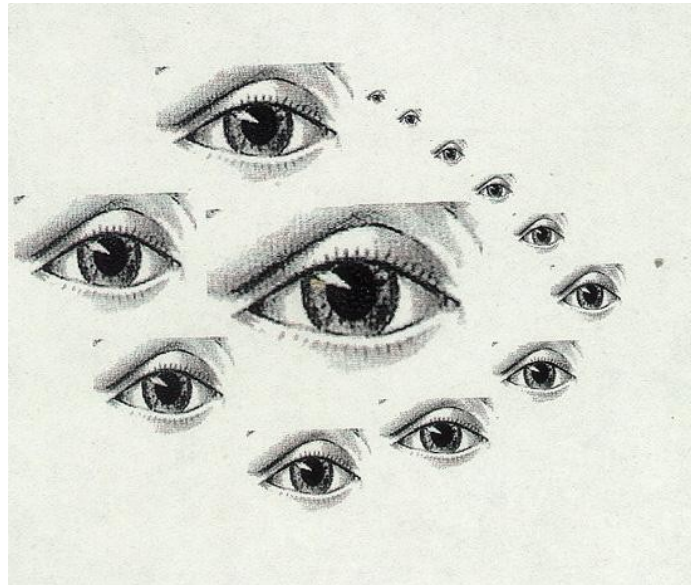


Prof. Dr. Siegfried Hünig, Würzburg

Sehschäden im Alter vorbeugen und mildern

Informationen und Empfehlungen zur altersbedingten
Makuladegeneration und zum Grauen Star

Aktualisiert: April 2016

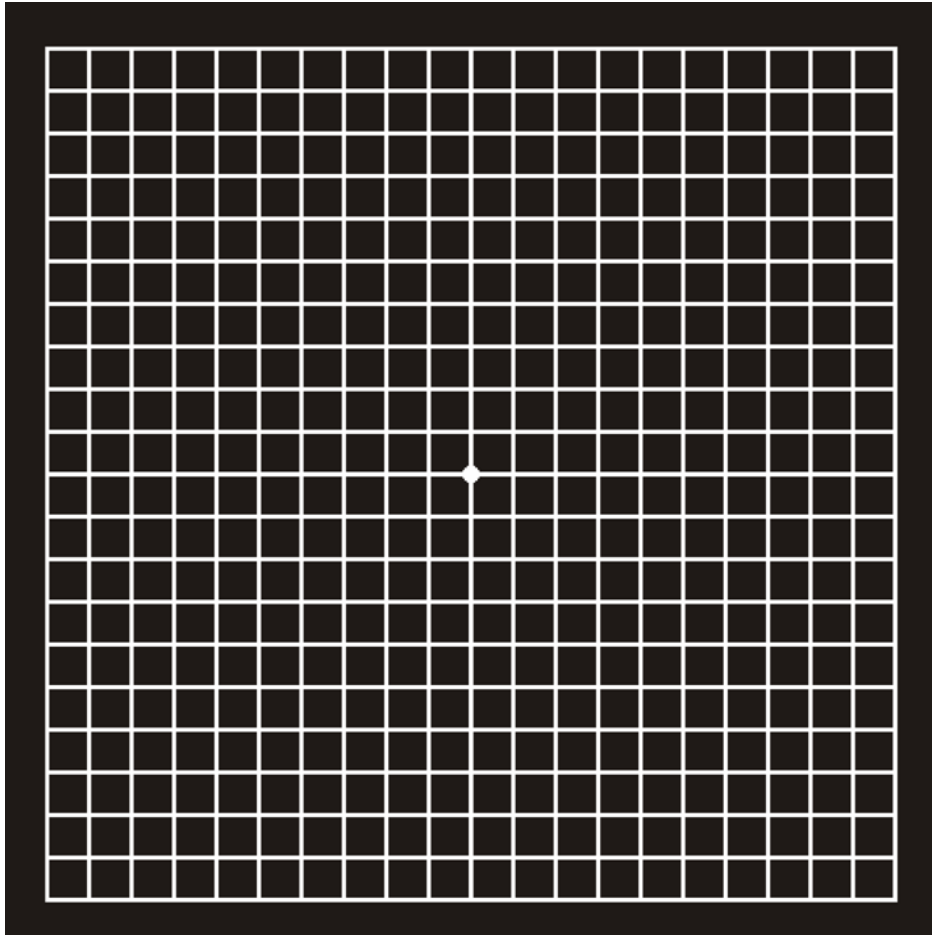


Medizinische Beratung: Prof. Dr. Albert J. Augustin
Vorstand der Augenklinik am
Städtischen Klinikum Karlsruhe
Auskunft: Tel.: 0721-9742001

Der Text ist im Internet abrufbar unter

www.klinikum-karlsruhe.com/fileadmin/Medien/Kliniken_und_Medizinische_Zentren/Kopfkliniken/Augenklinik/makulahuenig.pdf

Wie gut sind Ihre Augen?



Testen Sie Ihre Augen!

Mit diesem sogenannten „Amsler-Test“ können Sie selber die Netzhaut Ihrer Augen überprüfen.

Anleitung:

- Halten Sie die Tafel im Leseabstand so, dass die Linien scharf erscheinen. Benutzen Sie ggf. dazu Ihre Lesebrille.
- Decken Sie ein Auge ab und blicken Sie mit dem anderen starr auf den Punkt in der Mitte des Gitters. Wenn das gesamte Gitter klar und unverzerrt erscheint, ist das Auge in Ordnung. Wenn Sie Wellenlinien oder Verzerrungen sehen oder wenn Quadrate zu fehlen scheinen, sollten Sie Ihren Augenarzt aufsuchen.
- Wiederholen Sie anschließend den Test mit dem anderen Auge.

Inhalt

Inhaltsverzeichnis

Wie gut sind Ihre Augen?.....	1
Was sind, woran erkennt man und wie entwickeln sich altersbedingte Makuladegeneration (AMD) und grauer Star (Katarakt)?.....	3
AMD.....	3
Grauer Star.....	4
Grüner Star (Glaukom).....	4
Welche Behandlungsmethoden gibt es?.....	4
Welche Ursachen haben beide Augenkrankheiten?.....	5
Wie wirkt die Sonnenstrahlung auf das Auge?.....	6
Was müssen unsere Augen beim Sehen leisten?.....	7
Die Sehzellen (Photorezeptoren) und ihr Schicksal.....	7
Der „Gelbe Fleck“ und seine Bedeutung.....	9
„Oxidativer Stress“ und seine Bekämpfung.....	9
Welche Möglichkeiten gibt es, die AMD zu beeinflussen?.....	10
A: Innerer Schutz durch Ernährung und Lebensführung.....	10
B: Äußerer Schutz der Augen vor schädlichem Licht.....	33
Bezugsquellen.....	43
Tabellenverzeichnis.....	46
Rezepte.....	47
Literatur.....	53

Was sind, woran erkennt man und wie entwickeln sich altersbedingte Makuladegeneration (AMD) und grauer Star (Katarakt)?

AMD

Die AMD ist eine Erkrankung der Netzhaut und des dahinter liegenden Gewebes. Meist sieht man zunächst Verbiegungen gerader Linien, an einigen Stellen kann auch ein dunkler Fleck entstehen: Sofort zum Augenarzt! - Über die wichtigsten Erkrankungen informiert auch www.ratgeber-makula.de.

1. Frühe AMD: Wenige Ablagerungen (Drusen) auf der Netzhaut.

Kein Einfluss auf die Sehschärfe.

2. Fortgeschrittene AMD:

- a) Absterben von Sehzellen und Veränderung des Netzhautgewebes im Sehzentrum (**trockene AMD**, ca. 85% aller Betroffenen) führen zu verringertem Farbkontrastsehen und verstärkter Blendung.
- b) Abnormale und zusätzliche, zerbrechliche Blutgefäße unter der zentralen Netzhaut, die in das Auge durchbrechen und Flüssigkeit oder Blut absondern können (**feuchte AMD**, 15% aller Betroffenen). Deutlicher bis starker Sehverlust z.B. durch verbogene und vernebelte Bilder mit zunehmender Blendung bis zur zentralen Erblindung.

Eine regelmäßige Kontrolle des AMD-Verlaufs und ein sofortiger Arztbesuch bei plötzlicher Veränderung des Sehvermögens sind dringend geboten. Benutzen Sie das Blatt auf Seite 1 mit dem sog. Amsler-Netz zur Selbsttestung (einmal pro Woche) oder lassen Sie sich vom Arzt ein solches Testblatt geben.

An dieser chronischen Augenkrankheit leiden in der westlichen, weißen Bevölkerung fast 20% der 65jährigen, 30% der 75jährigen und 35% der 85jährigen. Bei über 80jährigen steigt das Risiko für Spätfolgen der AMD gegenüber den 70-74jährigen um das Zehnfache. Diese erschreckend hohen Zahlen bedeuten für die Bundesrepublik z. Zt. über 2 Millionen Betroffene, deren Zahl bis 2020 auf 6 Millionen steigen wird.

Die Entwicklung der AMD kann auch mit kognitiven Einschränkungen verbunden sein.

Grauer Star

Der graue Star zeigt sich in einer zunehmenden Eintrübung der Linse entweder über die ganze Fläche oder in einzelnen Bereichen. Die Bilder verschwinden zunehmend in Nebel, besonders bei heller Beleuchtung. Der graue Star nimmt mit dem Alter stark zu: Etwa 15% der 60-64jährigen sind betroffen, aber 50% der 75jährigen mit weiterem Altersanstieg.

Die hier bei AMD beschriebenen Empfehlungen zur Ernährung und zum Lichtschutz können auch das Risiko eines grauen Stars erheblich reduzieren.

Grüner Star (Glaukom)

Diese Erkrankung wird hier nicht behandelt. Sie geht meist mit erhöhtem Augeninnendruck einher und kann zu erheblichen Einschränkungen des Blickfeldes führen („Tunnelblick“). Laufende Kontrolle des Augeninnendrucks ist besonders wichtig. Der Violett- und Blauanteil des Lichts ist auch hier Risikofaktor. Daher ist auch bei Glaukom optimierter Lichtschutz zu empfehlen (S. 34 f.)

Welche Behandlungsmethoden gibt es?

Für beide Augenerkrankungen gibt es bisher kein Heilverfahren. Einen entscheidenden Durchbruch bei der Behandlung der **feuchten AMD** haben neue Medikamente gebracht, die die Entwicklung der krankhaften Blutgefäße stoppen und häufig das Sehvermögen erheblich verbessern (Auskunft siehe Titelblatt).

Die weitaus häufigere **trockene AMD** kann nach gesicherten Studien jetzt durch bestimmte Nahrungsergänzungsmittel gebremst werden. (Siehe Text ab S. 10.)

Der **graue Star** wird heute routinemäßig durch Austausch der getrübten Linse durch eine Kunstlinse behandelt (wichtige Hinweise am Schluss). Leidet das Auge außerdem an AMD, so ist das Risiko einer schnelleren Degeneration nicht auszuschließen. Jeder sollte wissen, dass sowohl Grauer Star als auch Makuladegeneration (AMD) eine „stumme“ Vorlaufzeit von etwa 20 Jahren haben, während der auch der Augenarzt keine Anzeichen erkennen kann. Daher ist es sinnvoll, alle Möglichkeiten zur Verhinderung oder Verzögerung des Einsetzens und des Verlaufs dieser

Augenkrankheiten auszuschöpfen durch **frühzeitige und konsequente Anpassung von Ernährung, Lebensstil und Augenlichtschutz.**

Welche Ursachen haben beide Augenkrankheiten?

Bei der Entstehung der AMD und des grauen Star wirken mehrere Faktoren mit. Dabei entwickeln sich beide Erkrankungen etwa 20 Jahre lang unbemerkt, bis die ersten Schäden sichtbar werden.

Hier folgen die wichtigsten der bisher bekannten Risikofaktoren für AMD:

Gegebene Faktoren

- *AMD in der Familie*
- *Frauen vor Männern*
- *Blaue (graue) Augen*
- *Helle Haut und Haare*
- *Blendung durch helles Licht*
- *Steigendes Alter*

Man kennt inzwischen Veränderungen an fünf Genen, die unabhängig voneinander ein erhöhtes AMD-Risiko bewirken. Hoffentlich gibt es bald Routine-tests dafür, denn diese reagieren besonders auf schädliche Außenfaktoren. Frühzeitige Entlastung des Auges durch Ernährung, Lebensstil und Augenlichtschutz ist für diesen Personenkreis besonders wichtig.

Beeinflussbare Faktoren

- *Rauchen*
- *Fettleibigkeit*
- *Hoher Blutdruck*
- *Mangel an körperlicher Anstrengung*
- *Blutwerte: zu viel Cholesterin, LDL, Triglyceride, Homocystein, zu wenig Vitamin B12 und Folsäure*
- *Erkrankung der Herzkranzgefäße (Arteriosklerose)*
- *Geringe Dichte des „Gelben Fleckes“ im Auge*
- *Chronische Nierenerkrankung*
- *Staroperation*
- *Starke und lange Lichteinwirkung*
- *Ernährungsmängel, z. B. zu viele leicht verdauliche Kohlenhydrate (Zucker, Honig, Stärke- und Weißmehlprodukte), zu wenig dunkelgrünes Gemüse (Lutein), zu wenig fetten Fisch (Omega-3-Fettsäuren), zu wenige Vitamine und Antioxidantien (siehe Text ab S. 11)*

Man sieht sofort, dass neben persönlich vorgeprägten Risikofaktoren eine Reihe weiterer hinzukommen, die prinzipiell beeinflussbar sind. Sie dürften, zusammen mit der erhöhten Lebenserwartung, für diese seit 50 Jahren steigenden Erkrankungen an AMD und grauem Star verantwortlich sein:

1. Erhöhtes Lebensalter
(Durchschnitt 1930: 60 Jahre, 2003: 80 Jahre!)
2. Intensive und längere Lichteinwirkung (Aufenthalt in südlichen Ländern und im winterlichen Hochgebirge, intensive und weißere Beleuchtung im öffentlichen und privaten Bereich)
3. Veränderte Ernährung und Lebensgewohnheiten

Die Verfolgung des Lebensstils einer Gruppe von fast 5000 Personen (Ausgangsalter 43-86 Jahre) über fast 20 Jahre hinweg zeigte eindeutig: Das Risiko für eine Augenerkrankung (z. B. AMD) steigt besonders durch Rauchen, laufenden Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Aktivität. Es kommt also darauf an, durch die persönliche Steuerung von Lichteinfluss, Lebensstil und Ernährung langfristig der Entwicklung dieser Augenkrankheiten vorzubeugen oder wenigstens ihren Verlauf zu mildern. Dieser Absicht dient die vorliegende Information mit ihren Empfehlungen. Für ein besseres Verständnis sind zunächst hier einige wichtige Eigenschaften des Auges und seine Wechselwirkung mit den Sonnenstrahlen vorangestellt.

Wie wirkt die Sonnenstrahlung auf das Auge?

Die Strahlung der Sonne, welche auf die Erde trifft, umfasst einen großen Energiebereich, der sich in den verschiedenen Wellenlängen (gemessen in nm) ausdrückt. Man unterscheidet die Bereiche:

	Wellenbereich (nm)	Eigenschaften	
Ultraviolett (UV)	UV C	250-280	Hochenergetisch, lebensgefährlich
	UV B	280-315	Sonnenbrand
	UV A	315-400	Hautbräunung

Sichtbares Licht	400 (blau) - 760 (rot)	Regenbogenspektrum
Infrarot (IR)	760 - 10000	Wärmestrahlung

Allgemein gilt: Eine Strahlung kann nur wirken, wenn sie von einem Gegenstand aufgenommen (absorbiert) wird. Die Hornhaut nimmt vor allem UV C und UV B auf, die Augenlinse UV B und UV A, das an den sichtbaren Bereich angrenzt. Auf die Netzhaut und den Augenhintergrund trifft dann nur das sichtbare Licht (400–760 nm) und der Infrarotanteil bis 850 nm. Die längerwellige Wärmestrahlung (bis 1100 nm) wird außerdem von der Linse und z.T. von der Hornhaut aufgenommen. Man sieht also sofort, dass ein Lichtfilter, der die Strahlung von 250–400 nm abfängt, eine erhebliche Entlastung von Hornhaut und Linse darstellt. Tatsächlich entstehen 30–40% der altersbedingten Hornhaut- und Bindehautveränderungen (Pinguecula, Pterygium) durch UV-Lichtschäden. Entsprechend wird die Entstehung des grauen Stars durch UV-Strahlung (UV B und das weniger wirksame, dafür aber 40 x intensivere UV A) gefördert.

Was müssen unsere Augen beim Sehen leisten?

Die Sehzellen (Photorezeptoren) und ihr Schicksal

Die Linse unseres Auges bildet die Außenwelt auf der hinteren Innenseite des Auges halbkugelförmig ab. Dort wird das Bild von den lichtempfindlichen Antennen der Sehzellen aufgenommen und zwar von ca. 6 Millionen „Zapfen“ (drei Arten: für Blau, Rot und Grün) und ca. 120 Millionen „Stäbchen“ (für Helligkeitswahrnehmung ohne Farbe). Bewusstes, farbiges und scharfes Sehen ist aber auf einen viel kleineren mittleren Bereich beschränkt. Nur dort sind die Sehzellen (vor allem Zapfen) stark konzentriert. Das gilt für die fast runde **Makula** vom Durchmesser eines dicken Streichholzkopfes, besonders aber für die in deren Mitte liegende flache Grube (**Fovea**) von der Größe eines Stecknadelkopfes - dem Zentrum für

scharfes Sehen. Dort befindet sich die unglaubliche Zahl von ca. 100.000 hauchdünnen Zapfen-Sehzellen mit ihren Antennen.

Unter der Wirkung des Lichts verbrauchen sich die Antennen der Sehzellen – und zwar Tag für Tag 12 Millionen! Diese müssen abgestoßen, zerlegt und abtransportiert werden, damit Platz für die nachwachsenden Antennen entsteht. Allein für den Punkt des schärfsten Sehens (Fovea) müssen jede Nacht ca. 10.000 Antennen ausgetauscht werden! Nur dieser tägliche, äußerst **intensive Stoffwechsel** erhält die Sehzellen am Leben. Dieser riskante Stoffwechsel wird durch zwei lichtbedingte Gefahren bedroht:

- 1) Bei der Entsorgung der verbrauchten Antennen bleibt Tag für Tag etwas unlösliches Material zurück. Die in den ersten 10 Jahren angesammelten **gelblichen Ablagerungen (Lipofuscine)** haben sich mit 40 Jahren schon versechsfacht und können mit 90 Jahren das Zehnfache erreichen und damit ca. 20% der Netzhaut bedecken. Leider sind diese Ablagerungen selbst gefährlich: Sie nehmen vorwiegend den Blauanteil des Sonnenlichtes auf und strahlen diesen als Licht wieder ab (Fluoreszenz, zur Diagnose geeignet). Dabei verwandeln sie den anwesenden Sauerstoff in eine noch aggressivere Form, die das umliegende Gewebe zerstören kann. Dieser normale Alterungsvorgang führt bei AMD zu klumpenförmigen Abscheidungen (Drusen), die unter Lichteinfluss eine weitere Degeneration fördern.
- 2) Die für blaues Licht (siehe oben) empfindlichen Sehzellen werden - bei gleicher Belichtung hundertmal leichter zerstört als für rotes Licht empfindliche Zellen. So besteht die Gefahr (wie bei AMD beobachtet), dass die blauempfindlichen Sehzellen bei nachlassendem Stoffwechsel absterben, zumal sie nur 9% aller farbempfindlichen Sehzellen ausmachen. Gegen diese mit dem Sehen verbundenen Gefahren wehrt sich das Auge durch:
 - a) Blaulichtdämpfung durch den „**Gelben Fleck**“,
 - b) ein hochwirksames Abwehr- und Reparatursystem gegen „oxidativen Stress“ (siehe unten), dessen Aktivität allerdings nach dem 40. Lebensjahr stetig abnimmt.

Eine Studie zeigt, dass bei früher AMD das Absterben von Photorezeptoren und damit der Verlust an Sehfähigkeit durch Safran (siehe Tabelle 27) gebremst wird.

Der „Gelbe Fleck“ und seine Bedeutung

Der besonderen Gefährdung durch die Fluoreszenz der gelblichen Ablagerungen und der blauempfindlichen Zellen hat die Natur durch den so genannten „Gelben Fleck“ (Makulapigment) Rechnung getragen. Er sitzt als „innere Sonnenbrille“ genau über dem Sehzentrum und filtert hohe Anteile des blau-violetten Lichtes heraus, so dass sowohl die Ablagerungen (Lipofuscine) als auch die blauempfindlichen Zellen entlastet werden. Zugleich werden dadurch Blendungen und Überstrahlungen vermindert und die Sehschärfe erhöht. Die hohe Farbdichte des Gelben Fleckes ist von größter Bedeutung. Eine niedrige Dichte hat eine höhere Blaubelastung zur Folge: Die Schadwirkung der Ablagerungen steigt und auf die Dauer wird der Stoffwechsel der blauempfindlichen Sehzellen überlastet, so dass diese absterben. **Bei der AMD fällt daher die zentrale Wahrnehmung von Violett und Blauviolett zuerst aus.** Man sieht nur noch grau- oder braunschmutzige Farbtöne. Erst kürzlich wurde gezeigt, dass eine niedrige Pigmentdichte des Gelben Fleckes eine der Ursachen der AMD ist.

Der Gelbe Fleck besteht aus den eng verwandten Carotinoiden **Lutein**, **Zeaxanthin** und **Meso-Zeaxanthin**. Zeaxanthin und besonders Meso-Zeaxanthin sind am Ort schärfsten Sehens (Fovea) angereichert. Sie müssen mit der Nahrung aufgenommen werden, die vorwiegend Lutein, aber nur wenig Zeaxanthin und Meso-Zeaxanthin liefert. Im Auge wird daher ein Teil von Lutein in Zeaxanthin und Meso-Zeaxanthin umgewandelt. Verschiedene Studien zeigen die positive Wirkung reichlicher Luteinzufuhr mit der Nahrung oder als Ergänzung (Tabellen 26 und 27): Weniger Ablagerungen auf der Netzhaut und verringertes Risiko von Grauem Star und AMD in feuchter und trockener Form. Erstaunlich ist die stabilisierende Wirkung von Safran (20 mg täglich) auf die frühe AMD.

„Oxidativer Stress“ und seine Bekämpfung

Der laufende Ersatz verbrauchter Antennen der Sehzellen durch neu gebildete sowie anderer Bestandteile des Augenhintergrundes kennzeichnen den intensiven Stoffwechsel des Auges, der viel Sauerstoff verbraucht. Daher ist die Aderhaut des Auges (liegt unter der Netzhaut) das sauerstoffreichste Gewebe unseres Körpers! Gleichzeitig ist aber durch die Kombination von Licht und Sauerstoff die oxidative Zerstörung organischer Substanzen vorprogrammiert.

Um diesen „**oxidativen Stress**“ so gering wie möglich zu halten, müssen die Sehzellen und das umliegende Gewebe ausreichend mit „**Antioxidantien**“ (Radikalfängern) versorgt werden. Die wichtigste Rolle spielen **Vitamin E** (Tocopherole) und **Vitamin C**. Letzteres ist für das Auge so wichtig, dass es dort in 30- bis 40facher Konzentration im Vergleich zur Blutbahn des Körpers vorliegt. Die positive Wirkung von Vitamin E wird durch Vitamin C gesteigert und durch **Coenzym Q10** verlängert. Die in ausführlichen Studien erwiesenen positiven Effekte von **Polyphenolen (Oligomere Proanthocyanidine (OPC); Bioflavonoide)** auf arteriosklerotische Veränderungen (vor allem Schutz des oxidationsempfindlichen LDL-Cholesterins) weisen diesen starken Antioxidantien steigende Bedeutung zu. In der Augenlinse ist ihr Schutzeffekt bereits nachgewiesen.

Die Lage ist im Sehzentrum (der Fovea) besonders kritisch, da dort die enorm große Zahl an Sehzellen versorgt werden muss, aber das versorgende Gefäßsystem sehr knapp gehalten ist, um die Bildschärfe nicht zu stören. Reserven sind also kaum vorhanden, weshalb das Risiko einer Makuladegeneration bei alternden Menschen mit ihrem schwächeren Stoffwechsel steigt. Der Zustand der winzigen Fovea (deren Größe nur ca. 1/10 000 der Netzhaut ausmacht!) entscheidet darüber, ob wir Schrift lesen, der Zustand der etwas größeren Makula darüber, ob wir Gesichter erkennen können.

Welche Möglichkeiten gibt es, die AMD zu beeinflussen?

A: Innerer Schutz durch Ernährung und Lebensführung.

Wie oben gezeigt, gibt es bis zur Entstehung der Erkrankung eine lange Vorlaufzeit bevor eine der verschiedenen Formen der AMD auftritt, bei der das zentrale Sehvermögen beeinträchtigt wird. Alle Behandlungen und das eigene Verhalten zielen auf eine Verlaufsmilderung dieses chronischen Leidens ab. Nach meist amerikanischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte sind Blaulichtbelastungen und Stoffwechselstörungen mit „oxidativem Stress“ zwei wichtige Faktoren bei der Entstehung und Entwicklung der AMD. Beide Faktoren bieten auch Ansatzpunkte einer positiven Beeinflussung.

Wie schützt man die Augen vor „oxidativem Stress“?

Jede Zelle unseres Körpers benötigt einen ungestörten Stoffwechsel zur Ernährung, aber auch zum laufenden Um- und Abbau ihrer Inhaltsstoffe mit Hilfe des im Blut gelösten Sauerstoffs. Dabei treten als Zwischenstufen kurzlebige, aggressive „**freie Radikale**“ auf, die auch lebensfeindliche Reaktionen auslösen können. Das bezeichnet man als **oxidativen Stress**. Dies verhindert der gesunde Organismus durch verschiedene, mit der Nahrung aufgenommene sog. „**Radikalfänger**“ (=Antioxidantien), die in ausreichender Konzentration vorliegen müssen. Zu den wichtigsten Antioxidantien zählen die Vitamine C und E, verschiedene pflanzliche „Polyphenole“ sowie Carotinoide (β -Carotin, Lutein, Lycopin). Lutein und das eng verwandte Zeaxanthin wirken nicht nur als Lichtfilter im gelben Fleck, sondern – in geringerer Konzentration – als starkes Antioxidans im Auge, so in den Antennen der Sehzellen und in der Augenlinse. **Das Risiko, grauen Star zu entwickeln, sinkt mit steigendem Luteingehalt.**

Für das Auge ist diese Versorgung mit Antioxidantien besonders wichtig, weil das aufgenommene Licht in Hornhaut, Linse und Netzhaut die Zahl der freien Radikale, d.h. den oxidativen Stress erhöht. Es wundert daher nicht, dass eine **Unterversorgung mit Antioxidantien durch Rauchen oder Gefäßverengung (koronare Herzerkrankung) das Risiko für das Auftreten einer AMD und eines grauen Stars auf das 2–4fache erhöht.**

Alle Maßnahmen der besseren (gesünderen) Ernährung und Lebensführung für diese Personen kommen sicherlich auch den Augen zugute.

So zeigte eine Untersuchung an 1300 Frauen zwischen 55 und 74 Jahren, dass die Kombination von gesunder Ernährung, Nicht-Rauchen und körperlicher Aktivität das Risiko für Makuladegeneration auf ein Viertel senken kann. Das gilt besonders bei den unteretzten Frauen mit hohem erblichem Risiko, unterstützt durch einen normalen Vitamin-D-Spiegel. Insbesondere bei schon beginnender AMD ist deren verlangsamtes Fortschreiten zu erwarten. Andererseits erhöht eine schwache, aber lebenslange UV-Belastung sowohl das Risiko für Grauen Star als auch für AMD; auch Calcium-Präparate mit mehr als 80 mg Ca pro Tag erhöhen das AMD-Risiko.

Wichtig: Falls laufend Cholesterin-Senker benutzt werden, muss zusätz-

lich Lutein eingenommen werden, um die absinkende Dichte des gelben Flecks auszugleichen.

Empfehlung: Ernährung und Lebensführung	
Abträglich	Zuträglich
↘ Rauchen	↗ Nüsse, vor allem Walnüsse und Mandeln.
↘ Bewegungsarmut	↗ Körperliche Aktivität zur Ankurbelung des Kreislaufs
↘ Fett, das auch in Nahrungsmitteln versteckt sein kann.	↗ Täglich 500 g Obst & Gemüse (auch für Gesunde!)
↘ Kalorienreiche Ernährung	↗ Kalorienarme Ernährung
↘ Kohlenhydrate, sehr rasch verdaulich (hoher glykämischer Index)	↗ Kohlenhydrate, sehr langsam verdaulich (niedriger glykämischer Index)
↘ Viel Zucker, Honig, Stärke- und Weißmehlprodukte	↗ Wenig Zucker usw., viele Vollkornprodukte
↘ Fleisch	↗ Dunkelgrünes Gemüse bevorzugen (siehe Tabelle 1).
↘ Fertiggerichte (z.B. Pizza, Fleisch- und Fischsalate) und Backwaren (z.B. auch Chips): enthalten oft ungünstige Fette.	↗ Olivenöl 1. Pressung (extra virgine) benutzen; kein Sonnenblumen- und Distelöl.
↘ Werte über Norm für LDL- und HDL-Cholesterin (Kontrolle in Apotheken).	↗ viel (fetten) Fisch (besonders Thunfisch (auch in Dosen)), auch Makrele, Hering, Lachs, Aal.
↘ Getränke mit	

mehr als 20 g Alkohol täglich		
Zur Senkung der schädlichen Wirkung des LDL täglich polyphenolhaltige Nahrungsmittel aufnehmen!		
Wirkungsvergleich (meist Presssäfte)	Sehr stark	Granatapfel, wilde Preiselbeeren, Traubenkernextrakte
	Stark	wilde Blaubeeren, Rotwein und roter Traubensaft (südlicher Anbau), Grüner Tee.
	Schwächer	Grapefruit, Orange, Apfel.
<i>Genauere Hinweise finden Sie im weiteren Text und den Tabellen 1 bis 15. Bezugsquellen sind ab Seite 43 aufgeführt.</i>		

Zufuhr von Antioxidantien

In jedem Fall muss das Blut über die Ernährung oder durch Zusatzpräparate ausreichend mit Antioxidantien versorgt werden. Diese spielen gerade auch bei schon bestehender AMD eine wichtige Rolle, wie eine siebenjährige Studie des National Institute of Health (USA) an 4750 Personen zeigte. Die tägliche Einnahme (unter ärztlicher Kontrolle) von Vitamin C (500 mg), Vitamin E (270 mg / 400 I.E.) und β -Carotin (15 mg) zusammen mit Zink (80 mg (sehr viel)) und Kupfer (2 mg) bremste das Fortschreiten der mittleren AMD um 25%, den damit verbundenen Sehverlust um 19% (frühe Formen der AMD sowie der graue Star wurden durch diese Therapie nicht positiv beeinflusst). Dies sind die bis jetzt am besten gesicherten Werte einer AMD-Behandlung, obwohl die wichtige Rolle der Farbstoffe des Gelben Fleckes noch nicht berücksichtigt werden konnte (vergl. S. 9). Die für den Stoffwechsel wichtigen zinkhaltigen Enzyme kommen im Auge in besonders hoher Konzentration vor. Hohe Dosen an β -Carotin können bei Rauchern und Ex-Rauchern das Risiko eines Bronchialkarzinoms erhöhen. Nach einer 10-Jahres-Studie beeinflusst tägliches „Babyaspirin“ das AMD-Risiko nicht.

Neue Befunde zeigen:

Coenzym Q10 verlängert nicht nur die Wirkung von Vitamin C und E, son-

dern kann auch die schädliche Wirkung der Ablagerungen in der Netzhaut (Lipofuscine, vor allem von „A2E“) mildern.

Cholesterinsenker vom Typ der Statine senken auch die Bildung des körpereigenen Coenzym Q10. In diesem Falle ist daher zusätzliche Zufuhr besonders ratsam.

Polyphenole (Bioflavonoide) sind hochwirksame Antioxidantien, besonders für LDL-Cholesterin. Gerade beim alternden Menschen entfalten diese pflanzlichen Stoffe eine hohe Schutzwirkung auf das Nervensystem und das Gehirn, an das die Augen angeschlossen sind. Sie unterstützen auch die Wirkung der wichtigen Omega3-Fettsäuren (s. S. 21). Ihre Wirksamkeit steigt häufig bei der Umwandlung im Körper. Die stärksten Quellen sind Presssäfte von Granatapfel oder Preiselbeeren (täglich 5 Esslöffel oder entsprechende Mengen Preiselbeermarmelade); sehr praktisch (und preisgünstig) ist Granatapfelsirup. Besondere Bedeutung haben Extrakte aus Schalen und Kernen roter Trauben mit hohem Gehalt an **Resveratrol**, das entscheidend zur gesundheitsfördernden Wirkung von Rotwein beiträgt. Eine Einzelfallstudie an einem Patienten mit fortgeschrittener AMD ergab bei täglicher Einnahme von 100mg Resveratrol nach 5 Monaten eine deutliche Besserung des Sehvermögens, weil die Ablagerungen auf der Netzhaut teilweise abgebaut waren. In den ersten 3-4 Tagen der Resveratrol-Einnahme kann es zu leichten Verstimmungen kommen (Ausschwemmen der Schadstoffe), die in andauerndes Wohlbefinden übergehen; nicht mit Milch oder Milchprodukten einnehmen, da diese die Aufnahme (Bioverfügbarkeit) von Resveratrol erschweren. Siehe auch Kasten „Empfehlung“ S. 12.

Vitamin D hat gerade bei älteren Menschen vielfältige Wirkungen. So kann es nicht nur die Grundstimmung, sondern auch das Sehvermögen verbessern (z. B. durch Vigantolettten, 1 Tablette mit 1000 I. E. pro Tag).

Vitamin-C-Zufuhr senkt nach einer neuen Studie das Risiko des grauen Stars im Vergleich zu einer Bevölkerung mit Vitamin-C-Mangel.

Grundsätzlich ist die Zufuhr dieser Antioxidantien einschließlich der Pflanzenfarbstoffe über die Nahrungsmittel vorzuziehen. Biologischer Anbau erhöht den Gehalt an Antioxidantien und Vitaminen.

Tabellen von Antioxidantien und anderen besprochenen Wirkstoffen in Nahrungsmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln (Auswahl).

Bezugsquellen sind ab Seite 43 aufgeführt, die Verweise in eckigen Klammern [Firma XY, S. yz] beziehen sich auf die dortige Liste. Ein Verzeichnis der Tabellen findet sich auf S. 46.

Pflanzliche Polyphenole (PP)

Diese wichtige Gruppe von Antioxidantien (siehe S. 11 und 13) ist als Nahrungsergänzungsmittel erhältlich. Zusammen mit Milch kann die Aufnahme von Polyphenolen in den Körper erschwert werden.

Tabelle 1: Nahrungsmittel, Getränke und Gewürze mit besonders hohem Gehalt an Polyphenolen (in mg je 100g bzw. je 100 ml)

(nach J. Pérez-Jiménez et al.: *European Journal of Clinical Nutrition*)

Nahrungsmittel			
Kakaopulver	3448	Erdbeeren	235
Aronia	2094	Himbeeren	215
Dunkle Schokolade	1753	getrocknete Pflaumen	194
Leinsamen	1528	Mandeln	187
Holunderbeeren	1359	dunkle Trauben	169
Esskastanie	1215	rote Zwiebeln	168
Heidelbeere (wild)	836	Äpfel	136
Schw. Johannisbeere	758	Spinat	119
Kapern	654	gelbe Zwiebeln	84
Dunkle Oliven	569	Vollkorn-Weizenmehl	71
Heidelbeere, gezüchtet	560	Olivenöl extra virgine	62
Haselnuss	495	Pfirsiche	59
Pflaumen	377	Broccoli	45
Grüne Oliven	346	rote Johannisbeeren	43
Süßkirschen	274	Soja-Tofu	42
Brombeeren	260	Aprikosen	34
Milchschokolade	236	Walnüsse	28

Getränke		Gewürze	
Filterkaffee	214	Nelken	15188
Schwarztee	102	mexikanisches Oregano	1207
Rotwein	101	Salbei, getrocknet	1207
grüner Tee	89	Rosmarin, getrocknet	1018
Apfelsaft	68	Thymian, getrocknet	878
Granatapfelsaft	66	Curry	285
Grapefruitsaft	66		
Orangensaft	46		

Tabelle 2: Günstige Quellen für pflanzliche Polyphenole

Präparat	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
Granatapfelsirup (türkisch: „Nar Ekşisi“) ist der auf etwa 1/10 konzentrierte Presssaft – schwach sauer. z.B. ANATOLIA oder SERA, in türkischen Geschäften; 95% Presssaftkonzentrat (Achtung: der Anteil davon am Sirup sollte mindestens 30% betragen)	3 Esslöffel	0,30 €
Bio-Granatapfelsaft (Direktsaft, Voelkel)	50 ml	0,38 €
Bio-Granatapfelsaft aus Konzentrat	50 ml	0,35 €
Granatapfel-Kapseln 500mg (Kräuterhaus)	3 Kapseln	0,36 € [Kräuterhaus, S. 43]
Resveratrol plus OPC, Hirundo Products (Apotheke) Resveratrol: 48mg, OPC: 57mg	2-3 Kapseln	0,27 € – 0,40 €
Resverol ®, VitaBasix Resveratrol: 120 mg, Quercetin: 50mg, Katechine: 30mg, OPC: 30mg	1 Kapsel	0,80 € 129 € / 180 [www.vitabasix.-com]
LONGEVINEX ®, Dr. Hittich GreenPower 100mg Resveratrol, 25mg Quercitin	1 Kapsel	0,82 € [www.green-power24.com]
Resol NA , DFAM (Apotheke) Resveratrol: 125mg	1 Kapsel	0,49 € [Apotheke]

Soja-Polyphenole und feuchte AMD

Die günstige Wirkung von Soja auch zur vorbeugenden Behandlung bei bestimmten Krebsarten hat eine intensive Forschungswelle ausgelöst. Danach bremsen oder verhindern bestimmte Inhaltsstoffe der Sojabohne – nämlich Isoflavonoide, vor allem Genistein – die Neubildung krankhafter

Blutgefäße. Das gilt auch für solche Blutgefäße, wie sie bei der feuchten AMD auftreten. Jetzt stehen auf Sojabasis entwickelte Genistein-Präparate zur Verfügung, die auch bei Sojaallergie angewandt werden können, wenn Proteine und Kohlehydrate entfernt wurden. Diese Präparate empfehlen sich daher bei der feuchten AMD zur Unterstützung der klinischen Therapie. Experimentelle Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit Hilfe dieser Medikamente auch dem Übergang von der trockenen in die feuchte AMD entgegengewirkt werden kann. Einschränkend muss gesagt werden, dass sich aus den bisher vorliegenden experimentellen Untersuchungen keine Hinweise auf die optimale Dosis und/oder Form der Zuführung ableiten lassen.

Tabelle 3: Mögliche Hemmer der feuchten AMD

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
ANTI VES (enthält Proteine u. Kohlenhydrate) Isoflavonoide, vorwiegend Genistein: 20mg Vitamin D3: 7,5mg, Vitamin E: 43 I.E.	1 Kapsel	1,00 € [Novartis, S. 45]
Soja-Isoflavone (Ascopharm) Isoflavone: 30mg, Vitamin C: 75mg, Vitamin E: 18 I.E.	1 Kapsel	0,16 € [ascopharm, S. 43]

Vitamine C und E

Tabelle 4: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitamin C, bezogen auf 100g.

Nahrungsmittel	Vitamin C	Nahrungsmittel	Vitamin C
Camu-Camu	2000 mg	Ebereschenfrucht	98 mg
Acerolakirsche	1700 mg	Erdbeere	61 mg
Hagebutte	1250 mg	Zitrone	53 mg
Sanddorn	450 mg	Orange (Apfelsine)	50 mg
Schwarze Johannisbeere	189 mg	Rotkraut	50 mg
Grünkohl	105 mg	Weißkraut	45 mg
Kiwi	100 mg		

Diese Werte können je nach Alter und Lagerung oder Kochen deutlich absinken.

Tabelle 5: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitamin E [in internationalen Einheiten (I.E.)], aber niedrigem Gehalt an Linolsäure, je 100 g.

Nahrungsmittel	Vitamin E
Leinsamenöl	57 i.E.
Sojaöl	17-25 i.E.

Tabelle 6: Vitaminpräparate

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
Vitamin C Depot (mit 5 mg Zink pro Kapsel) 300 mg 225 mg	1 - 2 Kaps.	0,07 - 0,14 € [ascopharm, S. 43] 0,07 - 0,14 € Kräuterhaus, S. 43]
Acerola-Kapseln 400 mg Acerola-Kirsch-Konzentrat = 100 mg Vit. C	1 - 2 Kaps.	0,03 – 0,06 € [Kräuterhaus, S. 43]

Der Schutz durch Vitamin E ist sehr schwach.

Aktivierung des Zellstoffwechsels

Dieses Konzept geht davon aus, dass beim Altern und besonders beim Einsetzen der AMD die Kraftwerke (Mitochondrien) der (Seh-)Zellen nicht mehr ausreichend arbeiten und damit oxidativen Stress auslösen. Damit wird u.a. der Transport von Omega-3-Fettsäuren (besonders EPA und DHA aus Fischölen) behindert. EPA (entzündungshemmend), aber auch DHA senken das Risiko der feuchten AMD. Außerdem besteht die Außenhaut der sich ständig erneuernden Antennen der Sehzellen zu 50% aus DHA.

Im Gegensatz dazu steigert die meist im Überschuss aus tierischen Fetten, auch Leber, aufgenommene Omega-6-Fettsäure Arachidonsäure das Risiko der feuchten AMD. Zur Aktivierung des Zellstoffwechsels im Auge wurde die natürliche Aminosäure Acetyl-L-Carnitin eingesetzt. Nach klinischen Studien an Frühstadien der AMD liegt nun eine doppelt kontrollierte Studie vor, bei der die Patienten ein Jahr lang behandelt wurden mit täglich (in Form von Kapseln):

- 200 mg Acetyl-L-Carnitin
- 1.120 mg Omega-3-Fettsäuren (EDA + DHA)
- 20 mg Coenzym Q10.

Die Behandlung ergab eine deutliche Verbesserung mehrerer Augenfunktionen und Abnahme der Ablagerungen in Form von Drusen. Bei der unbehandelten Kontrollgruppe verschlechterten sich die Ausgangswerte. Mit dieser Aktivierung sinkt offenbar auch das Risiko des Grauen Stars. Die Kombination dieser drei Komponenten wird als Phototrop[®] angeboten. Bis das Präparat in Deutschland erhältlich ist, kann es über die angegebene Versandapotheke unter Vorlage des Originalrezeptes bezogen werden. Man kann natürlich auch die drei Komponenten getrennt in ähnlicher Menge einnehmen.

Präparat	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
Phototrop [®]	2 Kapseln	1,40 € [sigma-tau, S. 44]

Inzwischen wurden in einer sehr umfassenden Studie die Augen von 2167 Personen (älter als 55 Jahre) neun Jahre lang kontrolliert. Dabei zeigt sich, dass gerade das erblich bedingte AMD-Risiko so auf die Ernährung anspricht, dass das Einsetzen der AMD verspätet oder sogar verhindert werden kann. Dazu sind laufend die entsprechenden Mengen an Antioxidantien (z. B. Vitamin C), ω -3-Fettsäuren EPA und DHA, Lutein und Zink erforderlich (siehe folgenden Text).

Coenzym Q10

Tabelle 7: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Coenzym Q10 einschließlich wechselnden Mengen an Q9; jeweils bezogen auf 100 g.

Nahrungsmittel	Coenzym Q10
Rindfleisch	3,7 mg
Schinken	2,1 mg
Thunfisch	1,6 mg
Hähnchen	1,4 mg
Forelle	1,0 mg

(Entnommen aus: B. Mattila und I. Kumpulainen, J. Food Comp. Analysis **2001**, 14, 409-417.)

Tabelle 8: Coenzym Q10-Präparate

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
Coenzym Q10-Kapseln Coenzym Q10: 40 mg	1 Kapsel	0,12 € [Kräuterhaus, S. 43]
Coenzym Q10-Plus Kapseln Coenzym Q10 : 40mg, Vitamin B ₁ : 1,6mg, Vitamin B ₂ : 2,2mg, Vitamin B ₃ : 163mg, Vitamin B ₆ : 2,0mg, Vitamin B ₁₂ : 7,5mg Folsäure: 240ng, Biotin: 240ng, Panto- thensäure: 13,1mg, Selen: 50ng, Magne- siumcarbonat: 180mg	1 Kapsel	0,16 € [Kräuterhaus, S. 43]
Sovita Q10 Vitalstoffkapseln PREMIUM , ascopharm Coenzym Q10: 60mg, Roter Traubenextrakt: 100mg, Vitamin C: 100mg, Niacin: 27mg, Vitamin E:,24mg, Pantothensäure: 6mg, Vitamin B ₆ : 4mg, Vitamin B ₂ : 3,2mg, Vitamin B ₁ : 2,8mg, Folsäure: 0,4mg, Biotin: 0,2mg, Vitamin D ₃ : 5 µg, Vitamin B ₁₂ : 0,003mg,	1 Kapsel	0,38 € [ascopharm, S. 43]

L-Carnitin und Acetyl-L-Carnitin

aktivieren in Mensch und Tier den Zellstoffwechsel (Mitochondrien), besonders den Transport und die Verwendung der Fettsäuren. Im Alter nimmt die Eigenproduktion ab, so dass die Ergänzung durch Kapseln sinnvoll sein kann.

Vom Gehirn (und den daran angeschlossenen Augen) wird Acetyl-L-Carnitin besonders gut aufgenommen.

Tabelle 9: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an L-Carnitin, je 100 g.

Nahrungsmittel	L-Carnitin		L-Carnitin
Rindfleisch	65 - 85 mg	Pute	20 mg
Kalbfleisch	80 -130 mg	Ente	25 mg
Schweinefleisch	20 - 50 mg	Joghurt	12 mg
Lamm	30 - 40 mg	Camembert	14 mg
Hähnchen	10 mg	Ziegenkäse	15 mg

(Nach I. Demarquoy et al., Food Chemistry **2004**, 86, 137-142.)

Tabelle 10: Acetyl-L-Carnitin-Präparate

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
LHP1413 Acetyl-L-Carnitin Acetyl-L-Carnitin: 500mg	1 Kapsel	0,52 € [vitabasix, S. 44]
Acetyl-L-Carnitin Acetyl-L-Carnitin: 250mg / 500mg	1 Kapsel	0,40 € oder 0,60 € [Hecht Pharma, S. 44]

Omega-3-Fettsäuren

In unserer Nahrung dienen Fette und Öle hauptsächlich als Energiequelle, nicht aber die darin enthaltenen „essentiellen“ (d.h. unbedingt notwendigen) Fettsäuren. Diese benötigt unser Körper, um Kreislauf, Nervensystem und Gehirn, sowie die daran angeschlossenen Augen gesund zu erhalten. Diese Aufgabe übernehmen die beiden miteinander konkurrierenden Gruppen der Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren.

Nach einer Studie an 349 Personen sinkt das AMD-Risiko mit steigender Aufnahme von ω -3-Fettsäuren (EPA, DHA), aber nur, wenn zugleich der ω -6-Fettsäure-Level (α -Linol-Säure) sehr niedrig ist. Besonders das Risiko der feuchten AMD steigt mit hohem ω -6-Anteil. Ein hoher Gehalt an EPA und DHA in der Haut der roten Blutkörperchen (Bestimmung siehe www.ratiomega.de) senkt das Risiko einer feuchten AMD und bremst deren Verlauf. Außerdem bremst ein hoher Blutserumspiegel an EPA und DHA die Alterung der Retina und die Bildung von Spätformen der AMD.

Tabelle 11: Lebenswichtige (essentielle) Fettsäuren

	Omega-3-Fettsäure	Omega-6-Fettsäure
„Kurzketig“	α - Linolensäure	Linolsäure
„langkettig“	EPA DHA	Arachidonsäure

Von grundsätzlicher Bedeutung für die Gesundheit ist das Verhältnis von Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren in der Nahrung. Es sollte 4:1 nicht überschreiten, hat sich aber mit unserer fleischhaltigen, fischarmen Ernährung und dem hohen Einsatz von Sonnenblumenöl in Lebensmitteln (häufig nur als „Pflanzenöl“ gekennzeichnet) bis auf ca. 16:1 verschoben. Dadurch kommt die entzündungsfördernde Wirkung der Omega-6-Fettsäuren zum Tragen, und die entzündungshemmende Wirkung der

Omega-3-Fettsäuren geht verloren zumal ihre Aufnahme behindert wird. Dagegen fördert Olivenöl (Mittelmeerkost!) die Aufnahme von Omega-3-Fettsäuren.

Es ist also wichtig, den Omega-6-Anteil in unserer Nahrung stark zu reduzieren, und den Omega-3-Anteil, besonders von EPA und DHA zu erhöhen, auch über Nahrungsergänzungsmittel. Hoher Gehalt des Blutes an EPA und DHA senkt das Risiko der Weiterentwicklung der frühen AMD.

Wie Tabellen 12 und 13 zeigen, bedeutet das:

Omega-6 reduzieren	Omega-3 erhöhen (EPA, DHA)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ kein Sonnenblumen- und Distelöl verwenden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ mindestens zwei mal wöchentlich fetten Fisch (siehe Tabelle 13)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ wenig rotes Fleisch und Eier 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Präparate (siehe Tabelle 14)
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Fertiggerichte vermeiden (s. S. 12), zumal diese auch gesundheitsschädliche trans-Fettsäuren enthalten können 	

Tabelle 12: Gehalt von Ölen und Fetten an Linolsäure (Omega-6-Fettsäure, unerwünscht) und Linolensäure (Omega-3-Fettsäure, aber bei AMD ebenfalls ungünstig)

Fett oder Öl	Linolsäure	Linolensäure
Rindertalg	3%	—
Schweinefett	14%	—
Butter	3%	—
Olivenöl	8 - 10%	—
Sojaöl	5 – 12%	2 – 3%
Rapsöl	ca. 20%	ca. 9%
Rapsözübereiung „ALBAÖL“ [®]	16%	16%
Sonnenblumenöl	55 – 63%	—
Distelöl	75%	0,5%
<u>Leinöl</u>	<u>15 – 16%</u>	<u>49 – 53%</u>
Diät-Margarinen typische Anteile bezogen auf Gesamtfett	20 – 24%	3 -4%

Omega-3 Präparate

Lachsöl- (Fischöl)-Kapseln werden jetzt in Supermärkten und Drogerien in guter Qualität angeboten. Man achte darauf, dass diese mindestens 30% Omega-3-Fettsäuren enthalten und berechne danach die Tagesdosis von 0,9-1,5 g Omega-3-Fettsäure. Die angegebene Dosierung ist meist zu niedrig. Hohe Anteile an EPA dämpfen generell Entzündungen, auch die im Auge, bei Arteriosklerose, Arthrose und Diabetes. Hohe Anteile an DHA hingegen stärken das Nervensystem, das Gehirn und im Auge besonders die Sehzellen. Außerdem mildert DHA die Giftwirkung der Ablagerungen auf der Netzhaut.

Neuerdings gibt es einen zukunftssträchtigen Zugang zu DHA-intensiven Präparaten. EPA und DHA in Fischölen stammen aus der Nahrung der Fische, nämlich bestimmten Algen. Aus diesen kann man unter kontrollierten Bedingungen direkt reines EPA und DHA gewinnen (z.B. nuique, s. Tabelle 14, S. 24). Derartige Präparate sind ideal für Personen mit Fischallergie und Vegetarier, deren Nahrung meist einen zu geringen DHA-Anteil bereitstellt. Außerdem werden die Fischbestände geschont.

Tabelle 13: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an den Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, bezogen auf 100 g.

Nahrungsmittel	Omega-3-Fettsäuren
Thunfisch	5 - 8 g
Hering	3 - 5 g
Makrele	1 - 3 g
Lachs	2 -4 g
[Karpfen	0,6 g]

Mindestens eine Mahlzeit pro Woche mit diesen fetten Fischen senkt das Risiko der Entstehung von AMD und drei Mahlzeiten auch den Übergang von Frühformen der AMD zu Spätformen mit starkem Sehverlust. Auch das Risiko der feuchten AMD sinkt durch EPA und DHA.

Tabelle 14: Omega-3-Fettsäuren-Präparate (EPA und DHA), Auswahl

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
QepaN® classic gehärtete Gelatine-kapseln ohne Fischgeschmack 500mg, EPA : DHA = 3 : 1 Gesamt O-3: 428mg [davon EPA: 285mg, DHA: 95mg]	2 – 3 Kaps.	0,51 – 0,71 € [MensanIQ, S. 39]
EPA 400 800mg EPA : DHA = 8 : 1 Gesamt O-3: 569mg [davon EPA: 400mg, DHA: 48mg], Vitamin E: 15 I.E.	3 Kapseln	0,65 € [ascopharm, S. 38]
Epafit EPA : DHA = 4 : 1 Gesamt O-3: 425mg [davon EPA: 225mg, DHA: 56mg], Vitamin E: 22 I.E.	3 Kapseln (je 650 mg)	0,56 € [Kräuterhaus, S. 43]
Lachsoelkapseln Gesamt O-3: mindestens 150mg	6 - 7 Kaps. (je 500 mg)	0,17 – 0,19 € [Kräuterhaus, S. 43] 0,19 – 0,22€ [ascopharm, S.43]
nuique Vegetarian Omega-3 EPA & DHA EPA : DHA = 1 : 40 Gesamt O-3: 205mg (davon EPA: 5mg, DHA: 200mg)	2 -3 Kaps. (je 205 mg)	0,50 € – 0,75 € [www.nuique.com/omega3]

Stärkung des Gelben Fleckes

Individuelle Schwankungen der Farbdichte des Gelben Fleckes um den Faktor 10 sind keine Seltenheit. Außerdem sinkt die Farbdichte und damit die Schutzwirkung ab ca. 30 Jahren mit zunehmendem Alter. Eine Routinemethode zur Farbdichtebestimmung ist noch in der Entwicklung, um Personen mit hohem Risiko frühzeitig zu erkennen und eine Behandlung zu kontrollieren. **Erhöhtes Risiko**, meist wegen geringer Farbdichte, **weisen auf: Personen, in deren Familien AMD vorkommt, Frauen, schwerbräunende Hellhäutige mit hellem Haar sowie Personen, die gegen grelles Licht empfindlich sind, und solche mit blau(grauen)**

Augen. Letztere sind zusätzlich belastet, weil durch die blaue Regenbogenhaut (Iris) an einem Tage soviel Streulicht dringt, wie in 100 Tagen durch eine braune (melaninhaltige) Iris. Damit dürfte der weit geringere AMD-Anteil in der dunkeläugigen Mittelmeerbevölkerung zusammenhängen. (Lichtrisiko durch Staroperation siehe S. 41.)

Zum Glück steigert erhöhte Luteinzufuhr durch die Nahrung (Tabelle 15) oder durch Luteinpräparate (Tabelle 16) die Farbdichte des Gelben Fleckes, wenn auch individuell verschieden. Blauäugige Personen sprechen meist recht gut an.

Auch die Antennen der Sehzellen und die Augenlinse brauchen winzige Mengen an Lutein als Radikalfänger.

Die Erhöhung der Konzentration an Lutein und Vitamin C kommt auch der Augenlinse und dem umgebenden Gewebe zugute. (Risikoverminderung des grauen Stars; Verlangsamung des Verlaufes wurde beobachtet.)

Es war bereits bekannt, dass mit steigender Farbdichte des Gelben Fleckes das AMD-Risiko sinkt. Außerdem sinkt die Empfindlichkeit gegen grelles Licht. Jetzt zeigt eine Doppelblind-Studie an Patienten mit Frühformen der AMD Folgendes: Tägliche Einnahme von 10 mg Lutein während eines Jahres steigert sowohl die Sehschärfe als auch das Kontrastsehen, während diese Werte in der unbehandelten Gruppe sinken. Eine weitere umfangreiche Studie bestätigt den Schutzeffekt des Luteins. Zusätzliches Lutein vermindert auch das AMD-Risiko, besonders für die feuchte Form, zusammen mit Zink, während zusätzliches β -Carotin ungünstig wirkt (Studie an 2500 Personen nach 5 und 10 Jahren).

Die Aufnahme von Lutein aus Gemüse hängt nur wenig von der Zubereitung ab, im Gegensatz von z.B. β -Carotin oder Lycopin (aus Tomaten), die Kochen mit etwas Fett verlangen. Bei allen bisher untersuchten Personen erhöhte sich durch diese Maßnahmen die Pigmentdichte des Gelben Fleckes jedoch individuell sehr unterschiedlich. Häufig wird die Sehschärfe verbessert und die Blendung verringert.

Bestimmte „Senföle“, die in Rettich und Radieschen den scharfen Geschmack erzeugen, aktivieren im Körper Enzyme, die den oxidativen Stress bekämpfen.

Tabelle 15: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Lutein (+ Zeaxanthin) (jeweils in 100 g). Als untere Grenze wurde 1 mg in 100 g gewählt. Die angegebenen Mittelwerte können nach Sorte und Anbau schwanken, z.B. findet man für Spinat Werte von 5-20 mg pro 100 g.

Nahrungsmittel	Lutein (+Zeaxanthin)	Nahrungsmittel	Lutein (+Zeaxanthin)
Grünkohl kraus	21 mg	Feldsalat	7 mg
Grünkohl glatt	8 mg	Broccoli	2,4 mg
Spinat	12 mg	Schalotten, roh	2 mg
Wasserkresse	15 mg	Zucchini mit Schale	2 mg
Petersilie	10 mg	Kürbis	2 mg
Kresse	10 mg	Oranger Paprika	2 mg
Rukola	10 mg	Lauch, roh	1,9 mg
Mangold ^{*)}		Rosenkohl	1, 8 mg
„grüner Schnitt“	10 mg	Grüne Erbsen	1, 7 mg
„Vulkan“	5 mg	Mais	1 mg

Entnommen aus A. R. Mangels et. al. Journal of the An. Dietetic Assoc. **1993**, 93, 284-296; sowie USDA-NCC, Carotinoid Data-Base for U.S. Foods 1998.

*) Privatmitt. Dr. E. Pfründle, Biowissenschaften Universität Würzburg, Nov. 2001.

Die folgende Tabelle 16 enthält eine Reihe von **Luteinpräparaten** (kein Anspruch auf Vollständigkeit, starke Preisunterschiede): Als Quelle dient meist die Studentenblume (Tagetes), in der Lutein als Ester an Fettsäuren gebunden vorliegt. Die Bioverfügbarkeit auch des grundsätzlich besser geeigneten freien Luteins wird stark durch die Zubereitung bestimmt, die der Verbraucher aber nicht kennt. Die stets begleitenden geringen Mengen an Zeaxanthin wurden in Tabelle 16 jeweils dem Lutein zugerechnet. Die Präparate enthalten meist zusätzliche, auf das Auge abgestimmte Vitalstoffe, z. B. Taurin und Zink. So konnte durch eine tägliche Zugabe von 80 mg Zink nach zwei Jahren der Verlust an Sehschärfe von 10% auf 4% gesenkt werden.

Kapseln mit den Hauptmahlzeiten nehmen, aber nicht mit zusätzlichen Ballaststoffen, da diese das Lutein binden können. Zusätzliches Beta-Carotin zeigt keine Wirkung (umfangreiche 12-Jahresstudie). Polyphenole (Tab. 1 & 2) verstärken die Aufnahme von Lutein in den Körper.

Nach einer neuen Studie wird vor allem das zentrale Sehen (Lesen!) verbessert, wenn das Präparat neben Lutein auch Zeaxanthin und vor allem gleiche Mengen Meso-Zeaxanthin enthält (vergl. S. 9).

Tabelle 16: Luteinpräparate

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
CentroVision® AMD Lutein: 15,7mg, Vitamin C: 500mg, Vitamin E: 400I.E., Zink: 80mg, Kupfer: 2,mg, Selen: 75µg	1 Kapsel	0,42 € [OmniVision®, S. 40 oder Apotheke]
CentroVision® Lutein forte Lutein: 11,5mg, Vitamin C: 60mg, Nicotinsäureamid: 10mg, Zink: 10mg, Kupfer: 0,25mg, Selen: 25µg, Fischöl: 78mg	1 Kapsel	0,42 € [OmniVision®, S. 40 oder Apotheke]
ProSan® AMD extra Bei fortgeschrittener Makuladegeneration Lutein: 12mg, Vitamin C: 500mg, Vitamin E: 400I.E., Zink: 80mg, Kupfer: 2mg	3 Kapseln	0,83 € [Pro San, S. 44 oder Apotheke]
Orthomolekulare Vitalstoffkombination für das Auge → Zusätzlich aufgenommene Vitaminpräparate sollten kein Vitamin A enthalten. Lutein: 12mg, Vitamin C: 200mg, Vitamin A: 0,6mg, Vitamin E: 107 I.E., Vitamin B1: 2mg, Vitamin B2: 2,5mg, Vitamin B6: 2,5mg, Folsäure: 0,4mg, Nicotinsäureamid: 20mg, Vitamin B12: 9µg, Vitamin D3: 2,5µg, Biotin: 150µg, Pantothensäure: 15mg, Omega-3-Fettsäuren: 350mg, Lycopin: 2,4mg, Lemonflavonoide: 35mg, Rotweinextrakt: 14mg, Zink: 10mg, Kupfer: 0,25mg, Selen: 60µg, Chrom: 60µg, L-Cystin; 50mg	3 Kapseln	0,83 € [Pro San, S. 44 oder Apotheke]

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
Vitalux Plus® Lutein: 10mg, Vitamin C: 60mg, Vitamin E: 45 I.E., Vitamin B3: 10mg, Zink: 10mg, Kupfer: 0,25mg	1 Kapsel	0,64 € [Apotheke, S. 40]
Augenvitamine Lutein: 6mg, Vitamin C: 30mg, Vitamin E: 7 I.E., β -Carotin: 3mg	1-2 Kapseln	0,25-0,50 € [Apotheke bzw. Canea Pharma, S. 45]
Ocuvite® Lutein AMD Lutein: 6mg, Zeaxanthin: 0,3mg, Vitamin C: 75mg, Vitamin E: 11 I.E., Zink: 10mg, Kupfer: 0,2mg	2 Tabletten	0,40 € [Apotheke, S. 40]
Lutein Kapseln Lutein als Ester: 12mg, β -Carotin: 4mg, Heidelbeerextrakt: 600mg	2 Kapseln	0,33 € [ascopharm, S. 43]
Augenfit-Kapseln Lutein als Ester: 13mg, β -Carotin: 4mg, Vitamin B2: 5,6mg, Vitamin E: 30 I.E., Heidelbeerextrakt: 200mg, Zink (als Hefe): 8mg, Selen (als Hefe): 40 μ g	2 Kapseln	0,27 € [Kräuterhaus, S. 43]
Visiochron® AM Kapsel (für morgens) PM Kapsel (für abends) Inhalt AM + PM: Lutein: 10mg, Zeaxanthin: 1mg, Lycopon: 1mg, Vitamin C: 100mg, Vitamin E: 30 I.E., Blaubeerextrakt: 200mg, Zink: 20mg, Resveratrol: 40mg, Kupfer: 0,5mg, Omega3-DHA: 200mg	morgens: 1 AM-Kapsel, abends: 1 PM-Kapsel	0,85 € [www.vitabasix.com]
Macushield Lutein: 10mg; Zeaxanthin: 2 mg; Meso-Zeaxanthin: 10mg	1	0,53 € amazon; Eye Solutions Online
Orthomol Vision AMD Kapseln Inhalt pro Tagesportion = 3 Kapseln: Lutein 12 mg; Zeaxanthin 840 μ g; Lycopin 1 mg; Beta-Carotin 2 mg; Bioflavonoide 50 mg (aus: Citrusfrüchten, Rotweintrrauben und Holunderbeeren); Vitamin C 200 mg; Vitamin A 600 μ g (2.000 I.E.*); Vitamin E (TE°) 73 mg; Vitamin B1 2 mg; Vitamin B2 2,5 mg; Niacin 20 mg; Vitamin B6 2,5 mg; Folsäure 400 μ g; Vitamin B12 9 μ g; Vitamin D3 2,5 μ g (100 I.E.*); Biotin	3	ca. 2,40 € (Internet-Apotheke)

Präparat (Wirkstoff: pro Kapsel)	Tagesdosis	Tageskosten (ca.)
150 µg; Pantothensäure 15 mg; Zink 15 mg; Selen 60 µg; Chrom 60 µg; Omega-3-Fettsäuren 340 mg (davon: DHA 270 mg, EPA 25 mg; L-Cystin 50 mg; Taurin 50 mg		
Retaron Kapseln Aroniabeeren-Extrakt 50 mg; Zink 10 mg; Selen 25 µg; Lutein 10 mg; Zeaxanthin 2 mg; Vitamin C 100 mg; Vitamin E 25 mg; konzentriertes Fischöl 500 mg (darin Omega-3-Fettsäuren: DHA 250 mg, EPA 30 mg)	1	0,49 € (Internet-Apotheke)
MacuGuard (Life Extension) Phospholipide, Ringelblumenextrakt (Blüte) [mit 10 mg freiem Lutein, 4 mg Meso-Zeaxanthin & Trans-Zeaxanthin] 145 mg C3G (Cyanidin-3-Glucosid) 2,2 mg	1	0,20 € - 0,42 €
Optimierter Safran mit Satiereal® (Life Extension) Safran mit Satiereal (Crocus sativus L.) nicht-genveränderter Extrakt (stigma) 88,25 mg	2	1,12 € - 1,37 €

Kohlenhydrate als Risikofaktor?

Diabetiker müssen rasch verdauliche Kohlenhydrate weitgehend meiden, sonst erreicht die Blutzuckerkonzentration zu hohe Werte. Dies schadet auch Ihren Augen, die dann ähnliche Schäden erleiden wie bei der altersbedingten Makuladegeneration.

Jetzt zeigen mehrere Studien, dass Art und Menge der aufgenommenen Kohlenhydrate das Risiko verschiedener Krankheiten (Herz-Kreislauf), aber auch für trockene Makuladegeneration beeinflussen.

Die Bewertung der Verdaulichkeit von Kohlenhydraten wird durch den „Glykämischen Index“ (GI) gemessen; Vergleichswert ist GI = 100 für Traubenzucker.

Das Risiko einsetzender und fortschreitender AMD (feucht und trocken!) steigt deutlich mit der Aufnahme von Kohlenhydraten mit hohem GI. Bei Nahrungsmitteln mit niedrigem GI wird dieser durch pflanzliche Ballast-

stoffe (z. B. Kleie, Vollkornbrot) sowie die Omega-3-Fettsäure DHA nicht verstärkt. Die Gesamtmenge der verzehrten Kohlenhydrate spielt keine Rolle.

Tabelle 17 zeigt Werte für die wichtigsten Nahrungsmittel. Für fast 2500 Nahrungsmittel finden Sie GI-Werte unter <http://dx.doi.org/10.2337/dc08-1239>.

Tabelle 17: Kohlenhydrate, die vom Körper schnell, mäßig oder langsam verarbeitet werden und damit den Insulinspiegel stark (unerwünscht), mäßig oder schwach ansteigen lassen:

(siehe nächste Seite)

schneller Anstieg:	
<i>Blutzuckerindex von mehr als 100%</i>	
<i>Getreide, Kartoffeln und Reis</i>	<i>Einfachzucker (Monosaccharide)</i>
Puffreis	Maltose
Cornflakes	Glucose
Puffweizen	
Hirse	<i>Snacks</i>
Fertigreis	Tofu-Eis
Fertigkartoffeln	Reiswaffeln
Kartoffeln aus der Mikrowelle	
Baguette	
<i>Blutzuckerindex = 100%</i>	
Weißbrot	
<i>Blutzuckerindex zwischen 80% und 100%</i>	
<i>Getreide, Kartoffeln und Reis</i>	<i>Gemüse</i>
Knuspermüsli	Karotten
Vollkornbrot	Pastinaken
Haferkleie	Mais
Fertiges Kartoffelpüree	<i>Obst</i>
Weißer Reis	Bananen
Vollkornreis	Rosinen
Birchermüsli	Aprikosen

Weizenkleie	Papaya
<i>Snacks</i>	Mango
Eiskrem (fettarm)	
Maischips	
Roggenchips	
mäßiger Anstieg:	
<i>Blutzuckerindex zwischen 50% und 80%</i>	
<i>Getreide und Teigwaren</i>	<i>Gemüse</i>
Spaghetti (Weißmehl)	Erbsen
Spaghetti (Vollkornmehl)	Wachtelbohnen
Andere Teigwaren	Weißer Bohnen (Dose)
Pumpnickel	Kleine weiße Bohnen
Vollkornflocken	<i>Einfachzucker</i>
<i>Obst</i>	Laktose
Orange	Rohrzucker
Orangensaft	<i>Snacks</i>
	Schokoriegel
	Kartoffelchips*
langsamer Anstieg:	
<i>Blutzuckerindex zwischen 30% und 50%</i>	
<i>Getreide</i>	<i>Obst</i>
Gerste	Apfel
Haferschleim (langsam gekocht)	Apfelsaft
Roggenbrot, Vollkorn	Apfelmus
<i>Gemüse</i>	Birnen
Weißer Bohnen	Trauben
Linsen	Pfirsiche
Schwarze Erbsen	<i>Milchprodukte</i>
Kichererbsen	Eiskrem (fettreich*)
Weißer Bohnen (getrocknet)	Magermilch
Limabohnen	Vollmilch
Tomatensuppe	Joghurt

Blutzuckerindex unter 30%	
Obst	Gemüse
Kirschen	Sojabohnen*
Pflaumen	Snacks
Grapefruit	Erdnüsse*
Einfachzucker	
Fruktose	

Die Auswertung der Ernährungsgewohnheiten von über 4000 AMD-Patienten brachte ein erfreuliches Ergebnis: Ausreichende Zufuhr von ω -3-Fettsäuren (bei Absenkung von ω -6-Fettsäuren) und Bevorzugung von Kohlehydraten mit niedrigen GI-Werten verstärken sich gegenseitig in ihren Schutzwirkungen. Bereits der Austausch von 5 Schieben Weißbrot täglich gegen Vollkornbrot wirkt in dieser Richtung. Es wurde abgeschätzt, dass bei Einhaltung dieser Prinzipien 20% der untersuchten AMD-Patienten noch nicht von diesen Seh Schäden betroffen wären. Außerdem sinkt das Risiko, dass sich AMD aus Frühformen weiterentwickelt, um 50%.

Empfehlung bei Makuladegeneration

Im Anschluss an die genannten Studien:

Die angegebenen Tagesdosen beziehen sich auf die **Summe** aus Ernährung (möglichst hoher Anteil!) und Nahrungsergänzungsmitteln (jeweils mit den Hauptmahlzeiten einnehmen).

Rascher Aufbau einer großen Dichte des gelben Fleckes wird erreicht mit täglich 30–40 mg Lutein, während 3 Wochen anschließend

Lutein 10-12 mg

Vitamin C 200–300 mg

Vitamin E 100-200 I.E.

Zink 10–15 mg

Granatapfelkonzentrat (95%, 1 Esslöffel) oder

Presssaft aus wilden Preiselbeeren: 50 ml

(= 5 Esslöffel) oder Blaubeeren: 80 ml (= 8 Esslöffel).

Auch entsprechende Mengen dieser Früchte und Marmeladen sind

* hoher Fettgehalt mindert die Aufnahmegeschwindigkeit der Kohlehydrate

geeignet.

Häufig Rettich oder Radieschen.

Traubenkernextrakte mit 120-200mg Polyphenolen

Coenzym Q10 20–60 mg

Acetyl-L-Carnitin 200–500 mg

Omega-3-Fettsäuren 0,9–1,5 g

(EPA + DHA)

Kohlenhydrate: Rasch verdauliche vermeiden, schwer verdauliche bevorzugen (Maß: Glykämischer Index)

Achtung! Die täglich aufgenommene Fettmenge sollte nicht mehr als 5 g der pflanzlichen Linolensäure enthalten (vergl. S. 22)

B: Äußerer Schutz der Augen vor schädlichem Licht

Eingangs wurde gezeigt, wie die verschiedenen Strahlungsbereiche der Sonne auf das Auge wirken. Auch bei bedecktem Himmel dringen 95% der UV-Strahlung durch die Wolken. Daher sollte jede Lichtschutzbrille, ob Sonnenbrille, ob orange oder gelb, „**UV-Schutz 400**“ haben. Dieser empfiehlt sich auch für farblose Korrekturbrillen und Kontaktlinsen (z.B. Act/Fresh 400 UV von Conta optic). Nur so lässt sich voller UV-Schutz des vorderen Augenabschnitts und der Augenlinse erreichen.

In Europa gilt aber „100% UV-Schutz“ bereits bei 380 nm (USA: 400 nm), obwohl die Augenlinse in diesem Bereich noch 78% der UV-Strahlung aufnimmt! Schuld daran ist die EU-Norm 1863, die den UV-Bereich nur auf 380 nm begrenzt und selbst für Sonnenbrillen keinen Blauschutz vorschreibt. Dieser ist aber zum vorbeugenden Schutz der Netzhaut wichtig und bei AMD **unverzichtbar**; da die zentralen blauempfindlichen Sehzellen als erste ausfallen. Die Wirkung des Blauschutzes spürt man sofort an der Entlastung des Auges und der verminderten Blendung.

Außerdem werden bei AMD die verbrauchten Antennen der Sehzellen nicht mehr vollständig abtransportiert, sondern als verharztes Material (Lipofuscine), oft als „Drusen“ auf der Netzhaut abgelagert. Diese leuchten im Blauanteil des weißen Lichts auf und können dadurch die umliegenden Bereiche zerstören. Man muss also dafür sorgen, dass der Blauanteil

(400–500 nm) entweder stark (95%) gedämpft wird (bestimmte Lichtschutzgläser) oder durch sogenannte Kantenfilter total ausgeschaltet wird.

Alle diese Eigenschaften sind beim Durchschauen nicht zu erkennen, sondern nur an den gemessenen Durchlässigkeitskurven. Diese sind aber für fast alle beim Optiker angebotenen Sonnenbrillen nicht bekannt, so dass eine optimale Beratung gar nicht möglich ist. Daher werden die folgenden Bedingungen für optimalen Lichtschutz hier aufgeführt:

Anforderungen an die maximale Durchlässigkeit von Lichtschutzgläsern und ihre Wirkung:

Farbe des Glases	Durchlässigkeit blau (400 → 450nm)	Durchlässigkeit UV (280 → 400nm)	Wirkung / Anwendung
<i>Hellgelb</i>	2 → 10%	< 0,5%	<ul style="list-style-type: none">• Schutz der labilen blauempfindlichen Sehzellen• Kontraststeigerung im Blaubereich• Verringerung der Blendung, besonders bei Autonachtfahrten• Für Bildschirmarbeiten und in sehr hellen Räumen mit weißem Licht• Als Tagesbrille bei grauem Star und nach Staroperation mit farblosen Linsen
<i>Orange-gelb bis orangerot</i>	2 → 10%	< 0,5%	<ul style="list-style-type: none">• Starker Schutz der labilen blauempfindlichen Sehzellen• Starke Kontraststeigerung auch bei flacher Beleuchtung und Nebel (Skifahren, Segeln, Schwimmen) evtl. auch im Auto• Gute Blendungsminderung• Tagesbrille bei Makuladegeneration (auch Kantenfilter MLF 511)

Achtung! Die tatsächliche Durchlässigkeit ist nur mit einem Absorptionsspektrometer feststellbar und nicht nach Augenschein aus der Farbe der Gläser ableitbar!

Ein so optimierter Lichtschutz ist von zentraler Bedeutung, da Intensität und Dauer der Lichteinwirkung, ja sogar die lebenslange Sonnenlichtbelastung, entscheidend zur Entwicklung des grauen Stars und der AMD

beitragen. Für AMD zeigt dies eine neue Studie an zwei vergleichbaren Gruppen (je ca. 1000 Personen zwischen 45 und 65 Jahren) aus Kroatien: In der ersten Gruppe mit städtischer Lebensweise (aus Zagreb) litten 2.5% an AMD. In der zweiten Gruppe von Fischern und Freilandarbeitern auf der 120 km südwestlich gelegenen, sehr sonnigen Adria-Insel Rab, waren 18% an AMD erkrankt. Auf dieser Insel weisen selbst 15% der Kinder (8-15 Jahre) Netzhautveränderungen auf, aus denen sich später AMD entwickeln kann.

Besonders gefährdet sind Urlauber, die aus Gegenden mit gedämpftem Tageslicht in wenigen Stunden in solche mit intensiver Sonne reisen (südliche Länder, Hochgebirge, besonders im Winter).

Allgemeine Anforderungen an Sonnenbrillen

Sonnenbrillen müssen diese Bedingungen ebenfalls erfüllen und zusätzlich im Grün-Rot-Bereich das Licht dämpfen.

In der Schweiz hat die SUVA, in der fast alle Arbeiter und Angestellten versichert sind, in einer Pioniertat bereits 1994 die folgende Empfehlung für die erlaubte Durchlässigkeit von Sonnenschutzgläsern erarbeiten lassen. Diese sind z.B. in den vor allem in der Schweiz erhältlichen SUVA-SOL[®]-Gläsern verwirklicht; in Deutschland werden Brillen nach diesem Standard als SOLSECUR[®] vertrieben. Weitere finden sich in Tabelle 19 und Tabelle 21.

Tabelle 18: Durchlässigkeit optimaler Sonnenbrillen in verschiedenen Bereichen des Sonnenlichtes.

Ultraviolett (UV) (280-400 nm)	Blau (400-495 nm)	Grün/Rot (495-700 nm)	Infrarot (IR) (700-1400 nm)
< 0,5%	2-8%	10-40%	< 50%

Diese Richtwerte berücksichtigen die Bedeutung von UV-Licht und blauem Licht bei der Entstehung und Förderung verschiedener Augenkrankheiten, wie dem grauen Star und der altersbedingten Makuladegeneration. Gläser mit einem solchen UV- und Blauschutz bringen nur Vorteile, nicht nur bei AMD und grauem Star:

- Angenehm warmer Farbton
- Hohe Farbkontraste auch bei diffusem Licht
- evtl. höhere Sehschärfe

- Reduktion der Blendung
- Verkehrstauglichkeit am Tage (falls nicht anders vermerkt)
- Verminderung von Langzeit-Lichtschäden generell und besonders bei Makuladegeneration sowie nach Operationen am grauen Star.

Welche geeigneten Brillen gibt es?

Im Folgenden werden Brillen und Gläser genannt, die weitgehend die obengenannten Eigenschaften besitzen (kein Anspruch auf Vollständigkeit).

Brillen ohne Korrektur (Tabelle 19)

Vorzügliche Modelle mit flexibler Passform für den Ausschluss von Streulicht (s.u.), teilweise beschlagfrei, gibt es im Versandhandel ab ca. 16 € [AugenLichtSchutz, S. 45]. Zu einigen Brillen gibt es dazu Korrektoreinsätze, in welche vom Optiker klare Korrekturgläser eingesetzt werden können, die dann innen in der Lichtschutzbrille sitzen.

Von den beim Optiker käuflichen Sonnenbrillen sind nur selten die zur Beurteilung nötigen Lichtdämpfungskurven (Transmissionskurven) bekannt.

Tabelle 19: Beispiele kompletter Lichtschutz- und Sonnenbrillen nach den Standards von Tabelle 18 und sehr gutem Falschlicht- und Windschutz.

Farbe	Gesamtdämpfung	erhältlich	Modelle	geeignet für
Hellgelb	25%	Versand ¹⁾	sun shield sun shield junior ²⁾ fog shield blind shield ³⁾ over shield ⁴⁾	A
Orange	50%	Versand ¹⁾	sun shield fog shield over shield ⁴⁾	B

¹⁾ AugenLichtSchutz (S. 45)

²⁾ Für Jugendliche und schmale Gesichter

³⁾ Überbrille für Korrekturbrillen bis 13,2 cm Gesamtbreite

⁴⁾ Überbrille für Korrekturbrillen bis 15,0 cm Gesamtbreite

Farbe	Gesamt-dämpfung	erhältlich	Modelle	geeignet für
Grau-braun	82%	Versand ¹⁾	sun shield sun shield junior ²⁾ fog shield blind shield ³⁾ over shield ⁴⁾	C
Grau-braun	88% 91%	Optiker	Arnette 4041-217/73 (88%) 4025-623/3 (91%)	C
	91%	Optiker	Killer Loop 4146-760/73	
Grau-braun	90%	Optiker	Silhouette Ideal Protection Ideal POL brown	C
	variabel	Optiker	Serengeti Sport Classics Drivers Cat 2-3 76-91% Drivers Pol Cat 3 82-90%	

A Tagesbrille nach Star-Operation mit farblosen Linsen. Bei beginnender AMD statt Kantentfilter MLF 450.

B Tagesbrille bei AMD statt Kantentfilter MLF 511 oder „Orange“ Tabelle 20

C Universalsonnenschutz auch im Gebirge und an der See.

Lichtschutzgläser für individuelle Fassungen

Alle Gläser sind auch korrigiert erhältlich.

Blaudämpfer und Blaublocker (Kantentfilter)

Die bei AMD empfehlenswerten Kantentfilter MLF 511 oder F 540 sind nicht verkehrstauglich, Autofahrer sollten das sehr ähnliche Glas Pro Golf oder SunContrast orange wählen. Diese sind bei Tage verkehrstauglich.

Tabelle 20: Lichtschutzgläser: Blaudämpfer und Blaublocker (Kantenfilter)

Firma	Farbe / Typ	Lichtdämpfung
Multilens ZEISS	<i>Hellgelb</i> MLF 450 ⁵⁾	400–450 nm 100%, gesamt 30%
Multilens ZEISS	<i>Kräftiges Gelb</i> MLF511 ^{5),6)} F 540 ⁷⁾	400–511 nm 100% Gesamt 56%
Rodenstock ZEISS	<i>Orange</i> SunContrast orange Pro Golf	400–470 nm 100%, gesamt 40% 400–490 nm 100%, gesamt 40%

Tabelle 21: Sonnenschutzgläser für individuelle Gestelle. Diese Gläser sind mit jeder gewünschten Korrektur erhältlich.

Firma	Produkt	Gesamt-Lichtdämpfung
Essilor	ORMA RT 85	85% (bis 425 nm ca. 100%)
	ORMA RT 95 ⁸⁾	95% (bis 540 nm ca. 100%)
	Extrem 1 ^{9) 11)}	74%
	Extrem 2	80% (bis 450 nm 100%)
	Airweare Melanin	85%
	Inuit	70%
	Master	80% (bis 420 nm ca. 100%)
	Touareg	80% (bis 420 nm ca. 100%)
	Sherpa	80% (bis 430 nm ca. 100%)
	Polarizing Braun	85%
HOYA	DRIVE ¹¹⁾	71% (bis 425 nm 100%)
	SPEED ¹¹⁾	86% (bis 435 nm 100%)
	SNOW	91% (bis 450 nm 100%)

⁵⁾ Kantenfilter, Schweizer-Optik (s. u.)

⁶⁾ Tagesbrille bei Makuladegeneration

⁷⁾ Kantenfilter

⁸⁾ Bei starker Blendung

⁹⁾ etwas geringere Blaudämpfung

Firma	Produkt	Gesamt-Lichtdämpfung
Rodenstock	SunContrast orange ^{10,11)}	40% (bis 465 nm 100%)
	SunContrast Bernstein ¹¹⁾	80% (bis 430 nm 100%)
	SunContrast braun ¹¹⁾	85%
	ColorMatic Contrast Orange	hell 40% ⁹⁾ / dunkel 85%
ZEISS	Pro Golf orange ¹⁰⁾	40% (bis 490 nm 100%)
	skylet road ^{9) 11)}	80%
	skylet sport	90% (bis 450 nm 100%)

Multilens Kantenfilter (hier MLF 511) gibt es auch in fototroper Ausführung. In Innenräumen liegt die kräftig gelbe Farbe des schon genannten Filters vor, das je nach Sonnenintensität und Temperatur bis zu den Maximal-Werten der Tabelle eindunkelt.

Die meisten fototropen (am Licht abdunkelnden) Gläser besitzen keinen ausreichenden Blauschutz! (geeignet Drivers Pol., Tabelle 19)

Diese Kantenfilter lassen sich z.T. mit Polarisationsfiltern kombinieren, wodurch Spiegelungen reduziert werden (z.B. in der Windschutzscheibe) und der Kontrast nochmals steigt. Über die Internetadresse www.schweizer-optik.de erfährt man, welcher Optiker die Multilens-Gläser führt. *Man erprobe aus dem Testkasten die verschiedenen Typen, bevor man sich die Gläser verschreiben lässt.* Nach der Gesundheitsreform werden Kantenfilter nicht mehr von den Kassen ersetzt.

Auch beim Baden im Freien empfiehlt sich eine Sonnenbrille oder eine orangegelbe Schwimmbrille der genannten Qualität, aber mit optimaler Fassung!

Welches sind die richtigen Brillenfassungen?

Zur vollen Wirkung dieser Gläser braucht man **Brillenfassungen, die gegen Streulicht von oben, von der Seite und von unten gut abschirmen.** Die Gläser dürfen aber nicht zu dicht am Auge sitzen, da diese sonst leicht von den Wimpern verschmiert werden.

¹⁰⁾ auch bei AMD, verkehrstauglich bei Tage (im Gegensatz zu den Kantenfiltern MLF 511 bzw. Zeiss F 540)

¹¹⁾

¹⁾ verkehrstauglich bei Tage.

Reflexion von UV- und Blau enthaltendem Streulicht kommt von trockenem Sand und hellem Beton (–25%), Wasser (20–25%) und frischem Schnee (80%). Gelangt dieses ungefilterte Streulicht über eine dunkle Sonnenbrille ins Auge, so kann zusätzlicher Schaden entstehen, da die Pupille weit geöffnet ist.

Einige empfehlenswerte Brillenfassungen:

- Schweizer Optik: Neostyle (sehr gut)
- Rodenstock: Pro Act 3137
- Armani: GA 52/S

Am zweckmäßigsten sucht man beim Optiker zunächst aus mehreren Modellen (auch Sonnenbrillen) die zum Gesicht am besten passende Fassung aus, damit dann die bestellten Gläser sich zum Einbau eignen.

Empfehlung zu Lichtschutzbrillen

Vom wirksamen Lichtschutz Ihrer Augen hängt viel ab!

- Überprüfen Sie Ihre vorhandenen (Sonnen)Brillen auf „UV-Schutz-400“ und Blaudämpfung (400–500 nm ca. 95%). Diese Messungen bieten einige Ärzte und Optiker an.
- Halten Sie sich beim Kauf (erst testen, dann verschreiben lassen) an die hier genannten Brillen und Gläser.
- Suchen Sie einen Optiker auf, der eine möglichst große Zahl dieser Gläser anbietet. Auch einige Augenkliniken geben Beratungen, zusammen mit Lesehilfen.
- Achten Sie bei der Brillenfassung zuerst auf das Sehen bei möglichst wenig Streulicht, erst dann auf Aussehen.
- Gehen Sie keine Kompromisse ein.
- Für echten Lichtschutz können Sie nur selten auf fachgerechte Beratung hoffen, da der Markt ohne Rücksicht auf mögliche Lichtschäden ganz von der jeweiligen Mode beherrscht wird.
- Ein breitrandiger Hut oder eine entsprechende Schirmmütze (Baseballkappe) zur Beschattung der Augen verbessern den Lichtschutz erheblich.

Welches Licht eignet sich zum Lesen?

Der von Blendung durch grauen Star oder AMD Betroffene kann sich durch sorgfältige Wahl der Beleuchtung das Lesen sehr erleichtern. Trotz starker individueller Unterschiede gilt meist:

1. Durch Variation des Abstandes die Helligkeit der Lampe nur so hell einstellen, wie dies zum Lesen gebraucht wird.
2. Das Licht der Lampe darf auch nicht teilweise ins Auge fallen.
3. Die Lampe muss einen undurchsichtigen Schirm haben.
4. Sehr weißes, d.h. blauhaltiges Licht blendet stärker. Daher auf Halogenlampen und Leuchtstoffröhren „hellweiß“ (22% der Strahlung im Blaubereich) verzichten. Am einfachsten ist eine normale Glühbirne in den preiswerten Lampen mit langem, knickbarem Arm, die am Tisch festgeschraubt werden. Wegen der starken Wärmestrahlung sind Glühlampen nur geeignet, wenn genügend Abstand zum Kopf eingehalten werden kann.
5. Die hier genannten gelben Brillen können die Lesegeschwindigkeit erhöhen.
6. Um die Blendung weiter zu verringern, kann man ein schwarzes Kartonblatt (ca. 20 x 25 cm) mit einem ca. 2 cm breiten Schlitz auf das Buch legen. Dadurch wird stets nur der gerade gelesene Text beleuchtet.

Was ist bei Staroperationen zu beachten?

Im Laufe des Lebens vergilbt auch die gesunde Augenlinse immer mehr. Bei älteren Menschen kann der Arzt die gelbbräunliche Verfärbung deutlich sehen. Damit werden Violett und Blau immer dunkler wahrgenommen. Gleichzeitig wird aber auch die alternde Netzhaut mit ihren, bei Blaulichtanregung schädlichen Ablagerungen (Lipofuscine) besser vor dem aggressiven Blauanteil des weißen Lichts geschützt. Entwickelt sich ein grauer Star, so wird schließlich die trübe Linse durch eine Kunstlinse ersetzt. Sogleich hat der Operierte ein phantastisches Erlebnis:

Die Welt erstrahlt in klaren Formen und Farben mit intensiven Blautönen. Wie ist das möglich? Die völlig klare und farblose Kunstlinse mit UV-Schutz ist befreit von allen Trübungen und lässt den Blauanteil des Lichtes stärker als bei einem vierjährigen Kind ungefiltert bis zur UV-Grenze (bis ca. 395 nm) auf die (gealterte) Netzhaut fallen, so dass die blauemp-

findlichen Sehzellen voll aktiviert werden. Deshalb wirkt das Licht häufig auch zu grell. Bereits ein 50jähriger mit gesunden Augen kann diese Blaufülle nicht mehr sehen. Seine Augenlinse ist „vergilbt“ und lässt das kurzwellige Licht nicht mehr durch (durchlässig ab 410–420 nm). Diese fortschreitende „Vergilbung“ der Linse bietet zugleich aber auch einen Blauschutz, der durch die Operation wegfällt. Damit steigt die Blaubelastung etwa auf das Fünffache, d. h. höher als beim 4jährigen Kind, so dass Lichtschäden sowohl an den blauempfindlichen Sehzellen als auch durch Lichtaktivierung der Ablagerungen in der Netzhaut auftreten können.

Nun bestätigt eine Untersuchung an über 2.000 Personen mit anfangs gesunden Augen, dass unter denen, die nach 5 Jahren Netzhautschäden aufweisen, die Zahl der an dem grauen Star Operierten deutlich erhöht ist. Um die wieder gewonnene Sehfähigkeit lange zu erhalten, sind die oben beschriebenen Lichtschutzbrillen besonders zu empfehlen. Das gilt sowohl für die hellgelbe Brille als Tagesbrille als auch für die Sonnenbrillen. Zur Abwehr der täglichen Lichtschäden nutzt das Auge auch Vitamin C. Es pumpt daher dessen Konzentration auf den 40fachen Wert gegenüber dem anliefernden Blutsystem. Diese unglaubliche Fähigkeit des Auges geht bei der Staroperation zunächst verloren und wird erst in 4-6 Wochen wieder voll aktiviert. Es empfiehlt sich daher in dieser Zeit täglich mindestens 300mg Vitamin C einzunehmen und den Blauschutz durch eine gelbe Brille (siehe Tabelle 19) zu verstärken.

Neue Kunstlinsen

Klassische Kunstlinsen sind farblos und bieten vollständigen UV-Schutz („UV 400“). Damit wird aber die gealterte Netzhaut mit den aggressiven Blauanteilen des Lichtes stärker belastet, als die eines 4-jährigen Kindes. Die natürliche Linse vergilbt mit steigendem Alter und baut sich damit ihren eigenen Blauschutz auf. Daher wurden vor Jahren gelbliche Kunstlinsen entwickelt, deren Lichtdurchlässigkeit der Linse eines 40-jährigen entspricht. Diese Linsen mit natürlicher Blaudämpfung werden inzwischen von den meisten Krankenkassen ohne Aufzahlung erstattet.

Vor einer Staroperation sollte zunächst in einer Klinik oder Praxis, die auch diese gelblichen Linsen einsetzt, der Zustand der Netzhaut sorgfältig bestimmt werden. In der anschließenden Beratung mit dem Arzt sollte dann, unter Einbeziehung familiärer Belastung, besprochen werden, ob der Zustand der Netzhaut ihres Auges langfristig die stärkere Blaubelas-

tung einer farblosen Linse verkräften kann oder der Blauschutz durch eine gelbliche Linse vorzuziehen ist.

Nach ersten Untersuchungen sinkt bei einem bestimmten Personenkreis durch Einsatz der gelblichen Linsen das Risiko einer altersbedingten Makuladegeneration (AMD). Das gilt vor allem, wenn bereits Vorstufen für eine AMD vorhanden sind. Nach einer neuen Studie zeigt sich der bessere Blauschutz durch getönte Linsen bereits nach einem Jahr.

Falls bereits ein Auge über eine farblose Kunstlinse verfügt, treten durch eine gelbliche Kunstlinse im anderen Auge keine Probleme bei der Farbwahrnehmung auf.

Bezugsquellen

Die im Text aufgeführten Produkte erhalten Sie über die nachfolgend genannten Bezugsquellen. Die Daten entsprechen dem Stand zur Zeit der Drucklegung; Änderung und Irrtum sind vorbehalten. Die Nennung erfolgt nur unter dem Gesichtspunkt, dem Interessierten oder Betroffenen konkret zu nennen, wo er welche Mittel beziehen kann. Für Hinweise auf weitere Quellen ist der Verfasser dankbar.

Nr.	Hersteller / Lieferant	Produkte
1.	Türkische Lebensmittelgeschäfte	<u>Granatapfelsirup</u> , türkisch „Nar Eksisi“. Verschiedene Marken: BAKTAT, SERA, ANATOLIA
2.	ReKru GmbH Betzauer Straße 28 88079 Kressbronn ☎ 07543/7744 ☎ 07543/5135 ✉ rekru-culinara@t-online.de www.rekru-albaeol.de	ALBAÖL® Rapsölzubereitung
3.	ascopharm GmbH Am Bruckhanger 6 38855 Wenigerode ☎ 03943/948110 ☎ 03943/948117	Vitamin C Depot (mit 5mg Zink pro Kapsel) 300mg Q10-Kapseln Lachsoelkapseln Lutein Kapseln Soja-Isoflavone

Nr.	Hersteller / Lieferant	Produkte
4.	Kräuterhaus St. Bernhard, Helfensteinstr. 47, 73342 Bad Ditzenbach ☎ 07334/96540 ☎ 07334/96544.	Coenzym Q10-Kapseln Epafit Lachsoelkapseln Augenfit-Kapseln
5.	sigma-tau Health Science International b.v., www.st-hs.nl Erhältlich über: www.farmaplanet.it , wegen der Versandkostenpauschale von 28 € empfiehlt sich die Bestellung von ca. 20 Packungen	Phototrop®
6.	Vitabasix www.vitabasix.com oder über Pharmatrans Inc.: ☎ 00800-8020 8020 ☎ 00800-7030 7030 oder Apotheke	LHP1413 Acetyl-L-Carnitin
7.	Hecht Pharma; Apotheke	Acetyl-L-Carnitin
8.	Peter Löwenberg o3p, www.o3p.de oder Apotheke	PUR 3
9.	Medicon Apotheke Hefnersplatz 3 90402 Nürnberg ☎ 0911-235610 ☎ 0911-235611 ✉ medicon-mobil@t-online.de www.medicon-apotheke.de bestellservice@mensaniq.de	QuepaN®
10.	Apotheke	OMACOR® (Rezeptpflichtig. Prüfen, ob Kassenersatz.)
11.	OmniVision® GmbH Lindberghstr. 7 82178 Puchheim info@omnivision-pharma.com	CentroVision® AMD CentroVision® Lutein forte CentroVision® Retina
12.	Pro San Vertriebs-GmbH auch Direktversand, ☎ 02173/896120 ☎ 02173/896122	Orthomolekulare Vitalstoffkombination für das Auge ProSan® AMD extra Orthomol Vision® sowie Aruvit® und Orthomac

Nr.	Hersteller / Lieferant	Produkte
13.	Pro San Vertriebs-GmbH auch Direktversand, ☎ 02173/896120 ☎ 02173/896122	Orthomolekulare Vitalstoff- kombination für das Auge ProSan® AMD extra Orthomol Vision® sowie Aruvit® und Orthomac
14.	Apotheke	Vitalux Plus®
15.	Apotheke: Novartis	ANTI VES
16.	Canea Pharma GmbH Tarperring 12 22419 Hamburg ☎ 040 537 18 884 ☎ 040 527 77 27 www.canea.de	Augenvitamine Mengenangaben beim Hersteller erfragen
17.	AugenLichtSchutz ☎ 02244/8784098 ☎ 02244/8784099 ✉ info@augenlicht-schutz.de; bestellung@augenlichtschutz.de www.augenlichtschutz.de	Lichtschutzbrillen: Kantenfilter gelb und oran- ge; Sonnenbrillen nach schweizer Standard Überbrillen, Korrektur ein- sätze; Autobrillen
18.	Optiker, Fachgeschäfte	Essilor, HOYA, Multi- lens, Rodenstock, ZEISS

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Nahrungsmittel, Getränke und Gewürze mit besonders hohem Gehalt an Polyphenolen (in mg je 100g bzw. je 100 ml).....	15
Tabelle 3: Mögliche Hemmer der feuchten AMD.....	17
Tabelle 4: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitamin C, bezogen auf 100g.....	17
Tabelle 5: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitamin E [in internationalen Einheiten (I.E.)], aber niedrigem Gehalt an Linolsäure, je 100 g.....	18
Tabelle 6: Vitaminpräparate.....	18
Tabelle 7: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Coenzym Q10 einschließlich wechselnden Mengen an Q9; jeweils bezogen auf 100 g.....	19
Tabelle 8: Coenzym Q10-Präparate.....	20
Tabelle 9: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an L-Carnitin, je 100 g.....	20
Tabelle 10: Acetyl-L-Carnitin-Präparate.....	21
Tabelle 11: Lebenswichtige (essentielle) Fettsäuren.....	21
Tabelle 12: Gehalt von Ölen und Fetten an Linolsäure (Omega-6-Fettsäure, unerwünscht) und Linolensäure (Omega-3-Fettsäure, aber bei AMD ebenfalls ungünstig).....	22
Tabelle 13: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an den Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, bezogen auf 100 g.....	23
Tabelle 14: Omega-3-Fettsäuren-Präparate (EPA und DHA), Auswahl.....	24
Tabelle 15: Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Lutein (+ Zeaxanthin) (jeweils in 100 g). Als untere Grenze wurde 1 mg in 100 g gewählt. Die angegebenen Mittelwerte können nach Sorte und Anbau schwanken, z.B. findet man für Spinat Werte von 5-20 mg pro 100 g.....	26
Tabelle 16: Luteinpräparate.....	27
Tabelle 17: Kohlenhydrate, die vom Körper schnell, mäßig oder langsam verarbeitet werden und damit den Insulinspiegel stark (unerwünscht), mäßig oder schwach ansteigen lassen:.....	30
Tabelle 18: Durchlässigkeit optimaler Sonnenbrillen in verschiedenen Bereichen des Sonnenlichtes.....	35
Tabelle 19: Beispiele kompletter Lichtschutz- und Sonnenbrillen nach den Standards von Tabelle 18 und sehr gutem Falschlicht- und Windschutz.....	36
Tabelle 20: Lichtschutzgläser: Blaudämpfer und Blaublocker (Kantenfilter).....	38
Tabelle 21: Sonnenschutzgläser für individuelle Gestelle. Diese Gläser sind mit jeder gewünschten Korrektur erhältlich.....	38

Rezepte

für luteinreiches Gemüse (für 2-3 Personen)

Das eingesetzte luteinreiche Gemüse enthält auch Mikronährstoffe, die beim Kochen geschädigt werden können, wie z.B. Vitamin C und Polyphenole (Bioflavonoide). Diese werden durch Dünsten am meisten geschont, in der Mikrowelle nur wenn (fast) ohne Wasserzusätze gegart wird.

VORSPEISE

Bunter Salatteller

Zutaten:

50 g	Feldsalat
3	Tomaten
50 g	rohe Champignons
	Essig, Öl, Gartenkräuter

Zubereitung:

Feldsalat waschen und entwurzeln, Tomaten waschen und achtern, Champignons bürsten und in feine Scheiben schneiden. Aus Essig, Öl, Salz, Pfeffer und den Gartenkräutern eine Sauce herstellen und alles gut darin vermischen.

Man kann die Sauce auch mit einem Hauch Zucker oder Süßstoff abschmecken oder Zwiebelringe dazugeben.

SUPPEN

Spinatsuppe

Zutaten:

250 g Spinat
1/2 l Wasser
Gemüsebrühe aus dem Glas
Schmand

Zubereitung:

Die gewaschenen Spinatblätter werden grob geschnitten und ins kochende Wasser gegeben. Sobald sie zerfallen sind, mit dem Mixstab pürieren, mit Gemüsebrühe abschmecken und mit einem Esslöffel Schmand verfeinern. Wer die Suppe sämiger möchte, gibt etwas Mondamin-Soßenbinder dazu oder verrührt den Schmand mit einem Löffel Mondamin-Stärke.

Mangoldsuppe

Zutaten:

12 Mangoldblätter
1 Tasse Rosinen

Zubereitung:

Mangoldblätter und die Stiele klein schneiden, Mangold und die Rosinen in einen Topf geben, 4 Tassen Wasser zugeben und zum Kochen bringen. Ca. 20 Minuten auf kleiner Flamme weiter köcheln lassen.

Falls die Süße der Rosinen nicht ausreicht, ein wenig Zucker oder Süßstoff zugeben. Kann nach Belieben mit Grießklösschen ergänzt werden.

Brokkolisuppe

Zutaten:

250 g Brokkoli
1/2 l Wasser
1EL Mondamin
2EL Scmand
Gemüsebrühe

Zubereitung:

Den gewaschenen Broccoli in kleine Röschen zerteilen, die Strünke schälen und in Scheiben schneiden. Ins kochende Wasser geben und 10 Min. bei kleiner Flamme weichkochen. Mit Gemüsebrühe würzen. Mondamin und Schmand verrühren und vorsichtig mit der Suppe vermischen. Nur kurz aufkochen lassen - fertig.

HAUPTGERICHTE

Grünkohl

Zutaten:

500 g	Grünkohl
2	säuerliche Äpfel
1 EL	Olivenöl
2	Zwiebel
	Zitronensaft oder Weißwein

Zubereitung:

Die klein geschnittenen Zwiebeln im Öl glasig dünsten, den grob geschnittenen Grünkohl dazugeben, oben drauf die geschälten, geschnittenen Äpfel. Mit Zitronensaft oder Weißwein ablöschen und bei niedriger Hitze etwa eine halbe Stunde köcheln lassen. Dazu schmecken Salzkartoffel oder Klöße. Wer Fleisch dazu mag, kann Bratwürste dazu braten oder, was bekömmlicher ist, die Würste in kleinen Stücken kurz vor Ende der Kochzeit auf dem Grünkohl garen.

Anmerkung:

Der etwas aufdringliche Kohlgeruch lässt sich leicht binden durch Zugabe von Zitronensaft und geschälten, zerschnittenen Äpfeln.

Spinat mit Lachsfilet

Zutaten:

500 g	Spinat (tiefgefroren oder frischer Blattspinat)
20 g	Butterflöckchen
50 g	geriebener Käse
	eine Packung gefrorenes Lachsfilet (250 g)

Zubereitung:

Am besten gerät dieses Gericht, wenn der abgetropfte Blattspinat in der Mikrowelle gegart wird. Beim Einschichten gibt man auf jede Lage vorsichtig etwas Salz und einige Butterflöckchen. Wenn der Spinat zusammengefallen ist, legt man die aufgetauten, mit Zitronensaft und Salz eingeriebenen Lachsfilets darauf und bestreut das Ganze mit dem geriebenen Käse. Dann nochmals unter die Mikrowelle, bis der Lachs gar ist.

Ist keine Mikrowelle vorhanden, wird der Spinat möglichst ohne Wasser auf kleinster Flamme gegart (Salz und Butter wie oben) die Lachsfilets in wenig Butter in der Pfanne von beiden Seiten braten, dann wie oben servieren.

Spinat-Pastete

Zutaten:

eine Packung Blätterteig (100 g)
Feta
500 g Spinat (tiefgefroren oder frischer Blattspinat)

Zubereitung:

Der Blätterteig wird ausgerollt in zwei gleich große Platten zwischen diese gibt man den gegarten Spinat und auf den Spinat den in dünne Scheiben geschnittenen Fetakäse. Die Pastete im Backofen bei 180 °C backen, bis die Deckplatte goldbraun und knusprig ist.

Mangoldtaschen

Zutaten:

1 Paket TK Blätterteig
12 Mangoldblätter
200 g Kräuterfrischkäse

Zubereitung:

Blätterteig auftauen. Die Mangoldblätter waschen und blanchieren (mit kochendem Wasser überbrühen), Stiele entfernen. Blätterteigplatten halbieren und zu Quadraten etwas ausrollen. Mangoldblätter einzeln mit je 1 TL Kräuterkäse füllen und Päckchen wickeln. Jedes Päckchen in ein Blätterteigquadrat legen und die vier Ecken zur Mitte falten, Kanten gut zusammendrücken. Wie auf der Packung angegeben im Backofen backen.

Broccoli-Gemüse

Zutaten:

500 g Broccoli
1/2 Becher Schmand
1 EL Mondamin
Salz
Zitronensaft

Zubereitung:

Den Broccoli unzerteilt in wenig Wasser mit Salz und Zitronensaft weichkochen, vorsichtig auf eine Platte geben, ringsum Reis oder Kartoffelbrei. Aus dem Kochwasser (nicht mehr als eine Tasse!) mit Soßenbinder und Schmand eine sämige Soße berei-

ten und darüber gießen. Dazu passen alle kurz gebratenen Fleischgerichte (Schnitzel, Steak). Sehr gut schmecken auch dazu Käseplätzchen.

Käseplätzchen

(gehört zum Broccoligemüse)

Zutaten:

1	Ei
100 g	geriebener Käse
2	Zwiebeln (fein gehackt, glasig gedünstet)
	Semmelbrösel

Zubereitung:

Alle Zutaten vermischen. Ist der Teig nicht geschmeidig genug, etwas Sauerrahm zufügen. Flache Plätzchen formen und in der Pfanne ausbacken.

Broccoli-Torte

Zutaten:

250 g	Mehl
100 g	Margarine
1	Ei oder ein EL Quark
ca 500 g	Broccoli
2 EL	Schmand
1 EL	Soßenbinder
100 g	geriebener Käse

Zubereitung:

Man bereitet aus Mehl, Margarine und Ei oder Quark einen Mürbeteig und legt damit eine Springform aus. Der Teig sollte im Ofen kurz gebacken werden (nicht zum Bräunen). Der Broccoli wird in kleine Röschen zerteilt und in wenig Salzwasser gekocht (nicht zu weich!). Die abgetropften Röschen werden auf dem vorgebackenen Teig verteilt. Aus dem Wasser wird mit Soßenbinder und Schmand eine Soße bereitet und auf die Röschen verteilt. Zuletzt wird der Käse aufgestreut und die Torte im Ofen etwa 20 Min. fertig gebacken bei 180 °C.

Mangold-Röllchen

Zutaten:

500 g	Mangold
1	Zwiebel
250 g	Hackfleisch
2 EL	Semmelbrösel
2 EL	Schmand
1	geriebenen Emmentaler

Zubereitung:

Nach dem Waschen werden die Stiele von den Mangoldblättern abgeschnitten, zerkleinert und zusammen mit der fein gehackten Zwiebel angedünstet. Dann wird das Hackfleisch, mit Pfeffer und Salz gewürzt, dazugegeben, leicht mit angebraten und mit den Semmelbröseln vermischt. Inzwischen sind die Blätter entweder in der Mikrowelle oder in einem Topf mit wenig Wasser kurz gebrüht worden, damit sie sich leichter rollen lassen. Nun wird in jedes Mangoldblatt etwas von der Fleischfüllung gegeben und die Röllchen nebeneinander in eine flache Glasschüssel oder Pfanne legen. Aus dem Brühwasser (nicht mehr als eine Tasse), Schmand, etwas Soßenbinder und dem Käse eine sämige Sauce bereiten und über die Röllchen gießen. Im Ofen bei ca. 180 °C etwa 30 Min. backen bis sich die Oberfläche schön bräunlich färbt. Dazu serviert man gut Reis oder Kartoffeln.

Nudeln mit Blattgemüse

Zutaten:

250 g	Makkaroni oder andere Teigwaren
500 g	Spinat oder Mangold
1	kleines Glas Pesto oder
100 g	mageren rohen Schinken
50 g	Reibekäse zum Bestreuen

Zubereitung:

In einer Deckelpfanne eine große Zwiebel klein geschnitten in etwas Öl oder Butter andünsten, dann das klein geschnittene Blattgemüse zufügen (bei Mangold die Stiele besonders fein schneiden) und etwa 15 Minuten bei kleiner Flamme schmoren lassen. Inzwischen die Teigware in Salzwasser kochen. Die weich gekochten Nudeln mit zwei Gabeln unter das Blattgemüse mengen, ebenso Pesto bzw. den klein geschnittenen Schinken. Nach Belieben mit etwas zerlassener Butter oder Schmand verfeinern. Den Reibekäse getrennt dazu reichen.

Literatur

Der vorliegende Text ist aus dem Studium breit gestreuter Originalarbeiten hervorgegangen. Die wichtigsten Ergebnisse finden sich in den folgenden Zusammenfassungen und Originalarbeiten (ab 1997 in der Internetfassung):

- 1991** Barker FM et al.: The direct spectral transmittance of the excised human lens as function of age (7 Seiten) FDA 785845 0090 RA, US Food and Drug Administration: Washington DC.
- 1992** Cleland, Leslie G. et al.: Linoleate inhibits EPA incorporation from dietary fish-oil supplements in human subjects. *American Journal of Clinical Nutrition* 1992 (55): 395-99
- 1997** C. Remé. Lichtschutz der Augen. *Der informierte Arzt. Gazette Medicale* 18, 243-246.
- 1997** Darzins, Peteris et al.: Sun Exposure and AMD. An Australian Case-Control Study. *Ophthalmology* 104(5):770-776, Mai 1997
- 1997** F. E. Kruse et al. Hemmung der Neubildung von Gefäßen am Auge durch Nahrungsfaktoren am Beispiel der Isoflavonoide, *Der Ophthalmologe* 2, 94, 152-156.
- 1999** A. Majji et al. Inhibition of choriocapillaris regeneration with genistein. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 40, 1477-86.
- 2000** D. Balsubramanian. Ultraviolet radiation and cataract. *J. Ocul. Pharmacol. Ther.* 16, 285-297.
- 2000** S. Zigman. Lens UVA Photobiology. *J. Ocular Pharmacology*, 16, 161-165.
- 2000** S. Beatty, H.-H. Koh, M. Phil, D. Henderson, M. Boulton. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age related macular degeneration, *Surv. Ophthalmol.*, 45, 115-134.
- 2001** A. J. Augustin et al. Ursache und Prävention oxidativer Schäden des Auges. *Ophthalmologe* 98, 776-797.
- 2001** Boulton, Mike et al.: Retinal Photodamage. *Journal of Photochemistry and Photobiology* 64 (2001) : 144-161
- 2001** Delcourt, Cécile et al.: Light Exposure and the Risk of AMD. *Arch Ophthalmol* 119 1463-68, Okt. 2001
- 2001** E. Cho S. Hung et al.: Prospective study of dietary fat and the risk of age-related maculadegeneration. *Am. J. Clin. Nutr.* 73, 209-218.
- 2001** R. A. Bone et al.: Macular pigment in donor eyes with and without AMD. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 42, 235-242.
- 2001** B. R. Hammond Jr. et al. Carotenoids in the retina and lens: Possible acute and chronic effects on human visual performance. *Arch. of Biochem. Biophys.* 385, 41-46.
- 2001** National Institute of Health. Age-Related Eye Disease Study: A randomized, placebo controlled, clinical trial of high-dose supplementation with Vitamins C and E, beta-carotene and zinc for age-related macula-degeneration and vision loss. *Arch. Ophthalmol.* 119, 1417-1436.
- 2001** Smith, Wayne et al.: Risk Factors for AMD – Pooled Findings from Three Continents. *Ophthalmology* 2001(108): 697-704
- 2002** Brunk, U.T.: Lipofuscin: Mechanisms of Age-Related Accumulation and Influence on Cell Function. *Free Radic Biol Med*; 33(5): 611-619
- 2002** H. Shatsan et al.: A2E and bluelight in the retina: The paradigm of age-related makuladegeneration. *Biol. Chem.* 383, 537-545.

- 2002** H. Wüstemeyer et al.: A new instrument for quantification of macula pigment density. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* **240**, 666-671.
- 2002** J. A. Mares-Perlman et al.: The body of evidence to support a protective role for Lutein and Zeaxanthin in delaying chronic disease. *J. Nutr.* **132**, 518S-524S.
- 2002** P. E. Bowen et al.: Esterification Does Not Impair Lutein Bioavailability in Humans. *J. Nutr.*, **132**, 3668-3673.
- 2002** P. S. Bernstein et al.: Resonance Raman measurement of macular carotenoids in normal subjects and in age-related macular degeneration patients. *Ophthalmology* **109**, 1780-1787.
- 2002** P. Schweitzer et al.: Objektive Bestimmungen der optischen Dichte von Xanthophyll nach Supplementation von Lutein. *Ophthalmologie* **99**, 270-275.
- 2002** Sliney, David: How Light Reaches the Eye and its Components. *International Journal of Toxicology*, 2002 (21): 501-509
- 2002** A. J. Augustin et al.: Bedeutung oxidativer Mechanismen bei Erkrankungen der Netzhaut. *Klin. Monatsbl. Augenheilkd.* **219**, 631-43.
- 2003** A. J. Augustin. Einfluss der Lichtexposition auf Linse und Makula. Konsequenzen für die Intraokularlinsenimplantation. *Ophthalmochirurgie* **15**, 19-25.
- 2003** AREDS Research Group. Potential public health impact of age-related eye disease study result. *Arch. Ophthalmol.* **121**, 1621-1624.
- 2003** B. Olmedilla et al.: Lutein, but not α -Tocopherol, supplementation improves visual function in patients with age-related cataracts: A 2-y double-blind, placebo-controlled pilot study. *Nutrition* **19**, 21-24.
- 2003** J. J. Wang et al.: Cataract surgery and the 5-year incidence of late-stage age-related maculopathy: Pooled from the Beaver Dam and Blue Mountains eye studies. *Ophthalmology* **110**, 1960-1967.
- 2003** J. M. Seddon et al.: Progression of age-related macular degeneration - Association with dietary fat, transunsaturated fat, nuts, and fish intake. *Arch. Ophthalmol.* **121**, 1728-1737.
- 2003** J. M. Seddon et al.: Progression of age-related macular degeneration: Association with body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio. *Arch. Ophthalmol.* **121**, 785-792.
- 2003** Koushan, Keyvan et al.: The Role of Lutein in Eye-Related Disease. *Nutrients*; **5**(5): 1823-1839
- 2003** M. A. Mainster, I. R. Sparrow. How much light should an IOL transmit? *Br. J. Ophthalmol.* **87**, 1523-1529.
- 2003** N. I. Krinsky et al.: Biologic mechanism of the protective role of Lutein and Zeaxanthin in the eye. *Annu. Rev. Nutr.* **23**, 171-201.
- 2003** S. Fraser-Bell et al.: Five-year cumulative incidence and progression of epiretinal membranes. *Ophthalmology* **110**, 37-40.
- 2003** Y. E. Finnegan et al.: Plant- and marine-derived n-3 polyunsaturated fatty acids have differential effects on fasting and postprandial blood lipid concentrations and on the susceptibility of LDL to oxidative modification in moderately hyperlipidemic subjects. *Am. J. Clin. Nutr.* **77**, 783-795.
- 2003** A. J. Augustin. Oxidative Gewebeschäden des Auges. *Zeitschr. Prakt. Augenheilkunde* **24**, 6-12.
- 2004** A. Alves-Rodrigues, A. Shao. The science behind Lutein. *Toxicology Letters* **150**, 57-83.
- 2004** E. Cho et al.: Prospective study of intake of fruits, vegetables, vitamins, and carotenoids and risk of age-related maculopathy. *Arch. Ophthalmol.* **122**, 883-892.
- 2004** I. R. Sparrow et al.: Blue light-absorbing intraocular lens and retinal pigment epithelium protection in vitro. *J. Cataract Refract. Surg.* **30**, 873-878.
- 2004** J. Dillon et al.: Transmission of light to the aging human retina: possible implications for age related macular degeneration. *Exp Eye Res.* **79**, 753-759

- 2004** J. Liu et al.: Comparison of the effects of L-Carnitine and Acetyl-L-Carnitine on Carnitine levels, ambulatory activity, and oxidative stress biomarkers in the brain of old rats. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1033, 117-131.
- 2004** M. Rozanowska et al.: Age-related changes in the photoreactivity of retinal lipofuscin granules: Role of chloroform-insoluble components. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 45, 1052-1066.
- 2004** Meyers, Sanford M. et al.: A Model of Spectra Filtering to Reduce Photochemical Damage in AMD. *Trans Am Ophthalmol Soc* 102/2004: 83-95
- 2004** N. P. Davies. A. B. Morland. Macular pigments: Their characteristics and putative role. *Prog Retinal Eye Res.* 23, 533-559.
- 2004** S. Richer et al.: Double-masked, placebo-controlled, randomized trial of lutein and antioxidant supplementation in the intervention of atrophic age-related macular degeneration: the Veterans LAST study (Lutein Antioxidant Supplementation Trial). *Optometry* 75, 216-230.
- 2004** T. H. Magrain et al.: Do blue light filters confer protection against age-related macular degeneration? *Prog. Retin. Eye Res.* 23, 523-531.
- 2004** T. H. Tezelet et al.: Pathogenesis of age-related macular degeneration. *Trends in Molec. Med.* 10, 417-420.
- 2005** A. Jamroz-Wisniewska, J. Beltowski. Adverse effects of statin. *Int. J. Pharmacol.* 1, 210-225.
- 2005** A. Wenzel et al.: Molecular mechanisms of light-induced photoreceptor apoptosis and neuroprotection for retinal degeneration. *Prog. Ret. Eye Res.* 24, 275-306.
- 2005** B. Miljanović et al.: Relation between dietary n-3 and n-6 fatty acids and clinically diagnosed dry eye syndrome in women. *Am. J. Clin. Nutr.* 82, 887-893.
- 2005** C. M. Helena et al.: The Endogenous and Exogenous Mechanisms for Protection From Ultraviolet Irradiation in the Lens. *International Ophthalmology Clinics.* 45(1), 141-155
- 2005** C. Schneider. Chemistry and biology of vitamin E. *Mol. Nutr. Food Res.* 49, 7-30.
- 2005** D. H. Sliney. Exposure geometry and spectral environment determine photobiological effects on the human eye, photochemistry and photobiology 81, 483-489.
- 2005** D. H. Sliney. Exposure geometry and spectral environment determine photobiological effects on the human eye. *Photochem. Photobiol.* 81, 483-489
- 2005** David JA Jenkins et al.: Direct comparison of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods with a statin in hypercholesterolemic participants
- 2005** E. J. Johnson. Nutritional supplementation, cataracts and age-related macular degeneration. *Curr. Topics in Nutraceutical Research* 3, 219-230.
- 2005** E. S. West, O. D. Schein. Sunlight and age-related macular degeneration. *Int. Ophthalmol. Clin.* 45, 41-47.
- 2005** J. Feher et al.: Improvement of visual functions and fundus alteration in early age-related macular degeneration treated with a combination of Acetyl-L-Carnitine, n-3 fatty acids, and Coenzyme Q10. *Ophthalmol.* 219, 154-166.
- 2005** J. Geppert et al.: Docosahexaenoic acid supplementation in vegetarians effectively increases omega-3 index: a randomized trial. *Lipids.* 40, 807-14
- 2005** J. R. Sparrow, M. Boulton. RPE lipofuscin and its role in retinal pathobiology. *Exp. Eye Res.* 80, 595-606.
- 2005** M. Arita et al.: Stereochemical assignment, antiinflammatory properties, and receptor for the omega-3 lipid mediator resolvin E1. *J. Exp. Med.* 201, 713-722.
- 2005** N. Eter, F. G. Holz. Kataraktoperationen bei altersabhängiger Makuladegeneration. *Klein. Monatsbl. Augenheilkd.* 222, 09-412.
- 2005** Y. P. Jang et al.: Anthocyanins protect against A2E photooxidation and membrane permeabilization in retinal pigment epithelial cells. *Photochem. Photobiol.* 81, 529-536

- 2006** A. J. Whitehead et al.: Macular pigment. A review of current knowledge. *Arch. Ophthalmol.* **124**, 1038-1045.
- 2006** Algvere, Peep V. et al.: AMD and the impact of blue light hazard. *Acta Ophthalmol. Scand.* **2006** (84): 4-15
- 2006** B. Chua et al.: Dietary fatty acids and the 5-year incidence of age-related maculopathy. *Arch. Ophthalmol.* **124**, 981-986.
- 2006** C. Glazer-Hockstein, J. L. Dunaief. Could blue light-blocking lenses decrease the risk of age-related macular degeneration? *Retina* **26**, 1-4.
- 2006** Delcourt, Cécile et al.: Plasma Lutein and Zeaxanthin and Other Carotenoids and Modifiable Risk Factors for Age-Related Maculopathy and Cataract: The POLA Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*; **47**(6): 2329-2335
- 2006** E. F. Goodrow et al.: Consumption of one egg per day increases serum lutein and zeaxanthin concentrations in older adults without altering serum lipid and lipoprotein cholesterol concentrations. *J. Nutr.* **136**, 2519-2524.
- 2006** G. Kamburoglu et al.: Plasma homocysteine, vitamin B12 and folate levels in age-related macular degeneration. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* **244**, 565-569.
- 2006** H. T. V. Vu et al.: Does dietary lutein and zeaxanthin increase the risk of age related macular degeneration? The Melbourne Visual Impairment Project. *Br. J. Ophthalmol.* **90**, 389-393.
- 2006** J. C. Khan et al.: Age related macular degeneration and sun exposure, iris colour, and skin sensitivity to sunlight. *Br. J. Ophthalmol.* **90**, 29-32.
- 2006** J. M. Seddon et al.: CFH gene variant, Y402H, and smoking, body mass index, environmental associations with advanced age-related macular degeneration. *Mum. Hered.* **61**, 157-165.
- 2006** J. M. Seddon et al.: Cigarette smoking, fish consumption, omega-3 fatty acid intake, and associations with age-related macular degeneration. *Arch. Ophthalmol.* **124**, 995-1001.
- 2006** J. Wu et al.: Photochemical damage of the retina. *Surv. Ophthalmol.* **51**, 461-481.
- 2006** J. Zhou et al.: Indirect antioxidant protection against photooxidative processes initiated in retinal pigment epithelial cells by a lipofuscin pigment. *Rejuvenation Research* **9**, 256-263.
- 2006** Lu, Lili et al.: Effects of Different Types of Oxidative Stress in RPE Cells. *Journal of Cellular Physiology* **2006** (206): 119-125
- 2006** M. Bryhn et al.: The bioavailability and pharmacodynamics of different concentrations of omega-3 acid ethyl esters. *Prostaglandins, Leukotrienes, and Essential Fatty Acids* **75**, 19-24.
- 2006** M. J. Donaldson, J. S. Pulido. Treatment of nonexudative (dry) age-related macular degeneration. *Curr. Opin. Ophthalmol.* **17**, 267-274
- 2006** M. Wang et al.: Antioxidant activity, mutagenicity/anti-mutagenicity, and clastogenicity/anti-clastogenicity of lutein from marigold flowers. *Food Chem. Toxicol.* **44**, 1522-1529.
- 2006** Osborne, N. et al.: A hypothesis to suggest that light is a risk factor in glaucoma and the mitochondrial optic neuropathies. *Br J Ophthalmol* **2006** (90): 237-241
- 2006** S. Hünig. Optimized Light Protection of the Eye. Why and How? (Präsentation, 29 Seiten, 2006) <http://www-organik.chemie.uni-wuerzburg.de/huenig>
- 2006** W. F. Schrader. Altersbedingte Makuladegenaration. *Ophthalmologe* **103**, 742-748.
- 2007** A: Shankar et al.: Association between circulating white blood cell count and long-term incidence of age-related macular degeneration. *Am. J. Epidemiol.* **165**, 375-382.
- 2007** A. Barisic et al.: Blue light filtering intraocular lenses in phacoemulsification cataract surgery. *Coll. Antropol.* **31**, Suppl 1, 57-60.

- 2007** A. J. Chucair et al.: Lutein and zeaxanthin protect photoreceptors from apoptosis induced by oxidative stress : relation with docosahexaenoic acid. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* **48**, 5168-5177.
- 2007** A. R. Johnson et al.: High dose zinc increses hospital admissions due to genit-ourinary complications. *J. Urol.* **177**, 639-643.
- 2007** A. Shiels, J. F. Hejtmancik. Genetic origins of cataract. *Arch. Ophthalmol.* **125**, 165-173.
- 2007** AREDS Report 20. The Relationship of Dietary Lipd Intake and Age-Related Macular Degeneration in a Case-Control Study. *Arch. Ophthalmol.* **125**, 671-679
- 2007** B. J. Wegscheider et al.: Association of complement factor H Y402H gene polymorphism with different subtypes of exudative age-related macular degeneration. *Ophthalmology* **114**, 738-742.
- 2007** B. Vojnikovic et al.: Ultraviolet sun radiation and incidence of age-related macular degeneration on Croatian island Rab. *Coll. Antropol* **31**, Suppl 1, 43-44.
- 2007** C. F. Chiu et al.: Dietary carbohydrate and the progression of age-related macular degeneration study from the Age-Related Eye Disease Study. *Am. J. Clin. Nutr.* **86**, 1210-1218.
- 2007** C. J. Chiu et al.: Association between dietary glycemic index and age-related macular degeneration in nondiabetic participants in the age-related eye disease study. *Am. J. Clin. Nutr.* **86**, 180-188.
- 2007** C. T. Nguyen et al.: Dietary omega-3 fatty acids decrease intraocular pressure with age by increasing aqueous outflow. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* **48**, 756-762.
- 2007** C.-J. Chiu, A. Taylor. Review: Nutritional antioxidants and age-related cataract and maculopathy. *Experimental Eye Research.* **84**, 229-245
- 2007** D. A. Schaumberg et al.: Rapid dissection of the genetic risk of age-related macular degeneration. *Arch. Ophthalmol.* **125**, 55-62.
- 2007** E. Reboul et al.: Differential effect of dietary antioxidant classes (carotenoids, polyphenols, vitamins C and E) on lutein absorption. *Br. J. Nutr.* **97**, 440-446.
- 2007** E. Rochtchina et al.: Elevated homocysteine, low serum vitamin B12, folate and age-related macular degeneration: the Blue Mountains Eye Study. *Am. J. Ophthalmol.* **143**, 344-346.
- 2007** F. E. Cangemi, TOZAL study: An open case control study of an oral antioxidant and omega-3 supplement for dry AMD. *BMC Ophthalmol.* **7**, 3.
- 2007** H. Coleman, E. Chew. Nutritional supplementation in age-related macular degeneration. *Curr. Opin. Ophthalmol.* **18**, 220-223.
- 2007** I. Plestina-Borjan, M. Klinger-Lasic. Long-term exposure to solar ultraviolet radiation as a risk factor for age-related macular degeneration. *Coll. Antropol* **31**, Suppl. 1, 33-38.
- 2007** J. J. Wang et al.: Ten-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* **114**, 92-98.
- 2007** J. L. Wiggs. Macular degeneration: risk factors for progression. *Arch. Ophthalmol.* **125**, 1264-1265.
- 2007** J. M. Nolan et al.: Risk factors for age-related maculopathy are associated with a relative lack of macular pigment. *Exp. Eye Res.* **84**, 61-74.
- 2007** J. M. Nolan et al.: The relationships between macular pigment optical density and its constituent carotenoids in diet and serum. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* **48**, 571-582.
- 2007** J. P. SanGiovanni et al.: The relationship of dietary lipid intake and age-related macular degeneration in a case-control study. *Arch. Ophthalmol.* **125**, 671-679.

- 2007** J. P. SanGiovanni, et al.: The relationship of dietary carotenoid and vitamin A, E, and C intake with age-related macular degeneration in a case-control study. *Arch. Ophthalmol.* *125*, 1225-1232.
- 2007** J. S. L. Tan et al.: Cardiovascular risk factors and the long-term incidence of age-related macular degeneration. *Ophthalmology* *114*, 1143-1150.
- 2007** J. S. Tan et al.: Smoking and the long-term incidence of age-related macular degeneration. *Arch. Ophthalmol.* *125*, 1089-1095.
- 2007** K. Izumi-Nagai et al.: Macular pigment lutein is antiinflammatory in preventing choroidal neovascularization. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* *27*, 2555-2562
- 2007** K. M. Connor et al.: Increased dietary intake of Omega-3-polyunsaturated fatty acids reduces pathological retinal angiogenesis. *Nature Medicine.* *13*, 868-873
- 2007** K. M. Pranab et al.: Neurotrophins enhance retinal pigment epithelial cell survival through neuroprotectin D1 signaling. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* *104*, 13152-13157
- 2007** M. Suzuki et al.: Oxidized phospholipids in the macula increase with age and in eyes with age-related macular degeneration. *Molecular Vision* *13*, 772-778.
- 2007** M. Trieschmann et al.: Changes in macular pigment optical density and serum concentrations of its constituent carotenoids following supplemental lutein and zeaxanthin: The LUNA study. *Exp. Eye Res.* *84*, 718-728.
- 2007** N. G. Bazan. Omega-3 fatty acids, pro-inflammatory signaling and neuroprotection. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* *10*, 136-141
- 2007** Parekh, N. et al.: Association Between Vitamin D and Age-Related Macular Degeneration in the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 Through 1994. *Arch Ophthalmol*; *125*(5): 661-669
- 2007** R. Klein et al.: Fifteen-year cumulative incidence of age-related macular degeneration. *Ophthalmology* *114*, 253-262.
- 2007** Robman, Luba et al.: Dietary lutein, zeaxanthin, and fats and the progression of age-related macular degeneration. *Can J Ophthalmol*; *42*(5): 720-726
- 2007** S. Richer et al.: LAST II: Differential temporal responses of macular pigment optical density in patients with atrophic age-related macular degeneration to dietary supplementation with xanthophylls. *Optometry* *78*, 213-219.
- 2007** SanGiovanni, J. P. et al.: The Relationship of Dietary Carotenoid and Vitamin A, E, and C Intake With AMD in a Case-Control Study. *Arch Ophtalmol* *125* (9) 1225-1232. Sept 2007
- 2007** Sigurdsson, Hakon H. et al.: Topical and systemic absorption in delivery of dexamethasone to the anterior and posterior segments of the eye. *Acta Ophthalmol Scand*; *85*(6): 589-602
- 2007** T. Koto et al.: Eicosapentaenoic acid is anti-inflammatory in preventing choroidal neovascularisation in mice. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* *48*, 4328-4334.
- 2007** U. M. Schmidt-Erfurth et al.: Guidance for the treatment of neovascular age-related macular degeneration. *Acta Ophthalmol. Scand.* *85*, 486-494.
- 2007** U. Mester et al.: Intraindividuelle Untersuchung von Farbwahrnehmung und Kontrastempfindlichkeit bei Intraokularlinsen mit und ohne Blaulichtfilter. *Klein. Monatsbl. Augenheilkd.* *224*.
- 2007** W. G. Christen et al.: Beta carotene supplementation and age-related maculopathy in a randomized trial of US physicians. *Arch. Ophthalmol.* *125*, 333-339.
- 2007** W. G. Hodge et al.: Evidence for the effect of omega-3 fatty acids on progression of age-related macular degeneration: a systematic review. *Retina* *27*, 216-221.
- 2007** Y. Duan et al.: Age-related macular degeneration is associated with incident myocardial infarction among elderly Americans. *Ophthalmology* *114*, 732-737.

- 2008** A. Y. Sun et al.: Botanical phenolics and brain health. *10*, 259-274
- 2008** Augenlicht-Schutz gegen Kostenlawine (PKV6, 2008, S.72)
- 2008** E. Loane et al.: Transport and retinal capture of lutein and zeaxanthin with reference to age-related macula degeneration. *Survey of Ophthalmology*. *53*, 68-81
- 2008** E. W. Chong et al.: Alcohol consumption and the risk of age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Ophthalmol.* *145*, 707-715
- 2008** Fletcher, Astrid E. et al.: Sunlight Exposure, Antioxidants, and AMD. *Arch Ophthalmol* *126*(10): 1396-1403. Okt. 2008
- 2008** G. Liew et al.: CKD increases the risk of age-related macular degeneration. *J. Am. Soc. Nephrol.* *19*, 806-811
- 2008** J. R. Evans, K. Henshaw. Antioxidant vitamin and mineral supplements for preventing age-related macular degeneration. *Cochrane Database Syst. Rev.* *23*, CD000253
- 2008** Kaushik, Shweta et al.: Dietary glycemic index and the risk of age-related macular degeneration. *Am J Clin Nutr*; *88*(4): 1104-1110
- 2008** M. Hirakawa et al.: Age-related maculopathy and sunlight exposure evaluated by objective measurement. *Br. J. Ophthalmol.* *92*, 630-634
- 2008** M. Rehak, E. Fric, P. Wiedemann. Lutein und Antioxidantien zur Prävention der AMD. *Ophtalmologe*. *105*, 37-45
- 2008** M. Rhone, A. Basu. Phytochemicals and age-related eye diseases. *Nutr. Rev.* *66*, 465-472
- 2008** Optimierter Lichtschutz der Augen - Eine dringliche Aufgabe und ihre Lösung
Teil 1: Beschaffenheit des Lichts, innere und äußere Abwehrmechanismen
Teil 2: Sehprozess als Risikofaktor, Lichtschutz durch Brillen
(*Z. prakt. Augenheilk.* *29*, 111-116 und 197-203, 2008)
- 2008** R. E. Hogg et al.: Cardiovascular disease and hypertension are strong risk factors for choroidal neovascularization. *Ophthalmology*. *115*, 1046-1052
- 2008** R. Klein et al.: Further observations on the association between smoking and the long-term incidence and progression of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study. *Arch. Ophthalmol.* *126*, 115-121
- 2008** S. M. Moeller et al.: Associations between age-related nuclear cataract and lutein and zeaxanthin in the diet and serum in the Carotenoids in the Age-Related Eye Disease Study, an Ancillary Study of the Women's Health Initiative. *Arch. Ophthalmol.* *126*, 354-64.
- 2008** V. Parisi et al.: Carotenoids and antioxidants in age-related maculopathy italian study: multifocal electroretinogram modifications after 1 year. *Ophthalmology*. *115*, 324-333
- 2008** W. G. Christen et al.: Dietary carotenoids, vitamins C and E, and risk of cataract in women: a prospective study. *Arch. Ophthalmol.* *126*, 102-109
- 2009** B. E. K. Klein. Is the Risk of Incidence or Progression of Age-Related Macular Degeneration Increased After Cataract Surgery? *Arch. Ophtalmol.* *127*, 1528-1529
- 2009** B. Vojniković et al.: Sun exposure and visual field damage among children on the Adriatic Island Rab--possible initial risk factor in development of age-related macular degeneration. *Coll. Antropol.* *33*, 747-749.
- 2009** C.-J. Chiu et al.: Dietary Compound Score and Risk of Age-Related Macular Degeneration in the Age-Related Eye Disease Study. *Ophthalmology* *116*, 939-946
- 2009** E. W. Chong et al.: Fat consumption and ist association with age-related macular degeneration (AMD). *Arch. Ophthalmol.* *127*, 674-680
- 2009** E. Y. Chew et al.: Summary results and recommendations from the age-related eye disease study. *Arch. Ophthalmol.* *127*, 1678-1679

- 2009** F. Forooghian et al.: Visual Acuity Outcomes after Cataract Surgery in Patients with Age-Related Macular Degeneration: Age-Related Eye Disease Study Report No. 27. *Ophthalmology*. *116*, 2093-2100
- 2009** F. M. Cuthbertson et al.: Blue light-filtering intraocular lenses: review of potential benefits and side effects. *J Cataract Refract Surg*. *35*, 1281-1297
- 2009** J. A. Satia et al.: Long-term use of beta-carotene, retinol, lycopene, and lutein supplements and lung cancer risk: results from the VITamins And Lifestyle (VITAL) study. *Am. J. Epidemiol*. *169*, 815-828
- 2009** J. H. Garman et al.: Omega-3 fatty acid rich diet prevents diabetic renal disease. *Am. J. Physiol. Renal Physiol*. *296*, 306-316
- 2009** J. M. Seddon et al.: Prediction model for prevalence and incidence of advanced age-related macular degeneration based on genetic, demographic, and environmental variables. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. *50*, 2044-2053
- 2009** J. P. SanGiovanni et al.: Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acid intake inversely associated with 12-year progression to advanced age-related macular degeneration. *Arch. Ophthalmol*. *127*, 110-112
- 2009** J. S. Tan et al.: Dietary fatty acids and the 10-year incidence of age-related macular degeneration (AMD): the Blue Mountains Eye Study. *Arch. Ophthalmol*. *127*, 656-665
- 2009** L. A. Brennan, M. Kantorow. Mitochondrial function and redox control in the aging eye: role of MsrA and other repair systems in cataract and macular degenerations. *Exp. Eye Res*. *88*, 195-203
- 2009** M. Zeimer et al.: [The macular pigment: short- and intermediate-term changes of macular pigment optical density following supplementation with lutein and zeaxanthin and co-antioxidants. The LUNA Study] *Ophthalmologie*. *106*, 29-36.
- 2009** N. Kaiserman et al.: Statins do not decrease the risk for wet age-related macular degeneration. *Curr. Eye. Res*. *34*, 304-310
- 2009** N. Parekh et al.: Association between dietary fat intake and age-related macular degeneration in the Carotenoids in Age-Related Eye Disease Study (CAREDS): an ancillary study of the Women's Health Initiative. *Arch. Ophthalmol*. *127*, 1483-1493
- 2009** O. Ates et al.: Decreased serum paraoxonase 1 activity and increased serum homocysteine and malondialdehyde levels in age-related macular degeneration. *Tohoku J. Exp. Med*. *217*, 17-22
- 2009** Optimierter Augenlichtschutz - Das Gebot der Stunde, Teil 1 und Teil 2 (DOZ. *6*, 52-57 und *7*, 40-43, 2009)
- 2009** P. Bhosale et al.: Retinal carotenoids can attenuate formation of A2E in the retinal pigment epithelium. *Arch. Biochem. Biophys*. *483*, 175-181.
- 2009** S. C. Sacca et al.: Gene-environment interactions in ocular diseases. *Mutat. Res*. *667*, 98-117
- 2009** S. Iyengar, P. Mitchell. Combined effects of complement factor H genotypes, fish consumption, and inflammatory markers on long-term risk for age-related macular degeneration in a cohort. *Am. J. Epidemiol*. *169*, 633-641
- 2009** S. Richer et al.: Molecular medicine in ophthalmic care. *Optometry*. *80*, 695-701
- 2009** S. Y. Li et al.: Effect of lutein on retinal neurons and oxidative stress in a model of acute retinal ischemia/reperfusion. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. *50*, 836-843
- 2010** Bone, Richard A. et al.: Dose-dependent response of serum lutein and macular pigment optical density to supplementation with lutein esters. *Archives of Biochemistry and Biophysics* *504* (2010) 50-55
- 2010** Connolly, Eithne E. et al.: Augmentation of Macular Pigment Following Supplementation with All Three Macular Carotenoids: An Exploratory Study. *Current Eye Research* *35*(4), 335-351

- 2010** Creuzot-Garcher, Catherine: Macular edema: Miscellaneous. *Eur J Ophthalmol*; 21(Suppl. 6): 69-74
- 2010** Fletcher, A. E.: Free Radicals, Antioxidants and Eye Diseases: Evidence from Epidemiological Studies on Cataract and Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmic Res* 2010;44:191–198
- 2010** Kataraktchirurgie mit Implantation einer Kunstlinse (Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 9, S. 151)
Cataract Surgery With Implantation of an Artificial Lens (Dtsch. Arztebl. Int. 2010, 107(9), p. 151)
- 2010** Le Ma: Effects of lutein and zeaxanthin on aspects of eye health. *J Sci Food Agric*; 90 (1): 2-12
- 2010** Liu, Aihua et al.: Long-chain and very long-chain polyunsaturated fatty acids in ocular aging and AMD. *Journal of Lipid Research*. 51, 3217-3229
- 2010** M. A. Zarbin et al.: Pathway-based therapies for age-related macular degeneration. *Retina* 30: 1350-1367
- 2010** M. P. Montgomery et al.: Overall diet quality and age-related macular degeneration. *Ophthalmic Epidemiol*. 17, 58-65
- 2010** Osborne, N. et al.: Light Effects on Mitochondrial Photosensitizers in Relation to Retinal Degeneration. *Neurochem Res* 2010 (35): 2027-2034
- 2010** Patel, Jignesh J. et al.: Cost-utility analysis of bevacizumab versus ranibizumab in neovascular AMD using a Markov model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012 (18): 247-255
- 2010** S. Hünig. Meine Sonnenbrille - Beste Sicht durch dreifachen Schutz (2 Seiten, 2010) <http://www-organik.chemie.uni-wuerzburg.de/huenig>
- 2010** Vision – preserving your sight as you age. *Mayo Clinic Health Letter* 2010/28
- 2010** W. G. Christen et al.: Vitamin E and age-related macular degeneration in a randomized trial of women. *Ophthalmology*. 117, 1163-1168
- 2011** B. Merle et al.: Dietary omega-3 fatty acids and the risk of age-related maculopathy: the Alianor Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 52(8): 6004-11
- 2011** Barot, Megha et al.: Mitochondrial Dysfunction in Retinal Diseases. *Current Eye Research*, 36(12): 1069-1077
- 2011** Bell, J. Gordon et al.: Using a fingertip whole blood sample for rapid fatty acid measurement: method validation and correlation with erythrocyte polar lipid compositions in UK subjects. *Br J Nutr*; 106 (9): 1408-1415
- 2011** Bolling, Bradley W. et al.: Tree nut phytochemicals: composition, antioxidant capacity, bioactivity, impact factors. A systematic review of almonds, Brazils, cashews, hazelnuts, macadamias, pecans, pine nuts, pistachios and walnuts. *Nutr Res Rev*; 24(2): 244-275
- 2011** Cornelia M. Uitterlinden et al.: Reducing the genetic risk of age-related macular degeneration with dietary antioxidants, zinc, and omega-3 fatty acids: The Rotterdam study. *Archives of Ophthalmology*. 129(6): 758-66
- 2011** D. W. Siemsen, W. L. Brown: Vision rehabilitation of persons with age related macular degeneration. *Seminars in Ophthalmology*, 26(3): 65-68
- 2011** EP. Norkus et al.: Serum Lutein response is greater from free lutein than from esterified lutein during 4 weeks of supplementation in healthy adults. *Journal of the American College of Nutrition*. 29(6): 575-85
- 2011** Kyoko Ohno-Matsui: Parallel findings in age-related macular degeneration and Alzheimer's disease. *Progress in Retinal and Eye Research*. 30(2011):217-238
- 2011** Li Lau et al.: The effect of photo-oxidative stress and inflammatory cytokine on complement factor H expression in retinal pigment epithelial cells. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 52(9):6832-41

- 2011** McKay, Gareth et al.: J. Evidence of association of APOE with age-related macular degeneration - a pooled analysis of 15 studies. *Human Mutation* 32(12): 1407-16
- 2011** Millen, Amy E. et al.: Vitamin D Status and Early AMD in Postmenopausal Women. *Arch Ophthalmol* 129(4): 481-489
- 2011** Obana, Akira et al.: Macular Pigment Changes in Pseudophakic Eyes Quantified with Resonance Raman Spectroscopy. *American Academy of Ophthalmology*, j.ophta.2011.02.017: 1852-58
- 2011** Schweigert, F. J. et al.: Mikronährstoffe und ihre Bedeutung für das Auge – Wirkungsweise von Lutein/Zeaxanthin und Omega-3-Fettsäuren. *Klin. Monatsblatt Augenheilkunde*, 2011(228): 537-543
- 2011** Shikamura, Yuko: Drug Penetration of the Posterior Eye Tissues after Topical Instillation: *In Vivo* and *in Silicio* Simulation. *Chem. Pharm. Bull*; 59(10): 1263-1267
- 2011** t. Magrone, E. Jirillo: Potential application of dietary polyphenols from red wine to attaining healthy aging. *Current Topics in Medical Chemistry*. 11(14): 1780-96
- 2011** Thrimawithana, Thilini Rasika et al.: Drug delivery to the posterior segment of the eye. *Drug discovery today*; 16(5-6): 270-277
- 2011** Wilkinson et al.: Use of Herbal Medicines and Nutritional Supplements in Ocular Disorders. *Drugs* 2011: 71(18) 2421-2434
- 2011** Yang, M. et al.: Food Matrix Affecting Anthocyanin Bioavailability: Review. *Curr Med Chem*; 18(2): 291-300
- 2011** Zampatti, Stefania et al.: Review of nutrient actions on age-related macular degeneration. *Nutrition Research*; 34(2): 95-105
- 2012** Sabour-Pickett, Sarah et al.: A review of the evidence germane to the putative protective role of the macular carotenoids for age-related macular degeneration. *Molecular Nutrition & Food Research* 56(2): 270–286
- 2012** Adams, Madeleine et al.: Alcohol and AMD: The Melbourne Study. *American Journal of Epidemiology* 176(4): 289-98; Aug 2012
- 2012** Agosta. E. et al.: Pharmacogenetics of antiangiogenic and antineovascular therapies of age-related macular degeneration. *Pharmacogenomics*; 13(9): 1037-1053
- 2012** Anweiler, Cedric et al.: Dietary Vitamin D and AMD. *Ophthalmology* 119(5): 1090-1091
- 2012** Bone, Richard A. et al.: Light distributions on the retina: relevance to macular pigment photoprotection. *Acta Biochem Polonica* 59 (1): 91-96
- 2012** Bornfeld, Norbert: Stellungnahme der Retinologischen Gesellschaft, der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbands der augenärzte Deutschlands zur epimakulären Brachytherapie bei AMD. *Klin. Monatsbl. Augenheilkunde* 2012 (229): 227-230
- 2012** Cai, Xue et al.: Oxidative stress: The achilles' heel of neurodegenerative diseases of the retina. *Frontiers in Bioscience* 17, 1976-1995, Jan 2012
- 2012** Caramoy, Albert et al.: Morphological versus functional photoreceptor viability of retinal pigment epithelium tears. *Acta Ophthalmologica* 90(4): e328-9
- 2012** Dawczynski, J. et al.: Änderung von Makulapigment und Drusenmorphoogie unter Luteinsupplemetation. *Klin. Monatsblatt Augenheilkunde* 2012 (229): 69-71
- 2012** Delyfer, Marie-Noelle et al.: Association of macular pigment density with plasma omega-3 fatty acids: The PIAMAVOSA study. *Investigative Opftalmology & Visual Science*. 53(3): 1204-10, 2012
- 2012** Dornstauder, Blake et al.: Dietary Docosahexaenoic Acid Supplementation Prevents Age-Related Functional Losses and A2E Accumulation in the Retina. *Invest Ophthalmol Vis Sci*; 53(4): 2256-2265

- 2012** Dornstauder, Blake et al.: Dietary Docosahexaenoic Acid Supplementation Prevents Age-Related Functional Losses and A2E Accumulation in the Retina. *IVOS* 53(4): 2256-65
- 2012** Duchnowicz, Piotr et al.: In vivo influence of extract from *Aronia melanocarpa* on the erythrocyte membranes in patients with hypercholesterolemia. *Med Sci Monit* 2012; 18(9): 569-574
- 2012** Guha, Sonia et al.: Stimulation of the D5 dopamine receptor acidifies the lysosomal pH of retinal pigmented epithelial cells and decreases accumulation of autofluorescent photoreceptor debris. *J Neurochem*; 122(4): 823-833
- 2012** Hyoung, Kim et al.: Oxidized low density lipoprotein-induced senescence of retinal pigment epithelial cells is followed by outer blood–retinal barrier dysfunction. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 44 (5), 808-814 May 2012
- 2012** Ishimoto, Hidekazu et al.: Antioxidative properties of functional polyphenols and their metabolites assessed by an ORAC assay. *Bioscience, Biotechnology & Biochemistry* 76(2): 395-99
- 2012** Karppi, Jouni et al.: Plasma lutein and zeaxanthin and the risk of age-related nuclear cataract among elderly Finnish population. *British Journal of Nutrition*, 108(1): 148-54, Jul 2012
- 2012** Kernt, Marcus et al.: Filtering blue light reduces light-induced oxidative stress, senescence and accumulation of extracellular matrix proteins in human retinal pigment epithelium cells. *Clinical & Experimental Ophthalmology* 40(1): e87-97
- 2012** Khandhadia, S. et al.: AMD and the complement system. *Immunobiology* 217(2012) 127-146
- 2012** Kijlstra, Aize et al.: Lutein: More than just a filter for blue light. *Progress in Retinal and Eye Research* 2012 (31): 303-315
- 2012** Lim, Laurence S. et al.: Age-related macular degeneration. *Lancet* 379(9827): 1728-38, Mai 2012
- 2012** Loughman, James et al.: The Impact of Macular Pigment Augmentation on Visual Performance Using Different Carotenoid Formulations. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 53(12): 7871-80, Nov. 2012
- 2012** Ma, Le et al.: Improvement of retinal function in early age-related macular degeneration after lutein and zeaxanthin supplementation: a randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *American Journal of Ophthalmology*, 154(4): 625-634
- 2012** Machlińska, Anna et al.: Complement system activation and endothelial dysfunction in patients with AMD: possible relationship between AMD and atherosclerosis. *Acta Ophthalmologica* 2012 (90): 695-703
- 2012** Muñoz, Gonzalo et al.: Contrast sensitivity and color perception with orange and yellow intraocular lenses. *Eur J Ophthalmol*; 22(5): 769-775
- 2012** Osbourne, N. et al.: A hypothesis to suggest that light is a risk factor in glaucoma and the mitochondrial optic neuropathies. *Br J Ophthalmol* 2006 (90): 237-241
- 2012** Ozawa, Yoko et al.: Neuroprotective Effects of Lutein in the Retina. *Current Pharmaceutical Design*, 2012 (18), 51-56
- 2012** Parmeggiani, Francesco et al.: Mechanism of Inflammation in Age-Related Macular Degeneration. *Mediators Inflamm*; 2012: 1-16
- 2012** Patel, Jignesh J. et al.: Cost-utility analysis of bevacizumab versus ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration using a Markov model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 18(2), 247-255
- 2012** Piermarocchi, Stefano et al.: Carotenoids in Age-related Maculopathy Italian Study (CARMIS): two-year results of a randomized study. *Eur J Ophthalmol*; 22(2): 216-225

- 2012** Piermarocchi, Stefano et al.: Carotinoids in AMD Italian Study (CARMIS): Two-year results of a randomized study. *European Journal of Ophthalmology* 22(2): 216-25
- 2012** Prokofyeva, Elena et al.: Epidemiology of Major Eye Diseases Leading to Blindness in Europe: A Literature Review. *Ophthalmic Research* 2012(47): 171-188
- 2012** Renzi, Lisa M. et al.: The relation between serum lipids and lutein and zexanthin in the serum and retina: results from cross-control and case study designs. www.lipidworld.com/content/11/1/33
- 2012** Schmack, Ingo et al.: Visual quality assessment in patients with orange-tinted blue light-filtering and clear ultraviolet light-filtering intraocular lenses. *J Cataract Refractive Surgery*; 38(5): 823-832+
- 2012** Shang, Fu et al.: Roles for the ubiquitin–proteasome pathway in protein quality control and signaling in the retina: Implications in the pathogenesis of age-related macular degeneration. *Molecular Aspects of Medicine* 33 (4): 446-466. August 2012
- 2012** Simunovic, Matthew P.: On Seeing Yellow. The Case for, and Against, Short-Wavelength-Absorbing Intraocular Lenses. *Arch Ophthalmol* 130(7): 919-926
- 2012** Sparrow, Janet R. et al.: The bisretinoids of retinal pigment epithelium. *Progress in Retinal and Eye Research* 31(2012): 121-135
- 2012** Sun, Ying-Dong et al.: Effect of (R)- α -Lipoic Acid Supplementation on Serum Lipids and Antioxidative Ability in Patients with Age-Related Macular Degeneration. *Ann Nutr Metab*; 60(4): 293-297
- 2012** Weikel, Karen A.: Nutritional modulation of age-related macular degeneration. *Mol Aspects Med*; 33(4): 318-375
- 2012** Wickremasinha, Sanjeewa et al.: Lessons learnt inform our approach to new anti-vascular endothelial growth factor treatments for neovascular age-related macular degeneration. *Clinical Experimental Ophthalmol*; 41(8): 723-726
- 2013** Abdel-Aal, El Sayed M. et al.: Dietary Sources of Lutein and Zeaxanthin Carotenoids and Their Role in Eye Health. *Nutrients* 5(4): 1169-1185
- 2013** Akpek, Esen K.: Overview of Age-Related Ocular Conditions. *Am J Manag Care*; 19(5 Suppl.): 67-75
- 2013** Ambati, Jayakrishna: Immunology of age-related macular degeneration. *Nat Rev Immunol*; 13(6): 483-451
- 2013** Arnault, Emilie et al.: Phototoxic Action Spectrum on a Retinal Pigment Epithelium Model of Age-Related Macular Degeneration Exposed to Sunlight Normalized Conditions. *PLoS One*; 8(8): 1-12
- 2013** Astam, Tariq et al.: Micronutrients in Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmologica*; 229: 75-79
- 2013** Athanasiou, Dimitria et al.: The cell stress machinery and retinal degeneration. *FEBS letters*; 587: 2008-2017
- 2013** Awh, Carl C. et al.: CFH and ARMS2 Genetic Polymorphism Predict Response to Antioxidants and Zinc in Patients with Age-related Macular Degeneration. *Ophthalmology*; 120(11): 2317-2323
- 2013** Begum, Rana et al.: Treatment with 670 nm Light Up Regulates Cytochrome C Oxidase Expression and Reduces Inflammation in an Age-Related Macular Degeneration Model. *PLOS ONE*; 8(2): e57828
- 2013** Chew, Emily J. et al (AREDS2 Research Group): Lutein & Zeaxanthin and ω -3 Fatty Acids for AMD. The Age-Related Disease Study 2 (AREDS2) Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2013;309(19):2005-2015
- 2013** Chew, Emily Y.: Nutrition Effects on Ocular Diseases in the Aging Eye. *Inrest Ophthalmol Vis Sci*; 54; o. A.

- 2013** Cui, Yu-Hong: Association of blood antioxidants and vitamins with risk of age-related cataract: a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr*; 98(3): 778-786
- 2013** Das, Undurti N.: Lipoxins, resolvins, and protectins in the prevention and treatment of diabetic macular edema and retinopathy. *Nutrition*; 29(1): 1-7
- 2013** Demming-Adams, Barbara: Eye Nutrition in Context: Mechanism, Implementation, and Future Directions. *Nutrients*; 5: 2483-2501
- 2013** Gibbert, J. et al.: Krankheitskosten der altersbedingten Makuladegeneration. *Der Ophthalmologe*; 110(6): 528-536
- 2013** Guo-Yuan Sui et al.: Is sunlight exposure a risk factor for age-related macular degeneration? A systematic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol*; 97: 389-394
- 2013** K Ghasemi Falavarjani: Adverse events and complications associated with intravitreal injection of anti-VEGF agents: a review of literature. *Eye (Lond.)*; 27(7): 787-794
- 2013** Marty-Roix; Robyn: (De-) Oiling Inflammasomes. *Immunity*; 38: 1088-1090
- 2013** Merle B.M. et al: High concentrations of plasma ω -3 fatty acids are associated with decreased risk for late AMD. *Journal of Nutrition* 143(3): 505-11
- 2013** Pauleikhoff, D. et al.: Die Anti-VEGF-Therapie bei der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration: Therapeutische Strategien. *Der Ophthalmologe*; 110(2): 191-198
- 2013** Rasmussen, Helen M.: Nutrients for the aging eye. *Clin Interv Aging*; 8: 741-748
- 2013** Reynolds, Robyn: Dietary Omega-3 Fatty Acids, Other Fat Intake, Genetic Susceptibility, and Progression to Incident Geographic Atrophy. *Ophthalmology*; 120(5): 1020-1028
- 2013** Richer, Stuart et al.: Observation of Human Retinal Remodeling in Octogenarians with a Resveratrol Based Nutritional Supplement. *Nutrients*; 5(6): 1989-2005
- 2013** Saksens, Nicole T.M. et al.: Macular dystrophies mimicking age-related macular degeneration. *Prog. Retin Eye Res.*; 39: 23-57
- 2013** Saw, Constance et al.: Astaxanthin and omega-3 fatty acids individually and in combination protect against oxidative stress via the Nrf2-ARE pathway. *Food Chem Toxicol*; 62: 869-875
- 2013** Schleicher, Molly et al.: Diminishing Risk for Age-Related Macular Degeneration with Nutrition: A Current View. *Nutrients*; 5(7): 2405-2456
- 2013** Souied, Eric H. et al.: Oral Docosahexaenoic Acid in the Prevention of Exudative Age-Related Macular Degeneration: The Nutritional AMD Treatment 2 Study. *Ophthalmology*; 120(8): 1619-1631
- 2013** Tokarz, Paulina: Role of antioxidant enzymes and small molecular weight antioxidants in the pathogenesis of age-related macular degeneration (AMD). *Biogerontology*; 14: 461-482
- 2013** Yuan Yao et al.: Lutein supplementation improves visual performance in Chinese drivers: 1-year randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutrition*; 29(7): 958-964
- 2013** Wachtlin, J.: Altersabhängige Makuladegeneration. *Klin Monatsbl Augenheilkd*; 229: 943-957
- 2013** Bailie, Maura et al.: Functional and perceived benefits of wearing coloured filters by patients with age-related macular degeneration. *Clin Exp Optom*; 96:450-454
- 2014** Andreatta, Walter: Evidence-Based Nutritional Advice for Patients Affected by Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmologica*; 231(4): 185-190
- 2014** Aronow, Mary E.: Age-related Eye Disease Study 2: perspectives, recommendations, and unanswered questions. *Curr Opin Ophthalmol*; 25(3): 186-190

- 2014** Augustin, A. J.: Zuverlässiger UV-Schutz durch Intraokularlinsen – Rationale und Qualitätsanforderungen. *Klin Monatsbl Augenheilkd*; 231: 901-908
- 2014** Bird, Alan C.: Geographic Atrophy: A Histopathological Assessment. *Jama Ophthalmol*; 132(3): 338-345
- 2014** C. Delcourt et al.: Lifetime exposure to ambient ultraviolet radiation and the risk for cataract extraction and AMD: The Alianor Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 55(11): 7619-27, Nov. 2014
- 2014** Downey, Michael: New Studies Validate Powerful Protection Against Age-Related Vision Loss. *Life Extension Magazine*; www.lifeextension.com
- 2014** Downie, Laura E.: Nutrition and Age-Related Macular Degeneration: Research Evidence in Practice. *Optometry Vision Sci*; 91(8): 821-831
- 2014** Frank G. Holz et al.: Recent developments in the treatment of AMD. *The Journal of Clinical Investigation* (2014), 124(4) 1430-8
- 2014** Gopinath, Bamini et al.: Age-related macular degeneration and 5-year incidence of impaired activities of daily living. *Maturitas*; 77(3): 263-266
- 2014** Grover, Ashok K.: Antioxidants and vision health: facts and fiction. *Mol Cell Biochem*; 388(1-2): 173-183
- 2014** Harrington, M.; Writing Group for the AREDS2 Research Group: Effect of Long Chain ω -3 Fatty Acids and Lutein + Zeaxanthin Supplements on Cardiovascular Outcomes: Results of the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*; 174(5): 763-771
- 2014** Holz, Frank G. et al.: Geographic Atrophy: Clinical Features and Potential Therapeutic Approaches. *Ophthalmology*; 121(5) : 1079-1091
- 2014** Jonasson, Fridbert et al.: Five-Year Incidence, Progression, and Risk Factors for Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology*; 121(9): 1766-1772
- 2014** Kang-Mieler, Jennifer J.: Advances in ocular drug delivery: emphasis on the posterior segment. *Expert Opinion on Drug Delivery*; 11(10): 1647-1660
- 2014** Kiang, Anna-Sophia et al.: Antioxidant Therapy for Retinal Disease. in: s.o., S. 783-789
- 2014** Klein, Roland: Relation of Smoking, Drinking, and Physical Activity to Changes in Vision over a 20-Year Period. *Ophthalmol*; 121(6): 1220-1228
- 2014** Kolomeyer, Anton M.: Trophic factors in the pathogenesis and therapy for retinal degenerative diseases. *Survey of Ophthalmol*; 59(2): 134-165
- 2014** Lien, Eric L.: Nutritional influences on visual development and function. *Prog Retin Eye Res*; 30(3): 188-203
- 2014** Merle, Bénédicte M. et al.: Circulating Omega-3 Fatty Acids and Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *Invest. Ophthalmol Vis Sci*; 55(3): 2010-2019
- 2014** Mullins, Robert F. et al.: Is Age-Related Macular Degeneration a Microvascular Disease? in: *Retinal Degenerative Diseases: Advances in Experimental Medicine and Biology*, - New York: Springer, 2014,- 978-1-4614-3209-8,- S. 283-289
- 2014** Pinazo-Durán, M. D. et al.: Oxidative stress and its downstream signaling in aging eyes. *Clin Interv Aging*; 9: 637-652
- 2014** Reynolds, Alison L.: Current and Emerging Therapies for Ocular Neovascularisation. in s.o., S. 797-804
- 2014** Sasore, Temitope: Targeting the PI3K/Akt/mTOR Pathway in Ocular Neovascularization. in: s.o., S. 805-811
- 2014** Silvia Bisti et al.: Saffron and Retina: Neuroprotection and pharmacokinetics. *Visual Neuroscience* (2014), 31, 355-361
- 2014** Smith, Adiel G.: Emerging treatments for wet age-related macular degeneration. *Expert opinion on Emerging Drugs*; 19(1): 157-164

- 2014** Ugarte, Marta: Recent advances in the understanding of the role of zinc in ocular tissues. *Metallomics*; 6(2): 189-200
- 2014** Velez-Montoya, Raul et al.: Current Knowledge and Trends in Age-Related Macular Degeneration: Genetics, Epidemiology and Prevention. *Retina*; 34(3): 423-441
- 2014** Weber, Bernhard F. et al.: Bedeutung des Komplementsystems für die altersabhängige Makuladegeneration. *Dt. Ärzteblatt*; 111(8): 133-138
- 2014** Weikel, Karen A. et al.: Nutritional modulation of cataract. *Nutrition Rev*; 72(1): 30-47
- 2014** Yam, Jason C.: Ultraviolet light and ocular diseases. *Int. Ophthalmol*; 34(2): 383-400
- 2014** Yang, Hongseok: The yellow intraocular lens and the natural ageing lens. *Curr Opin Ophthalmol*; 25(1): 40-43
- 2014** Zampatti, Stefania et al.: Review of nutrient actions on age-related macular degeneration. *Nutrition Res*; 34(2): 95-105
- 2015** Antonius Pipis et al.: Effect of the blue filter intraocular lens on the progression of geographic atropy. *EJO 2015*; 25(2): 128-133
- 2015** Schmidl, D. et al.: Nutritional supplements in AMD. *Acta Ophtalmologica 2015*; 93: 105-121
- 2015** Blatterspiel, Franz: AMD: Lebensstil und Vitamin D beeinflussen genetisches Risiko. www.aerzteblatt.de/nachrichten/64175

Letzte Fassung April 2016