



Vorab-Pressekonferenz anlässlich des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 27. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum IV,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

- in deutscher Sprache -

Themen und Referenten:

WOC® 2010: Von der ophthalmologischen Basisversorgung bis zur Nanotechnologie

Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang

Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Tagungspräsident WOC® 2010, Direktor der Universitäts-Augenklinik Ulm

Höheres Unfallrisiko durch „Grünen Star“:

Wie verändert das Glaukom den Alltag von Betroffenen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn

Schrittführer der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Direktor der Universitäts-Augenklinik Würzburg

Mehr als eine Million blinde Kinder weltweit:

Wie lassen sich Sehbehinderungen und Blindheit bei Kindern bekämpfen?

Professor Dr. med. Günther Rudolph, FEBO

Oberarzt an der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München,
Sektion Kinderophthalmogenetik, Strabismus & Ophthalmogenetik

Das Auge als Spiegel des Körpers:

Welche Allgemeinerkrankungen kann der Augenarzt erkennen?

Professor Dr. med. Berthold Seitz, FEBO

Vertreter der Sektion Kornea der Deutschen Ophthalmologischen
Gesellschaft (DOG), Direktor der Klinik für Augenheilkunde,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Silke Stark/Corinna Spirgat
Pressestelle WOC® 2010
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-572
Fax. 0711 8931-167
E-Mail: stark@medizinkommunikation.org

Vor Ort auf dem Kongress:

Pressebüro:
Räume 31-33
(auf der Galerieebene Ost)
Tel. 030 3038-81802
Fax. 030 3038-81803



Vorab-Pressekonferenz anlässlich des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 27. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum IV,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

- in deutscher Sprache -

Inhalt:

- Pressemitteilungen:**
- Weltkongress der Augenheilkunde in Deutschland:
Auch AAD findet unter dem Dach der internationalen
Tagung statt
 - Gefährliche Ausfälle im Gesichtsfeld:
Glaukom erhöht Risiko für Stürze und Unfälle
 - Ein US-Dollar rettet Augenlicht
Initiative VISION 2020 bekämpft vermeidbare Blindheit
- Redemanuskripte:**
- Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang
 - Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn
 - Professor Dr. med. Günther Rudolph, FEBO
 - Professor Dr. med. Berthold Seitz, FEBO

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos und Abbildungen

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses
gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:
spirgat@medizinkommunikation.org.*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Silke Stark/Corinna Spirgat
Pressestelle WOC® 2010
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-572
Fax. 0711 8931-167
E-Mail: stark@medizinkommunikation.org

Vor Ort auf dem Kongress:

Pressebüro:
Räume 31-33
(auf der Galerieebene Ost)
Tel. 030 3038-81802
Fax. 030 3038-81803



Weltkongress der Augenheilkunde in Deutschland Auch AAD findet unter dem Dach der internationalen Tagung statt

Berlin, 27. Mai 2010 – Mit dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) richtet Deutschland im Juni 2010 den größten internationalen Kongress zum Thema Augenheilkunde aus. Vom 5. bis 9. Juni 2010 diskutieren Augenärzte aus aller Welt im Berliner ICC die neuesten Erkenntnisse ophthalmologischer Forschung. Im Vorfeld des internationalen Programms wird auch die Augenärztliche Akademie Deutschland (AAD) ihre Tagung unter dem Dach des WOC® 2010 abhalten. So bietet die AAD bereits vom 3. bis 6. Juni 2010 ein umfangreiches deutschsprachiges Fort- und Weiterbildungsprogramm an.

Veranstalter des WOC® 2010 sind das International Council of Ophthalmology (ICO), die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) und die AAD. Der World Ophthalmology Congress findet alle zwei Jahre statt. Nach den Weltkongressen 1888 in Heidelberg und 1966 in München richtet Deutschland den Weltkongress 2010 bereits zum dritten Mal aus. „Als Brücke zwischen Ost- und Westeuropa ist Berlin zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung der ideale Tagungsort für diesen bedeutenden internationalen Kongress“, erklärt Professor Dr. med. Gerhard K. Lang, Kongresspräsident des WOC® 2010 und Direktor der Universitäts-Augenklinik Ulm. Ziel sei es, Wissen und Forschungsansätze aus der ganzen Welt zusammenzutragen, gemeinsam zu diskutieren und für alle nutzbar zu machen.

Integriert in den Weltkongress wird auch die AAD, die vom Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA, 1. Vorsitzender Professor Dr. med. Bernd Bertram) und der DOG ausgerichtet wird, in Berlin tagen. So finden bereits im Vorfeld der internationalen Kurse und Symposien vom 3. bis 6. Juni 2010 zahlreiche deutschsprachige Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der AAD statt. Gegen eine Teilnahmegebühr erhalten die Teilnehmer der AAD gleichzeitig Zugang zum internationalen Programm des gesamten Weltkongresses. „Deutsche Augenärzte haben 2010 die einmalige

Gelegenheit, den bedeutendsten internationalen ophthalmologischen Kongress und gleichzeitig die AAD zu besuchen“, so Lang.



Gefährliche Ausfälle im Gesichtsfeld: Glaukom erhöht Risiko für Stürze und Unfälle

Berlin, 27. Mai 2010 – Bei einem Glaukom – auch Grüner Star genannt – kommt es zu Gesichtsfeldausfällen, die bei den Betroffenen die periphere Wahrnehmung erheblich einschränken. Dies führt häufig zu Stürzen und Unfällen: Das Sturzrisiko von Glaukompatienten ist bis zu viermal so hoch wie das gesunder Menschen. Auch beim Autofahren sind sie dadurch gefährdet, ohne dies selbst wahrzunehmen. Darauf weist die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) im Vorfeld des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) hin. Der weltgrößte Kongress zur Augenheilkunde findet Anfang Juni in Berlin statt.

Das Glaukom ist die weltweit zweithäufigste Ursache für Erblindung. Oft liegt ein zu hoher Augeninnendruck der Krankheit zugrunde, wodurch der Sehnerv des Auges dauerhaft Schaden nimmt. Da der Patient zunächst keine Beschwerden hat, bleibt die Krankheit lange unbemerkt. „Der Sehverlust beginnt außerhalb des Zentrums des Gesichtsfeldes. Menschen, die an einem Glaukom leiden, nehmen diese Ausfälle deshalb oft gar nicht wahr“, erläutert Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn, Schriftführer der DOG und Direktor der Universitäts-Augenklinik Würzburg. So sei die zentrale Sehschärfe, beispielsweise beim Lesen, trotz fortgeschrittenem Sehnervenschaden lange Zeit nicht beeinträchtigt. Immer mehr Objekte außerhalb des Gesichtsfeldzentrums werden jedoch übersehen. „Die Patienten haben Schwierigkeiten, Treppen zu steigen oder Schwellen und Gehsteigränder wahrzunehmen“, erklärt Grehn im Vorfeld des WOC® 2010.

Das Übersehen von Hindernissen birgt zahlreiche Gefahren in sich: So konnten Studien zeigen, dass das Sturzrisiko bei Glaukompatienten 1,6 bis viermal höher ist als das von gesunden Menschen. „Das Glaukom gehört zu den häufigsten Ursachen für Schenkelhalsbrüche im Alter“, berichtet Grehn.

Eine große Gefahr birgt das Glaukom auch, wenn Betroffene Autofahren. Nach den gesetzlichen Vorschriften dürfen innerhalb des

zentralen beidäugigen 30-Grad-Gesichtsfeldes keine Ausfälle bestehen. Die Einschränkung der Fahrtüchtigkeit wird aber vom Patienten nicht wahrgenommen: „Plötzlich vom Rand her auftauchende Gefahren können leicht übersehen werden“, warnt Grehn. Sein Team testet deshalb in einer Studie die Fahrtüchtigkeit von Betroffenen in einem Fahrsimulator. Einigen Patienten gelinge es möglicherweise, die Gesichtsfeldausfälle durch vermehrte Blickbewegungen auszugleichen. Andere seien dagegen in größerem Maße unfallgefährdet. Hinzu kommt, dass im Spätstadium der Erkrankung die Wahrnehmung von Hell und Dunkel durch den allmählichen Verlust der Sehnervenzellen eingeschränkt ist. „Betroffene nehmen dunkle Objekte dann auch im zentralen Gesichtsfeld schlechter wahr. Helle Objekte verursachen früher eine Blendung“, erklärt Grehn, der die Auswirkungen eines Glaukoms auf den Alltag der Patienten auch im Rahmen des WOC® 2010 diskutieren wird.

Eine Erblindung ist beim Glaukom kein unabwendbares Schicksal. „Ein frühzeitig bei der Vorsorgeuntersuchung erkanntes Glaukom lässt sich meist sehr gut behandeln“, erläutert Grehn. „Medikamente, die den Augeninnendruck senken, können dann häufig einen Sehverlust vermeiden.“

Terminhinweis:

Kongress-Sitzung: Glaucoma Research Society Symposium: The impact of glaucoma on real life

Montag, 7. Juni 2010, 8.30 bis 10.00 Uhr, Raum Abu Dhabi, ICC Berlin
Neue Kantstraße/Ecke Messedamm, 14057 Berlin

Mit dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) richtet Deutschland 2010 den größten internationalen Fachkongress zum Thema Augenheilkunde aus. Neben dem 32. International Congress of Ophthalmology (ICO) finden auch der 108. Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und die Augenärztliche Akademie Deutschland (AAD) unter dem Dach des WOC® 2010 statt. Die AAD-Kurse werden vom 3. bis zum 6. Juni 2010 in deutscher Sprache abgehalten. Vom 5. bis zum 9. Juni schließt sich das internationale Programm in englischer Sprache an. Die Veranstalter erwarten mehr als 10 000 Teilnehmer aus etwa 120 Ländern.



Ein US-Dollar rettet Augenlicht Initiative VISION 2020 bekämpft vermeidbare Blindheit

Berlin, 27. Mai 2010 – Weltweit sind mehr als 30 Millionen Menschen blind, etwa eine Million davon sind Kinder. 80 Prozent aller Erblindungen sind vermeidbar, oft ohne großen finanziellen Aufwand. Die Initiative Vision 2020 setzt sich unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit zehn Jahren dafür ein, vermeidbare Blindheit bis zum Jahr 2020 zu überwinden. Eine erste Zwischenbilanz ziehen Augenärzte auf dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) im Juni in Berlin.

VISION 2020 ist eine gemeinsame Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). Sie wird von Nichtregierungsorganisationen aus aller Welt unterstützt. „Die Initiative hat drei wesentliche Schwerpunkte: Es geht zum einen darum, Augenerkrankungen weltweit unter Kontrolle zu bekommen. Eng damit verbunden sind der Aufbau einer effektiven Infrastruktur zur augenärztlichen Versorgung und die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Fachpersonal“, erläutert Professor Dr. med. Günther Rudolph, Oberarzt an der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. 2020 steht dabei sowohl für den Zeitrahmen der Initiative als auch für 20/20, eine augenärztliche Bezeichnung für eine Sehschärfe von 100 Prozent.

Ein besonderes Augenmerk der Initiative liegt auf der Verhütung von Blindheit bei Kindern. „Jedem zweiten blinden Kind hätten Vorbeugung und Therapie das Augenlicht retten können“, so Rudolph im Vorfeld des WOC® 2010. Blindheit bedeute für die Kinder nicht nur, nicht sehen zu können. Sie sei zudem mit einer erhöhten Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren verbunden. Außerdem bleibe einem großen Teil dieser Patienten auch ein Schulbesuch oder eine Berufsausbildung verwehrt.

Die Ursachen für Erblindungen von Kindern sind in armen und entwickelten Ländern verschieden. In den ärmeren Ländern stehen die Austrocknung und Vernarbung der Hornhaut infolge eines Vitamin-A-Mangels sowie der graue Star (Katarakt) und der grüne Star (Glaukom) im Vordergrund. Zudem erblinden viele Kinder aufgrund von Funktionsstörungen des Sehnervs oder infolge einer Maserninfektion. „In der Subsahara-Region und in Teilen Asiens konnten die Blindheit und die damit verbundene Frühsterblichkeit durch zweimalige Gabe von Vitamin A signifikant gesenkt werden“, berichtet Rudolph. „Die Kosten pro Kind betragen nur etwa einen US-Dollar.“

In den Industrieländern sind Netzhautschäden bei Frühgeborenen, die sogenannte Frühgeborenen-Retinopathie, sowie genetische Augenkrankungen und das Glaukom die häufigsten Erblindungsursachen. Auch hier gibt es laut Rudolph Fortschritte: „Bei der Frühgeborenen-Retinopathie kann die Gabe von Medikamenten direkt in das Auge die Therapieaussichten verbessern“, so der Experte. Die Frühgeborenen-Retinopathie tritt gehäuft bei Kindern auf, die vor der 32. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen oder bei der Geburt unter 1 500 Gramm wiegen.

„Seit der Initiierung vor zehn Jahren hat VISION 2020 deutliche Fortschritte gemacht“, stellt Rudolph fest, der mit seinen Kollegen auf dem WOC® 2010 eine Zwischenbilanz ziehen wird. Auch deutsche Augenärzte bemühen sich seit Längerem intensiv um einen Wissenstransfer in die Entwicklungsländer. So stellt die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) Mittel für die Ausbildung afrikanischer Augenärzte bereit, die LMU München kooperiert mit der Augenklinik der Universität Nairobi. „Seit 1978 sind über diese Partnerschaft, die insbesondere von Professor Volker Klauß initiiert und getragen wurde, mehr als 100 Augenärzte aus mehr als zehn afrikanischen Staaten ausgebildet worden“, so Rudolph.

Mit dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) richtet Deutschland 2010 den größten internationalen Fachkongress zum Thema Augenheilkunde aus. Neben dem 32. International Congress of Ophthalmology (ICO) finden auch der 108. Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und die Augenärztliche Akademie Deutschland (AAD) unter dem Dach des WOC® 2010 statt. Die AAD-Kurse werden vom 3. bis zum 6. Juni 2010 in deutscher Sprache abgehalten. Vom 5. bis zum 9. Juni schließt sich das internationale Programm in englischer Sprache an. Die Veranstalter erwarten mehr als 10 000 Teilnehmer aus etwa 120 Ländern.

WOC® 2010: Von der ophthalmologischen Basisversorgung bis zur Nanotechnologie
Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang, Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), Tagungspräsident WOC® 2010, Direktor der Universitäts-Augenklinik Ulm

Einen Weltkongress unterscheidet von anderen spezialisierteren Meetings, dass hier die gesamte Ophthalmologie in ihrer wissenschaftlichen, aber auch politischen Bedeutung abgedeckt wird.

Der interessierte Ophthalmologe findet in Vorträgen und Kursen den State of the Art des Faches genauso abgebildet wie die wissenschaftlichen Spitzenleistungen oder Spitzenentwicklungen, die den Einsatz am Krankenbett oder im Operationssaal gerade finden oder demnächst finden werden.

Für besonders beachtenswert halte ich neue Methoden in der Hornhauttransplantatchirurgie, die eine schnellere Heilung ermöglichen und weniger Komplikationen aufweisen.

Zurzeit werden noch weit über 90 Prozent der Hornhauttransplantationen als sogenannte perforierende Transplantationen durchgeführt, das heißt die gesamte Hornhaut wird übertragen. Mehr als 90 Prozent aller Vorträge zu diesem Thema werden aber über lamelläre Hornhauttransplantationen gehalten, das heißt zu Operationen, bei denen nur Teile der Hornhaut übertragen werden. Diese haben ein hohes Zukunftspotenzial.

Interessant sind vor allem die Operationen, bei denen die innerste Schicht der Hornhaut erkrankt ist, also das Endothel. Hier arbeitet man daran, in Zukunft nur noch das Endothel zu ersetzen. Die Operation heißt DSAEK (Descemet`s Stripping Automated Endothelial Keratoplasty). Es wird eine 100 bis 200 Mikrometer dicke Schicht aus Hornhautgewebe, Decemet-Membran und Endothel transplantiert. Als Weiterentwicklung ist wohl DMEK (Descemet`s Membrane Endothelial Keratoplasty) anzusehen, wobei der Operateur eine nur zehn Mikrometer dicke Schicht aus Descemet`scher Membran mit den Endothelzellen transplantiert.

Diese Methoden sind technisch schwieriger als die bisherige komplette Verpflanzung der Hornhaut, jedoch ist der Heilverlauf schneller und auch das große Problem des postoperativen Hornhautastigmatismus der perforierenden Keratoplastik ist hier nicht gegeben.

Ein weiteres Gerät, das in diesem Zusammenhang Anwendung findet, ist der sogenannte Femtolaser. Mit einem Femtolaser kann man in der Hornhaut lamelläre Schnitte durchführen. Es wird interessant sein, ob dieser Femtolaser nur auf die Hornhautchirurgie begrenzt bleibt, oder aber, wie erste Berichte zeigen, auch in dem Bereich der Kataraktchirurgie Eingang finden wird. Es gibt Berichte, dass mit diesem Laser bereits die Zugänge der Staroperation geschnitten werden, und die trübe Linse durch den Laser schon zerkleinert und damit leichter absaugbar wird. Ebenso findet dieser Laser eine Anwendung bei der Alterssichtigkeit.

Derzeit laufen Studien, in denen der Femtolaser angewandt wird, um Gewebebrücken in der normalen Linse des Patienten zu zerkleinern, um die Linse elastisch zu halten, und damit über das 45. Lebensjahr hinaus eine Lesebrille zu vermeiden.

Schließlich gibt es auch drei Sitzungen beim Weltkongress, bei denen die Nanotechnologie (NT) und der Einzug dieser Technik in die Augenheilkunde behandelt wird:

In aller erster Linie ist zunächst der Einzug der Nanotechnologie im Bereich der Oberflächen zu erwarten, dass die Oberflächen von Kunstlinsen oder anderen Implantaten so verändert werden, dass eine Nachstarentwicklung bei der Kataraktchirurgie oder aber auch eine überschießende Heilung in der Glaukomchirurgie verhindert werden.

Weiteres Potenzial für die Augenheilkunde ist zu sehen in:

1. Design lebender Strukturen (Nanobiotechnologie), Reparatur kranken Gewebes führt zur Visusverbesserung (tissue repair)
2. Lösung mechanischer Probleme
3. Vermeidung von Blutungen bei der Operation
4. als Medikamententräger, zur Weiterentwicklung von Augentropfen und intravitrealer Medikamenteneingabe um hier mithilfe der Nanotechnologie permanente, gezielte Applikationen durchzuführen
5. Retinale Prothesen als Mikroelektroden für retinale Stimulation

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2010

Höheres Unfallrisiko durch „Grünen Star“:

Wie verändert das Glaukom den Alltag von Betroffenen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn, Schriftführer der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), Direktor der Universitäts-Augenklinik Würzburg

Das Glaukom, im Volksmund Grüner Star genannt, ist eine schwerwiegende Augenerkrankung, die bei Fortschreiten zur Erblindung führen kann. Beim Glaukom handelt es sich um eine Schädigung des Sehnervs an der Austrittsstelle aus dem Auge, die häufig durch zu hohen Augendruck, aber auch durch andere Faktoren hervorgerufen oder verstärkt werden kann. Das Glaukom gehört weltweit zu den häufigsten Erblindungsursachen (Nummer zwei global, Nummer drei in den Industrienationen). Die Erkrankung kann nur durch Vorsorgeuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden, da die Störungen nicht durch Schmerzen und andere Beschwerden oder durch eine Sehstörung auffallen. Die typische Schädigung beim Glaukom geht mit Ausfällen im Gesichtsfeld einher. Diese Ausfälle liegen jedoch außerhalb des Zentrums, sodass der Patient sie nicht bemerkt, wenn er ein Objekt anblickt. Trotzdem können Objekte außerhalb des Seh-zentrums übersehen werden. Obwohl anfangs keine Behinderung im täglichen Leben durch Glaukom auftritt, kann in späteren Stadien der Erkrankung eine so starke Behinderung entstehen, dass selbstständiges Laufen, Autofahren sowie räumliche Orientierung eingeschränkt oder nicht mehr möglich sind, obwohl die zentrale Sehschärfe, zum Beispiel beim Lesen, kaum beeinträchtigt ist.

Ohne dass uns das bewusst ist, bewegen wir uns sehr häufig aufgrund der Sehinformation aus dem Gesichtsfeld und nicht nur über das zentrale Sehen. Deshalb haben Patienten mit Gesichtsfelddefekten im unteren Bereich des Gesichtsfelds Schwierigkeiten, Treppen zu laufen, Schwellen und Gehsteigränder wahrzunehmen, wodurch sie in unbekannter Umgebung unsicher werden. Auch die Gleichgewichtsstabilisierung geschieht zum Teil über die visuelle Information, insbesondere über das Gesichtsfeld. Glaukom-Patienten mit fortgeschrittenen Ausfällen an beiden Augen sind deshalb im Laufen beeinträchtigt. Entsprechende Untersuchungen ergaben, dass die Wahrscheinlichkeit zu Stürzen 1,6- bis vierfach höher ist als bei einer alterskorrelierten augengesunden Bevölkerung. In einer Studie ist sogar die Korrelation zwischen Schenkelhalsbruch und Glaukom höher als die Korrelation zu anderen Erkrankungen.

Autofahren bei Glaukomerkrankung ist ein besonderes Problem. Nach den gesetzlichen Vorschriften darf innerhalb des zentralen beidäugigen 30 Grad-Gesichtsfelds kein Gesichtsfelddefekt bestehen. Durch eine Gesichtsfeld-Einschränkung können nämlich peripher auftauchende Gefahren übersehen werden, wie eine entsprechende Bildsimulation zeigt. Der Patient bemerkt seinen Ausfall nicht als positiven grauen Fleck, sondern die fehlenden Areale werden durch Einfüllen umgebender Information so ausgeglichen, dass scheinbar keine Lücke entsteht. Eine von uns begonnene Studie am Fahrsimulator soll klären, wie stark die Beeinträchtigung der Wahrnehmung im Straßenverkehr bei individuellen Glaukom-Patienten

tatsächlich ist, da auch von einer gewissen Kompensation durch vermehrte Blickbewegungen ausgegangen werden muss.

Über diese typischen Gesichtsfelddefekte hinaus kann im Spätstadium auch die Sehqualität des zentralen Sehens gestört sein. Hierbei ist die Amplitude für die Wahrnehmung von Hell und Dunkel durch den allmählichen Verlust von Sehnervenzellen eingeschränkt, das heißt dunkle Objekte werden auch im zentralen Gesichtsfeld schlechter wahrgenommen und helle Objekte verursachen früher eine Blendung. Dies führt dazu, dass unter kritischen Lichtbedingungen oder stark wechselnden Lichtbedingungen ein Glaukom-Patient im täglichen Leben zusätzlich behindert ist.

Viele Glaukom-Patienten haben Sorgen zu erblinden oder erleiden depressive Gemütsveränderungen. Es ist auch die Aufgabe des Augenarztes, dieser negativen Wahrnehmung durch entsprechende Gespräche entgegenzuwirken. Ein frühzeitig durch Vorsorgeuntersuchung erkanntes Glaukom lässt sich in der Regel so gut behandeln, dass sich das Fortschreiten verlangsamt oder zum Stillstand kommt und eine Erblindung verhindert werden kann.

Literatur:

- Patino CM et al: Central and Peripheral Visual Impairment and the Risk of Falls and Falls with Injury. *Ophthalmology*, 117(2): 199-206e1, 2010.
- Ramulu P: Glaucoma and disability: which tasks are affected, and at what stage of disease? *Curr Opin Ophthalmol*, 20:92-98, 2009.
- Haymes SA et al: Glaucoma and On-Road Driving Performance. *IOVS*, 49(7):3035-3041, 2008.
- Burr JM et al: Developing a Preference-Based Glaucoma Utility Index Using a Discrete Choice Experiment. *Opto Vis Sci* 84(8):797-809.
- Nelson P: Patients' perception of visual impairment in glaucoma: a pilot study. *Br J Ophthalmol*, 83:546-552, 1999.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2010

Mehr als eine Million blinde Kinder weltweit:

Wie lassen sich Sehbehinderungen und Blindheit bei Kindern bekämpfen?

Professor Dr. med. Günther Rudolph, FEBO, Oberarzt an der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Sektion Kinderophthalmogenetik, Strabismus & Ophthalmogenetik

Im Jahr 1999 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) die weltweite Kampagne VISION 2020, The Right to Sight (Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness by the Year 2020) gestartet. 2020 steht hierbei für den Zeitrahmen wie auch 20/20, welches einer Sehschärfe von 100 Prozent entspricht. Das Ziel der Initiative ist die Reduzierung von vermeidbarer Blindheit bis zum Jahr 2020. VISION 2020 verfolgt hierbei drei wesentliche Schwerpunkte:

- Kontrolle der bedeutenden Augenerkrankungen
- Aufbau einer Infrastruktur zur augenärztlichen Versorgung
- Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten und Fachpersonal

Die Durchführung des Programms stützt sich auf miteinander vernetzte Partner:

- WHO und IAPB als ausführende Organe
- Länder mit ihren Infrastrukturen
- Nichtregierungsorganisationen (NGOs)
- Zum Beispiel Christoffel-Blindenmission (CBM), Sightsavers International, Lions, Helen Keller International, Orbis International, Light for World-Austria etc.

Weltweit gibt es mehr als eine Million blinde Kinder, wobei bei 50 Prozent dieser Kinder durch vorbeugende Maßnahmen und Therapie die Erblindung vermeidbar wäre. Dies bedeutet nicht nur, dass diese Kinder nicht sehen, sondern auch eine stark erhöhte Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren aufweisen. 90 Prozent dieser Kinder nehmen nicht an einem Schulunterricht teil, mit all den daraus resultierenden Konsequenzen. Die Ursachen für Erblindung im Kindesalter sind unterschiedlich für hoch entwickelte Länder, für Schwellenländer und für sogenannte arme Länder. Stehen in armen Ländern die Vernarbung der Hornhaut (Xerophthalmie) bedingt durch Vitamin-A-Mangel, der graue Star (Katarakt), der grüne Star (Glaukom), Funktionsstörungen des Sehnerven und durch Maserninfektion bedingte Ursachen im Vordergrund, sind es in den hochentwickelten Staaten die Frühgeborenen-Retinopathie (ROP), genetisch bedingte Augenerkrankungen, autoimmunbedingte Entzündungen des Auges sowie das Glaukom.

Es ist daraus ersichtlich, dass allein durch Gabe von Vitamin A an Kinder in der Sub-Sahara-Region oder Regionen Asiens Blindheit und Frühsterblichkeit im Kindesalter signifikant gesenkt werden kann, zum Beispiel durch zweimalige Gabe von Vitamin A im Jahr, mit Kosten von einem US-Dollar. Einen weiteren Ansatzpunkt stellen Kampagnen zur Masernimpfung dar – ebenfalls

mit dem Effekt der deutlichen Senkung von Frühsterblichkeit und Blindheit. (siehe online: www.measlesinitiative.org).

Zur Behandlung des grauen Stars im Kindesalter bedarf es großer Erfahrung sowohl in operativer Vorgehensweise als auch in der Nachbehandlung (Amblyopie-Therapie), der frühen Diagnosestellung und des nahen Zugangs zu einem versorgenden Zentrum.

Das Ziel von VISION 2020 ist es, einen Kinder-Augenarzt für eine Bevölkerung von zehn Millionen Menschen zur Verfügung zu stellen. In Bangladesh gab es 2002 einen einzigen Kinder-Ophthalmologen, bis zum Jahr 2007 waren bereits sieben kinderaugenärztliche Zentren eingerichtet.

In Deutschland und Europa ist die Zunahme der Erblindung im Kindesalter insbesondere durch die immer häufiger auftretende Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bedingt. Dies zum einen, da die Überlebenschancen durch die Entwicklung der medizinischen Versorgung zunimmt, zum anderen die Risikokonstellation sich dadurch verändert, dass sich die Wahrscheinlichkeit zu überleben zu einem früheren Geburtszeitpunkt hin verschiebt (22+ Schwangerschaftswoche/ Geburtsgewicht < 400 Gramm). Neue Therapieoptionen mit Eingabe von Medikamenten direkt in das Auge scheinen jedoch auch diese schwierigen Situationen besser beherrschbar zu machen.

Nach mehr als zehn Jahren seit der Initiierung von VISION 2020 zeigen sich deutliche Fortschritte in dem Versuch, Blindheit im Kindesalter zu reduzieren. Von großer Bedeutung ist hierbei der Wissenstransfer in Länder der Dritten Welt, die enge Kooperation von Partnern und Ärztinnen/Ärzten aus Industrienationen mit Kolleginnen/Kollegen in Ländern mit deutlicher Unterversorgung im medizinischen Bereich, sowie Voraussetzungen zu schaffen, dass Ärzte aus noch nicht so entwickelten Regionen der Welt ihr Know-how in moderneren Kliniken vervollständigen. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) hat zu diesem Zweck Mittel für Kurzzeit-Dozenturen bereitgestellt, für die Einladung von Kolleginnen/Kollegen aus Afrika nach Deutschland. Die Christoffel-Blinden-Mission (CBM), Lions und Rotary International, Das Deutsche Komitee zur Verhütung von Blindheit, um nur einige zu nennen, engagieren sich in dem Bemühen, Blindheit zu verhindern oder wieder Sehfähigkeit herzustellen – The Right to Sight.

2005 schlossen sich die fünf Postgraduierten-Ausbildungskliniken an den Universitäten von Dar es Salaam, Moshi, Kampala, Mbarara und Nairobi zum East Africa College of Ophthalmologists (EACO) zusammen, um die Ausbildung von Augenärzten für Afrika zu intensivieren. Die seit 1978 bestehende Partnerschaft der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Augenklinik der Universität Nairobi, welche insbesondere durch Professor Dr. Volker Klauß und die letzten Jahre auch durch Dr. Martin Kollmann getragen war, ermöglichte die Ausbildung von mehr als 100 Augenärzten aus mehr als zehn afrikanischen Staaten. Dieses Ausbildungs-

programm hat sich zum größten seiner Art in Afrika entwickelt und gibt Hoffnung, Blindheit, und im Besonderen auch Blindheit bei Kindern, soweit dies möglich ist, zu vermeiden und zu behandeln.

Literatur:

- Gilbert C, Foster A. Childhood blindness in the context of VISION 2020. The Right to Sight. Bull WHO 2001; 79: 227–232.
- Gilbert C. Prevalence of blindness and visual impairment in children – a review of available data. Ophthalmic Epidemiology 1999; 6 : 73-81.
- Klaus V, Schaller UC. Internationale Initiativen zur Prävention von Blindheit. Ophthalmologie 2007; 104 : 855-859.
- Lim K-H. Vision 2020 and Prevention of Blindness: Is it relevant or achievable in the modern era? Ann Acad Med Singapore 2006; 35 : 215-222.
- Steinkuller PG, Du L, Gilbert C, Foster A, Collins ML, Coats DK. Childhood blindness. JAAPOS 1999; 3 : 26-32.
- Klauß V. Deutsche Augenärzte für Vision 2020. Z Prakt Augenheilk 2005; 26 : 391-393.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2010

Das Auge als Spiegel des Körpers:

Welche Allgemeinerkrankungen kann der Augenarzt erkennen?

Professor Dr. med. Berthold Seitz, FEBO, Vertreter der Sektion Kornea der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), Direktor der Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Die genaue spaltlampenbiomikroskopische Untersuchung der Kornea und funduskopische Untersuchung kann Indizien für die Diagnose einer Allgemeinerkrankung liefern. An der Kornea kommen insbesondere Krankheiten des Eiweis- und Aminosäure-Stoffwechsels, Lipid- und Kohlehydrat-Stoffwechsels in Betracht. **Kristalline Keratopathien** können Hinweise geben auf eine **Zystinose** (Zystinkristalle), **Gicht** (Uratkristalle), ein **Plasmozytom** oder **Multiples Myelom** (Immunglobuline) oder eine Hornhautdystrophie Schnyder (Cholesterin), die häufig vergesellschaftet ist mit einer Hyperlipoproteinämie Typ Ia (nach Frederickson). Der **Kayser-Fleischer-Ring** (Kupfer) weist auf eine hepatolentikuläre Degeneration (Morbus Wilson) bei Coeruloplasmin-Mangel hin. Die **Hornhautbanddegeneration** kann Indiz für systemische **Hyperkalzämus-Syndrome** (zum Beispiel Sarkoidose, Hyperparathyreoidismus oder Plasmozytom) sein. Bei den Mukopolysaccharidosen gehen insbesondere der Morbus Scheie (Typ I) und der Morbus Marotiaux-Lamy (Typ VI) mit normaler Intelligenz und einer längeren Lebenserwartung einher. **Prominente Hornhautnerven** sind beschrieben beim Multiplen Endokrinen Neoplasie-Syndrom (**MEN Typ 2B**), der **Neurofibromatose**, dem **Refsum-Syndrom** und der **Lepra**. Die **Cornea verticillata** kann für den seltenen **Morbus Fabry** aber auch für die häufiger vorkommende Einnahme von **Amiodaron** oder Chloroquin sprechen. **LCAT-Mangel**, Morbus Tangier und Fish-Eye-Disease sind Lipidstoffwechselstörungen mit charakteristischen Hornhautbefunden. Die gittrige Hornhautdystrophie Typ II weist auf das **Meretoja-Syndrom** hin.

Eine **Rubeosis iridis** (Neovaskularisationen an der Regenbogenhaut) ist Zeichen einer fortgeschrittenen, nicht ausreichend therapierten proliferativen diabetischen Retinopathie, eines Zentralvenenverschlusses oder einer ischämischen Ophthalmopathie bei schwerer Karotisstenose. Bei jeder einseitig „weißen“ Pupille (**Leukokorie**) im Kindesalter muss ein Retinoblastom ausgeschlossen werden. Jede unterschiedliche Pupillengröße (**Anisokorie**) muss neurologisch und neuroradiologisch abgeklärt werden!

Bei **Zentralarterienverschluss (ZAV)**, **Zentralvenenverschluss (ZVV)** und **anterioren ischämischen Optikusneuropathie (AION)** sind als Ursache Arteriosklerose, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Gerinnungsstörungen und „Blutverdickung“ (hoher Hämatokrit) auszuschließen. Routinemäßig wird eine Doppler-sonografische Untersuchung der A carotis angeordnet. Bei einer AION arteriitischer Genese (**Morbus Horton**) müssen unter Umständen systemische Steroide lebenslang nach Blutsenkungsgeschwindigkeit titriert werden. Eine **Retrobulbärneuritis** kann erster Hinweis auf eine Encephalomyelitis disseminata sein. Eine beidseitige Schwellung des Sehnervenkopfs (**Stauungspapille**) kann Hinweis auf einen erhöhten

Hirndruck sein, zum Beispiel bei Hirntumor, Hirnabszess, Meningitis, Enzephalitis, zerebraler Blutung.

Die Funduskopie erlaubt zusammen mit Fluoreszeinangiografie und optischer Kohärenztomografie (OCT) die Einschätzung der Ausprägung einer arteriellen Hypertonie (**Fundus hypertonicus I – IV**) oder eines Diabetes mellitus (**einfache und proliferative diabetische Retinopathie**).

Wir empfehlen jedem Patienten mit einer diabetischen Retinopathie:

- optimale Blutzucker-Einstellung (HbA1c < 7,0 Prozent)
- optimale Blutdruck-Einstellung
- optimale Serumlipid-Einstellung
- Nikotinkarenz
- rechtzeitige und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Augenarzt

Der Augenarzt kann in Einzelfällen eine entscheidende Rolle bei der Erstdiagnose einer Allgemeinerkrankung spielen.

Zusatzinformationen zu Hornhautbefunden, die Hinweise auf Allgemeinerkrankungen liefern können:

Krankheiten des Eiweis- und Aminosäure-Stoffwechsels:

Die **Zystinose** ist eine autosomal-rezessive lysosomale Stoffwechselerkrankung mit Akkumulation von Cystin in diversen Geweben, unter anderem auch in der Hornhaut. Diese können von vorne nach hinten abnehmend das gesamte Hornhautstroma betreffen. Es werden infantile, juvenile und adulte Formen unterschieden. Gesamtkörperlich steht im fortgeschrittenen Stadium die schwere Niereninsuffizienz im Vordergrund. Die Diagnose kann durch Bindehautbiopsie gesichert werden. Die lokale Behandlung der Hornhauteinlagerungen ist mit **Cysteamin-Augentropfen** möglich.

Weitere Krankheiten des Eiweis- und Aminosäure-Stoffwechsels mit potenziellen kornealen Manifestationen sind die Gicht, die Alkaptonurie (Ochronose), die Tyrosinämie Typ II (Richner-Hanhart-Syndrom; Hyperkeratosis palmaris et plantaris) und die **Hepatolentikuläre Degeneration (Morbus Wilson)**. Letztere beruht auf einem Coeruloplasmin-Mangel und manifestiert sich an der Hornhaut durch den **Kayser-Fleischer-Ring** und seltener an der Linse durch einen sogenannten „Sonnenblumenkatarakt“. Der Kayser-Fleischer-Ring ist limbusnah auf Höhe der Descemet-Membran lokalisiert. Er beginnt in der Regel in der oberen und unteren Hornhauthälfte. Systemisch bedrohlich für den Patienten sind die Kupferablagerungen in den

Basalganglien. Für die rechtzeitige adäquate Therapie stehen seit Langem **D-Penicillamine** zur Verfügung.

Krankheiten des Lipidstoffwechsels:

Der **Morbus Fabry** (α -Galaktosidase-Mangel), eine x-chromosomale Lipidspeicherkrankheit, gehört zu den Sphingolipidosen. Systemisch auffallend sind Angiokeratome (teleangiektatische Hautveränderungen), schmerzhafte Akroparästhesien, Niereninsuffizienz und Herzbeteiligung. Der Hornhautbefund (**Cornea verticillata = Vortex-Keratopathie**) kann diagnostisch wegweisend sein! Hier ist heute eine systemische Therapie mit **Algasidase beta** probat.

Die Cornea verticillata kann allerdings nicht nur für den seltenen Morbus Fabry, sondern auch für die weit häufiger vorkommende Einnahme von Amiodaron oder Chloroquin sprechen.

Weitere Dyslipoproteinämien mit charakteristischen Hornhautveränderungen sind der **LCAT-Mangel** (freies Cholesterin, dichter Arcus lipoides), der **Morbus Tangier** (Triglyzeride, kein Arcus lipoides) und die sogenannte **Fish-Eye-Disease** (Triglyzeride, VLDL). Hier ist eine Keratoplastik bei lange Zeit relativ gutem Visus oft erst spät nötig.

Krankheiten des Kohlehydratstoffwechsels:

Die Mukopolysaccharidosen sind rezessiv vererbt und können mit einer Optikusatrophie kombiniert sein. Bei den Mukopolysaccharidosen gehen insbesondere der Morbus Scheie (Typ I) und der Morbus Marotiaux-Lamy (Typ VI) mit normaler Intelligenz und einer längeren Lebenserwartung einher. Besonders hier kann heute eine systemische Therapie mit **Laronidase** hilfreich sein.

Bei Muccopolysaccharidosen kann es (wie auch bei der kongenitalen hereditären Endotheldystrophie und pseudophaker bullöser Keratopathie) nach Keratoplastik zu einem Aufklaren der zirkulär an das Transplantat angrenzenden Wirtshornhaut kommen.

Kristalline Keratopathien:

Kristalline Keratopathien können Hinweise geben auf eine **Zystinose** (Zystinkristalle) (siehe oben), **Gicht** (Uratkristalle), ein **Plasmozytom** oder **Multiples Myelom** (Immunglobuline) oder eine **Hornhautdystrophie Schnyder** (Cholesterin), die häufig vergesellschaftet ist mit einer Hyperlipoproteinämie Typ Ia (nach Frederickson).

Andere systemische Erkrankungen:

Die **Hornhautbanddegeneration** kann Indiz für systemische Hyperkalzämiesyndrome (zum Beispiel Sarkoidose, Hyperparathyreoidismus oder Plasmozytom) sein. Die Kalkeinlagerungen

finden sich hierbei typischerweise subepithelial in der Bowman-Lamelle und können nach Abrasio corneae in Tropfanästhesie mittels EDTA-Touchierung entfernt werden.

Prominente Hornhautnerven sind beschrieben bei der Neurofibromatose, beim Multiplen Endokrinen Neoplasie-Syndrom (MEN Typ 2B), dem Refsum-Syndrom und der Lepra. Bedeutend für die Diagnose eines **MEN Typ 2 B** sind medulläres Schilddrüsenkarzinom, Phäochromozytom, marfanoider Habitus und Schleimhaut-Neurome. Die Frühdiagnose kann hier lebensrettend sein!

Die **gittrige Hornhautdystrophie** vom Gelsolin-Typ **weist auf das** Meretoja-Syndrom **hin**.

Schlussfolgerungen:

Hornhautbefunde müssen spaltlampenbiomikroskopisch bezüglich Farbe, Form und Anordnung in horizontaler und vertikaler Dimension sicher beschrieben und eingeordnet werden. Indizien für Stoffwechselerkrankungen an der Hornhaut sind insgesamt selten. Allerdings kann der Augenarzt in Einzelfällen eine entscheidende Rolle bei der Erstdiagnose einer Allgemeinerkrankung spielen. Dies ist besonders wichtig bezüglich der heute therapierbaren Stoffwechselerkrankungen wie Zystinose (Cysteamin), Morbus Wilson (D-Penicillamin), Morbus Fabry (Algasidase beta) und Mukopolysaccharidose Typ I (Laronidase). Eine wohl abgestimmte interdisziplinäre Diagnostik und Therapie sind obligat.

Differenzialdiagnose: Mukopolysaccharidosen (MPS)

MPS I-H (Pfaundler-Hurler)

MPS I-S (Scheie) (normale Intelligenz, Handdeformitäten)

Heparan- und Dermatansulfat

MPS II (Hunter) (x-rez.)

MPS III (Sanfilippo)

MPS IV (Morquino)

MPS VI (Maroteaux-Lamy) (normale Intelligenz)

Dermatansulfat

MPS VII (Sly)

Differenzialdiagnose: Hornhauttrübungen im frühen Kindesalter

Mukopolysaccharidosen

angeborene Missbildungen (zum Beispiel Peters´ Anomalie, Sklerokornea)

Buphthalmus!

Kongenitale hereditäre Hornhaut-Endothel-Dystrophie (CHED)

Zentrales solides Dermoid

Eventuell Bindehautbiopsie zur differentialdiagnostischen Einordnung

Differenzialdiagnose: Kristalline Keratopathie

Zystinose

Gicht

Plasmozytom/Multiples Myelom

Hornhautdystrophie Typ Schnyder

Streptokokken-Keratitis

Biettis kristalline Hornhautdystrophie

Differenzialdiagnose: Hornhautbanddegeneration

Okuläre Ursachen

Chronische Uveitis

Phthisis bulbi

Systemische Ursachen (sogenannte *Hyperkalzämiesyndrome*)

Hyperparathyreoidismus

Sarkoidose

Nierenversagen

Metastasierende Karzinome

Plasmozytom

Hyperthyreose?

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2010

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang
Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Tagungspräsident WOC® 2010, Direktor der Universitäts-Augenklinik Ulm

* 1951



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1972–1978 | Medizinstudium an der Universität Erlangen-Nürnberg |
| 1978–1982 | Ophthalmologische Ausbildung an der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Professor Dr. G.O.H. Naumann) |
| 1979–1980 | Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, Augenabteilung (Generalarzt Dr. F. J. Daumann) |
| 1982–1984 | Oberarzt an der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Professor Dr. G.O.H. Naumann) |
| 1984–1985 | Fellowship: The Johns Hopkins Hospital Baltimore, MD, USA (Professor Dr. W.R. Green) |
| 1985–1990 | Leitender Oberarzt der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg |
| Seit 1990 | Direktor der Augenklinik der Universität Ulm |
| Seit 1992 | Vertreter der Universität Ulm in der Bezirksärztekammer Südwürttemberg und in der Landesärztekammer Baden-Württemberg |
| Seit 1995 | Obergutachter für augenärztliche Einstellungsfragen bei der Polizei des Landes Baden-Württemberg (Bereitschaftspolizeipräsidium Baden-Württemberg, Heiningen Str. 100, 73037 Göppingen, Leitender Medizinaldirektor Dr. Wurster) |
| Seit 2001 | Mitglied des Schlichtungsausschusses für Ärztliche Haftpflichtfragen der Landesärztekammer Baden-Württemberg |
| Seit 2003 | Beratender Arzt (Oberstarzt der Reserve) beim Sanitätsamt der Bundeswehr des Verteidigungsministeriums |
| 2005 | Berufung in den Wehrmedizinischen Ausschuss des Bundesverteidigungsministers |

Internationale Berufungen:

International Council of Ophthalmology (ICO)

- | | |
|-----------|--|
| 1989–1994 | Mitglied des Advisory Committee des ICO |
| 2000–2002 | Chairman of the ICO Task Force Education Committee |
| Seit 2002 | Designierter Präsident des World Ophthalmology Congress 2010
in Berlin |
| Seit 2006 | Mitglied der International Council of Ophthalmology (ICO) |

Academia Ophthalmologica Internationalis (AOI)

- | | |
|-----------|--|
| Seit 2006 | Mitglied der Academia Ophthalmologica Internationalis (AOI) |
|-----------|--|

European Board of Ophthalmology (EBO)

- | | |
|-----------|---|
| 1994–2000 | Mitglied des Education Committee des EBO |
| 2000–2004 | Generalsekretär des EBO |

Herausgeberschaften:

- | | |
|-----------|---|
| 1991–1996 | Bereichsherausgeber der Zeitschrift „Current Opinion in Ophthalmology“ |
| Seit 2002 | Schriftleiter der „Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde“,
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart (älteste kontinuierlich publizierte
augenärztliche Zeitschrift der Welt) |

Ehrungen:

- | | |
|------|--|
| 2005 | Bundesverdienstkreuz am Bande |
| 2005 | Wahl in die Academia Ophthalmologica Internationalis |

Preise:

- | | |
|---------------|---|
| 1986 | Thiersch-Preis der Universität Erlangen-Nürnberg für die beste Habilitation |
| 1990 | Forschungspreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) |
| 1998 und 1991 | Filmpreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) |
| 1999 | Achievement Award of the American Academy of Ophthalmology |

2000	Leonard-Klein-Preis für Mikrochirurgische Forschung
2000	Posterpreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
2001	Kooperationspreis Wissenschaft – Wirtschaft der Universität Ulm
2002	Preis der Medizinischen Fakultät Ulm für hervorragende Lehre
2003	Förderpreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) für innovative Vorhaben in der Vorderabschnittschirurgie
2004	Forschungspreis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) für innovative Vorhaben auf dem Gebiet der Vorderabschnittschirurgie
2005	Landeslehrpreis des Landes Baden-Württemberg für das Praktikum der Augenheilkunde der Universitäts-Augenklinik Ulm

Publikationen:

über 220 Originalarbeiten, 13 Buchkapitel

Bücher:

Lang GK, Ruprecht KW, Jakobi KW, Schott KW: (Hrsg.):
Tagungsband zur 2. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Intraokularlinsenimplantation.
Enke Verlag Stuttgart 1989, referiert in: Klin Mbl Augenheilk 1989; 195: 234

Lang GK:
Lehrbuch der Augenheilkunde
Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York, Auflagen: 1. Auflage 1998, 2. Auflage 2000,
3 Auflage 2004, 4. Auflage 2008

Lang GK:
Ophthalmology
Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York, 1. American Edition: 2000, 2. American Edition:
2006, French Edition: 2002, Turkish Edition: 2002, 1. Spanish Edition: 2003, 2. Spanish Edition:
2005, Greek Edition: in translation, Chinese Edition: in translation, Kroatien Edition: in translation

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn
Schriftführer der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Direktor der Universitäts-Augenklinik Würzburg



Beruflicher Werdegang:

1967–1973	Studium der Medizin in Würzburg und Freiburg
1973	Promotion zum Dr. med.
1974–1976	Ausbildung in visueller Neurophysiologie am Physiologischen Institut der FU Berlin (Professor Dr. O. J. Grüsser)
12.08.1975	Approbation
1976–1980	Facharztweiterbildung an der Universitäts-Augenklinik Freiburg
1984	Habilitation für das Fach Augenheilkunde an der Universität Freiburg
Ab 1981	Oberarzt an der Universitäts-Augenklinik Freiburg
Ab 1987	Leitender Oberarzt

Berufungen:

1990–1995	Direktor der Universitäts-Augenklinik Mainz
1993	Ruf auf den Lehrstuhl für Augenheilkunde der GHS, Essen
Seit 1993	– Vizepräsident des Initiativkreises zur Früherkennung des Glaukoms – Mitglied der Programmkommission der Augenärztlichen Akademie Deutschland
Ab 1995	Direktor der Universitäts-Augenklinik Würzburg
1997	Ehrendoktor der Universität Iasi, Rumänien
1999	Gewähltes Mitglied der Glaucoma Research Society
2000	Mitglied des Executive Committee der European Glaucoma Society
2001	– Korrespondierendes Mitglied der Mainzer Akademie der Wissenschaften – Ehrenmitglied der Rumänischen Ophthalmologischen Gesellschaft
2002	Ehrenmitglied der Kroatischen Ophthalmologischen Gesellschaft

2002-2003	Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Seit 2005	– Schriftführer der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft – Mitglied im Gesamtvorstand der World Glaucoma Association
2009	Ehrenmitglied der Bulgarischen Union für Ophthalmologie

Wissenschaftliches Hauptarbeitsgebiet:

- Grundlagenforschung der Glaukomerkrankung
- klinische Glaukomforschung
- Mikrochirurgie des Augenvorderabschnitts

Publikationen:

- 186 Originalarbeiten
- Verfasser und Herausgeber von 13 Büchern

Herausgeberbeirat und wissenschaftlicher Beirat folgender Zeitschriften:

- Der Ophthalmologe (Section Editor)
- Journal of Glaucoma
- Zeitschrift Prakt. Augenheilkunde
- Ophthalmochirurgie
- Graefe's Archives of Clinical and Experimental Ophthalmology

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Günter Rudolph, FEBO
Oberarzt an der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München,
Sektion Kinderophthalmogenetik, Strabismus & Ophthalmogenetik

* 1954



Beruflicher Werdegang:

Studium:

- | | |
|------------|--|
| 1976–1977 | Universität München (LMU), Biologie/Physik |
| 1977–1979 | Universität Düsseldorf, Medizin
Mitarbeit im SFB Kardiologie |
| 1979– 1983 | Universität Tübingen, Medizin |
| 30.3.1984 | Promotion an der Universität Würzburg (Professor Dr. K. Kochsiek)
(magna cum laude)

Untersuchungen über den Einfluss von Vorhofflimmern auf die
Koronarreserve am Hund, vor und nach Beta-Rezeptoren-Blockade |
| 5.5. 1983 | Approbation |

Weiterbildung:

- | | |
|-----------|--|
| 16.6.1995 | Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik |
| 8.5.1996 | Arztbezeichnung als Augenarzt |

Fortbildung:

- | | |
|---------------|---|
| 2/1985–3/1985 | Universität Heidelberg: Kursus: Medizin in Entwicklungsländern |
| 7/1985 | „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ |
| 5/1994 | Moorfield Eye Hospital London, Department of Electrophysiology |
| 7/1995–8/1995 | Basic Science Course, Stanford University, CA, USA |
| 9/2002 | City University London, Moorfields Eye Hospital, Great Ormond Street
Hospital for Children |

Berufliche Tätigkeit:

6/1983–3/1984	Anästhesie, KH Nürtingen
4/1984–7/1984	Chirurgie, KH Nürtingen
10/1984–2/1985	Assistentenzeit für die Niederlassung, (Allgemeinmedizin, Rottenburg)
5/1985–7/1985	Universitäts-Kinderklinik Tübingen, „Hermann-Mai-Stipendium“
8/1985–12/1985	Arzt in einem Dispensario (Ayahualulco), Veracruz, Mexiko
1/1986–9/1987	Praktischer Arzt in Tübingen
10/1987–10/1989	Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
10/1989–10/1991	Projekt-Management, MSD, Merck, Sharp & Dohme, München
10/1991–12/1991	Universität München, Abteilung für Pädiatrische Genetik
1/1992	Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Seit 1997	Sektion Kinderophthalmologie, Strabismologie und Ophthalmogenetik
2002	Fellow of the European Board of Ophthalmology (FEBO)
11/2003	Habilitation (Lehrbefähigung)
1/2004	Lehrbefugnis

Habilitationsschrift:

Das Scanning-Laser-Ophthalmoskop evozierte multifokale ERG (SLO-mfERG)

Eine neues Verfahren zur topografischen Funktionskartierung der Netzhaut

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Berthold Seitz, FEBO
Vertreter der Sektion Kornea der Deutschen Ophthalmologischen
Gesellschaft (DOG), Direktor der Klinik für Augenheilkunde,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar



* 1962

Beruflicher Werdegang:

Bildungsweg und Examina:

1981–1988	Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen
1988	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich, Note „sehr gut“
1988	3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, mündlich, Note „sehr gut“
1988	Approbation als Arzt
1993	Facharztanerkennung für Augenheilkunde in München
1996	European Board of Ophthalmology Examen in Paris (F.E.B.O.)

Klinischer Werdegang:

1988–1989	Stabsarzt der Bundeswehr in Amberg/Oberpfalz
Seit 1989	Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistenzarzt an der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Vorstand Prof. Dr. med. G.O.H. Naumann)
Seit 1990	Mitarbeit im ophthalmopathologischen Labor mit Herrn Prof. Dr. med. G.O.H. Naumann
Seit 1994	Etablierung und Leitung der Hornhautsprechstunde
Seit 1996	Diensttuender Oberarzt an der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
1996–1996	Leiter der Allgemeinen Poliklinik
Seit 1996	Etablierung und Leitung der Sprechstunde Refraktive Chirurgie
Seit 2000	Leiter der Kornea-Bank Erlangen
Seit 2000	Hauptoperateur für Keratoplastik in Erlangen
Seit 2002	C3-Professur und Extraordinariat für Ophthalmologie
2003	2. Platz auf der Berufungsliste für das Ordinariat für Augenheilkunde an der TU München
2004	2. Platz auf der Berufungsliste für das Ordinariat für Augenheilkunde am Inselspital Bern/Schweiz
Seit 2006	Direktor der Klinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum des Saarlandes
Seit 2007	Landesarzt für Blinde und Sehbehinderte im Saarland

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 1989 Promotion (*Prädikat „magna cum laude“*) zum Dr. med. an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg bei Herrn Prof. Dr. D. Raithel und Prof. Dr. F.P. Gall (Thema: Früh- und Spätergebnisse bei 222 chirurgischen Rekonstruktionen einer Arteria carotis interna bei Vorliegen eines kontralateralen Interna-Verschlusses unter Berücksichtigung der präoperativen Symptomatik)
- Seit 1990 Leiter des Forschungsschwerpunkts „Nichtmechanische Chirurgie der Kornea mit dem 193-nm-Excimerlaser“
- Seit 1992 Etablierung und Leitung der Arbeitsgruppe „Kornea“
- Seit 1994 Intensive Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe Kornea der Augenklinik mit dem Lehrstuhl für Fertigungstechnologie (Vorstand: Professor Dr.-Ing. Dr.-Ing. E. h. mult. Dr. h. c. M. Geiger)
- Seit 1994 Etablierung einer Access-Datenbank zur prä-, intra- und postoperativen Dokumentation aller Excimerlaser-Keratoplastiken
- 1995 DFG-Stipendiat (Az Se 667/5-1) und Research-Fellow in Cornea and Refractive Surgery am Doheny Eye Institute, University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, USA (Professor Dr. Peter J. McDonnell, Director of Refractive and Corneal Surgery)
- Seit 1996 Etablierung einer Access-Datenbank zur prä- intra- und postoperativen Dokumentation aller Phototherapeutischen Keratektomien
- 1999 Habilitation für das Fach Ophthalmologie in Erlangen
(Thema: Kurative nichtmechanische Chirurgie der Kornea)
- Seit 1999 Stellvertretender Leiter des Teilprojekts III „Minimalinvasive nichtmechanische Chirurgie“ im *Neurozentrum der Kopfklinik*
- Seit 2002 C3-Professur und Extraordinariat für Ophthalmologie
- Seit 2003 Etablierung einer Access-Datenbank zur prä-, intra- und postoperativen Dokumentation aller Amnionmembrantransplantationen
- 2003–2006 Ärztlicher Leiter des Projekts „Nichtmechanische Trepanation mittels kurzgepulstem Festkörperlaser bei der Hornhauttransplantation“ (gefördert durch die Landesgewerbeanstalt (LGA) Nordbayern im Rahmen des Bayerischen Förderprogramms „Leitprojekte Medizintechnik“)
- 2003–2006 Leiter des Teilprojekts III „Minimalinvasive nichtmechanische Chirurgie“ im *Neurozentrum der Kopfklinik*
- Seit 2006 W3-Professor für Augenheilkunde an der Universität des Saarlandes

Management-Werdegang:

1991	Verfassen des Erlanger Assistentenführers
Seit 1996	Auswahlkommission für ärztliche Neueinstellungen, Erlangen
Seit 1997	Gewähltes Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) für den Bereich Kornea
Seit 1999	Organisation der nichtärztlichen Fortbildungsreihe „Augenklinik aktuell“
Seit 2000	Federführung des „Registers der Hornhauttransplantationen in Deutschland“
2001	Leitung des Redaktionsteams zur Erstellung der „ <i>Dienstanweisung des Gesamtklinikumsvorstands</i> zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes im Universitätsklinikum Erlangen“ (seit 1.12.2001 in Kraft)
Seit 2001	Faltblatt und Website zum Thema „Hornhaut-Transplantation“
2001	Gründung der Sektion Kornea in der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) (www.sektionkornea.org)
Seit 2002	Sprecher der Sektion Kornea in der DOG
Seit 2002	Stellvertretender Qualitätsmanagement-Beauftragter
2002	Curriculum für Studenten im Praktischen Jahr an der Augenklinik
Seit 2002	Ständiges Mitglied in der Programmkommission der DOG
2002	Re-Zertifizierung der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die LGA/InterCert
2002	Qualifikationsnachweis „Qualitätsmanagement“ der Bayerischen Landesärztekammer
Seit 2003	Faltblatt und Website zum Thema „Refraktive Chirurgie“
Seit 2003	Externer Fachexperte bei der Zertifizierung medizinischer Einrichtungen durch die LGA/InterCert (zuletzt 8/2005 an der Universitäts-Augenklinik Hamburg)
2003	Managementkompaktkurs für Ärzte „Führungskompetenz im Krankenhaus“
Seit 2004	Mitgliedschaft in Berufungskommissionen der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg und der Universität des Saarlandes
2004	Offizieller Vertreter Deutschlands bei der General Assembly of the International Federations of Ophthalmological Societies (IFOS) anlässlich der Tagung der American Academy of Ophthalmology (AAO), New Orleans, Louisiana, USA, 23.10.2004
Seit 2005	Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken
Seit 2006	Mitglied im Verband Ophthalmologischer Lehrstuhlinhaber VOL
Seit 2006	2. Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Augenheilkunde am Universitätsklinikum des Saarlandes UKS

Seit 2006	Vorstandsmitglied der Stiftung für Augenheilkunde am Universitätsklinikum des Saarlandes UKS
Seit 2006	Mitglied im Gesamtpräsidium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Seit 2008	Stellvertretendes Mitglied der Medizinischen Fakultät im Beirat für das Rechenzentrum der Universität des Saarlandes
Seit 2008	Vertreter der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft DOG beim Deutschen Institut für Normung e. V. (DIN-Normenausschuss NA 027-01-20 AA „Intraokulare Medizinprodukte“)
Seit 2008	Ersatzmitglied der Medizinischen Fakultät im Senat der Universität des Saarlandes
Seit 2008	Mitglied im Bereichsrat für Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
Seit 2008	Stellvertretender Sprecher der Sektion Gewebetransplantation und Biotechnologie in der DOG
Seit 2008	Stellvertretendes Mitglied der Promotionskommission der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
Seit 2008	Mitglied des Fakultätsrats der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes

Forschungsschwerpunkte:

- Kornea-Transplantation (insbesondere Methoden zur Minimierung des postoperativen Astigmatismus)
- Kataraktchirurgie und Kunstlinsenberechnung nach refraktiver Hornhautchirurgie
- Akkommodative und torische Kunstlinsen bei der Kataraktchirurgie
- Nichtmechanische Chirurgie der Kornea mit Lasern
- Einsatz von Femtosekundenlasern am Auge
- Phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- Refraktive Chirurgie (PRK, LASIK)
- Hornhauttopografieanalyse/Hornhautrückflächenkrümmung
- Amnionmembrantransplantation
- Applikation von autologem Serum am Auge
- Limbusstammzelltransplantation

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG), seit 1989
- The Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO), seit 1991
- Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA), seit 1992
- American Academy of Ophthalmology (AAO), seit 1997
- Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG), seit 1998
- European Association for Vision and Eye Research (EVER), seit 1998
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken, seit 2000
- Gründungsmitglied und Sprecher der *Sektion Kornea* in der DOG, seit 2002
(www.sektionkornea.org)
- International Society of Dacryology and Dry Eye (ISD&DE), seit 2003
- European Eye Bank Association (EEBA), seit 2003
- The Cornea Society, seit 2004
- European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS), seit 2008

Auszeichnungen und Preise/Patente:

Santen Poster Prize for Cornea/Refractive Surgery and Cataract IOL at the XIIth Congress of the European Society of Ophthalmology (SOE '99), Stockholm, Schweden, 27.6.–1.7.1999 für Wolter-Roessler E, Kühle M, Seitz B, GOH Naumann: Cataract surgery with implantation of posterior chamber lenses following penetrating keratoplasty.

Achievement Award of the American Academy of Ophthalmology „for contributions made to the Academy, its scientific and educational programs, and to ophthalmology“.
Verliehen anlässlich der 104. Jahrestagung der American Academy of Ophthalmology
22. bis 25.10.2000 in Dallas/Texas/USA, AAO Final Program, Seite 68

Sicca-Forschungspreis 2005 des Ressorts Trockenes Auge im BVA „Tränenfilmbasierte Identifizierung und Therapie der Immunpathogenese des trockenen Auges (dysfunctional tear syndrome)“ verliehen anlässlich der Tagung der DOG 2005 (Cursifen C, Jacobi C, Dietrich T, Schlötzer-Schrehardt, Seitz B, Kruse FE)

Vorrichtung zur nichtmechanischen Trepanation bei Hornhauttransplantationen.
Nennung als Erfinder (zusammen mit M. Kühle, A. Langenbucher, G.O.H. Naumann, Weimel).
Europäisches Patent, Priorität DE/20.04.98/DEA 19817403
Anmeldung Nr. 99107826.2-2305 vom 20.4.1999

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christian Ohrloff
Pressesprecher der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Direktor der Klinik für Augenheilkunde der Johann Wolfgang
Goethe-Universität Frankfurt am Main



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| Seit 1988 | Direktor der Universitäts-Augenklinik Frankfurt/Main |
| Seit 2005 | Vizepräsident der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM) |
| Seit 2004 | Mitglied in der Arbeitsgruppe Hochschulmedizin des Deutschen Hochschulverbandes |
| Seit 2001 | Pressesprecher der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) |
| Seit 1997 | Vertrauensdozent der Deutschen Forschungsgemeinschaft an der Goethe-Universität Frankfurt |
| 2006–2009 | Mitglied im Aufsichtsrat der Universitätsklinik Bonn |
| 2006 | Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Intraokulare Linsenimplantation und refraktive Chirurgie (DGII) |
| 2004 | Ehrenmitglied der Ophthalmologischen Gesellschaft der Ukraine |
| 1999–2000 | Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) |
| 1996–2001 | Mitglied des Vorstandes der Universitätsklinik Frankfurt Main;
Prodekan der Medizinischen Fakultät |
| 1996–2000 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für intraokulare Linsenimplantation und refraktive Chirurgie (DGII) |
| 1991–2009 | Editor in Chief der wissenschaftlichen Zeitschrift „Ophthalmologica“, Karger Verlag, Basel |
| 1986 | Ablehnung eines Rufs auf den Lehrstuhl für Augenheilkunde der Universitäts-Augenklinik Graz/Österreich |
| 1982–1983 | Visiting Professor im Department of Ophthalmology, University of Utah, Salt Lake City (Professoren: David Apple und Randall Olsen);
Mayo Clinic, Rochester (Professor William Bourne);
LSU School of Medicine, New Orleans (Professor Herbert Kaufmann);
Cornell University, New York (Professor Harvey Lincoff) |
| 1982 | Ernennung zum C 3-Professor an der Universität Bonn |
| 1981 | Ablehnung eines Rufes auf eine C 3-Professur für Ophthalmochirurgie an der Freien Universität Berlin |

1979	Oberarzt, Universitäts-Augenklinik Bonn
1979	Habilitation für das Lehrgebiet „Augenheilkunde und experimentelle Ophthalmologie“ an der Universität Bonn
1978	Preis der Association for Eye Research (AER), Paris
1972	Wissenschaftlicher Assistent an der Augenklinik der Universität Bonn
1970–1972	Wissenschaftlicher Assistent im Physiologisch-Chemischen Institut der Universität Freiburg/Breisgau (Professor Dr. Karl Decker). Dort Promotion zum Dr. med. mit “summa cum laude“.
1968	Staatsexamen, Universität Freiburg/Breisgau
1963	Studium der Medizin in Frankfurt/Main, Wien, Freiburg/Breisgau, Berlin und München

Klinische Schwerpunkte:

- Katarakt-, Glaukom- und Hornhautchirurgie
- plastisch-rekonstruktive Chirurgie der Lider

Wissenschaftliche Hauptarbeitsgebiete:

- Biochemie und Toxikologie des Katarakt
- Arzneimittelnebenwirkung am Auge
- Mikrochirurgie des Katarakt

237 wissenschaftliche Publikationen und Buchbeiträge



Vorab-Pressekonferenz anlässlich des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 27. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum IV,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

- in deutscher Sprache -

Bestellformular Fotos:

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Franz Grehn
- Professor Dr. med. Günther Rudolph, FEBO
- Professor Dr. med. Berthold Seitz, FEBO
- Professor Dr. med. Christian Ohrloff

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Silke Stark/Corinna Spirgat
 Pressestelle WOC® 2010
 Postfach 30 11 20
 70451 Stuttgart
 Tel. 0711 8931-572
 Fax. 0711 8931-167
 E-Mail: stark@medizinkommunikation.org

Vor Ort auf dem Kongress:

Pressebüro:
 Räume 31-33
 (auf der Galerieebene Ost)
 Tel. 030 3038-81802
 Fax. 030 3038-81803