

*Liebe Kolleginnen
und Kollegen,*

das erste Halbjahr 2017 ist vorüber und wir ergreifen daher die Gelegenheit, Sie über Neuigkeiten und Altbewährtes an der Universitäts-Augenklinik Münster zu informieren.

Sehr erfreulich sind die baulichen Veränderungen in der ersten Hälfte des Jahres. So konnten wir im Februar eine zusätzliche Station im Gebäude der Augenklinik für unsere Patienten eröffnen. Dreibettzimmer gehören nun definitiv der Vergangenheit an. Ende März konnten wir dann unser neues, ambulantes OP- und Laserzentrum einweihen. Ein weiterer Meilenstein in einer medizinisch hochwertigen Versorgung in schönem Ambiente.

Erfahren Sie aber auch etwas über die derzeitigen Forschungsthemen im Bereich „Glaukom“ und „Netzhaut“ und lesen Sie kurze Berichte unserer im ersten Halbjahr durchgeführten Kongresse. Des Weiteren geben wir Ihnen einen Ausblick in die zweite Jahreshälfte.

Viel Spaß beim Lesen!



**Herzlichst,
Ihre**

**Univ.-Prof.
Dr. med.
Nicole Eter**

Einweihung des Ambulanten OP- und Laserzentrums

Hightech Versorgung auf dem ambulanten Sektor



Traditionelle Einweihung der hochmodernen Augen-OP-Technik: Klinikdirektorin Prof. Nicole Eter, Prof. Norbert Roeder (Ärztlicher Direktor) und Dr. Christoph Hoppenheit (Kaufmännischer Direktor).

Mit der Einweihung des ambulanten OP- und Laserzentrums am 20.3.2017 erweitert die Augenklinik das operative Spektrum und setzt neue Maßstäbe in der ambulanten Behandlung von chirurgischen und minimal-invasiven Eingriffen.

Auf eine fünfjährige Bauplanung erfolgte im November 2015 der erste Spatenstich für das ca. 500m² große Areal, welches sich direkt an die Ambulanz der Klinik für Augenheilkunde anschließt. Die Nutzfläche des ambulanten Operationszentrums ist vollständig im Erdgeschoss angeordnet und verfügt über einen eigenen Aufnahme- und Untersuchungsbereich.

Nach erfolgreichem Eingriff steht den Patienten ein eigener Ruheraum in angenehmer Atmosphäre zur Verfügung. Die zwei Operationssäle und ein Eingriffsraum des ambulanten Operationszentrums sind direkt an die Ambulanz der Augenklinik angebunden, wodurch kurze Wege eine zügige Behandlung ermöglichen.

Im neuen ambulanten OP- und Laserzentrum der Uni-Augenklinik werden intravitreale Injektionen sowie alle ambulanten operativen Eingriffe (vor allem Kataraktoperationen, Lid-, Bindehaut- und Hornhauteingriffe und Schieloperationen) durchgeführt.

Mehr Platz für Patienten der Augenklinik

Moderne Räumlichkeiten durch neue Station

■ **Ständig steigende Patienten-**
■ **zahlen machten es dringend**
nötig: die Klinik für Augenheilkunde
am UKM hat zusätzliche Betten
bekommen.

Nach einer Verlagerung der psychosomatischen Station aus dem Gebäude, konnte eine weitere Bettenstation von der Augenklinik übernommen werden. Die Bettenkapazität wurde in diesem Zuge von bisher 42 auf 48 aufgestockt: 12 davon für Privatpatienten. Diese werden künftig in der neu dazu gewonnenen ersten Etage untergebracht.



Prof. Eter und Prof. Roeder im neuen Ambiente der Augenklinik.

UKM Eyenet und 4 Jahre elektronische Akte

Qualitätssicherung in der Krankenversorgung

■ **Zunächst nur als papierlose**
■ **Patientenakte gedacht ist das**
Programm FIDUS schon längst
darüber hinausgewachsen.

Seit der Einführung im Jahr 2013 wurde das Patientenprogramm stetig weiterentwickelt und bietet den

Nutzern mittlerweile neben Patientendokumentation ebenso das Inkludieren sämtlicher externer Dateien (E2E, jpeg, pdf, tiff, gif, etc.), sowie die Integration aktuellster Untersuchungstechnologien. Auch das digitale Auswerten der Daten zur Versorgungsforschung und Qualitätssicherung ist möglich.

Um Befunde mit Ihnen teilen zu können oder patientenbezogene Untersuchungsdaten auszutauschen, wurde das Online-Portal UKM EyeNet gegründet und erfreut sich eines regen Zuwachses der Mitgliederzahlen. Innerhalb eines Jahres konnten 26 Praxen und Zentren erfolgreich an das Portal angebunden werden. Ab dem 3. Quartal 2017 ist auch eine Download-Area integriert, in der Sie aktuelle Therapieschemata und Anwendungsempfehlungen finden.



UKM EyeNet

Das Qualitätsnetzwerk für Augenmedizin

Weitere Infos und Anmeldung

T 0251 83-56010

ukmeyenet@ukmuenster.de

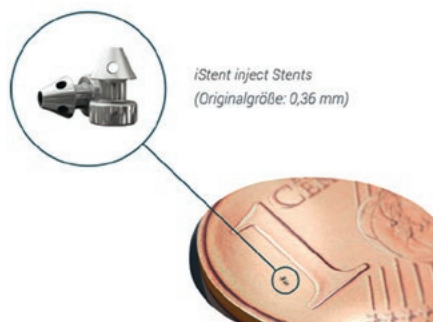
www.UKMEyeNet.de

MICS: iStent

Ein neues Zeitalter im Hinblick auf therapeutische Optionen bei Glaukom ist angebrochen.

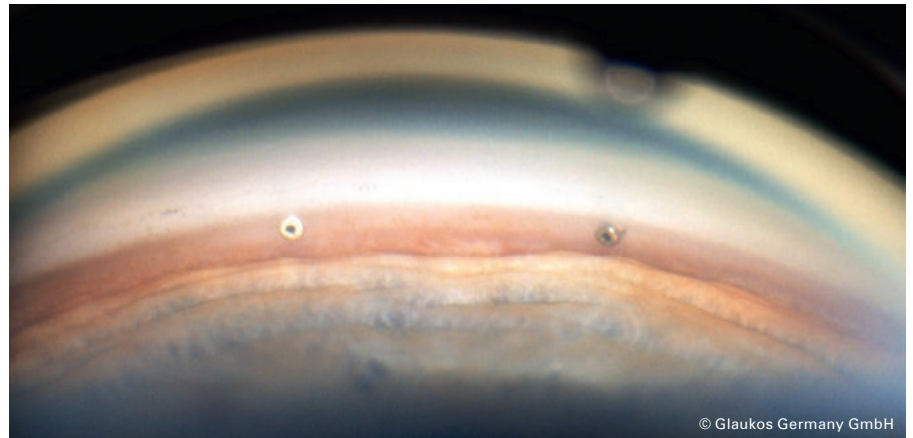
■ **Ein neues Zeitalter im Hinblick auf therapeutische Optionen bei Glaukom ist angebrochen.**

Eine ganze Reihe an Möglichkeiten bieten sich, um den Hauptrisikofaktor des Glaukoms – den in Relation zur Vulnerabilität des Sehnerven zu hohen intraokularen Druck – zu bekämpfen. Die neueren operativen Verfahren werden überwiegend unter dem Oberbegriff „MIGS“ zusammengefasst. MIGS bedeutet „Mikroinvasive Glaukomchirurgie“, bei der in der Regel eines der aufgeführten Implantate genutzt wird: iStent bzw. dessen Weiterentwicklung iStent Inject, Hydrus und suprachoroidale Stents wie iStent Supra oder Cypass. Allen ist das Wirkprinzip der Umgehung des Trabekelmaschenwerks zur Verbesserung des Kammerwasserabflusses gemeinsam.



iStent Inject

In der Klinik für Augenheilkunde des UKM wird bei der MIGS-Chirurgie überwiegend der iStent Inject genutzt, der mit 360 Mikrometer Länge und 230 Mikrometer Breite das kleinste beim Menschen implantierbare CE-zertifizierte Medizinprodukt darstellt. Hierbei sind in einem Injektor zwei Stents vorgeladen, die im Abstand von 30–60 Grad meist im nasal inferioren Quadranten im Trabekelmaschenwerk platziert werden. Dies kann sowohl



Zwei iStents, im Kammerwinkel platziert.

in Kombination mit als auch ohne Katarakt-OP erfolgen. Eine signifikante Drucksenkung konnte in Studien sowohl bei der kombinierten als auch der alleinigen Stent-Implantation nachgewiesen werden. Die zu erreichende Senkung liegt im Schnitt auf Werte um die 15–16 mmHg meist ohne, gelegentlich mit deutlich reduzierter zusätzlicher antiglaukomatöser Therapie.

Wer also kommt für die MIGS in Frage?

Wie so oft ist eine durchdachte Patientenselektion der Schlüssel zum Erfolg. Denkt man an den recht jungen Glaukompatienten mit fortgeschrittenem Papillenschaden und hohen Ausgangswerten unter meist bereits maximaler antiglaukomatöser Lokalthherapie, so wäre die konventionelle fistulierende OP, sei es nun die Goniotrepanation, die Trabekulektomie oder ggf. auch das XEN-Implantat (hier fehlen allerdings Langzeitergebnisse) weiterhin das Mittel der Wahl und zu empfehlen.

Für den iStent Inject hingegen bieten sich Patienten mit primärem Offenwinkelglaukom, PEX-Glaukom und Pigmentdispersionsglaukom in früheren Stadien

und mit einem nicht ganz so niedrig definierten, tolerierbarem Zieldruck von ca. 21 mmHg und darunter an, möglichst mit wenigen oder keinen vorherigen Eingriffen. Anatomische Voraussetzung ist ein offener KW und eine ausreichend tiefe Vorderkammer ohne Pathologien der Iris und ohne vordere Synechien.

Die Vorteile der MIGS-Chirurgie liegen auf der Hand

Das ausgezeichnete Sicherheitsprofil, das minimale Trauma am Zielgewebe, der corneale Zugang ohne Eröffnung der Konjunktiva und damit die Möglichkeit weiterer ggf. notwendiger Eingriffe, die konjunktivale Unversehrtheit erfordern, sind hervorzuheben. Desweiteren bleibt die kurze OP-Dauer, Möglichkeit auf den Verzicht einer Narkose, die Schnelligkeit der postoperativen Rehabilitation und die einfache Nachsorge erwähnenswert. Wie so oft bei neueren OP-Methoden bleibt jedoch anzumerken, dass die Langzeitergebnisse bzgl. des Verfahrens zeitlich beschränkt sind und man auch herkömmliche, etablierte OP-Verfahren nicht vergessen sollte. Gold wert ist hier sicherlich die differenzierte Indikationsstellung! [OÄ Dr. B. Glitz]

OCT Angiographie

Eine neue Option in der multimodalen Bildgebung

■ Die optische Kohärenztomographie Angiographie, kurz OCT-A, ist ein neuer Baustein der multimodalen, retinalen Bildgebung in der Augenheilkunde. Dr. med. Jost L. Lauermann und Dr. med. Maximilian Treder der Universitäts-Augenklinik beantworten die wichtigsten Fragen.

» Seit wann wird die OCT-A an der Augenklinik des UKM angewandt?

»» Dr. Treder: In Münster verfügen wir seit 2015 über die entsprechende technische Ausstattung. Wir waren damit eine der ersten Augenkliniken in Deutschland, die die Möglichkeit hatte, diese neue Technik einzusetzen. Dabei hatten wir in den letzten Jahren auch die Gelegenheit, unterschiedliche Modelle verschiedener Hersteller zu erproben. Wir freuen uns, dass wir somit schon auf eine sehr vielseitige Erfahrung zurückblicken können.

» Die OCT-Diagnostik ist heute aus der Augenheilkunde nicht mehr wegzudenken und das „Arbeitstier“ in der retinalen Bildgebung. Dr. Lauermann, was ist nun das technische Prinzip der neuen OCT-A?

»» Dr. Lauermann: Die OCT-A erweitert die klassische OCT-Diagnostik um ein Verfahren, bei dem der Fokus auf der Darstellung der retinalen Perfusion liegt. Es handelt sich um eine nicht-invasive Methode, die es erlaubt, den Blutfluss in den retinalen und choroidalen Gefäßen in verschiedenen Netzhautschichten ohne Injektion von Kontrastmitteln darzustellen. Dies gelingt durch Messung von Bewegungskontrasten. Abgebildet wird somit nur Bewegung; nicht perfundierte Gefäße werden nicht dargestellt. Zusätzlich ermöglicht diese Technologie eine quantitative Beurteilung des Blutflusses; einerseits in der Makula, andererseits aber beispielsweise auch am Sehnervenkopf. So kann nicht nur untersucht werden, ob, sondern auch, mit welcher Intensität Gefäßebenen perfundiert werden. Das Gerät nimmt dabei mehrere OCT-B-Scans einer bestimmten Stelle der Netzhaut auf. Anschließend werden die OCT-Aufnahmen in Bezug auf Bewegung analysiert: statisches Gewebe zeigt keine Veränderung, während Blutfluss einen Signalunterschied zwischen den Scans zeigt. Dargestellt wird letztlich die Bewegung der Erythrozyten.

» Dr. Treder, in der retinalen Diagnostik haben sich bis heute unterschiedliche bildgebende Verfahren etabliert.

Inwieweit stellt die OCT-A eine Erweiterung der bisherigen Bildgebungsmodalitäten dar?

»» Dr. Treder: Hierbei sind natürlich allen voran die 1960 eingeführte Fluoreszenzangiographie (FLA) und die 1991 von Huang et al. beschriebene optische Kohärenztomographie zu nennen. Die OCT-A darf dabei nicht mit dem Anspruch verwendet werden, bisherige Technologien zu ersetzen, sondern sollte als sinnvoll ergänzendes Diagnostik-Tool verwendet werden. Im Gegensatz zum klassischen OCT kann, wie Dr. Lauermann schon erwähnt hat, Blutfluss dargestellt werden, was natürlich bei der Detektion von choroidalen Neovaskularisationen (CNV) sehr hilfreich ist. Anders als bei der Fluoreszenzangiographie ist es so möglich, die Gefäße in den einzelnen Gefäßplexus separat zu betrachten. Wichtige aus der FLA bekannte diagnostische Phänomene (u.a. Leakage, Pooling oder Staining) können allerdings nicht mehr beobachtet werden. Da es sich um eine neue Art der retinalen Bildgebung handelt, müssen wir noch lernen, die OCT-A immer adäquat zu deuten, um auch die vorhandenen Informationen sinnvoll nutzen zu können.

» Wo liegen aktuell die größten Limitationen und Herausforderungen der Technologie?

»» Dr. Lauermann: Beim Erstellen der Aufnahmen können verschiedene Artefakte in den jeweils dargestellten Ebenen der Netzhaut auftreten. Diese gliedern sich unter anderem in Artefakte durch Bewegungen, durch Segmentierungsfehler oder durch Projektionen von überlagerten Strukturen. Entscheidend für die Ausprägung dieser Artefakte ist zum einen die Mitarbeit des Patienten, zum anderen aber auch die vorliegende Grunderkrankung. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die resultierende Datenmenge. Durch die hohe Auflösung der Bilder werden sehr schnell große Datenmengen generiert. Die gewonnenen Bilder müssen sicher gespeichert werden und sollen natürlich auch jederzeit wieder verfügbar sein. Hierfür müssen wir uns frühzeitig Gedanken über eine entsprechende Anpassung der IT-Infrastruktur machen.

» Bei welchen Krankheitsbildern setzen wir die OCT-A am UKM ein?

»» Dr. Lauermann: Da es sich um ein nicht-invasives Verfahren handelt, existieren keine Kontraindikationen.

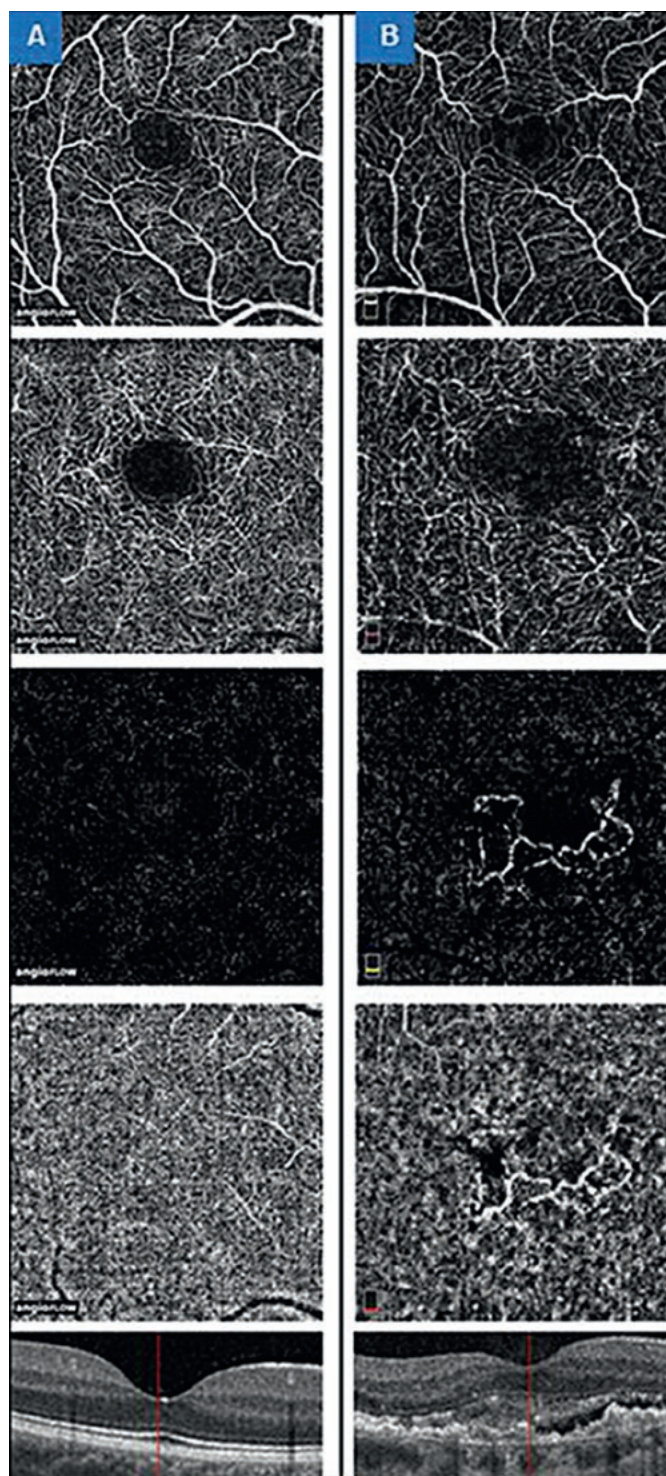
Somit ist die Methode uneingeschränkt für alle Patienten mit retinalen Pathologien geeignet. Wir bemühen uns deshalb auch um einen vielseitigen Einsatz. OCT-A Aufnahmen erstellen wir sowohl bei „klassischen“ FLA-Indikationen (z. B. neovaskuläre AMD, diabetische Retinopathie, retinale Gefäßverschlüsse), als auch bei selteneren Krankheitsbildern wie beispielsweise verschiedenen Tumoren. Auch beim Glaukom und den frühen, „trockenen“ AMD-Formen kommt die OCT-A zum Einsatz. Mit den Aufnahmen versuchen wir, das „Therapiemonitoring“ zu ergänzen, den Informationsgewinn mit den etablierten Verfahren zu vergleichen, aber auch neue Informationen über den Pathomechanismus verschiedener Krankheitsbilder zu gewinnen.

» Wo liegen aktuelle Forschungsschwerpunkte?

»» **Dr. Treder:** Da es sich bei der OCT-A um eine neue Technologie mit vielen offenen Fragen handelt, ist unser Forschungsinteresse dementsprechend sehr breit aufgestellt. So beschäftigen wir uns einerseits mit generalistischen Fragestellungen wie beispielsweise dem Einfluss des Blutdrucks auf die Messung, dem Vergleich verschiedener OCT-A-Geräte oder der Einordnung von Bildartefakten. Andererseits widmen wir uns wissenschaftlich der Anwendung der OCT-A bei verschiedenen ophthalmologischen Krankheitsbildern wie der AMD, hereditären Netzhauterkrankungen, aber auch dem Glaukom. Auch ein wichtiger Beitrag für die Grundlagenforschung konnte durch Dr. Alnawaiseh geleistet werden, der mit Hilfe der OCT-A zeigen konnte, dass beim Mausmodell der laserinduzierten CNV tatsächlich eine Gefäßneubildung entsteht. Auch in unserem dieses Jahr gegründeten Reading Center spielt die OCT-A im Rahmen verschiedener Studien eine wichtige Rolle.

» Welches Zwischenfazit kann man zur Bedeutung und zum zukünftigen Potential der OCT-A aktuell ziehen?

»» **Dr. Lauermann:** Die OCT-A kann nicht alle Aufgaben der FLA übernehmen, dafür bringt sie viele neue Fähigkeiten in die multimodale Netzhautbildgebung ein. Das Haupteinsatzgebiet der Methode wird sich in den kommenden Jahren mit zunehmender Erfahrung noch präziser definieren lassen. Gerade die mögliche Quantifizierung von Blutfluss erscheint dabei als eine einzigartige Eigenschaft mit vielversprechendem Potential bei verschiedenen Fragestellungen. Hinzu kommt, dass das nicht-invasive Verfahren schneller und weniger personalintensiv durchführbar ist. Somit können diagnostische Abläufe zusätzlich vereinfacht und beschleunigt werden.



OCTA des oberflächlichen retinalen Gefäßplexus, tiefen retinalen Gefäßplexus, der äußeren Retina und der Choriocapillaris bei einem gesunden Patienten (A) und einem Patienten mit choroidaler Neovaskularisation bei altersabhängiger Makuladegeneration (B).

Hornhaut nicht gleich Hornhaut!

Ein Tagungsbericht des 5. Münster Hornhaut Forums



Am 5. Münster Hornhaut Forum, das unter der Leitung von Professor Dr. Constantin E. Uhlig in diesem Jahr am 4. März im Schloss Münster stattfand, haben fast 200 Augenärzte und -ärztinnen teilgenommen.

■ Alle zwei Jahre bietet die Klinik für Augenheilkunde mit diesem Forum eine umfangreiche klinische und wissenschaftliche Fortbildung für Experten, ophthalmologischen Nachwuchs, sowie Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen und klinischen Bereich an.

Einen Schwerpunkt des Kongresses bildete unter anderem der Vortrag von Professor Dr. Jesper Hjortdal aus der Universitäts-Augenklinik Aarhus in Dänemark. Er berichtete über die heterogenen genetischen und morphologischen Varianten der Erkrankung sowie über die durch lamelläre Hornhauttransplantation wieder erreichten, nahezu regulären Endothelpumpmechanismen des Gewebes ein Jahr nach Operation.

Professor Dr. Vincent Borderie, aus dem Universitäts-Augenklinik Quinze-Vingts in Paris, Frankreich, erläuterte die Möglichkeiten neuerer 2D- und 3D-Bildgebung. Einen besonderen Schwerpunkt des Vortrages bildeten seine Erläuterungen zur sogenannten

„Full-field“ okulären Kohärenztomographie, die es ermöglicht, korneale Gewebestrukturen in der Tiefe bis zu einer Auflösung von 1 µm zu betrachten, was bisherigen lichtmikroskopischen Untersuchungen gleichkommt. Seine Untersuchungsergebnisse an kornealem Spendergewebe in vivo unterstrichen die Sinnhaftigkeit der Technik als Auswahlinstrument bei der Selektion humaner Hornhäute für die spätere Transplantation. Ein Einsatz in vivo am Patienten scheint in wenigen Jahren realisierbar.

Professor Dr. Markus Kohlhaas aus dem St. Johannes-Hospital Dortmund, berichtete über die mittlerweile diversifiziert angebotenen Methoden des Crosslinkings, die dabei unbefriedigende Effizienz des transepithelialen Crosslinkings, als auch die zunehmend etablierte Erkenntnis, dass sich das Crosslinking prinzipiell beim Keratokonus zur langfristigen tektonischen Konsolidierung bewährt hat. Insbesondere auf die Sinnhaftigkeit einer solchen Therapie bei Progression vor dem 18. Lebensjahr wurde verwiesen.

Demgegenüber berichtete Frau Dr. Lamis Baydoun (Universitäts-Augenklinik Münster und NIIOS, Rotterdam) über das neue Verfahren der Bowman-layer-Transplantation, das ebenfalls zur Stabilisierung der Hornhaut bei Keratokonus-Patienten eingesetzt werden kann und bei dem erste Langzeitergebnisse über ein Jahr die Methode zu bestätigen scheinen. Als Alternative, so berichtete Univ.-Prof. Dr. Claus Cursiefen, Universitäts-Augenklinik Köln, bleibt immer noch die Deep Anterior Lamellar Keratoplasty (DALK).

Neben Ausführungen zur Sinnhaftigkeit einer konsequenten lokalen und häufig systemisch geführten Blepharitis-Therapie (Dr. Helga Reinshagen, Olten, Schweiz) zur Vermeidung kornealer Problematiken, betonte Priv.-Doz. Dr. Philipp Steven, dass bei Patienten nach Stammzell-Transplantation nicht nur die Notwendigkeit benetzender Maßnahmen im Focus des Therapeuten stehen sollte, sondern insbesondere antientzündliche bis hin zu immunsuppressiven Maßnahmen beachtet werden müssen, um speziell diesem Patientenkollektiv gerecht zu werden.

Ein weiterer Schwerpunkt des Forums lag im Bereich der Hornhaut-Transplantation. Hier wurde inhaltlich ein Bogen gezogen ausgehend von refraktiv ausgerichteten, teilweise komplex kombinierten Eingriffen nach perforierender Keratoplastik (Univ.-Prof. Dr. Walter Sekundo, Universitäts-Augenklinik Marburg) zur Bewältigung physikalisch-optischer Defizite, über Fallstricke und deren Lösung bei der Ausführung lamellärer Operationstechniken (Univ.-Prof. Dr. N. Eter, Universitäts-Augenklinik Münster) bis hin zur Wahl

und erfolgreichen Einbringung von Keratoprothesen (Univ.-Prof. Dr. G. Geerling, Universitäts-Augenklinik Düsseldorf) bei scheinbar hoffnungslos desolaten vorderen Augenabschnitten.

Die neuesten Ergebnisse zu artifizieller Hornhautrekonstruktion, vorgestellt von Univ.-Prof. Dr. Dr. S. Schrader (Universitäts-Augenklinik, Düsseldorf), zeigten darüber hinaus einen wissenschaftlich-klinisch ausgerichteten Ausblick auf möglicherweise zukünftig einsetzbare künstliche Hornhaut-Materialien, deren Verwendung darauf abzielt, das Problem der defizitären Hornhautspende zu bewältigen.

Live geschaltet aus San Diego wurde Professor Melles (NIIOS, Rotterdam),

der seine Ergebnisse zur Verwendung der chirurgischen Verfahren DMEK, DMT, Hemi-DMEK oder Quarter-DMEK erläuterte.

Das Problem der Abstoßungsreaktionen nach Hornhaut-Transplantation, perforierend und lamellierend, erläuterte Professor Dr. Daniel Böhlinger aus der Universitäts-Augenklinik Freiburg. Die Ergebnisse einer vom ihm geleiteten, nationalen, multizentrischen Studie (FANCY) ergaben neue Erkenntnisse in Bezug auf die Notwendigkeit der Typisierung bei Problemkeratoplastiken, nämlich insofern, als die bisher übliche HLA-Typisierung im Rahmen dieser Studie keinen entscheidenden Vorteil gegenüber nicht-HLA-typisierten Therapieverläufen ergab.

Klinisch orientiert waren auch die Ausführungen von Dr. Maged Alnawaiseh (Universitäts-Augenklinik Münster), der ein neues diagnostisches, topographiegesteuertes Verfahren zur Quantifizierung kornealer Einlagerungen bei Amiodaron-Therapie vorstellte, sowie die Darstellung der therapeutischen Ergebnisse bei Verwendung humaner Amnionmembran, die ohne Konservierungsmedium oder antibiotische und antimykotische Zusätze hergestellt wurde (Professor Dr. Constantin E. Uhlig, Universitäts-Augenklinik Münster).

Das nächste Hornhaut Forum wird im Frühjahr 2019 in Münster stattfinden.

[Prof. Dr. C. E. Uhlig]

36. Jahrestagung des DKVB

Kampfansage gegen Erblindung

Deutsches Komitee zur Verhütung von Blindheit
ludt zum internationalen Austausch in die Universitäts-Augenklinik ein.

Dr. Milka Mafwiri ist gern nach Münster gekommen. Als eine der Hauptreferentinnen im Rahmen der 36. Jahrestagung des Deutschen Komitees zur Verhütung von Blindheit (DKVB) in Münster berichtete Sie über die pediatri-sche Versorgung in der Augenheilkunde in Tanzania.

Sie und noch weitere Gastreferenten aus Tanzania wurden vom DKVB e. V. und der Klinik für Augenheilkunde am UKM nach Münster eingeladen, um vom 10.-11. Februar 2017 über die Entwicklung und Arbeit der Augenärzte in Tanzania im Umgang mit Sehbehinderungen zu berichten und gemeinsame augenheilkundliche Projekte vorzustellen.

Eröffnet wurde die Jahrestagung am Freitag, 10.2.2017 durch die Sitzung „Internationale Ophthalmologie“ der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), die im September 2004 gegründet wurde, um Kollegen in anderen Ländern klinisch und theoretisch auszubilden, z. B. in moder-



Dr. R. Balmes, DKVB; B. Mele, DOG; Prof. N. Eter, Univ.-Augenklinik, Prof. J. Wessels, Rektor d. WWU; Prof. F. Klauß, DKVB

nen Techniken der Kataraktchirurgie, die wissenschaftliche Zusammenarbeit zu fördern und die Ausstattung der Kliniken im Ausland über Spenden und Drittmittel zu verbessern.

Die Universitäts-Augenklinik Münster unterstützt diese Idee durch die Partnerschaft mit der Universitäts-Augenklinik Muhimbili in Dar es Salaam seit 2011. [M. Vuko]

Ausblick

3. Internationales Retina Council

inkl. Glaukom-Workshop und IVOM-Aufbaukurs

Das internationale Treffen führender Experten der retinalen Augenheilkunde findet am 2. September 2017 im 2-Löwen-Klub Münster statt.

Bewusst für das diesjährige Council gewählt unterstreicht der 2-Löwen-Klub Traditionsbewusstsein und Zusammenhalt. In diesem Sinn setzen Prof. Eter und Dr. Clemens als wissenschaftliche Leiter das Programm des IRC in diesem Jahr fort und werden Ihnen Themen von Stellenwert der Elektrophysiologie, über Fallstricke der OCT-Angiographie bis zu aktuellen Behandlungsmethoden der chirurgischen Therapie von Netzhauterkrankungen vorstellen und gemeinsam mit Ihnen diskutieren.

In diesem Jahr wird das Retina Council zum ersten Mal von einem Glaukom-Intensiv-Workshop am Vortag begleitet. Dieser wie auch der bewusst ins Programm integrierte IVOM-Aufbaukurs decken den steigenden Bedarf an zertifizierter Weiterqualifikation für das regionale und überregionale Publikum. Das wissenschaftliche Programm findet am Samstag, 2. September von 9.00 – 17.00 Uhr statt und richtet sich an niedergelassene Augenärzte, Kliniker und Augenärzte in Weiterbildung.



NEUES VON MITARBEITERN

Neue Mitarbeiter



Dr. med. univ. M. Baake, Assistenzarzt seit Oktober 2016
Fr. Dr. med. Barbara Glitz, Oberärztin seit November 2016
Philipp Czapski, Betriebswirt B. A., Referent der Direktorin seit März 2017

Promotionen

Dr. med. Julia Termühlen, Promotion 26.7.2016
Dr. med. Maximilian Treder, Promotion 31.5.2016
Dr. med. Clarissa Knaack, Promotion 19.1.2016
Dr. med. Jost Lennart Lauermann, Promotion 13.9.2016

TERMINE 2017/2018

2. September 2017: 3. Internationales Retina Council
incl. Glaukom-Intensiv-Workshop und IVOM-Aufbaukurs
Veranstaltungsort: 2-Löwen-Klub Münster

13./14. Oktober 2017: 4. Grundlagen-wissenschaftliches Symposium „iSearch 2017“

Veranstaltungsort: Klinik für Augenheilkunde, UKM

6. Dezember 2017: Ophthalmology & Friends

Klinik für Augenheilkunde, UKM, Münster

19./20. Januar 2018: XXI. Ophthalmologisch-Optische Fortbildung mit Kontaktlinsenkurs

Schloss Münster

11. April 2018: „Glaukom-Intensiv“

Münsteraner Workshop für Augenärzte

Veranstaltungsort tba

5. September 2018: Münsteraner Fortbildung für Augenärzte, Veranstaltungsort tba

16./17. November 2018: 5. Grundlagen-wissenschaftliches Symposium „iSearch 2018“

Veranstaltungsort: Klinik für Augenheilkunde, UKM

30. November – 1. Dezember 2018:

Tagung der Bielschowski-Gesellschaft, Münster

IMPRESSUM

HERAUSGEBER Stabsstelle Unternehmenskommunikation, Leiterin: Dagmar Mangels, i.A. des UKM-Vorstands, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

REDAKTION UND KONTAKT Monika Vuko, Projektmanagement, T 0251 83-56010, monika.vuko@ukmuenster.de, www.augenklinikUKM.de

LAYOUT GUCC grafik & film, Münster **FOTOS** Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikum Münster