

Tabelle 2-1 Inzidenz des Offenwinkelglaukoms

Studie	Level	Erläuterung
Pan CW et al. 2017 [14]	2	Große Kohortenstudie mit 5 Jahre Nachbeobachtung. 80,6% nahmen an der Follow-up Befragung teil. Niedriges Risiko für systematische Verzerrung aufgrund der ländlichen Lage des Studienzentrums (daher wurde jüngere Bevölkerung seltener aufgenommen)
Kim YK et al. 2014 [15]	2	Retrospektive Kohortenstudie, große Studienpopulation wurde nach Diagnosedaten aus dem taiwanischen Gesundheitssystem eingeschlossen. Patienten, welche innerhalb von 4 Jahren zuvor beim Augenarzt waren, wurden ausgeschlossen. (NHI Daten erst seit 1996). Geringes Risiko der Verzerrung, da bei OAG ebenfalls nur Patienten gezählt wurden, welche eine Behandlung erhielten.
Levkovitch-Verbin H et al. 2014 [16]	3	Retrospektive Studie auf Grundlage der Healthcare Service Datenbank von Israel n=15.332. (2 Millionen Versicherte, 25% Bevölkerung) Datenerfassungszeitraum von 7 Jahren. Signifikantes Risiko der Verzerrung, da die Diagnose des Glaukoms und dessen spezifischen Typs auf dem Urteil des Augenarztes beruht. Diese kann ohne konkrete Grundlagen in der Interpretation subjektiv sein.
Vijaya L et al. 2014 [17]	2	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 4.316 Probanden und Untersuchung zu Studienbeginn und nach 6 Jahren. Mit einem niedrigen Risiko für eine Verzerrung aufgrund des Verlustes von Patienten in der Nachbeobachtung.
Kawaski et al. 2013 [7]	2	Prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie über 10 Jahre mit 3.314 Teilnehmern. Niedriges Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund einer Verlustrate von 32,6% bis Studienende. Zudem wurden potenzielle Confounder wie Messung zentraler Hornhautdicke nicht einbezogen.
Lin CC et al. 2013 [15]	3	Retrospektive Kohorten Studie mit 1.012 Probanden mit OSA und 6.072 in der Vergleichsgruppe und einer Rückverfolgung über 5-Jahre. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund keiner Angaben über Schweregrad der OSA in der Datenbank. Zudem enthielt die Datenbank nur Patienten, welche auch eine Behandlung erhalten haben. Zudem wurden nur OAG-Patienten eingeschlossen, welche auch eine Behandlung erhielten.

Varma R et al. 2012 [18]	2	Prospektive Kohortenstudie mit Ausgangsuntersuchung und einer Folgeuntersuchung nach 4 Jahren mit 3.939 Teilnehmern. Geringes Risiko für eine Verzerrung aufgrund der einmaligen Bewertung der Exposition im Studienzeitraum und eine Verlustrate von 24%.
Cedrone C et al. 2012 [11]	2	Erneute Kontrolle nach 12 Jahren einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie mit 411 von 581 überlebenden Probanden, mit einer geringen Wahrscheinlichkeit für eine Verzerrung mit einer Verlustrate von 30% bei den Überlebenden.
Czudowska MA et al. 201 [9]	2	Prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 6.630 Teilnehmern und 2 Nachuntersuchungen innerhalb von 10 Jahren. Geringes Risiko für eine systemische Verzerrung aufgrund der Teilnahme von 59% an der ersten und 39% an der zweiten Nachuntersuchung.
Leske MC et al. 2007 [19]	2	Prospektive Kohortenstudie über 9 Jahre mit 4.631 Teilnehmern und einer Beteiligung von 81%. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate in der Nachbeobachtung.
Aström S et al. 2007 [13]	3	Randomisierte Populationsstudie mit 339 Teilnehmern und 3 Folgeuntersuchungen im Abstand von 7 Jahren. Hohes Risiko der systemischen Verzerrung aufgrund der hohen Verlustrate bei den Follow-UP Terminen.
Hitzl et al. 2006 [12]	3	Prospektive bevölkerungsbasierte Longitudinalstudie mit 853 Teilnehmern und einer umfangreichen ophthalmologischen Untersuchung. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Untersuchung der Probanden.
De Voogd S et al. 2005 [10]	2	Populationsbasierte Kohortenstudie mit 3.842 Teilnehmern und einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 6,5 Jahren. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund des hohen Verlustes in der Nachbeobachtung (19% Todesfälle)
Mukesh BN et al. 2002 [8]	3	Populationsbasierte Kohortenstudie mit 3.721 Teilnehmern, welche als Stichprobe aus 9 verschiedenen Clustern rekrutiert wurden mit 5 Jahren Nachbeobachtungszeit. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate in der Nachbeobachtungszeit.
Leske MC et al. 2001 [20]	2	Populationsbasierte Kohortenstudie mit 4 Jahren Nachbeobachtungszeit und 3.427 Teilnehmern und einer Teilnahmerate von 85%.

		Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund dessen, dass Patienten aus einer vorherigen Prävalenzstudie rekrutiert wurden.
--	--	---

Tabelle 1-2 Prävalenz des Offenwinkelglaukom

Studie	Level	Erläuterung
Tham Y et al. 2014 (21)	1	Systematisches Review und Metaanalyse aus 50 bevölkerungsbasierten Studien mit 140.000 untersuchten Probanden. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 2 Risikofaktoren zur Inzidenz eines Offenwinkelglaukoms

Studie	Level	Erläuterung
Ekström C 2012 [24]	2	Bevölkerungsbasierte Follow-Up-Studie über 20 Jahre mit insgesamt 679 Patienten. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der kleinen Kohortengröße und das teilweise fehlende Papillen Fotografien bei Studienbesuchen.
Ramdas WD et al. 2011 [23]	2	Prospektive Kohortenstudie mit 3.882 Teilnehmern und einer medianen Nachbeobachtungszeit von 9,8 Jahren. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Messung der Parameter und somit Übersehen des zirkadianen Einflusses.
Le A et al. 2003 [25]	3	Kohortenstudie mit 3.271 Teilnehmern mit einer Untersuchung zu Beginn und einer Untersuchung nach 5 Jahren mit einer Teilnehmerate von 85% der Überlebenden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate bei der Nachbeobachtung.

Tabelle 3 Aufstellung bevölkerungsbasierter kaukasischer Studien mit Geschlecht als Risikofaktor für die Inzidenz des Offenwinkelglaukoms

Studie	Level	Erläuterung
Ekström C 2012 [24]	3	Prospektive Kohortenstudie mit 679 Teilnehmern über 20 Jahre. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund von nachträglicher Hinzunahme von Studienteilnehmern.

De Voogd S et al. 2005 [10]	2	Prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 3.842 Teilnehmern über 55 Jahren und einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 6,5 Jahren. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der hohen Verlustrate in der Nachbeobachtung
Mukesh BN et al. 2002 [8]	3	Populationsbasierte Kohortenstudie mit 3.721 Teilnehmern, welche als Stichprobe aus 9 verschiedenen Clustern rekrutiert wurden mit 5 Jahren Nachbeobachtungszeit. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate in der Nachbeobachtungszeit.

Tabelle 4 3-4 Empfungen/ Statement

Studie	Level	Erläuterung
Ramdas WD et al. 2011 [23]	1	Prospektive Kohortenstudie mit 3.882 Teilnehmern und einer medianen Nachbeobachtungszeit von 9,8 Jahren. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung in der ausgewählten Kategorie.
Ekström C 2012 [24]	1	Prospektive Kohortenstudie mit 679 Teilnehmern über 20 Jahre. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung in der ausgewählten Kategorie.
Kass M et al. 2002(29)	1	Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 5 Aufstellung bevölkerungsbasierter kaukasischer Studien mit Intraokulardruck als Risikofaktor für die Inzidenz des Offenwinkelglaukoms

Studie	Level	Erläuterung
Ramdas WD et al. 2011 [23]	2	Prospektive Kohortenstudie mit 3.882 Teilnehmern und einer medianen Nachbeobachtungszeit von 9,8 Jahren. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund dessen, dass die Messung nur einmal tagsüber durchgeführt wurde und daher der zirkadiane Einfluss übersehen wird

Ekström C 2012 [24]	3	Prospektive Kohortenstudie mit 679 Teilnehmern über 20 Jahre. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund von nachträglicher Hinzunahme von Studienteilnehmern.
Le A et al. 2003 [25]	3	Kohortenstudie mit 3.271 Teilnehmern mit einer Untersuchung zu Beginn und einer Untersuchung nach 5 Jahren mit einer Teilnehmerate von 85% der Überlebenden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate bei der Nachbeobachtung.

Tabelle 6 3-5 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Czudowska et al. 2010 (9)	2	Prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit 6.630 Teilnehmern und 2 Nachuntersuchungen innerhalb von 10 Jahren. Geringes Risiko für eine systemische Verzerrung aufgrund der Teilnahme von 59% an der ersten und 39% an der zweiten Nachuntersuchung.

Tabelle 7 3-6 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Astrom S et al. 2007 (13)	3	Randomisierte Populationsstudie mit 339 Teilnehmern und 3 Folgeuntersuchungen im Abstand von 7 Jahren. Hohes Risiko der systemischen Verzerrung aufgrund der hohen Verlustrate bei den Follow-UP Terminen.
Ekström C 2012 [24]	3	Prospektive Kohortenstudie mit 679 Teilnehmern über 20 Jahre Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund von nachträglicher Hinzunahme von Studienteilnehmern.
Le A et al. 2003 [25]	3	Kohortenstudie mit 3.271 Teilnehmern mit einer Untersuchung zu Beginn und einer Untersuchung nach 5 Jahren mit einer Teilnehmerate von 85% der Überlebenden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate bei der Nachbeobachtung.

Tabelle 8 5 Aufstellung bevölkerungsbasierter kaukasischer Studien mit Pseudoexfoliatio lentis als Risikofaktor für Inzidenz des Offenwinkelglaukoms

Studie	Level	Erläuterung
Founti P 2021 [35]	2	Bevölkerungsbasierte Längsschnittstudie mit 2.554 Probanden im Alter von 60 Jahren oder älter und einer Nachuntersuchung nach 12 Jahren bei überlebenden Probanden. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund des hohen Verlustes in der Nachbeobachtung, welche ggf. durch das hohe Alter der Probanden verursacht wurde, zudem konnten bei der Hauptuntersuchung keine Gesichtsfeldtests durchgeführt werden.
Ekström C 2012 [24]	2	Prospektive Kohortenstudie mit 679 Teilnehmern über 20 Jahre Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund von nachträglicher Hinzunahme von Studienteilnehmern.
Aström S et al. 2007 [13]	3	Randomisierte Populationsstudie mit 339 Teilnehmern und 3 Folgeuntersuchungen im Abstand von 7 Jahren. Hohes Risiko der systemischen Verzerrung aufgrund der hohen Verlustrate bei den Follow-UP Terminen.
Le A et al. 2003 [25]	3	Kohortenstudie mit 3.271 Teilnehmern mit einer Untersuchung zu Beginn und einer Untersuchung nach 5 Jahren mit einer Teilnehmerate von 85% der Überlebenden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate bei der Nachbeobachtung.

Tabelle 9 3-7, 3-8, 3-9 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Kapetanakis V et al. 2016(28)	1	Systematisches Review und Metaanalyse von 51 Studien aus 37 Ländern und 216.214 Teilnehmern. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 10 3-10 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Weih L et al. 2001 (6)	1	Populationsbasierte Querschnittsstudie an 2 Standorten mit 4.744 Probanden im Alter von 40 Jahren oder älter und einer einmaligen Untersuchung. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Untersuchung der Patienten.

Tielsch J et al. 1994 (26)	3	Bevölkerungsbasierte Prävalenzstudie mit 5.308 Probanden im Alter von 40 Jahren und älter. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Berichte von Verwandten als Anhaltspunkt für eine Glaukom Diagnose.
----------------------------	---	--

Tabelle 11 3-11 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Ahmadi N et al. 2015 (54)	2	Ein systematisches Review mit 665 eingeschlossenen Artikeln. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der fehlenden Meta-Analyse, welche nicht möglich war.
Alfano J 1963 (55)	4	Fallbericht einer 50-jährigen Frau.
Armaly M 1963 (56)	4	Fallbericht von 2 Patienten mit intraokularer Kortikosteroid Applikation.
Becker B and Mills D 1963 (57)	2	Kohorten Studie mit 106 Probanden aufgeteilt in 3 Gruppen (44 mit Glaukom, 32 mit Glaukom verdacht und 30 Gesunde) mit einer Dexamethason Applikation auf einem Auge und einem Auge als Kontrollauge über mindestens 2 Monate. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der variierenden Anzahl der Follow-Up Terminen in den verschiedenen Gruppen und einer unterschiedlichen Nachbeobachtungszeit.
Bernstein H and Schwartz B (58)	3	Kohorten Studie mit 48 Patienten, welche eine Steroidtherapie erhalten haben. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der geringen Studienpopulation.
Kiddee W et al. 2013 (59)	2	Systematisches Review von RCT, prospektiven Kohortenstudien und retrospektiven Studien. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung.
Mitchell P et al. 1999 (60)	3	Bevölkerungsbasierte Querschnittsstudie mit 3.654 Probanden im Alter von 49 Jahren oder älter. Befragung über Einsatz von Kortikosteroiden. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der teilweise begrenzten Informationen über den Kortikosteroid Einsatz, sowie fehlende Daten. Zudem war die Anzahl der positiven Fälle recht gering.
Valenzuela C et al. 2019 (61)	2	Systematisches Review mit Metaanalyse zur Sicherheit und Wirksamkeit von Kortikosteroiden. Eingeschlossen wurden 10 RCT's mit insgesamt 2.226 Patienten.

		Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund verwendeten Diagnostik des Glaukoms in den eingeschlossenen Studien
--	--	--

Tabelle 12 3-12, 3-13 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Hollands H et al. 2013 (63)	1	Systematisches Review aus 41 Studien. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 13 3-14 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Gupta P et al. 2016 (66)	2	Kohortenstudie mit 5.746 Probanden zur Schätzung der Glaukom Prävalenz. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der ausschließlichen Bewertung der Fundus Fotos zur Beurteilung des Glaukoms. Patienten mit einem CDR-Wert von <0,6 wurden zu Beginn als negativ eingestuft. Zudem waren die Stichproben in einigen Untergruppen klein.

Tabelle 14 3-15 Empfehlungen/Statements

Studie	Level	Erläuterung
Zhao D et al. 2015 (67)	2	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zum Zusammenhang von Diabetes, Blutzuckerspiegel und Glaukom. Insgesamt wurden 47 Studien eingeschlossen. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der erheblichen Heterogenität in den Methoden und der Qualität der einzelnen Studien und mögliche unkontrollierte oder verbleibende Verzerrung in den einzelnen Studien.
Zhao Y and Chen X 2017 (68)	2	Systematische Überprüfung und Metaanalyse von 7 prospektiven Kohortenstudien. Geringes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund der Interpretationen von Ergebnissen in den eingeschlossenen Studien.

Zhou M et al. 2014 (69)	2	Systematische Überprüfung und Metaanalyse von Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien mit 13 eingeschlossenen Studien. Geringes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund der Heterogenität in den Studien für die Metaanalyse.
Trott M et al. 2022(70)	/	Übersicht über Metaanalysen von Beobachtungsstudien mit 34 eingeschlossenen Artikeln.
Fujiwara K et al. 2022(71)	2	Bevölkerungsbasierte Querschnittsstudie mit 3.405 eingeschlossenen Probanden im Alter von >40 Jahren. Geringes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund einmaliger Untersuchung und vorsichtigen Interpretation eines kausalen Zusammenhangs.
Liu Y et al. 2023 (72)	2	Bevölkerungsbasierte Querschnittsstudie mit 52.041 Probanden mit Alter ab 6 Jahren und einer umfangreichen augenärztlichen Untersuchung am Screening Tag. Geringes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund der einmaligen Beurteilung der Probanden.
Virtanen A et al. 2023 (73)	3	Bevölkerungsbasierte historische Kohorte mit 244.100 eingeschlossenen Probanden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der retrospektiven Designs, einer fehlenden Untersuchung der Patienten und Gewinnung der Glaukom-Daten über administrative Medikamentendaten.
Song B et al. 2016 (74)	/	Übersichtsarbeit, keine Primärdaten präsentiert.

Tabelle 15 3-16 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Zhao D et al. 2014 (75)	2	Systematische Übersichtsarbeit mit quantitativer Meta-Analyse. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund großer Unterschiede in den Merkmalen der Studienpopulation, sowie der Messtechnik und Definition von Blutdruck und Augeninnendruck. Zudem wurden bei den meisten Studien beide Merkmale nur ein einziges Mal gemessen.
Pan C et al. 2017 (14)	2	Längsschnitt-Kohortenstudie mit 1.520 Teilnehmern und einer Nachbeobachtungszeit von 5 Jahren zur Inzidenz des primären OWG. Insgesamt konnten 11,6% aufgrund von Versterben und 17,1% aufgrund anderer Gründe nicht 5 Jahre lang nachbeobachtet werden. Geringes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund der hohen Verlustrate in der Nachbeobachtung.

Vijaya L et al. 2014 (17)	2	Populationsbasierte Kohortenstudie mit 4.316 Probanden, welche zu Studienbeginn älter als 40 Jahre waren. Die Probanden wurden zu Studienbeginn und nach 6 Jahren untersucht. Die Rücklaufquote betrug 81,3%. Niedriges Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate in der Nachbeobachtung.
Ko F et al. 2016 (76)	2	Bevölkerungsbasierte Studie zur Bestimmung von Risikofaktoren für Glaukome mit einer Stichprobe von 5.746 Probanden, welche einmalig befragt wurden und Papillen Fotos von 3 Experten bewertet wurden. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Untersuchung der Probanden.

Tabelle 16 4-1 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Deva N et al. 2008 (77)	1	Fall-Kontroll-Studie aus 107 aufeinanderfolgenden neu diagnostizierten Glaukom Patienten. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.
Hejil A et al. 2013 (78)	1	Querschnittsstudie mit 32.918 Probanden mit einer Teilnahmequote von 77,5%. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 17 4-2 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Bengtsson B and Hejil A 2016 (80)	1	RCT mit 255 randomisierten Patienten, aufgeteilt in Behandlungs- und Kontrollgruppe Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.
Caprioli J and Coleman A 2008 (81)	1	Retrospektive Analyse einer prospektiven RCT mit 301 Patienten. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.
Garway-Health et al. 2015 (82)	1	Randomisierte, multizentrische und Placebo kontrollierte Studie mit 516 Patienten. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.

Tabelle 18 4-3 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Vessani R et al. 2009 (88)	3	Fall-Kontroll-Studie mit 118 Probanden, 61 mit Glaukom, 57 ohne. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Rekrutierung und Auswahl der Patienten.
Abrams L et al. 1994 (89)	2	Auswertung von 75 stereoskopische Papillen Fotos durch 6 Optometristen, 6 Augenärzte und 6 Assistenzärzte für Augenheilkunde. Die moderate Übereinstimmung legt die Notwendigkeit für standardisierte Kriterien für die Beurteilung von Glaukom Patienten nahe.
Jonas J et al. 2000 (90)	2	Fall-Kontroll-Studie mit 500 gesunden Probanden, 132 mit Hypertonie und retinaler Nervenfaserschichtdefekten und 840 mit glaukomatösen Gesichtsfeldausfällen. Niedriges Risiko für eine systematischen Verzerrung aufgrund der nicht repräsentativen Stichprobe bei den Patienten mit der retinalen Nervenfaserschichtdefekten.
Wang F et al. 1998 (91)	2	Kohortenstudie mit 405 Patienten im Alter von 40 Jahren oder älter. Befragung und anschließende umfassende Augenuntersuchung. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Untersuchung.
Katz J and Sommer A 1990 (92)	3	Fall-Kontroll-Studie mit 88 Glaukom Patienten und 252 gesunden Probanden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund falsch positive Ergebnisse in der Kontrollgruppe.
Tuck M and Crick R 1997 (93)	2	RCT mit 118-ausgewerteten Patienten in der Kontrollgruppe, welche nach dem Zufallsprinzip zur bis zur Progression zugeteilt wurden. Die Patienten wurden mindestens 6 Jahre lang beobachtet. Niedriges Risiko für eine systematische Verzerrung, da die Patienten aus ethischen Gründen bei Progression nicht weiter beobachtet werden konnten.
Tielsch J et al. 1991 (94)	2	Bevölkerungsbasierte Umfrage mit 5.308 Probanden und einer anschließenden umfassenden augenärztlichen Untersuchung. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der einmaligen Beurteilung.
Baptista A et al. 2010 (95)	3	33 Mitarbeiter im Alter von 23 bis 73 Jahren wurden zur freiwilligen Teilnahme rekrutiert. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der kleinen Stichprobe und die Methode der Rekrutierung.

Tabelle 19 4-4 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Gramer G and E 2018 (79)	3	Querschnittsstudie aus 1988 mit 2.170 Glaukom Patienten. (1338 OWG) Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Auswahl der Patienten (durch Zuweisung in die Klinik)
Aspberg J et al. 2021 (96)	3	Retrospektive Kohortenstudie mit 32.918 Probanden. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund hohen Verlustrate nach dem Screening, fehlende Randomisierung der Probanden, Unklarheit über Berücksichtigung von Störfaktoren.
Crabb D et al. 2013 (5)	3	Klinikbasierte Querschnittsstudie mit 50 Patienten im Alter von 52-82 und glaukomatösen Gesichtsfeldausfällen. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund geringen Stichproben und Auswahl der Probanden, der einmaligen Untersuchung sowie die von den Forschern erstellten Bilder.

Tabelle 20 4-5 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Mitchell P et al. 1996 (65)	3	Kohortenstudie mit 3.654 Teilnehmern, ermittelt durch Tür-zu-Tür-Zählung, entsprechend 82,4% der Einwohner über 49 Jahren. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Auswahl der Stichprobe und der einmaligen Untersuchung.
Gupta P et al. 2016 (66)	3	Kohortenstudie mit 5.746 Teilnehmern im Alter von 40 und älter. Hohes Risiko einer systematischen Verzerrung, da die Diagnose des Glaukoms ausschließlich durch Fundus Fotos erfolgte, welche Interpretationsschwankungen und Messfehlern unterliegen können. Patienten mit einem CDR-Wert von <0,6 wurden zu Beginn als negativ eingestuft. Zudem waren die Stichproben in einigen Untergruppen klein.

Tabelle 21 4-6 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Hejil A et al. 2009 (97)	3	Prospektive Kontrollstudie mit 118 Kontrollpatienten ohne Behandlung und einer Nachbeobachtung im 3-monatigen Abständen bis zur Progression. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund des Verlustes von progressiven Patienten
Wilson M 2002 (98)	1	Prospektive Untersuchung von 205 Patienten mit Glaukom oder Verdacht auf Glaukom 10 Jahre

		später. Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung.
--	--	--

Tabelle 22 4-7 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Rotchford A et al. 2012 (99)	2	Prospektive Kohortenstudie mit 32 Patienten mit primären und unbehandelten OWG oder okulärer Hypertonie. Geringes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund des tageszeitabhängigen Augeninnendruckes.
Coleman D and Trockel S (100)	4	Nicht-analytischer Fallbericht über einen 26 Jährigen Patienten
Mauger R et al. 1984 (101)	4	Sehr kleine Fallzahl.
Malihi M and Sit A 2012 (102)	3	Prospektive vergleichende Fallreihe mit 27 Patienten. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund dessen, dass nur junge, gesunde Probanden eingeschlossen wurden und somit nicht zwangsläufig eine Beziehung zu älteren Glaukom-Patienten sichergestellt werden kann.
Teng C et al 2003 (103)	3	Prospektive Kontrollstudie mit 40 Probanden, 20 mit OWG, 20 ohne. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund dessen, dass eine enge Krawatte ein Störfaktor für IOP-Messung sein kann mit möglicher Fehldiagnose.
Leydecker W 1950 (104)	3	Studie über 42 Patienten mit primären Glaukom. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung, da bei einer Wiederholung des Testes mit den gleichen Patienten unterschiedliche Ergebnisse herauskamen, zurückzuführen auf den unterschiedlichen osmotischen Druck im Blut.
Tran T et al. 2014 (105)	3	Prospektive beobachter maskierte Cross-Over-Studie bei 14 Patienten mit OWG. Hohes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund der geringen Kohorte.
Sit A 2014 (106)	/	Übersichtsarbeit, keine Primärdaten präsentiert.
Sales C 2014 (107)	3	Retrospektive Querschnittsstudie mit prospektiver Stichprobe von 1.113 Patienten. Hohes Risiko der systematischen Verzerrung aufgrund des retrospektiven Ansatzes und das Fehlen des routinemäßigen Gesichtsfeldes.

Tabelle 23 4-10

Studie	Level	Erläuterung
Crabb D et al. 2013 (5)	3	Querschnittsstudie mit 50 Patienten (Stichprobe) mit glaukomatösen Gesichtsfeldausfällen. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der subjektiven Schilderung der

		Patienten, der kleinen Stichprobe und der einmaligen Vorstellung der Patienten.
Garway-Health et al. 2015 (82)	1	Placebokontrollierte RCT von Patienten mit neu Diagnose OWG in zehn Zentren über 24 Monate und 461 Patienten. Qualitativ hochwertige Studie mit sehr niedrigem Risiko für eine systematische Verzerrung.
Hejil A et al. 2002 (86)	2	RCT mit 52 Patienten mit Glaukom im Frühstadium mit 2 Postscreening-Besuchen im Abstand von 3 Monaten. 2,4% der Patienten gingen während der Nachsorge verloren. Niedriges Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der homogenen Patientenpopulation und Ausschluss der Patienten bei Progression sowie der geringen Nachbeobachtungszeit.

Tabelle 24 4-11 Empfehlungen/ Statements

Studie	Level	Erläuterung
Aspberg J et al. 2023 (110)	2	Kohorten Studie mit populationsbasierten Screening von 32.918 Teilnehmern und 2.029 eingeschlossenen Patienten mit 2 post-screening-Besuchen. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der Verlustrate von 22,5%, kein Einschluss von Patienten, welche durch private Dienstleister behandelt wurden.
Arnould L et al. 2023 (111)	2	Fall-Kontrollstudie mit 1.061 Teilnehmern. Hohes Risiko für eine systematische Verzerrung aufgrund der nicht Berücksichtigung der Ganglienzellkomplexe als Parameter, Unterschiede in den SD-OCT-Geräten und Verwendung von ONH Fotografien.

Literatur

1. European Glaucoma Society, *Terminology and Guidelines for Glaucoma*. Editor: PubliComm. 5th edition, 2020.
2. Wang, D., et al., *Ethnic differences in lens parameters measured by ocular biometry in a cataract surgery population*. PLoS One, 2017. **12**(6): p. e0179836.
3. Wang, L., et al., *Ten-year incidence of primary angle closure in elderly Chinese: the Liwan Eye Study*. Br J Ophthalmol, 2018.
4. <https://gdt.gradeopro.org/app/handbook/handbook.html>.
5. Crabb, D.P., et al., *How does glaucoma look?: patient perception of visual field loss*. Ophthalmology, 2013. **120**(6): p. 1120-6.
6. Weih, L.M., et al., *Prevalence and predictors of open-angle glaucoma: results from the visual impairment project*. Ophthalmology, 2001. **108**(11): p. 1966-72.
7. Kawasaki, R., et al., *Retinal vessel caliber is associated with the 10-year incidence of glaucoma: the Blue Mountains Eye Study*. Ophthalmology, 2013. **120**(1): p. 84-90.
8. Mukesh, B.N., et al., *Five-year incidence of open-angle glaucoma: the visual impairment project*. Ophthalmology, 2002. **109**(6): p. 1047-51.
9. Czudowska, M.A., et al., *Incidence of glaucomatous visual field loss: a ten-year follow-up from the Rotterdam Study*. Ophthalmology, 2010. **117**(9): p. 1705-12.
10. de Voogd, S., et al., *Incidence of open-angle glaucoma in a general elderly population: the Rotterdam Study*. Ophthalmology, 2005. **112**(9): p. 1487-93.
11. Cedrone, C., et al., *The 12-year incidence of glaucoma and glaucoma-related visual field loss in Italy: the Ponza eye study*. J Glaucoma, 2012. **21**(1): p. 1-6.
12. Hitzl, W., et al., *[The Salzburg-Moorfields Collaborative Glaucoma Study: first results of the prevalence and 5-year incidences in this prospective, population-based longitudinal study]*. Klin Monbl Augenheilkd, 2006. **223**(12): p. 970-3.
13. Astrom, S., H. Stenlund, and C. Linden, *Incidence and prevalence of pseudoexfoliations and open-angle glaucoma in northern Sweden: II. Results after 21 years of follow-up*. Acta Ophthalmol Scand, 2007. **85**(8): p. 832-7.
14. Pan, C.W., et al., *Longitudinal Cohort Study on the Incidence of Primary Open-Angle Glaucoma in Bai Chinese*. Am J Ophthalmol, 2017. **176**: p. 127-133.
15. Lin, C.C., et al., *Obstructive sleep apnea and increased risk of glaucoma: a population-based matched-cohort study*. Ophthalmology, 2013. **120**(8): p. 1559-64.
16. Levkovitch-Verbin, H., et al., *The Maccabi Glaucoma Study: prevalence and incidence of glaucoma in a large israeli health maintenance organization*. Am J Ophthalmol, 2014. **158**(2): p. 402-408.e1.
17. Vijaya, L., et al., *Predictors for incidence of primary open-angle glaucoma in a South Indian population: the Chennai eye disease incidence study*. Ophthalmology, 2014. **121**(7): p. 1370-6.
18. Varma, R., et al., *Four-year incidence of open-angle glaucoma and ocular hypertension: the Los Angeles Latino Eye Study*. Am J Ophthalmol, 2012. **154**(2): p. 315-325.e1.
19. Leske, M.C., et al., *Nine-year incidence of open-angle glaucoma in the Barbados Eye Studies*. Ophthalmology, 2007. **114**(6): p. 1058-64.
20. Leske, M.C., et al., *Incidence of open-angle glaucoma: the Barbados Eye Studies*. The Barbados Eye Studies Group. Arch Ophthalmol, 2001. **119**(1): p. 89-95.
21. Tham, Y.C., et al., *Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis*. Ophthalmology, 2014. **121**(11): p. 2081-90.
22. Höhn, R., et al., *Prevalence of glaucoma in Germany: results from the Gutenberg Health Study*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2018. **256**(9): p. 1695-1702.

23. Ramdas, W.D., et al., *Ocular perfusion pressure and the incidence of glaucoma: real effect or artifact? The Rotterdam Study*. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2011. **52**(9): p. 6875-81.
24. Ekstrom, C., *Risk factors for incident open-angle glaucoma: a population-based 20-year follow-up study*. Acta Ophthalmol, 2012. **90**(4): p. 316-21.
25. Le, A., et al., *Risk factors associated with the incidence of open-angle glaucoma: the visual impairment project*. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2003. **44**(9): p. 3783-9.
26. Tielsch, J.M., et al., *Family history and risk of primary open angle glaucoma. The Baltimore Eye Survey*. Arch Ophthalmol, 1994. **112**(1): p. 69-73.
27. Mitchell, P., et al., *Bias in self-reported family history and relationship to glaucoma: the Blue Mountains Eye Study*. Ophthalmic Epidemiol, 2002. **9**(5): p. 333-45.
28. Kapetanakis, V.V., et al., *Global variations and time trends in the prevalence of primary open angle glaucoma (POAG): a systematic review and meta-analysis*. Br J Ophthalmol, 2016. **100**(1): p. 86-93.
29. Kass, M.A., et al., *The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma*. Arch Ophthalmol, 2002. **120**(6): p. 701-13; discussion 829-30.
30. Ekström, C. and K. Hårleman, *Risk factors for incident open-angle glaucoma in clinical practice in Sweden: A population-based case-control study*. Acta Ophthalmol, 2023. **101**(5): p. 530-535.
31. Cook, J.A., et al., *Systematic review of the agreement of tonometers with Goldmann applanation tonometry*. Ophthalmology, 2012. **119**(8): p. 1552-7.
32. Ha, A., et al., *Degree of Myopia and Glaucoma Risk: A Dose-Response Meta-analysis*. Am J Ophthalmol, 2022. **236**: p. 107-119.
33. Reiter, C., E. Gramer, and G. Gramer, *[Pseudoexfoliation syndrome: no central zone of pseudoexfoliation material in patients with pseudophakia - a clinical study]*. Klin Monbl Augenheilkd, 2012. **229**(3): p. 241-5.
34. Bikbov, M.M., et al., *Prevalence and associated factors of glaucoma in the Russian Ural Eye and Medical Study*. Sci Rep, 2020. **10**(1): p. 20307.
35. Founti, P., et al., *Twelve-Year Incidence of Open-angle Glaucoma: The Thessaloniki Eye Study*. J Glaucoma, 2021. **30**(9): p. 851-858.
36. Zhang, N., et al., *Prevalence of primary open angle glaucoma in the last 20 years: a meta-analysis and systematic review*. Sci Rep, 2021. **11**(1): p. 13762.
37. Mwanza, J.C., et al., *Eight-Year Incidence of Open-Angle Glaucoma in the Tema Eye Survey*. Ophthalmology, 2019. **126**(3): p. 372-380.
38. Quigley, H.A., et al., *The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER*. Arch Ophthalmol, 2001. **119**(12): p. 1819-26.
39. Varma, R., et al., *Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study*. Ophthalmology, 2004. **111**(8): p. 1439-48.
40. Alward, W.L., et al., *Clinical features associated with mutations in the chromosome 1 open-angle glaucoma gene (GLC1A)*. N Engl J Med, 1998. **338**(15): p. 1022-7.
41. Fingert, J.H., et al., *Analysis of myocilin mutations in 1703 glaucoma patients from five different populations*. Hum Mol Genet, 1999. **8**(5): p. 899-905.
42. Rezaie, T., et al., *Adult-onset primary open-angle glaucoma caused by mutations in optineurin*. Science, 2002. **295**(5557): p. 1077-9.
43. Monemi, S., et al., *Identification of a novel adult-onset primary open-angle glaucoma (POAG) gene on 5q22.1*. Hum Mol Genet, 2005. **14**(6): p. 725-33.
44. Thorleifsson, G., et al., *Common sequence variants in the LOXL1 gene confer susceptibility to exfoliation glaucoma*. Science, 2007. **317**(5843): p. 1397-400.
45. Thorleifsson, G., et al., *Common variants near CAV1 and CAV2 are associated with primary open-angle glaucoma*. Nat Genet, 2010. **42**(10): p. 906-9.
46. Burdon, K.P., et al., *Genome-wide association study identifies susceptibility loci for open angle glaucoma at TMCO1 and CDKN2B-AS1*. Nat Genet, 2011. **43**(6): p. 574-8.

47. Gharahkhani, P., et al., *Common variants near ABCA1, AFAP1 and GMDS confer risk of primary open-angle glaucoma*. *Nat Genet*, 2014. **46**(10): p. 1120-1125.
48. Ng Yin Ling, C., et al., *Obesity and risk of age-related eye diseases: a systematic review of prospective population-based studies*. *Int J Obes (Lond)*, 2021. **45**(9): p. 1863-1885.
49. Marshall, H., et al., *Association Between Body Mass Index and Primary Open Angle Glaucoma in Three Cohorts*. *Am J Ophthalmol*, 2023. **245**: p. 126-133.
50. Pasquale, L.R., et al., *Anthropometric measures and their relation to incident primary open-angle glaucoma*. *Ophthalmology*, 2010. **117**(8): p. 1521-9.
51. Nusinovici, S., et al., *High-Density Lipoprotein 3 Cholesterol and Primary Open-Angle Glaucoma: Metabolomics and Mendelian Randomization Analyses*. *Ophthalmology*, 2022. **129**(3): p. 285-294.
52. Chemaly, A., et al., *Plasma fatty acids and primary open-angle glaucoma in the elderly: the Montrachet population-based study*. *BMC Ophthalmol*, 2021. **21**(1): p. 146.
53. Lim, Z.W., et al., *Albuminuria and Primary Open-Angle Glaucoma: the Singapore Chinese Eye Study (SCES)*. *Br J Ophthalmol*, 2021. **105**(5): p. 669-673.
54. Ahmadi, N., et al., *Intranasal corticosteroids do not affect intraocular pressure or lens opacity: a systematic review of controlled trials*. *Rhinology*, 2015. **53**(4): p. 290-302.
55. Alfano, J.E., *CHANGES IN THE INTRAOCULAR PRESSURE ASSOCIATED WITH SYSTEMIC STEROID THERAPY*. *Am J Ophthalmol*, 1963. **56**: p. 245-7.
56. Armaly, M.F., *EFFECT OF CORTICOSTEROIDS ON INTRAOCULAR PRESSURE AND FLUID DYNAMICS. I. THE EFFECT OF DEXAMETHASONE IN THE NORMAL EYE*. *Arch Ophthalmol*, 1963. **70**: p. 482-91.
57. Becker, B. and D.W. Mills, *CORTICOSTEROIDS AND INTRAOCULAR PRESSURE*. *Arch Ophthalmol*, 1963. **70**: p. 500-7.
58. Bernstein, H.N. and B. Schwartz, *Effects of long-term systemic steroids on ocular pressure and tonographic values*. *Arch Ophthalmol*, 1962. **68**: p. 742-53.
59. Kiddee, W., et al., *Intraocular pressure monitoring post intravitreal steroids: a systematic review*. *Surv Ophthalmol*, 2013. **58**(4): p. 291-310.
60. Mitchell, P., R.G. Cumming, and D.A. Mackey, *Inhaled corticosteroids, family history, and risk of glaucoma*. *Ophthalmology*, 1999. **106**(12): p. 2301-6.
61. Valenzuela, C.V., et al., *Intranasal Corticosteroids Do Not Lead to Ocular Changes: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Laryngoscope*, 2019. **129**(1): p. 6-12.
62. Marcus, M.W., et al., *Corticosteroids and open-angle glaucoma in the elderly: a population-based cohort study*. *Drugs Aging*, 2012. **29**(12): p. 963-70.
63. Hollands, H., et al., *Do findings on routine examination identify patients at risk for primary open-angle glaucoma? The rational clinical examination systematic review*. *Jama*, 2013. **309**(19): p. 2035-42.
64. Crowston, J.G., et al., *The effect of optic disc diameter on vertical cup to disc ratio percentiles in a population based cohort: the Blue Mountains Eye Study*. *Br J Ophthalmol*, 2004. **88**(6): p. 766-70.
65. Mitchell, P., et al., *Prevalence of open-angle glaucoma in Australia. The Blue Mountains Eye Study*. *Ophthalmology*, 1996. **103**(10): p. 1661-9.
66. Gupta, P., et al., *Prevalence of Glaucoma in the United States: The 2005-2008 National Health and Nutrition Examination Survey*. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2016. **57**(6): p. 2905-2913.
67. Zhao, D., et al., *Diabetes, fasting glucose, and the risk of glaucoma: a meta-analysis*. *Ophthalmology*, 2015. **122**(1): p. 72-8.
68. Zhao, Y.X. and X.W. Chen, *Diabetes and risk of glaucoma: systematic review and a Meta-analysis of prospective cohort studies*. *Int J Ophthalmol*, 2017. **10**(9): p. 1430-1435.
69. Zhou, M., et al., *Diabetes mellitus as a risk factor for open-angle glaucoma: a systematic review and meta-analysis*. *PLoS One*, 2014. **9**(8): p. e102972.
70. Trott, M., et al., *Eye disease and mortality, cognition, disease, and modifiable risk factors: an umbrella review of meta-analyses of observational studies*. *Eye (Lond)*, 2022. **36**(2): p. 369-378.

71. Fujiwara, K., et al., *Prevalence of Glaucoma and Its Systemic Risk Factors in a General Japanese Population: The Hisayama Study*. *Transl Vis Sci Technol*, 2022. **11**(11): p. 11.
72. Liu, Y., et al., *Glaucoma in rural China (the Rural Epidemiology for Glaucoma in China (REG-China)): a national cross-sectional study*. *Br J Ophthalmol*, 2023. **107**(10): p. 1458-1466.
73. Virtanen, A., et al., *Diabetes mellitus and risk of open-angle glaucoma-A population-based follow-up study*. *Acta Ophthalmol*, 2023. **101**(2): p. 160-169.
74. Song, B.J., L.P. Aiello, and L.R. Pasquale, *Presence and Risk Factors for Glaucoma in Patients with Diabetes*. *Curr Diab Rep*, 2016. **16**(12): p. 124.
75. Zhao, D., et al., *The association of blood pressure and primary open-angle glaucoma: a meta-analysis*. *Am J Ophthalmol*, 2014. **158**(3): p. 615-27.e9.
76. Ko, F., et al., *Diabetes, Triglyceride Levels, and Other Risk Factors for Glaucoma in the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2008*. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2016. **57**(4): p. 2152-7.
77. Deva, N.C., et al., *Risk factors for first presentation of glaucoma with significant visual field loss*. *Clin Exp Ophthalmol*, 2008. **36**(3): p. 217-21.
78. Heijl, A., B. Bengtsson, and S.E. Oskarsdottir, *Prevalence and severity of undetected manifest glaucoma: results from the early manifest glaucoma trial screening*. *Ophthalmology*, 2013. **120**(8): p. 1541-5.
79. Gramer, G. and E. Gramer, *Stage of visual field loss and age at diagnosis in 1988 patients with different glaucomas: implications for glaucoma screening and driving ability*. *Int Ophthalmol*, 2018. **38**(2): p. 429-441.
80. Bengtsson, B. and A. Heijl, *Lack of Visual Field Improvement After Initiation of Intraocular Pressure Reducing Treatment in the Early Manifest Glaucoma Trial*. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2016. **57**(13): p. 5611-5615.
81. Caprioli, J. and A.L. Coleman, *Intraocular pressure fluctuation a risk factor for visual field progression at low intraocular pressures in the advanced glaucoma intervention study*. *Ophthalmology*, 2008. **115**(7): p. 1123-1129.e3.
82. Garway-Heath, D.F., et al., *Latanoprost for open-angle glaucoma (UKGTS): a randomised, multicentre, placebo-controlled trial*. *Lancet*, 2015. **385**(9975): p. 1295-304.
83. Li, T., et al., *Comparative Effectiveness of First-Line Medications for Primary Open-Angle Glaucoma: A Systematic Review and Network Meta-analysis*. *Ophthalmology*, 2016. **123**(1): p. 129-40.
84. Leske, M.C., et al., *Factors for glaucoma progression and the effect of treatment: the early manifest glaucoma trial*. *Arch Ophthalmol*, 2003. **121**(1): p. 48-56.
85. Leske, M.C., et al., *Predictors of long-term progression in the early manifest glaucoma trial*. *Ophthalmology*, 2007. **114**(11): p. 1965-72.
86. Heijl, A., et al., *Reduction of intraocular pressure and glaucoma progression: results from the Early Manifest Glaucoma Trial*. *Arch Ophthalmol*, 2002. **120**(10): p. 1268-79.
87. Chan, M.P.Y., et al., *Glaucoma and intraocular pressure in EPIC-Norfolk Eye Study: cross sectional study*. *Bmj*, 2017. **358**: p. j3889.
88. Vessani, R.M., et al., *Comparison of quantitative imaging devices and subjective optic nerve head assessment by general ophthalmologists to differentiate normal from glaucomatous eyes*. *J Glaucoma*, 2009. **18**(3): p. 253-61.
89. Abrams, L.S., et al., *Agreement among optometrists, ophthalmologists, and residents in evaluating the optic disc for glaucoma*. *Ophthalmology*, 1994. **101**(10): p. 1662-7.
90. Jonas, J.B., et al., *Ranking of optic disc variables for detection of glaucomatous optic nerve damage*. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2000. **41**(7): p. 1764-73.
91. Wang, F., et al., *Evaluation of screening schemes for eye disease in a primary care setting*. *Ophthalmic Epidemiol*, 1998. **5**(2): p. 69-82.
92. Katz, J. and A. Sommer, *Screening for glaucomatous visual field loss. The effect of patient reliability*. *Ophthalmology*, 1990. **97**(8): p. 1032-7.
93. Tuck, M.W. and R.P. Crick, *The cost-effectiveness of various modes of screening for primary open angle glaucoma*. *Ophthalmic Epidemiol*, 1997. **4**(1): p. 3-17.

94. Tielsch, J.M., et al., *A population-based evaluation of glaucoma screening: the Baltimore Eye Survey*. Am J Epidemiol, 1991. **134**(10): p. 1102-10.
95. Baptista, A.M., et al., *Evaluation of discomfort of Goldmann tonometry without anaesthetic*. Ophthalmic Physiol Opt, 2010. **30**(6): p. 854-9.
96. Aspberg, J., A. Heijl, and B. Bengtsson, *Screening for Open-Angle Glaucoma and Its Effect on Blindness*. Am J Ophthalmol, 2021. **228**: p. 106-116.
97. Heijl, A., et al., *Natural history of open-angle glaucoma*. Ophthalmology, 2009. **116**(12): p. 2271-6.
98. Wilson, M.R., *Progression of visual field loss in untreated glaucoma patients and suspects in St Lucia, West Indies*. Trans Am Ophthalmol Soc, 2002. **100**: p. 365-410.
99. Rotchford, A.P., et al., *Day-to-day variability in intraocular pressure in glaucoma and ocular hypertension*. Br J Ophthalmol, 2012. **96**(7): p. 967-70.
100. Coleman, D.J. and S. Trokel, *Direct-recorded intraocular pressure variations in a human subject*. Arch Ophthalmol, 1969. **82**(5): p. 637-40.
101. Mauger, R.R., C.P. Likens, and M. Applebaum, *Effects of accommodation and repeated applanation tonometry on intraocular pressure*. Am J Optom Physiol Opt, 1984. **61**(1): p. 28-30.
102. Malihi, M. and A.J. Sit, *Effect of head and body position on intraocular pressure*. Ophthalmology, 2012. **119**(5): p. 987-91.
103. Teng, C., et al., *Effect of a tight necktie on intraocular pressure*. Br J Ophthalmol, 2003. **87**(8): p. 946-8.
104. Leydhecker, W., *The water-drinking test*. Br J Ophthalmol, 1950. **34**(8): p. 457-79.
105. Tran, T., et al., *Rise of intraocular pressure in a caffeine test versus the water drinking test in patients with glaucoma*. Clin Exp Ophthalmol, 2014. **42**(5): p. 427-32.
106. Sit, A.J., *Intraocular pressure variations: causes and clinical significance*. Can J Ophthalmol, 2014. **49**(6): p. 484-8.
107. Sales, C.S., et al., *Open-angle glaucoma in Filipino and white Americans: a comparative study*. J Glaucoma, 2014. **23**(4): p. 246-53.
108. Ketola, E., M. Kaila, and M. Honkanen, *Guidelines in context of evidence*. Qual Saf Health Care, 2007. **16**(4): p. 308-12.
109. *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Leitlinienrecherche und -bewertung für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz. Vorläufiger Berichtsplan V14-01, 2015. https://www.iqwig.de/download/V14-01_Vorlaeufiger-Berichtsplan_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-ein-DMP-Chronische-Herzinsuffizienz.pdf*.
110. Aspberg, J., A. Heijl, and B. Bengtsson, *Estimating the Length of the Preclinical Detectable Phase for Open-Angle Glaucoma*. JAMA Ophthalmol, 2023. **141**(1): p. 48-54.
111. Arnould, L., et al., *Diagnostic ability of spectral-domain optical coherence tomography peripapillary retinal nerve fiber layer thickness to discriminate glaucoma patients from controls in an elderly population (The MONTRACHET study)*. Acta Ophthalmol, 2020. **98**(8): p. e1009-e1016.

Versionsnummer: 2.0

Erstveröffentlichung: 01/2020

Überarbeitung von: 03/2024

Nächste Überprüfung geplant: 03/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online