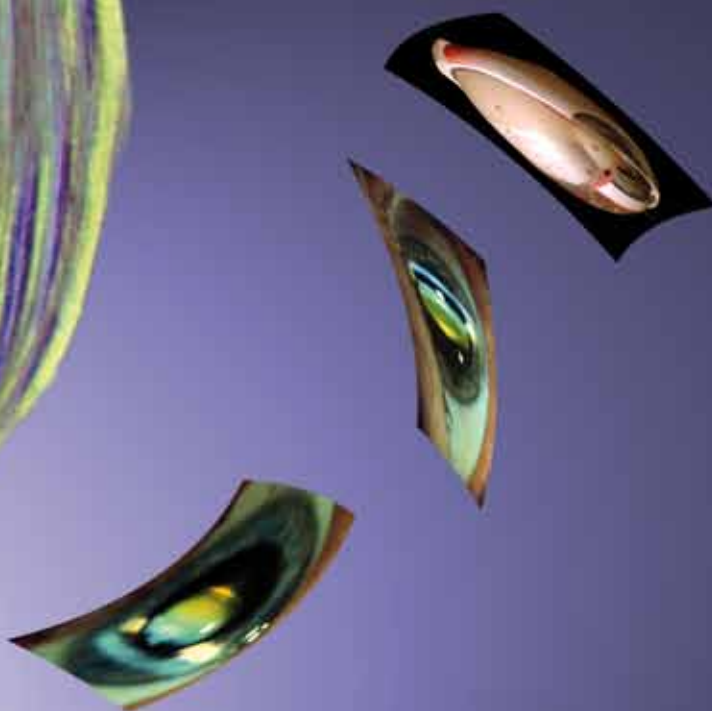




SEITE *an* SEITE

Verein zur Förderung von blinden und körperbehinderten Menschen



Geboren um zu helfen
Schilanglaufkurs in der Ramsau
Augenkrankheiten
Fränkisches Seenland

BITTE WERFEN SIE DIESE BROSCHÜRE NICHT WEG!!

Machen Sie diese Zeitung Ihren Patienten, Gästen und Mitarbeitern zugänglich. Sie helfen damit blinden und körperbehinderten Menschen, welche von Seite an Seite unterstützt werden.





4



6

in mal in einem wirklich dunklen Raum gewesen? Und wie
eine Ich finster – die schwärzeste Nacht die sie sich vorst
Lichtquelle. Kein Mond keine Sterne nur schwarze Finstern

ung können Sie in Wien, Schottenstift Freyung 6 macher
ter Veranstaltung „Dialog im Dunkeln“, die Rolle mit einem
ten. Hier sieht der Guide mehr, obwohl er blind ist. Die A
zu sehen gibt hat grundsätzlich zwei Zielsetzungen. Zum
uf ihre nicht visuellen Sinne zu verlassen, und zum anderer
de ihren Standpunkt um die Lebensrealität blind

davon – schon machte ich mir den Weg um diese Er
Begleitet haben mich zwei Mitarbeiterinnen der Fa. Sirius, w
eitung wirbt. In der Freyung angekommen empfing uns sofo
Mitgründer des Franchise Unternehmens in Wien und führ
läste durch einen Parcours der kein Licht und Schatten zul
inhard – seit Geburt an blind – was uns erwarten wird. Ein
en – Dauer ca. 1 Stunde. Wir sollten keine Angst haben,
e wären wir innerhalb von 20 Sekunden in unserer gewohr
CHT. Dann erhielten wir eine kurze Einführung wie ein blind
Und schon ging's los.

13



18

INHALT

- 3 Vorwort**
- 4 Hurra ich werde ein Assistenzhund!
Geboren um zu helfen**
- 6 Schilanglaufkurs in der Ramsau**
- 9 Augenkrankheiten**
 - 9 Grauer Star**
 - 10 Kurzsichtigkeit oder Myopie**
 - 11 Trockenes Auge**
 - 12 Grüner Star**
 - 13 Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)**
 - 15 Amsler-Netz zum Selbsttest**
 - 16 Diabetische Retinopathie**
- 18 Fränkisches Seenland**
- 22 Leben mit und trotz
Retinopathia pigmentosa**
- 24 Ein großes Projekt braucht
lange Vorlaufzeit**

IMPRESSUM

Seite an Seite Magazin 2/2011

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:
Das Aufgabengebiet des Magazins „Seite an Seite – Verein zur Förderung von blinden
und körperbehinderten Menschen“ ist die Berichterstattung sowie Information über die
Tätigkeit des Vereins Seite an Seite. Erscheinungsweise viermal jährlich.

Medieninhaber und Herausgeber:

Verein Seite an Seite, ZVR Nr. 053868287

Eigenverlag:

Seite an Seite – Verein zur Förderung von blinden und körperbehinderten Menschen

Adresse:

Binderstraße 5, 4540 Pfarrkirchen, Tel. zu erreichen über Fa. Sirius Werbeagentur
07224/65755, Fax DW 666, Mail: office@seiteanseite.org, Web: www.seiteanseite.org

Inserate, Satz & Layout: Sirius Werbeagentur GmbH, Wienerstraße 16, 4481 Asten,
Tel.: 07224/65755, Fax DW 666

Scampolo-Design, Fischlhamerstraße 14, 4650 Edt/Lambach, Tel.: 07245/20165,
Fax DW 4

Copyright Text und Fotos: Seite an Seite, Hannes Bodingbauer

Druck:

AV+Astoria Druckzentrum, Faradaygasse 6, 1030 Wien, Tel.: +43/1/797 85-213,
Fax DW 218, www.av-astoria.at

Vorwort

Diese Ausgabe beschäftigt sich viel mit Augenkrankheiten und Blindheit. Alle die wir diese Broschüre noch ohne Hilfsmittel lesen können, sollten darauf achten dies auch in Zukunft noch tun zu können. Ehrlich wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt? Zu meiner Schande muss ich gestehen – ich war noch nie. Und doch könnten viele Erkrankungen – wenn frühzeitig erkannt – geheilt, oder am Fortschreiten gehindert werden. Ganz selten erhält man aber eine Diagnose, wie in unserem Artikel von Heute auf Morgen, welche fast immer zur Blindheit führt.

Wie aber mit so einer Diagnose umgehen? Ehrlich gesagt, ich weiß es nicht. Und ich glaube auch, dass hier guter Rat teuer ist. Das einzige das ich mit Sicherheit befürworten kann, ist das Gespräch mit Betroffenen selbst. Nur Menschen welche Ihre Behinderung gemeistert, manchmal sogar positiv sehen, können das Gefühl vermitteln – das Leben ist schön wenn auch anders. Der Verein Seite an Seite kann hier zwischen Betroffenen vermitteln, und so vielleicht über den ersten Schock hinweghelfen. Wie aber geht's weiter? Es gibt viele gute Vereine und

Organisationen, welche wir im Laufe der Zeit auch vorstellen werden die weiterhelfen. Wir selbst versuchen mit finanzieller Hilfe Betroffene zu unterstützen.

Deshalb freut es mich, dass schon viele gemeinnützige Vereine eine Zusammenarbeit mit uns in Aussicht gestellt haben. Nur zusammen – Seite an Seite – mit den verschiedensten Angeboten können wir Betroffenen helfen. Wir freuen uns auf alle, welche mithelfen das Leben lebenswerter zu machen, und wünschen allen Gesundheit und Erfolg.

Ihr Obmann
Andreas Michalik



Foto: Hannes Bodingbauer

www.seiteanseite.org



SEITE *an* SEITE

Verein zur Förderung von blinden und körperbehinderten Menschen

Spendenkonto: Sparkasse Krems, Kto.Nr. 00000129999, BLZ 20228

Hurra ich werde ein Assistenzhund!

Ist unsere neue Serie welche in Zusammenarbeit mit Partnerhunde.org von Marion Michalik geschrieben wird. Diese Serie soll dazu dienen, den Ausbildungsweg eines Assistenzhundes auf lustige Weise – nämlich aus der Sicht des Hundes – zu vermitteln.

Wir wünschen allen Lesern viel Spaß.

***Geboren um zu helfen******JUHU wir sind endlich da***

Wir sind endlich da, heißt, wir sind auf die Welt gekommen und zwar 6 Stück an der Zahl, eine richtige kleine Rasselbande.

Meine Schwester und ich und noch vier Brüder. Nun ja, mein Name ist Viola, meine Geschwister und ich sind am 14. Februar 2011 auf die Welt gekommen, und zwar schon 2 Tage vor Plan. Und weil dies ja ein besonderer Tag war, nämlich Valentinstag, bekamen wir natürlich auch besondere Namen. Unsere Namen handeln von Blumen und Pflanzen. Meine Schwester heißt Flora und meine Brüder Rumex, Orchis, Canduus und Vally (wie Valentinstag).

Ich war die Erste die Mami auf die Welt gebracht hat. Als ich rauskam hat sie mich gleich abgeschleckt, aber ich hatte schon so großen Hunger und konnte es kaum erwarten meine Milch zu trinken. Also habe ich gleich mal angedockt ... mmmhhhh das war schon lecker. Lang war ich ja nicht allein mit Mami und den nährenden Zitzen, es hat nur 15 Minuten gedauert da kam mein erstes Brüderchen auf die Welt und im 15 Minuten Takt ging es weiter und weiter und schwupp di wupp waren wir 6 kleine Fellknäuel und unser Nest wurde immer kuschliger und

wir waren alle aneinander gereiht, ein schönes Gefühl. Tja nur zu dieser Zeit konnten wir ja noch gar nichts sehen und hören, aber das war ja auch egal denn das Wichtigste für uns kleine Welpen ist Trinken, Kuscheln, Schlafen und eine liebevolle Mama, die uns betreut. Und das schaffen wir sogar mit geschlossenen Augen. Übrigens, Mami war sehr stark, es ist bestimmt



auch nicht so leicht, so viele Babys auf die Welt zu bringen. Aber ich glaube sie ist stolz auf uns, weil wir alle samt so richtig gesund aussehen und gut gebaut sind.

Nun nachdem ein paar Wochen vergangen sind und wir jetzt sehen und hören können, kommt mir schon etwas sehr merkwürdig vor ... ouchs ich bin ganz schwarz und meine Geschwister schauen aus wie die „Semmeln“. Bin ich jetzt das schwarze Schaf in unserer Familie? Aber wer weiß schon warum, vielleicht bin ich

ja etwas Besonderes, das wird sich sicher noch rausstellen. Denn was ich in meinem Umkreis so gehört habe, werden wir wohl eine tolle Ausbildung bekommen um Menschen mit einem Handicap zu helfen. Aber ehrlich gesagt, das kümmert mich jetzt noch gar nicht, weil ich ja noch ein Baby bin.

Jetzt heißt es mal wachsen, wachsen, wachsen und gescheit auf den Beinen stehen können, denn die sind noch ganz schön wackelig.

Wau ... jetzt habe ich aber schon viel erzählt und für so einen kleinen Racker wie mich, ist das ziemlich anstrengend. Aber wie es mit uns weiter geht, möchte ich gern in der nächsten Ausgabe erzählen, denn da sind wir auch schon etwas reifer und der Ernst des Lebens kann schön langsam auf uns zukommen. Denn !!! Wir sind etwas Besonderes!

Und jetzt ... AUF ZUM SPIELEN ... juhuuuuu !!!
Bis bald

Text: Marion Michalik

Fotos: zur Verfügung gestellt von Partner-Hunde.org



Am 5. Februar begann wieder der Schilanglaufkurs für blinde und sehbehinderte Anfänger und Fortgeschrittene, veranstaltet vom Fachausschuss-Blindensport des Österreichischen Behindertensportverbandes www.blindensport.at in der Ramsau/Dachstein. Durch Zufall erfuhr auch ich von diesem Kurs und machte mich sofort auf den Weg um blinden Menschen beim Langlauftraining zuzusehen.

Die Kursleitung übernahm Herr Franz Griesbacher, selbst seit fast 30 Jahren vollblind, mit seinem Begleitläufer Josef Vogel, welcher seinerseits die sportliche Leitung hatte. Insgesamt nahmen 14 blinde und sehbehinderte Personen mit Ihren Begleitläufern teil – darunter so hochkarätige Namen wie Veronika Preining (jetzt Breuer) als Paralympics-Siegerin 1988. Ganz zu schweigen von den sportlichen Erfolgen des Franz Griesbacher als zweifacher Paralympics-Sieger im Riesentorlauf bzw. Abfahrt und mehr als 125 Staatsmeistertiteln in verschiedenen Sportarten oder die Erfolge von Herrn Josef Vogel ehemals ÖSV Läufer mit insgesamt 13 Staatsmeistertiteln im Langlauf.

Wie erlernt man nun aber als blinder Mensch das Langlaufen? „Zuerst bekommt man einen geeigneten Begleitläufer, der beispielsweise auch beim Frühstücksbuffet hilft“, so Herr Vogel. Zwar werden jedem Interessierten blinden Menschen bei einem Anfängerkurs Begleitläufer und Ausrüstung zur Verfügung gestellt, jedoch sollte man sich schon vorher Gedanken machen, mit wem man diesen Sport ausüben möchte. Der blinde Langläufer muss sich auf seinen Begleitläufer hundertprozentig verlassen können. Dieser gibt ja die Kommandos auf die der blinde Mensch reagiert. Das hört sich auf der Skatingloipe dann ungefähr so an: „Geht, geht, geht, weiter links, links, weiter links, geradeaus, geht, geht, Achtung kurze Abfahrt, weiter gleiten, geht, geht ... Die Skatingloipe ist nämlich ein mehr oder minder glatt gewalztes Schneeband und hat keine eingefrästen Spu-



ren, wodurch sich der Vollblinde sich nur nach den Kommandos seines wenige Meter vor ihm laufenden Begleiters orientieren kann. Dass dabei die Begleitperson schon Langlaufen beherrschen muss und mehr Kondition braucht als der blinde Läufer, versteht sich von selbst. No Na – wie soll man den Kommandos geben, wenn der Begleitläufer selbst aus der Puste ist. Herr Griesbacher hat aber beim Skaten seinem Begleitläufer mit einer kleinen günstigen Idee das Kommandieren leichter gemacht. Ein kleiner Kinderrekorder am Rücken des Vorläu-



Schilanglaufkurs in der Ramsau

fers übernimmt auf der Loipe das geht, geht, geht, ...

Nur bei anderen Kommandos spricht er gleichzeitig in ein kleines Mikrofon. Dadurch wird dies durch den Rekorder verstärkt und unüberhörbar an den dahinter laufenden blinden Menschen weitergeleitet. Tolle billige Erfindung! Lustig zu beobachten ist dabei, wie gehorsam der blinde Läufer auf die Zurufe reagiert. So mancher Ehepartner hätte das auch gern, dass widerspruchslos Kommandos ausgeführt werden.

Wichtig ist auch, dass der Begleiter das Gefühl des Blindseins erlernt. So werden immer wieder kleine Trainingseinheiten für Begleitportler eingeschoben, bei denen dieser mit Augenbinde blind einer anderen Begleitperson auf der Loipe folgen muss. Auch die Auswahl der Strecke trifft der Begleitläufer, da er genau wissen muss, was sein Schützling schaffen kann oder nicht.

Jeder blinde Langläufer wird den Spaß an der Sache verlieren wenn er nach jeder Schussfahrt einen Stern reißt.

Der blinde Anfänger beginnt zuerst mit der Ausrüstung zurechtzukommen. Anziehen der Schuhe sowie Einsteigen in die Bindung werden „im Trockenen“ geübt. Erst dann geht es auf die Loipe und es wird mit dem Gehen in der Spur begonnen. Hierauf werden die Lauftechniken im klassischen Stil (Diagonalschritt, Doppelstockschub, Zwischenschritt ...) trainiert und später bei Fortgeschrittenen die Skatingtechnik gelehrt.

Nach und nach hat der blinde Mensch Freude daran sich wie ein Sehender auf der Loipe

zu bewegen. Je nach körperlicher Verfassung geht das langsamer oder schneller. Übrigens Langlaufen ist Konditionssport. Jedem, der seine Bauchmuskeln „sixpack“ gegen ein „Fas-serl“ ausgetauscht hat, wäre zu raten, diese mit Ergometer oder Stepptraining wieder zurückzutauschen.

Insgesamt ein toller Sport, den blinde Menschen ohne größere Verletzungsgefahr ausüben können. Also, rauf auf den Ergometer – der nächste Winter kommt bestimmt!

Text und Fotos: Andreas Michalik



Graz Marathon mit Laufbegleiter
DI Dr. Gerald Hobisch

Sportliche Erfolge des vollblinden Prof. Franz Griesbacher

Geboren am 19.11.1946 in Risola 7 bei St. Anna am Aigen (Südoststeiermark)

Behinderung: Sehbehinderung durch eine Netzhauterkrankung und langsame Erblindung mit etwa 35 Jahren

Beruf: Blindenlehrer in Pension

Behindertensport: seit 1975 aktiver Blindensportler

1980: 4. Platz im Goalball bei den Paralympics in Arnheim (Niederlande)

1986: 3 Bronzemedailien bei der Skiweltmeisterschaft in Sälen (Schweden) in Abfahrt, Riesentorlauf und Kombination

1988: Zweifacher Paralympicsieger im Abfahrtslauf und Riesentorlauf in Innsbruck

1992: 5. Platz beim Torball-Europacup in Brüssel (Belgien)

1993: Vizeeuropameister im Luftgewehrschießen für Blinde (mit akustischer Zieleinrichtung) in Brügge (Belgien)

1994: Vizeweltmeister im Luftgewehrschießen für Blinde in Linz

1995: 6. Platz bei der EM Torball in Leuven (Belgien)

2001: Vizeeuropameister im Luftgewehrschießen in Vejle (Dänemark) mit 679,6 Ringen (nur 0,9 Ringe hinter dem Weltrekord)

2002: 4. Platz beim Torball-Weltcup in Brügge (Belgien) und 5. Platz bei der Schieß-WM in Kosice (Slowakei)

2003: 5. Platz bei der EM im Straßenlauf über 10 km in Soave (Italien) mit Begleitläufer DI Dr. Gerald Hobisch

2004: 6. Platz bei der WM in Torball in Buenos Aires (Argentinien)

2007: 6. Platz beim Torball-Europacup in Paris

2010: Österr. Staatsmeister im Schilanglauf über 5 km klassische Technik und 10 km Skating mit Begleitläufer Josef Vogel

Österr. Meister im Straßenlauf über 10 km mit Begleitläufer DI Dr. Gerald Hobisch

1976 bis 2010: über 125facher Staatsmeister in den Sportarten Fünfkampf, Leichtathletik, Schi alpin, Schi nordisch, Luftgewehrschießen, Schwimmen, Tandemfahren und Torball

Rekorde:

Österr. Rekord im Marathonlauf für Blinde in 3:20:03 Stunden beim Graz-Marathon 2001 mit Begleitläufer DI Dr. Gerald Hobisch (3. Platz in der Altersklasse M55 unter 43 gewerteten Nichtbehinderten)

Österr. Rekord im Luftgewehrschießen für Blinde „Stehend frei“ mit 583 von 600 möglichen Ringen bei der Österr. Staatsmeisterschaft 2003 in Hopfgarten/Tirol

Österr. Rekord im 10000m-Lauf für Blinde im 41:39,089 min bei der ÖSTM LA 2003 in Feldkirchen/Kärnten mit Begleitläufer DI Dr. Gerald Hobisch

Österr. Rekord im Halbmarathon für Blinde in 1:36:05 Stunden beim Graz-Marathon am 15.10.2006 mit Begleitläufer DI Dr. Gerald Hobisch

Weltrekord im 24-Stunden-Schwimmen mit einer Vierer-Behindertensstaffel 2005 in Bad Radkersburg (55,55 km)

Nachdem ich in der letzten Zeit sehr viel Zeit mit blinden Menschen verbracht habe, fragte ich mich: „Wie wichtig ist eigentlich eine Vorsorgeuntersuchung der Augen? Welche sind die häufigsten Erkrankungen, und wie sind die Heilungsaussichten?“

Nach einigen Telefonaten mit Augenärzten half mir Herr Prim. Univ. Prof. Dr. Oliver Findl, diesen Artikel für unsere Leser zu veröffentlichen.



Zunächst, wer ist Herr Univ. Prof. Dr. Oliver Findl? Herr Dr. Findl war von 1994 bis 2006 an der Universitätsklinik für Augenheilkunde am AKH-Wien tätig. Danach folgten 3 Jahre als Consultant Ophthalmic Surgeon (leitender chirurgischer Oberarzt) am renommierten Moorfields Eye Hospital in London, dem größten Augenspital der Welt. Am 1. August 2009 hat Prof. Findl das Primariat der Augenabteilung am Hanusch-Krankenhaus Wien übernommen. Zusätzlich zu seiner Vollzeitstellung in Wien hat ihn zeitgleich das Moorfields Eye Hospital in London als Consultant Ophthalmic Surgeon zu einer Gastprofessur verpflichtet.

Ich konnte also keinen kompetenteren finden, um mir bei diesem Artikel zu helfen. Nun zur Vorsorgeuntersuchung. Bei Kindern gilt eine Kontrolle ab dem 1. Geburtstag ungefähr jährlich und bei Erwachsenen ab dem 40. Lebensjahr jährlich, so Hr. Dr. Findl.

Wir wollen hier einige der häufigsten Augenerkrankungen beschreiben und die Prognosen und Heilungschancen angeben. Es sind dies **Grauer Star**, **Kurzsichtigkeit**, **Trockenes Auge**, schwerere Erkrankungen sind **Glaukom**, **Altersbedingte Makuladegeneration** und **Diabetische Retinopathie**.

Wir wollen hier einige der häufigsten Augenerkrankungen beschreiben und die Prognosen und Heilungschancen angeben. Es sind dies **Grauer Star**, **Kurzsichtigkeit**, **Trockenes Auge**, schwerere Erkrankungen sind **Glaukom**, **Altersbedingte Makuladegeneration** und **Diabetische Retinopathie**.

Grauer Star

Die Eintrübung der ursprünglich klaren Augenlinse bezeichnet man als Grauer Star oder Katarakt. Sie bemerken, dass Sie wie durch einen leichten Schleier sehen, der mit der Zeit immer dichter wird. Außerdem nimmt auch Ihre Blendungsempfindlichkeit zu. Der Graue Star kann verschiedene Ursachen haben. Die weitaus häufigste ist altersbedingt und hängt mit dem veränderten Stoffwechsel der Linse zusammen. Diese Form nennt man den altersbedingten Grauen Star. Er tritt meist erst jenseits des 60. Lebensjahrs auf, ist im eigentlichen Sinne keine Krankheit, und somit auch nicht gefährlich.

Häufigste Beschwerden beim grauen Star sind Verschwommensehen, Blendung, erhöhte Lichtempfindlichkeit, Verschlechterung des Kontrastsehens und Abnahme der Farbwahrnehmung – alles sieht „grau in grau“ aus. Nicht selten bemerkt man eine Entwicklung oder die Zunahme



Klare Linse



Fortgeschrittene Trübung

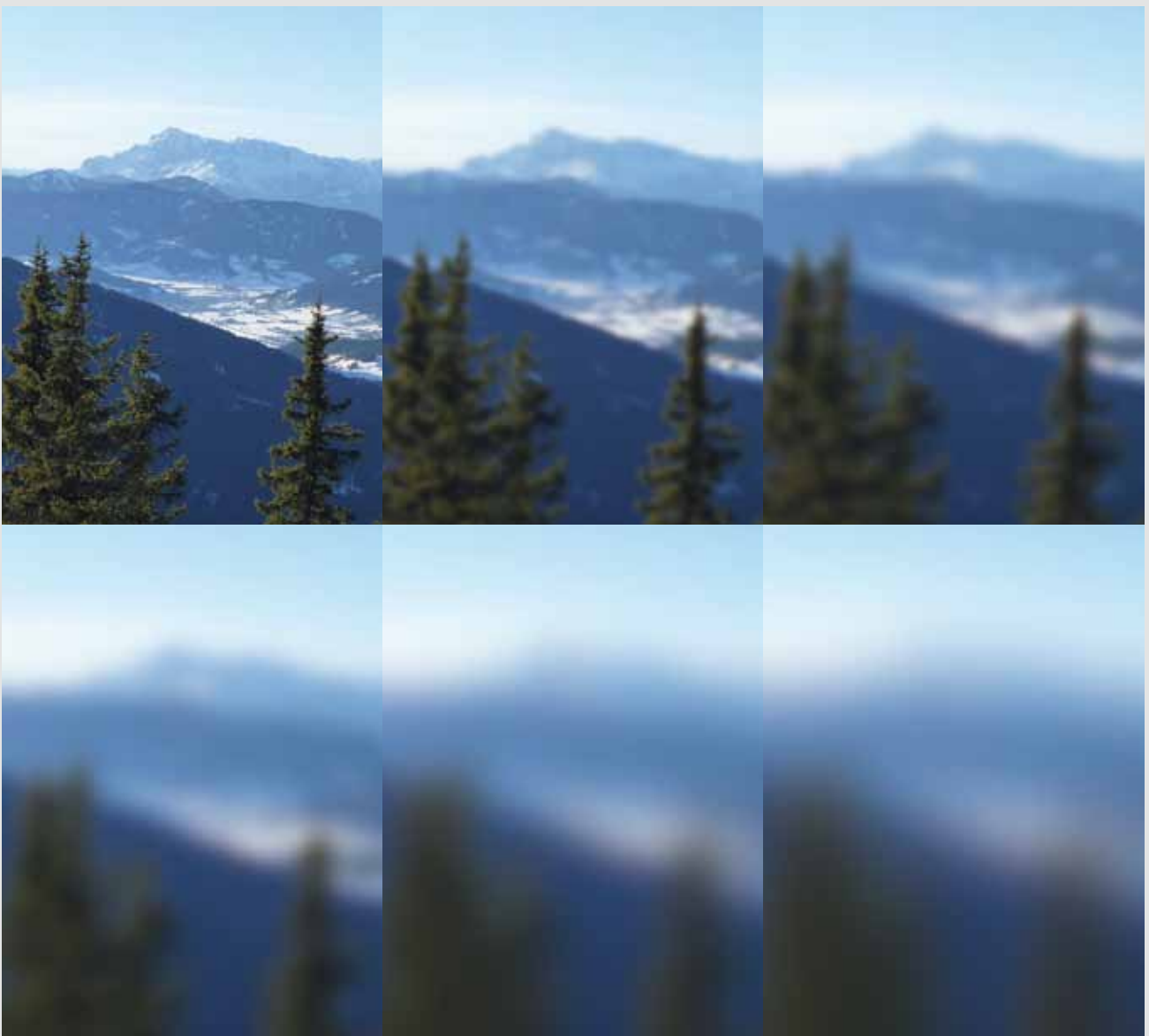
von Kurzsichtigkeit – „früher war ich weitsichtig, jetzt bin ich kurzsichtig und kann ohne Brille lesen“. Wenn sich bei älteren Patienten die Brillenstärke in kurzen Zeitabständen ändert, liegt das häufig an einem beginnenden Grauen Star.

Die bisher einzige hilfreiche Behandlung ist die Kataraktoperation. Der Eingriff ist schmerzfrei und ziemlich sicher und führt in den meisten Fällen zu einer deutlichen Verbesserung der Sehleistung. Erwarten Sie keine Hilfe von „Augentropfen gegen den Grauen Star“. Zwar berichten manche Zeitschriften immer wieder über Wunder – es ist jedoch wissenschaftlich erwiesen, dass keines dieser Medikamente die Linsentrübung aufhalten oder „heilen“ kann.

Kurzsichtigkeit oder Myopie

Myopie ist die medizinische Bezeichnung für Kurzsichtigkeit. Kurzsichtig bedeutet, dass zwar nahe Gegenstände tadellos scharf gesehen werden, nicht aber entfernte. Das kurzsichtige Auge ist also nicht grundsätzlich „schlechter“ als das normalsichtige, denn im Nahbereich kann es auch überlegen sein. Meistens ist bei einem Kurzsichtigen der Augapfel zu lang. Dadurch wird das entstehende Bild nicht auf der Netzhaut, sondern vor der Netzhaut scharf abgebildet. Auf der Netzhaut entsteht ein unscharfes Bild. Dementsprechend braucht der Kurzsichtige zum scharfen Sehen in die Ferne

Simulation von verschiedenen Dioptrienstärken



eine Sehilfe mit Zerstreuungslinsen, die bewirken, dass das Bild auf der Netzhaut und nicht davor abgebildet wird.

Wenn man unter Myopie leidet sollte man die Augen in regelmäßigen Zeitabständen untersuchen lassen. Bei Kurzsichtigkeit entstehen durch den längeren Augapfel, und die damit verbundene Überdehnung der Netzhaut, manchmal „dünne Stellen“, die zu einem Netzhautriss führen können. In der Folge kann eine Netzhautablösung entstehen. Wird die Netzhautablösung nicht behandelt, kann sie zu bleibendem Sehverlust führen. Rechtzeitig diagnostiziert lassen sich Netzhautrisse – z.B. mit Laserstrahlen – befestigen.

Die gute Nachricht, Myopie kann mit einer Brille oder Kontaktlinsen korrigiert werden oder auch mit verschiedenen Operationsmethoden dauerhaft korrigiert werden.

Trockenes Auge

Beim trockenen Auge (Keratoconjunctivitis sicca) wird das Auge nur ungenügend mit Tränenflüssigkeit benetzt.



Das trockene Auge

Entweder reicht die Menge der natürlichen Tränenflüssigkeit nicht aus oder sie hat nicht die richtige Zusammensetzung. Die Keratoconjunctivitis sicca gehört zu den häufigsten Augenproblemen überhaupt. Die Zahl derjenigen, die unter dem Symptom „trockenes Auge“ leiden, hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Das liegt unter anderem an den Umweltbelastungen und an Medikamenten, die auf Dauer eingenommen werden und die Tränenfilmproduktion vermindern. Die Häufigkeit des trockenen Auges steigt mit dem Alter. Die Erkrankung tritt meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf. Frauen sind durch die Hormonumstellung in der Menopause weitaus

häufiger betroffen als Männer. Es gibt auch Hinweise, dass in Regionen mit erhöhter Umweltbelastung die Häufigkeit größer ist.

Schon bei geringen äußeren Reizen wie Wind, Kälte, niedriger Luftfeuchtigkeit oder längerem Lesen entsteht ein Gefühl der Müdigkeit und Trockenheit der Augen. Sie brennen und kratzen und es besteht das Gefühl, einen Fremdkörper im Auge zu haben. Als unwillkürliche Maßnahme gegen das Aufreißen des Tränenfilms wird der Lidschlag häufiger. Als Reaktion können die Augen aber auch übermäßig tränen. Häufig stehen die subjektiven Beschwerden im Missverhältnis zu den Ergebnissen bei der augenärztlichen Untersuchung.

Die Diagnose erfolgt mit den Funktionsprüfungen der Tränenproduktion. Es müssen aber auch die in Frage kommenden Allgemeinerkrankungen ausgeschlossen oder diagnostiziert werden. Eine Fehlsichtigkeit sollte mit einer Brille korrigiert werden. Bei einer Neigung zum

trockenen Auge ist es meist besser, keine Kontaktlinsen zu tragen, oder nur bei bestimmten Gelegenheiten, wie zum Beispiel beim Sport.



Der Tränenfilm

Je nach Schwere der Störung können Tränenersatzmittel unterschiedlicher Zähigkeit regelmäßig eingetropfelt werden, um sowohl die fehlende Flüssigkeit zu ersetzen als auch die Benetzung der Hornhautoberfläche zu verbessern. Präparate ohne Konservierungsstoffe sind vorzuziehen.

Die Beschwerden durch den Tränenmangel können durch die Therapie beseitigt werden. Eine völlige Heilung des trockenen Auges durch medikamentöse Beeinflussung der Menge und Qualität der Tränenflüssigkeit ist aber nur selten möglich.

Wenn eine Allgemeinerkrankung besteht, die das trockene Auge verursacht, muss diese behandelt werden. Ungünstige Arbeits- und Umweltbedingungen sollten geändert werden. Wer in klimatisierten Räumen arbeitet, sollte sich vergewissern, ob die Anlage für genügend Luftfeuchtigkeit sorgt. Beim Autofahren sollte der Strahl des Gebläses nicht direkt auf die Augen gerichtet sein. Häufiges



Öffnen der Fenster und Lüften verbessert die umgebende Luft. Auch Rauchen, ob aktiv oder passiv, wirkt sich negativ auf den Tränenfilm aus.

Grüner Star

Als Glaukom oder Grünen Star bezeichnet man eine Reihe von Augenleiden, die mit fortschreitendem Sehnervenschwund und schleichendem Verfall des Gesichtsfeldes einhergehen. Meist liegt dieser Erkrankung eine Drucksteigerung im Augeninneren zugrunde, die verschiedene Ursachen, aber die gleiche Folge hat: Die Zerstörung des Sehvermögens.

Diese Krankheit steht unter allen Erblindungsursachen in unserem Kulturkreis an zweiter Stelle, obwohl bei rechtzeitiger Behandlung das Augenlicht gerettet werden kann.

Im Inneren des Auges bildet sich ständig eine farblose Flüssigkeit, das Kammerwasser, das durch ein schwammähnliches Gewebe, das Trabekel-Maschenwerk, aus dem Auge in die Blutgefäße abgeleitet wird. Wenn dieser Abfluss ver-

stopft ist, steigt der Augeninnendruck. Die einzige „weiche Stelle“ liegt dort, wo der Sehnerv, die Verbindung zwischen Auge und Gehirn, einmündet. Der krankhaft erhöhte Druck zerquetscht nach und nach den Sehnerv, der aus ca. einer Million feinsten Fasern besteht, die das im Auge eingefangene Bild an das Sehzentrum im Gehirn weiterleiten. Durch den Druck auf die empfindlichen Fasern



Gesundes Gesichtsfeld



Mittelgradiger Ausfall



Beginnender Ausfall



Hochgradiger Ausfall

des Sehnervs stirbt dieser allmählich ab. Dies wird dem Kranken zunächst meist nicht bewusst. In der Regel verursacht der Grüne Star keine Schmerzen, und die Einbußen im Gesichtsfeld werden vom Patienten erst dann bemerkt, wenn sie das Zentrum erreicht haben.

Der Augenarzt erkennt die Krankheit frühzeitig durch spezielle Untersuchungen des Auges: Die Untersuchung des Sehnervs am Augenhintergrund und die Messung des Augendruckes. Im Verdachtsfall können bereits beginnende Ausfälle des Gesichtsfelds durch eine computergestützte Gesichtsfelduntersuchung entdeckt werden. Das Glaukom ist eine der häufigsten Ursachen der Erblindung, vor allem deshalb, weil die Betroffenen zu spät zum Augenarzt kommen. Der Augenarzt kann nur jene Sehfähigkeit erhalten, die bei Behandlungsbeginn vorhanden ist. Dabei sind die Aussichten umso besser, je früher die Therapie einsetzt.

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)

Derzeit häufigste Ursache für schlechtes Sehen im Alter.

Die Makula (auch gelber Fleck) ist die medizinische Bezeichnung für die Netzhautmitte, die auch die Stelle des schärfsten Sehens ist. Hier wird immer das abgebildet, was wir gerade direkt ansehen, also fixieren. Die weniger deutlich wahrzunehmende Umgebung des Fixierten wird auf die Netzhautbereiche außerhalb der Makula projiziert. Deshalb haben wir ein großes Gesichtsfeld, jedoch nur einen relativ kleinen zentralen Bildausschnitt, mit dem wir scharf sehen.

Um zu verstehen wie wir mit den Augen sehen bietet sich ein Vergleich mit einer Fotokamera an. Dieser wird den sehr viel komplizierteren Vorgängen im Auge und dem Sehzentrum im Gehirn zwar nicht gerecht, doch er hilft, sie

Sind Sie schon mal in einem wirklich dunklen Raum gewesen? Und wenn ich dunkel sage dann meine ich finster – die schwärzeste Nacht die sie sich vorstellen können, ohne jegliche Lichtquelle. Kein Mond keine Sterne nur schwarze Finsternis. Noch nie?

Diese Erfahrung können Sie in Wien, Schottenstift Freyung 6 machen. Sie können im Rahmen der Veranstaltung „Dialog im Dunkeln“, die Rolle mit einem blinden Menschen tauschen. Hier sieht der Guide mehr, obwohl er blind ist. Die Ausstellung bei der es nichts zu sehen gibt hat grundsätzlich zwei Zielsetzungen. Zum einen lernen Gäste sich auf ihre nicht visuellen Sinne einzulassen, und zum anderen wechseln sie für eine Stunde ihren Standpunkt und erleben die Lebensrealität blinder Menschen selbst.

Nun gehört davon – schon machte ich mir schon den Weg um diese Erfahrung selbst zu machen. Begleitet haben mich zwei Mitarbeiterinnen der Fa. Sirius, welche Inserate für unsere Zeitung wirbt. In der Freyung angekommen empfing uns sofort Reinhard. Er ist einer der Mitgründer des Franchise Unternehmens in Wien und führt seit nunmehr 18 Jahren Gäste durch einen Parcours der kein Licht und Schatten zulässt. Zunächst erzählte Reinhard – seit Geburt an blind – was uns erwarten wird. Ein Parcours wäre zu bewältigen – Dauer ca. 1 Stunde. Wir sollten keine Angst haben, denn bei einer Panikattacke wären wir innerhalb von 20 Sekunden in unserer gewohnten Umgebung – spricht LICHT. Dann erhielten wir eine kurze Einführung wie ein Blindenstock zu be-

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)

besser zu verstehen. Durch die Pupille (die Blende) und die Augenlinse (Linse der Kamera) fällt das Licht auf die Netzhaut (Film). Die Netzhaut oder Retina ist die innere der drei Schichten, die den nicht sichtbaren, größten Teil des Augapfels umgeben. Unmittelbar hinter der Netzhaut liegt die für deren Ernährung wichtige Aderhaut, und die äußerste, schützende Hülle bildet die Lederhaut.

Die Netzhaut, die bei unserem Vergleich dem Film in der Kamera entspricht, enthält Millionen von Sinneszellen. Diese werden von den einfallenden Lichtstrahlen gereizt und diese Reize leitet der Sehnerv zum Sehzentrum im Gehirn weiter. Erst dort nehmen wir sie als Bilder wahr. Während der Film in der Kamera überall die gleiche Lichtempfindlichkeit hat, ist die der Netzhaut unterschiedlich.

Die Makula, der ovale, etwa 2 mm große Bezirk in der Netzhautmitte, enthält die meisten Zapfen. Das sind die für Farbe empfindlichen Sinneszellen des Auges. Nur sie befähigen uns zu scharfen Bildwahrnehmungen und zum Erkennen von Farben.

Vom Rand der Makula nach außen hin nimmt der Anteil der Stäbchenzellen zu. Sie werden vor allem in der Dämmerung aktiv und ermöglichen sogar die Orientierung, wenn es nahezu dunkel ist. Die Funktion der Stäbchen bleibt von Veränderungen der Makula unberührt,

darum behalten Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration in aller Regel ihr Orientierungsvermögen.

Die altersbedingte Makuladegeneration verursacht keine Schmerzen. Die ersten Anzeichen machen sich meist beim Lesen bemerkbar. Mit dem Schriftbild, dort, wo der Patient gerade hinschaut, ist ein verschwommener Fleck. Anfangs fehlen nur wenige Buchstaben, doch mit der Zeit wird dieser Fleck größer. Im späteren Stadium der Krankheit kann der Patient auch Gesichtszüge nicht mehr erkennen. Was aber in den meisten Fällen erhalten bleibt, ist das Sehen von schemenhaften Umrissen und Kontrasten, d.h. der Patient wird nicht vollkommen blind.

Veränderungen in der Netzhautmitte kann Prof. Findl schon bevor noch Symptome auftreten diagnostizieren. Um festzustellen, wie fortgeschritten die Makuladegeneration ist, bedient er sich folgender Untersuchungsmethoden:

- Untersuchung der Netzhautmitte (Makula)
- Untersuchung mit dem Amsler-Netz (siehe Seite 15)
- Optische Kohärenz Tomographie (OCT): Bildgebendes Verfahren wo der Querschnitt der Netzhaut betrachtet werden kann und eine etwaige Verdickung durch Flüssigkeitseinlagerung gemessen werden kann.
- Farbstoffuntersuchungen (sog. Fluoreszenzangiographie): Dabei werden nach Injektion eines Farbstoffes in eine Armvene abnormale Gefäße im Augenhintergrund fotografisch dargestellt.

Ob eine Behandlung möglich ist, hängt von der Art und dem Ausmaß der Makuladegeneration ab. Es gibt eine

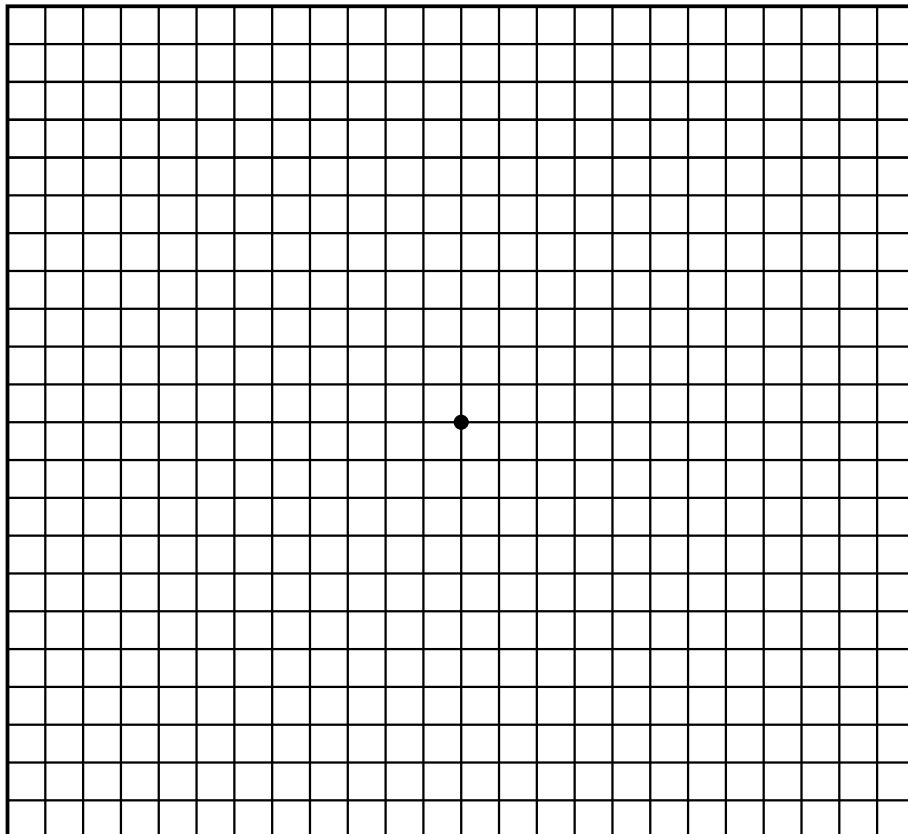
Reihe neuer Behandlungsansätze, allen voran die Gabe von wachstumshemmenden Medikamenten mittels einer kleinen Spritze in das Augennere. Andere Ansätze sind die Strahlentherapie, die chirurgische Entfernung von Gefäßen und Blutungen, die operative Drehung der Netzhaut sowie die Laserbestrahlung nach Gabe einer Substanz, die die Gefäße für den Laserstrahl empfindlicher macht. Ob eine solche Behandlung bei Ihnen zu empfehlen ist, besprechen Sie mit Prof. Findl. Er wird Sie allerdings darauf hinweisen, dass eine tatsächliche Heilung bis jetzt mit keiner dieser Methoden möglich ist. Experimente mit einer künstlichen, elektronischen Netzhaut (Netzhaut-Chip) sind zurzeit im Gang. Eine Anwendung am menschlichen Auge ist aber derzeit noch nicht möglich.



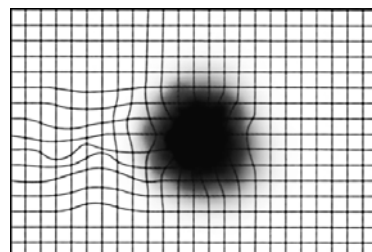
Amsler-Netz zum Selbsttest

Im Frühstadium der AMD kann das Sehvermögen einer betroffenen Person unscharf oder gestört erscheinen. Dieser Effekt ermöglicht es, mit einem einfachen und effektiven Test

– dem Amsler Netz – schon früh die oft nur sehr geringen Sehveränderungen, die durch feuchte AMD verursacht werden, festzustellen.



- 1) Falls Sie eine Lesebrille benutzen, setzen Sie diese für den Test auf.
- 2) Halten Sie den Test in bequemer Lesedistanz (ca. 30–40 cm Entfernung).
- 3) Decken Sie ein Auge ab und sehen Sie mit dem anderen Auge einige Sekunden lang genau auf den Punkt in der Mitte.
- 4) Achten Sie auf wellenförmige oder verschwommene Linien oder einen dunklen Fleck. Diese könnten auf Symptome von AMD hinweisen (siehe Abb.). In dem Fall sofort den Augenarzt aufsuchen.



Sind alle Quadrate gleich groß?
 Sehen Sie alle 4 Ecken?
 Wiederholen Sie den Test mit dem anderen Auge!

Diabetische Retinopathie

Die Netzhaut, die Retina, dient der Lichtwahrnehmung. Sinneszellen in der Netzhaut nehmen die Lichtreize, die aus der Außenwelt auf das Auge treffen, auf und leiten sie zum Gehirn weiter. Dort werden sie zu dem von uns wahrnehmbaren Bild verarbeitet.

Bei der diabetischen Retinopathie erkranken als Folge der Stoffwechselstörung die Gefäße, die für die Ernährung der Netzhaut sorgen. Die Erkrankung führt dazu, dass ein Teil der Netzhaut aufgrund von Sauerstoffmangel zugrunde geht. Außerdem werden sie für Blutbestandteile und Blut durchlässig. Es kommt zu immer wiederkehrenden Blutungen, Flüssigkeitsansammlungen und schließlich zu Gefäß- und Gewebsneubildungen.

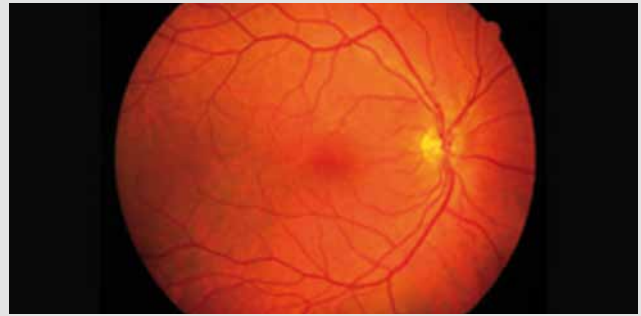
Die diabetische Retinopathie entwickelt sich zwar sehr langsam, man muss aber damit rechnen, dass nach 10 bis 15 Jahren zwei Drittel aller Diabetiker von Durchblutungsstörungen der Netzhaut betroffen sind. Tritt die Zuckerkrankheit bereits in der Jugend auf, verläuft die Entwicklung rascher – bei Erkrankungen im höheren Alter dagegen meist langsamer und schleichend.

Wichtig ist die exakte Einstellung des Diabetes durch entsprechende Medikamente und Diät, um das Fortschreiten der Retinopathie hinauszuzögern.

Wir unterscheiden zwei Stadien der diabetischen Retinopathie.

Die einfache oder Hintergrund-Retinopathie besteht aus kleinen, herdförmig auftretenden Gefäßveränderungen, kleinen Blutungen in der Netzhaut und vermehrter Ablagerung von Fettsubstanzen.

Beim zweiten Stadium, der proliferativen diabetischen Retinopathie, kommt es zur Bildung neuer, krankhafter Blutgefäße, die von der



Gesunde Netzhaut



Netzhautveränderung

Netzhaut in das Augeninnere hineinwachsen und die Ursache für schwere Blutungen in das Augeninnere, den Glaskörper, sind. Diese Form kann schließlich zur Erblindung führen.

Eine Heilung der diabetischen Netzhauterkrankung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Dennoch lässt sich oftmals durch verschiedene Behandlungsmaßnahmen eine Besserung der Gefäßschäden oder doch zumindest ein Stillstand der Erkrankung erreichen.

Allgemein gilt der Grundsatz: Je früher die diabetische Netzhauterkrankung erkannt wird und je eher der Blutzucker gut eingestellt ist und sofern notwendig die Behandlung angewandt wird, umso besser sind die Erfolgsaussichten. Der Patient selbst kann entscheidend zu einem günstigen Verlauf seiner Erkrankung beitragen: Durch ständige Körpergewichtskontrolle, Verzicht auf Nikotin- und übermäßigen Alkoholenuss und Einhalten der Diättempfehlungen. Die exakte Einstellung der Blutzuckerwerte und Kontrolle des Blutdrucks ist eine Grundvoraussetzung für den Schutz gegen die Folgen der diabetischen Retinopathie.

Sind Netzhautveränderungen und eine Verschlechterung des Augenhintergrundbefundes bereits vom Augenarzt festgestellt worden, so kann mit einer Laserbehandlung in vielen Fällen das Fortschreiten der Retinopathie verlangsamt oder gar zum Stillstand gebracht werden, womit zumindest die Gefahr, das Sehvermögen zu verlieren, weitestgehend gebannt ist.

Bei der Lasertherapie – auch Laserkoagulation oder Fotokoagulation genannt – werden gezielte Lichtstrahlen auf die geschädigte Netzhaut gerichtet, die die Bildung krankhafter Blutgefäße unterdrücken.

Laserbehandlungen sind nahezu schmerzlos und müssen je nach Stadium der Erkrankung wiederholt werden. Ob diese Therapie stationär oder ambulant erfolgt, wird Prof. Findl von Fall zu Fall entscheiden.

Bei weit fortgeschrittener Erkrankung mit ausgedehnten Gefäßwucherungen und schweren Blutungen ins Augennere reicht die Laserbehandlung nicht aus. Für betroffene Patienten steht heute eine Operationsverfahren, genannt Vitrektomie, zur Verfügung. Damit können gewisse Erfolge erzielt werden. Bei günstigem Verlauf gelingt es, eine brauchbare Sehschärfe wiederherzustellen. Je weiter jedoch die Erkrankung fortgeschritten ist, desto geringer sind die Erfolgsaussichten.

Die erfolgreiche Behandlung der diabetischen Retinopathie hängt von der frühen Entdeckung des Leidens ab. Da die Anfangsstadien keine Beschwerden verursachen, sollte der Diabetiker grundsätzlich mindestens einmal im Jahr seinen Augenarzt konsultieren, damit eine regelmäßige Untersuchung des Augenhintergrundes gewährleistet ist. Wird eine diabetische Retinopathie diagnostiziert, müssen die Untersuchungen in kürzeren Zeitabständen wiederholt werden. In den meisten Fällen kann dann der Augenarzt die Behandlung einleiten, bevor die Sehleistung für den Patienten wahrnehmbar eingeschränkt ist.

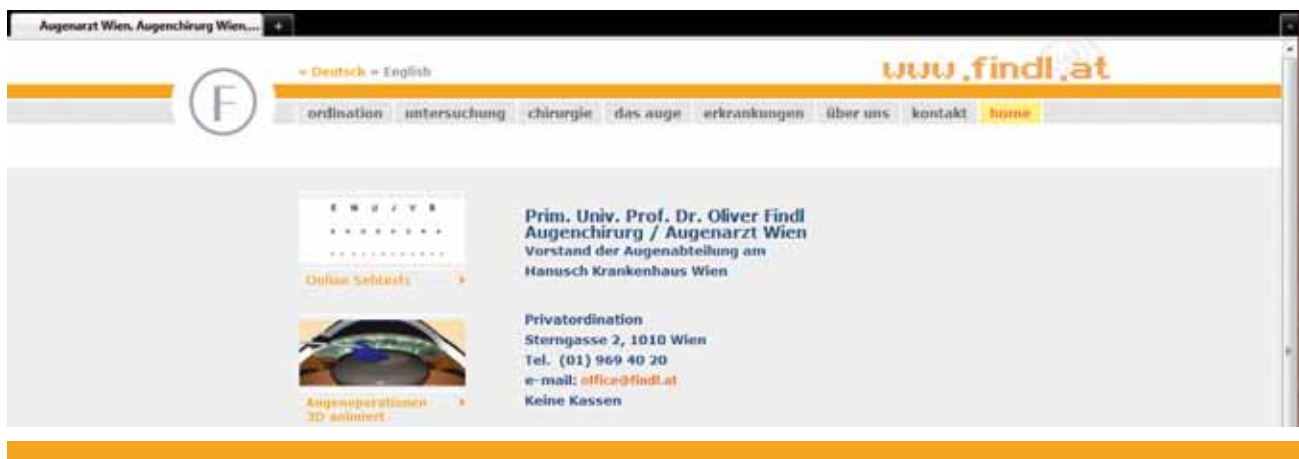
Die diabetische Retinopathie gehört zwar zu den häufigsten Erblindungsursachen der westlichen Länder, aber sie wäre in den meisten Fällen vermeidbar.

Angemessene Lebensführung, sorgfältige Einstellung des Blutzuckers und Frühentdeckung der Netzhautveränderungen sind entscheidend.

Weiter Informationen zu Augenerkrankungen und deren Behandlung finden Sie auch auf der Webseite von Herr Prim. Univ. Prof. Dr. Oliver Findl unter www.findl.at.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei Herrn Dr. Findl für die Zusammenarbeit.

Text und Fotos: in Zusammenarbeit mit Hr. Dr. Findl





Fränkisches Seenland

Im Zuge meiner Pressereise durch Deutschland darf ich Ihnen nun von unserer letzten Station, dem Fränkischen Seenland berichten. So mancher wird sich nun fragen: wo was Seen in Nordbayern? Jawohl in dieser Region finden Sie über 2000 ha Wasserspaß und mehr!

Die Gründe für die Erschaffung dieser künstlichen Seenlandschaft waren zunächst einmal rein zweckmäßiger Natur – nämlich, um einen Ausgleich zwischen dem wasserreichen Süden und dem eher wasserarmen Norden Bayerns zu schaffen. Bereits im Jahre 739 hatte Karl der Grosse bei Graben, in der Nähe von Treuchtlingen, die „Fossa Carolina“ eine 3000 Meter

lange, schiffbare Verbindung zwischen Schwäbischer Rezat und Altmühl und damit zwischen den großen Flusssystemen von Rhein/Main und Donau geplant und damit begonnen, sie ausheben zu lassen. Die „Fossa Carolina“, auch „Karlsgraben“ genannt, gilt als ingenieurtechnische Meisterleistung des frühen Mittelalters. Noch heute sind von dem Projekt eine etwa 500 Meter lange Wasserfläche und angrenzende Erdwälle erhalten.

Zurück in die Gegenwart. Dass mehr als 1200 Jahre später ein ähnliches Projekt unweit des Entstehungsortes der „Fossa Carolina“ beschlossen wurde, war also kein Zufall, sondern vielmehr eine aufgrund geologischer Voraus-



und der Altmühlsee offiziell eröffnet. Der Große Brombachsee folgte dann, aufgrund der längeren Flutungsdauer dieses größten Sees des Fränkischen Seenlandes erst im Jahre 2000.

Wem dies alles zu technisch ist, der hat im Zentrum von Roth die Gelegenheit, das ganze Projekt in Form eines 3 D Modells mit Flussläufen, und eindrucksvollen Fotos der Erdbewegungen zu studieren. Nebenbei können Sie sich in Roth gleich über die Schlosshofspiele im Juli und August informieren.

Für unsere Leser bedeutet das Fränkische Seenland Barrierefreier Badespaß. Für Gäste, die wegen ihrer Einschränkung bisher das Strandleben und Badevergnügen an so manchen Seen kaum nutzen konnten, sind am Altmühl-, Brombach- und Rothsee Strandrollstühle kostenlos zu mieten. Sie können sich damit am Sandstrand bewegen, über den Strand ins Wasser gelangen, im seichten Wasser planschen oder sogar im tieferen Wasser schwimmen, wenn dies die Beeinträchtigung zulässt. Beste Voraussetzungen also für Wasserratten mit Behinderung.



Bei dem Wetter widmet man sich besser der Kultur

setzungen und geringer Niederschlagsmengen gegebene Notwendigkeit. Die daraus resultierende Verringerung der Überschwemmungssituation im mittleren Altmühltal war dabei ein zusätzlicher positiver Effekt. Im Jahre 1986 wurden der Kleine Brombachsee, der Igelsbachsee



Unsere Pressegruppe beim Studieren des Plans vor der Vogelinsel

Wer lieber aktiv mit dem Handbike unterwegs ist, dem bieten sich rund um das Fränkische Seenland hervorragende ebene Radwege rund um die Seen an. Auch das SAN-Shine-Camp am Brombachsee lädt zur Gemütlichkeit am Lagerfeuer und zum Bogenschießen ein.



Ein Paradies für Handbiker

Wer lieber auf dem Wasser die Aussicht genießen möchte, dem empfehle ich eine Ausflugsfahrt mit Europas größtem Trimaran auf dem Großen Brombachsee. Was dieses Schiff so außergewöhnlich macht, ist ein Panoramalift auf das Oberdeck. So können auch Rollifahrer

einmal auf dem Sonnendeck eine Schifffahrt erleben. Und die Aussicht ist atemberaubend. Mit kulinarischen Köstlichkeiten versorgt, lässt man seinen Blick über die Seeufer schweifen. Durch die Unverbautheit entsteht die Illusion, dass man sich auf einem Gebirgssee befindet. Es ist ein einzigartiges Erlebnis das Sie selbst genießen sollten!

Zu einem tollen Urlaub, gehört aber auch eine adäquate Unterkunft. Hier hilft die Broschüre vom Tourismusverband des Fränkischen Seenlandes. Angefangen vom Campingplatz über gemütliche Ferienwohnungen bis hin zum Vier-Sterne-Hotel findet jeder etwas für seinen Geschmack. Für Kultur und Museen interessierte findet sich, wie in jedem Touristikgebiet viel zu viel um alles besuchen oder ansehen zu können.





Sollte jemand Fahr- und Begleitdienste benötigen, so kann er sich an den Regens Wagner Service für Urlauber mit Behinderung und deren Familien wenden. Für etwaige Fragen rund um Sport steht ihnen Herr Bernhard Endres vom BSK zur Verfügung.

Fazit – Sonnenhungrige Rollstuhlfahrer mit Badeambitionen sollten das Fränkische Seenland unbedingt in die nähere Auswahl Ihrer nächsten Urlaubsplanung mit einbeziehen.

Ich wünsche allen einen schönen Urlaub

Text: Andreas Michalik, Obmann von Seite an Seite
www.seiteanseite.org

Fotos: zur Verfügung gestellt von
 Tourismusverband Fränkisches Seenland



Tourismusverband Fränkisches Seenland

Hafnermarkt 13
 91710 Gunzenhausen
 Tel +49 9831 5002 20
 Fax +49 9831 5002 40

www.fraenkisches-seenland.de

Bernhard Endres

Bundesverband Selbsthilfe
 Körperbehinderter e.V.
 Tel +49 9144 93080

b.endres@wugnet.de

Regens Wagner OBA

Luitpoldstraße 7
 91710 Gunzenhausen
 Tel +49 9831 6194 5001

www.regens-wagner.de

San-Shine-Camp

Tel +49 09831 4936

www.san-aktiv-tours.de

Erlebnisschiffahrt Brombachsee

Tel +49 914492705

www.msbrombachsee.com

Leben mit und trotz Retinopathia pigmentosa

(von Prof. Franz Griesbacher)

Im halbdunklen Ordinationszimmer des Augenarztes vernahm ich die Worte des älteren Herrn als ob dies ein schlimmer Traum wäre: „Bei Ihrer Augenerkrankung müssen Sie damit rechnen, dass Ihr Sehvermögen noch schlechter werden wird und in zehn oder zwanzig Jahren zur fast völligen Erblindung führen kann.“ Damals war ich etwa achtzehn Jahre alt und stand noch vor der Matura. Hätte ich ihn doch nicht fragen sollen, ob man nicht etwas gegen mein schlechtes Sehen tun könne. Andererseits – die zehn oder zwanzig Jahre lagen damals für mich in ferner Zukunft! Trotzdem wäre es mir lieber gewesen, er hätte mir diese „Drohbotschaft“ nicht so direkt gesagt. Vielleicht hat er sich mit der Diagnose „Retinopathia pigmentosa“ geirrt, versuchte ich mich zu beruhigen.

Als ich vom dämmrigen Stiegenhaus der Ordination wieder auf die belebte Straße trat, war ich zwar etwas niedergeschlagen, dachte aber, eigentlich siehst du gar nicht so schlecht. Auch ohne Brille konnte ich die farbigen Geschäftsaufschriften auf der gegenüberliegenden Straßenseite gut lesen und entzifferte – zwar mit Mühe – den kleingedruckten Fahrplan an der Straßenbahnhaltestelle. Nach wenigen Metern stieß ich gegen eine Frau, die plötzlich aus dem Nichts aufgetaucht sein musste. Sie war in meinem toten Winkel und hatte natürlich angenommen, dass der junge Mann einer älteren Frau schon ausweichen würde.

Diese verflixte RP! Einerseits sieht man noch die kleinsten Dinge und andererseits übersieht man Menschen, Verkehrsstangen, Plakatständer, abgestellte Fahrräder und Stufen und sammelt so Beulen und Schrammen am ganzen Körper.

Was ist Retinopathia pigmentosa (auch Retinitis pigmentosa oder RP)?

Die Retinopathia pigmentosa ist eine meist erbliche degenerative Netzhauterkrankung, die schon 1855 vom Holländer Franz Donders beschrieben wurde. Da er eine entzündliche Ursache annahm, gab er ihr den Namen Retinitis pigmentosa, der auch heute noch häufig verwendet wird. Durch einen Gendefekt werden die Photorezeptoren der Netzhaut von der Peripherie ausgehend nach und nach zum Zentrum hin zerstört. Zuerst kommt es zu einem Funktionsausfall der Stäbchen, die für das Hell-Dunkel-Sehen notwendig sind. Schlechtes Sehen bei Dämmerung und Nachtblindheit sind bei Betroffenen schon in der Jugend symptomatisch. Bei der Untersuchung des Augenhintergrunds stellt der Augenarzt charakteristische Pigmentablagerungen fest. Beim langsamen Fortschreiten der RP wird das Gesichtsfeld immer enger (Tunnel- oder Röhrenblick), Kontrast- und Farbsehen werden schlechter und meist führt der Verlust der Sehschärfe im Zentrum zum fast völligen Erblinden.

Wahrscheinlich war mein Sehen schon im Volksschulalter eingeschränkt. Davon wusste ich aber nichts, weil ich es nicht anders kannte. Ich fühlte mich unsicher, wenn ich etwas aus dem dunklen Keller holen sollte oder im Winter bei Dunkelheit den Schulweg antreten musste. Einmal habe ich im halbdunklen Stiegenhaus der Schule eine Lehrerin umgerannt, weil ich sie nicht bemerkt habe. Bei Ballspielen wirkt sich eine Gesichtsfeldeinschränkung als besonders Störend aus. Ganz selten konnte ich beim Völkerball den Ball fangen und beim Fußball war ich nur dann gut, wenn ich den Ball ständig vor mir im Blickfeld hatte und nicht unvermutet zugespielt bekam.

Der Sport hat mich schon immer sehr fasziniert und ich bin während der Mittelschul-Oberstufe einem Turnverein beigetreten, wo ich beim Barren- und Reckturnen gute Leistungen erbrachte,

weil bei diesen Geräten das Sehvermögen kaum eine Rolle spielt. Beim Alpenschifahren war ich wegen des eingeengten Gesichtsfeldes sehr unsicher und habe nach dem Liftausstieg solange gewartet, bis ich einem anderen Schifahrer nachfahren konnte. In seiner Spur sollte nämlich kein Hindernis sein!

Als Jugendlicher und junger Erwachsener wollte ich mir keinesfalls anmerken lassen, dass ich eine Sehbehinderung hatte. Mit verschiedenen Tricks versuchte ich, mein Handicap zu verschleiern. Am Gehsteig bin ich extrem langsam geschlendert, um ja nichts zu übersehen. Wenn ich trotzdem an einen Plakatständer gestoßen bin, habe ich so getan, als ob ich unaufmerksam gewesen wäre und gerade woanders hingeschaut hätte. Fast immer trug ich eine Tasche unter meinem Arm, die meinen Körper bei Zusammenstößen mit nicht gesehenen Hindernissen schützen sollte. Als es später mit meiner Orientierung immer schlechter wurde, verwendete ich abends und bei schwierigen Wegstrecken einen zusammenlegbaren Blindenstock und ließ ihn danach wieder möglichst schnell in meiner Tasche verschwinden. Nach Möglichkeit habe ich mir schon bekannte Wege benützt und mir alle Details wie Stufen, Engstellen, hervorspringende Schaufenster, Hydranten, Briefkästen usw. genau eingepägt. Obwohl ich jetzt schon viele Jahre vollblind bin, sehe ich heute noch die meisten Wegstrecken wie in einem Film vor mir.

Dank der Fürsprache meines Klassenlehrers bei meinem Vater durfte ich nach der achtklassigen Volksschule am Land in einer Kleinstadt die Mittelschule besuchen. In der elterlichen Landwirtschaft hätte ich mit meiner RP große Probleme bekommen. Gegen Ende meiner Mittelschulzeit konnte ich nur mehr stockend lesen, wodurch meine Lehrer auf meine Sehbehinderung aufmerksam wurden und mich zum Augenarztbesuch drängten. Ich hatte zuvor schon eine Brille verschrieben bekommen, die aber wenig nützte. Nach der Denkwürdigen Aussage meines Au-

genarztes änderte ich meine Berufspläne vom Juristen oder Psychologen zum Blindenlehrer. Nach der Matura legte ich an der PÄDAK die Lehramtsprüfung für Volksschulen ab, unterrichtete dann an einer Sonderschule für Blinde und Sehbehinderte und schaffte schon fast erblindet noch die Lehramtsprüfungen für Sonderschulen (Sparten Blinde und Sehbehinderte) und Hauptschulen in den Fächern Geschichte/Sozialkunde und Deutsch.



Nebenbei betrieb ich intensiv Blindensport und feierte in verschiedenen Sportarten (Schwimmen, Leichtathletik, Schi alpin und nordisch, Luftgewehrschießen mit akustischer Zieleinrichtung, Goalball, Torball, Tandemfahren, Marathonlauf ...) große Erfolge, was mir bei meiner langsamen Erblindung Halt gab. Durch den Sport konnte ich mein Handicap immer mehr akzeptieren.

Mein tröstliches Motto ist heute: „Wenn ich nicht erblindet wäre, wäre ich nicht zweifacher Paralympics-Sieger im Riesentorlauf und in der Abfahrt geworden und hätte nicht so viele Länder der Erde durch den Blindensport kennengelernt!“

Text und Foto: Hr. Franz Griesbacher



SEITE *an* SEITE

Verein zur Förderung von blinden und körperbehinderten Menschen

Ein großes Projekt braucht lange Vorlaufzeit

Die Skisaison ist nun vorbei und so mancher wünschte sich, an diesem bestimmten Tag nicht den Verlockungen der weißen Pracht nachgegeben zu haben.

So mancher erlitt schmerzhaft Prellungen, der eine oder andere Brüche und manche hat es so schlimm erwischt, dass die Gastfreundschaft eines Krankenhauses noch immer in Anspruch genommen werden muss.

Was aber, wenn man nach so einem Freizeitunfall nicht mal mehr in die eigene Wohnung kommt, Treppen ein unüberwindbares Hindernis darstellen, die Türstöcke zu schmal sind und eine Dusche zur Denksportaufgabe wird?

Da heißt es umbauen oder umziehen. Und da in beiden Fällen viel Geld benötigt wird, bitten wir Sie schon jetzt, uns bei der Umsetzung eines Wohnungsumbaus zu helfen.

Spenden Sie bitte unter dem Projekt WOHNEN an:

Seite an Seite

Kremser Bank, Ktnr.: 129999, BLZ.: 20228

Wir werden in den nächsten Ausgaben darüber berichten!

Retouren an Postfach 555; 1008 Wien