

Klinische Studien und Real-World-Evidenz – für eine moderne Versorgung bei nAMD

Prof. Dr. med. Helmut Sachs, Cottbus; Prof. Dr. med. Oliver Zeitz, Berlin

Zusammenfassung

Die intravitreale Anti-VEGF-Therapie hat die Prognose von Patienten mit neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration nachhaltig verbessert und ermöglicht bei konsequenter Umsetzung den Erhalt oder eine Verbesserung der Sehschärfe. Für eine adäquate Versorgung der Betroffenen im klinischen Alltag spielen neben der Wirksamkeit einer Therapie jedoch zunehmend auch Aspekte wie langfristige Krankheitskontrolle, Therapieadhärenz und die Entlastung von Patienten, Ärzten und Gesundheitssystemen eine wichtige Rolle. Vor diesem Hintergrund gewinnen moderne Anti-VEGF-Wirkstoffe an Bedeutung, die eine effektive und zugleich nachhaltige Krankheitskontrolle ermöglichen und längere Behandlungsintervalle erlauben.

Diese CME-Fortbildung gibt einen Überblick über die aktuelle Evidenz aus klinischen Studien und Real-World-Ergebnissen zu modernen Anti-VEGF-Therapien und deren Bedeutung für den klinischen Versorgungsalltag.

LERNZIELE

Am Ende dieser Fortbildung kennen Sie …

- ✓ aktuelle Herausforderungen einer langfristigen Versorgung,
- ✓ Wirksamkeit und anatomische Ergebnisse moderner Anti-VEGF-Wirkstoffe,
- ✓ den Stellenwert verlängerter Behandlungsintervalle für Krankheitskontrolle, Therapieadhärenz und Versorgungsrealität,
- ✓ die Evidenz aus randomisierten klinischen Studien und Real-World-Daten für die Anwendung im klinischen Alltag.

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildung steht als Webinar-Aufzeichnung und zusätzlich als Fachartikel zum Download zur Verfügung. Die Teilnahme ist kostenfrei. Die abschließende Lernerfolgskontrolle kann nur online erfolgen. Bitte registrieren Sie sich dazu kostenlos auf: www.cme-kurs.de

Zertifizierung

Diese Fortbildung wurde nach den Fortbildungsrichtlinien der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz von der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP mit 2 CME-Punkten zertifiziert (Kategorie I). Sie gilt für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern.

cme VERLAG

© CME-Verlag 2026

ZUNEHMENDE HERAUSFORDERUNGEN IN DER NAMD-VERSORGUNG

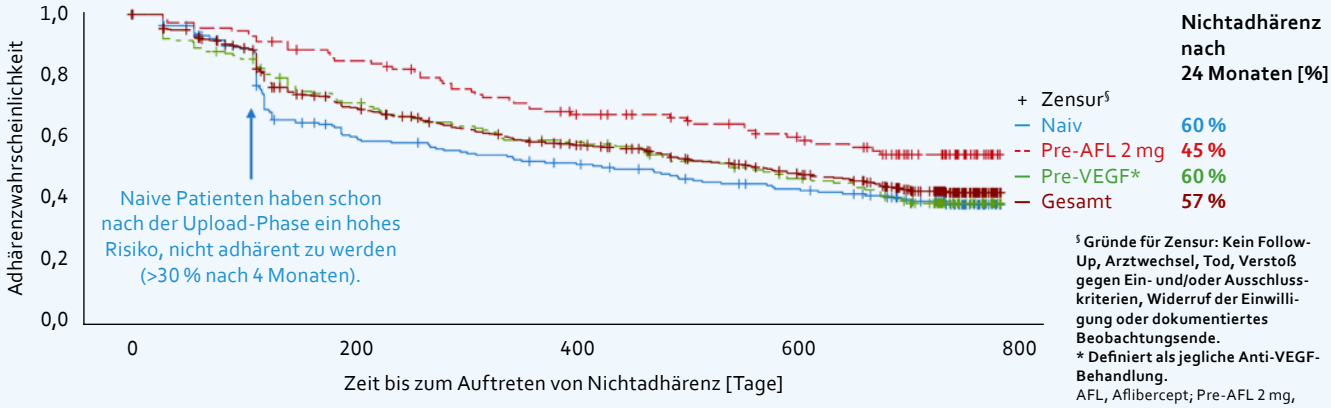
Die Einführung der intravitrealen Anti-VEGF-Therapie (VEGF, vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor) hat die Prognose der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) grundlegend verbessert [1]. Gleichzeitig stellt der langfristige Behandlungsbedarf mit regelmäßigen intravitrealen Injektionen sowohl für Patienten mit dieser chronischen Erkrankung als auch für die augenärztliche Versorgung eine erhebliche Belastung dar [2]. Dies wird sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen: Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem weiteren Anstieg der Zahl an Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration zu rechnen, erst ab etwa 2050 wird sich dieser Trend voraussichtlich wieder abschwächen [3, 4]. So werden in der EU bis 2050 voraussichtlich 77 Millionen Menschen an AMD erkrankt sein [3]. Demgegenüber wächst die augenärztliche Versorgungskapazität allerdings nicht im gleichen Maße [4]. Hinzu kommen strukturelle Veränderungen innerhalb der Fachgruppe: Der Anteil in Vollzeit tätiger niedergelassener Augenärzte nimmt tendenziell ab, Teilzeitmodelle gewinnen an Bedeutung, und fast 60 % der Augenärzte sind bereits heute 50 Jahre oder älter und treten somit in den nächsten Jahren in das Rentenalter ein [5]. Diese Entwicklung führt zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und verfügbaren personellen Ressourcen. Bereits heute sind die Auswirkungen insbesondere in ländlichen Regionen spürbar und können eine adäquate Versorgung der Patienten mit nAMD erschweren.

HOHE BELASTUNG – UNZUREICHENDE ADHÄRENZ

Zusätzlich gefährdet auch die im langfristigen Behandlungsverlauf sinkende Adhärenz die Therapieerfolge einer Anti-VEGF-Therapie. So waren in der aktuell veröffentlichten, prospektiven multizentrischen Kohortenstudie ANDROMEDA nach zwei Jahren 57 % der über 500 nAMD-Patienten nicht adhärent (■ **Abb. 1**) [6]. Dabei hatten insbesondere behandlungsnaive Patienten schon zu einem frühen Zeitpunkt, das heißt bereits nach der Uploadphase, ein hohes Risiko, nicht adhärent zu werden (>30 % nach vier Monaten). Einer der wesentlichen Gründe für verpasste Injektionen waren weitere Komorbiditäten. Auch die globale nAMD-Barometer-Befragung identifizierte verschiedene Faktoren, die zur Behandlungslast der Patienten, der Betreuer und der Kliniken beitragen und damit ebenfalls eine sinkende Therapieadhärenz begünstigen können [7]. Etwa die Hälfte der 4558 befragten nAMD-Patienten fühlte sich durch die Häufigkeit der Behandlung belastet, 40 % empfanden die Anreise zur Klinik aufgrund eingeschränkter Mobilität, der Entfernung oder der Kosten als beschwerlich, und über ein Viertel der Patienten hatte mit den Kosten für Büro- oder Parkgebühren zu kämpfen.

Abbildung 1
Abnahme der Therapietreue im Verlauf einer IVOM-Behandlung bei Patienten mit nAMD; modifiziert nach [6]

Abkürzung
IVOM = intravitreale operative Medikamenteneingabe in den Glaskörper



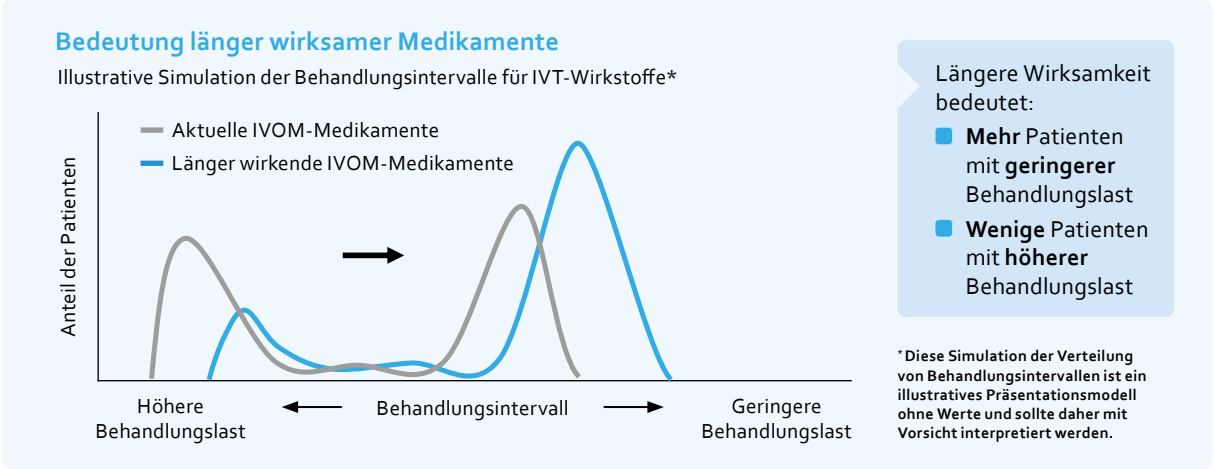
§ Gründe für Zensur: Kein Follow-Up, Arztwechsel, Tod, Verstoß gegen Ein- und/oder Ausschlusskriterien, Widerruf der Einwilligung oder dokumentiertes Beobachtungsende.
* Definiert als jegliche Anti-VEGF-Behandlung.
AFL, Aflibercept; Pre-AFL 2 mg, vorbehandelt mit Aflibercept 2 mg; Pre-Anti-VEGF, vorbehandelt mit Anti-VEGF; VEGF, Vascular Endothelial Growth Factor.

≥ 50 % der Patienten nannten **andere Erkrankungen** als Grund für **verpasste Injektionen.**

© CME-Verlag 2026

BEDEUTUNG VON LÄNGERER WIRKDAUER

Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten eine individuell unterschiedliche Drug-Clearance-Rate aufweisen, sodass die Wirkdauer von Anti-VEGF-Medikamenten variieren kann [8]. Patienten mit einer erhöhten Clearance bauen Medikamente schneller im Auge ab und benötigen ggf. häufigere Injektionen als andere. Dies kann dazu beitragen, dass viele Patienten nicht optimal auf die Behandlung ansprechen, das Ansprechen im Laufe der Zeit verlieren oder eine suboptimale Wirksamkeitsdauer aufweisen [2]. Zudem erhalten einige Patienten im Versorgungsalltag weniger Injektionen als in klinischen Studien, was wiederum mit schlechteren funktionellen Ergebnissen assoziiert ist [9]. Um die Behandlungsbelastung für Patienten und Behandler zu reduzieren und so eine konsequentere Therapieumsetzung zu unterstützen, besteht vor diesem Gesamthintergrund ein hoher Bedarf an Medikamenten mit verlängerter Wirkdauer [2]. Diese ist ein entscheidender Schritt in der Versorgung von nAMD-Patienten, da sie es ermöglicht, die Zeit zwischen den Injektionen auszudehnen und die Behandlungslast für Patienten zu reduzieren (■ **Abb. 2**). Entsprechend wurden in den vergangenen Jahren moderne Medikamente entwickelt, die eine langsamere okulare Clearance und eine längere Wirkdauer aufweisen. Dazu wurden unterschiedliche Parameter variiert, wie die Erhöhung der molaren Dosis, die Anzahl der molekularen Ziele und das Molekulargewicht, die die Drug-Clearance-Rate und Wirkdauer eines Medikamentes beeinflussen.



MEILENSTEINE UND MODERNE ANTI-VEGF-WIRKSTOFFE

Die Einführung der Anti-VEGF-Therapie stellte eine Zeitenwende dar und hat dafür gesorgt, das Risiko für eine nAMD-bedingte Erblindung signifikant zu reduzieren [1]. Seither zielen wichtige Weiterentwicklungen darauf ab, die Behandlung zu individualisieren und die Behandlungslast zu reduzieren. Während in den Anfängen der Anti-VEGF-Therapie noch fixe Behandlungsschemata mit monatlichen Injektionen erforderlich waren, wurden im nächsten Schritt individualisierte Behandlungsschemata etabliert. So liefern etwa die beiden Studien ALTAIR und ARIES eine gute Evidenz für verlängerte Intervalle mit Aflibercept im Treat-and-Extend-(T&E-)Regime [10, 11]. In beiden Studien blieben die in der Uploadphase erzielten, signifikanten Visusgewinne weitgehend bis zum Ende des zweiten Jahres erhalten, wobei bei vielen Patienten die Intervalle deutlich verlängert werden konnten. Seit ein paar Jahren stehen nun verschiedene moderne Anti-VEGF-Medikamente zur Verfügung, die eine längere Wirkdauer aufweisen: So konnten Patienten mit Brolucizumab, das wie Ranibizumab VEGF-A-Isoformen hemmt, sich aber durch ein geringeres Molekulargewicht auszeichnet, in den Zulassungsstudien HAWK und HARRIER direkt nach dem Upload mit zwölfwöchigen Intervallen behandelt werden [12–15]. Mit dem bispezifischen Antikörper Faricimab, der neben den VEGF-A-Isoformen auch Angiopoetin-2 inhibiert, war in den Zulassungsstudien TENAYA

Abbildung 2
Mit länger wirksamen Medikamenten könnte die Zeit zwischen den Injektionen und die Zahl der Patienten mit geringerem Behandlungsbedarf erhöht werden; modifiziert nach [2]

Abkürzungen
IVOM = intravitreale operative Medikamenteneingabe in den Glaskörper
IVT = intravitreal

© CME-Verlag 2026

und LUCERNE je nach Krankheitsaktivität eine Verlängerung auf bis zu 16-wöchige Intervalle möglich [16, 17]. Für Aflibercept 8 mg wurde in der PULSAR-Studie eine direkte Verlängerung auf zwölf- und 16-wöchige Intervalle nach dem Upload untersucht, mit der Option, je nach Krankheitsaktivität die Intervalle auf bis zu 24 Wochen weiter auszudehnen [18, 19]. Der Wirkstoff hemmt zusätzlich zu allen VEGF-A-Isoformen auch den Plazentawachstumsfaktor, VEGF-B und Galectin-1 [20–24].

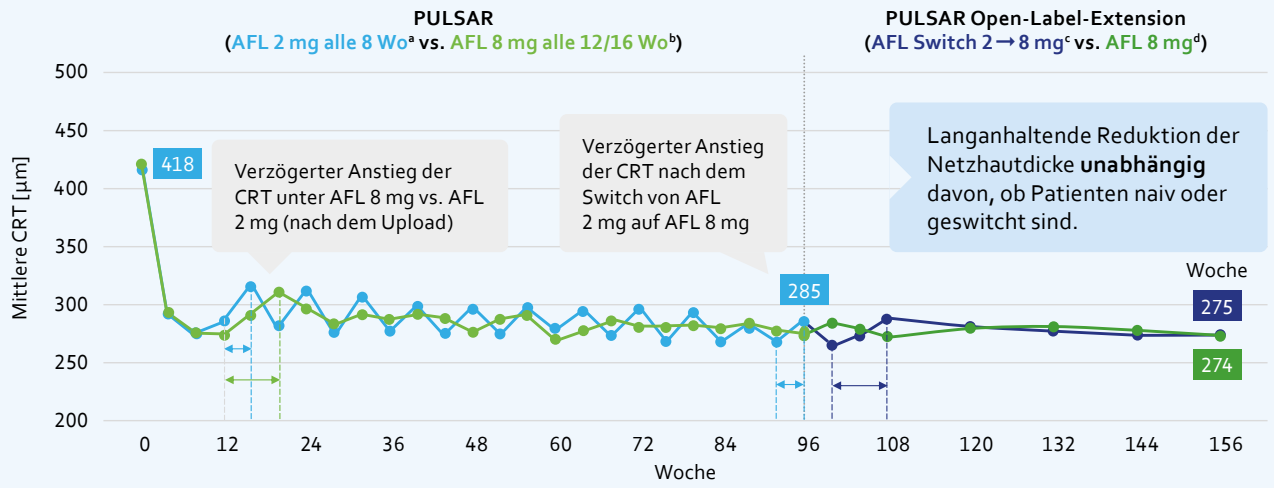
AFLIBERCEPT 8 MG – VISUS VERBESSERN MIT WENIGEN INJEKTIONEN

Die PULSAR-Studie untersuchte Wirksamkeit, Sicherheit sowie lange Dosierungsintervalle von Aflibercept 8 mg im Vergleich zu Aflibercept 2 mg bei therapienaiven Patienten mit nAMD [18, 19]. Nach drei initialen monatlichen Injektionen erhielten die Patienten Aflibercept 8 mg in zwölf- oder 16-wöchigen Intervallen oder Aflibercept 2 mg alle acht Wochen. Unter Aflibercept wurden anhaltende Visusgewinne, die denen unter Aflibercept 2 vergleichbar waren, erreicht und bis Woche 96 aufrechterhalten. Gleichzeitig konnten die meisten Patienten der beiden Aflibercept-8-mg-Arme die Behandlungsintervalle aufrechterhalten: Etwa neun von zehn Patienten wiesen zum Ende der PULSAR Studie (Woche 96) ein zugewiesenes Behandlungsintervall von zwölf Wochen oder länger auf [19]. Damit zeigt die PULSAR-Studie, dass mit Aflibercept 8 mg eine vergleichbare funktionelle Wirksamkeit mit wenigen Injektionen und bewährter Sicherheit erreicht werden kann. Das Sicherheitsprofil des hochdosierten Medikamentes war vergleichbar mit dem bekannten Profil von Aflibercept 2 mg, neue Sicherheitssignale wurden nicht festgestellt. Dies gilt auch hinsichtlich des Augeninnendruckes (IOD). Zwar erforderte die Vervierfachung der Dosis auf 8 mg die intravitreale Injektion von 0,07 ml. Dieses höhere Injektionsvolumen im Vergleich zu Aflibercept 2 mg hat jedoch keine Auswirkungen auf den IOD [25]. Untersuchungen des IOD von Patienten unter Aflibercept 8 mg und Aflibercept 2 mg bis zu 30 Minuten nach der Injektion ergaben keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des IOD, weder innerhalb der Aflibercept 2-mg- und 8-mg-Gruppen zwischen Baseline und drei Monaten noch zwischen den beiden Gruppen zu irgendeinem Zeitpunkt ($p > 0,05$) [25].

DREI JAHRE OPEN LABEL EXTENSION – LANG ANHALTENDE EFFEKTE

Nach Studienende konnten die Patienten in einer optionalen Verlängerungsstudie bis Woche 156 weiterbehandelt werden [26]. Dazu wurden die Patienten der beiden Aflibercept-8-mg-Arme entsprechend ihrer zuletzt zugewiesenen Intervalle weiterbehandelt, während Patienten des Aflibercept-2-mg-Armes ohne vorherigen Upload auf eine Behandlung mit 8 mg Aflibercept in einem zwölfwöchigen Intervall umgestellt wurden (Switchgruppe). In allen Behandlungsgruppen blieb die Sehschärfe mit einer geringen Injektionszahl über den insgesamt dreijährigen Beobachtungszeitraum stabil – dies galt auch für die Patienten, die nach Woche 96 von Aflibercept 2 mg auf Aflibercept 8 mg umgestellt wurden. Parallel dazu zeigte sich in allen Gruppen auch eine lang anhaltende Reduktion der zentralen Netzhautdicke – unabhängig davon, ob die Patienten von Beginn an mit Aflibercept 8 mg behandelt oder zu Beginn der Verlängerungsstudie auf 8 mg geswitcht worden waren. Zudem zeigte sich bis Woche 96 unter Aflibercept 8 mg ein stabiler Verlauf der zentralen Netzhautdicke mit geringen Fluktuationen (■ **Abb. 3**). Im weiteren Studienverlauf bis Woche 156 blieb die Netzhautdicke sowohl bei den kontinuierlich mit 8 mg behandelten Patienten als auch bei den Switchpatienten auf einem stabilen Niveau. Diese Ergebnisse sprechen für eine anhaltende anatomische Stabilität unter Aflibercept 8 mg und unterstützen das Therapieziel einer langfristig kontrollierten Krankheitsaktivität mit möglichst ruhigem Netzhautbefund.

© CME-Verlag 2026



[a] nach initial 3 x Upload alle 4 Wo. [b] AFL 8 mg 12 Wo- und 16 Wo-Arm gepoolt. Patienten, die zu Beginn der PULSAR-Studie in den AFL 8 mg 12 Wo- oder 16 Wo-Arm randomisiert wurden und die Behandlung mit AFL 8 mg während der Open-Label-Extension-Studie fortsetzten. Möglichkeit zur Intervallanpassung in 4-Wo-Schritten auf min. 8 Wo und max. 24 Wo ab Wo 48. [c] Alle 12 Wochen mit Möglichkeit zur Intervallanpassung in 2-Wo-Schritten auf min. 8 Wo und max. 24 Wo ab Wo 96 bei jeder Visite. [d] Weiterbehandlung im zuletzt zugewiesenen Intervall mit Möglichkeit zur Intervallanpassung in 2-Wo-Schritten auf min. 8 Wo und max. 24 Wo ab Wo 96.

SCHNELLE UND STARKE TROCKNUNG, WENIGER IRF-FLUKTUATION

Sehr interessant ist auch der Blick auf die frühe und langfristige Flüssigkeitskontrolle in der PULSAR-Studie. Bereits nach der ersten Injektion erreichten mehr Patienten unter Aflibercept 8 mg eine Auflösung der intra- und subretinalen Flüssigkeit im zentralen Teilfeld als unter Aflibercept 2 mg [27]. Dieser Trend setzt sich bis zum Ende der Uploadphase fort, sodass 84 % der Patienten nach drei initialen Injektionen Aflibercept 8 mg eine vollständige Auflösung der intra- und subretinalen Flüssigkeit im zentralen Teilfeld aufweisen (vs. 79 % unter Aflibercept 2 mg). Auch im weiteren Verlauf zeigt sich für Aflibercept 8 mg eine numerisch bessere Flüssigkeitskontrolle. Dies zeigt eine Post-hoc-Analyse, in der der Anteil an Patienten ohne retinale Flüssigkeit zu gematchten Zeitpunkten jeweils acht Wochen nach einer Injektion verglichen wurde: Unter Aflibercept 8 mg war der Anteil an Patienten, die keine Flüssigkeit im zentralen Teilfeld aufwiesen, um 14 bis 23 % höher als unter dem Vorgängerpräparat [28]. Zudem wurde im Verlauf der Verlängerungsstudie von Woche 96 bis 156 eine konstant hohe Rate an Patienten ohne Flüssigkeit im zentralen Teilfeld beobachtet [29]. Auch diesbezüglich scheinen Switchpatienten zu profitieren. So stieg in der Verlängerungsstudie der Anteil an Patienten ohne retinale Flüssigkeit im zentralen Teilfeld unmittelbar nach dem Switch auf Aflibercept 8 mg von Woche 96 bis Woche 100 um 13,1 % an [29]. Eine Post-hoc-Analyse der Phase-II-Studie CANDELA untersuchte den Einfluss der Therapie auf die intraretinale Flüssigkeit (IRF). Zwar waren auf Basis dieser explorativen Analyse keine statistischen Vergleiche zwischen den Behandlungsgruppen vorgesehen, dennoch zeigte sich unter Aflibercept 8 mg im Vergleich zum Vorgängerpräparat eine numerisch stärkere Reduktion des IRF-Volumens sowie geringere Fluktuationen im Behandlungsverlauf (**Abb. 4**) [30]. Eine stabile Kontrolle der intraretinalen Flüssigkeit erscheint klinisch relevant, da starke Fluktuationen des intraretinalen Flüssigkeitsvolumens mit höheren Visusverlusten assoziiert sein können [31]. Eine möglichst anhaltende IRF-Kontrolle kann somit einen wichtigen Beitrag zum langfristigen Erhalt der Sehfunktion leisten.

Im Hinblick auf Pigmentepithelabhebungen (PED, „pigment epithelial detachment") ergab eine Post-hoc-Analyse der PULSAR-Studie eine deutliche Verringerung der Dicke der serösen Komponente der PED inklusive des fovealen Zentrums, die mit wenigen Injektionen Aflibercept 8 mg zu Woche 12 erzielt wurde und bis zu Woche 96 aufrechterhalten blieb [32].

Abbildung 3
Lang anhaltende Reduktion der zentralen Netzhautdicke unter Aflibercept 8 mg; [26]

Abkürzungen
AFL = Aflibercept
CRT = zentrale Netzhautdicke
nAMD = neovaskuläre altersabhängige Makuladegeneration
Wo = Woche

© CME-Verlag 2026

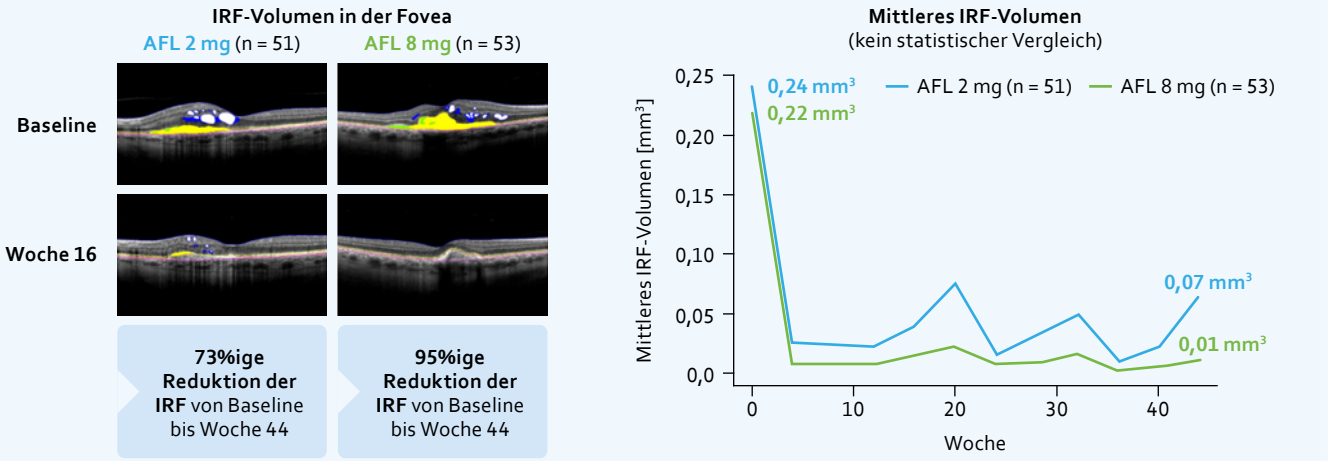


Abbildung 4
Post-hoc-Analyse des IRF-Volumens zeigt numerisch stärkere Reduktion der IRF und weniger Fluktuation des IRF-Volumens mit Aflibercept 8 mg vs. 2 mg; modifiziert nach [30]

Abkürzung
IRF = intraretinale Flüssigkeit

REAL-WORLD-EVIDENZ ERGÄNZT KLINISCHE STUDIEN – LEHREN FÜR DEN VERSORGUNGSALLTAG

Die bislang vorgestellten randomisierten Interventionsstudien bilden die Grundlage der Evidenzbewertung, da sie Therapieeffekte unter kontrollierten Bedingungen und anhand eines vordefinierten Behandlungsprotokolls untersuchen. Durch definierte Ein- und Ausschlusskriterien sowie standardisierte Abläufe ermöglichen sie eine hohe interne Validität, spiegeln allerdings die Patientenkollektive und Abläufe der Versorgungsrealität nur eingeschränkt wider. Daher sind ergänzend Real-World-Daten von großer Bedeutung, da sie heterogenere Patientenpopulationen erfassen und eine systematische Bewertung der Versorgungspraxis sowie der Langzeitwirksamkeit unter Alltagsbedingungen ermöglichen (■ **Abb. 5**) [33]. Damit liefern sie wertvolle Erkenntnisse zur Umsetzung, Wirksamkeit und Sicherheit einer Therapie in der klinischen Routine. Sie zeigen, wie sich die Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien in der klinischen Routine bewähren, und stellen damit eine wertvolle Ergänzung zu Interventionsstudien dar. Zwei wegweisende Real-World-Studien haben die heutigen Therapieprinzipien der nAMD maßgeblich geprägt: Die AURA-Studie zeigte, dass die im klinischen Alltag erzielten Visusergebnisse häufig hinter denen randomisierter Zulassungsstudien zurückbleiben – insbesondere, weil Patienten in der Routineversorgung oft nicht ausreichend

Bedeutung der Real-World-Evidenz für den Versorgungsalltag

1. **Untersucht eine breitere Patientenpopulation als RCT**
   Klinische Studien verwenden vordefinierte Patientengruppen; in der Realität sind Patientenpopulationen weitaus heterogener.
2. **Hilft bei fundierten Behandlungsentscheidungen**
   RWE kann zur Unterstützung von Behandlungsentscheidungen herangezogen werden.
3. **Informiert darüber, wie ein Medikament in der klinischen Praxis angewendet wird**
   Das Medikament wird möglicherweise abweichend zum Behandlungsprotokoll einer klinischen Studie angewendet.
4. **Liefert Informationen zur Langzeitwirksamkeit und -sicherheit**
   RWE liefert ein umfassenderes Bild zur langfristigen Wirksamkeit und Sicherheit, als dies typischerweise durch klinische Studien möglich ist.
5. **Ergänzt die Evidenzbasis einer Krankheit**
   Real-World-Evidence kann Informationen über Behandlungsmuster, Krankheitsverlauf und Krankheitslast liefern.

Abbildung 5
Real-World-Evidenz ergänzt randomisierte klinische Studien durch Erkenntnisse zur Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendung von Therapien unter Alltagsbedingungen; modifiziert nach [33]

© CME-Verlag 2026

Anti-VEGF-Injektionen erhalten [34]. Die PERSEUS-Studie verdeutlichte, dass eine kontinuierliche, proaktive Behandlung entscheidend für den langfristigen Therapieerfolg ist: Ziel ist es, der Krankheitsaktivität stets einen Schritt voraus zu sein, anstatt erst nach erneutem Auftreten von Aktivität zu behandeln [35]. Gemeinsam unterstreichen beide Studien die Bedeutung der Real-World-Evidenz für die Optimierung der nAMD-Versorgung im klinischen Alltag.

GLOBALES REAL-WORLD-EVIDENZPROGRAMM

Auch für moderne Anti-VEGF-Wirkstoffe liegen inzwischen Real-World-Daten vor. Für Faricimab bestätigen sie weitgehend die Ergebnisse der randomisierten Zulassungsstudien und zeigen, dass bei einem Teil der Patienten eine Verlängerung der Behandlungsintervalle unter anhaltender Krankheitskontrolle möglich ist [36]. Auch für Brolucizumab belegen Real-World-Studien die Wirksamkeit im klinischen Alltag, weisen jedoch zugleich auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Überwachung hinsichtlich seltener intraokularer Entzündungsereignisse (IOI) hin [37]. Das bislang umfangreichste und über den längsten Zeitraum etablierte Real-World-Evidenzprogramm besteht für Aflibercept. Allein aus den vergangenen zehn Jahren liegen Daten von mehr als 20.000 Patienten aus über 20 Ländern vor und liefern wertvolle Erkenntnisse zur Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendung im Versorgungsalltag [38]. An diese umfassende Evidenzbasis knüpft nun auch Aflibercept 8 mg an, das von Beginn an durch ein internationales Real-World-Evidenzprogramm begleitet wird. Methodisch umfasst dieses Programm sowohl prospektive Beobachtungsstudien, in denen Patienten unter Routinebedingungen systematisch begleitet werden, als auch Analysen großer Registerdatenbanken, die Aussagen zur Wirksamkeit, Sicherheit und Versorgung in breiten Patientenpopulationen ermöglichen. Die Kombination beider Ansätze zielt darauf ab, ein umfassendes Bild zur Anwendung von Aflibercept 8 mg im klinischen Alltag zu bieten.

„SPECTRUM" BESTÄTIGT KLINISCHE STUDIEN

Die globale, prospektive Beobachtungsstudie SPECTRUM zur Anwendung von Aflibercept 8 mg im klinischen Alltag wird in 18 Ländern durchgeführt. Sie umfasst Patienten mit nAMD und diabetischem Makulaödem (DMÖ), wobei jeweils behandlungsnaive als auch vorbehandelte Patienten eingeschlossen werden können [39, 40, 41]. Die Patienten werden über einen Zeitraum von 19 Monaten rekrutiert und anschließend über zwei Jahre nachbeobachtet. Primärer Endpunkt ist die Veränderung der Ausgangssehschärfe bis Monat 12; sekundäre Endpunkte umfassen unter anderem morphologische Parameter der Netzhaut sowie Sicherheitsaspekte. Für nAMD liegen derzeit Auswertungen der ersten ca. 150 Patienten der globalen Kohorten nach rund sechs Monaten vor [42]. Behandlungsnaive Patienten erreichten unter Aflibercept 8 mg einen Visusgewinn von durchschnittlich 3,5 ETDRS-Buchstaben (ETDRS, Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) ausgehend von einem mittleren Ausgangsvisus von 61,6 ETDRS-Buchstaben. Ebenso zeigte sich eine durchschnittliche Reduktion der zentralen Netzhautdicke um 119 µm sowie eine deutliche Abnahme der intra- und subretinalen Flüssigkeit. Im Mittel erhielten die Patienten 4,7 Injektionen bis Tag 210. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieser Wert in der Kohorte der behandlungsnaiven Patienten die initiale Uploadphase mit drei monatlichen Injektionen einschließt und daher noch keine Rückschlüsse auf die langfristige Behandlungsfrequenz zulässt. Auch vorbehandelte nAMD-Patienten profitierten von einem Switch auf Aflibercept 8 mg und erreichten mit durchschnittlich 4,4 Injektionen bis Tag 210 bei stabilem Visuserhalt eine weitere Verbesserung der anatomischen Parameter: Sowohl die intra- und subretinale Flüssigkeit als auch die zentrale Netzhautdicke nahmen nach dem Therapiewechsel weiter ab. Das Sicherheitsprofil entsprach den bisherigen Erfahrungen aus den klinischen Studien, insbesondere wurden bislang keine Fälle retinaler Vas-

© CME-Verlag 2026

kulitis berichtet [42]. Damit bestätigen die bisherigen Ergebnisse der SPECTRUM-Studie unter Alltagsbedingungen die Ergebnisse klinischer Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Aflibercept 8 mg.

REGISTERDATEN AUS IRIS UND VESTRUM ZU NAMD

Auch die Analysen großer Registerdatenbanken liefern wertvolle Erkenntnisse zur Anwendung neuer Therapien im Versorgungsalltag. Erste Auswertungen der US-amerikanischen Datenbanken IRIS und VESTRUM umfassen insgesamt 4290 behandlungsnaive Augen mit nAMD (IRIS: n = 2964; VESTRUM: n = 1326), die mit Aflibercept 8 mg behandelt und bis zu einem Jahr nachbeobachtet wurden [43]. Bereits innerhalb der ersten 90 Behandlungstage zeigte sich insbesondere bei Patienten mit einem schlechten Ausgangsvisus (≤65 ETDRS-Buchstaben) ein deutlicher funktioneller Gewinn von durchschnittlich +3,9 Buchstaben im IRIS- und +4,5 Buchstaben im VESTRUM-Register. Darüber hinaus erreichten 44 bis 45 % dieser Patienten einen Visusgewinn von mindestens fünf Buchstaben. Bei Patienten mit einem besseren Ausgangsvisus (>65 Buchstaben) lag dieser Anteil erwartungsgemäß niedriger (20 bis 22 %), was den geringeren Spielraum für funktionelle Verbesserungen widerspiegelt. Auch hinsichtlich der Behandlungsintervalle liefern die Registerdaten erste Hinweise auf das Potenzial von Aflibercept 8 mg im klinischen Alltag. Während in der Uploadphase die Injektionen in etwa monatlichen Abständen erfolgten, wurden danach mittlere Behandlungsintervalle von 67 bzw. 70 Tagen erreicht (■ **Abb. 6**). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass sich bei behandlungsnaiven Patienten auch unter Real-World-Bedingungen bereits früh im Behandlungsverlauf eine Verlängerung der Injektionsintervalle realisieren lässt.

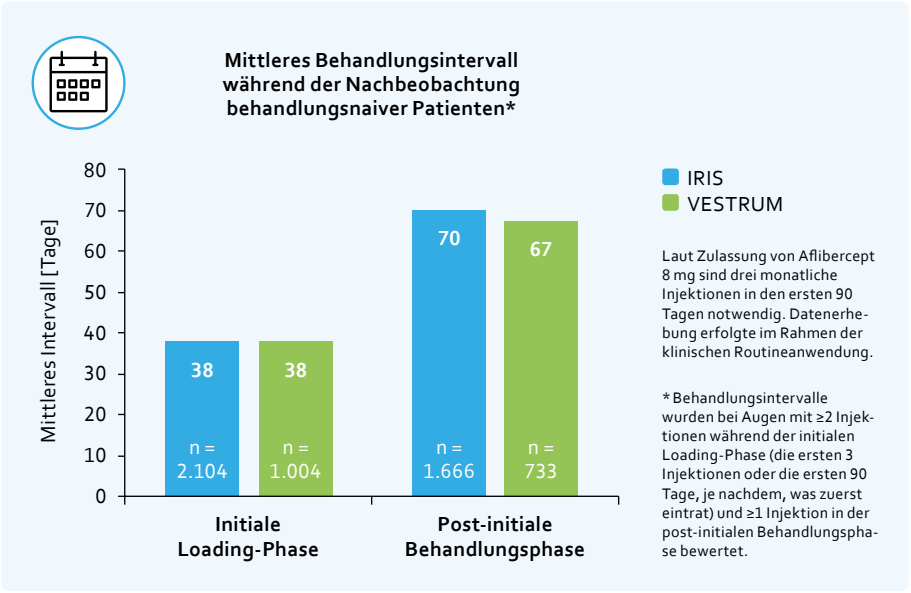


Abbildung 6
Analyse der Registerdatenbanken IRIS und VESTRUM zu behandlungsnaiven Patienten mit nAMD im klinischen Alltag. Die Behandlung Aflibercept 8 mg ermöglicht verlängerte Intervalle bereits direkt nach der Uploadphase [43]

NACH SWITCH: LÄNGERE BEHANDLUNGSINTERVALLE

Besonders relevant für die klinische Praxis sind die Erkenntnisse zu vorbehandelten Patienten. Diesbezüglich umfassen die Registerdatenbanken IRIS und VESTRUM insgesamt Daten von 36.004 vorbehandelten Augen mit nAMD (IRIS: n = 29.553; VESTRUM: n = 9451). Rund drei Viertel der Augen waren zuvor mit Aflibercept 2 mg behandelt worden (IRIS: 72,6 %; VESTRUM: 77,6 %). Die Analysen zeigen, dass bei Patienten mit einem Behandlungsintervall von vier bis acht Wochen zu Baseline der Wechsel auf Aflibercept 8 mg mit einer deutlichen Verlängerung der Behandlungsintervalle verbunden war (■ **Abb. 7**) [44]. Patienten mit hoher Behandlungsfrequenz (alle vier bis <6 Wochen) vor dem Switch erzielten danach im Mittel eine Verlängerung der Behandlungsintervalle um rund drei Wochen.

© CME-Verlag 2026

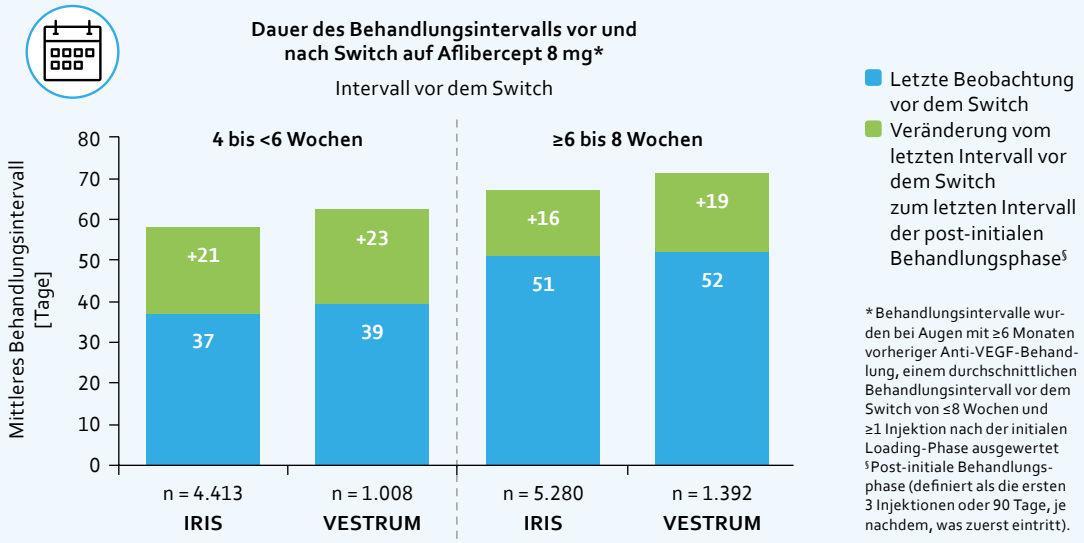


Abbildung 7
Analyse der Registerdatenbanken IRIS und VESTRUM zu vorbehandelten Patienten mit nAMD im klinischen Alltag. Die Umstellung auf Aflibercept 8 mg geht im Mittel mit einer deutlichen Verlängerung der Behandlungsintervalle einher [44]

Auch bei Patienten mit vorherigen Intervallen von ≥6 bis acht Wochen wurde nach dem Wechsel eine Verlängerung um mehr als zwei Wochen erreicht. Dies legt nahe, dass sich das Potenzial von Aflibercept 8 mg zur Verlängerung der Behandlungsintervalle auch unter Alltagsbedingungen auf vorbehandelte Patienten übertragen lässt. Gerade für Patienten mit hohem Behandlungsbedarf kann dies zu einer spürbaren Entlastung beitragen.

Die Ergebnisse werden auch durch Daten aus Zentren in Deutschland gestützt. Eine bizentrische Studie zeigte eine konsistente Verlängerung der Behandlungsintervalle nach Umstellung auf Aflibercept 8 mg [45].

Insgesamt ergänzen die Real-World-Daten die Evidenz aus den randomisierten Zulassungsstudien um Erkenntnisse aus der klinischen Routine. Sie bestätigen die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den Versorgungsalltag und unterstreichen das Potenzial von Aflibercept 8 mg, sowohl eine Visusverbesserung- bzw. Stabilisierung als auch häufig eine bessere Krankheitskontrolle zu erreichen. Die verbesserte Krankheitskontrolle kann zu einem geringeren Therapiebedarf führen. Dies kann Versorgungskapazitäten entlasten und die Therapieadhärenz der Patienten fördern.

FAZIT

- Regelmäßige Anti-VEGF-Injektionen ermöglichen die Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Sehschärfe bei Patienten mit nAMD.
- Faktoren wie z. B. häufige Klinikbesuche können für Patienten belastend sein und dazu führen, dass die Behandlung nicht wie erforderlich eingehalten werden kann – mit negativen Folgen für das langfristige Sehvermögen.
- Moderne Anti-VEGF-Medikamente wie Aflibercept 8 mg ermöglichen eine rasche, starke und anhaltende Trocknung der Netzhaut.
- Real-World-Evidenz zeigt, dass auch im klinischen Alltag Visusverbesserung bzw. Stabilisierung, eine bessere Krankheitskontrolle sowie verlängerte Behandlungsintervalle ermöglicht werden.
- Der reduzierte Therapiebedarf kann zu einer verbesserten Adhärenz der Patienten beitragen und Behandlungskapazitäten freisetzen.

© CME-Verlag 2026

REFERENZEN

1. Finger RP et al. Anti-vascular endothelial growth factor in neovascular age-related macular degeneration – a systematic review of the impact of anti-VEGF on patient outcomes and healthcare systems. BMC Ophthalmol 2020;20:294
2. Khachigian LM et al. Emerging therapeutic strategies for unmet need in neovascular age-related macular degeneration. J Transl Med 2023;21:133
3. Li JQ et al. Prevalence and incidence of age-related macular degeneration in Europe: a systematic review and meta-analysis. Br J Ophthalmol 2020;104:1077–1084
4. Zimmermann M. et al. Weißbuch zur ophthalmologischen Versorgungssituation in Deutschland 2023. DOG
5. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/alter-und-geschlecht (letzter Zugriff: 27.07.2026)
6. Holz FG et al. Adherence to Intravitreal Aflibercept in Neovascular Age-Related Macular Degeneration: 24-Month Results from the ANDROMEDA Study. Ophthalmol Retina 2026;10:241–249
7. Gale RP et al. EURETINA 2023. 05.–08. Oktober 2023. Amsterdam, Niederlande. Verfügbar unter: https://congresspublications.bayer.com/ophthalmology-conference-list/EURETINA-2023 (letzter Zugriff: 27.07.2026)
8. Brown DM. Posterpräsentation auf dem ASRS 2024 Meeting, 17.–20.07.2024
9. Ehlken C et al. Association of treatment adherence with real-life VA outcomes in AMD, DME, and BRVO patients. Clin Ophthalmol 2018;12:13–20
10. Mitchell P et al. Efficacy and Safety of intravitreal Aflibercept using a Treat-and-Extend regimen for neovas-cular age-related macular degeneration. The ARIES Study: A Randomized Clinical Trial. Retina 2021;41:1911–1920
11. Ohji M et al. Efficacy and Safety of Intravitreal Aflibercept Treat-and-Extend Regimens in Exudative Age-Related Macular Degeneration: 52- and 96-Week Findings from ALTA IR: A Randomized Controlled Trial. Adv Ther 2020;37:1173–1187
12. Fachinformation Lucentis® 10 mg/ml Injektionslösung in einer Fertigspritze. Stand Februar 2023
13. Fachinformation Beovu® 120 mg/ml Injektionslösung/Injektionslösung in einer Fertigspritze. Stand Januar 2026
14. Dugel PU et al. HAWK and HARRIER: Phase 3, Multicenter, Randomized, Double-Masked Trials of Brolucizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Ophthalmology 2020;127:72–84
15. Dugel PU et al. HAWK and HARRIER: Ninety-Six-Week Outcomes from the Phase 3 Trials of Brolucizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. Ophthalmology 2021;128: 89–99
16. Fachinformation Vabysmo® 120 mg/ml Injektionslösung/-120 mg/ml Injektionslösung in einer Fertigspritze. Stand April 2026
17. Heier JS et al. Efficacy, durability, and safety of intravitreal faricimab up to every 16 weeks for neovascular age-related macular degeneration (TENAYA and LUCERNE): two randomised, double-masked, phase 3, non-inferiority trials. Lancet 2022;399(10326):729–740
18. Lanzetta P et al. Intravitreal aflibercept 8 mg in neovascular age-related macular degeneration (PULSAR): 48-week results from a randomised, double-masked, non-inferiority, phase 3 trial. Lancet 2024;403(10432):1141–1152
19. Korobelnik JF et al. Intravitreal Aflibercept 8 mg in Neovascular Age-Related Macular Degeneration: Ninety-Six-Week Results from the Randomized Phase 3 PULSAR Trial. Ophthalmology 2026;133:39–50
20. Fachinformation EYLEA® 114,3 mg/ml Injektionslösung / EYLEA® 114,3 mg/ml Injektionslösung in einer Fertigspritze. Stand Januar 2026
21. EMA. Assessment report: Eylea. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/eylea-epar-public-assessment-report_en.pdf (letzter Zugriff: 27.07.2026)
22. Carle MV et al. Pharmacokinetics, pharmacodynamics and pre-clinical characteristics of ophthalmic drugs that bind VEGF. Expert Rev Ophthalmol 2013;8:227–235

 © CME-Verlag 2026

23. Kanda A et al. Aflibercept Traps Galectin-1, an Angiogenic Factor Associated with Diabetic Retinopathy. Sci Rep 2015;5:17946
24. Uemura A et al. VEGFR1 signaling in retinal angiogenesis and microinflammation. Prog Retin Eye Res 2021;84:100954
25. Sarao V et al. Early intraocular pressure dynamics following aflibercept 8 mg versus aflibercept 2 mg: a propensity score-matched analysis. Eye (Lond) 2025;39:1933–1939
26. Wong TY. The Angiogenesis 2025. 08.02.2025. Virtuell
27. Chaudhary V et al. AAO 2023. 03.–06.11.2023. San Francisco, CA, USA
28. Patel PJ et al. EURETINA 2024. 19.–22.09.2024. Barcelona, Spanien
29. Zweifel S et al. EURETINA 2025. 04.–07.09.2025. Paris, Frankreich
30. Mamone J et al. ARVO 2025. 03.–07.05.2025. Salt Lake City, USA
31. Chakravarthy U et al. Impact of macular fluid volume fluctuations on visual acuity during anti-VEGF therapy in eyes with nAMD. Eye (Lond) 2021;35(11):2983–2990
32. Singer M. et al. EURETINA 2025. 04.–07.09.2025. Paris, Frankreich
33. Daien V et al. Real-world data in retinal diseases treated with anti-vascular endothelial growth factor (anti-VEGF) therapy - a systematic approach to identify and characterize data sources BMC Ophthalmol 2019;19:206
34. Ziemssen F et al. Retrospektive Untersuchung der Anti-VEGF-Behandlungsrealität und Wirksamkeit bei Patienten mit neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD) in Deutschland: Behandlungsrealität von Ranibizumab bei nAMD in Deutschland. Ophthalmologe 2015;112:246–254
35. Framme C et al. Aflibercept for Patients with Neovascular Age-Related Macular Degeneration in Routine Clinical Practice in Germany: Twelve-Month Outcomes of PERSEUS. Ophthalmol Retina 2018;2:539–549
36. Chaudhary V et al. Real-World Evidence for Faricimab in Neovascular Age-Related Macular Degeneration and Diabetic Macular Edema: A Scoping Review. Ophthalmol Sci 2025;5
37. Alali NM et al. Effectiveness, Safety, and Real-World Experience of Brolucizumab: A Systematic Review. Pharmaceuticals (Basel) 2025;18:1620
38. Bayer. Data on file 2022
39. ClinicalTrials.gov. SPECTRUM. https://clinicaltrials.gov/study/NCT06075147?cond=DME&term=SPECTRUM&intr=Aflibercept&rank=1#study-overview (letzter Zugriff: 27.07.2026)
40. Bailey C et al. SPECTRUM: Early clinical experience from the first global real-world study of aflibercept 8 mg in patients with diabetic macular oedema. Eye (Lond) 2026;40:1767-1771.Lanzetta P et al. FLORetina 2025. 04.–07.12.2025. Florenz, Italien
41. Lanzetta P et al. FLORetina 2025. 04.–07.12.2025. Florenz, Italien
42. Munk MR et al. FLORetina 2025. 04.–07.12.2025. Florenz, Italien
43. Ali FS et al. ARVO 2025. 04.–08.05.2025. Salt Lake City, USA
44. Leng T et al. ARVO 2025. 04.–08.05.2025. Salt Lake City, USA
45. Zeitz et al. Retinologische Gesellschaft. 03.07.-04.07.2026. Badenweiler

© CME-Verlag 2026

Transparenzinformation

Die Referenten und der CME-Verlag garantieren, dass diese Fortbildung frei von werblichen Aussagen sowie produkt- und dienstleistungsneutral ist. Sponsoren haben grundsätzlich keinen Einfluss auf die Wahl der Referenten, die inhaltliche Ausgestaltung, Durchführung oder redaktionelle Ausrichtung der Fortbildung. Die Auswahl und Aufbereitung der Inhalte obliegt ausschließlich den Referenten und erfolgt unabhängig von der finanziellen Unterstützung von Sponsoren.

Folgende Firma tritt als Sponsor auf:
Bayer Vital GmbH mit 14.900 EUR.

Die Gesamtaufwendungen belaufen sich auf 21.900 EUR.

Potenzielle Interessenkonflikte

Prof. Dr. med. Oliver Zeitz erhielt Forschungsunterstützung von Bayer Vital GmbH, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Novartis sowie Honorare von Allergan/AbbVie, Alexion, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Novartis, Roche. Honorare für Beratungstätigkeiten von Cytel, Eleva, Omeicos, Oxular, SamChungDang, ViGeneron.

Prof. Dr. med. Helmut Sachs erhielt Honorare von Bayer.

Referenten

Prof. Dr. med. Helmut Sachs
Chefarzt
Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
Thiemstr. 111
03048 Cottbus

Prof. Dr. med. Oliver Zeitz
Stv. Klinikdirektor und Standortleiter am CBF - Augenklinik
Charité Universitätsmedizin Berlin
Charité Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Veranstalter

CME-Verlag – Fachverlag
für medizinische Fortbildung GmbH
Siebengebirgsstr. 15
53572 Bruchhausen
redaktion@cme-verlag.de

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Bildnachweis

Titelbild: ©TeoLazarev – istockphoto.com

CME-Test

Die Teilnahme am CME-Test ist nur online möglich.
Scannen Sie den untenstehenden QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon/Tablet oder gehen Sie auf die Website: www.cme-kurs.de

Teilnehmer aus Österreich: Die erworbenen CME-Punkte werden gemäß § 13 Abs. 4 Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer (DFP) im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt.

© CME-Verlag 2026

Lernfragen



Bitte beachten Sie:
- Die Teilnahme am nachfolgenden CME-Test ist nur online möglich unter: www.cme-kurs.de
- Diese Fortbildung ist mit 2 CME-Punkten zertifiziert.
- Es ist immer nur eine Antwortmöglichkeit richtig (keine Mehrfachnennungen).

Welche Aussage beschreibt die Versorgungssituation von Patienten mit nAMD für die kommenden Jahrzehnte am zutreffendsten?

- ☐ Steigender Versorgungsbedarf wird durch entsprechende Zunahme augenärztlicher Kapazitäten ausgeglichen.
- ☐ Voraussichtlicher Anstieg der Patientenzahl bei nicht im gleichen Maße wachsenden Versorgungskapazitäten
- ☐ Neuer Therapieoptionen ermöglichen die Heilung der nAMD nach einmaliger Behandlung.
- ☐ Die Versorgungssituation wird sich vor allem durch einen Anstieg vollzeitbeschäftigter Augenärzte verbessern.
- ☐ Die demografische Entwicklung hat keinen wesentlichen Einfluss auf die nAMD-Versorgung.

Welche Aussage zur Therapieadhärenz bei Patienten mit nAMD trifft nach den Ergebnissen der ANDROMEDA-Studie zu?

- ☐ Das Risiko für Nichtadhärenz besteht ausschließlich bei Patienten mit langjähriger Anti-VEGF-Therapie.
- ☐ Behandlungsnaive Patienten weisen bereits nach der Uploadphase ein erhöhtes Risiko für eine Nichtadhärenz auf.
- ☐ Die Therapieadhärenz bleibt während der ersten zwei Behandlungsjahre weitgehend konstant hoch.
- ☐ Komorbiditäten haben keinen relevanten Einfluss auf die Therapieadhärenz.
- ☐ Die Häufigkeit der Klinikbesuche wird von den meisten Patienten nicht als belastend empfunden.

Welche Aussage zu pharmakologischen Strategien bei der Entwicklung moderner Anti-VEGF-Wirkstoffe ist am zutreffendsten?

- ☐ Alle modernen Anti-VEGF-Wirkstoffe zeichnen sich durch einheitliche pharmakologische Eigenschaften aus.
- ☐ Alle modernen Wirkstoffe zeichnen sich durch Dosiserhöhung aus.
- ☐ Unterschiedliche pharmakologische Ansätze wurden verfolgt, z. B. Dosiserhöhung, reduziertes Molekulargewicht, Hemmung zusätzlicher Wachstumsfaktoren.
- ☐ Alle modernen Wirkstoffe zeichnen sich durch ein verringertes Molekulargewicht aus.
- ☐ Alle modernen Wirkstoffe zielen auf die Hemmung zusätzlicher Wachstumsfaktoren ab.

Worauf zielen moderne Anti-VEGF-Therapien ab?

- ☐ Vollständiger Verzicht auf Verlaufskontrollen
- ☐ Verkürzung der Behandlungsintervalle auf unter zwei Wochen
- ☐ Ersatz der intravitrealen Therapie durch orale Medikamente
- ☐ Effektive Krankheitskontrolle und längere Wirkdauer
- ☐ Dauerhafte Heilung nach einer Injektion

Welche Aussage beschreibt den möglichen Nutzen einer verbesserten Krankheitskontrolle am zutreffendsten?

- ☐ Sie macht OCT-Kontrollen überflüssig.
- ☐ Sie kann längere Behandlungsintervalle ermöglichen, die Behandlungslast reduzieren und Versorgungskapazitäten entlasten.
- ☐ Sie führt grundsätzlich zum Therapieende.
- ☐ Sie verhindert Rezidive vollständig.
- ☐ Sie ersetzt die Visuskontrolle.

© CME-Verlag 2026

Lernfragen (Fortsetzung)

Welche Schlussfolgerung lässt sich aus den klinischen Zulassungsstudien moderner Anti-VEGF-Wirkstoffe bei nAMD ziehen?

- ☐ Nach der Uploadphase sind grundsätzlich weiterhin monatliche Injektionen erforderlich.
- ☐ Moderne Anti-VEGF-Wirkstoffe können bei vielen Patienten verlängerte Behandlungsintervalle ermöglichen, teilweise bereits direkt nach der Uploadphase.
- ☐ Auch mit modernen Anti-VEGF-Wirkstoffen sind erst im zweiten Behandlungsjahr verlängerte Behandlungsintervalle möglich.
- ☐ Die Behandlungsintervalle sind unabhängig von der Krankheitsaktivität.
- ☐ Alle Patienten erreichen identische Behandlungsintervalle.

Welchen Erkenntnisgewinn liefern Real-World-Daten zusätzlich zu randomisierten kontrollierten Studien?

- ☐ Sie ersetzen randomisierte Studien vollständig.
- ☐ Sie untersuchen ausschließlich Sicherheitsaspekte.
- ☐ Sie liefern Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit unter Alltagsbedingungen mit heterogenen Patientenpopulationen.
- ☐ Sie schließen nur unbehandelte Patienten ein.
- ☐ Sie werden ausschließlich experimentell erhoben.

Welche Aussage beschreibt die Ergebnisse der PULSAR-Studie zu Woche 96 bei therapienaiven Patienten mit nAMD am zutreffendsten?

- ☐ Aflibercept 8 mg führte zu geringeren Visusgewinnen als Aflibercept 2 mg, ermöglichte jedoch längere Behandlungsintervalle.
- ☐ Aflibercept 8 mg erzielte vergleichbare Visusergebnisse wie Aflibercept 2 mg und ermöglichte gleichzeitig bei den meisten Patienten Behandlungsintervalle von mindestens zwölf Wochen.
- ☐ Aflibercept 8 mg erforderte aufgrund von Sicherheitsbedenken kürzere Behandlungsintervalle als Aflibercept 2 mg.
- ☐ Unter Aflibercept 8 mg waren ausschließlich achtwöchige Behandlungsintervalle möglich.
- ☐ Die Wirksamkeit von Aflibercept 8 mg wurde nur für vorbehandelte Patienten untersucht.

Welche Aussage wird durch die bisherigen Real-World-Daten zu behandlungsnaiven Patienten mit nAMD gestützt?

- ☐ Auch unter Alltagsbedingungen lassen sich unter Aflibercept 8 mg bereits früh im Behandlungsverlauf lange Behandlungsintervalle realisieren.
- ☐ Verlängerte Behandlungsintervalle sind nur unter Studienbedingungen möglich.
- ☐ Behandlungsnaive Patienten benötigen im Versorgungsalltag über das erste Behandlungsjahr hinaus grundsätzlich monatliche Injektionen.
- ☐ Bei behandlungsnaiven Patienten wurde keine funktionelle Verbesserung beobachtet.
- ☐ Die Uploadphase kann bei behandlungsnaiven Patienten in der Regel entfallen.

Welche Aussage wird durch die bisherigen Real-World-Daten zu vorbehandelten Patienten mit nAMD gestützt?

- ☐ Nach einem Wechsel auf Aflibercept 8 mg müssen die Behandlungsintervalle grundsätzlich verkürzt werden.
- ☐ Ein Therapiewechsel führt regelmäßig zu einer Verschlechterung der anatomischen Befunde.
- ☐ Ein Wechsel auf Aflibercept 8 mg geht häufig mit einer Verlängerung der Behandlungsintervalle einher, insbesondere bei Patienten mit zuvor kurzen Injektionsintervallen.
- ☐ Ein Nutzen eines Wechsels auf Aflibercept 8 mg konnte nur bei Patienten mit bereits langen Behandlungsintervallen beobachtet werden.
- ☐ Für vorbehandelte Patienten liegen bislang keine Real-World-Daten vor.

 © CME-Verlag 2026