

Fragen und Antworten

zum Rodenstock Partnerdialog 25.01.2023

„Gemeinsam Kinderaugen schützen“

Herzlichen Dank für die zahlreiche Teilnahme und die vielen Fragen, die während des Rodenstock Partnerdialogs gestellt wurden. Gerne beantworten wir Ihnen diese hier. Für eine bessere Übersicht haben wir Ihnen die Fragen thematisch gebündelt.

Den Rodenstock Partnerdialog können Sie unter folgendem Link jederzeit wieder anschauen:

[Rodenstock Partnerdialog 2023 - Gemeinsam Kinderaugen schützen](#)

1. Allgemeine Informationen über Myopie

1.1. Augenärzte haben früher gerne 0,50 dpt unterkorrigiert, um einen Myopieschub zu hemmen. In der Myopiekontrolle haben wir vor ca. 20 Jahren gelernt, dass die Unterkorrektur gerade zur Progression führt. Was ist dazu zu sagen?

Eine Unterkorrektur von 0,50 dpt wird von Augenärzten nicht favorisiert. Eher wird so verfahren, dass man das schwächste Minusglas verordnet, mit dem das Kind noch mindestens einen Visus von 1,0 erreicht.

1.2. Gibt es schon wissenschaftliche Beobachtungen in der Körperentwicklungsphase Myoper, was die Akkommodations-Vergenzharmonie betrifft im Zusammenhang mit Myopieentwicklung?

Nein, es gibt keine wissenschaftlichen Beobachtungen, die in der Entwicklungsphase Myoper geführt werden, was die Akkommodations-Vergenz-Harmonie betrifft.

1.3. Mit welchem Alter ist das Auge regulär ausgewachsen?

Dies ist individuell sehr verschieden. In der Literatur liegen Angaben von großen Altersspannen vor. Das Auge ist regulär mit 16 bis 18 Jahren ausgewachsen. Bei den Myopen ist es so, dass das Augenlängenwachstum bis in das hohe Alter voranschreiten kann. Das größte Wachstum findet bis 14 Jahre statt. Die Trageempfehlung seitens Rodenstock für das MyCon Glas ist von 6-14 Jahren.

1.4. Ab wieviel Dioptrien wird von "hoch myop" gesprochen?

Die Literatur liefert unterschiedliche Aussagen, deshalb ist der Wert je nach Definition unterschiedlich. In der Regel wird ab -5/-6 dpt von hoch myop gesprochen.

1.5. Gibt es einen Jo-Jo-Effekt bei Myopiegläsern? Was ist bei dem Jo-Jo-Effekt bei Atropin-Tropfen gemeint?

Bei der Wirkung von Myopiegläsern kann nicht von einem Jo-Jo-Effekt gesprochen werden (Definition für Diäten). Es gibt Studien, die Rebound-Effekte bei beispielsweise hochdosiertem Atropin aufzeigen. Dies bedeutet, dass ein verstärktes Wiederauftreten von Symptomen nach Absetzen der Atropin Tropfen auftritt. Je geringer die Dosierung desto geringer der Rebound-Effekt. Bezüglich Myopiegläser wurde bisher kein Rebound Effekt nachgewiesen.

1.6. Was denken Sie über den Jo-Jo-Effekt bei Atropin-Tropfen?

Bei den Atropin Augentropfen handelt es sich um einen pharmakologischen Ansatz, bei dem es dazu kommen kann, dass die Rezeptoren umgebaut werden. So findet eine Toleranzentwicklung statt was die Atropin Tropfen angeht oder eine Hypersensibilisierung. Dies führt dazu, dass nach dem Absetzen der Atropin Tropfen der Effekt weg ist oder die Myopieprogression viel stärker zu Tage tritt. Das heißt, die pharmakologischen Grundlagen, warum wir ein Rebound Phänomen haben, sind bisher noch nicht richtig geklärt. Man kennt es aber auch von anderen Medikamenten, dass hier durch Neurotransmitter verschiedene Reaktionen auftreten können.

1.7. Haben Sie einen Tipp für den Umgang mit den Eltern, die mit myopen Kindern zu uns ins Geschäft kommen?

Die Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, was Myopie bedeutet. Sprich, dass eine Myopie mit einer Brille gut korrigiert werden kann und dass wir die Möglichkeit haben, die Progression zu hemmen. Das Ziel sollte so definiert werden, dass man sekundäre Erkrankungen im späteren Alter vermeiden möchte. Nichtsdestotrotz sollte man weiterhin, auch als Augenarzt, dem Kind nicht das Gefühl geben, dass es krank ist. Es sollte den Kindern mitgeteilt werden, dass die Brillen, die mittlerweile ja sehr schön aussehen, diesen gut stehen.

1.8. Sollte immer bei den Symptomen Rußregen, Blitze, etc. sofort zum Arzt gegangen werden oder erst nach dem Einsetzen einer IOL?

Die Symptome Rußregen, Blitze, Glaskörpertrübungen und Schattensehen sind Indizien für eine hintere Glaskörperabhebung und für eine Netzhautablösung, die unabhängig von einer Operation des grauen Stars zu Tage treten können.

1.9. Was sind die Erfahrungen bei Kindern > 14 Jahren, Herr Dr. Kaymak? Erfahrungsgemäß kann auch dann nahezu eine Verdoppelung der Myopie erfolgen.

Die Erfahrungen bei den Kindern, die über 14 Jahre alt sind, zeigen, dass weiterhin die Myopieprogression zunehmen kann und dass auch weiterhin ein großer Schub stattfinden kann. Aus diesem Grund sollte alle 6 bis 12 Monate ein Monitoring durchgeführt werden, so dass wir nach der Refraktion- und Achslängenveränderung des Auges schauen, um hier eine klare Aussage darüber zu treffen, ob eine progrediente Myopie vorliegt oder nicht. Das heißt, dadurch dass die Myopie nicht nur genetisch bedingt ist, sondern auch von Umweltfaktoren und den Lesegewohnheiten abhängt, ist auch damit zu rechnen, dass nach dem 14. Lebensjahr eine weitere Myopieprogression stattfinden kann.

1.10. Eine pubertär beginnende Myopie stagniert häufig erst mit einem Alter von 25 Jahren. Wie werden diese Fälle idealerweise versorgt, Herr Dr. Kaymak?

Die Versorgung der Myopen kann bis in das hohe Alter mit peripher defokussierenden Brillengläsern stattfinden. Hier gibt es schon die ersten Studien, die auch den hemmenden Effekt bei Erwachsenen zeigen. Auch eine Kombination mit Atropin ist durchaus denkbar. Sollten die Myopen auf eine Brille verzichten wollen, so käme hier der Einsatz von bifokalen Kontaktlinsen, wie auch Ortho-K Linse, zum Einsatz, welche auf dem gleichen Prinzip zur Hemmung der Myopieprogression beruhen, nämlich die periphere Refraktion zu verändern.

2. Produktinformationen zu MyCon Gläsern

2.1. Warum sind bei dem Rodenstock MyCon Design die Progressionsbereiche nur horizontal und nicht auch vertikal angeordnet?

Der Hauptvorteil ist die Verbesserung der Trageigenschaften durch die horizontale Progression anstelle von radialen Progressionsbereichen. Zusätzlich sind die horizontalen Progressionszonen die Bereiche, bei denen die Wirksamkeit zur Eindämmung des Längenwachstums nachgewiesen werden konnten. Es wurde keine Defokussierung entlang der vertikalen Achse vorgenommen, da es keine klinischen Beweise für deren Wirksamkeit gibt.

2.2. Welche Scheibengröße und -höhe brauchen die MyCon Gläser?

- Mindesteinschleifhöhe 12 mm
- Mindestscheibenhöhe 17 mm
- Mindestabstand Zentrierpunkt - nasaler Fassungsrand 12 mm
- Mindestabstand Zentrierpunkt - temporaler Fassungsrand 25 mm
- Die Informationen können der UVP-Unterlage MyCon entnommen werden

2.3. Wie hoch ist die Progression in den peripheren Bereichen des Brillenglases?

Die nasale Progression beträgt +2,0 dpt und die temporale Progression beträgt +2,5 dpt.

2.4. Welcher Mindest-HSA wird empfohlen?

Der maximale Abstand liegt bei 14 mm, der minimale Abstand ist durch die natürlichen Gegebenheiten begrenzt. Wenn das Glas zu weit vom Auge entfernt ist, wird das Sichtfeld eingeschränkt. Es kann die Gefahr bestehen, dass das Kind durch den falschen Bereich schaut und die Sicht unscharf ist.

2.5. Wo werden MyCon Gläser produziert?

MyCon Gläser werden überwiegend in unserem deutschen Werk in Regen produziert.

2.6. Wird das Produkt auch individualisierbar angeboten?

Nein.

2.7. Gibt es das MyCon Glas auch mit Addition für Kinder, die zusätzlich ein Akkommodationsproblem haben?

Nein. MyCon ist die bessere Alternative zu einem herkömmlichen Einstärkenglas für Kinder mit Myopie. Zusätzliche Progressionsbereiche neben den horizontalen Progressionskontrollzonen gibt es nicht.

2.8. Wie verändert sich die Bildschale der sphärischen bzw. torischen Brillengläser im Vergleich zu Gläsern mit Asphärität?

Für diesen Aspekt ist keine generelle Aussage möglich, da dies wirkungs- und basiskurvenabhängig ist. Für das blickende Auge weisen sphärische oder asphärische Brillengläser Refraktionsfehler auf. In den Bereichen der Myopiekontrolle (Peripherie im Horizontalschnitt) sind diese bei MyCon Gläsern höher, da hier eine Pluswirkung erzeugt wird, um den Defokus vor die Netzhaut zu projizieren. In den anderen Bereichen entspricht es der Bildschale eines sphärischen bzw. asphärischen Brillenglases.

2.9. Ist das Glasdesign sowie der Wirkungsanstieg in den Progressionszonen von der Höhe der Myopie abhängig?

Nein, der Wirkungsanstieg in den Progressionskontrollzonen sowie die Größe des Fokusbereich sind unabhängig von Stärke und Durchmesser des Glases.

2.10. Kann die Studie eingesehen werden und wie ist diese zu finden?

Das Glasdesign der MyCon Gläser basiert auf der Studie mit folgender Quelle: Tarutta EP, Proskurina OV, Tarasova NA, Milash SV, Markosyan GA. (2019). Long-term results of perifocal defocus spectacle lens correction in children with progressive myopia. Vestn Oftalmol. 2019; 135(5): 46–53).

Das MyCon Glasdesign basiert auf demselben Prinzip wie das in der Studie verwendete Glas. Die Wirkung kann vollständig aus der Studie übernommen werden. Die Studie ist öffentlich zugänglich. Rodenstock stellt ein White Paper mit den wichtigsten Inhalten über die Studie zur Verfügung.

3. Anwendung der MyCon Gläser

3.1. In welchem Alter wird der Einsatz von MyCon Gläsern empfohlen?

Grundsätzlich empfiehlt Rodenstock den Einsatz von MyCon Gläsern bei Kindern mit Myopie im Alter von 6-14 Jahren. Bei bereits erfolgreichem Einsatz von MyCon kann das Kind auch über das 14. Lebensjahr hinaus die Gläser weiterhin tragen.

3.2. Macht es Sinn, bei Kurzsichtigen im höheren Alter als 14 Jahren MyCon Gläser zu verwenden?

Grundsätzlich empfiehlt Rodenstock den Einsatz von MyCon Gläsern bei Kindern mit Myopie im Alter von 6-14 Jahren. Bei bereits erfolgreichem Einsatz von MyCon kann das Kind auch über das 14. Lebensjahr hinaus die Gläser weiterhin tragen.

3.3. Werden MyCon Gläser schon bei der ersten Brille empfohlen oder erst wenn ein progressiver Verlauf zu beobachten ist?

Die Behandlung ist umso vorteilhafter und wirksamer, je früher begonnen wird. Das Glas wirkt präventiv. Der Erfolg ist umso unwahrscheinlicher, je älter das Kind ist und je später die Myopiekontrolle beginnt.

3.4. Werden MyCon Gläser sowohl bei Längenmyopie als auch bei Brechwertmyopie eingesetzt?

MyCon Gläser werden für alle myopen Kinder – auch präventiv – empfohlen. Die Myopie basiert auf dem Augenlängenwachstum und dies wird durch das Tragen von MyCon Gläsern abgeschwächt.

3.5. Macht es Sinn bei einem Kind mit hoher Myopie noch mit MyCon Gläsern zu beginnen?

MyCon Gläser sind Brillengläser, welche das Fortschreiten der Myopie kontrollieren und dazu beitragen, hohe Myopie zu vermeiden. Sie sollten allen myopen Kindern empfohlen werden, unabhängig davon, ob sie stark oder leicht myop sind.

3.6. Gibt es MyCon Gläser bereits im leichten Hyperopiebereich?

MyCon Gläser werden ausschließlich im Lieferbereich 0 dpt bis -14 dpt angeboten.

3.7. Wie lange und wie oft sollen MyCon Gläser getragen werden?

Die MyCon Gläser sind für dauerhaftes Tragen vorgesehen. Das bedeutet etwa 12 Stunden täglich.

3.8. In welchem Abstand soll eine Nachkontrolle durchgeführt werden?

Rodenstock gibt nur die Empfehlung zu regelmäßigen Kontrollen. Es werden keine konkreten Zeitangaben gemacht, da dies sehr individuell einzuschätzen ist.

3.9. Kann ein MyCon Glas auch für den monokularen Gebrauch verwendet werden?

Rodenstock empfiehlt ausschließlich eine binokulare Verwendung der MyCon Gläser. Aufgrund von progressiven Flächen kann es bei der Anwendung eines MyCon Glases auf nur einem Auge zu Fusionsstörungen kommen. Es liegen bisher keine Daten dazu vor, wie sich die Einwirkung auf das Binokularsehen auswirken könnte. Generell ist eine Einzelglasbestellung möglich (für z. B. ein Ersatzglas). Es liegt jedoch keine gemischte Paarbarkeit vor.

3.10. Wie verändert sich der Visus bei der Verwendung von MyCon Gläsern?

MyCon Gläser erhöhen die Sehschärfe gegenüber unkorrigierten Augen wie jedes Einstärkenglas.

3.11. Ist das Prinzip des MyCon Glases auch für hoch hyperope Kinder zur Beschleunigung des Augenwachstums denkbar?

Hierzu gibt es keine Studien.

3.12. Ist eine frühere Schielbehandlung eine Kontraindikation für MyCon Gläser?

Nein, es wird nicht von Kontraindikationen gesprochen. Dennoch sollte ein sinnvoller Einsatz gewährleistet werden. Beispielsweise Strabismus oder Nystagmus lassen sich nicht mit der Anwendung von MyCon Gläsern vereinbaren.

3.13. Können MyCon Gläser mit anderen Behandlungsmethoden zur Myopiekontrolle kombiniert werden? Ist eine Kombination sogar empfehlenswert?

MyCon Gläser können mit allen anderen Behandlungen außer Ortho-K-Kontaktlinsen kombiniert werden. Uns liegen keine klinischen Daten über die Wirksamkeit einer kombinierten Behandlung vor.

4. Technische Informationen

4.1. Welche Messwerte werden für die Bestellung von MyCon Gläsern benötigt?

Zur Bestellung von MyCon Gläser werden ausschließlich die Fernrefraktionswerte Sphäre, Zylinder und Achse benötigt, analog zu herkömmlichen Einstärkengläsern.

4.2. Sind MyCon Gläser verkehrstauglich?

Ja, aber es sind die Hinweise in den Gebrauchsinformationen zu beachten. In der Eingewöhnungszeit (normalerweise 1-2 Wochen) ist die Verkehrstauglichkeit eingeschränkt.

4.3. Wieso werden bei MyCon Gläsern keine zusätzlichen Geräte benötigt, um die Entwicklung der Myopie zu verfolgen?

Ein Biometer misst objektiv das Wachstum der axialen Augenlänge. Das Fortschreiten der Myopie kann auch ausschließlich anhand subjektiver Refraktionsmessungen verfolgt werden. Daher ist ein Messgerät nicht zwingend notwendig.

4.4. Mit welchem Gerät soll die Augenbaulänge zur Myopiekontrolle gemessen werden?

Die Baulänge des Auges kann mit einem Biometer gemessen werden. MyCon Gläser erfordern jedoch nicht die Anschaffung eines Biometers. Die Myopiekontrolle kann anhand subjektiver Refraktionswerte durchgeführt werden. Myopiemanagement sollte in Zusammenarbeit mit einem Augenarzt durchgeführt werden.

4.5. Ist MyCon Teil des Versicherungsprogramm?

Ja. Bei Optikern, die am Versicherungsprogramm teilnehmen, können die Gläser zu den gleichen Preisen und zu den gleichen Bedingungen wie Einstärkengläser versichert werden.

4.6. Welche Garantien gibt es auf MyCon Gläser? Gibt es eine kostenlose Umtauschgarantie bei Stärkenänderung?

Alle Rodenstock-Garantien auf Markengläser gelten genauso für MyCon Gläser. Darunter fallen 6 Monate Zufriedenheitsgarantie, 24 Monate Qualitätsgarantie sowie 3 Jahre Qualitätsgarantie auf Solitaire 2 Beschichtungen. Eine zusätzliche Kulanz bei Stärkenänderung wird nicht angeboten.

4.7. Werden die Infos auch an Augenärztinnen und Augenärzte weitergegeben?

Rodenstock fährt eine Informationskampagne nicht nur bei seinen direkten Kunden. Zusätzlich werden Augenärzte, Verbände und Vereinigungen über das Rodenstock MyCon Konzept ausführlich informiert.

5. Vorteile der Myopie- bzw. MyCon-Gläser

5.1. Was sind die Vorteile des Rodenstock Konzepts mit MyCon Gläsern?

- Einfache Handhabung ohne zusätzliche Geräte
- Attraktiver Preis und hohe Ästhetik
- Umsatzplus durch das Öffnen einer neuen Glaskategorie
- Klinisch nachgewiesene Wirksamkeit auf Basis einer unabhängigen Studie mit europäischen Kindern
- Für jedes myope Kind von 6-14 Jahren denn...JEDE DIOPTRIE ZÄHLT!

5.2. Was ist der Vorteil vom MyCon Glas im Vergleich zu anderen Myopiemanagement-Methoden? Wie wirksam ist die Methode im Vergleich zu Atropin oder Kontaktlinsen?

Brillengläser (z. B. Gleitsichtgläser und spezielle Myopiekontrollgläser) werden seit langem zur Myopiekontrolle eingesetzt. Der Hauptvorteil besteht darin, dass Brillengläser nicht invasiv und einfach zu handhaben sind. Mit jedem neuen Design, das entwickelt wurde, wurden die Gläser verbessert. Für Gleitsichtgläser haben die bisher durchgeführten Studien eine geringe Wirksamkeit gezeigt.

Das MyCon Glas, eine ophthalmische Linse mit peripherer Defokussierung, hat mehrere Vorteile gegenüber anderen Optionen. (siehe Tabelle)

Methoden zur Myopiekontrolle	MyCon Gläser	Optische Additionsgläser	Ortho-K	Weiche KL	Atropin
Effekt	Hoch	Gering	Hoch	Hoch	Hoch
Invasiv	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Gutes Sehen	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Einhaltung der Behandlung	Leicht	Leicht	Schwierig	Schwierig	Schwierig

5.3. Welche Nachteile ergeben sich bei einer Korrektur mit Myopiegläsern?

Es gibt unterschiedliche Behandlungsmethoden, um progressiver Myopie entgegenzuwirken. Ein genereller Vorteil an Brillengläsern ist, dass die Behandlung nicht invasiv ist. Ein Nachteil bei Brillengläsern ist möglicherweise die Akzeptanz des Kindes generell eine Brille zu tragen.

6. Myopiemanagement mit CNXT®

6.1. Was ist CNXT®?

CNXT® ist die Rodenstock Software zur Vernetzung aller Geräte sowie zur flexiblen und individuellen Kundenberatung. Für alle Kunden, die bereits eine CNXT® Smart oder Professional Lizenz erworben haben, wird das Modul zu Myopiemanagement automatisch freigeschaltet.

6.2. Kann in CNXT® die echte Augenbaulänge eingegeben werden, die mit einem Biometer gemessen wurde?

Ja, die Eingabe und das Tracking der Augenlänge ist optional möglich.

6.3. Wie kann der Verlauf der Myopie nachverfolgt werden? Welche Werte können dafür in CNXT® genutzt werden?

Die Rodenstock Software CNXT® bietet die Möglichkeit einer individuellen Risikoabschätzung, Prognosen über den Verlauf zu erstellen sowie den Verlauf der Myopie anhand von Refraktionsdaten und anhand der Augenlänge nachzuverfolgen.

Alle Angaben sind nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr für Vollständigkeit und Richtigkeit.