Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Die wissenschaftliche Gesellschaft
der Augenärzte

Vorstand:
Prof. Dr. med. Frank G. Holz (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Gernot I. W. Duncker
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer
Geschäftsführung:
Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 02
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Pressegespräch der Stiftung Auge
und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Donnerstag, 3. September 2009, 11.30 bis 12.30 Uhr
Restaurant Nocti Vagus, Saarbrückerstraße 36-38, 10405 Berlin

„Mit zwei Augen sieht man besser – Stiftung Auge gegen Altersblindheit“

Referenten und Themen:

Mehrere Millionen Betroffene in Deutschland:
Was ist Altersblindheit?
Professor Dr. med. Frank G. Holz
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Sehen was blind macht:
Makuladegeneration frühzeitig erkennen, aber wie?
Dr. med. Simone Potthöfer
Ärztin für Augenheilkunde, Berlin

Projekt Netzwerk – bessere Versorgung für Menschen mit AMD
Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert
em. Direktor des Instituts für Marketing an der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster, und Patient

„Nur noch ein schwarzer Fleck“ –
Makuladegeneration wirksam behandeln
Professor Dr. med. Frank G. Holz
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Die Rolle des Sehens in der darstellenden Kunst
Christoph M. Schlingensief
Mitglied im Kuratorium Stiftung Auge, Berlin

und:
Dr. Ullrich Roesick, Internist, Berlin

Kontakt für Journalisten:
DOG Pressestelle
Anne-Katrin Döbler/ Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Die wissenschaftliche Gesellschaft
der Augenärzte

Vorstand:
Prof. Dr. med. Frank G. Holz (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Gernot I. W. Duncker
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer
Geschäftsführung:
Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 02
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Pressegespräch der Stiftung Auge
und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Donnerstag, 3. September 2009, 11.30 bis 12.30 Uhr
Restaurant Nocti Vagus, Saarbrückerstraße 36-38, 10405 Berlin

„Mit zwei Augen sieht man besser – Stiftung Auge gegen Altersblindheit“

Inhalt:

Pressemitteilung: **Augenlicht erhalten: „Stiftung Auge“ kämpft gegen vermeidbare Erblindung**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Frank G. Holz

Dr. med. Simone Potthöfer

Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert

Faktenblatt AMD

Bildmaterial

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos und Bildmaterial

Falls Sie die Dokumente in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen diese gerne zur Verfügung.
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: spirgat@medizinkommunikation.org.

Kontakt für Journalisten:
DOG Pressestelle
Anne-Katrin Döbler/ Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Die wissenschaftliche Gesellschaft
der Augenärzte

Vorstand:
Prof. Dr. med. Frank G. Holz (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Gernot I. W. Duncker
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer
Geschäftsführung:
Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 02
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Erblindung vermeiden – Augenlicht erhalten

„Stiftung Auge“ kämpft gegen Altersblindheit

Berlin, 3. September 2009 – Alle fünf Minuten erblindet ein Mensch. Die „Stiftung Auge“ setzt sich dafür ein, vermeidbare Erblindung und schwere Seheinschränkungen zu verhindern. In einem Pressegespräch in Berlin stellt sie heute ihre Arbeit vor und diskutiert neue Wege der Behandlung von Altersblindheit, der sogenannten altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). In Deutschland sind etwa fünf Millionen Menschen von AMD betroffen.

Die Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) klärt über Augenerkrankungen und Ursachen von Erblindung auf. Darüber hinaus fördert sie augenheilkundliche Forschung und Fort- und Weiterbildung von Augenärzten. „Allein in Deutschland könnten etwa 30 Prozent aller Erblindungen vermieden werden“, sagt Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und 2. Vizepräsident der DOG. Weltweit seien es sogar 80 Prozent. „Das Hauptziel der Stiftung Auge ist es, hier gegenzusteuern“, so der Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn.

Deshalb unterstützt die Stiftung klinische und grundlagenwissenschaftliche Projekte und vergibt Forschungsaufträge und Stipendien. Sie bezieht dabei Ärzte in Deutschland ein, aber auch im Ausland – insbesondere in Entwicklungsländern. Im Rahmen von Veranstaltungen informiert die Stiftung Auge die Öffentlichkeit über Augenerkrankungen und zeigt Wege auf, diese früh zu erkennen und zu behandeln.

Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.
Die wissenschaftliche Gesellschaft der Augenärzte

Vorstand:
Prof. Dr. med. Frank G. Holz (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Gernot I. W. Duncker
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer
Geschäftsführung:
Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 02
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Im Jahr 2008 hat die gemeinnützige Stiftung offiziell ihre Arbeit aufgenommen. Die DOG baut auf diese Weise ihre Arbeit in den Bereichen Forschung, Ausbildung und Aufklärung weiter aus. Sitz der Stiftung Auge ist München.

Neben Professor Holz gehören dem Stiftungsvorstand Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer, Direktor der Universitäts-Augenklinik Main und Professor Dr. med. Gernot I. W. Duncker, Direktor der Universitäts-Augenklinik Halle-Wittenberg, an. Unter den Kuratoren finden sich Vertreter aus Kultur, Politik und Wirtschaft. Hierzu zählen unter anderem der Bundestagsabgeordnete Rainer Brüderle, der Regisseur Christoph Schlingensief und Anton F. Börner, Präsident des Bundesverbands des Deutschen Groß- und Außenhandels e.V.

Erstes Kuratorium der „Stiftung Auge“:

- Anton F. Börner, Präsident des Bundesverbands des Deutschen Groß- und Außenhandels e.V.
- Rainer Brüderle, MdB (FDP)
- Dr. Christian Geinitz, Wirtschaftsredaktion der FAZ, Berlin
- Dr. Ingolf von Graefe, Facharzt für Innere Medizin, Hamburg
- Dr. Georg Ralle, Vorstand InterComponentWare AG (ICW), Walldorf
- Christoph Schlingensief, Regisseur
- Professor Dr. Dr. h.c. Franz Grehn, Direktor der Universitätsaugenklinik Würzburg
- Professor Dr. Jochen Kammann, Augenzentrum Unna
- Prof. Dr. Anselm Kampik, Direktor der Augenklinik der Universität München

Kontakt für Journalisten:
Pressestelle DOG/Stiftung Auge
Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
voormann@medizinkommunikation.org

Mehrere Millionen Betroffene in Deutschland: Was ist Altersblindheit?

Professor Dr. med. Frank G. Holz
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Die altersabhängige Makuladegeneration (AMD) ist eine Erkrankung des Zentrums der Netzhaut. Nur mit der in der Mitte der Netzhaut gelegenen „Makula“ ist es möglich, scharf zu sehen und zu lesen. Bei der Makuladegeneration kommt es unbehandelt zum vollständigen Verlust dieser Sehfunktion – und damit zur Altersblindheit.

Die AMD ist mittlerweile aufgrund der stetig zunehmenden Lebenserwartung die häufigste Ursache für einen solchen Sehverlust, der gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen hat: sie können keine Gesichter mehr erkennen, das Führen eines PKW wird unmöglich, es kommt zum Verlust der selbstständigen Lebensführung und oft zur sozialen Isolation und zu Depressionen.

In Deutschland sind mittlerweile etwa 4,5 Millionen Menschen von dieser Erkrankung betroffen und es werden immer mehr. Unterschieden werden zwei Formen, die häufigere „trockene“ AMD, die als Früh- oder Spätform auftreten kann, und die „feuchte“ AMD, die stets eine Spätform darstellt.

Bei der Ursache spielen neben dem Alter weitere Risikofaktoren eine entscheidende Rolle. Das Rauchen und Passivrauchen sind eindeutig assoziiert mit einem erhöhten Risiko. Neben dem Rauchen stellen Übergewicht und eine hohe Fettaufnahme modifizierbare Risikofaktoren für die AMD Entstehung dar. Kürzlich konnten die wesentlichen genetischen Risikofaktoren entschlüsselt werden. So kann die Kombination genetischer Variationen auf den Chromosomen 1 (*CFH-Gen*) und 10 (*ARMS2/PLEKHA1/HTRA1-Gen-Region*) das Risiko für eine AMD erheblich erhöhen. Da damit die Beteiligung des sogenannten „Komplementsystems“ nachgewiesen wurde, verdichten sich nun die Hinweise, dass eine lokale Entzündung eine Rolle spielt; das heißt, der Körper attackiert die alternde Makula, ähnlich der Atherosklerose an den Gefäßen.

Charakteristische Veränderungen der „trockenen“ AMD sind im Frühstadium sogenannte „Drusen“; das sind gelbliche Ablagerungen, eine Art „Müllberg“, unter der zentralen Netzhaut. Hier liegen meist nur geringfügige Symptome vor, beispielsweise Probleme bei der Anpassung an veränderte Lichtverhältnisse. Bei der „trockenen“ Spätform kommt es zum Untergang von Pigment- und Sinneszellen (Photorezeptoren). Hieraus resultiert, allerdings wiederum abhängig von Ausmaß und Lokalisation, eine erhebliche Einschränkung der zentralen Sehschärfe bis hin zum vollständigen Verlust der Lesefähigkeit.

Die „feuchte“ AMD, die sowohl bei Vorliegen der „trockenen“ Früh- als auch Spätform auftreten kann, ist charakterisiert durch von der unterhalb der Netzhaut liegenden Aderhaut ausgehenden Gefäßneubildungen. Aus diesen krankhaften Gefäßen tritt Flüssigkeit unter und in die Netzhaut. Zerreißen diese Gefäße, können Blutungen auftreten. Im Gegensatz zur „trockenen“ AMD, bei der Symptome eher langsam und graduell auftreten, kann es bei der „feuchten“ Form zu sehr raschen Seheinbußen innerhalb von Tagen und Wochen kommen. Erstsymptom ist häufig das Verzerrtsehen – das heißt eigentlich gerade Linien erscheinen krumm. Unbehandelt führt die „feuchte“ AMD fast immer zum Verlust der zentralen Sehschärfe, es bleibt ein grauer Fleck in der Gesichtsfeldmitte.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2009

Sehen, was blind macht: Makuladegeneration frühzeitig erkennen, aber wie?

Dr. med. Simone C. Potthöfer
Ärztin für Augenheilkunde, Berlin

Im Alltag eines Augenarztes fällt auf, dass viele Patienten erst in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Makulaerkrankung den Augenarzt aufsuchen, nämlich dann, wenn sie selbst eine gravierende Verschlechterung ihres Sehvermögens bemerken: das heißt, wenn Lesen plötzlich nur noch mit der Lupe (oder nicht mal mehr mit der Lupe) funktioniert, Gesichter nicht mehr erkannt werden können, da sie verzerrt sind, Alltagsverrichtungen (Herd einschalten, Temperatur regulieren, Herd sicher ausschalten) plötzlich zur Herausforderung werden und den Betroffenen und seine Angehörigen und Freunde beängstigen.

Die meisten Menschen gehen zunächst davon aus, dass sie eine andere oder überhaupt eine Brille brauchen; mitunter findet sich auch ein stärkeres Brillenglas, mit dem die Sehschärfe wieder besser ist, jedoch schließt dies eine Makuladegenration nicht sicher aus! Dazu ist eine Untersuchung des Augenhintergrundes, am besten mit weiter Pupille, erforderlich, gegebenenfalls eine weiterführende Untersuchung mittels Farbstoffuntersuchung des Gefäßbettes des Auges (Fluoreszenzangiographie) oder optischer Kohärenztomographie (OCT).

Es wäre wünschenswert, dass jeder über 40-jährige, subjektiv völlig augengesunde Mensch, sich zum Beispiel alle zwei bis drei Jahre routinemäßig beim Augenarzt untersuchen lässt, und jeder über 60-jährige Augengesunde dies alle ein bis zwei Jahre absolviert. Sollten dabei Veränderungen auffallen, sollte das Kontrollintervall entsprechend verkürzt werden. Denn: bei den meisten Patienten mit AMD finden sich deutliche Vorstufen, während der Patient noch völlig beschwerdefrei ist und noch sehr gut sehen kann! Speziell für die feuchte Makuladegeneration, die zwar nur bei 15 Prozent aller AMD-Patienten auftritt, aber für 90 Prozent der schweren Sehschärfenverluste verantwortlich ist, finden sich als mögliche Vorboten Ablagerungen (weiche Drusen) am hinteren Augenpol oder Unregelmäßigkeiten der zentralen Netzhaut (Pigmentepitheldefekte).

Man kann also in der Regel durch gründliche Untersuchung („der Augenarzt kann sehen, was blind machen könnte“) die Personen mit erhöhtem Risiko frühzeitig identifizieren und instruieren, wie sie selbst eine Verschlechterung erkennen können (seitengetrennte Leseprobe, Amslergitter-Selbstkontrolle), und bei welchen Auffälligkeiten/Veränderungen sie umgehend ihren Augenarzt aufsuchen sollten, um rechtzeitig die zur Verfügung stehenden Therapiemaßnahmen in die Wege leiten zu können. Zudem kann man über Möglichkeiten

der Prophylaxe bei AMD aufklären: Rauchkarenz und Vitaminsubstitution sind zwei Beispiele.

Da die Untersuchungssituation für erkrankte Patienten immer bedeutet, dass mit erweiterter Pupille untersucht werden muss, um eine Schwellung (Feuchtigkeit) der Netzhaut sicher zu erkennen, beziehungsweise den Verlauf während/nach Therapie beurteilen zu können, ist natürlich das Führen eines PKW nicht möglich. Die Patienten sind darauf angewiesen, dass Verwandte, Bekannte, Freunde oder Nachbarn so hilfsbereit sind, sie zu den jeweiligen Kontrollterminen zu begleiten oder zu chauffieren, und dies nicht nur einmal, sondern zu all den regelmäßig und häufig notwendigen Behandlungs-, Nachkontroll- und neuerlichen Untersuchungsterminen.

Nicht zu venachlässigen ist die psychosoziale Komponente der Erkrankung. Es muss „Trauerarbeit“ wegen des Verlustes von Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Teilhabe am Leben über gewohnte Kommunikationmedien geleistet und mühsam gelernt werden, mit diesen Einschränkungen zu leben, sowie die Bereitschaft entwickelt und die Energie aufgebracht werden, für die Zukunft jeweils etwas mühsamere Wege zu gehen. Auch hier wird den „Kontaktpersonen“ des Patienten Engagement, Fingerspitzengefühl, Kreativität und Zeit abverlangt.

Falls die Therapie am Auge nicht den gewünschten Erfolg bringt, ist es notwendig zu eruieren, ob entsprechende Hilfsmittel wie vergrößernde Sehhilfen erprobt, in der richtigen Stärke angepasst und vom Patienten auch benutzt wurden. Auch hier ist es nötig zu lernen, die Hilfsmittel einzusetzen, da der ungewohnt nahe Arbeitsabstand für viele Betroffene zunächst eine große Hürde darstellt.

Kontakte zur Hörbibliothek, zum Blinden- und Sehbehindertenverein, beziehungsweise zu Sehbehindertenberatungsstellen und Ähnlichen sollte hergestellt werden, damit der Einzelne im Falle der schweren Sehbehinderung die von Staat und Gesellschaft zur Verfügung gestellten Hilfen ausschöpfen kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2009

Projekt Netzwerk – bessere Versorgung von AMD-Patienten

Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert
em. Direktor des Instituts für Marketing an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster,
und Patient

Vor circa fünf Jahren wurde bei mir die altersabhängige Makuladegeneration (AMD) diagnostiziert. Glücklicherweise befinde ich mich in der privilegierten Situation, über ein familiäres und soziales Umfeld zu verfügen, das mir den Umgang mit der Erkrankung erleichtert. Gespräche mit anderen Betroffenen haben allerdings gezeigt, dass dies leider nicht der Regelfall ist. Wenn Augenärzte ihren Patienten mitteilen, dass sie an der AMD erkrankt sind, sich ihre Sehstärke weiter verschlechtern wird und es – zumindest im Fall der trockenen AMD – keine geeigneten Therapiemöglichkeiten gibt, empfinden Patienten häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit. In Deutschland gibt es zwar Organisationen, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen, die bemüht sind, Patienten in solchen Situationen aufzufangen. In meinen Gesprächen mit Leitern unterschiedlicher Augenkliniken in Nordrhein-Westfalen wurde jedoch deutlich, dass das soziale Angebot sehr fragmentiert ist und Organisationen aus dem medizinischen und sozialen Sektor zu einem Scheuklappendenken neigen. Eben diese renommierten Mediziner haben mich dazu motiviert, nicht zuletzt aufgrund meiner Erfahrungen als Hochschullehrer und im Bereich des Social Marketing während meiner Tätigkeit als Vorsitzender der Bertelsmann Stiftung, an einer Verbesserung der Versorgungssituation von AMD-Patienten mitzuwirken. Vor diesem Hintergrund habe ich im vergangenen Jahr das Projekt „Medizinisch-soziales Dienstleistungsnetzwerk für AMD in NRW“ initiiert. Das Projekt wird von zwei Doktoranden, die sich einerseits mit der Lebensqualität von AMD-Patienten und andererseits mit dem Netzwerkaufbau beschäftigen, wissenschaftlich begleitet.

In den vergangenen Monaten haben wir in diesem Zusammenhang 23 Expertengespräche geführt. Neben Klinikleitern und niedergelassenen Augenärzten repräsentierten die Experten die Bereiche soziale Einrichtungen, Pharmaunternehmen, Krankenkassen sowie Staat beziehungsweise Land in Form des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. Im Kern haben diese Gespräche ergeben, dass insbesondere an der Schnittstelle zwischen medizinischen und sozialen Einrichtungen Versorgungslücken vorliegen. Dies betrifft vor allem die Bereiche Informationsversorgung, Transparenz, Koordination und Qualitätssicherung. Um die Versorgungslücken zu schließen, bedarf es einer Intensivierung der Zusammenarbeit von Akteuren aus dem medizinischen und dem sozialen Sektor.

Ein übergeordnetes medizinisch-soziales Netzwerk soll dazu beitragen. Im Rahmen eines Zwei-Stufen-Plans wird im ersten Schritt eine Stiftung gegründet, deren Kuratorium mit Vertretern medizinischer und sozialer Organisationen besetzt wird. Die Form der Stiftung hat

insbesondere den Vorteil der Neutralität. Im zweiten Schritt wird ein Geschäftsmodell entwickelt, das ein kostendeckendes Arbeiten des Netzwerks und damit die dauerhafte und nachhaltige Verfolgung der Stiftungszwecke sicherstellt.

Die Verbesserung der Informationsversorgung und der Transparenz soll vor allem durch einen Leitfaden angestrebt werden, der in Arztpraxen ausliegt und sämtliche Informationen für Patienten, inklusive der sozialen Angebote in der Umgebung der Praxis, beinhaltet. Darüber hinaus sollen Plakate in Arztpraxen stärker auf soziale Einrichtungen aufmerksam machen und ein AMD-Telefon eingerichtet werden. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die zentrale Rolle der Ärzte im Kontakt zu Patienten aufzugreifen, sie aber gleichzeitig in ihrer Koordinationsfunktion und hinsichtlich sozialer Patientenberatung zu entlasten. Überdies soll eine schnittstellenübergreifende Qualitätssicherung durch eine Marke (beziehungsweise ein Label) erfolgen, die dem Patienten als Vertrauensanker für hochwertige und seriöse Angebote dient.

Es ist geplant, das Netzwerk im Jahr 2010 zu institutionalisieren. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass das Netzwerk keine neuen Strukturen schaffen oder bestehende Strukturen ersetzen möchte, sondern durch eine Weiterentwicklung bestehender Strukturen eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Effizienz der Versorgungs-strukturen anstrebt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2009

„Nur noch ein schwarzer Fleck“ – Makuladegeneration wirksam behandeln

Professor Dr. med. Frank G. Holz
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Seit kurzer Zeit stehen zur Behandlung der **„feuchten AMD“** neue Wirkstoffe zur Verfügung, weitere finden sich in Entwicklung oder bereits in klinischer Prüfung.

Eine Gruppe von Medikamenten hemmen das Wachstum der Blutgefäße und dichten sie ab: sie blockieren körpereigene Wachstumsfaktoren und heißen deshalb „VEGF-Hemmer“ (VEGF = vascular endothelial growth factor). Der Arzt bringt sie mit einer Spritze im Abstand von mehreren Wochen direkt ins Auge ein. Sie stabilisieren die Krankheit in unterschiedlichem Maße und können das Sehvermögen der Patienten sogar verbessern. Drei Wirkstoffe, die an den neugewachsenen Blutgefäßen ansetzen, sind derzeit verfügbar: Pegaptanib, Ranibizumab und Bevacizumab. Ranibizumab stabilisiert bei einem Großteil der Patienten die AMD. Bei über 30 Prozent verbessert es sogar das Sehen. Dies hat der Wirkstoff in großen klinischen Studien unter Beweis gestellt. In der klinischen Prüfungsphase befindet sich derzeit auch der Wirkstoff VEGF Trap-Eye, der alle VEGF-Unterformen bindet und ebenfalls wiederholt in das Auge injiziert wird. Möglicherweise muss er weniger häufig als andere Stoffe in den Glaskörper gespritzt werden.
Der Arzt spritzt das Medikament zunächst dreimal hintereinander monatlich. Je nach Verlauf der AMD sind weitere Behandlungen nötig. Dabei haben die in diesem Jahr vorgestellten Ergebnisse der sogenannten SUSTAIN-Studie mit über 500 Patienten gezeigt, dass die Patienten häufig – am besten alle vier Wochen – vom Augenarzt untersucht werden müssen, um rechtzeitig festzustellen, wann wieder eine Spritze erforderlich ist. Es geht also um eine individualisierte Therapie, die für jeden einzelnen Patienten unterschiedlich zu „dosieren ist“, je nachdem, wie aggressiv die Erkrankung verläuft. Bleiben diese Untersuchungen aus und kommt die Spritze zu spät, wird meist das Niveau des Sehvermögens von zuvor nicht wieder erreicht. Da es sich um eine chronische Erkrankung handelt, muss in der Regel über eine lange Zeit behandelt werden. Andererseits sollten Überdosierungen vermieden werden, um unnötige Risiken und Ressourcenverschwendung zu vermeiden.

Als besonders hilfreich haben sich neue, hochauflösende Bildgebungstechnologien der Netzhaut erwiesen. So kann mit der optischen Kohärenztomographie (OCT) frühzeitig festgestellt werden, wenn sich in der Makula neue Flüssigkeit infolge der undichten, krankhaften neuen Gefäße ansammelt. Dann ist der Zeitpunkt gegeben, an dem das Auge erneut mit einer Spritze behandelt werden muss. Um Infektionen zu vermeiden, findet die Spritze ins Auge – wie jede andere Augenoperation – unter strengen, sterilen Bedingungen statt.

Ranibizumab ist als Lucentis® seit Februar 2007 in Deutschland zugelassen. Es wurde speziell für die Anwendung im Auge entwickelt. Bevacizumab ist Ranibizumab verwandt und bereits seit dem Jahr 2005 weltweit als Avastin® bei der feuchten AMD und anderen Netzhauterkrankungen im Einsatz. Wie bei dem ersten Wirkstoff hängt es vom Verlauf der Krankheit ab, wie oft und wie lange der Arzt es spritzen muss.
Die Anwendung von Bevacizumab im Auge stellt eine Off-label-Behandlung dar. Das Medikament ist zurzeit ausschließlich zur systemischen Behandlung des Kolonkarzinoms zugelassen. Für die intraokulare Anwendung von Bevacizumab liegen zwar über 10 000 dokumentierte Beobachtungen an Patienten vor, aber Studien, die den im Arzneimittelgesetz (AMG) vorgeschriebenen Zulassungsstudien (Phase-III-Studien) entsprechen, fehlen. Gegenwärtig werden die beiden Medikamente in mehreren laufenden Studien systematisch hinsichtlich ihrer Sicherheit und Wirksamkeit miteinander verglichen. Der Wirkstoff Pegaptanib wirkt ähnlich der herkömmlichen photodynamischen Therapie (PDT), verlangsamt also lediglich den Krankheitsprozess.

Als wichtig hat sich der rechtzeitige Therapiebeginn mit den VEGF-Hemmern erwiesen. Je weiter fortgeschritten die feuchte AMD ist, desto weniger kann mit den neuen Medikamenten erreicht werden. Die Früherkennung spielt daher eine entscheidende Rolle. Gleichzeitig kann die Lebensqualität durch die Behandlung nachweislich gebessert werden. Gelernt hat man zwischenzeitlich auch, dass eine chronische Krankheit wie die AMD mit den Präparaten in der Regel über eine lange Zeitdauer behandelt werden muss. Ähnlich wie bei der Zuckerkrankheit oder dem Bluthochdruck bewirken die Medikamente keine „Heilung“, sondern verhindern Komplikationen der Grunderkrankung.

Die **„trockene“ Frühform der AMD** kann erwiesenermaßen durch gesunde Ernährung beziehungsweise die Einnahme einer bestimmten Kombination von hochdosierten Vitaminen und Mineralien positiv beeinflusst werden. Im Rahmen der ARED-Studie zeigte sich allerdings kein Effekt der Medikation bestehend auf Vitamin C, Vitamin E, Zink und Beta-Karotin auf die Wachstumsgeschwindigkeit von Atrophiearealen bei der „trockenen“ Spätform.

Möglicher Ansatz zur Behandlung der **„trockenen“ Spätform**, der geographischen Atrophie, ist die Beeinflussung des Sehzyklus. Das zugrunde liegende Prinzip beruht auf der Annahme, dass durch die Verminderung der schädlichen Anhäufung von toxischen Abbauprodukten die Größenzunahme der Atrophie verlangsamt wird. Eine solche Substanz ist Fenretinide (N-[4-Hydroxyphenyl]retinamid). Die Rekrutierung der Fenretinide-Studie (www.sirionTherapeutics.com), eine Phase-II-randomisierte Doppelblindstudie mit über 200

Patienten, ist im Februrar 2008 abgeschlossen worden. Die Studie ist für zwei Jahre geplant, die Daten nach einem Jahr werden zurzeit ausgewertet. Einen weiteren ähnlichen Ansatz stellen sogenannte „visual cycle modulators“ dar (www.acucela.com). Geeignete Substanzen wurden bislang nur in Phase-I-Studien eingesetzt.

Die Firma Neurotech (http://www.neurotechusa.com) untersucht in zwei Phase-II-Studien die Wirksamkeit von „Ciliary Neutrophic Factor“ (CNTF). Hierbei wird in einem operativen Eingriff ein Implantat in den Glaskörper eingesetzt, das eine genetisch modifizierte retinale Pigmentepithel(RPE)-Zellkultur beinhaltet, die CNTF über einen längeren Zeitraum in den Glaskörper abgibt.

Die Firma Othera Pharmaceuticals Incorporation (http://www.othera.com) verfolgt einen Therapieansatz mit Augentropfen, die zur Verminderung der Überexpression von „protein complex nuclear factor-kappa B“ (NF-kB) führen sollen. NF-B wiederum ist ein Transkriptionsfaktor, der zu verstärkter Aktivität von oxidativem Stress, Entzündungs-reaktionen und Angiogenese führt. Bei Patienten (zur Zeit in Phase-II-Studien) werden die Augentropfen dreimal täglich über 24 Monate appliziert.

Ein weiterer Ansatz, der auch für Patienten in Deutschland ab September 2009 zur Verfügung stehen wird, besteht im Rahmen der GATE-Studie (Alcon Research), einer randomisierten Phase-II-Studie. Die Behandlung besteht aus der Gabe von Augentropfen über zwei Jahre mit einem selektiven Serotonin-1A-Agonist. In umfangreichen vorklinischen Untersuchungen wurde unter anderem in Tiermodellen für photooxidative Netzhautschäden eine dosisabhängige Protektion von Photorezeptoren und RPE-Zellen gezeigt.
Teilnehmende Studienzentren neben Kliniken in den USA und Europa sind in Deutschland die Universitäts-Augenkliniken Bonn, Düsseldorf, Leipzig, München und Würzburg sowie das St. Franziskus Hospital Münster. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt unter anderem durch das GRADE-Reading Center der Bonner Universitäts-Augenklinik.
Insgesamt stellt die „trockene“ AMD nach dem Durchbruch bei der Therapie der feuchten AMD die nächste große Herausforderung dar. Sollten sich in Prüfung befindliche Therapie-ansätze bei der trockenen Spätform der AMD, der geographischen Atrophie, als wirksam erweisen, kämen diese potenziell auch für einen präventiven Ansatz bei der trockenen, frühen AMD in Frage. Dies böte wiederum die Chance, überhaupt die Entwicklung von AMD-Spätformen hinauszuzögern oder gar zu verhindern.

ARVO 2009 Annual Meeting, May 3-7, 2009, Fort Lauderdale, USA: Vortrags-Abstract:

Abstract Title:	**Safety and Efficacy of Ranibizumab Treatment in Patients With Neovascular Age-Related Macular Degeneration: 12-Month Results of the SUSTAIN Study**
Presentation Start/End Time:	Tuesday, May 05, 2009, 2:45 PM – 3:00 PM
Location:	Grand Floridian H
Reviewing Code:	109 age-related macular degeneration: clinical research – RE
Author Block:	*F.G. Holz, C. Meyer, N. Eter, on behalf of the SUSTAIN study group.* Department of Ophthalmology, University of Bonn, Bonn, Germany.
Keywords:	413 age-related macular degeneration, 745 vascular endothelial growth factor, 751 visual acuity
Abstract Body:	**Purpose:** To evaluate the safety and efficacy of individualized ranibizumab treatment over 12 months of patients with neovascular age-related macular degeneration (AMD). **Methods:** In the prospective, multi-center, single-arm SUSTAIN study of 12 months duration, 513 ranibizumab-naïve AMD patients (results reported below) and 18 AMD patients from the ANCHOR study received 3 initial monthly injections of ranibizumab (0.3 mg) and re-treatment with ranibizumab (0.3/0.5 mg; one-third of patients switched to 0.5 mg during the study) in the maintenance phase when they either lost >5 letters in best-corrected visual acuity (BCVA) compared with the highest prior BCVA score or their central retinal thickness (CRT) increased by >100 µm from the lowest prior value measured by optical coherence tomography (OCT). No re-treatment was given when CRT was <225 µm or BCVA ≥ 79 letters. BCVA and CRT were assessed monthly using Early Treatment for Diabetic Retinopathy Study charts and optical coherence tomography, respectively. **Results:** On average, patients were treated 2.7 times from Months 3 to 11. 21% of patients received no re-treatment in the maintenance phase. Serious adverse events (AEs) in the study eye: retinal hemorrhage (n=2), cataract (n=1), retinal pigment epithelial tear (n=1), reduced visual acuity (n=1), vitreous hemorrhage (n=1). Most frequent non-ocular serious AEs: cardiac failure (n=6), myocardial infarction (n=5). Most frequent non-ocular AEs: nasopharyngitis (n=16), hypertension (n=15). Most frequent ocular AEs: reduced visual acuity (n=95), retinal hemorrhage (n=37), increased intraocular pressure (n=36). Mean change in BCVA from baseline to Months 3 and 12 was +5.8 and +3.6 letters, respectively. Mean change in CRT from baseline to Months 3 and 12 was -101.1 and -91.5 µm, respectively. **Conclusions:** The incidence of AEs was comparable to previous pivotal clinical studies with ranibizumab. The efficacy results suggest that flexible dosing based on VA/OCT-guided re-treatment criteria may stabilize but does not increase BCVA above the levels achieved in the loading phase. Efficacy outcomes were achieved with a low average number of treatments.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2009

Altersabhängige Makuladegeneration (AMD) – Fakten

*Eine **Makuladegeneration** kann den Bereich des schärfsten Sehens in der Netzhautmitte vollständig zerstören, woraufhin den Betroffenen unbehandelt nur noch ein sehr unscharfes Sehen im Randbereich bleibt.*

***Makula lutea** (lateinisch: gelber Fleck): Bereich der Netzhaut (Retina) von etwa fünf Millimetern Durchmesser, in dem die Dichte der Sehzellen am höchsten ist. In ihr liegt auch die Stelle des schärfsten Sehens im Auge, die Fovea centralis (1,5 mm Durchmesser). Hier sitzen pro Quadratmillimeter 140 000 Sehzellen (farbsehfähige "Zapfen") nebeneinander. Jeder Sehzelle ist eine Nervenzelle zugeordnet, die die Netzhaut mit dem Sehzentrum im Gehirn verbindet. Zusammen mit dieser 1:1-Verschaltung sorgt die hohe Dichte der lichtempfindlichen Zellen für eine extrem hohe Auflösung.*

Frühe AMD

Unter der Netzhaut sammeln sich im Laufe des Lebens im Bereich der Makula Stoffwechselprodukte an, die sich bei Untersuchung des Augenhintergrundes als kleine, gelbliche Ablagerungen, sogenannte Drusen, zeigen. Meist sehen Patienten in diesem Stadium noch relativ gut. Sie klagen wegen der gestörten Stoffwechselprozesse lediglich über eine verzögerte Anpassung des Auges an unterschiedliche Lichtverhältnisse. Die trockene Frühform der AMD kann in eine feuchte oder trockene Spätform übergehen.

Feuchte AMD:

Als Reaktion auf die Drusen bilden sich im Bereich der Makula unter und in der Netzhaut Gefäße, die in das Gewebe wuchern. Sie sind undicht und sondern Flüssigkeit ab, die die Sinneszellen zerstört. Ursache für die Bildung der Blutgefäße ist ein Wachstumsfaktor, das Eiweiß VEGF (vascular endothelial growth factor). Die feuchte AMD schreitet meist rasch voran. Im Frühstadium ins Auge injiziert, blockieren moderne „VEGF-Hemmer" den Wachstumsfaktor/das Wachstum der Gefäße und erhalten das Sehvermögen. An dieser besonders gefährlichen Form der AMD erkranken hierzulande jedes Jahr 50 000 Menschen.

Fakten:

- AMD ist in den Industrienationen die häufigste Ursache für einen schweren Sehverlust.
- Weltweit leiden 25 bis 30 Millionen Menschen an AMD, 500 000 erkranken jährlich.
- In Deutschland sind etwa 4,5 Millionen betroffen *(Quelle: AMD Alliance International).*
- Die Sehstörung beginnt meist im Alter, etwa ab dem 50. Lebensjahr.
- Da ausschließlich die Mitte der Netzhaut betroffen ist, bleibt das äußere Sehfeld und damit ein Teil der räumlichen Orientierung erhalten.
- Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl der Fälle von AMD in Deutschland von 2007 bis 2050 um 169 Prozent zunehmen *(Quelle: IGSF).*

Symptome:

- Sogenanntes „Verzerrtsehen“: gerade Linien erscheinen gebogen
- Farben wirken blasser
- Wörter erscheinen verschwommen
- Das Zentrum des Gesichtsfeldes erscheint leer oder als grauer Fleck
- Gesichter können gar nicht oder erst in unmittelbarer Nähe erkannt werden

Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen:

- Verlust der Lesefähigkeit, Fahruntüchtigkeit, Verlust der selbstständigen Lebensführung, Abhängigkeit von der Hilfe Dritter

Untersuchungsmethoden:

- Im Selbsttest mit dem Amsler Gitter *(siehe beiliegende Abbildung 10)*
- Spiegelung des Augenhintergrundes und der Makula
- Untersuchung mit Sehzeichen auf der Sehtafel
- Farbstoffuntersuchungen (Fluoreszenzangigographie):
  Dabei werden nach Injektion eines Farbstoffes in eine Armvene abnormale Gefäße am Augenhintergrund fotographisch dargestellt
- Optische Kohärenztomographie (Schichtdickenvermessung der Netzhaut)
- Fundusautofluoreszenz (Messung der Anhäufung von schädlichen Stoffen (Lipofuszin) im Pigmentepihtel der Netzhaut.

Der Augenarzt kann Veränderungen in der Netzhautmitte schon feststellen, wenn der Patient selbst noch keine Einschränkungen im Sehen bemerkt.
Empfehlung: Regelmäßiger Besuch beim Augenarzt ab einem Alter von 40 Jahren!

Bildmaterial

Abbildung 1: Normales Sehen (links) und Sehen bei altersabhängiger Makula degeneration (rechts) im Vergleich.

(*Quelle: Universitäts-Augenklinik Bonn)*

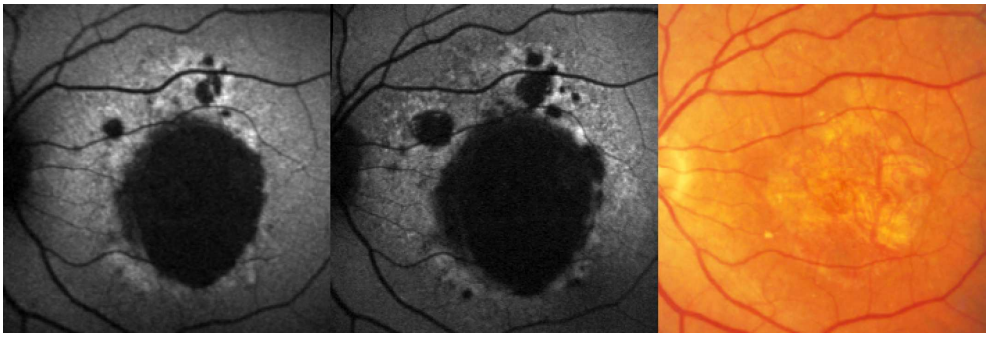


Abbildung 2: Fortgeschrittene trockene altersabhängige Makuladegeneration (sogenannte geographische Atrophie). In der Fundusautofluoreszenz (*links*) erkennt man eine zentrale und mehrere einzelne Flächen mit verminderter Signalintensität, die schwarz erscheinen. Im Bereich dieser Inseln sind die Sehzellen der Netzhaut abgestorben. Der Patient nimmt dementsprechend einen blinden Fleck im zentralen Gesichtsfeld war. In der Umgebung der Flächen ist außerdem ein erhöhtes Autofluoreszenz-Signal zu erkennen, welches auf eine vermehrte Anreicherung von schädlichem Lipofuszin hindeutet. Hier ist die Netzhautfunktion bereits teilweise eingeschränkt. In der Fundusautofluoreszenz-Verlaufsaufnahme nach drei Jahren (*Mitte*) erkennt man ein Größenwachstum der Inseln, bevorzugt in Bereichen, die vorher ein erhöhtes Autofluoreszenzsignal zeigten. Im Vergleich dazu sind auf der üblichen Farbaufnahme (*rechts*) betroffene Netzhautareale schlechter zu erkennen. Zudem lässt sich hiermit die vermehrte Anreicherung von Lipofuszin nicht darstellen.

(*Quelle: Universitäts-Augenklinik, Bonn)*

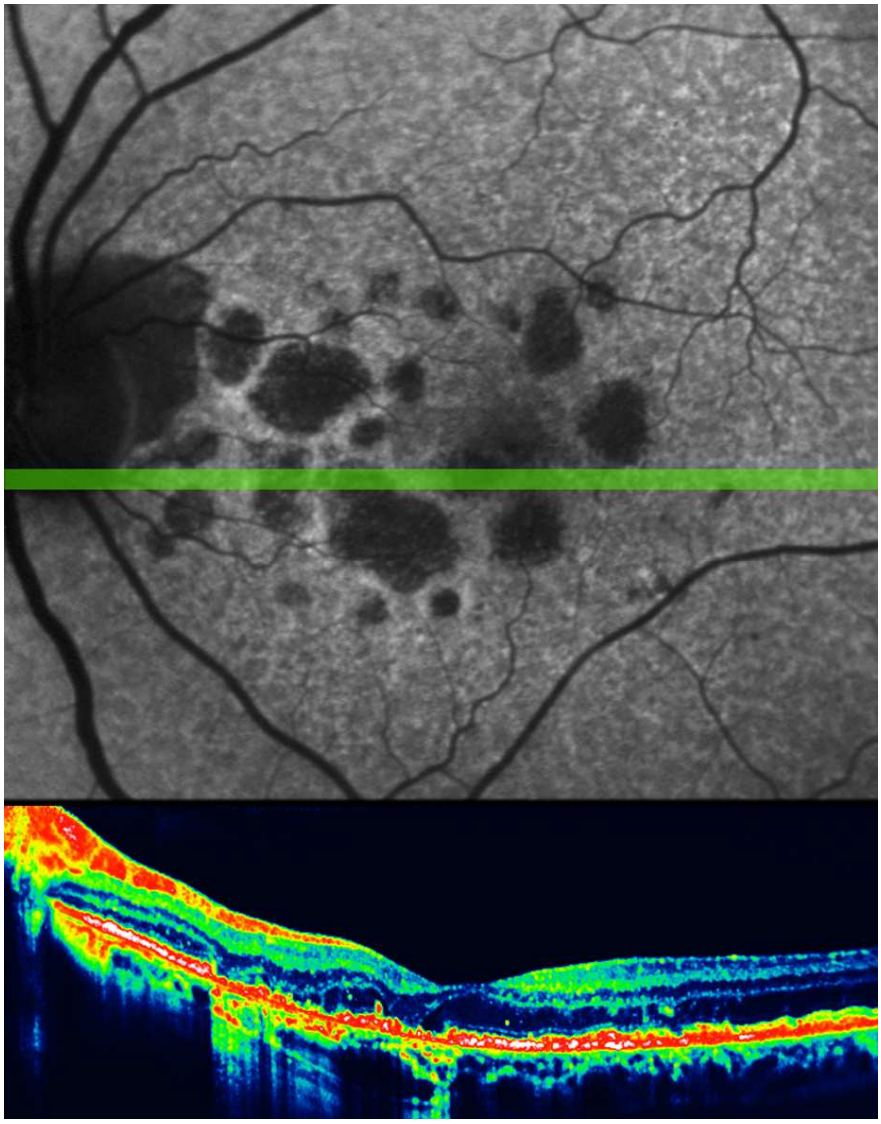


Abbildung 3: Simultane konfokale Scanning-Laser-Ophthalmoskopie mit Fundusautofluoreszenz und spectral-domain-OCT bei fortgeschrittener trockener altersabhängiger Makuladegeneration. In der Fundusautofluoreszenz (oben) erkennt man mehrere Flächen mit verminderter Signalintensität, die schwarz erscheinen. Im Bereich dieser Inseln sind die Sehzellen der Netzhaut abgestorben, und es kommt zu zentralen Gesichtsfeldausfällen. Die grüne Linie markiert den Netzhautbereich der zusätzlich dargestellten Schichtdickenanalyse mit optischer Kohärenztomographie (*unten*). Die simultane Anwendung von beiden bildgebenden Verfahren erlaubt so eine genaue räumliche Zuordnung von krankhaften Netzhautveränderungen.

(*Quelle: Universitäts-Augenklinik, Bonn)*

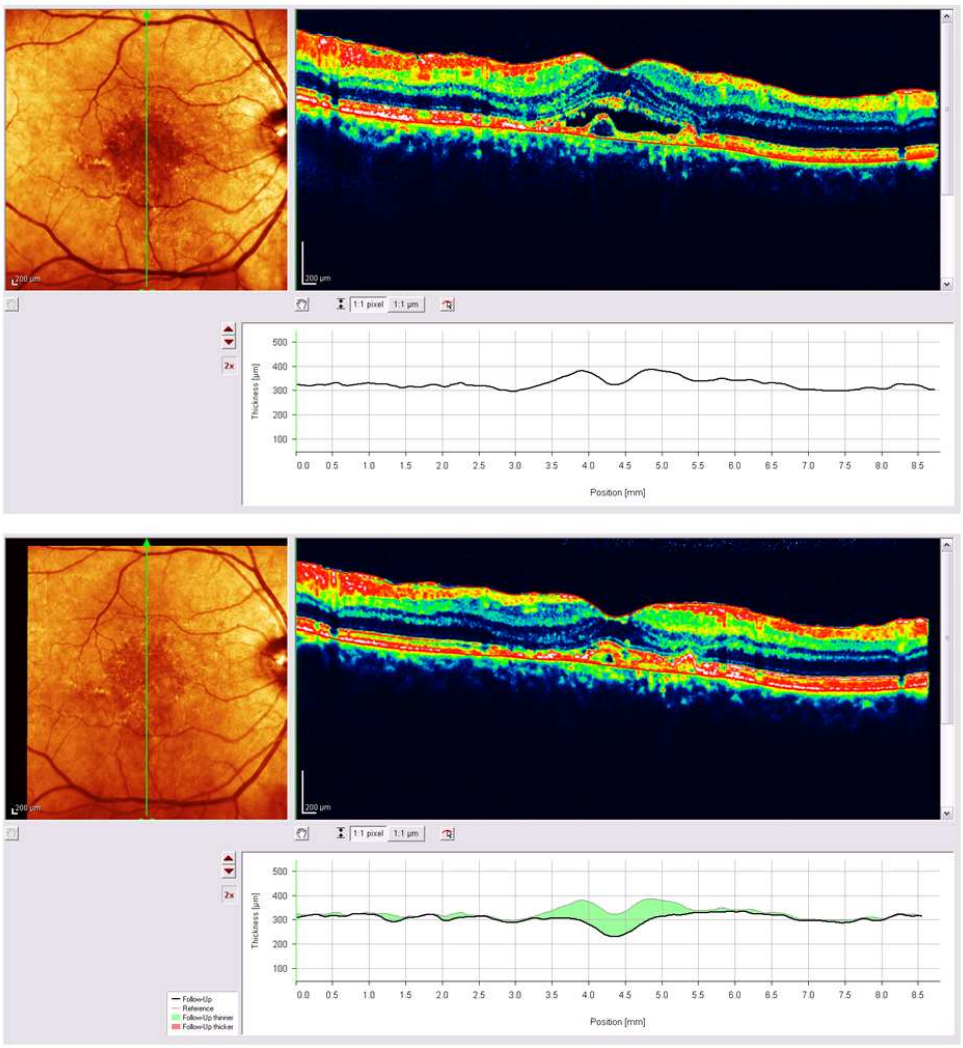


Abbildung 4: Simultane konfokale Scanning-Laser-Ophthalmoskopie mit Reflexbild und spectral-domain-OCT bei fortgeschrittener feuchter altersabhängiger Makuladegeneration. Durch das Wachstum von Gefäßen unter die Netzhaut ist es zu einer Schwellung mit Verdickung der zentralen Netzhaut bei Erstuntersuchung (*oben*) gekommen. Der signalarme Bereich innerhalb der einzelnen Netzhautschichten ist auf die Bildung von Flüssigkeit zurückzuführen. Nach Behandlung mit Gefäßwachstumshemmern (anti-VEGF-Blockern) nach 4 Wochen (*unten)* ist es zu einem Rückgang der Schwellung gekommen, die sich mit der Bildgebung genau darstellen und ausmessen (grüner Bereich) lässt.

(*Quelle: Universitäts-Augenklinik, Bonn)*

Bildmaterial

Abb. 5: Drusen (Vorstufe AMD)

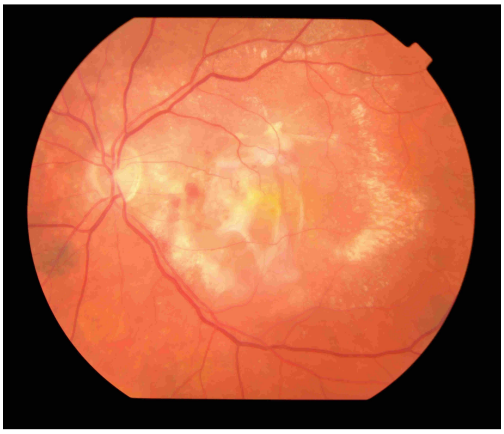


Abb. 6: Spätstadium feuchte AMD

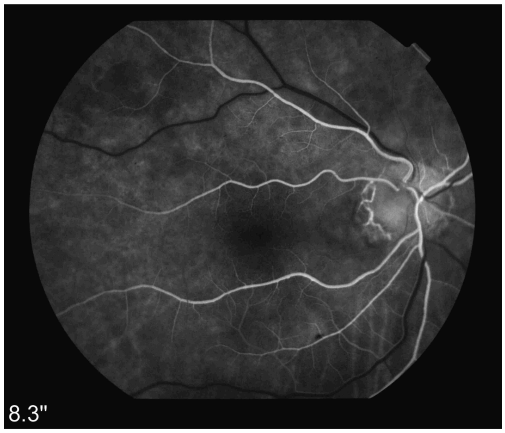


Abb. 7: normales Fluoreszenzangiogramm

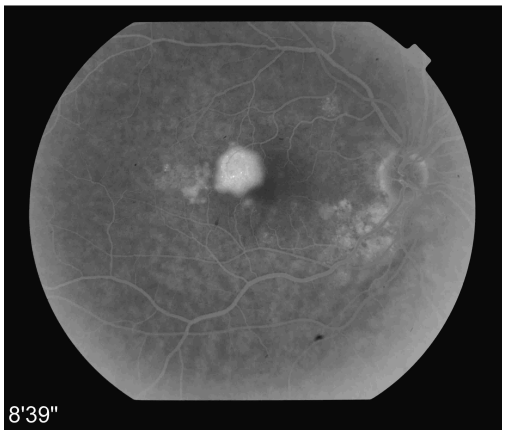


Abb. 8:
Fluoreszenzangiogramm feuchte AMD

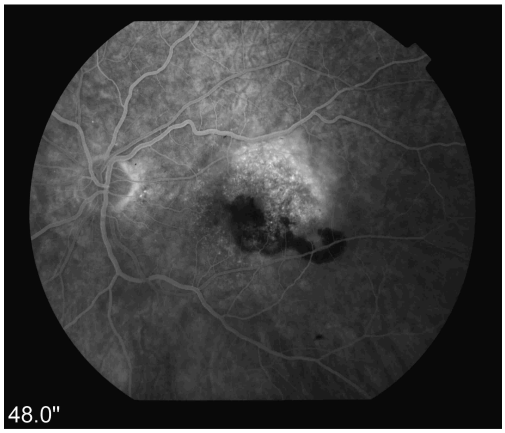
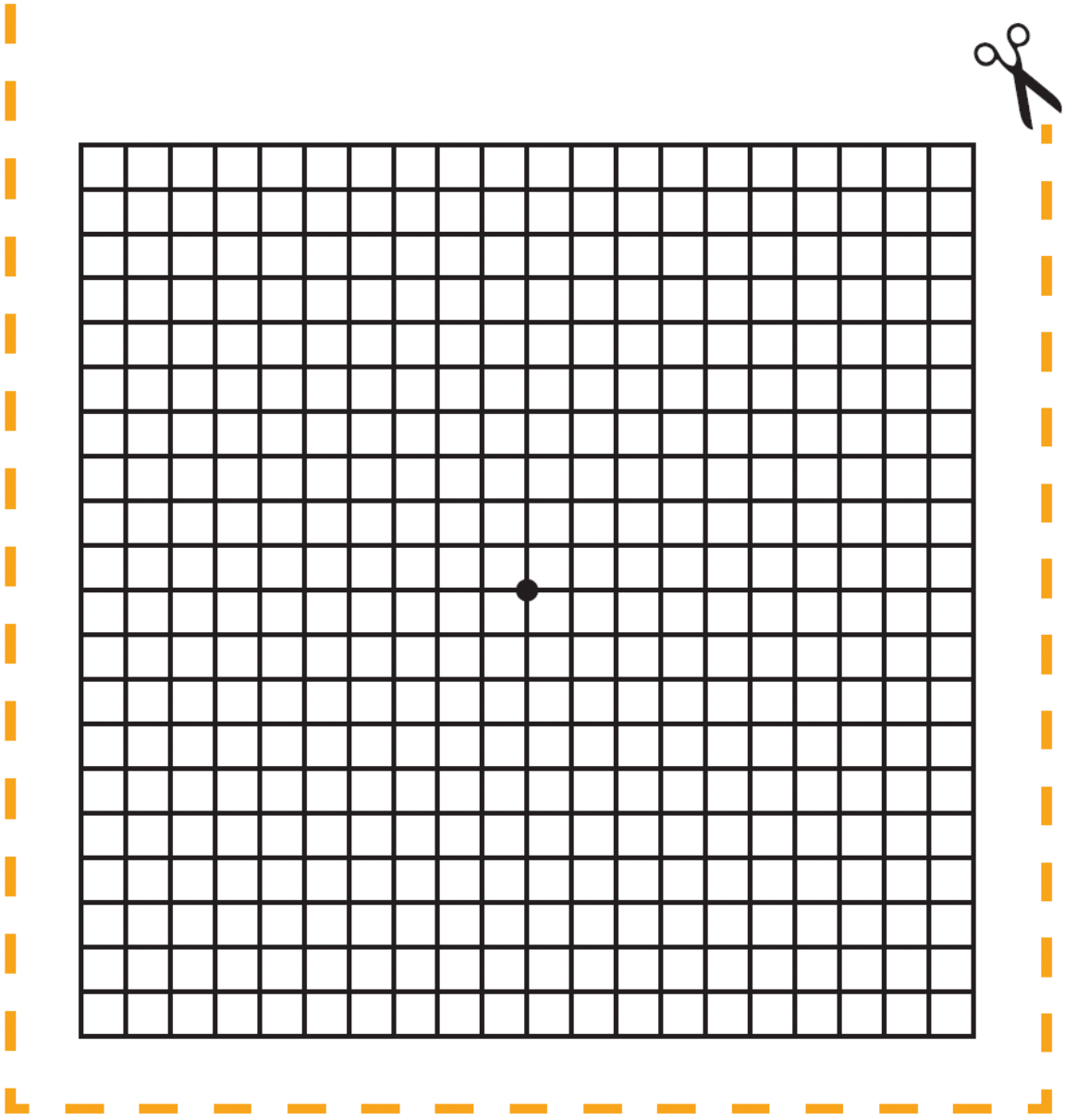


Abb. 9: Fluoreszenzangiogramm feuchte AMD2

Quelle: Praxis Dr. med. Simone Potthöfer, Berlin

Abbildung 10: Amsler-Gitter-Test:



Durchführung:
• Falls Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, so benutzen Sie diese.
• Halten Sie das Amsler-Gitter auf Lesedistanz (circa 30 cm).
• Halten Sie ein Auge zu.
• Fixieren Sie den schwarzen Punkt in der Mitte.
• Beurteilen Sie nun, wie die Linien rund um den schwarzen Punkt aussehen.
– Sehen Sie verzerrte, verbogene oder verschwommene Linien?
– Erscheinen Ihnen die Linien unterbrochen oder fehlen sie ganz?
Wenn dies der Fall ist, suchen Sie sofort Ihren Augenarzt auf!
• Wiederholen Sie den Test mit dem anderen Auge.

(Quelle: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA))

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank G. Holz
Zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

* 1962

Beruflicher Werdegang:

- Professor Dr. med. Frank G. Holz absolvierte das Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, an der er auch promovierte, und war Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes.
- Im Rahmen des Praktischen Jahres verbrachte er 1988 zwei Tertiale an der University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago.
- Es folgte eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg.
- Daran schlossen sich Forschungsaufenthalte über insgesamt zwei Jahre am Institute of Ophthalmology des Moorfields Eye Hospital in London sowie am The Schepens Eye Reserach Institute an der Harvard Medical School in Boston an.
- Nach Abschluss der Facharztausbildung für Augenheilkunde im Jahr 1994 war er von 1995 bis 2003 Oberarzt an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg. In dieser Zeit schloss er seine Habilitation zur Pathogenese der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) ab.
- Im November 2003 trat er die Stelle als Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn an.

Forschungsschwerpunkte:

- Pathogenese, Prophylaxe und Therapie der AMD
- Professor Holz arbeitet an molekularen pathogenetischen Mechanismen bei der AMD auf Ebene des retinalen Pigmentepithels und der Bruch'schen Membran.
- Klinisch gehören insbesondere die konfokale Scanning-Laser-Ophthalmoskopie (cSLO) inklusive Fundusautofluoreszenz, optische Kohärenztomographie und molekulare Bildgebung sowie prospektive Studien zur Therapie der AMD zu seinen Hauptarbeitsgebieten.

Mitgliedschaften:

- Professor Holz gehört zahlreichen nationalen und internationalen Gesellschaften wie zum Beispiel der Retinologischen Gesellschaft, der American Academy of Ophthalmology (AAO) und der Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO) an.
- Er ist zweiter Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und erhielt diverse Forschungspreise, zum Beispiel den Makula-Forschungspreis der Pro Retina Deutschland sowie den Forschungspreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und den Achievement Award der American Academy of Ophthalmology.
- Er ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der AMD Alliance International und der Deutschen Pro Retina.
- Für die Deutsche Forschungsgemeinschaft koordinierte er das Schwerpunktprogramm „Altersabhängige Makuladegeneration“ und ist Mitglied im Forschungsverbund EVIGENORET der Europäischen Union.

Publikationen:

- Professor Holz hat über 200 Artikel in peer-reviewed Journals publiziert und ist Mitherausgeber des Buches „Age-related Macular Degeneration“.
- Er ist Herausgeber von „Der Ophthalmologe“ (Organ der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft), im Editorial Board internationaler Fachzeitschriften sowie als Reviewer für diverse wissenschaftliche Zeitschriften tätig, so etwa für „Lancet“, „Investigative Ophthalmology and Visual Science“, „British Journal of Ophthalmology“ und „American Journal of Ophthalmology“.

Curriculum Vitae

Dr. med. Simone C. Potthöfer
Ärztin für Augenheilkunde, Berlin

* 1965

Beruflicher Werdegang:

Studium:

1984–1987	Humanmedizin an der Universität des Saarlandes, Physikum 1986
1987–1989	Politikwissenschaft und Soziologie an der Universität Passau
1990–1994	Humanmedizin an der Freien Universität Berlin
1994	III. Staatsexamen

Famulaturen:

1991	Allgemeinmedizin/Bayern
1991	Innere Medizin/Berlin
1992	Anästhesiologie/Schweiz
1993	Gynäkologie/Israel

Praktisches Jahr:

- Augenheilkunde: Universitätsklinikum Benjamin Franklin/Berlin
- Innere Medizin/Hämatologie/Onkologie: Krankenhaus Moabit/Berlin
- Chirurgie: Chichester/England

Bisherige berufliche Tätigkeit:

11/94–05/96	Ärztin im Praktikum am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, FU Berlin (UKBF)
5/95–9/96	Privatassistentin von Professor Foerster (UKBF)
5/96 –4/01	Assistenzärztin am UKBF
13.10.1999	Facharztprüfung
5–12/2001	Praxisvertretungen in Berlin
1–8/2002	Praxisvertretung, Honorartätigkeit an den Justizvollzugsanstalten Moabit und Plötzensee/Berlin

seit 2006	Konsiliartätigkeit: Frühgeborenenscreening St. Josephs-Kinderklinik Berlin
9/2001	Niederlassung in eigener Praxis mit den Schwerpunkten Netzhauterkrankungen (altersbedingte Makuladegeneration, Diabetische Retinopathie/Fluoreszenzangiographie/Laser/ PDT/intravitreale Injektionen) und Kinderophthalmologie/ Strabologie /Neuroophthalmologie

Wissenschaftliche Arbeiten:

25.4.1997	Promotion im Fach Chirurgie: „Häufigkeit, Therapie und Prognose von Leber- und Milzrupturen bei polytraumatisierten Patienten mit stumpfem Bauchtrauma“.

Wissenschaftliche Arbeiten in der Augenheilkunde:

Oktober 1996	JERMOV in Montpellier: Poster: „Long-term follow-up in asymmetric retinitis pigmentosa“
September 1997	British Journal of Ophthalmology: Vol 81: No9; p 803–804. Case report: „Vitrectomy and autologous thrombocyte adhesion of an accidental macular hole caused by Nd: YAG laser“
August 1998	Berlin-Brandenburgische Augenärztliche Gesellschaft: Vortrag: „Therapieoptionen bei altersbedingter Makuladegeneration“
Dezember 1999	Berlin-Brandenburgische Augenärztliche Gesellschaft: Vortrag: „2-J-Ergebnisse einer prospektiven randomisierten multizentrischen Doppelblindstudie zur Strahlentherapie subfovealer Neovaskularisationen bei AMD (RAD-Studie)“ (1-Jahres-Ergebnisse der Studiengruppe veröffentlicht in: Ophthalmology 1999:106; 2239-2247)
Mai 2000	Strabologische Seminarwoche: Vortrag: „Einseitig betonter Visus- und Gesichtsfeldverfall unklarer Genese. Fallbericht mit differenzialdiagnostischen Überlegungen“
September 2000	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG), Vortrag: „Langzeitverlauf nach Makulaforamenchirurgie“

Curriculum Vitae

Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert
em. Direktor des Instituts für Marketing an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, und Patient

* 1937

Beruflicher Werdegang:

1956–1961	Studium der Betriebswirtschaftslehre in München
1964	Promotion über „Beziehungen zwischen der betriebswirtschaftlichen Kostentheorie und Kostenrechnung“
1961–1968	Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Industrieforschung und betriebliches Rechnungswesen an der Universität München
1968	Habilitation über „Die Flexibilität in betriebswirtschaftlichen Entscheidungen“ Berufung auf den Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Münster; Aufbau und Direktor des ersten Instituts für Marketing an einer deutschen Hochschule Berufungen nach Frankfurt (1973), Hamburg (1980), Konstanz (1981) und Bern (1986)
1976/1977	Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Münster
1993	Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität St. Gallen
1995–1997	Vorsitzender des Verbandes der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft e.V.
1995–1998	Wissenschaftlicher Geschäftsführer (Rektor) der Handelshochschule Leipzig
1999	Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Handelshochschule Leipzig (HHL)
2000–2002	Geschäftsführender Direktor des Marketing Centrum Münster (MCM)
2002	Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität für Wirtschaft und Finanzen, St. Petersburg
2002	Emeritierung an der Universität Münster

seit 2004	Mitglied der Internationalen Akademie der Wissenschaften für das Hochschulwesen (Moskau), (International Higher Education Academy of Sciences, IHEAS)
2002–2005	Vorsitzender des Vorstandes der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh

Prof. Meffert ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e. V.

Er erhielt zahlreiche Ehrungen und gehört mehreren Aufsichtsräten und Beiräten international tätiger Unternehmen an. Als Marketing-Wissenschaftler publizierte Heribert Meffert mehr als vierhundert wissenschaftliche Schriften und mehr als dreißig Monographien.

Ehrungen:

- Ruefach Förderpreis (1991)
- Dr.-Kurt-Neven-Du-Mont Medaille (1991)
- Wilhelm-Vershofen-Gedächtnismedaille (1992)
- B.A.U.M. Umweltpreis (1994)
- Ehrenpreis „Balance“ der Industrie- und Handelskammer (2004)
- Ehrenmitglied des Verbandes der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft e. V. (2006)
- Paulus-Plakette der Stadt Münster (2006)

Curriculum Vitae

Christoph M. Schlingensief
Mitglied im Kuratorium Stiftung Auge, Berlin

* 1960

Experimente in Film

Anfang der 1980er Jahre arbeitet Schlingensief als Assistent des Experimentalfilmers Professor Werner Nekes und dreht erste eigene Kurzfilme. Seinem Filmverständnis verleiht er erstmals mit der TRILOGIE ZUR FILMKRITIK (1983/84) Ausdruck. Sie trägt den für Schlingensiefs Filmschaffen bis heute prägenden Untertitel FILM ALS NEUROSE und besteht neben zwei Kurzfilmen aus seinem ersten Langfilm TUNGUSKA – DIE KISTEN SIND DA (1984). Mit MENU TOTAL (1985), EGOMANIA (1986) und MUTTERS MASKE (1987) folgen Filme, die von der Fachkritik zwar eingehend besprochen, in den landesweiten Kinos aber nicht gezeigt werden.

Erst mit der zwischen 1989 und 1992 entstehenden DEUTSCHLANDTRILOGIE, die sich aus den Filmen 100 JAHRE ADOLF HITLER – DIE LETZTEN STUNDEN IM FÜHRERBUNKER, DAS DEUTSCHE KETTENSÄGENMASSAKER und TERROR 2000 – INTENSIVSTATION DEUTSCHLAND zusammensetzt, wird Schlingensief einer größeren Öffentlichkeit bekannt.

Im Theater und raus ins Leben

An der Volksbühne Am Rosa-Luxemburg-Platz Berlin unter Leitung von Frank Castorf debütiert Schlingensief 1993 mit 100 JAHRE CDU – SPIEL OHNE GRENZEN als Theaterregisseur. Neben weiteren Arbeiten als Hausregisseur (u. a. KÜHNEN '94, ROCKY DUTSCHKE '68, SCHLACHT UM EUROPA) verwirklicht er ab 1997 aktionistische Projekte außerhalb des Theaters, u.a. PASSION IMPOSSIBLE – 7 TAGE NOTRUF FÜR DEUTSCHLAND (1997) und MEIN FILZ, MEIN FETT, MEIN HASE (documenta X, 1997).

Anlässlich der Bundestagswahl 1998 gründet Schlingensief die Partei CHANCE 2000, die weit über den Kunstraum hinaus internationale Aufmerksamkeit erfährt, u. a. aufgrund der Aktion BADEN IM WOLFGANGSEE, im Vorfeld derer 6 Millionen Arbeitslose dazu aufgerufen werden, den österreichischen Urlaubsort des amtierenden Bundeskanzlers Kohl unter Wasser zu setzen. Zwischen 1997 und 2002 arbeitet Schlingensief auch als TV-Moderator und geht mit den medienkritischen Formaten TALK 2000, U 3000 und dem Nicht Behindertenmagazin FREAKSTARS 3000 auf Sendung.

Im Rahmen der Wiener Festwochen veranstaltet Schlingensief im Jahr 2000 die Container-Aktion BITTE LIEBT ÖSTERREICH. Versehen mit der Aufschrift AUSLÄNDER RAUS!, einer Wahlparole des österreichischen Rechtspopulisten Jörg Haider, dominieren vor der Staatsoper aufgestellte Container und die nach Vorbild des TV-Formats Big Brother darin eingesperrten Asylbewerber über Wochen die politische, mediale und öffentliche Diskussion. Am Schauspielhaus Zürich verwirklicht Schlingensief gemeinsam mit ausstiegswilligen Neonazis den HAMLET (2001), seine bis heute einzige Klassiker-

inszenierung, aus der unter dem Namen REIN ein eigener Verein zur Resozialisierung ehemaliger Rechtsextremisten hervorgeht.

Mit der Kirche ins Museum, mit dem Hasen in die Oper

Mit der CHURCH OF FEAR (COF) nimmt Schlingensief an der 50. Biennale Venedig (2003) teil. Ausgehend von seiner ATTA-TRILOGIE, die sich aus den Theateraktionismen ATTA ATTA (Volksbühne, 2002), BAMBILAND (Burgtheater Wien, 2003) und ATTABAMBI – PORNOLAND (Schauspielhaus Zürich, 2004) zusammensetzt, setzt Schlingensief damit die Arbeit an einem Gesamtkunstwerk fort, das im zunehmenden Maße Sinn und Unmöglichkeit der Kunst selbst zum Inhalt hat. Im Sommer 2005 wird die CHURCH OF FEAR im Kölner Museum Ludwig präsentiert.

Bei den Bayreuther Richard-Wagner-Festspielen 2004 inszeniert Schlingensief den PARSIFAL, damit zugleich seine erste Oper. Die Neuinterpretation des Bühnenweihefestspiels, dessen zahllose sich überblendenden Projektionen in der Zeitrafferaufnahme eines verwesenden Hasen gipfeln, findet international große Zustimmung. Auch die Wiederaufnahme 2005 wird kontrovers diskutiert und von der Presse gefeiert. Wieder an der Volksühne, beschreibt Schlingensief gemeinsam mit seinem Alter Ego Hosea Dzingirai in KUNST & GEMÜSE, A. HIPLER (2004) „Theater ALS Krankheit“ und verarbeitet darin prägende Erfahrungen am Grünen Hügel von Bayreuth. Die von der an ALS leidenden Angela Jansen aus dem Zuschauerraum geleitete Vorstellung wird 2005 zum renommierten Berliner Theatertreffen eingeladen.

Drehmomente und Dunkelphasen

Auf dem Reykjavik Art Festival 2005 präsentiert Schlingensief den ersten Teil seines Projekts DER ANIMATOGRAPH, eine „begehbare Fotoplatte“ (Schlingensief) in Form einer Drehbühne, auf der mit filmischen, theatralen, operalen und aktionistischen Elementen die wesentlichen Stränge des Schlingensief’schen Oeuvres zusammenlaufen. Drei weitere Teile des ANIMATOGRAPHEN folgen, so der Open-Air-Parcours ODINS PARSIPARK (Neuhardenberg bei Berlin, 2005), das Requiem auf den narrativen Film THE AFRICAN TWIN TOWERS (Namibia, 2005/2006) und die Theaterinstallation wider das Theater AREA 7 – EINE MATTHÄUSEXPEDITION (Burgtheater Wien, 2006). Mit KAPROW CITY in der Volksbühne, einer labyrinthischen Drehbühneninstallation zu Ehren des Happeningbegründers Allan Kaprow, nimmt Schlingensief im Theater so vorläufig wie unwiderruflich Abschied vom Theater.

Ins Museum mit der Oper!

2007 wird Schlingensiefs PARSIFAL zum vierten und letzten Mal in Bayreuth aufgeführt. Seine abermals überarbeitete Interpretation wird international hymnisch besprochen. Sie gilt mittlerweile als „Kultinszenierung“ (New York Times) und Inbegriff der Rückkehr der Festspiele zum ehemals hochgehaltenen Werkstattprinzip. Im gleichen Jahr präsentiert Schlingensief anlässlich der Wagner-Festspiele in Manaus/Brasilien den FLIEGENDEN HOLLÄNDER, jedoch nicht als konventionelle Inszenierung in der gewohnten Hermetik eines Opernhauses, sondern als Volksoper, die ihren Ausgang in den Ruinen eines im Regenwald gelegenen Klosters und auf den Straßen der Stadt nimmt, bevor sie auf die Bühne des Teatro Amazonas Manaus zurückkehrt.

Schlingensiefs Installation 18 BILDER PRO SEKUNDE im Haus der Kunst München (2007) greift wesentliche Motive dieser Arbeit sowie Teile des namibischen Animatographen auf. Unterhalb einer überdimensionalen Abendmahlsszene zeigen 12 Projektoren 16-mm-Aufnahmen, die Schlingensief ursprünglich für den HOLLÄNDER gedreht hat, und nutzen das Filmmaterial im Laufe der Ausstellungsdauer willentlich ab. Durch ein Mittelschiff gelangt man zu einer Monitorwand, auf der die Einzelteile des TWIN-TOWERS-Films zu sehen sind.

Kunst der Verstümmelung

Neben vorangegangenen Arbeiten im Jahr 2006 im Museum für bildende Künste Leipzig (RAGNARÖK), im Museum der Moderne Salzburg (CHICKENBALLS - DER HODENPARK) sowie auf der Frieze Art Fair London (DIANA II - WHAT HAPPENED TO ALLAN KAPROW?) bereitet die Münchener Installation Schlingensiefs Arbeiten auf dem Feld der Bildenden Kunst endgültig den Boden. Der Betrachter ist nicht länger nur Zuschauer, sondern Teil der Bilder. Einen roten Faden, ein alles auf- oder gar erlösendes Moment gibt es nicht mehr, sodass es Schlingensief heute möglich ist, wie nur wenige Künstler zwischen Theater und Film, Oper und Museum hin und her zu wandeln.

An der Oper Bonn tritt Schlingensief von der Regie der eigens verfassten Behindertenoper FREAX (2007) zurück, weil er, anders als der Komponist, die Bedeutung der körperlich beeinträchtigten Darsteller für die Inszenierung höher einschätzt als die Bedeutung der professionellen Sänger. Unter dem Titel FREMDVERSTÜMMELUNG 2007 setzt er der konzertanten Uraufführung der Oper einen bunuelschen Kurzfilm entgegen, der mit der Kreuzigung eines körperbehinderten Jesus endet und den er in der Aufführungspause im Foyer der Oper im Beisein seiner Hauptdarsteller vorführt.

Ebenso wie Filmmaterialien der Installation im Haus der Kunst und Bühnensegmente aus KAPROW CITY hält FREMDVERSTÜMMELUNG Einzug in Schlingensiefs Ausstellung QUERVERSTÜMMELUNG (2007) im Zürcher Migros Museum. Der verschachtelte Weg durch die Installation, die sich in Gänze um den verschränkten Blickwinkel des (Kunst-)Betrachters dreht, endet mit der Fahrt in einem Treppenlift zu einem erhöht montierten Monitor, auf dem eine Schlüsselszene des Bonner Kurzfilms zu sehen ist.

Ende 2007 kehrt Schlingensief nach Brasilien zurück und realisiert binnen 14 Tagen mit über 150 zumeist einheimischen Mitarbeitern in Sao Paulo die Operngeisterbahn TREM FANTASMA. In drei ausrangierten Wagen einer Jahrmarktgeisterbahn fahren die Geister aus der Oper und die Opern endlich in die Menschen, um erstere vom Sockel der überhöhten Kunst auf den Boden der Tatsachen, Wagners „mystischen Abgrund“, zurückzuholen.

2008

Den Jahreswechsel 2007/2008 nutzt Christoph Schlingensief zu Dreharbeiten in Nepal, um Filmmaterial für die Oper SZENEN AUS DEM LEBEN DER HEILIGEN JOHANNA von Walter Braunfels zu sammeln, die er von Februar bis Mitte April 2008 an der Deutschen Oper Berlin inszeniert. Anschließend reist Schlingensief zu Projektvorbereitungen nach Buenos Aires.

Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Die wissenschaftliche Gesellschaft
der Augenärzte

Vorstand:
Prof. Dr. med. Frank G. Holz (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Gernot I. W. Duncker
Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer
Geschäftsführung:
Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 02
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Bestellformular Fotos:

Pressegespräch der Stiftung Auge
und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Donnerstag, 3. September 2009, 11.30 bis 12.30 Uhr
Restaurant Nocti Vagus, Saarbrückerstraße 36-38, 10405 Berlin

„Mit zwei Augen sieht man besser – Stiftung Auge gegen Altersblindheit“

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s)/die folgende(n) Abbildung(en) per E-Mail:

- o Professor Dr. med. Frank G. Holz
- o Dr. med. Simone Potthöfer
- o Professor Dr. Dr. h. c. mult. Heribert Meffert

- o Abbildung 1
- o Abbildung 2
- o Abbildung 3
- o Abbildung 4
- o Abbildung 5
- ○ Abbildung 6
- ○ Abbildung 7
- ○ Abbildung 8
- ○ Abbildung 9
- ○ Abbildung 10

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931–167 zurückfaxen.