



Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 3. Juni 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin, Funkturm-Lounge II
(im FunkturmInnenhof), Neue Kantstraße/Ecke Messedamm, 14057 Berlin

- in deutscher Sprache -

Themen und Referenten:

Augenheilkunde in Deutschland: Was kommt vom Fortschritt in der Praxis an?

Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang

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

Professor Dr. med. Bernd Bertram

Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands (BVA), Düsseldorf

Amblyopie: Wie lässt sich die häufigste Sehstörung im Kindesalter frühzeitig erkennen?

Professor Dr. med. Oliver Ehrh

Oberarzt, Leiter Orthoptik, Kinder- und Neuroophthalmologie, Augenklinik der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Injektionen und mehr – Innovationen bei der Therapie der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)

Professor Dr. med. Dr. med. habil. Anselm Kampik

Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Direktor der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Hornhauttransplantationen mit dem Femtosekundenlaser: Welche Vorteile bietet das neue Verfahren?

Professor Dr. med. Thomas Reinhard

Erster Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Ärztlicher Direktor der Universitäts-Augenklinik Freiburg

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



Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 3. Juni 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin, Funkturm-Lounge II
(im FunkturmInnenhof), Neue Kantstraße/Ecke Messedamm, 14057 Berlin

- in deutscher Sprache -

Inhalt:

Pressemitteilungen:

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

Sehschwäche bei Kindern frühzeitig erkennen
Reihenuntersuchung bis zum dritten Lebensjahr gefordert

Neues Verfahren zur Hornhauttransplantation:
schnellere Heilung, weniger Komplikationen

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Gerhard Klaus Lang

Professor Dr. med. Bernd Bertram

Professor Dr. med. Oliver Ehrt

Professor Dr. med. Dr. med. habil. Anselm Kampik

Professor Dr. med. Thomas Reinhard

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, 3. Juni 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 hält auch die Augenärztliche Akademie Deutschland (AAD) ihre Tagung unter dem Dach des WOC® 2010 ab. 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 tagt auch die AAD, die vom Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA, 1. Vorsitzender Professor Dr. med. Bernd Bertram) und der DOG ausgerichtet wird, in Berlin. 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.



Sehchwäche bei Kindern frühzeitig erkennen Reihenuntersuchung bis zum dritten Lebensjahr gefordert

Berlin, 3. Juni 2010 – Zwischen fünf und zehn Prozent aller Kinder leiden an einer Sehchwäche. Meist handelt es sich dabei um eine Amblyopie, die auch als Schwachsichtigkeit bezeichnet wird. Ein oder beide Augen und vor allem die Sehzentren im Gehirn haben das scharfe Sehen in den ersten Lebensjahren nicht gelernt. Bei manchen Kindern wird die Sehchwäche erst in der Schule entdeckt. Dann ist es für eine wirksame Behandlung jedoch oft zu spät. Wie ein augenärztliches Screening die Früherkennung verbessern kann, diskutieren Experten auf dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010) im Juni in Berlin.

„Kinder müssen das Sehen ebenso wie Laufen oder Sprechen erst lernen“, erklärt Professor Dr. med. Oliver Ehart von der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dies geschehe normalerweise in den ersten drei Lebensjahren. Danach nehme die Lernfähigkeit ab. „Bereits bei der Einschulung ist sie vermindert und bei Teenagern nur noch schwach vorhanden“, so Ehart. Deshalb müssten Sehstörungen frühzeitig behandelt werden.

Ursachen für die Amblyopie sind in den meisten Fällen Schielen oder eine Fehlsichtigkeit, selten ein Grauer Star oder andere Augenkrankungen. „Beim Schielen blendet das Gehirn die Informationen von einem Auge aus, um Doppelbilder zu vermeiden. Ohne eine frühzeitige Behandlung wird dieses Auge schwachsichtig“, erklärt Ehart. Ist das Kind fehsichtig, erzeugen Hornhaut oder Linse dagegen ein verschwommenes Bild auf der Netzhaut. „Auch mit so einem unscharfen Bild kann das Gehirn das Sehen nicht lernen“, sagt Ehart weiter. Meist verordnen die Augenärzte eine Brille zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Zudem wird das bessere Auge stundenweise abgeklebt, um so das Gehirn zu zwingen, das schlechtere Auge zu trainieren.

Je früher eine Amblyopie behandelt wird, desto größer sind die Erfolgsaussichten. Doch die Früherkennung ist nicht einfach: „Außer bei einem großwinkligen Schielen ist den Kindern ihre Erkrankung nicht anzusehen“, berichtet Ehrh. Die Schwachsichtigkeit werde oft erst in der Schule erkannt, wenn die Anforderungen steigen. Dann kommt eine Therapie häufig zu spät. Deshalb rät der Experte zu einer Vorsorgeuntersuchung vor dem dritten Geburtstag. Seit zwei Jahren ist sie in Deutschland Bestandteil der kinderärztlichen Untersuchung (U7a). „Kinderärzte können das Krankheitsbild aber nicht vollständig abklären. Denn dazu gehört auch die Messung der Fehlsichtigkeit mit Weitstellen der Pupille“, erklärt Ehrh, der deshalb ein augenärztliches Screening fordert.

In vielen Ländern Europas und Teilen Amerikas gibt es seit Jahren Früherkennungsprogramme. „In Schweden konnte so die Zahl der Kinder mit schwerer Schwachsichtigkeit um etwa 90 Prozent gesenkt werden“, so Ehrh. In Deutschland erstatten bislang nur wenige Krankenkassen die augenärztliche Vorsorgeuntersuchung. Begründet wird dies mit fehlenden Studien. „Erfahrungen aus anderen Ländern lassen sich nicht einfach auf Deutschland übertragen. Wir brauchen dringend eine deutsche Studie zum augenärztlichen Amblyopie-screening“, fordert auch Ehrh. Dass eine strukturierte Früherkennung die Betroffenenzahlen auch hierzulande deutlich reduzieren kann, davon ist der Experte überzeugt. Er rät deshalb allen Eltern, bei ihren Kindern im Alter von zwei bis drei Jahren eine augenärztliche Untersuchung durchführen zu lassen.

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.



Neues Verfahren zur Hornhauttransplantation: schnellere Heilung, weniger Komplikationen

Berlin, 3. Juni 2010 – Erkrankungen der Hornhaut des Auges sind eine der häufigsten Erblindungsursachen. Ist die Hornhaut getrübt, hilft oft nur eine Transplantation. Eine neue Operationstechnik erlaubt es Ärzten jetzt, statt der gesamten Hornhaut nur eine hauchdünne Schicht zu übertragen. Davon erholen sich die Augen wesentlich schneller als bei dem herkömmlichen Vorgehen. Zudem treten Hornhautverkrümmungen und andere Komplikationen seltener auf. Die Fortschritte auf dem Gebiet der Hornhauttransplantation sind ein Schwerpunkt auf dem World Ophthalmology Congress (WOC® 2010), der im Juni in Berlin stattfindet.

Das von US-Augenärzten entwickelte Operationsverfahren DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) kommt zunehmend auch an deutschen Augenkliniken zum Einsatz. „Wir transplantieren dabei nur eine 100 bis 200 Mikrometer dünne Scheibe der Hornhaut, die aus Teilen der Stromaschicht und aus dem Endothel besteht. Dabei handelt es sich um eine dünne Zellschicht, die die Hornhaut innen auskleidet und sie von der Flüssigkeit der vorderen Augenkammer trennt“, erklärt Professor Dr. med. Friedrich E. Kruse, Direktor der Universitäts-Augenklinik Erlangen. Das Endothel wird mit einem automatisierten Präzisionsmesser, dem Keratom, von der Hornhaut des Spenderauges abgetrennt. Nachdem der Operateur das erkrankte Endothel des Empfängers entfernt hat, schiebt er die feine Lamelle des Spenders durch einen kleinen Schnitt neben der Hornhaut in die Augenkammer. Dort platziert er sie auf der Innenseite der Hornhaut.

Das neue Operationsverfahren kommt für jene Patienten infrage, bei denen eine Erkrankung des Endothels die Hornhauttrübung verursacht. Das ist bei etwa 40 Prozent der Fall. „Der Anteil des Endothels an der Hornhaut ist minimal. Es ist deshalb gar nicht notwendig, bei diesen Patienten die gesamte Hornhaut zu ersetzen“, so Kruse.

Damit das neue Endothel an der Hornhaut haften bleibt, injiziert der Operateur nach der Transplantation eine Luftblase in die Augenkammer. Um sie in Position zu halten, müssen die Patienten zwei Tage in Rückenlage das Bett hüten. „Insgesamt ist die Erholungsphase jedoch deutlich kürzer als nach einer herkömmlichen Hornhauttransplantation“, erklärt Kruse auf dem WOC® 2010. „Hier vergehen meist 18 Monate, bis die Patienten wieder gut sehen können. Bei der DSAEK sind es dagegen meist nur einige Wochen bis wenige Monate.“

Eine Weiterentwicklung der DSAEK ist die DMEK (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty). Bei ihr überträgt der Operateur nur noch die Descemetsche Membran und das Endothel, also eine zehn Mikrometer dicke Schicht. Die Ergebnisse der ersten 100 mit dieser Technik operierten Patienten zeigen, dass die Sehschärfe deutlich besser ist als nach der DSAEK. Die Technik sei allerdings noch komplizierter, so Kruse.

Nach einer herkömmlichen Transplantation kommt es nicht selten zu Unregelmäßigkeiten in der Wölbung der Hornhaut. „Diese Hornhautverkrümmung führt dazu, dass viele Patienten nach der Operation eine Brille oder Kontaktlinsen tragen müssen. Mit der DSAEK und der DMEK haben wir diese Probleme deutlich minimieren können“, berichtet Kruse, der aktuelle Ergebnisse beider OP-Techniken auch mit seinen Kollegen auf dem WOC® 2010 diskutiert.

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.

Augenheilkunde in Deutschland: Was kommt vom Fortschritt in der Praxis an?

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

Gerade in der heutigen Zeit ist das Fach Ophthalmologie besonders innovativ. Die häufigste Erblindungsursache in entwickelten Ländern ist seit Jahrzehnten die altersbezogene Makuladegeneration (AMD). Durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung wächst die Zahl der AMD-Erkrankten immer weiter an und erreicht in Deutschland schon vier Millionen Betroffene. Seit drei Jahren steht den Augenärzten erstmals eine effektive Therapie der besonders schweren Form der AMD, der feuchten AMD, zur Verfügung, an der in Deutschland circa 500 000 Patienten leiden. Dabei werden Medikamente (Hemmstoffe des pathologischen Wachstumsfaktors – vascular endothelial growth factor – VEGF) in den Glaskörper operiert, die nicht nur eine weitere Sehverschlechterung verhindern, sondern bei insgesamt 90 Prozent der Patienten wirken und sogar bei etwa 30 Prozent der Patienten zu einer Sehverbesserung führen. Dies stellte eine ganz neue Ära im Bereich der Therapie der AMD dar.

Diese Behandlung mit einer Medikamenteneingabe in den Glaskörper wird sich in den nächsten Jahren noch deutlich ausweiten, da gerade Ergebnisse von Studien über den Einsatz dieses Verfahrens bei Makula-Ödemen bei retinalem Venenverschluss mit dem VEGF-Inhibitor Ranibizumab und mit Kortikosteroiden veröffentlicht wurden, die eine deutliche Visusverbesserung erbrachten. Kürzlich wurde ebenfalls eine Studie des DRCRnet publiziert, die eine Visusverbesserung auch bei diabetischem Makula-Ödem nachweisen konnte. Die Daten weiterer Studien (RESOLVE, RESTORE) zur Behandlung des diabetischen Makula-Ödems mit Ranibizumab, einem VEGF-Inhibitor, werden beim Weltkongress vorgestellt. Wir verfügen damit über lang ersehnte neue Therapieoptionen für die Behandlung der diabetischen Retinopathie und der retinalen Venenverschlüsse, den beiden häufigsten durch Gefäßerkrankungen verursachten Netzhauterkrankungen.

Auch im diagnostischen Bereich der Augenheilkunde haben sich in den letzten Jahren beeindruckende Fortschritte ergeben. Durch die riesigen Fortschritte bei den Computern und neue technische Entwicklungen konnten bildgebende Verfahren entwickelt werden, die uns völlig neue Einblicke in kleinste Strukturen der Netzhaut und des Augenvorderabschnittes bieten. In der Verlaufsbeobachtung zum Beispiel des grünen Stars und der Makuladegeneration bieten diese Geräte durch EDV-gestützte Vergleiche von Messungen zu verschiedenen Terminen hervorragende Möglichkeiten, auch schon kleinste Änderungen des Befunds festzustellen.

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

Augenheilkunde in Deutschland: Was kommt vom Fortschritt in der Praxis an?

Professor Dr. med. Bernd Bertram, Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands (BVA), Düsseldorf

Früher konnten wir Augenärzte beim Übergang einer trockenen in eine feuchte Makuladegeneration (AMD) nur die Diagnose stellen, den Patienten über die schlechte Prognose informieren und soziale Hilfen sowie Lupen oder andere Sehbehindertenhilfsmittel anbieten. Während dafür meist ein oder zwei Untersuchungstermine ausreichten, ergibt sich heute ein erheblich größerer Aufwand: Die Patienten brauchen viele Spritzen, nur bei wenigen reichen die initialen drei Spritzen. Nach jeder Spritze sind augenärztliche Kontrollen erforderlich, danach monatlich zumindest im ersten halben Jahr nach der letzten Injektion und danach auch weitere regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Da jetzt überhaupt eine Therapie der feuchten AMD möglich ist und diese umso erfolgreicher ist, je eher man das Einwachsen der Gefäßneubildungen stoppt, muss bei vielen Patienten mit Sehinderung oder bestimmten Sehstörungen intensiv abgeklärt werden, ob bei ihnen der Beginn einer feuchten AMD vorliegt. Diese vielen Untersuchungen, die noch vor wenigen Jahren nicht erforderlich waren, werden von den deutschen Augenärzten durchgeführt, ohne dass es bisher zu einer Honorierung über die Medikamenteneingabe hinaus gekommen wäre.

Auch neue Indikationen für die Medikamentengabe in den Glaskörper, wie zum Beispiel diabetesbedingte Augenveränderungen oder Thrombosen der Netzhaut, werden weitere Untersuchungen der Patienten zur Abklärung, ob und welche Therapie geeignet ist, nötig machen. Eine Zunahme der intravitrealen Eingaben der Medikamente und weitere Nachuntersuchungen sind zu erwarten, deren Finanzierung bisher noch weitgehend unklar ist. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist zu fordern, dass alle medizinisch sinnvollen Therapien bezahlt werden, einschließlich aller begleitend notwendigen Untersuchungen. Man kann uns nicht vorhalten, dass, zum Beispiel Beratungen, Netzhautuntersuchungen, Fluoreszenzangiografien, schon immer mit dem Geld der Kassen an die KV bezahlt wurden. Wenn sich diese Leistungen wegen medizinischer Innovationen erheblich ausweiten, muss es dafür zusätzliches Honorar für die Augenärzte geben.

Neue diagnostische Leistungen können dann nur in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, wenn der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies erlaubt hat (Erlaubnisvorbehalt). Bei dieser Entscheidung wird der G-BA beraten vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Für neue Leistungen wird gefordert, dass ein Nachweis über hochkarätige Studien darüber vorliegt, dass die Therapie oder das diagnostische Verfahren zu einer Verbesserung bei für die Patienten wichtigen Messwerten führt, zum Beispiel zur Verminderung der Erblindungsrate oder zu besserem Visus. Derartige Studien müssten über Jahre dauern und sind sehr teuer. Dies ist alleine schon aus Kostengründen nur der Pharmaindustrie möglich, aber nicht der Geräteindustrie. Deswegen sind die Hürden des

IQWiG und damit des G-BA für neue diagnostische Leistungen so hoch, dass neuartige diagnostische Verfahren sie nicht erfüllen können. Der Augenarzt befindet sich deswegen in dem Dilemma, diese Leistung dem Patienten entweder als Selbstzahlerleistung anbieten oder sie ihm vorenthalten zu müssen. Die Augenheilkunde ist ein sehr innovatives Fach mit vielen neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, sodass in der Augenheilkunde besonders viele medizinisch erforderliche Leistungen nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Am Beispiel des OCT bei der feuchten AMD kann man sehen, wie problematisch dies ist. Sinnvoll sind bei der AMD nach erfolgter Medikamenteneingabe monatliche Kontrollen nicht nur der Sehschärfe und des Netzhautbefunds sondern eigentlich unverzichtbar auch die Netzhautvermessung mit einem OCT. Diese jeden Monat erforderliche, circa 105 € teure Diagnostik können nur wenige Patienten bezahlen. Der Arzt steht damit vor dem Dilemma, diese Untersuchung den meisten seiner Patienten nicht anbieten zu können.

Ein noch größerer Skandal ist allerdings, dass noch nicht einmal für die augenärztliche Grundversorgung der Patienten genügend Geld zur Verfügung steht. Das Honorar, das der Augenarzt für die Grundversorgung seiner Patienten erhält, ist in vielen Bundesländern deutlich niedriger als noch vor zehn Jahren. Von den wachsenden Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die niedergelassenen Ärzte der letzten Jahre ist in der nichtoperativen Augenheilkunde nichts angekommen. Pro Patient und Quartal erhalten die Augenärzte für die nichtoperative Versorgung so wenig, dass davon gerade eben die Praxiskosten bezahlt werden können. Das sogenannte Regelleistungsvolumen, mit dem das an den Arzt ausgezahlte Budget pro Patient beschrieben wird, ist so niedrig bemessen, dass damit nur die Grundpauschale abgedeckt ist. Ein Großteil der weiteren Untersuchungen, die bei vielen Patienten unbedingt erforderlich sind, wird nicht bezahlt. Für viele Augenärzte ist diese Entwicklung ruinös. Wenn jetzt Augenärzte vor dem Dilemma stehen, im Rahmen der sowieso schon defizitären Kassenversorgung weitere teure Leistungen ohne adäquate Aufstockung der augenärztlichen Honorare durchführen zu sollen, ist das unerträglich und schlicht unmöglich. Wir brauchen trotz aller Sparzwänge der Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst eine deutliche Aufstockung der Honorare für die augenärztliche Grundversorgung, damit zumindest die Basisversorgung in der Fläche gewährleistet ist, und dann zusätzlich eine Finanzierung der diagnostischen Innovationen in der Augenheilkunde, die ein Großteil der Patienten nicht bezahlen kann.

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

Amblyopie: Wie lässt sich die häufigste Sehstörung im Kindesalter frühzeitig erkennen?

Professor Dr. med. Oliver Ehrt, Oberarzt, Leiter Orthoptik, Kinder- und Neuroophthalmologie, Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Fünf bis zehn Prozent aller Kinder leiden an einer Sehschwäche. Bei vielen wird sie aber erst zu spät erkannt, zum Beispiel wenn sich in der Schule Probleme zeigen. Leider ist es dann für eine effektive Behandlung oder gar Heilung oft schon zu spät und Eltern fragen sich, warum der Sehfehler nicht schon früher erkannt wurde.

Bei der hier in den meisten Fällen vorliegenden Amblyopie („Schwachsichtigkeit“ oder englisch „lazy eye“) handelt es sich um eine Entwicklungsstörung des Sehen-Lernens. Ein Auge, gelegentlich sogar beide und insbesondere die Sehzentren im Gehirn, haben das scharfe Sehen in den ersten Lebensjahren nicht gelernt. Wie die meisten Fähigkeiten, die für uns Erwachsene selbstverständlich sind, wie zum Beispiel Laufen, Sprechen und vieles andere mehr, muss auch das Sehen in den ersten Lebensjahren gelernt werden. Die Lernfähigkeit des Auges und insbesondere des Gehirns für das Sehen ist in den ersten drei Jahren besonders groß, nimmt dann bis zur Einschulung ab und ist bei Teenagern nur noch schwach vorhanden. Wir reden hier von der sensitiven Phase.

Ursache für die Amblyopie sind in den meisten Fällen ein Schielen, eine Fehlsichtigkeit oder seltener ein Grauer Star und andere Augenkrankheiten. Beim Schielen wird die Sehinformation eines Auges vom kindlichen Gehirn unterdrückt, um Doppelbilder zu vermeiden – das Sehzentrum kann dann aber das Sehen mit dem schielenden Auge gar nicht lernen, es bleibt schwachsichtig. Die Fehlsichtigkeit beschreibt den optischen Brechungsfehler, der dazu führt, dass die Hornhaut und Linse ein verschwommenes Bild auf der Netzhaut erzeugen. Mit so einem unscharfen Bild kann das Gehirn natürlich nicht lernen, scharf zu sehen. Diese häufige Fehlsichtigkeit entsteht meist aus einer Hornhautverkrümmung, einer hohen Weitsichtigkeit oder – besonders gefährlich – einer ungleichen Fehlsichtigkeit beider Augen und kann durch eine Brille korrigiert werden.

Die Behandlung der Amblyopie ist um so effektiver, je früher sie beginnt und umfasst in den meisten Fällen die Verordnung einer Brille zur Korrektur der Fehlsichtigkeit und die stundenweise Okklusion (Abkleben) des besseren Auges, um so das Gehirn zu zwingen, das schlechtere Auge zu nutzen und so zu trainieren. Diese Therapie muss unter regelmäßiger Kontrolle oft über Jahre fortgeführt werden. In seltenen Fällen ist auch eine Operation zum Beispiel des Grauen Stars erforderlich.

Das Hauptproblem bei der Amblyopie liegt darin, dass die Eltern die Erkrankung der Augen oft nicht ansehen können und die meist einseitige Sehstörung sich im Verhalten der Kinder nicht zeigt. Auffällig sind die Kinder nur, wenn sie ein großwinkliges Schielen zeigen, später in der

Schule die Anforderungen an das Sehen steigen oder wenn eine spezielle Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird. Mit wenigen, schnellen Untersuchungen kann der Augenarzt und die Orthoptistin (Fachkraft für Schielen und Sehentwicklung) eine Amblyopie schon bei kleinen Kindern erkennen.

Die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt, insbesondere die vor zwei Jahren eingeführte U7a mit drei Jahren, beinhalten auch Augenuntersuchungen. Jedoch sind die Kinderärzte nicht in der Lage, eine vollständige Amblyopie-Abklärung durchzuführen. Insbesondere gehört hierzu auch die Messung der Fehlsichtigkeit mit Weitstellen der Pupille.

Die Berufsverbände der Kinder- und der Augenärzte haben daher schon wiederholt gemeinsam die Forderung nach einer von den Krankenkassen finanzierten augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung gestellt. Eine daraufhin vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebene Studie des IQWiG kam 2008 zu dem Schluss, dass der Nutzen einer zusätzlichen augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung aus der bisherigen Studienlage nicht abzuleiten, aber auch nicht zu widerlegen sei. Der Bericht wird wegen vieler Schwächen noch intensiv diskutiert. Ungefähr zeitgleich erschienen ebenfalls umfangreiche Studien zur Kosteneffektivität der Amblyopie-Früherkennung in Großbritannien (HTA) und in der Cochrane Bibliothek.

Die aktuellen Empfehlungen der Berufsverbände sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Wann zum Augenarzt?	Auffälligkeit beim Kind	Augenerkrankung in der Familie
Sofort nach Geburt	auffällige Augen: zu große Augen, rote Augen, trübe Hornhaut, graue Pupille, fehlende Lidöffnung	angeborene Augenerkrankung: Grauer oder Grüner Star, Augentumor (Retinoblastom)
6. Lebensmonat	Schielen, Augenzittern, fehlende Fixation, Frühgeborene, Kinder mit Behinderung	Schielen Amblyopie starke Fehlsichtigkeit
2.–3. Geburtstag	ALLE anderen Kinder Suche nach kleinwinkeligem Schielen, Fehlsichtigkeit	

Die aktuelle Situation zur augenärztlichen Früherkennungsuntersuchung in Deutschland ist jedoch sehr heterogen. Bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Sehstörung beim Kind erfolgt die augenärztliche Untersuchung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Handelt es sich um eine Untersuchung eines völlig unauffälligen Kindes ist zum Teil die Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) von den Eltern zu zahlen. Einige Krankenkassen (zum Beispiel BKK in Bayern „Starke Kids“) bieten ihren Mitgliedern eine kostenfreie Vorsorgeuntersuchung um den dritten Geburtstag an.

In vielen Ländern Europas und Teilen Amerikas sind Amblyopie-Früherkennungsprogramme schon seit Jahren etabliert, zum Beispiel konnte in Schweden die Rate der tiefen Amblyopie um circa 90 Prozent gesenkt werden. Viele dieser Programme sind aber leider nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert und auf die Situation in Deutschland nicht einfach übertragbar. Zur Klärung der noch offenen Fragen zum Nutzen einer zusätzlichen augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kindern muss in Deutschland eine prospektive, kontrollierte epidemiologische Studie durchgeführt werden.

Verschiedene Aspekte der Amblyopie-Früherkennung werden auf dem WOC® 2010 in einem Symposium am Samstag, den 5. Juni 2010, von 14.00 bis 15.30 Uhr im Raum 012 diskutiert:

Wolf Lagrèze	Effectiveness of Screening Preschool Children for Amblyopia
Jill Carlton	Impact of amblyopia on quality of life
Carolyn Czoski-Murray	Cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia
Gräf, Michael	Brückner test: scope and limits
Ehrt, Oliver	Detection of amblyogenic factors with the Plusoptix S04
Repka, Michael	Screening based on visual acuity testing

Weitere Informationen zum Thema finden Sie bei:

- IQWiG, HTA, Cochrane Berichte 2008/9
www.iqwig.de/index.765.html
www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ1225.pdf
www.cochrane.org/reviews/en/ab005020.html
www.biomedcentral.com/1471-2415/9/3
- Berufsverband der Augenärzte (BVA):
www.augeninfo.de/patinfo/pi_kids.php
www.augeninfo.de/presse/pr_kids.php
- DOG, BVA Leitlinie 26a Amblyopie
www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/045-009.htm
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=category&id=67:erkrankungen&Itemid=69&layout=blog
- BKK Bayern „Starke Kids“
www.bkk-lv-bayern.de/bkk-barrierefrei/seiten/presse/pressedetail.php?p=208&y=2007
www.paednetz.de/pnb/show.php3?id=7&nodeid=
- Übersicht, Ehrt 2008:
haunerjournal-lmu.de/prae/hj1_08/einzseit1_08/runke.pdf

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

Injektionen und mehr – Innovationen bei der Therapie der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)

Professor Dr. med. Dr. med. habil. Anselm Kampik, Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), Direktor der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Die altersbezogene Makuladegeneration (AMD) ist die häufigste Ursache einer wesentlichen Verschlechterung des Sehvermögens im Alter. 30 Prozent der über 70-Jährigen sind in unterschiedlicher Ausprägung von einer frühen Form der AMD betroffen. Etwa acht Prozent der über 70-Jährigen leiden an der späten Form der AMD, die mit dem Verlust des zentralen Sehvermögens einhergeht. Lesen, Erkennen von Gesichtern oder Autofahren ist dann meist nicht mehr möglich. Man unterscheidet die häufigere „trockene“ AMD von der selteneren aber schwerwiegenderen „feuchten“ AMD. Auch wenn eine vollständige Erblindung durch diese häufige Erkrankung selten ist, so ist die AMD doch die häufigste Ursache einer hochgradigen Sehverschlechterung (Sehschärfe unter 0,1), die dann definitionsgemäß einer Erblindung gleichgesetzt wird.

Die Wissenschaft hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte im Verständnis, der Diagnose, aber auch in der Therapie dieser Erkrankung erreichen können. Obwohl es bis heute noch keine echte Heilung der AMD gibt, so stehen heute Behandlungsoptionen zur Verfügung, die die Erkrankung verlangsamen lassen oder sogar eine Verbesserung und Erhaltung der Sehschärfe ermöglichen.

Etabliert ist heute für die Behandlung der „feuchten“ AMD die Injektion eines Medikamentes (Anti-VEGF) in das Auge, das die neugebildeten krankhaften Blutgefäße unter der Netzhaut beeinflusst und dadurch die Netzhaut wieder „austrocknet“. Diese Injektionen in das Auge müssen aber nach jeweils vier Wochen wiederholt werden, solange, bis die Netzhaut nicht mehr durch die Flüssigkeit und die Blutgefäße „verdickt“ ist. Hierdurch kann die Sehschärfe bei über 90 Prozent der Patienten auf dem Stand zu Beginn der Injektionen gehalten werden. Bei gut 30 Prozent der Patienten kommt es zu einer Verbesserung der Sehschärfe. Je früher im Verlauf dieser Erkrankungsform die Medikamente verabreicht werden, desto besser ist die letztendliche Sehschärfe.

Neben der Injektion kommt somit der Früherkennung und der genauen Diagnose der Makuladegeneration eine entscheidende Rolle zu. Die Entwicklung neuer bildgebender Verfahren, mit denen die Netzhaut schmerzfrei und exakt dargestellt und vermessen werden kann, hat die Therapie der AMD wesentlich ermöglicht. Alternative Medikamente werden getestet, ebenso wie Systeme, die Medikamente langsamer freisetzen und somit die Häufigkeit der Injektionen in das Auge reduzieren. Getestet werden jetzt auch Kombinationen unterschiedlicher Medikamente. Ergebnisse dieser Studien stehen jedoch noch aus.

Die Therapie mit dem Laser bei der AMD ist mittlerweile fast vollständig durch die medikamentöse Therapie ersetzt. Eine Chirurgie an der Makula ist bei der AMD heute fast nur noch dann notwendig und sinnvoll, wenn aus den krankhaften Blutgefäßen hinter der Netzhaut eine massive Blutung eingetreten ist. Bei der frühen Form der AMD kann die orale Einnahme von Antioxidanten und Zink den Verlauf der Erkrankung verlangsamen und die Progressionsrate deutlich reduzieren. Neue Medikamente sind entwickelt und werden derzeit in klinischen Studien evaluiert, die noch spezifischer das Fortschreiten der trockenen AMD (bei der sogenannten areolären atrophischen Form) verhindern können. Forscher haben Erkenntnisse aus der Genetik erarbeitet, die zeigen, dass bei Veränderung eines bestimmten Faktors (complement factor H) eine höhere Neigung zur Erkrankung besteht und dass hierüber auch eine Therapie denkbar ist. (Auf dem Subspecialty Day Retina wird der aktuelle wissenschaftliche Stand hierzu dargestellt.)

Wenn aber eine Verbesserung mit Medikamenten nicht erreichbar ist oder aber die verbleibende Sehschärfe trotz der Stabilisierung für eine Lesefähigkeit nicht mehr ausreicht, so stehen sogenannte vergrößernde Sehhilfen zur Verfügung, die als Hilfsmittel mit angepasst werden können.

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

**Hornhauttransplantationen mit dem Femtosekundenlaser:
Welche Vorteile bietet das neue Verfahren?**

Professor Dr. med. Thomas Reinhard, Erster Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), Ärztlicher Direktor der Universitäts-Augenklinik Freiburg

Seit 2008 wurden in der Universitäts-Augenklinik Freiburg 109 Hornhauttransplantationen (perforierende Keratoplastiken) mit dem Femtosekundenlaser durchgeführt. Sowohl die Spenderhornhaut als auch die Patientenhornhaut werden mit dem Femtosekundenlaser geschnitten. Der Femtosekundenlaser ist in der Lage, mittels Photodisruption feinste aneinandergereihte Molekülblasen zu erzeugen. Damit ist es möglich, in allen Ebenen und Richtungen Hornhautgewebe zu schneiden. Der besondere Vorteil ergibt sich aus sogenannten profilierten Trepanationen, bei denen kongruente Stufen in Transplantat und Wirtshornhaut geschnitten werden. Die gebräuchlichsten Profile sind das „top hat“- (= Hut) und das „mushroom“- (= Pilz) Profil.

Die femtosekundenlaser-assistierte perforierende Keratoplastik erwies sich bislang als eine komfortable und sichere Operationsmethode. Die profilierten Trepanationen erleichtern intraoperativ das Erlangen eines wasserdichten Wundverschlusses sehr deutlich. Ein weiterer Vorteil der Stufenprofile ist die zügige und stabile Wundheilung durch die deutlich größere Wundfläche mit der Möglichkeit, die Fäden frühzeitig zu entfernen. Hierdurch wird eine schnellere endgültige Wiederherstellung der Sehschärfe erreicht. Die Sehschärfen- und Refraktionsergebnisse sind mit denen nach konventionellen mechanischen Trepanationsverfahren (Handtrepane oder automatisierte Trepane) vergleichbar. In Zukunft muss evaluiert werden, welches die besten Nahtmethoden und welche Indikationen ideal für den Einsatz des Femtosekundenlasers sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 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. Bernd Bertram
Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands (BVA),
Düsseldorf

* 1955



Beruflicher Werdegang:

1976–1982	Medizinstudium an der RWTH Aachen und der Universität Bonn
1983–1993	an der RWTH Aachen Assistenzarzt in der Inneren Medizin I (zweieinhalb Jahre) und der Augenklinik sowie fünf Jahre Oberarzt der Augenklinik
1992	Habilitation
Seit 1993	niedergelassener Augenarzt in Aachen
1999–2007	2. Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands e.V.
Seit 2000	Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein
Seit 2003	Mitglied des Gesamtpräsidiums der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Seit 2005	Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Nordrhein
Seit 2007	1. Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands e.V.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Oliver Eht
Oberarzt, Leiter Orthoptik, Kinder- und Neuroophthalmologie,
Augenlinik der Ludwig-Maximilians-Universität München



Beruflicher Werdegang:

Studium, Promotion, Habilitation:

- | | |
|------------|--|
| 1982–1984 | Physikstudium, Technische Hochschule Darmstadt, Vordiplom |
| 1984–1991 | Medizinstudium an der RWTH Aachen
und der Royal Free School of Medicine, London |
| 1992–1995 | Promotion bei Professor Dr. B. Lachenmayr an der Augenlinik der
Ludwig-Maximilians-Universität, München:
„Darstellung und Reflektometrie der retinalen Nervenfaserschicht mit dem
SLO und digitaler Bildverarbeitung“ |
| 24.11.2004 | Habilitation
Habilitation für das Fach Augenheilkunde an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München
„Konturinteraktion und Sehzeichenerkennung bei Augengesunden und
Amblyopen“ |
| 1.2.2009 | Berufung auf W2-Professur
Strabismologie, Kinder- und Neuroophthalmologie an der
Augenlinik der LMU München |

Berufliche Laufbahn:

- | | |
|-----------|--|
| 1992–1997 | Facharztausbildung Augenheilkunde, LMU, München |
| Seit 1996 | Aufbau der Funktionseinheit: „Makulafunktionsprüfung mit dem Scanning
Laser Ophthalmoskop (SLO)“ |
| Seit 1997 | Oberarzt in der Sektion Strabismologie, Kinder- und Neuroophthalmologie,
Augenlinik der LMU |
| Seit 2006 | Leitung der Sektion Strabismologie, Kinder- und Neuroophthalmologie an
der Augenlinik der LMU München |
| Seit 2006 | Leitung, Aufbau und Unterricht an der Berufsfachschule für Orthoptik
München, Kooperation der Augenkliniken der LMU und TUM |

Auslandsaufenthalte:

1968–1982	Brüssel
1984–1991	Medizinpraktika in Brüssel, Montpellier, Sheffield, Boston
1988–1989	Studienjahr in London
2001–2002	DFG-Forschungsaufenthalt bei Professor Robert Hess am Vision Research Laboratory der McGill Universität, Montréal, Kanada

Forschungsschwerpunkte:

- Amblyopie: Psychophysik, Diagnostik, Früherkennung
- OP-Verfahren in der Schielbehandlung
- Verrollungsschielern
- Propriozeption der Augenmuskeln
- Funktionsdiagnostik mit dem Scanning Laser Ophthalmoskop
- unklare Visus-Minderungen
- Netzhautablösung bei Kindern, Frühgeborenenretinopathie

Seit 2006	Gründungsmitglied im IFB ^{LMU} Integrierter Forschungsbereich Schwindel, Gleichgewichts- und Okulomotorikstörung
-----------	---

Kongresse:

2008	Organisator des 32 nd Meeting of the European Strabismological Association, München
------	---

Referent und Kursleiter in zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen und
Fortbildungskursen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. med. habil. Anselm Kampik
Generalsekretär der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG),
Direktor der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München



Beruflicher Werdegang:

Professor Anselm Kampik ist Direktor der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Nach seinem Studium der Humanmedizin an der LMU erlangte er 1974 seine Approbation als Arzt. Im Rahmen seiner Facharzt-Ausbildung zum Augenarzt war er von 1975 bis 1979 an der Augenklinik der Universität München tätig. 1979 bis 1980 folgte ein Fellowship am Wilmer Ophthalmological Institute, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, USA. Im Anschluss an seine Habilitation 1981 an der LMU wurde er 1985 auf eine C2-Professur für Augenheilkunde an die Augenklinik der LMU berufen. Als Ordinarius für Augenheilkunde war er von 1987 bis 1993 an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg tätig. Seit 1993 ist er Ordinarius für Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik an der LMU.

Zu seinen Schwerpunkten gehören die Mikrochirurgie des Auges, Retinologie, Zellbiologie der Netzhaut sowie Studien zu den Erkrankungen der vitreoretinalen Grenzfläche und die diabetische Retinopathie.

Professor Kampik ist als namhafter nationaler und internationaler Wissenschaftler in zahlreichen Fachgesellschaften und Forschungsprogrammen eingebunden. Er ist seit 1999 als Generalsekretär, davor als Präsident und Vizepräsident, für die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) tätig und gehörte dem Vorstand der Retinologischen Gesellschaft an. Neben seiner Mitgliedschaft in Fachgesellschaften wie dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, der American Academy of Ophthalmology (AAO) oder der Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO) ist er seit 1997 im Fachberatergremium der Bayerischen Landesärztekammer für das Gebiet Augenheilkunde. Darüber hinaus war er Mitglied der Task Force on CME des International Council of Ophthalmology und für die Deutsche Forschungsgemeinschaft und mehrere nationale und internationale Fachzeitschriften als Gutachter tätig. Im Jahre 2003 erhielt er die „Medaille d'Or Paul Chibret“ für die Förderung der Zusammenarbeit der deutschen und französischen Ophthalmologie.

Er ist Fellow des European Board of Ophthalmology (FEBO) und wurde zum Gold Fellow der Association for Research in Vision and Ophthalmology (FARVO) ernannt.

Professor Kampik hat 395 Originalarbeiten und viele Übersichtsarbeiten veröffentlicht und zahlreiche Bücher herausgegeben. Er wirkte und wirkt im Editorial Board verschiedener namhafter internationaler Journals wie Der Ophthalmologe, American Journal of Ophthalmology, Investigative Ophthalmology and Visual Science, Retina, European Journal of Ophthalmology oder Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Thomas Reinhard
Erster Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen
Gesellschaft (DOG), Ärztlicher Direktor der Universitäts-Augenklinik
Freiburg

* 1962



Beruflicher Werdegang:

Studium:

1981–1982	Fernstudium Mathematik in Hagen
1982–1988	Humanmedizin in Aachen und Basel
1989	Promotion an der RWTH Aachen
1996	Habilitation Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Beruflicher Werdegang:

1989–1992	Ausbildung zum Facharzt für Augenheilkunde an der Augenklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
1993–1996	Funktionsoberarzt
1996–2003	für den vorderen Augenabschnitt verantwortlicher Oberarzt an der Augenklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Seit 2003	Ärztlicher Direktor der Universitäts-Augenklinik Freiburg

Operative Erfahrung:

Durchführung von 19 431 Operationen (darunter 12 602 intraokulare Eingriffe)

Operative und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Hornhauteingriffe (insbesondere alle Formen der Hornhauttransplantation, perforierende und lamellierende Varianten, Limbusstammzell- und Amniontransplantation)
- Katarakt- und Glaukomoperationen

Wissenschaft:

- 254 schriftliche Arbeiten (darunter 200 in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Review-System), Impact-Factor-Summe 255, Zitationen 1123, Hirsch-Index 19
- 629 mündliche Beiträge (eingeladene Referate, Vorträge, Kurse, Poster, Videos)
- Organisation von 62 wissenschaftlichen Tagungen, Treffen, Symposien und Augenärzteabenden, darüber hinaus Moderation von 46 weiteren wissenschaftlichen Sitzungen
- Seit 2003 Sektionsherausgeber „Essentials in Ophthalmology“, seit 2003 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat „Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde“, seit 2006 Rubrikherausgeber in „Der Ophthalmologe“, seit 2009 Mitglied im Herausgeber-Board „Ophthalmologica“, seit 2009 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat „Ophthalmochirurgie“
- 13 Preise (u.a. Leonhard-Klein-Preis und Preis für Ophthalmochirurgie der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft sowie Forschungspreis der Deutschen Ophthalmochirurgen)

Weitere Funktionen:

1994–2003	Aufbau und Leitung der LIONS-Hornhautbank NRW
2003–2005	Aufbau und Leitung der LIONS-Hornhautbank Baden-Württemberg
1999–2003	Zweiter Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken
2008	Erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken
Seit 2001	Vorstandsmitglied der Sektion Kornea der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Seit 2008	Sprecher der Sektion Gewebetransplantation und Biotechnologie (vormals Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken) der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
2004–2009	Mitglied der Ständigen Kommission für Habilitationsangelegenheiten
2006–2009	Vorsitzender der Ständigen Kommission für Habilitationsangelegenheiten und Ernennungsverfahren zum außerplanmäßigen Professor der Medizinischen Fakultät Freiburg
2006–2009	Prodekan der Medizinischen Fakultät Freiburg
2004–2007	Erster Vorsitzender der Freiburger Medizinischen Gesellschaft
Seit 2004	Mitglied des Allocation Committee von Bio Implant Services (BIS, Leiden/Niederlande)
Seit 2006	Vorsitzender des Allocation Committee von Bio Implant Services (BIS, Leiden/Niederlande)
2006–2009	Vorstandsmitglied von Bio Implant Services (BIS, Leiden/Niederlande)
Seit 2006	Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer
2006–2009	Vorstandsmitglied des Bundes der Deutschen Ophthalmochirurgen (BDOC)

Seit 2007	Gesamtpräsidiumsmitglied der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
2009–2010	Erster Vizepräsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
Seit 2007	Mitglied der Gewebekommission der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)
Seit 2009	Mitglied des Stiftungsrats der Stiftung Europäischer Gewebebanken
Seit 2009	Mitglied des Vorstands von EU-Cornea

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



Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des World Ophthalmology Congress (WOC® 2010)

Termin: Donnerstag, 3. Juni 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin, Funkturm-Lounge II
(im FunkturmInnenhof), Neue Kantstraße/Ecke Messedamm, 14057 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. Bernd Bertram
- Professor Dr. med. Oliver Ehrt
- Professor Dr. med. Dr. med. habil. Anselm Kampik
- Professor Dr. med. Thomas Reinhard
- 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