

10 Fragen an...

...**Dr. Detlev R.H. Breyer**. Er ist Augenarzt und leitender Augenoperateur der Breyer, Kaymak und Klabe Augenchirurgie. Im Jahr 2020 wurde er erneut vom Focus Magazin für den Bereich „Refraktive Chirurgie und Katarakt“ als „Focus Top Mediziner“ ausgezeichnet. Wolfgang Cagnolati sprach mit Dr. Breyer über seinen beruflichen Werdegang, über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Refraktiven Chirurgie aber auch über seine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Optometristen.



Dr. Detlev R.H. Breyer

1 *Herr Dr. Breyer. Sie sind Augenarzt und leitender Augenchirurg der Breyer, Kaymak und Klabe Augenchirurgie in Düsseldorf und Meerbusch. Trotz Ihres hohen Bekanntheitsgrads sowie Ihrer Publikationen in unserer Fachzeitschrift „die KONTAKTLINSE“ sind sicherlich nicht alle unsere Abonnenten mit Ihrer Vita vertraut. Stellen Sie sich doch deshalb bitte unseren Lesern vor und schildern in diesem Zusammenhang Ihren bisherigen beruflichen Werdegang.*

Ich habe in Erlangen studiert, war danach in der Schweiz und den USA im Will's Eye Hospital. In Philadelphia war ich dann auch endgültig mit dem Augeneheilkunde-Leidenschaftsvirus infiziert. Ich hatte das seltene Glück bei meinem chirurgischem Mentor Prof. Gerke eine allumfassende augenchirurgische Ausbildung von der Katarakt- über die Glau-

kom bis hin zur Glaskörper- und Netzhautchirurgie zu genießen (Heute habe ich mich auf Katarakt- und Refraktive Chirurgie subspezialisiert, während meine Praxispartner Dr. Klabe und Dr. Kaymak das restliche Spektrum der Augen Chirurgie abdecken). Vor fast 20 Jahren habe ich mich dann in Düsseldorf niedergelassen. Aus einer kleinen Praxis wurde ein augenchirurgisches Zentrum mit 14 Ärzten, 120 Mitarbeitern, einem allumfassenden Augen OP Spektrum und einem eigenen Wissenschaftsinstitut, das unter anderem mit der Uni Augenlinik Heidelberg kooperiert. Heute bin ich in Europa, USA und Asien in den Lehrfakultäten der Fachkongresse, publiziere und reviewe für 6 wissenschaftlichen Journals und bin Buchautor für Katarakt- und Refraktive Chirurgie. Außerdem bereitet es mir eine große Freude die Industrie zu beraten und bin im medical advisory board mehrerer großer Firmen, um aktiv die Zukunft der Augen Chirurgie mit zu gestalten. Ein Herzensprojekt von mir ist die Khmer Sight Foundation, mit der wir blinden Menschen in Kambodscha wieder zum Sehen verhelfen.

2 *2013 erhielten Sie erstmalig die vom Focus Magazin verliehene Auszeichnung als Focus Top Mediziner für den Bereich der „Refraktiven Chirurgie und Katarakt“. Was können unsere Leser sich unter dieser Auszeichnung vorstellen und wie wichtig ist Ihnen dieses Siegel, welches Ihnen nach 2013 bis heute in jedem Jahr erneut verliehen wurde?*

Entgegen der landläufigen Meinung kann man dieses Siegel nicht käuflich erwerben, sondern wird von Fachkollegen vorgeschlagen. Danach wird man nach objektiven Kriterien wie zum Beispiel OP-Zahlen, wissenschaftlichen Publikationen etc. aber auch nach Patientenbeur-

teilungen aufgenommen oder nicht. Natürlich ist es für jeden Arzt eine große Ehre, in diesen Kreis der besten Mediziner aufgenommen zu werden. Ich bin da keine Ausnahme.

3 *Im Bereich der Refraktiven Chirurgie bieten Sie unter anderem das „Trans-PRK SmartSurf^{ACE}“, das „Femto-LASIK“ und das „ReLEx^{SMILE}“ Verfahren an. Nach welchen Kriterien entscheiden Sie, wann welches Verfahren für den jeweiligen Patienten indiziert ist?*

Da könnte man jetzt ein ganzes, Bibel dickes Buch drüber schreiben, aber ich versuche mich mal stark vereinfachend, skizzenhaft und generalisierend kurz zu fassen.

Auch wenn es definitiv kosten- und zeitaufwendig ist, steht bei uns, wie ja auch bei Ihnen, die individuelle bestmögliche Patientenversorgung im Mittelpunkt. Das ist der Grund, weshalb wir viel Wert darauf legen, die gesamte Bandbreite der aktuell möglichen und wissenschaftlich versierten refraktiven Chirurgie zu beherrschen und anbieten zu können, denn jeder Patient ist einzigartig in seinen Bedürfnissen und Erwartungen. So ist eine Verallgemeinerung der verschiedenen Indikationsstellungen ohne persönliche Patientenvorstellung schwer zu stellen. Nun sind alle drei genannten Verfahren schonende, laserbasierte Korrekturverfahren. Kommt der Patient in unsere Praxis, müssen somit als allererstes umfassende Voruntersuchungen stattfinden nach denen wir sicherstellen können, dass der Patient für eine Laserung geeignet ist. Safety first.

Als nächstes sollte das Alter und die Lebensweise des Patienten in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

Bei junger, elastischer Kristalllinse und einem Patienten in seinen, nennen wir es

wilden 20ern- oder 30ern, bietet das völlig schmerzfreie ReLEx SMILE Verfahren sicherlich viele Vorteile. Es führt zu scharfer und exzellenter Sehschärfe bei keinen Einschränkungen. Das heißt, der Patient kann direkt am Tag nach der Operation bereits seinen gewohnten Alltagsaktivitäten, wie Sport oder Ähnlichem nachgehen. Frauen dürfen sich sogar am nächsten Tag wieder schminken. Schade ist lediglich, dass die bisher möglichen Laserprofile sich auf myope, also kurzsichtige Augen beschränken und hyperope, also weitsichtige Laserprofile, sich derzeit bei der ReLEx SMILE Methode noch in der klinischen Erprobungsphase befinden.

Sollte der Patient älter oder hyperop sein und bereits Zeichen von Altersfehsichtigkeit aufweisen, so ist häufig die Femto-LASIK und die Smart Surf Trans PRK die Behandlung der Wahl. Beide Verfahren induzieren absichtlich sphärische Aberrationen und erweitern so die Tiefenschärfe. Mit einem individuell variablen Dioptrienunterschied zwischen beiden Augen kann ein sogenannter Überblendvisus erzeugt werden. Dem Patienten wird trotz nicht mehr ganz elastischer Kristallinlinse Brillenfreiheit bei beidäugigem Sehen ermöglicht. Wir haben hierfür extra zwei unterschiedliche Excimer Laser von zwei deutschen Firmen: den MEL90 von Carl Zeiss Meditec (PRESBYOND) und den Amaris 1050RS der Firma Schwind (PRESBYMAX). Ich selbst habe mich mit der Smart Surf Trans PRK Methode gelasert und bin sehr zufrieden. Selbst das Lesen von Kleingedrucktem ist kein Problem mehr. Hierzu habe ich das Beste von zwei Welten von PRESBYOND und PRESBYMAX zu unserem eigenen PRESBY EDOF DUS Schema kombiniert. Meine Patienten bevorzugen allerdings meistens aufgrund ihrer Schmerzfreiheit die Femto-LASIK Methode.

Vergleicht man Smart Surf Trans PRK und Femto-LASIK miteinander, so bieten beide natürlich gewisse Vor- und Nachteile. Bei trockenen Augen, dünner Hornhaut oder gewissen Aberrationsfehlern höherer Ordnung überwiegen zumeist die Vorteile der Trans PRK. Wir selbst besitzen hierzu den schnellsten Excimer Laser der Welt – den Schwind Amaris 1050RS-, der auch individuelle Aberrationen höherer Ordnung Wellenfront-gesteuert korrigieren kann und so zum Beispiel auch bei störender Licht-/Blendempfindlichkeit oder verschwommenen Seheindruck eingesetzt werden kann.

4 *Aus dem Bereich der Anpassung simultaner Mehrstärken-Kontaktlinsen kennen wir die unterschiedlich langen Eingewöhnungszeiten von Patienten an das neue Sehen – und dies auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Linsendesign. Hier spielt gerade die Neuroadaptation eine entscheidende Rolle. Aus eigenen Forschungsarbeiten bei uns in Duisburg wissen wir, dass die individuelle Patientenselektion bezüglich des für den jeweiligen Patienten besten Linsendesigns nicht einfach ist. Da dies sicherlich auch für die Implantation von Multifokallinsen gilt, interessiert mich, nach welchen Kriterien Sie das jeweilige Design der multifokalen Intraokularlinse bestimmen.*

Das ist eine sehr komplexe Frage. Sie sprechen mir aus dem Herzen. Seit über 10 Jahren versuche ich weltweit auf den großen Fachkongressen dieses Wissen (mit zugegeben mäßigem Erfolg) weiterzugeben. Seit 2 Jahren versuche ich mit unseren „10 Geboten“ unseres miLens® Schemas möglichst plastisch zusammengefasst einen weiteren Schritt Richtung individueller Intraokularlinsenauswahl zu lehren.

Bei einem Linsenaustausch und dem Wunsch nach größtmöglicher Brillenunabhängigkeit benötigt es einen erfahrenen Operateur, der, wie Sie es bereits richtig erwähnt haben, den Patienten „lesen“ kann und natürlich auch ein geschultes und gut eingespieltes Team in diesem Bereich. Auch hier ist es uns besonders wichtig die für den Patienten individuell beste Linse firmenunabhängig anbieten zu können. Leider werden auch heute noch viel zu selten Multifokallinsen (MIOL) oder EDOF IOL (Extended depth of focus) eingesetzt. Bei uns in der Praxis setze ich inzwischen zu 95% MIOL oder EDOF IOL ein, in ganz Deutschland jedoch werden leider nur zu etwa 1–5% MIOL eingesetzt.

Neben der Erfahrung des Operateurs ist es essenziell, jeden Patienten ausführlich über MIOL aufzuklären. Neben den Vorteilen, wie der hohen Brillenunabhängigkeit, zählt hierzu natürlich auch der klare Hinweis auf eine Eingewöhnungszeit von in der Regel 3–6 Monaten, sowie eine mögliche Licht- und Blendempfindlichkeit, in Form von Halo- und Glare-Symptomatiken vor allem bei Nacht. Wir veranschaulichen diese Umstände für unsere Patienten, indem wir ihnen beispielhaft simulieren wie diese Blendungen postoperativ ausfallen können. Wir nutzen hierzu einen Blendsimulator. So kön-

nen wir auch Patienten herausfiltern, die präoperativ eine zu große Blendempfindlichkeit für die Implantation von MIOL aufweisen.

Sollte eine Multifokallinse wegen Angst vor postoperativer Blendung nicht gewünscht sein, so muss der Wunsch nach Brillenunabhängigkeit bei uns keinesfalls aufgegeben werden. Für diese Fälle habe ich das von europäischen Fachkollegen wissenschaftlich ausgezeichnete Düsseldorf Schema kreiert. Hier werden Linsen mit erweitertem Fokus (EDOF-IOL) implantiert. Ein leichter Dioptrienunterschied in beiden Augen führt zu dem Design einer „Blended Vision“ und ermöglicht bei beidäugigem Sehen ein hohes Maß an Brillenunabhängigkeit, wobei der Patient neben einem sehr guten Fernvisus bis zum Buchdruck ohne Lesebrille auskommt. Das Lesen von Kleingedrucktem ist hiermit allerdings im Gegensatz zu MIOL nur selten möglich.

5 *Welche Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang mit der „IC-8™“, welche ja ein Lochblenden Design mit einem Mini-Ring aufweist?*

Die IC-8 bietet ein derzeit einzigartiges optisches Design, da es sich das Prinzip der Lochblende zu Nutze macht. Eine Lochblenden-IOL ist eine sehr elegante Nischen IOL und bei Patienten mit erhöhter Blendungsempfindlichkeit und unregelmäßigen Hornhäuten unsere erste Wahl. Als Routine IOL halte ich sie für ungeeignet.

6 *Bei Patienten mit einem Keratokonus wenden Sie sowohl das klassische „UV-Riboflavin-Crosslinking“ als auch das „Crosslinking mittels Iontophorese“ an. In welchen Fällen entscheiden Sie sich für das erste und wann für das zweite Verfahren? Wie lang ist nach Ihrer Meinung postoperativ eine Kontaktlinsen-Karenz notwendig?*

Wir sind froh unseren Patienten neben dem klassischen Crosslinking (CXL) auch das Iontophorese-Crosslinking anbieten zu dürfen. Ein ethisches Grundprinzip ist es – wie bei jeder Therapieentscheidung in der Medizin – immer das Komplikationsrisiko des Patienten und die Invasivität der Methode im Blick zu haben. Das Iontophorese Crosslinking stellt ganz klar ein schonenderes Verfahren als das klassische Crosslinking dar. Die Hornhaut wird bei unbeschädigtem Epithel bestrahlt. Das Riboflavin wird zuvor über einen elektrischen Fluß in die tieferen

Hornhautschichten geleitet. Der Patient selbst merkt hierbei wenig und auch die postoperativen Schmerzen, die beim klassischen Crosslinking durch die intraoperativ notwendige Epithelentfernung entstehen, sind gering. Auch die Seherholung erfolgt deutlich früher (nach 2–3 Tagen), das Infektionsrisiko ist methodenbedingt niedriger, und es werden weniger Aberrationen höherer Ordnung erzeugt, die den Seheindruck beeinflussen können, als beim klassischen Crosslinking. Eine derartig angenehmere Behandlung bei hohem Therapieerfolg hat sich bei uns als Standardmethode beim Keratokonus Grad 1 bis maximal Grad 3 etabliert.

Auch ist die Kontaktlinsenkaranz beim Iontophorese CXL auf maximal eine Woche reduziert. Im Vergleich muss eine Kontaktlinsenkaranz von sechs bis acht Wochen nach dem klassischen Crosslinking eingehalten werden.

„Vielleicht wird ja mal bei der momentanen Nachwuchsproblematik im ärztlichen Bereich aus der Not eine Tugend und beide Seitenbewegungen sich kontinuierlich und konstruktiv aufeinander zu.“

7 Die Nanolasertherapie bei einer trockenen AMD wird in Ihrer Praxis von Ihrem Kollegen Dr. Hakan Kaymak durchgeführt. Dr. Kaymak hat hierüber zuletzt auf der SICHT.Kontakte 2019 in Hannover referiert. Wann ist nach Ihrer Meinung das Verfahren bei einer trockenen AMD indiziert? Sollte das Verfahren beim Auftreten erster zentraler Drusen ohne signifikanten Einfluss auf den Visus schon eingesetzt werden?

Bitte diese Frage an Dr. Kaymak persönlich stellen. (dr.h.kaymak@gmail.com) Mein Wissen in diesem Bereich ist ganz im Gegensatz zu Dr. Kaymak als mehr als lausig zu bezeichnen.

8 Aufgrund Ihrer klinischen und wissenschaftlichen Aktivitäten haben Sie sicherlich Kontakte mit Optometristinnen und Optometristen sammeln können. Wie sind Ihre diesbezüglichen Erfahrungen?

Ich finde es absolut bereichernd mit einem Team aus möglichst vielen Fachbereichen der Augenheilkunde zusammenzuarbeiten und sich so gegenseitig zu ergänzen. Optometristen haben eine hervorragende Ausbildung und sind gerade in der refraktiven Chirurgie und Wissenschaft oft sehr kompetente Ansprechpartner.

9 Circa 85 Prozent aller Brillenverordnungen in Deutschland werden heute durch Augenoptiker oder Optometristen erstellt. Für wie wichtig halten Sie in diesem Zusammenhang eine solide akademische und klinische Ausbildung deutscher Optometristen, um im Zusammenhang mit einer Brillenverordnung nicht nur eine Refraktionsbestimmung durchzuführen, sondern auch auf Basis einer soliden optometrischen Untersuchung nach überweisungsrelevanten Auffälligkeiten am Auge zu suchen?

Ich persönlich befürworte eine enge und kompetente Zusammenarbeit und Ausbildung, doch können Sie sich vorstellen, dass das ein berufspolitisch heikles Thema ist. Da ich nicht zufällig kein Berufspolitiker, sondern Chirurg und Wissenschaftler bin, überlasse ich die Beantwortung einer solchen Frage auch mehr als gerne unseren Berufspolitikern. Vielleicht wird ja mal bei der momentanen Nachwuchsproblematik im ärztlichen Bereich aus der Not eine Tugend und beide Seitenbewegungen sich kontinuierlich und konstruktiv aufeinander zu.

10 Eine letzte Frage noch zur Zukunft der Ophthalmologie und Optometrie in Deutschland. Wie sieht der klinische Alltag von Ophthalmologen und Optometristen auch unter der Berücksichtigung der Digitalisierung und der hiermit verbundenen Telemedizin in zehn Jahren aus?

Die Augenheilkunde und Optometrie stellen sicherlich die innovativsten Fächer der Medizin dar. Technische Neuerungen der Industrie und die Forschung an künstlicher Intelligenz werden noch einige Innovationen in den nächsten Jahren bereithalten, auf die ich sehr gespannt bin. Nichts desto trotz sollte eine finale Therapieentscheidung für den Pa-

tienten immer eine von Menschen kontrollierte und auch menschliche sein. Hierzu zähle ich nicht nur die finalen Entscheidungen, die in ärztliche Hand gehören, sondern auch Etappenentscheidungen auf dem Weg dahin, bei denen uns Optiker und Optometristen aber auch Biologen, Physiker und andere Fachrichtungen unterstützen und wir alle stetig voneinander lernen können.

Ebenfalls finde ich es extrem wichtig, dass Patienten Kontakt zu gut geschultem Personal haben, da auch die besten Maschinen zwischenmenschliche Faktoren vernachlässigen. Da wir uns auf individuelle, auf den Patienten zugeschnittene Behandlungen spezialisiert haben, werden wir uns wahrscheinlich nie komplett auf maschinell gestütztes Arbeiten umstellen, sind jedoch immer auch technisch auf dem neuesten wissenschaftlich basierten Stand, um das Beste der technischen Möglichkeiten mit Fachwissen und Menschlichkeit zu kombinieren.

Gute Beispiele der positiven, Patientenfreundlichen Entwicklung sind hier in den letzten Jahren die ReLEx SMILE Laserkorrektur oder die Operation des grauen Stars mit dem Femtosekundenlaser.

Ich bin also sehr gespannt, was die Zukunft uns an technischen Innovationen bringt. Mit unseren Forschungsabteilungen bei Breyer Kaymak Klabe Augen Chirurgie und PremiumEyes wissen wir natürlich sehr früh, was in den nächsten Jahren kommt, dürfen nur leider meistens nicht darüber erzählen. Es wird demnächst sicher keine Revolution geben. Eine Evolution hin zu sichereren, schmerzfreien und minimal invasiven OP Methoden und immer genaueren Diagnostika und Materialien ist aber wünschenswert und wird Optometristen und Augenärzten in den nächsten zehn Jahren noch viel Freude bereiten.