



Augennetz
West

Newsletter 2017 / 3

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der schönsten Sommerzeit erreicht Sie unser dritter Newsletter des **Augennetz West** mit Nachrichten zu aktuellen Entwicklungen und neuen Informationen zum Thema Seilbahn auf den Venusberg, rekrutierenden klinischen Studien der Universitäts-Augenklinik Bonn und weiteren Themen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!



Universitäre Augennetze

Im Rahmen der diesjährigen AAD fand ein zweites Treffen der **Universitären Augennetze** statt an welchem die Augennetze Bonn, Frankfurt, Freiburg, München und Münster teilnahmen. Neben allgemeinen Anmerkungen und Fragen zu den einzelnen Augennetzen erläuterte Dr. Alnawaiseh die Online-Plattform UKM EyeNet der Univ.-Augenklinik Münster. Über eine eigene VPN-Leitung ermöglicht diese niedergelassenen Augenärzten, alle für eine Patientenvorstellung notwendigen Daten über eine sichere Internetverbindung an die Klinik zu senden. Die Leitung kann auch für Terminanfragen und Nachrichten genutzt werden. Umgekehrt erhält der überweisende Arzt von der Klinik ausführliche Befunde und Bildmaterial über Patienten nach Vorstellung in der Klinik.

PD Dr. Ness stellte das Projekt „Augenbus“ vor, das sowohl vom Augennetz Südbaden sowie der Blinden- und Sehbehindertenstiftung Südbaden, dem Blindenheim Freiburg und der Univ.-Augenklinik Freiburg durchgeführt wird. Hierbei transportiert ein Kleinbus eine fahrbare augenärztliche Untersuchungseinrichtung alle zwei Wochen in schlechter versorgte ländliche Gemeinden Südbadens. Termine für den Augenbus werden in lokalen Medien annonciert. Blinde- und sehbehinderte Patienten können selbst oder über ihren Hausarzt einen Untersuchungstermin vereinbaren. Diagnostik, Sehhilfenberatung sowie Sozialberatung finden dann in barrierefreien Räumen der jeweiligen Ortschaft statt. Dort wird die mobile Untersuchungseinheit für einen Tag aufgebaut. Das Projekt erhält finanzielle Zuwendungen des Ministeriums für den Ländlichen Raum Baden-Württemberg.

Eine nächste Arbeitssitzung wird auf der DOG am 1. Oktober 2017 erfolgen. Unmittelbar vor dem Treffen wird das Symposium **„Universitäre Augennetze: Vernetzt und doch unabhängig“** unter Leitung von PD Dr. Ness (Freiburg) einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Bildung von Augennetzen sowie die Anforderungen an deren elektronische Vernetzung geben. Zudem wird die Bedeutung von Netzwerken für niedergelassene Augenärzte und Kliniken referiert. Mitgliedern des Augennetz West wird eine Teilnahme an diesem Symposium empfohlen.

Fortbildungen – IVOM-e-Learning

Aufgrund der hohen Nachfrage und regen Teilnahme will das Augennetz West auch weiterhin jedes Jahr eine Fortbildung für medizinische Fachangestellte veranstalten.

Es sollen auch 2018 wieder zwei augenärztliche Fortbildungen veranstaltet werden, die jeweils als IVOM-Aufbaukurs anerkannt werden. Vierstündige IVOM-Grundkurse würden wir auch aufgrund des vielfältigen Angebots im Rahmen anderer Tagungen inkl. RWA, VOA oder Retinologische Gesellschaft im kommenden Jahr nicht veranstalten. Hinzu kommt, dass die DOG gemeinsam mit der Retinologischen Gesellschaft noch vor Ablauf dieses Jahres einen zertifizierten IVOM-Grundkurs als e-Learning-Fortbildung anbieten wird.

Informationen des Universitätsklinikums Bonn zum Projekt „Eine Seilbahn für Bonn“

Mehr Patientinnen und Patienten am UKB: Schon jetzt behandelt das UKB pro Jahr rund 50.000 Patientinnen und Patienten stationär und über 350.000 ambulant (Zuwachs +25% in 5 Jahren). Das bedeutet, täglich werden über 1000 Patientinnen und Patienten auf den Stationen betreut und rund 1400 Behandlungen in den Ambulanzen durchgeführt. Dazu kommen ca. 35.000 Notfälle pro Jahr. In Zukunft werden vor allem die ambulanten Behandlungen weiter zunehmen. Eine schnelle und direkte Anbindung des UKB wird unbedingt benötigt.

Verkehrssituation Venusberg: Die Stadt Bonn prognostiziert für das Jahr 2030 einen deutliche Verkehrsanstieg auf täglich 20.000 Fahrzeuge, der die einzige Zufahrt zum Stadtteil Venusberg und dem UKB, die Robert-Koch-Straße, belastet. Dabei ist die Verkehrsbelastung jetzt schon sehr hoch: Staus, Busverspätungen und lange Anfahrtszeiten gehören zum Alltag und werden immer schlimmer. Zahlreiche Mitarbeitende des UKB müssen morgens zwischen 7 Uhr und 8 Uhr pünktlich ihren Dienst aufnehmen. Für die Anwohnenden, die Patientinnen und Patienten des UKB sowie für die Mitarbeitenden und Studierenden wird es immer schwieriger das UKB mit einem vertretbaren Zeitaufwand zu erreichen.

Hohes Potenzial zur Verkehrsentlastung: Bereits die kurze Variante (Nordtrasse) der Seilbahn-Verbindung zwischen Venusberg und der neuen DB-Station UN-Campus (hinter der Bundeskunsthalle) würde laut Gutachten 6.000 Seilbahnnutzer pro Tag transportieren und damit den Straßenverkehr entlasten. Die Verlängerung über den Rhein nach Beuel würde das Potenzial nochmal deutlich steigern.

Attraktiv für Bonn: Mit der Seilbahn wird das Naherholungsgebiet Kottenforst unmittelbar an die Stadt angeschlossen und ist dann problemlos und barrierefrei zu erreichen. Wer will, kann sein Fahrrad mitnehmen und so den Wald erkunden. Die Seilbahn könnte eine weitere Bonner Attraktion werden.

Wirtschaftlich: Die Investitionen von rund 20 Millionen Euro werden zu 90% durch das Land NRW gefördert. Die Betriebskosten belaufen sich auf rund 1,4 Millionen Euro pro Jahr und werden durch die Einnahmen gegenfinanziert. Durch die Einbindung in das Tarifsystem des VRS und optimale Anbindungspunkte lässt die Seilbahn sich optimal in das Netz des ÖPNV integrieren. Die Bonner Seilbahn kann laut Gutachter wirtschaftlich betrieben werden.

Ökologisch: Die Seilbahn kann nicht nur als ÖPNV (Verringerung des motorisierten Individualverkehrs) fungieren, dank Ökostrom kann die Seilbahn nahezu emissionsfrei fahren. Beim geplanten Seilbahntyp sind die Trassenbreite und die Eingriffe in die Umgebung am geringsten. Die Seilbahn ist barrierefrei geplant und kann im Umweltverbund auch Fahrräder transportieren.

Schnell – Leise – Diskret: Die Seilbahn wird in 12 Minuten von Beuel zum Venusberg fahren, kaum zu Geräuschbelästigungen führen und hat Kabinen, die in 45 Metern Höhe einen herrlichen Ausblick ermöglichen.

Wenig Belastungen für Anwohner der Seilbahn: Die Gondeln befinden sich mindestens 45 Meter über dem Boden, sie haben keinen Glasboden, nur

Seitenfenster und durch einen „Kragen“ im unteren Gondelbereich wird der direkte Blick nach unten eingeschränkt werden. Die Trassenführung geht über Waldgebiet, Straßen, Fabrikgebäude etc. und wird so gewählt, dass nur wenige **private** Grundstücke betroffen sind.

Warum gibt es keine Alternative zur Seilbahn? Erweiterung der Robert-Koch-Straße, eine neue, zusätzliche Straße oder ein Tunnel zum Venusberg sind bereits geprüft und aufgrund der immensen Kosten und der Aussagen des umgebenden Landschaftsschutz- und Naturschutzgebietes nicht umsetzbar. Mehr Busse bringen keine nachhaltige Lösung, sondern würden die Probleme auf der Straße ohne Haltebuchten weiter verschärfen. Alternative Verkehrsmittel und die Nutzung des ÖPNV werden vom UKB bereits durch ein betriebliches Mobilitätsmanagement gefördert. Dazu gehören beispielsweise eine Online-Mitfahrerzentrale, das Jobticket und die Förderung von E-Bikes (zusammen mit den Stadtwerken Bonn).

Wie bekommt Bonn eine Seilbahn?

- Die Bonner Seilbahn wird in einem intensiven Bürgerdialog öffentlich diskutiert.
- Ein unabhängiger Gutachter hat die Machbarkeit und die Vorteile der Bonner Seilbahn erarbeitet und der Öffentlichkeit vorgestellt.
- Der Rat der Stadt Bonn trifft die Entscheidung zum Bau der Bonner Seilbahn.
- Sobald eine positive Entscheidung der Stadt Bonn vorliegt, kann mit der Feinplanung der Bonner Seilbahn unter Bürgerbeteiligung begonnen werden.
- Nach der Bewilligung der Fördergelder durch das Land kann der Bau der Bonner Seilbahn starten. Die Bonner Seilbahn könnte ab 2020 fahren.

Hospitationen für Assistenzärzte

Seit einigen Jahren hospitieren Assistenzärzten im letzten Weiterbildungsjahr in Mitgliedspraxen des Augennetz West. Hintergrund ist, dass sich die tägliche Arbeit eines niedergelassenen Augenarztes in hohem Maße von der Arbeit in der Klinik unterscheidet. Während Ärzte in der Klinik meist nur schwerkranke Patienten für sehr kurze Zeiträume betreuen, versorgt der Augenarzt in niedergelassener Praxis seine Patienten in der Regel über eine lange Zeit. Die Arbeitsabläufe in Klinik und Praxis unterscheiden sich z.T. erheblich. Bei einer Hospitation können Assistenzärzte erste Eindrücke sammeln, ihre Weiterbildung attraktiv komplettieren und Entscheidungshilfe für ihre berufliche Zukunft finden. Der Vorstand beschloss, zukünftig bereits Assistenzärzte in 2-3 Weiterbildungsjahr in Mitgliedspraxen eine Hospitation zu ermöglichen, damit sie ihre so gewonnen Kenntnisse und Erfahrungen auch im Klinikalltag einbringen können. Zudem soll die Hospitation wieder auf eine Woche begrenzt werden.

Erfahrungsbericht einer Praxis-Hospitation bei Dr.med. Sabine Hoeft (07.-18. November 2016) von Petrus Chang



Im Rahmen der Kooperation zwischen dem Augennetz West und der Universitäts-Augenklinik Bonn hatte ich die Möglichkeit, für zwei Wochen in der Praxis von Frau Dr. Hoeft zu hospitieren. Die Praxis befindet sich in der Fußgängerzone der Bonner Innenstadt und war zum Zeitpunkt der Hospitation neu bezogen worden. Die Räume machten einen modernen, freundlichen und großzügigen Eindruck. Die Praxis deckt das gesamte Spektrum der Kinder-Ophthalmologie ab. Ein Schwerpunkt liegt auf der Betreuung und Begleitung junger Patienten mit einer schweren Uveitis im Rahmen einer JIA (juvenile idiopathische Arthritis) und Kindern mit neuroophthalmologischen Erkrankungen. Das sehr gut eingespielte Praxisteam besteht aus drei Orthoptistinnen und zwei medizinischen Fachangestellten.

Ich hatte mich für eine Hospitation bei Frau Dr. Hoeft entschieden, weil mich die Arbeit in der Kinder-Ophthalmologie sehr interessiert und ich im Rahmen meiner Orthoptik-Rotation in der Univ.-Augenklinik Bonn von dem exzellenten Ruf der Praxis gehört hatte. Frau Dr. Hoeft lernte ich als eine sehr kompetente und herzliche Ärztin kennen, die sich energisch für das Wohl ihrer Patienten einsetzt. Zuvor hatte sie als Oberärztin in der Orthoptik der Univ.-Augenklinik Göttingen gearbeitet. Zudem absolvierte Fr. Dr. Hoeft eine Weiterbildung in pädiatrischer Ophthalmologie bei Prof. von Noorden am Baylor College of Medicine in Houston (USA). Diese ist in Deutschland als separates Fach noch nicht etabliert.

Frau Dr. Hoeft ist Mitglied der DOG-Sektion Uveitis. Ihre guten Kontakte und ihr herausragendes Fachwissen kommen ihren jungen Patienten mit schwerer Uveitis, Erkrankungen aus dem neuroophthalmologischen Formenkreis, Katarakt oder kongenitalem Glaukom zu gute. Um ihren Patienten eine bestmögliche interdisziplinäre Behandlung zu sichern, involviert Fr. Dr. Hoeft häufig andere bekannte Fachspezialisten.

Während meiner Hospitation konnte ich viele verschiedene und auch seltene Krankheitsbilder sehen. Natürlich werden in der Praxis auch zahlreiche Patienten mit häufig vorkommenden Krankheitsbildern behandelt; jedoch hatte ich den Eindruck, dass der Patientenanteil mit schweren ophthalmologischen Krankheitsbildern und -Verläufen hoch ist. Viele dieser Patienten nehmen eine weite Anreise zur Praxis auf sich.

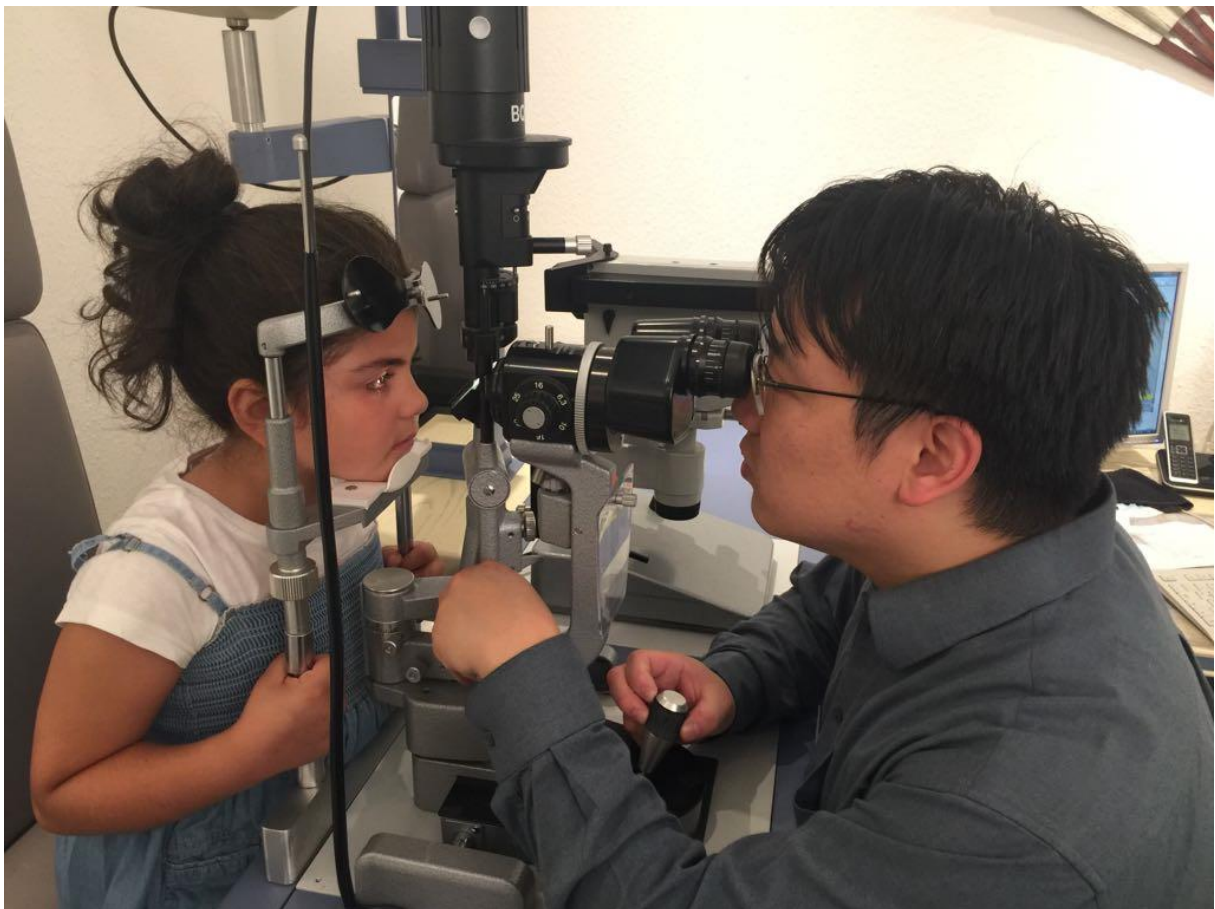
In meiner zweiwöchigen Hospitationszeit hatte ich viel Gelegenheit, Patienten mit allen Arten des Schielens, Nystagmus, Patienten mit Z. n. ROP, Z.n. Operation einer kongenitalen Kararakt, kongenitalem Glaukom, Pseudotumor cerebri sowie auch Patienten mit verschiedensten Syndromen (Trisomie 21, Charge-Syndrom, Morbus Crouzon, Craniosynostosen, Neurofibromatose I und II) kennenzulernen.

Beeindruckend war für mich die Erstdiagnose einer frühkindlichen Retinitis Pigmentosa bei Usher Syndrom. Des Weiteren durfte ich auch junge Uveitis-Patienten mit schweren und schwersten Verläufen und teils langer Krankheitsvorgeschichte kennenlernen, deren Augen sich durch die engmaschige und engagierte Betreuung wirklich erstaunlich erholt bzw. entwickelt hatten. Frau Dr. Hoeft vereinigt augenärztliche Kompetenz mit großer Erfahrung, insbesondere in Bezug auf die systemische Behandlung der Patienten mit klassischen Medikamenten (Steroide, Methotrexat, Azathioprin) sowie den neuen Biologicals (Adalimumab, Infliximab, Tocilicumab). Ihr ist sehr bewusst, dass gutes Sehen größte Auswirkungen auf den Lebensverlauf eines Patienten haben kann.

So hat Frau Dr. Hoeft mir insbesondere die Wichtigkeit einer guten und umfassenden Betreuung und konsequenten Führung von Patienten im Praxis-Setting vor Augen geführt. Patienten mit schweren Krankheitsbildern brauchen oft eine umfangreiche interdisziplinäre Betreuung. Diese wird zumeist von Spezialisten an größeren Kliniken und Universitätskliniken durchgeführt. Jedoch laufen die Fäden beim häuslichen Augenarzt wieder zusammen, dem somit eine sehr wichtige Aufgabe als Schnittstelle und Kontinuitätsgarant zukommt. Ohne eine Grundsatzdiskussion anstoßen zu wollen, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die Betreuung von Patienten mit solch schweren Verläufen auch zeitintensiv ist, ein Aufwand der oft nicht finanziell vergütet wird.

Während meiner Hospitation durfte ich Frau Dr. Hoeft den ganzen Tag bei ihrer Arbeit begleiten. Sie ist sehr kommunikativ und hat mir zu jedem Patienten ausführlich über Anamnese, Therapie und ophthalmologische Befunde berichtet. Ich durfte Patienten skioskopieren und funduskopieren sowie jederzeit Fragen stellen. In Zeiten moderner ophthalmologischer Bildgebung (z.B. OCT) war für mich auch die rein funduskopische Diagnose und Detailbeschreibung von Netzhautbefunden beeindruckend, was mich auch motiviert hat, die „old-school“ Spaltlampen-biomikroskopie und Funduskopie nicht aus den Augen zu verlieren. Jüngste und junge Patienten erfordern ein gewisses Fingerspitzengefühl, Kreativität und auch Übung hinsichtlich Kommunikation und Untersuchungstechnik. Auch diesbezüglich konnte ich bei Frau Dr. Hoeft viele guten Ideen - insbesondere für den Umgang mit Kindern - z.B. im Notdienst oder in der Orthoptik bekommen. Während meiner Hospitationzeit wurde ein neues OCT-Gerät in der Praxis getestet und erste Bilddaten bei Kindern mit Papillenschwellung, Optikusatrophie bei Optikusgliom und

Makulaödem bei Uveitis aufgenommen. Als Mitarbeiter des GRADE Reading Centers der Univ.-Augenklinik Bonn konnte ich hier meine Erfahrungen einfließen lassen. Nachfolgenden Hospitanten bei Frau Dr. Hoeft sei der Tipp gegeben, vor ihrer Hospitation die Organisation eines Zweit-Skiaskops anzusprechen, da dies weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit eröffnet. Auch einige Kenntnisse zu der Bedienung des Praxis-Informationssystems Duria sind sicherlich hilfreich. Zusammenfassend habe ich die Zeit der Praxishospitation bei Frau Dr. Höft als sehr lehrreich empfunden, sowohl ophthalmologisch-fachlich als auch hinsichtlich der Führung einer guten Praxis. Ich möchte Frau Dr. Hoeft an dieser Stelle nochmals für die sehr gute Betreuung danken. Eine Hospitation in dieser Praxis kann ich uneingeschränkt empfehlen.



Hospitationen für Mitglieder an der Univ.-Augenklinik Bonn

Die Univ.-Augenklinik Bonn bietet allen Mitgliedern des Augennetz West an, einmal in der Klinik zu hospitieren. Sei es als „Observer“ im OP oder um neue diagnostische Möglichkeiten hier kennenzulernen oder vielleicht bei IVOM-Behandlungen, um hier unsere Abläufe besser kennen zu lernen und vielleicht mit uns zu optimieren.

Hospitationen für medizinische Fachangestellte

Seit 2017 können auch medizinische Fachangestellte in der Universitäts-Augenklinik hospitieren. Geben Sie Ihren Mitarbeitern/innen die Chance, einen Tag im OP zuzuschauen oder in einer unserer Abteilungen zu hospitieren. Wenn Ihre

augenärztliche Fachkraft also schon immer einmal bei einer speziellen Operation zuschauen wollte, Interesse an einer bestimmten bildgebenden Diagnostik hat oder wissen möchte, wie es bei unserer Anmeldung/Terminplanung zugeht – so sollte sie bei uns für einen Tag hospitieren.

Postoperative Qualitätssicherung

Die Universitäts-Augenklinik Bonn sowie niedergelassene Augenärzte der Region haben ein großes Interesse an einer postoperativen Qualitätssicherung. Da die Klinik viele Patienten nach den Operationen nicht in der langfristigen Nachsorge betreut, gibt es kaum ein Feedback über exakte Ergebnisse und die Zufriedenheit der Patienten mit den Operationsergebnissen.

Entsprechende Online-Fragebögen zur postoperativen Qualitätskontrolle bei Katarakt- und Netzhaut-Operationen (Netzhautablösung, epiretinale Gliose, Makulaforamen) wurden bereits erstellt. Es war angedacht, dass die mit einer postoperativen Nachkontrolle betrauten niedergelassenen Augenärzte zukünftig ein entsprechendes postoperatives Qualitätssicherungsformular ausfüllen sollten und an die Augenklinik zurückleiten. Die schriftliche Einwilligung des Patienten für diesen Datentransfer sollte in der Augenklinik vor der Operation eingeholt werden. Niedergelassene Augenärzte, die den postoperativen Qualitätssicherungsbogen ausgefüllt zurücksenden, sollten für diese Arbeit eine Aufwandsentschädigung erhalten, die auch vor dem Hintergrund des Antikorruptionsgesetzes vertretbar ist. Hierzu wurden von den Rechtsabteilungen des Universitätsklinikums, der Krankenhausgesellschaft sowie der Ärztekammer Stellungnahmen erbeten und liegen nun vor. Während die Rechtsabteilung des Universitätsklinikums eine Aufwandsentschädigung für das Ausfüllen der postoperativen Qualitätssicherungsbögen für rechtskonform hält, meldeten die Rechtsabteilungen der Krankenhausgesellschaft sowie der Ärztekammer hinsichtlich des Antikorruptionsgesetzes Bedenken an. Es werden aktuell Lösungswege gesucht und die Thematik soll auch auf der Mitgliederversammlung des Augennetz West am 18. Oktober diskutiert werden.

IQWiG – OCT Nutzenbewertung

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kam bei seiner Nutzenbewertung der optischen Kohärenztomographie bei Netzhauterkrankungen wie altersbedingter Makuladegeneration oder diabetischem Makulaödem zu der Schlussfolgerung, dass der Nutzen oder Schaden der OCT in der Erstdiagnostik unklar sei.

Beim Vergleich von OCT plus Sehtest zur Therapiesteuerung bei neovaskulärer AMD mit einem Sehtest allein ergäbe sich aus den wenigen Studiendaten ein Anhaltspunkt für einen Schaden aufgrund häufiger Nebenwirkungen in der OCT-Gruppe. Nebenwirkungen waren: Knochenbrüche, Herzerkrankungen sowie

Lungenentzündungen. Inwiefern das OCT diese Nebenwirkungen hervorgerufen haben sollte, war laut IQWiG nicht geklärt.

Auch der Einsatz der OCT in der Therapiesteuerung ist laut IQWiG unbefriedigend, mit zu wenig klinischen Studiendaten. Aus diesen Daten könne die IQWiG weder Nutzen noch Schaden für die OCT-kontrollierte Therapiebewertung feststellen.

Professor Holz wies darauf hin, dass nun der Gemeinsame Bundesausschuss hinsichtlich der OCT-Nutzenbewertung bei Netzhauterkrankungen eine Entscheidung treffen wird.

Termine

13. September 2017 – 17:00 Uhr: [Fortbildungsveranstaltung für Augenärzte – „Seltene Erkrankungen“](#)

18. Oktober 2017 – 17:00 Uhr: [Mitgliederversammlung des Augennetz West](#)

Klinische Studien an der Universitäts-Augenklinik Bonn

Mitglieder des Augennetz West wünschten gezielt Informationen über zur Zeit rekrutierende Studien der Universitäts-Augenklinik Bonn, damit sie geeignete Patienten für eine Studienteilnahme qualifizierter auswählen können. In unserem ersten Newsletter zu Beginn des Jahres hatten wir bereits über damals rekrutierende Studien berichtet. Hier ist nun ein Update.

Zu Ihrer Information sind alle entsprechenden Studien hier aufgelistet. Über den angegebenen Link kommen Sie zu einer kurzen Zusammenfassung der jeweiligen Studie und deren Hauptein- sowie Ausschlusskriterien:

[STUDIEN ZUR AMD](#)

[STUDIEN ZUR DIABETISCHEN RETINOPATHIE](#)

VIOLET: Open-label, randomisierte, Phase-3b-Studie zur Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von drei verschiedenen IVOM-Behandlungsregimen mit 2mg Aflibercept bei Patienten mit diabetischen Makulaödem (DMÖ).

Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, Diagnose einer DMÖ, Visusverlust als Folge der DMÖ, bestkorrigierter Visus (ETDRS) zwischen 73 und 25 Buchstaben im Studienauge. Keine anti-VEGF-Therapie in den 12 Wochen vor Studienteilnahme, vorangegangene vitreoretinale Chirurgie, Vorbehandlung mit Langzeitsteroiden, präretinale Fibrose mit Makulabeteiligung, Schäden im Zentrum der Makula, e.g. Atrophie des RPE, subretinale Fibrose, Vernarbungen, makuläre Ischämie oder unkontrollierter Diabetes/Bluthochdruck.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/VIOLET.docx>

GLAUKOM-STUDIEN

ARTEMIS: Interventionelle, randomisierte, doppelblinde Phase-3-Studie zur Sicherheit und Wirksamkeit von Bimatoprost in Patienten mit einem Offenwinkelglaukom oder okulärer Hypertension. Evaluation der Intraokulardruck (IOD) –senkenden Wirksamkeit und Sicherheit von 10µg und 15µg Bimatoprost appliziert via intracameraler Injektion in einem bioabbaubaren Wirkstoffimplantat mit anhaltender Freisetzung des Wirkstoff (sustained release = SR).

Diagnose eines Offenwinkelglaukoms oder einer okulären Hypertension in beiden Augen. Keine vorangegangene Kataraktchirurgie im Studieneuge, keine Kontraindikation für Betablocker.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/ARTEMIS.docx>

STUDIEN ZUR FRÜHGEBORENENRETINOPATHIE

ROPE: Das **Deutsche Frühgeborenenretinopathie-Register:** Eine Initiative des [Retina.net](#)-Forschungsverbundes der [Retinologischen Gesellschaft](#). Es dient der Erfassung und systematischen Auswertung der Krankheitsverläufe aller Kinder mit **behandlungsbedürftiger** Frühgeborenenretinopathie, unabhängig von der Art der Behandlung. Neben der Dokumentation von ROP-Inzidenzen soll das Register auch Daten zu Behandlungsmodalitäten für schwere ROP liefern sowie deren Kurz- und Langzeitergebnisse dokumentieren.

Behandlungsbedürftige ROP entsprechend den Kriterien der Deutschen ROP für Früherkennung und Behandlung der ROP, schriftliche Einwilligungserklärung der Eltern.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/ROPE.docx>

RAINBOW: Rainbow Extension Study: Eine interventionelle, nichtrandomisierte, Open-label Prolongationsstudie, um die Langzeitwirkung und –sicherheit von intravitrealem Ranibizumab im Vergleich zu einer Laserablation bei Säuglingen mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) zu evaluieren, die bereits an der Kernstudie CRFB002H2301 teilnahmen.

Patienten müssen an der Studie CRFB002H2301 teilgenommen haben (keine Studienabbrecher).

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/RAINBOW.docx>

WEITERE STUDIEN

EyNeP: Intravitreales Aflibercept (Eylea®) zur Therapie von choroidalen Neovaskularisationen und fibrovaskulären Proliferationen in Patienten mit Pseudoxanthoma elasticum

Diagnose von PXE durch molekulargenetische Diagnostik und / oder Hautbiopsie, Visus 0,05 - 1,0 Studieneuge, keine operativen okulären Eingriffe einen Monat vor

Studieneinschluss, keine Einnahme anderer VEGF-hemmender Arzneimittel einen Monat vor Studieneinschluss.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/EyNeP.docx>

PEARL: Evaluation des Treat & Extend-Schemas in Patienten mit retinalen Venenverschlüssen mit und ohne Laserbehandlung des retinalen Ischämiegebietes.

Ranibizumab gegen Ranibizumab plus Laser Behandlung. Retinaler Venenverschluss mit makulärem Ödem, Visus < 0,5, Ischämiegebiet mit PD > 5, keine diabetische Retinopathie, keine vorhergehende anti-VEGF- oder Lasertherapie, keine intravitreale Steroidtherapie, keine Vitrektomie, keine intraokulare Operation in den letzten 3 Monaten, keine retinalen Blutungen, die eine Laserbehandlung des Ischämiegebietes in den nächsten 12 Wochen ausschließen.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/PEARL.docx>

NightstaRX: Beobachtungsstudie zum natürlichen Progressionsverlauf der Choroideremie.

12-monatige Beobachtung des natürlichen Progressionsverlaufs der Choroideremie anhand anatomischer und funktionaler Veränderungen. Klinischer Phänotyp und bestätigte genetische Diagnose einer Choroideremie, Visus 0,63 - 0,1, keine Amblyopie im Studienauge.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/NightstaRX.docx>

TULIP: Intravitreales JETREA®: Eine europäische prospektive Arzneimittel-Nutzungsstudie.

Alle Erkrankungen: Intravitreale JETREA®-Injektion geplant

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/TULIP.docx>

MacTel NHOR: Beobachtungs- und Registrationsstudie zum natürlichen Verlauf makulärer Teleangiektasien Typ 2.

Keine diabetische Retinopathie mit ≥ 10 Mikroaneurysmen und / oder kleinen retinalen Blutungen.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/MacTel-NHOR.docx>

TONE: Randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte, Phase-3- Studie zur Behandlung der Optikusneuritis mit Erythropoietin (EPO). Prävention von Fehlsichtigkeit und Sehnervendegeneration bei Optikusneuritis durch zusätzliche zu Methylprednisolon (Standardbehandlung) applizierte intravenöse Injektionen von Erythropoietin über 3 Tage.

Diagnose einer Optikusneuritis - erste Symptome < 10 Tage vor Eintritt in die Studie, Kontrastsehschärfe < 0,5, adäquate OCT-Messungen verfügbar. Keine refraktiven Anomalien: Hyperopie > 5 dpt, Myopie < -7 dpt, Astigmatismus > 3 dpt, keine schwere Papillitis, vorangegangene Optikusneuritis, MS oder neurologische Erkrankungen, Thrombophilie, Phenylylketonurie, keine Autoimmunerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, unkontrollierter Bluthochdruck, Karzinomerkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, akute Virus-, Bakterien- oder Pilzkrankungen, HIV, Hepatitis B oder C, Schutzimpfungen (jünger als 2 Wochen), nicht bei geplanter Schwangerschaft oder während der Stillzeit. Keine Sportler, die EPO aus ethischen Gründen nicht nehmen dürfen.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/TONE.docx>

PRIVENT: Interventionelle, randomisierte, doppelblinde Phase-3- Studie zur Behandlung der proliferativen Vitreoretinopathie (PVR). Hochrisikopatienten werden während Pars Plana Vitrektomie (PPV) prophylaktisch mit intravitrealen Infusionen von 5-Fluorouracil und niedermolekularem Heparin (LMWH) bei primärer rhegmatogenen Netzhautablösung (RRD) behandelt.

Primäre rhegmatogene Netzhautablösung (< 4 Wochen) im Studienauge, geplante Pars Plana Vitrektomie bei Netzhautablösung ohne kombinierte Kataraktoperation, erhöhter Proteingehalt im Kammerwasser des Studienauges (Laserflarewert > 15.0 pc/ms). Keine primäre rhegmatogene Netzhautablösung (> 4 Wochen), traumatische Netzhautablösung, großen Netzhautdefekte, vorbestehende PVR Grad C, retinalen Dystrophien, chronische Entzündung im Studienauge, aktive retinale Gefäßerkrankung, proliferative diabetische Retinopathie, Uveitis oder Endophthalmitis. Kein unkontrolliertes Glaukom oder okuläre Hypertension.

<http://augennetz-west.de/wp-content/uploads/PRIVENT.docx>

Bei Rückfragen zu diesen Studien oder zu teilnehmenden Patienten bzw. für eine *Terminvereinbarung* wenden Sie sich bitte an:

Klinisches Studienzentrum der Universitäts-Augenklinik Bonn

Telefon: 0228 287 14748 (Frau Bartsch, Frau Czauderna, Frau Hofmann, Frau Supé)

Email: Monika.Fleckenstein@ukb.uni-bonn.de

2017 - neue ärztliche Mitarbeiter der Univ.-Augenklinik Bonn

Auf der Mitgliederversammlung des Augennetz West wurde gebeten, neue ärztliche Mitarbeiter der Augenklinik regelmäßig im Newsletter vorzustellen.

Assistenzärzte:



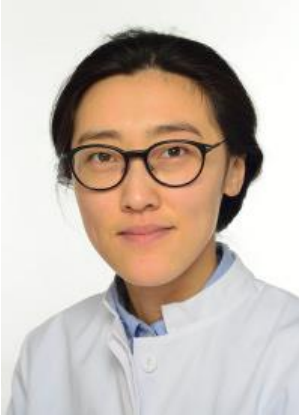
Frau J.C. Andresen
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Jil_Catherine.Anderesen@ukbonn.de



Frau A. Clemens
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Amelie.Clemens@ukbonn.de



Herr D. Hoegen
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: David.Hoegen@ukbonn.de



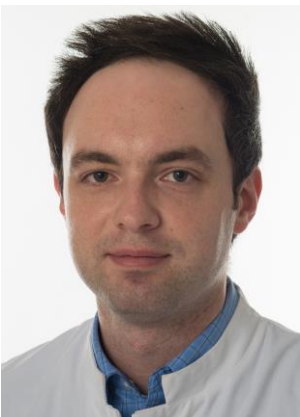
Frau J. Li
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Jeany.Li@ukbonn.de



Herr P. Möller
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Philipp.Moeller@ukbonn.de



Frau K. Reinking
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Katharina.Reinking@ukbonn.de



Herr C. Turski
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Christopher.Turski@ukbonn.de



Frau G. Turski
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: Gabrielle.Turski@ukbonn.de



Herr F.M. Schützeichel
Telefon: 0228 / 287 - 15505
Email: s4frschu@uni-bonn.de

Mobilfunknummern leitender Ärzte und Ärztinnen der Universitäts-Augenklinik Bonn

Prof. Dr. F.G. Holz	0151 58233584
Dr. C.K. Brinkmann	0151 58233814
Prof. Dr. Dr. R.P. Finger	0151 58233790
PD Dr. M. Fleckenstein	0151 29129726
Dr. P. Herrmann	015170049001
PD Dr. M.C. Herwig-Carl	015158242831
Dr. A. Höck	015158242828
Prof. Dr. T.U Krohne	0151 58233817
Prof. Dr. K.U. Löffler	0151 62436776
Prof. Dr. S. Schmitz-Valckenberg	0151 58233816
Prof. Dr. B. Wabbels	0228-287-15505

Mitglieder des Augennetz West

Dr. O. Alfarwi, Siegen	H. Keintzel-Schön, Bonn
Dr. O. Altrock, Bonn	Dr. A. Kloock, Brühl
Dr. H. Ayertey, Hürth	S. Köhler, Bonn
Dr. I. Bechrakis, Bonn	Dr. G. Kosch, Troisdorf
Dr. G. Boekels-Clasen, Jülich	Dr. F. Kremer, Troisdorf
Dr. A. Boros, Bonn	Dr. J. Kremer-Hepping, Troisdorf
Dr. S. Christmann, Köln	Dr. R. Krott, Köln
Dr. med.Dr. phil. U. Clasen, Jülich	Dr. S. Krohne, Bonn
Dr. W. Clemens, Bad Honnef	Prof. Dr. T.U. Krohne, Bonn
Dr. T. Dietrich, Nümbrecht	Dr. M. Lauhoff, Wissen
Dr. S. Dunker, Troisdorf	Dr. K. C. Lê-Ruppert, Meckenheim
Dr. U. Dunker, Bonn	Dr. M. Lehnert, Sankt Augustin
Dr. M.C. Dwinger, Königswinter	Dr. S. Leuwer, Bonn
Dr. N.-F. Dwinger, Königswinter	S. Linke, Brühl
Dr. I. El-Bably, Bonn	Dr. T. Mäueler, Bonn
Dr. U. Engelskirchen, Troisdorf	Dr. A. Mattern, Brühl
Dr. I. Eßer, Wesseling	Dr. C. Moritz-Bönders, Bad Honnef
Dr. K. Ewert, Königswinter	Dr. R. Müller-Breitenkamp, Bonn
Dr. Ute Faller, Bonn	PD Dr. U. Müller-Breitenkamp, Bonn
Dr. P. Ferdinand, Bonn	Dr. J. Oldendörp, Euskirchen
Dr. H. Fuchs, Siegen	Dr. K. Papakostas, Gummersbach
Prof. Dr. M. Göbbels, Düren	Dr. K. Paust, Bonn
H.-G. Göddertz, Köln	Dr. F. Roth, Bonn
Dr. J. Haase, Rheinbach	PD Dr. Z. Sbeity, Niederkassel-Rheidt
Dr. M. Haase, Bonn	Dr. J.J. Sock, Troisdorf
Dr. G. Held, Bad Sobernheim	D. Stappler, Bonn
Dr. S. Hoeft, Bonn	Dr. U. Stefer, Troisdorf
Prof. Dr. F.G. Holz	Dr. H. Stolp, Bonn
Dr. A. Hunold, Aachen	Dr. N. Theben, Köln
Dr. C. Inhetvin-Hutter, Bonn	Dr. A. Vogel, Koblenz
M. Jesse, Köln	L. Weißels, Sankt Augustin
Dr. D. Johann, Koblenz	Dr. M. Zewell-Alfers, Bonn

Der Vorstand des **Augennetz West** begrüßt Sie herzlichst

Dr. med. M.C. Dwinger

L. Weißels

Prof. Dr. med. F.G. Holz

Prof. Dr. med. T.U. Krohne

Augennetz West

c/oUniversitäts-Augenklinik Bonn
Ernst-Abbe-Straße 2
53127 Bonn
E-Mail: info@augennetz-west.de
Tel.: +49 (0)228 287-15647
Fax: +49 (0)228 287-15603
www.augennetz-west.de