



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Online-Pressekonferenz der Stiftung Auge

Termin: Mittwoch, 9. Dezember 2020, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: Online-Pressekonferenz

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Themen und Referenten:

Wie neue Therapieformen die Behandlung der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) verbessern

Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Gesund essen und besser sehen? Welche Rolle die Ernährung bei der Prävention von Augenerkrankungen spielt

Dr. med. Peter Heinz, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge, Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld

Damit die Pandemie nicht ins Auge geht: COVID-19 und Augenerkrankungen

Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge und Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz

Moderation: *Sabrina Hartmann, Pressestelle Stiftung Auge*

Kontakt für Rückfragen

Lisa Roth/Sabrina Hartmann
Pressestelle Stiftung Auge
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-833/-649
Fax: 0711 8931-167
roth@medizinkommunikation.org
hartmann@medizinkommunikation.org

Pressestelle Stiftung Auge

Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Online-Pressekonferenz der Stiftung Auge

Termin: Mittwoch, 9. Dezember 2020, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: Online-Pressekonferenz

Inhalt:

Pressemitteilung

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Lisa Roth/Sabrina Hartmann
Pressestelle Stiftung Auge
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-833/-649
Fax: 0711 8931-167
roth@medizinkommunikation.org
hartmann@medizinkommunikation.org

Pressestelle Stiftung Auge
Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Neue Therapieansätze der Altersabhängigen Makuladegeneration helfen die Sehkraft zu erhalten

München, 9. Dezember 2020 – Ein Drittel aller Menschen in Deutschland über 80 Jahren leidet an einer Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). Um den Verlust des Sehvermögens aufzuhalten oder sogar zu verhindern, sind regelmäßige Untersuchungen und Behandlungen zwingend notwendig. Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie werden diese allerdings häufig erschwert. Um die Versorgung der Erkrankten und die Therapie der AMD insgesamt zu verbessern, gibt es nun neue Ansätze.

In Deutschland ist etwa ein Drittel aller Senioren über 80 Jahren von der AMD betroffen. Bei der sogenannten feuchten Form, die schnell fortschreitend ist, sind regelmäßige Besuche beim Augenarzt sehr wichtig, um dem Verlust des Sehvermögens entgegenzuwirken. Die Erkrankung verläuft sehr individuell und die genaue Langzeit-Prognose des Behandlungsbedarfs ist schwierig. „Die meisten an AMD-Erkrankten sind ältere Menschen, die häufig Schwierigkeiten haben, regelmäßig einen Arzt aufzusuchen, weil sie beispielsweise einen Fahrdienst oder eine Begleitung brauchen“, sagt Professor Dr. med. Frank G. Holz, Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn und Vorstandsmitglied der Stiftung Auge. Hinzu komme, dass Patienten aufgrund der Corona-Pandemie seltener zum Arzt gehen, aus Sorge vor einer Ansteckung.

Um den Patienten gerecht zu werden und die Versorgung zu gewährleisten, seien deshalb neue Ansätze gefragt: „Neue Medikamente, neue Darreichungsformen und die Gentherapie eröffnen uns in der Therapie der Altersabhängigen Makuladegeneration nie dagewesene Möglichkeiten. Ebenso bietet der Einsatz von künstlicher Intelligenz und Telemedizin neue Chancen, Patienten besser zu versorgen“, erläutert Holz weiter. Ziel sei es, die Wirksamkeit und die Wirkdauer von Medikamenten zu verbessern und die Vorhersagbarkeit des Behandlungsbedarfs zu optimieren.

Pressestelle Stiftung Auge
Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



„Wir mussten feststellen, dass Medikamente, die in Studien mit häufiger Gabe hervorragend funktioniert haben, in der Praxis vielfach nicht so gute Ergebnisse erzielen. Das liegt auch daran, dass es den Erkrankten häufig nicht möglich ist, notwendige Untersuchungen regelmäßig und so oft wie nötig wahrzunehmen“, betont Holz. Die neuen Therapieformen gehen auf diese Umstände ein und betrachten sie vielmehr als Rahmenbedingung. „Unser Ziel muss es sein, Therapien auf unsere Patienten und deren Lebensumstände anzupassen, damit ihre Sehkraft und damit auch ihre Selbstständigkeit möglichst lange erhalten bleiben,“ so Holz weiter.

Bei der unbehandelten AMD sterben die lichtempfindlichen Zellen in der Mitte der Netzhaut langsam ab. Das äußert sich zunächst durch ein Verblässen der Farben und einer Verschlechterung des Sehvermögens. Letztlich führt die AMD zu einem blinden Fleck in der Mitte des Gesichtsfeldes. Lesen wird unmöglich, genau wie das Erkennen von Gesichtern. Im späteren Verlauf der AMD unterscheidet man zwei Formen: Die trockene und feuchte AMD. Die trockene späte AMD zeichnet sich durch ein allmähliches Absterben der Netzhautzellen aus, sie schreitet langsam voran. Dagegen ist die feuchte späte AMD aggressiver und führt schneller zu einem Sehverlust. Hier kommt es zu krankhaften Gefäßneubildungen und Flüssigkeitsansammlungen in der Netzhautmitte. Die feuchte Form der AMD kann allerdings mit der Gabe von Medikamenten ins Augeninnere behandelt werden. Diese Behandlung ist aber keine Heilung und wird gegebenenfalls lebenslang benötigt.

Kontakt für Rückfragen:

Lisa Roth/Sabrina Hartmann

Pressestelle Stiftung Auge

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-833/-649

Fax: 0711 8931-167

roth@medizinkommunikation.org

hartmann@medizinkommunikation.org

www.stiftung-auge.de

Wie neue Therapieformen die Behandlung der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) verbessern

Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Bei der Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) sterben in der Mitte der Netzhaut die lichtempfindlichen Zellen ab. In **frühen Stadien** verblassen die Farben und das Sehvermögen lässt nach. In **späten Stadien** kommt es unter Umständen zu verzerrtem Sehen – gerade Linien erscheinen krumm – und im Zentrum des Gesichtsfeldes kann man schließlich nichts mehr sehen. Dort, wo man hinschaut, ist ein blinder Fleck. Lesen wird unmöglich, man erkennt Gesichter nicht mehr, die Orientierung im Raum bleibt jedoch eingeschränkt erhalten.

Der Name macht es schon deutlich: Diese Krankheit **tritt mit zunehmendem Alter häufiger** auf. Von den 50- bis 60-Jährigen in Deutschland haben 6 Prozent eine AMD, in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen sind es schon 12 Prozent, zwischen 70 und 79 Jahren sind 23 Prozent betroffen und bei über 80-Jährigen sogar 34 Prozent. Auch die Spätstadien der Krankheit, die mit einem gravierenden Sehverlust einhergehen, treten umso häufiger auf, je älter die Menschen werden.

Für die Frühstadien der AMD ist bis 2030 mit einer **Zunahme** gegenüber dem Jahr 2017 um 9 Prozent zu rechnen, das wären 680.000 mehr Erkrankte. Bei den Spätstadien ist mit einem Anstieg um 17 Prozent zu rechnen. Damit wird der **Versorgungsbedarf** erheblich zunehmen.

Sehbehinderung und Blindheit verursachen in Deutschland **jährlich Kosten** in Höhe von **49,6 Milliarden Euro**. Davon wird ein erheblicher Teil durch die AMD verursacht.

Die AMD verläuft langsam von einer frühen Form über zu einer späten Form. Nur die späte Form macht schwerwiegende Sehprobleme. Bei der späten Form unterscheidet man zwei Krankheitsformen. Die **trockene späte AMD** zeichnet sich durch ein allmähliches Absterben der Netzhautzellen aus, sie schreitet langsam voran. Dagegen ist die **feuchte späte AMD** aggressiver und führt schneller zu einem Sehverlust. Hier kommt es zu krankhaften Gefäßneubildungen und Flüssigkeitsansammlungen in der Netzhautmitte.

Die feuchte Form der AMD kann mit der Gabe von Medikamenten ins Augeninnere behandelt werden. Diese Behandlung ist aber keine Heilung und wird gegebenenfalls lebenslang benötigt.

Während Studienergebnisse bei den sogenannten VEGF-Inhibitoren, die nach Verabreichung nur wenige Wochen wirken, meistens sehr günstig ausfallen, werden in der Anwendung „real world“ zumeist schlechtere Ergebnisse erreicht. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, unter anderem die nicht ausreichend häufige Behandlung. Dies wird wiederum begünstigt durch Adhärenzprobleme der ausschließlich älteren Patienten, die Schwierigkeiten haben, häufig zur Wiederbehandlung zu kommen. Darüber hinaus sprechen Unterformen der feuchten AMD nicht optimal an und die Erkrankung verläuft individuell sehr variabel, das heißt, der Spritzenbedarf ist sehr unterschiedlich.

Gerade in Pandemie-Zeiten sind die häufigen Praxis- und Klinikbesuche eine besondere Herausforderung.

Daher umfassen „unmet needs“ bei der Therapie der feuchten Form die längere Wirkdauer, bessere Wirksamkeit und die Vorhersagbarkeit des Behandlungsbedarfs. Hier gibt es nun verschiedene Lösungsansätze.

Neue Medikamente mit längerer Wirkdauer und besserer Wirksamkeit: Brolucizumab, zugelassen in Europa seit Februar 2020. Die Studiendaten deuten auf längere bessere Wirksamkeit hin. **Faricimab**, bispezifischer Antikörper adressiert nicht nur den VEGF-, sondern auch den Angiopoetin-Stoffwechsel mit der Aussicht auf bessere Kontrolle der leckenden Gefäße bei der feuchten AMD.

Neue Verabreichungsweise: Port Delivery System (PDS) für den Wirkstoff **Ranibizumab** – Reservoir wird in das Augennere eingebracht und an der Augenhülle (Lederhaut) befestigt. Wirkstoff wird kontrolliert über einen langen Zeitraum (bis über ein Jahr) abgegeben und der Behälter kann nachgefüllt werden.

Künstliche Intelligenz: Deren Anwendung soll helfen, den individuellen Therapiebedarf im Sinne einer personalisierten Medizin besser vorherzusagen. Dazu werden Daten hochauflöser, digitaler Bildgebung (optische Kohärenztomographie OCT) mittels „deep learning“ automatisiert ausgewertet und so neue **prognostische Biomarker** ermittelt.

Gentherapie: Bei diesem Ansatz werden nach Eingabe eines Virentaxis mit neuer genetischer Information Zellen der Netzhaut dazu gebracht, ein Protein zu bilden, das der feuchten AMD Einhalt gebietet. Wird bereits am Menschen im Rahmen klinischer Prüfungen angewendet.

Home-Monitoring: Telemedizinische Anwendungen sollen Sehtests (Smartphone, Tablet, PC) und bildgebende Untersuchung der Netzhaut (OCT) zu Hause möglich machen und so die Anzahl der notwendigen Arztbesuche reduzieren.

Quellen:

Y. Chuvarayan, R.P. Finger, J. Köberlein-Neu-Economic Burden of Blindness and Visual Impairment in Germany From a Societal Perspective: A Cost-Of-Illness Study Eur J Health Econ. 2020 Feb;21(1):115-127. doi: 10.1007/s10198-019-01115-5

HAWK and HARRIER: Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Masked Trials of Brolucizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Dugel PU, Koh A, Ogura Y, Jaffe GJ, Schmidt-Erfurth U, Brown DM, Gomes AV, Warburton J, Weichselberger A, Holz FG; HAWK and HARRIER Study Investigators. Dugel PU, et al. Ophthalmology. 2020 Jan;127(1):72-84. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.04.017

Brolucizumab: Evolution through Preclinical and Clinical Studies and the Implications for the Management of Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Nguyen QD, Das A, Do DV, Dugel PU, Gomes A, Holz FG, Koh A, Pan CK, Sepah YJ, Patel N, MacLeod H, Maurer P. Nguyen QD, et al. Ophthalmology. 2020 Jul;127(7):963-976. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.12.031

Efficacy of Every Four Monthly and Quarterly Dosing of Faricimab vs Ranibizumab in Neovascular Age-Related Macular Degeneration: The STAIRWAY Phase 2 Randomized Clinical Trial. Khanani AM, Patel SS, Ferrone PJ, Osborne A, Sahni J, Grzeschik S, Basu K, Ehrlich JS, Haskova Z, Dugel PU. Khanani AM, et al. JAMA Ophthalmol. 2020 Sep 1;138(9):964-972

The Port Delivery System with Ranibizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration: Results from the Randomized Phase 2 Ladder Clinical Trial. Campochiaro PA, Marcus DM, Awh CC, Regillo C, Adamis AP, Bantsev V, Chiang Y, Ehrlich JS, Erickson S, Hanley WD, Horvath J, Maass KF, Singh N, Tang F, Barteselli G. Campochiaro PA, et al. Ophthalmology. 2019 Aug;126(8):1141-1154

Gene therapy for neovascular age-related macular degeneration: rationale, clinical trials and future directions. Guimaraes TAC, et al. Br J Ophthalmol. 2020. PMID: 32269060

Gene Therapy Intervention in Neovascular Eye Disease: A Recent Update. Lin FL, Wang PY, Chuang YF, Wang JH, Wong VHY, Bui BV, Liu GS. Lin FL, et al. Mol Ther. 2020 Oct 7;28(10):2120-2138

Teleophthalmology for age-related macular degeneration during the COVID-19 pandemic and beyond. Mintz J, Labiste C, DiCaro MV, McElroy E, Alizadeh R, Xu K. Mintz J, et al. J Telemed Telecare. 2020 Sep 29:1357633X20960636

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32810682/>
Yu HJ, Kiernan DF, Eichenbaum D, Sheth VS, Wykoff CC. Yu HJ, et al. Ophthalmol Retina. 2020 Aug 15:S2468-6530(20)30331-6

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Bonn, Dezember 2020

Gesund essen und besser sehen? Welche Rolle die Ernährung bei der Prävention von Augenerkrankungen spielt

Dr. med. Peter Heinz, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge, Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld

Es ranken sich ja viele Mythen um die Möglichkeit, das Sehen mittels des Verzehrs spezieller Nahrungsmittel zu verbessern. Dazu muss man festhalten, dass es bisher keine wissenschaftlich haltbaren Beweise dafür gibt, dass sich das Sehen durch einzelne Nahrungsmittel verbessern lässt. Was aber sehr wohl in verschiedenen Untersuchungen und Studien dargelegt werden konnte, ist die Tatsache, dass eine ausgewogene gesunde Ernährung protektiv bezüglich verschiedener Augenerkrankungen, wie zum Beispiel der Altersbezogenen Makuladegeneration (AMD), dem Grünen Star (Glaukom) oder auch dem Grauen Star (Katarakt), wirken kann. Nicht zu vergessen ist hierbei auch die entsprechende Diät beim Vorliegen einer Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus), die natürlich ebenfalls Auswirkung auf die mögliche Vermeidung von diabetisch-bedingten Netzhautschädigungen hat. Generell gilt: Eine gesunde Ernährung wirkt sich positiv auf den gesamten Organismus und damit auch auf die Augen aus. Dies gilt natürlich auch für die erforderliche regelmäßige Bewegung, die den Kreislauf und den Stoffwechsel anregt. Rauchen sollte man übrigens generell vermeiden, weil sich dies neben den allgemein bekannten Lungenschädigungen auch negativ auf die Gefäßwände auswirkt und dadurch die Durchblutung der kleinsten Gefäße im Auge, insbesondere derer, die den Sehnerv versorgen, verschlechtert. Auch ein übermäßiger Alkoholkonsum wirkt sich negativ aus.

Auf was kommt es aber nun genau an und brauche ich dazu spezielle „Nahrungsergänzungsmittel“? Dies kann man eigentlich verneinen, da es in unserer heutigen Gesellschaft in der Regel eigentlich keine Mangelernährung gibt und alle erforderlichen Vitamine und sinnvollen natürlichen Spurenelemente und andere Substanzen in ausreichender Menge über die normale Ernährung aufgenommen werden können. Wichtige „Augenvitamin“-Spender sind etwa Paprika, Karotten, Rote Rüben, Brokkoli, Feldsalat, Johannisbeeren und Zitrusfrüchte. Grünes Gemüse wie Spinat, Erbsen oder Grünkohl sind nicht nur Vitaminbomben, sondern enthalten insbesondere auch Lutein, einen Stoff, der eine gewisse Schutzwirkung für unsere Netzhaut besitzt. Insbesondere als positiv hat sich eine sogenannte „mediterrane“ Ernährung herauskristallisiert. Diese besteht aus viel Gemüse, Fisch und Olivenöl, aber nur wenig Fleisch oder Milchprodukte. Alkohol sollte man in übermäßigem Maß vermeiden, aber ansonsten wirklich mindestens zwei Liter Flüssigkeit – am besten Wasser oder ungesüßten Tee – zu sich nehmen. Dies hat neben dem Schutz der Nierenfunktion auch positive Auswirkungen beim Vorliegen von „trockenen Augen“. Beherzigt man diese Hinweise, stellt man sicher, dass sich genügend Vitamin A, Betacarotin, Vitamin C, Vitamin E und Omega-3-Fettsäuren in der Nahrung befinden.

Allerdings werden sich Sehschwächen, wie beispielsweise Kurz- oder Weitsichtigkeit, auch durch die gesündeste Ernährung nicht verbessern. Bei einer ausgewogenen Ernährung ist daher die Einnahme von zusätzlichen Vitaminpräparaten aus augenärztlicher Sicht nicht notwendig, wenn nicht bereits eine Krankheit wie beispielsweise Makuladegeneration besteht.

Man kann also seinem Körper – und damit natürlich auch seinen Augen – über eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung und den Verzicht auf das Rauchen oder übermäßigen Alkoholkonsum extrem Gutes tun und damit das Auftreten der ein oder anderen Erkrankung vermeiden. Einen hundertprozentigen Schutz erhält man dadurch natürlich nicht, da auch andere Faktoren wie Umwelteinflüsse, genetische Veranlagung et cetera an der Entstehung von Krankheiten beteiligt sind. Aber die Ernährung spielt für den Erhalt gesunder Augen und einer möglichst langen guten Sehkraft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Schlüsselfeld, Dezember 2020

Damit die Pandemie nicht ins Auge geht: COVID-19 und Augenerkrankungen
Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge und Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz

Das Jahr 2020 ist geprägt von der Corona-Pandemie, die ihren Ausgang nahm im chinesischen Wuhan. Einer der ersten, der die Gefahr richtig erkannt war ein Augenarzt, Li Wenliang, der dann später auch an der Infektion mit dem Corona-Virus schwer erkrankte und leider verstarb. Das führte zur Frage, ob man sich vielleicht über Augenkontakt anstecken kann.

Etwa 1% der Patienten, die am Corona Virus erkranken haben auch eine Bindehautentzündung. Da die Tränenwege in den Nasen-Rachenraum münden können sie grundsätzlich auch Virusmaterial enthalten. Allerdings ist eine Infektion über die Augen und ihre Bindehaut sehr unwahrscheinlich: Die Corona Viren müssen, um eine Infektion hervorzurufen, erst einmal in die Zelle eindringen. Dies tun sie über bestimmte Rezeptoren, Bindungsstellen an die Zellen. Der Rezeptor, der dafür am meisten verantwortlich ist der Angiotensin-Rezeptor. Diesen gibt es am Auge aber kaum, dagegen aber in der Lunge!

Daher ist der häufigste Übertragungsweg durch Aerosole, die in die Lunge gelangen. Kann ich mich also in der Augenarztpraxis anstecken? Im Prinzip ja, aber genauso viel oder wenig wie in einer anderen Praxis oder beim Einkaufen. Die Gefahr ist allerdings höher für den Arzt, da sich bei der Untersuchung Arzt und Patient zum Teil sehr nahe kommen können, zum Beispiel bei der Untersuchung an der Spaltlampe oder des Augenhintergrundes. Daher ist es wichtig, dass Arzt und Patient einen Mundschutz tragen, Wartezeiten so kurz wie möglich sind und soweit wie irgend möglich die Maske getragen wird.

Trotzdem war in der Lock-Down Phase im Frühjahr die Besuche beim Augenarzt sehr stark zurückgegangen, zum Teil um über 60%. Hier muss gewarnt werden: Patienten sollten unbedingt ihre Vorsorgetermine wahrnehmen, insbesondere bei chronischen Augenerkrankungen. Dazu zählen insbesondere das Glaukom und die Makuladegeneration. Auch Patienten mit Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung) müssen unbedingt die regelmäßigen Intervalle zur Untersuchung des Augenhintergrundes einhalten, damit keine Schäden eintreten.

Besonders wichtig ist auch, dass bei akuten Beschwerden die Corona-Pandemie kein Hindernis ist den Augenarzt aufzusuchen, so zum Beispiel bei jeglicher Sehverschlechterung. Dahinter können sich ein Infarkt der Augenarterie oder eine Netzhautablösung verbergen.

Kein Patient sollte aus Sorge vor einer möglichen, aber sehr unwahrscheinlichen, Infektion einen bleibenden Schaden am Auge riskieren. Die Augenärzte haben umfangreiche Hygienekonzepte und Schutzmaßnahmen eingeführt schon um das Praxispersonal zu schützen. Diese schützen gleichzeitig die Augenpatienten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mainz, Dezember 2020

Damit die Pandemie nicht ins Auge geht: COVID-19 und Augenerkrankungen

Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge und Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz

Das Jahr 2020 ist geprägt von der Corona-Pandemie, die ihren Ausgang im chinesischen Wuhan nahm. Einer der Ersten, der die Gefahr richtig erkannte, war ein Augenarzt, Li Wenliang, der dann später auch an der Infektion mit dem Corona-Virus schwer erkrankte und leider verstarb. Das führte zu der Frage, ob man sich vielleicht über das Auge anstecken kann.

Etwa ein Prozent der Patient*innen, die am Corona-Virus erkranken, haben auch eine Bindehautentzündung. Da die Tränenwege in den Nase-Rachen-Raum münden, können sie grundsätzlich auch Virusmaterial enthalten. Allerdings ist eine Infektion über die Augen und ihre Bindehaut sehr unwahrscheinlich: Die Corona-Viren müssen, um eine Infektion hervorzurufen, erst einmal in die Zelle eindringen. Dies tun sie über bestimmte Rezeptoren, Bindungsstellen an die Zellen. Der Rezeptor, der dafür am meisten verantwortlich ist, ist der Angiotensin-Rezeptor. Diesen gibt es am Auge kaum, in der Lunge dagegen schon!

Daher ist der häufigste Übertragungsweg durch Aerosole, die in die Lunge gelangen. Kann ich mich also in der Augenarztpraxis anstecken? Im Prinzip ja, aber genauso oft oder weniger oft wie in einer anderen Praxis oder beim Einkaufen. Die Gefahr ist allerdings höher für den Arzt, da sich Arzt und Patient*in bei der Untersuchung zum Teil sehr nahe kommen können, zum Beispiel bei der Untersuchung an der Spaltlampe oder des Augenhintergrunds. Daher ist es wichtig, dass Arzt und Patient*in einen Mundschutz tragen, Wartezeiten so kurz wie möglich sind und soweit wie irgend möglich Maske getragen wird.

Trotzdem gingen in der Lockdown-Phase im Frühjahr die Besuche beim Augenarzt sehr stark zurück, zum Teil um über 60 Prozent. Hier muss gewarnt werden: Patient*innen sollten unbedingt ihre Vorsorgetermine wahrnehmen, insbesondere bei chronischen Augenerkrankungen. Dazu zählen insbesondere das Glaukom und die Makuladegeneration. Auch Patient*innen mit Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung) müssen unbedingt die regelmäßigen Intervalle zur Untersuchung des Augenhintergrunds einhalten, damit keine Schäden eintreten.

Besonders wichtig ist auch, dass bei akuten Beschwerden die Corona-Pandemie kein Hindernis darstellt, den Augenarzt aufzusuchen, etwa bei jedweder Sehverschlechterung. Dahinter können sich ein Infarkt der Augenarterie oder eine Netzhautablösung verbergen.

Kein Patient, keine Patientin sollte aus Sorge vor einer möglichen, aber sehr unwahrscheinlichen Infektion einen bleibenden Schaden am Auge riskieren. Die Augenärzte haben umfangreiche Hygienekonzepte und Schutzmaßnahmen eingeführt, allein schon um das Praxispersonal zu schützen. Diese schützen gleichzeitig die Patientinnen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mainz, Dezember 2020

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank G. Holz
Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der
Universitäts-Augenklinik Bonn



Beruflicher Werdegang:

1983–1989	Studium der Medizin, Universität Heidelberg
1986–1987	Experimentelle Promotion im Bereich Physiologie: „Renovaskuläre Effekte von Adenosin-Agonisten“
1987	Famulatur: Hämatologie/Knochenmark-Transplantationsprogramm, Johns Hopkins University, Baltimore, USA
1988	Praktisches Jahr, Fachbereich Chirurgie und Innere Medizin, University of Chicago, Pritzker School of Medicine, Chicago, USA
1989–1991	Assistenzarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg
1992–1993	Retina Fellowship/Forschungsaufenthalt, Institute of Ophthalmology, Moorfields Eye Hospital, London, England Supervisor: Professor Alan C. Bird, MD, FRCS, FRCOphth
1993	Forschungskooperationsprojekt RPE-Lipofuscin, The Schepens Eye Research Institute, Harvard Medical School, Boston, USA
1994	Assistenzarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg
1994	Facharzt für Augenheilkunde
1995–2001	Oberarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg
1997	Habilitation (Privatdozent) im Fachbereich Augenheilkunde
2001–2003	Geschäftsführender Oberarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg
Seit 2003	Direktor und Professor, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Bonn Zwischenzeitlich Ruf auf den W3-Lehrstuhl Augenheilkunde Universität Heidelberg und den W3-Lehrstuhl Augenheilkunde Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusätzliche Aufgaben und Ämter:

- Mitglied im Geschäftsführenden Präsidium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
- Vorstandsmitglied und President-Elect EURETINA
- Herausgeber des Organs der DOG „Der Ophthalmologe“ (Springer)
- Mitglied in der Makulakommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von Pro Retina Deutschland e.V.
- Vorsitzender der Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
- Mitgründer und Koordinator der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Schwerpunktprogramm „Altersabhängige Makuladegeneration“
- Koordinator des EU-IMI2-Projekts MACUSTAR (16 Mio. Euro Fördervolumen)

Publikationen:

- über 500 Artikel in peer-reviewed Fachjournalen
- Autor zahlreicher Bücher und Buchkapitel

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- American Academy of Ophthalmology (AAO)
- Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO)
- Macula Society
- Club Jules Gonin
- Gass Club
- Oxford Ophthalmological Congress (OOC)
- European Fluorescein Angiography Club (FAN Club)
- EURETINA
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
- Deutsche Retinologische Gesellschaft

Stipendien und Auszeichnungen:

1987–1989	Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes
1988	Stipendiat Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
1992–1993	Forschungsstipendium Gertrud-Kusen-Stiftung, Hamburg
1999	Makulapreis Pro Retina Deutschland/Schweiz
1999	Forschungspreis der DOG
2000	Achievement Award der American Academy of Ophthalmology (AAO)
2001	Leonhard-Klein-Preis für Ophthalmologische Chirurgie
2005	DOC Award der Deutschen Ophthalmologischen Chirurgen
2011	Senior Achievement Award der AAO
2011	Alcon Research Institute Award
2014	Jules Gonin Award
2015	Xtreme Research Award
2017	Medaille d'or Paul Chibret

Curriculum Vitae

Dr. med. Peter Heinz
Vorstandsmitglied der Stiftung Auge,
Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld



Allgemeines:

Medizinstudium: Oktober 1987 – Oktober 1993 (Philipps-Universität, Marburg)
Ärztl. Vorprüfung: September 1989
1. Staatsexamen: August 1990
2. Staatsexamen: August 1992
3. Staatsexamen: 11. Oktober 1993
Arzt im Praktikum: 1. November 1993 – 30. April 1995 (Universitäts-Augenklinik Marburg, Professor Kroll)
Approbation als Arzt: 24. Mai 1995
Facharztausbildung: 10. Juli 1995 – 30. März 1998 (Augenklinik der HSK, Wiesbaden, Professor Lerche)
Promotion: 9. Oktober 1997 (Marburg, Professor Kroll, „Extrakapsuläre Katarakt-Operation mit Hinterkammerlinsen-Implantation bei Patienten mit Diabetes mellitus“)
Facharztprüfung: 4. Februar 1998
Niedergelassen: - als Facharzt für Augenheilkunde seit 1. Mai 1998 in Schlüsselfeld
- Mitglied Qualitätsverbund fränkischer Augenärzte
- Mitglied im Augen-Diagnostik-Centrum Main/Franken

Weitere Tätigkeiten:

08/2001–12/2011 Leiter des Ressorts „Qualitätsmanagement“ des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands (BVA), Erstellung des Qualitätsmanagement-Musterhandbuchs für Augenärzte nach DIN EN ISO 9001:2000 und des QEP®-Musterhandbuchs für Augenärzte
Seit 04/2002 Mitglied des Lenkungsgremiums des Unternehmens MDC (medical device certification), einem Unternehmen, das Medizinprodukte und Bereiche des Gesundheitswesens zertifiziert

2003–2009	Mitglied des Vorstands der Augenärztlichen Genossenschaft Bayerns
Seit 2005	Qualitätsbeauftragter des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg
Seit 2006	Sprecher des „Qualitätsverbundes fränkischer Augenärzte“ (QFA)
Seit 2008	Landesvorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte in Bayern
Seit 2011	2. Bundesvorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands
Seit 2011	Mitglied des „Beratenden Fachausschusses für die fachärztliche Versorgung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Seit 2012	Mitglied des „Berufungsausschusses II“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Seit 2016	Mitglied des Vorstands der „Stiftung Auge“
Seit 2016	Mitglied des Gesamtpräsidiums der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) Abhalten regelmäßiger Kurse und Seminare als Ressortleiter „Qualitätsmanagement“, „Individuelle Gesundheitsleistungen“, „Praxisorganisation/Existenzgründung“, „Ärztliche Kooperationsformen“ und „Aktuelle berufspolitische Themen“ für Ärzte und ärztliches Assistenzpersonal bei Jahreskongressen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) in Berlin, der Deutschen Ophthalmochirurgen (DOC) in Nürnberg und der Augenärztlichen Akademie Deutschlands (AAD) in Düsseldorf, für den Ärztlichen Kreisverband Bamberg sowie an der Universitäts-Augenklinik Erlangen und diversen anderen regionalen und überregionalen Fortbildungsveranstaltungen
Seit 2017	Mitglied der „Beratenden Vorstandskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ Regionaler fachärztlicher Vorstandsbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Oberfranken Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Seit 2017	Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Seit 2018	Vorsitzender des Vorstands der „Allianz Fachärztlicher Berufsverbände Bayerns e.V.“ (AFB e.V.)

Seit 2019

1. Bundesvorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte
Deutschlands

Veröffentlichungen:

- Erstautor: *Phototherapeutische Keratektomie bei Rezidiven einer granulären Hornhautdystrophie nach Keratoplastik* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1995;206).
- Erstautor: *Keratitis punctata superficialis durch Selbstbeschädigung* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1995;207).
- Erstautor: *In vivo observation of corneal nerve regeneration after photorefractive keratectomy with a confocal video microscope* (German Journal Of Ophthalmology 1997; 5).
- Zweitautor: *Zur Beurteilung des Sehvermögens nach photorefraktiver Keratektomie im Rahmen der Polizeidienstvorschrift 300* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1995; 207).
- Zweitautor: *Extrakapsuläre Kataraktoperation mittels Kernexpression mit Hinterkammerlinsen-Implantation bei Patienten mit Diabetes mellitus – Eine retrospektive Studie an 145 Patienten* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 2002: 219).
- Berufspolitisch: Seit Jahren regelmäßige Artikel zu den Themen Qualitätsmanagement/Praxismanagement sowie individuellen Gesundheitsleistungen und aktuellen berufspolitischen Themen in „Der Augenarzt“, „Augenspiegel“ und den „Ophthalmologischen Nachrichten“

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Norbert Pfeiffer
Vorstandsmitglied der Stiftung Auge und Direktor der Augenklinik
und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz



Medizinstudium und Promotion:

- 1977–1985 Medizinstudium in Gießen, Würzburg,
Freiburg, Newcastle und Cambridge
- 1984 Musiklehrer-Diplom am Trinity College, London (L.T.C.L)
- 1985 Promotion zum Doktor der Medizin mit „summa cum laude“;
Approbation

Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang:

- 1982–1983 Vollzeitliche wissenschaftliche Tätigkeit am Pharmakologischen Institut
der Universität Freiburg (Leiter Professor Dr. K. Starke)
- 1985–1990 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitäts-Augenklinik Freiburg
- 1990 Facharzt für Augenheilkunde
- 1992 Habilitation und Venia legendi für das Fach Augenheilkunde
- 1996 Berufungen auf Professuren für Augenheilkunde an den Universitäten
Würzburg, Halle und Mainz
- Seit 1996 Direktor der Universitäts-Augenklinik Mainz
Forschungsschwerpunkte: Pathophysiologie und Therapie des
Glaukoms
Epidemiologie und Versorgungsforschung
Über 400 Publikationen

Preise und Stipendien:

- 1977–1985 Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes
- 1990 Chibret Award
- 1993 Filmpreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
- 1993 Glaukom-Preis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
- 1995 "Prix Galien" (Galenus-von-Pergamon-Preis)
- 1997 Preis für hervorragende Leistungen in der Lehre, Fachbereich Medizin
- 2001 Wahl zum Mitglied der Glaucoma Research Society
- 2009 Honorary lecture Société Ophthalmologique Européenne
- 2009 Wahl zum Mitglied der European Academy of Ophthalmology

2010	Kommunikationspreis des deutschen Gesundheitswirtschaftskongresses
2011	PR Award für die beste Krisenkommunikation 2011
2012	Aufnahme in die „Leopoldina“
2014	Trantas-Medal, Greek Glaucoma Society
2018	Ehrenmitglied der Italian Glaucoma Society
2020	Fellow of the International Society of Glaucoma Surgery

Übernahme von Wahlämtern/Ernennungen:

1997–2001	Mitglied des Fachbereichs Medizin Mainz
1997–2006	Mitglied der Zulassungskommission des BfArM
1998–2001	Vorsitzender der Medizinischen Gesellschaft Mainz
2004–2009	Vorsitzender der Sektion Glaukom der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
2005–2009	Vorstand der European Glaucoma Society
2005–2008	Vorstand/Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
2006–2007	Vertrauensdozent der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 2007	Wissenschaftlicher Vorstand Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
Seit 2007	Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2006–2012	Vorsitzender der Vereinigung Ophthalmologischer Lehrstuhlinhaber
Seit 2011	Mitglied der Expertengruppe Off-Label beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Seit 2012	Exec. Committee European Glaucoma Society
Seit 2013	Board of Governors World Glaucoma Society

Vorstandstätigkeit Universitätsmedizin:

Seit 1985	Lehre in der Ophthalmologie
1997	Preis der Lehre des Fachbereichs der Universität Mainz

Reviewtätigkeit, Herausgeberschaft:

- Reviewer u. a. für Lancet, Ophthalmology, Journal of Glaucoma, American Journal of Ophthalmology
- Editor u. a. für Journal of Glaucoma, Acta Ophthalmologica, Clinical Ophthalmology, European Ophthalmic Review, Graefe's Archives of Ophthalmology, Musiktherapie