Amotio – Netzhautablösung aus der Patientenperspektive

Nach etlichen Jahrzehnten als Brillenträger und gelegentlichen Anpassungen der Gläserstärken an die sich wandelnden Augen ist es mit 75 so weit – der Augenarzt sagt, so wie die Augen aussehen, haben sich die Linsen altersgemäß eingetrübt. Was er nicht erläutert ist, dass weniger Licht durchgeht, weshalb die Pupille sich weiter stellt und damit nicht nur der optisch beste Teil des Auges die Außenwelt auf die Netzhaut abbildet, sondern mehr Teile der Augenlinse mit ihren natürlichen Abbildungsfehlern beitragen. Das kann keine Brille korrigieren. Der Augenarzt empfiehlt, die mittlerweile trüben, gewachsenen Linsen durch Industrieprodukte zu ersetzen. Unter den Möglichkeiten in der Region empfiehlt er eine Augenklinik mit viel Patientendurchsatz und gutem Ruf. Die machen Operationen am Fließband, haben aber Operateure mit viel Erfahrung. Ich denke an die Alternative an akademischen Lehrkrankenhäusern; dort mag der Chef eine Kapazität sein, aber es werden Studenten ausgebildet, die natürlich noch keine Erfahrung haben. Die Erfahrungen meiner Frau von Jahrzehnten zuvor nähren dieses unwohle Gefühl. Also ab in die kommerzielle Reparaturfabrik. Die Organisation mit Abholdienst und vielen kurzen Untersuchungsstationen läuft glatt. Nach zwei Behandlungsterminen kann ich so gut sehen wie schon lange nicht mehr. Auf der nächsten Urlaubsreise kann ich wieder Details erkennen, für die ich zuletzt auf das Nachbetrachten der Fotos am heimischen Rechner warten musste. Der Augenarzt guckt sich noch mal alles an, ist über die Operation begeistert, rechnet noch mal etliche Untersuchungen am Privatpatienten ab. Er erwartet, dass ich seine Praxis vorerst nicht wieder aufsuchen muss. Ich solle aber auf die Möglichkeit von Netzhautablösungen achten. Wie man die bemerkt? Vielerlei bewegliche, kleine schwarze Flecken im Auge seien normal, aber wenn da was anderes sei, würde ich das merken.

Neun Monate lang genieße ich das Sehen mit voller Sehkraft (100% mit Fernbrille). Allerdings stört es mich, dass ich mit dem Einstärkenbrillenglas, das der Klinikchef für ausreichend hält, beim Autofahren schon die Instrumente auf dem Armaturenbrett gleichzeitig nur unscharf sehen kann. Eine (teure) Gleitsichtbrille kann das verbessern, denn meine Lese- und Computerbildschirmfernung (ohne Brille) habe ich bei der OP auf fast 40 cm einstellen lassen. Das hat prima geklappt.

Im Frühjahr treten blitzartig beige Flächen im Blickfeld auf und verschwinden gleich wieder. Völlig anders als die schwarz-weißen Zickzackmuster meiner Migräne, die jeweils halbstundenweise durchwandernd den Blick stört und Kopfschmerzen ankündigt. Kann das ein Netzhautschaden sein? Wie kann da überhaupt etwas Flächiges auftauchen und in weniger als einer Sekunde wieder verschwinden, wie ein elektrischer Schaltfehler? Ein mechanischer Schaden an der Netzhaut kann nicht in weniger als einer Sekunde den Blick beeinträchtigen und sich wieder verstecken, wie ein Hautlappen, der sich in einem Sekundenbruchteil ins Bild schiebt und wieder verflüchtigt. Noch dazu etwas Blass-beiges ohne weitere Struktur. In so kurzer Zeit kann das Gehirn etwas vorspiegeln, aber kein mechanischer Schaden im Auge entstehen und vergehen. Was geht da vor?

Nach einigen Wiederholungen denke ich, vielleicht sollte der Augenarzt doch mal seinen Senf dazu geben. Ich rufe an und erfahre, dass es keinen kurzfristigen Termin für mich gibt, denn in der nächsten Woche beginne eine Urlaubspause. Ich schaffe es nicht,

der Angestellten zu vermitteln, dass ich davon ausgehe, die erwünschte Information durch den Arzt könne vermutlich innerhalb von zwei Minuten erfolgen (auch ein kurzes Telefongespräch sähe ich als nützlich an), denn ich will ja noch keine zeitaufwendige Untersuchung, sondern nur wissen, ob die Anzeichen auf Dringlichkeit hinweisen oder nicht – nein, einen Termin erhalte ich erst „in sechs Wochen“.

Dann folgt die Osterwoche. Am zweiten Feiertag schiebt sich ein dunkles Feld ins Blickfeld meines linken Auges. Am Dienstag haut mich ein Infekt um. Am Mittwoch nimmt das dunkle Feld von unten kommend das halbe Blickfeld ein, am Donnerstag noch mehr. Ich versuche, die Augenarztpraxis am Telefon zu erreichen – früh nachmittags ist schon zu spät für den Tag, es geht niemand mehr dran.

Das rechte Auge funktioniert noch. Am Bildschirm sehe ich, wann die Arztpraxis morgens öffnet, fahre auch ohne Termin am Freitag zusammen mit meiner Frau mit dem ÖPNV hin. Ich werde darauf hingewiesen, dass es der letzte Tag vor dem Urlaub sei, aber dann doch von einer Angestellten zum derzeit üblichen Messgerät für die Sehschärfe geführt. An dem Auge, mit dem ich fast nichts außer Schwarz sehe (bis auf einen schmalen hellen Bogen), misslingt die automatisierte Messung, das andere Auge ist normal. Hatten wir da schon einen Erkenntnisgewinn über den Bericht des Patienten hinaus? Nein. Aber jetzt guckt der Augenarzt auch selbst in mein Auge. Er ist stolz darauf, dass seine Angestellte auch ohne Fachausbildung es bereits richtig vermutet habe: Netzhautablösung, oder (viel kompetenter klingend:) Amotio.

Mich interessiert eher, ob sich da etwas von der Sehkraft meines Auges retten lässt. Wir besprechen, wer und wo dafür in Frage kommt. Die Angestellten telefonieren und erreichen niemanden, weder an der Augenklinik, die meine Linsentrübung bearbeitet hat, noch an der Augenklinik in der Nachbarstadt Dortmund. Der Augenarzt will sich kümmern, wir sollen erst mal nach Hause gehen. Er stellt sicherheitshalber Notfallüberweisungen für zwei Kliniken aus, je nach dem, wo sich doch noch eine Behandlungsmöglichkeit ergibt. Die „Linsenfabrik“ will letztendlich nachsehen, ob ich eventuell am Montag in eine ihrer Zweigstellen kommen könne. Also trotz einer Schädigung, die besser baldigst behandelt wird, soll ich über das Wochenende drei Tage lang warten? Ach so, die Privatwirtschaft hat in der Augenklinik keinen Wochenendbetrieb, das senkt natürlich die Personalkosten erheblich. Die „Linsenfabrik“ mit ihren Filialbetrieben sagt schließlich ganz ab, sie will in der Folgewoche gar keine Patienten aufnehmen.

Im Netz habe ich inzwischen nach der Klinik in Dortmund geschaut; das Klinikum ist eines der größten öffentlich betriebenen Krankenhäuser weit und breit, mit einer Notfallannahme auch in der Augenklinik, rund um die Uhr. Die Anreisepläne im Netz sind nicht eingenordet, man kann sich schlecht damit orientieren, aber man kann mit dem ÖPNV (Fußweg, U-Bahn, S-Bahn, Regionalbahn, Fußweg, alles nacheinander) in gut einer Stunde hinkommen.

Es ist Freitag Nachmittag und noch einiger Betrieb an der Anmeldung und bei den Voruntersuchungen. Auch der Chefarzt kommt noch mal gucken. Weil ich morgens gefrühstückt habe, könnte ich frühestens am Abend (am selben Tag!) mit der OP drankommen. Erst mal muss überlegt werden, wie operiert werden soll. (Gut, dass ich

mit dem heilen Auge schon im Netz nach Patienteninformationen geschaut habe.) Zwei Techniken scheinen gängig zu sein, Öl ins Auge füllen und die Netzhaut damit an die Wand drängen (und das Öl später wieder rausholen ...), oder die Netzhautlöcher abdichten (mit jeweils einer Silikonplombe) und dann mit einer Gasblase unter leichtem Überdruck die Netzhaut überreden, sich einigermaßen wieder an die Wand zu legen. Es wird überlegt, was in meinem Fall günstiger wäre – es seien erfahrene Spezialisten für beide Methoden im Hause vorhanden, und der/die geeignete Person werde das ausführen. In meiner Interpretation fühlt sich das eher so an, welcher Spezialist besser greifbar sei, und dessen Methode werde dann benutzt. Das ist mir letztlich egal.

Oberärztin Frau Dr. B. ist noch im Dienst und guckt sich das Auge ausgiebig an. Sie könnte nach ihren Operationen des Tages vielleicht noch die notwendigen Helfer für den Abend mobilisieren, aber wir einigen uns auf den Samstagvormittag. Sie beginnt sofort damit, ihre Helfer für meinen Termin zu engagieren, die natürlich auch nicht alle begeistert davon sind, ihren Samstag nicht mit ihren eigenen Plänen, sondern stattdessen im OP zu verbringen. Meine Frau und ich gehen/fahren/gehen nach Hause.

Am Samstagmorgen stehe ich wieder auf der Matte, werde eingecheckt, erhalte ein Bett zugewiesen, lerne meinen Zimmergenossen kennen. Der hat eine so lange und vielfältige Leidensgeschichte, dagegen geht es mir gut. Auf in den OP. Frau Dr. B. hat eine eingespielte OP-Helferin ebenfalls im Hidjab; die Anästhesistin ist aus der Kinderklinik ausgeliehen. Während ich „abgeschaltet“ herumliege, vernäht die Ärztin die beiden Löcher in der Netzhaut, durch die Augenflüssigkeit dahinter gedrungen ist und so die Netzhaut von der Wand gelöst hat. Alle Experten bewundern die ihnen erkennbare Sorgfalt der Arbeit, ich freue mich am Erfolg der Aktion.

In dem Auge, das da auf schwarz geschaltet hatte, sehe ich eine Gasblase; die Außenwelt bleibt noch unscharf, wird aber immerhin wieder hell. Ja, das Licht durch die Pupille wirft einen klaren Schatten der Gasblase auf die Netzhaut - ein sehr interessanter neuer Blickwinkel innerhalb des eigenen Auges. Im Laufe der Tage wird das Gas allmählich von der Augenflüssigkeit absorbiert, die Blase schrumpft.

Nach einer Nacht habe ich genug von der Klinik. Es gibt immerhin Teewasser und Beutel im Aufenthaltsraum, einen gesprächsbedürftigen Zimmerkollegen, Leute, die eine der Toilettenanlagen mit Klopapierrollen sabotiert haben, Baustellen im Hause, aber ansonsten ist eigentlich außer Warten medizinisch nichts zu tun. Ich komme an mehreren Tagen zur morgendlichen Nachschau zurück. Dabei befinden Jungärzte im Wochenenddienst, dass sich am Augapfel eine Entzündung gebildet haben könnte. Die wollen sie mit Antibiotika-Injektionen ins Fleisch daneben bekämpfen, der sichtlich jüngere Arztlehrling darf auch mal üben. Nein, ich bin nicht begeistert, und die Piekser stören noch einige Tage lang.

Nach ein paar Tagen ist die Gasblase, die die Netzhaut sanft schubsen soll, aufgebraucht. Gas soll nachgefüllt werden, in einer ambulanten Kleinoperation. Ich weiß nicht, dass ich dazu mit eigenem Bademantel und Schlappen hätte kommen dürfen, aber es gibt auch Vorräte im Haus. Es ist schon ungewohnt zu sehen, wie der Chefarzt sich mit der Injektionsnadel nähert und mir in den Augapfel sticht. Zur Belohnung gibt es etwas Neues zu sehen: Statt der großen Gasblase im eigenen Auge

(die sich auch mal teilte) gibt es jetzt viele kleine, anscheinend vorproduziert, die wie Glaskugeln oder Sektperlen im eigenen Auge liegen und mit der Zeit weniger werden.

Nach einer Woche sieht die Augenklinik ihre Aufgabe als erledigt an und verweist mich zur weiteren Nachsorge an den eigenen Augenarzt. Auf den Bahnsteigen und in den Nahverkehrszügen kann ich mittlerweile die Leuchtschrift der naheliegendsten Stationsanzeigen wieder entziffern (mit dem heilen Auge sowieso auch die entfernteren), aber mit Verzerrungen, die die Schrift sehr stören. Der Augenarzt tut zunächst so, als würden die Verzerrungen sich im Laufe der Zeit beheben, aber das ist Schönrederei. Die Netzhaut ist ja nicht glatt gespannt, sondern war lebenslang längs der einigermaßen glatten Unterlage gewachsen. Im abgelösten Zustand schwankt sie wie nasse Wäsche „im Wind“ und wirft Falten. Jetzt sollte sie überredet werden, sich wieder an die gebogene Oberfläche im Innern des Augapfels anzulegen. Kein nasser Waschlappen lässt sich ohne viel Nachhilfe faltenfrei auf eine Wand klatschen. Im Augapfel spannt nichts die Netzhaut glatt; wenn erst mal der Kontakt mit der Wand wiederhergestellt ist, bleiben die Falten am Ort und schrumpfen allenfalls etwas. Deshalb ist es wichtig, die Netzhautablösung möglichst früh zu stoppen, bevor der Bereich der höchsten Sehschärfe in der Mitte des Auges betroffen ist. Den Zeitpunkt habe ich verpasst.

Immerhin, auch das beschädigte Auge trägt zum Raumeindruck bei; das ist viel besser als das Sehen mit nur einem Auge. Die Bildeindrücke beider Augen sind merklich unterschiedlich groß. Mit dem geschädigten Auge ist das Bild kleiner und schlanker, mit vielen Knicken und Sprüngen. Wenn ich es schließe, kann ich auch gerade Linien (Häuser, Fenster, Papiere) sehen, aber eben nur mit dem heilen Auge. Das Gehirn versucht, die Unterschiede zu überspielen, aber das geht nur zum Teil. Beim Autofahren sehe ich häufig mehrfache Markierungslinien und überraschend viel Verkehr. Kurz mal das eine oder andere Auge schließen, schon wird die Fahrbahnmarkierung wieder eindeutig, und jedes zweite andere Auto verschwindet.

Das Gehirn entwickelt die Interpretation des zweiten Bildes weiter. Nach drei Monaten nähern sich die Bildgrößen in etwa einander an, die Bilder passen aber noch nicht ganz aufeinander und sind auch etwas verdreht. Damit ist auch das stereoskopische Sehen, das richtige Einschätzen der Entfernungen, noch gestört. Kurz nach der OP hatte ich Schwierigkeiten, zu Fuß an einer Brunnen-Denkmal-Anlage trittsicher zu navigieren, Stufenhöhen sind schwer zu erschließen, ohne ins Wasser zu treten. Beim Spaziergehen muss ich die Füße höher heben als gewohnt; das Hindernisse-Sehen und Einschätzen hat Probleme. Die Augen ermüden schneller, egal ob beim Lesen, Fernsehen oder sonst wo. Aber das Lesen der Stationsangaben in der S-Bahn reicht inzwischen zu den nächst weiteren Leuchtanzeigen. Das Sehvermögen des geschädigten Auges erreicht nach einem Monat die typischen gut 30%.

Patienten sind nach der Reparatur der Netzhautablösung – soweit das geht – in der Regel sehr zufrieden. Wer wäre das nicht, nachdem er/sie erlebt hat, wie es ist, mit einem Auge nichts mehr gesehen zu haben. Da wird das Blickfeld „gemessen“, indem man sagen soll, wieviele Finger der Medicus einem vors Gesicht hält – ich sah nur schwarz – und keine Hand und keinen Arzt. Der helle Bogen oben, den ich noch sah, hatte damit zu tun, dass die Optik mit der einen Linse des Auges Bilder auf den Kopf

stellt: Da hing die Netzhaut oben abgerissen herunter und ließ nur unten noch Licht sehen, das vom Auge-Gehirn als „oben“ einsortiert wurde.

Bei den täglichen Kontrollen in der Augenklinik (3-5 Minuten Visite oder so, und dafür jeweils drei Stunden pendeln im ÖPNV zwischen BO und DO, hin und zurück) warteten andere Patienten mit meist kaum sichtbaren Symptomen. Amotio sieht man nicht so eben von außen, war aber an den meisten Tagen, auch mehrfach, vertreten. Die Augen-Notfallambulanz wurde gut besucht, rund um die Woche. Dass ich nur eine Nacht in der Klinik geblieben war, bestärkte meinen Augenarzt in seiner Ansicht, dass diese OP eigentlich meist ambulant zu erledigen sei. Vielleicht. In der industriellen Augenreparaturklinik äußerte sich der Chef neidisch auf die Vielzahl der niedergelassenen Optiker und deren Preisspanne zwischen Brillenglas- und Fassungs-ein- und verkauf. Futterneid? Nachdem ich erlebt habe, wie wichtig und wertvoll – für den betroffenen Patienten – eine Klinik mit Notfallversorgung rund um die Uhr ist (und die Fließbandklinik sie nicht bot), bin ich mir einiger Facetten der Krankenhausdebatten wieder neu bewusst geworden.

Einmal Netzhautablösung erlitten – für immer überstanden? Leider nicht. Wo es schon mal passiert ist, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass es nochmals geschieht. Niemand weiß, warum es beim ersten Mal eingetreten ist. Also weiß auch niemand vorherzusagen, ob und wann es beim selben oder beim anderen Auge geschieht. Die Wahrscheinlichkeit ist höher, als wenn es vorher noch nicht passiert wäre. Genieße den Ausblick, den das Leben bietet!

Elmar Träbert

Elmar Träbert

Sauerbruchstr. 23

44801 Bochum

elmartraebert@gmail.com

ca 2250 Wörter