

Disclaimer

Dieses Material wird Ihnen zur Beantwortung Ihrer konkreten Anfrage zur Verfügung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass die Inhalte der wissenschaftlichen Informationen dienen, keine Werbezwecke verfolgen und möglicherweise Wirkstoffe betreffen können, die sich noch in der klinischen Entwicklung befinden.

Wenn Sie diese Unterlagen nutzen, liegt die korrekte Darstellung der Daten in Ihrer Verantwortung.

Stand der Information: November 2025

Erfahrung trifft Praxis -

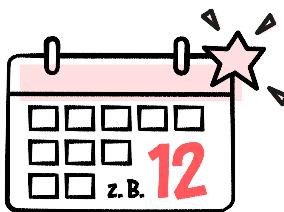
Leitfaden für die
Anti-VEGF-Therapie
bei nAMD

Intravitreale operative Medikamentengabe mit VEGF-Inhibitoren bei neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration



Wie

- wird das passende Präparat gewählt?
- lässt sich die Organisation rund um die Injektion effizient gestalten?



Wann

- sollte das Therapieintervall angepasst werden?
- wird das Präparat geswitcht?
- kann die Behandlung pausiert oder beendet werden?

Diese Zusammenstellung
spiegelt die Perspektiven und
Erfahrungen der Ärzt*innen
wider, die an einer Advisory-
Board-Serie teilgenommen
haben.

Wir danken für Ihren Beitrag.

Dr. Tobias Duncker
Institut für Augenheilkunde Halle (Saale)

Dr. Ralf Grewing
MVZ Augenärzte Pfalz

Dr. Michael Haustein
Augenarztpraxis Marienberg

Dr. Marco Krugmann
Augenzentrum Dortmund

Dr. Andrea Pfister
Augenärztin Bad Neustadt

PD Dr. Felix Rommel
Augenärzte Hannover-Nord

Dr. Dirk Sandner
Augenheilkunde Carl Gustav Carus Universität Dresden

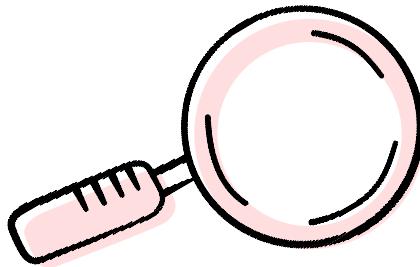
Dr. Pankaj Singh
Augenheilkunde Goethe Universität Frankfurt am Main

Dr. Patrick Straßburger
Praxis für Augenheilkunde der Poliklinik Chemnitz

PD Dr. Jan Tode
Augenheilkunde Medizinische Hochschule Hannover

Diagnostik

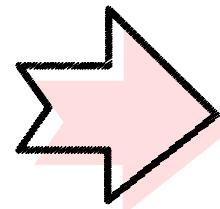
Obligatorische Untersuchungen und Bestandteil der gesicherten Erstdiagnose



- ✓ FAG/ICG
- ✓ OCT

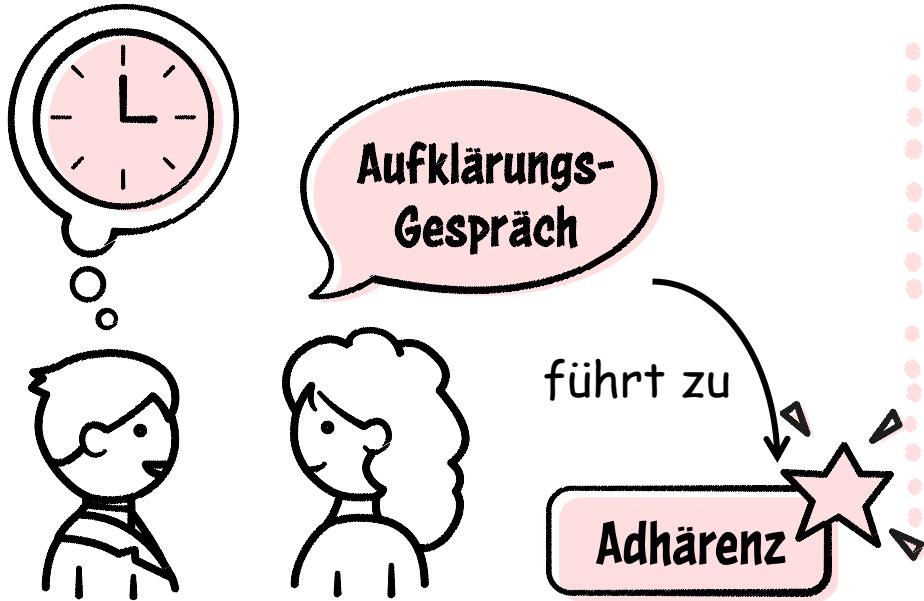
Optionale Abklärung von

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PED | <input type="checkbox"/> RAP-Läsion |
| <input type="checkbox"/> PCV | <input type="checkbox"/> Myopie/Sonstiges |



*Der schnelle Weg zur sicheren Diagnose
bewahrt Sehkraft!*

Therapieentscheidung



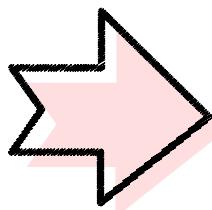
Ziele

- Realistische Erwartungen schaffen
- Behandlungsziele besprechen
 - = Längerer Erhalt der Sehschärfe mit dauerhafter Anti-VEGF-Therapie möglich

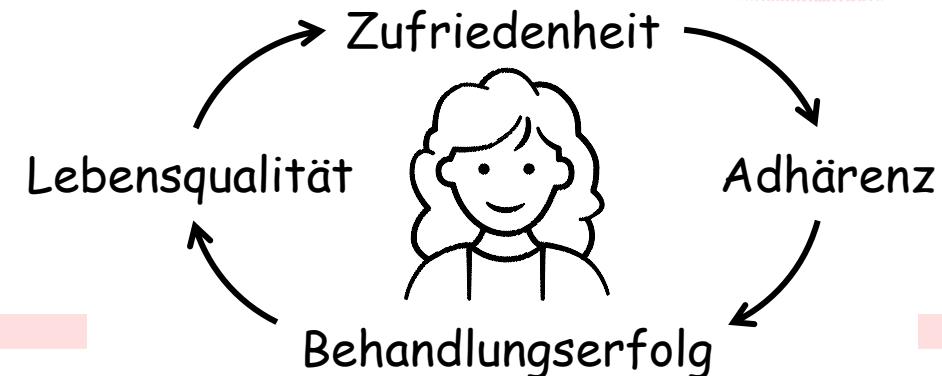
Fragen und Themen

- ? Lebenssituation
? Erwartungen

! Nachkontrolle aufgrund
chronischer Erkrankung



**Eine individuelle
Anpassung ist essenziell!**



Die Wahl des Präparats beim Start



„Ich habe nach dem Start gerne ein stärker wirksames Präparat in der Hinterhand.“

Stufen- schema



„Ich sehe für unterschiedlichste Reihenfolgen der Präparate gute Daten und Argumente.“

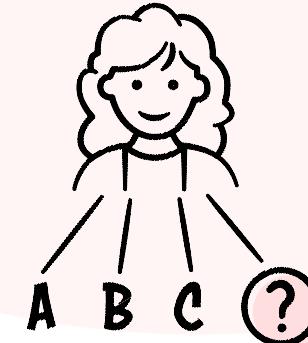


Individuelle Versorgung

Sicherheit

- Wirkdauer
- Wirkstärke
- Nebenwirkungen
- Regelmäßige Kontrollen

Wahlfreiheit



- Zugelassen sind 6 Präparate sowie Biosimilars

Patient*innen- individuelle Faktoren

Adhärenz Prognose

- Anfahrt?
- Mobilität?
- Soziale Unterstützung?
- Verständnis?
- Zustand des anderen Auges?

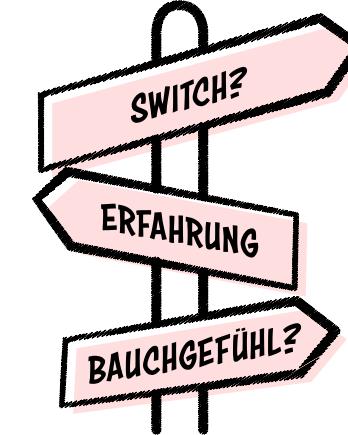
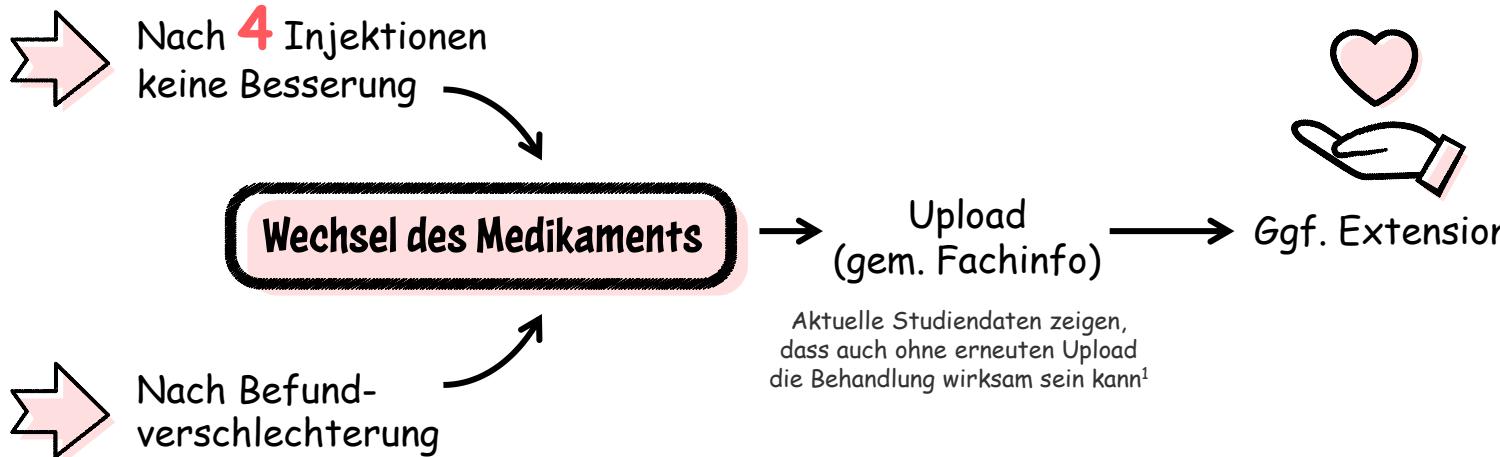
Merkmale

- Medizinische Historie?
- Begleiterkrankungen?
- Lange Intervalle?

Upload und Switch

Upload & Erhaltung

- 👁️ Wunsch nach Verbesserung & Stabilität (OCT-Bild)
- 👁️ Bewahrung der Selbstständigkeit



Die Entscheidung über den Switch treffen überwiegend Ärzt*innen, nicht Patient*innen

Wann ist ein Switch sinnvoll?

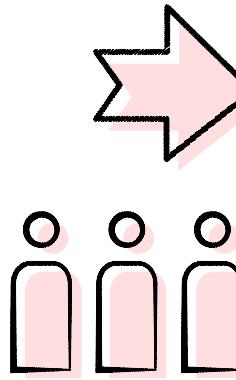
1. Therapieintervalle erscheinen zu kurz
2. Keine Besserung in der Upload-Phase
3. Keine Stabilität in der Erhaltungsphase

OCT Optische Kohärenz tomographie.
1. ClinicalTrials.gov. NCT04597632. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04597632> (zuletzt aufgerufen am 01.09.2025).

Switch

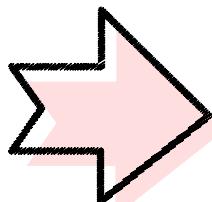
Indikationen für einen Therapiewechsel

- Ohne gutes Ansprechen über Monate
- Große PED
- RAP-Läsion
- Fibrosezeichen
- Fortgeschrittene nAMD-Stadien



Switch auf wirkstarke Präparate, z. B. Brolucizumab

Einige Behandelnde sehen es als Chance für „Problemfälle“



*Ein gut durchdachter Switch kann den Therapieerfolg verbessern und die Lebensqualität der Patient*innen steigern.*

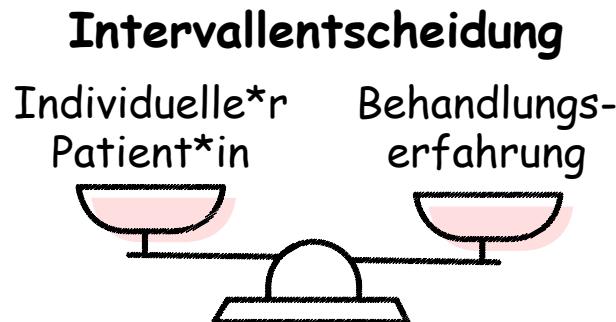
Therapieintervalle



Die Sehkraft zu bewahren (oder zu verbessern) ist wichtiger als die Verlängerung des Intervalls

Intervallverlängerung

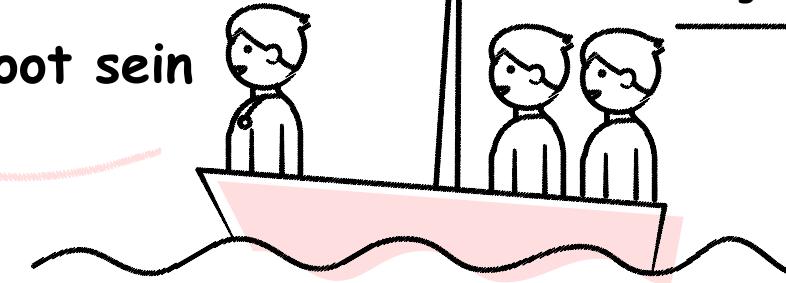
- Individuelle Entscheidung mit Blick auf Adhärenz und Patient*innenwunsch
- Basierend auf OCT-Befund: keine oder wenig (Rest-)Flüssigkeit
- Bei Intervallen von 20 Wochen und mehr sind regelmäßige Zwischenkontrollen wichtig, um die Adhärenz und das Vertrauen der Patient*innen zu bewahren
- In der Regel: Verlängerung um **2 - 4** Wochen



Wochen = ideales individuelles Zeitintervall

Organisation rund um die Injektion

1. Praxis und Klinikteam müssen im gleichen Boot sein

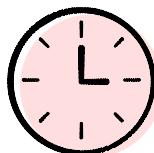


- Aufklärung von Patient*innen
- Erkennen von nAMD-Symptomen
- Priorisierung von Spritzenterminen

2. Keep it simple

- Klar strukturierte Abläufe für Patient*innen und das Personal sind notwendig als **Basis** für individuell angepasste Therapie
- Etablieren von Standardprozessen & klare Delegation erleichtern die Organisation

3. Nutzung von Fertigspritzen



Ca. 1 h Zeitgewinn
pro Injektion

Routinierter Ablauf vor der Injektion

- Vorstellung des*der Patient*in, Druck- und Visusmessung, Spaltlampen- und Funduskontrolle
- **Behandlungsvoraussetzung:**
Keine Entzündung, Augeninnendruck nicht zu hoch

Behandlungsschema Treat & Extend

Grundprinzip:

1. Behandlung (Treat):

Regelmäßige Injektionen bis zur Stabilisierung der Erkrankung

2. Verlängerung (Extend):

Bei stabilen Befunden wird das Behandlungsintervall schrittweise verlängert (z. B. um 2 - 4 Wochen)

3. Anpassung bei Aktivität:

Bei erneutem Krankheitszeichen wird das Intervall wieder verkürzt

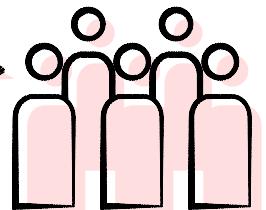
Vorteile des T&E-Schemas

- ✓ Klare Struktur mit festgelegten Folgeterminen
- ✓ Erleichtert Organisation für das Praxisteam
- ✓ Alle Untersuchungen (inkl. OCT) und IVOM an einem Termin
- ✓ Ziel: Termin < 1 Stunde
- ✓ Weniger Injektionen und Kontrolltermine bei gleicher Wirksamkeit
- ✓ Flexible Anpassung an den Krankheitsverlauf

OCT zur Intervall-Terminierung



Wir empfehlen T&E
unseren Patient*innen und
deren Angehörigen zur
besseren Planung.

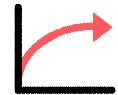


Beendigung der Therapie

VS.

Unterbrechung

Irgendwann kommt der Punkt, an dem die IVOM-Therapie an ihre Grenzen stößt, z. B. wenn



keine weitere Besserung eintritt



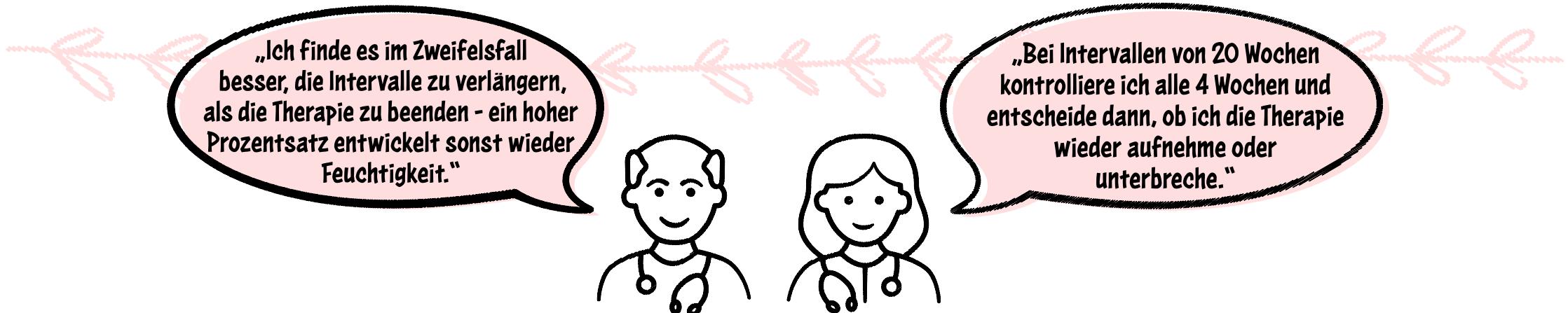
die Sehleistung sinkt ($< 0,05$)



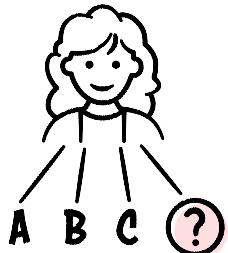
Therapiemüdigkeit eintritt

Prüfung einer Unterbrechung, wenn

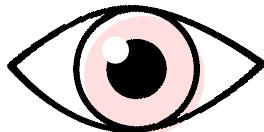
- die Intervalle sehr lang sind
- die Situation stabil ist



Zusammenfassung



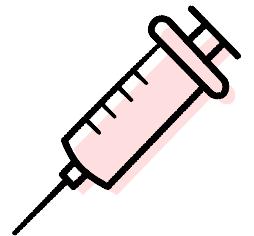
Realistische Erwartungen & individuelle Bedürfnisse klären
→ bessere Adhärenz und nachhaltiger Erfolg



Sehkraft vor Intervallverlängerung stellen, Verlängerung nur bei stabiler OCT-Lage



Geplanter Therapiewechsel kann Erfolg verbessern, v. a. bei Problemfällen



T&E und Fertigspritzen erleichtern Organisation und sparen Zeit

Grenzen der IVOM-Therapie erkennen und ggf. pausieren oder beenden