

*Liebe Kolleginnen  
und Kollegen,*



ich freue mich,  
Ihnen die aktuelle  
Ausgabe unseres  
Newsletters  
vorlegen zu  
können. Wie

gehabt, möchten wir Sie hiermit  
über Neuigkeiten in der Klinik  
informieren: Neue Sprechstun-  
den, neue Mitarbeiter, Fortbil-  
dungstermine, Kursangebote, etc.  
Einige bekannte und neue Schwer-  
punkte klinischer und wissenschaft-  
licher Arbeit haben wir besonders  
herausgegriffen: Diesmal im  
Bereich Netzhaut mit kurzen  
Berichten über Frühformen der  
AMD, das Retina Implantat und  
Hornhautthemen, wie die  
Bowman Layer Transplantation,  
Corneales Crosslinking und die  
Graft vs. Host Sprechstunde.

Seit Einführung unseres Online  
Portals „UKM Eyenet“ Ende letz-  
ten Jahres nutzen immer mehr  
Kollegen hierüber den direkten,  
schnellen und sicheren Daten-  
austausch mit uns. Weitere Infor-  
mationen finden Sie auf Seite 8.

Wir freuen uns über Anregungen  
und Feedback Ihrerseits.

Viel Spaß beim Lesen!

**Herzlichst,  
Ihre Prof. Dr. Nicole Eter**



(A,B) Postoperative Spaltlampenbilder nach midstromaler Bowman Schicht Transplantation (weiße Pfeile); Bildrechte Netherlands Institute for Innovative Ocular Surgery (Rotterdam)

## Die „Bowman Layer Trans- plantation“

*Neue Operationstechnik bei fortgeschrittenem Keratokonus*

**Neben der visuellen Rehabilita-  
tion mittels Brille und Kontakt-  
linse steht die Progressionsvermei-  
dung eines Keratokonus im Mittel-  
punkt der Behandlung.**

Zwar können in moderaten Krankheits-  
stadien intrakorneale Ringsegmente im-  
plantiert und ein korneales UV-Crosslin-  
king durchgeführt werden, hierbei ist  
allerdings eine Mindesthornhautdicke  
erforderlich. Keratokonuspatienten, die  
eine zu dünne (<400 µm) oder zu steile  
Hornhaut (> 58 D) aufweisen, werden  
somit in der Regel, trotz noch gutem  
Kontaktlinsenvision, ihrem „Schicksal  
überlassen“, bis auf Grund einer Kon-  
taktlinsenintoleranz oder Hornhautver-  
narbungen eine lamelläre oder perforie-  
rende Keratoplastik erforderlich wird.

Bei diesen zumeist jungen Patienten ist  
die Lebenserwartung des Transplantats  
allerdings kleiner als die des Patienten,  
so dass im Laufe des Lebens nicht sel-

ten eine zweite oder dritte Keratoplastik  
notwendig wird. Genau für diese Patien-  
ten wurde kürzlich eine neue Operati-  
onstechnik, die sogenannte „Bowman  
Layer Transplantation“ durch das  
Netherlands Institute for Innovative  
Ocular Surgery in Rotterdam entwickelt.  
Hierbei wird eine ca. 10 µm dünne  
Spender-Bowman-Schicht in eine vor-  
präparierte stromale Hornhauttasche  
implantiert, wodurch die ektatische  
Hornhautkurvatur „geglättet“ und eine  
weitere Progression und somit eine Ke-  
ratoplastik verhindert werden soll. Vor-  
teil gegenüber einer Keratoplastik ist,  
dass der Eingriff weniger invasiv ist, da  
es sich praktisch nicht um eine „intra-  
okulare“ Operation handelt, was das Ri-  
siko für intra- und postoperative Kompli-  
kationen minimiert. Außerdem kann bei  
ausbleibendem Erfolg die „Bowman-  
Schicht“ wieder entfernt und eine Kera-  
toplastik noch stets durchgeführt wer-  
den. Lesen Sie hierzu weiter auf Seite 6.

*Dr. med. Lamis Baydoun*

# Differenzialdiagnose makulärer Drusen

**Nach der Etablierung der Anti-VEGF Therapie im Bereich der exsudativen altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) richtet sich der Blick zunehmend auf Therapiestrategien bei der Behandlung der trockenen AMD.**

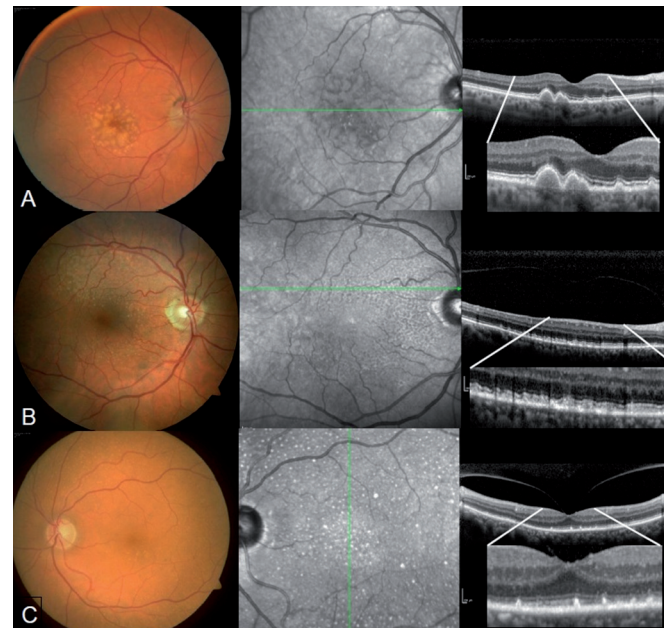
Umso wichtiger erscheint es, Eigenschaften und pathophysiologische Prozesse von Drusen, die die Frühform der trockenen AMD charakterisieren, zu systematisieren. Durch die Weiterentwicklung bildgebender Verfahren ergaben sich zuletzt neue Erkenntnisse zu den verschiedenen Drusenformen.

## Weiche und harte Drusen

Weiche und harte Drusen stellen makuläre, gelbliche, hügelartige Erhebungen von unterschiedlichem Durchmesser dar. Harte Drusen sind kleiner und schärfer begrenzt gegenüber weichen Drusen. In der Fluoreszenzangiographie erscheinen sie dezent hyperfluoreszent in den späteren Phasen. Die Fundusautofluoreszenz zeigt ein leicht hyperfluoreszentes Signal im Bereich der Druse, während die Nahinfrarotaufnahme oft leichte Änderungen in den Graustufen zeigt. Histologisch enthalten weiche und harte Drusen lipidreiche Stoffwechselprodukte und lassen sich im Gewebeschnitt posterior des retinalen Pigmentepithels (RPE) lokalisieren. Die SD-OCT Aufnahme bestätigt ebenfalls die domförmige Abhebung des RPE und das darunterliegende, hyperreflektive Drusenmaterial. Kleine Drusen, sogenannte ‚Drupelets‘ (<63µm), sind normale Altersveränderungen ohne Risiko für eine Spätform der AMD.

## Retikuläre Pseudodrusen

Anfang der neunziger Jahre wurden erstmals retikuläre Pseudodrusen von Mimoun und Mitarbeitern als eigenartiges, gelbliches Muster am zentralen Fundus von Patienten mit AMD beschrieben. Sie variieren in Größe und erscheinen funduskopisch etwas weißlicher als weiche Drusen. Je näher sie an der Fovea lokalisiert sind, umso punktierter und abgegrenzter erscheinen sie. Fluoreszenzangiographisch lassen sie sich in der Regel im Verlauf als zarte Hypofluoreszenzen darstellen. Im Autofluoreszenzmodus erscheinen sie hypofluoreszent und die Infrarotaufnahme zeigt sie hyporeflektiv gelegentlich mit einem hyperreflektiven Zentrum. Die Verfügbarkeit des SD-OCT gab Aufschluss über die Lage der retikulären Pseudodrusen, welche sich anterior des RPE befinden.



**Abbildung 1:** Farbfundusphotographie und simultane, konfokale Scanning Laser Ophthalmoskopie Nah-Infrarot Modus und Spektraldomain optische Kohärenztomographie von Patienten mit weichen Drusen (A), retikulären Pseudodrusen (B) und kutikulären Drusen (C).

den. Die Höhe dieser Läsionen ist variabel und kann über die Zeit abnehmen oder zunehmen und die äußere Grenzmembran erreichen. Diese Dynamik von Drusenmaterial im zeitlichen Verlauf ist von weichen Drusen bekannt.

Eine verlässliche Detektion von retikulären Pseudodrusen bedarf eines Scanning Laserophthalmoskops, denn in der Farbfundusphotographie bleiben diese Läsionen oft unerkannt. Retikuläre Pseudodrusen zeigen eine hohe Prävalenz bei Patienten mit AMD-Spätformen, und sie konnten ferner als Hochrisikofaktor für das Fortschreiten der AMD identifiziert werden.

## Kutikuläre Drusen

Diese multiplen, dicht gepackten, kleinen, nodulären Drusen in der Makula und in der mittleren Peripherie, die das charakteristische Bild eines Sternenhimmels in der Fluoreszenzangiographie geben, wurden von Gass erstbeschrieben. Im Verlauf wurde gezeigt, dass sie dieselben histologischen Eigenschaften und Inhaltsstoffe wie weiche Drusen besitzen und wurden in der Folge als kutikuläre Drusen bezeichnet. Sie zeigen typischerweise einen Durchmesser von 50 bis 75 µm, stellen sich in der Fundusautofluoreszenz als hypofluoreszent dar und in der Infrarotaufnahme als hyperreflektiv. Kutikuläre

Drusen erscheinen oft als Sägezahnmuster in der SD-OCT. Histologisch erscheint es, als würden die kutikulären Drusen in das RPE hineinragen, so dass das RPE oberhalb der kutikulären Druse verdünnt erscheint. Im Gegensatz zu den Drusen, die im Rahmen der AMD auftreten, erscheinen kutikuläre Drusen typischerweise im frühen Erwachsenenalter und sind häufig assoziiert mit vitelliformen Makulopathien.

### Zusammenfassung

Mit Hilfe von histologischen und bildgebenden Verfahren lassen sich weiche und harte Drusen, retikuläre Pseudodrusen und kutikuläre Drusen unterscheiden. Bei weiteren prospektiven AMD-Studien ist der Einsatz von multimodalen Imagingmethoden wichtig, um die verschiedenen Drusenentitäten hinsichtlich des Risikos eines Krankheitsprogresses differenzieren zu können.

*Priv.-Doz. Dr. med. Florian Alten*

## Sprechstunde Graft vs. Host Disease (GvHD)

### Immunologische Reaktion nach Keratokonus

**Die Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD) kann nach Transplantationen auftreten, wobei das transplantierte Gewebe des Spenders (Graft) eine immunologische Reaktion auf einzelne oder mehrere Organe des Empfängers (Host) zeigt.**

Bei der GvHD reagieren vor allem die im Transplantat enthaltenen T-Lymphozyten eines Spenders gegen den Empfängerorganismus. Am häufigsten äußern sich Symptome der GvHD an der Haut, der Leber, am Darm und am Auge.

#### Welche Symptome treten auf?

Im Rahmen der Therapie kann es v.a. zu einer Veränderung des Tränenflusses kommen. Dies hat ein „trockenes Auge“, ggf. Narben an der Bindehaut mit sekundärer Funktionsminderung der Bindehaut zur Folge. Es fehlt dann auch die muzinöse „schleimige“ Phase des Tränenfilms, die die Verdunstung der wässrigen Phase normalerweise verlangsamt. Weitere Symptome, wie Fremdkörpergefühl, Schmerzen, Brennen, Lichtscheu und

starkes Augenblinzeln, Sehinderung, in seltenen Fällen sogar Erblindung, können auftreten.

Um dies zu vermeiden, werden benetzende Augentropfen eingesetzt, die sowohl die wässrige als auch die muzinöse Phase des Tränenfilms ergänzen. Konsequente Kontrollen durch Fachärzte der Knochenmarkstammzell-Transplantation sind erforderlich, die beim ersten Hinweis auf GvHD auf organischer Seite eine entsprechende medikamentöse Einstellung vornehmen, i.d.R. mit Immunsuppressiva, z.B. Ciclosporin als Systemmedikation.

#### Aufgabe des Augenarztes

Dem Augenarzt obliegt die Diagnostik okulärer Veränderungen und Therapie je nach Schweregrad, z.B. durch benetzende Augentropfen, antientzündliche Therapie (Kortison-Augentropfen), lokale oder systemische Immunsuppressiva. Bei stärkeren Beschwerden sollte eine Behandlung in Absprache mit den Spezialisten der Knochenmarkstransplantation erfolgen, da dann i.d.R. die

systemische Immunsuppression erhöht werden muss.

Die Universitäts-Augenklinik arbeitet hier eng mit der KMT-Abteilung der Medizinischen Klinik A des UKM unter Leitung von Prof. Dr. med. Matthias Stelljes und Oberarzt Dr. med. Christoph Groth, zusammen.

#### Ärztlicher Ansprechpartner

Univ.-Prof. Dr. C. Uhlig  
Dr. med. M. Alnawaiseh

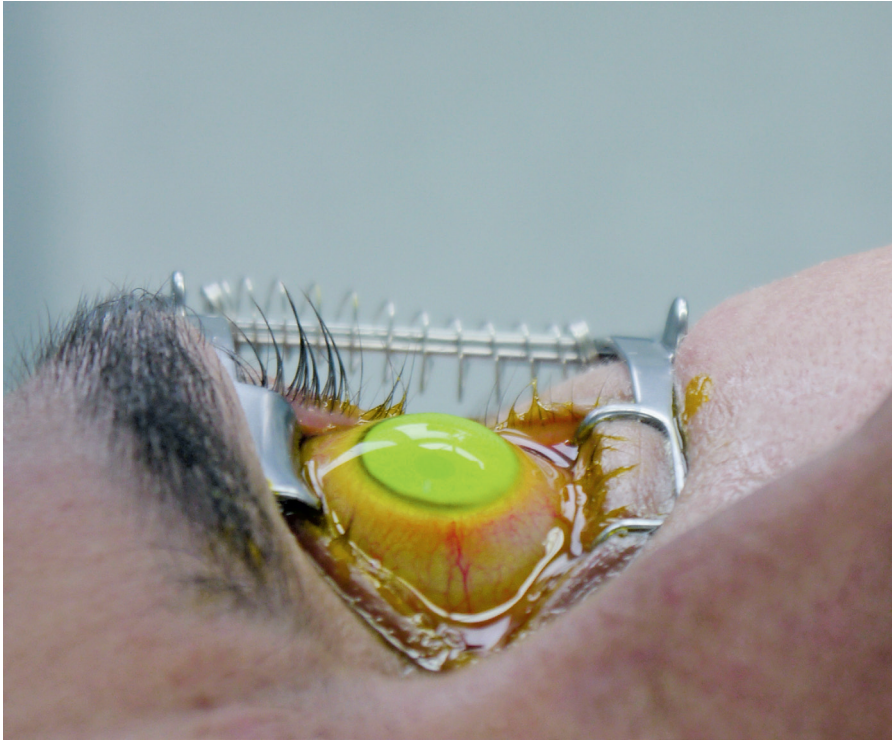
#### Anmeldung und Terminvergabe

Mo – Do: 08.00 – 16.00 Uhr  
Fr: 08.00 – 14.00 Uhr

T 0251 83-56017  
augenklinik@ukmuenster.de



# Corneales Crosslinking bei Keratoconus



**Keratoconus ist eine idiopathische bilaterale, in der Regel progredient verlaufende Hornhauterkrankung, charakterisiert durch eine konische Verformung und Ausdünnung der Hornhaut, die bis zum Sehverlust führen kann.**

Die Erkrankung tritt im jungen Alter, häufig in der zweiten Lebensdekade auf. Ihre Häufigkeit wird mit 1 auf 2000 Einwohner angegeben (Kennedy RH et al. Am J Ophthalmol. 1986). Der Keratoconus kann als isolierte Erkrankung auftreten. Assoziationen mit anderen Erkrankungen (Down-Syndrom Patienten, Atopiker) sind aber auch bekannt. Die genauen Mechanismen der Krankheitsentstehung sind noch weitgehend ungeklärt, und die Pathogenese ist komplex und multifaktoriell: endogene genetische Faktoren sowie Umwelteinflüsse (Augenreiben, Trauma) sollen dabei eine Rolle spielen. Die Erkrankung wurde früher als nicht entzündlich charakterisiert. Neuere Ar-

beiten deuten jedoch auf eine mögliche entzündliche Komponente in der Entstehung dieser Erkrankung (Wisse RP et al. Ocul Surf. 2015).

Das therapeutische Spektrum umfasst sowohl konservative Verfahren im Anfangsstadium (Brillen, Kontaktlinsen) als auch verschiedene operative Behandlungsmethoden (Corneal Crosslinking, korneale Implantate, verschiedene Formen der Hornhauttransplantation) in fortgeschrittenen Behandlungsstadien. Die Effektivität des kornealen Crosslinking (CXL) in der Behandlung des progredienten Keratoconus ist durch mehrere klinische Studien belegt. Die postoperative Haze-Bildung und die damit verbundene verminderte Hornhaut-Transparenz haben anfangs zu einer kontroversen Diskussion bezüglich des Effektes der CXL auf die Visus-Entwicklung geführt. In zwei Arbeiten wurde im Jahr 2010 bzw. 2012 durch unterschiedliche Arbeitsgruppen eine Quantifizie-

rung der Hornhauttransparenz mittels kornealer Densitometrie durchgeführt. Diese Arbeiten zeigten, dass die korneale Densitometrie vor allem in den ersten Monaten nach CXL erhöht ist, und dass sich Werte nach einem Jahr von Baseline Werten nicht mehr signifikant unterscheiden (Greenstein et al. J Cataract Refract Surg 2010; Gutierrez et al. J Refract Surg 2012).

Wir konnten in zwei Arbeiten zeigen, dass sich sowohl nach konventioneller [Alnawaiseh et al. J Refract Surg. 2015] als auch nach „accelarated CXL“ [Alnawaiseh et al. Cornea. 2015] die korneale Densitometrie weiter im Vergleich zur Baseline verbessert und nach 24 – 36 Monaten sogar Werte vergleichbar mit der gesunden altersentsprechenden Normalpopulation erreicht. CXL wird zur Zeit zur Behandlung des progredienten Keratoconus eingesetzt. Diese positive Veränderung der Hornhauttransparenz könnte zu einer Erweiterung des Indikationsgebietes führen.

*Dr. med. Maged Alnawaiseh*

## Ärztlicher Ansprechpartner

Dr. M. Alnawaiseh

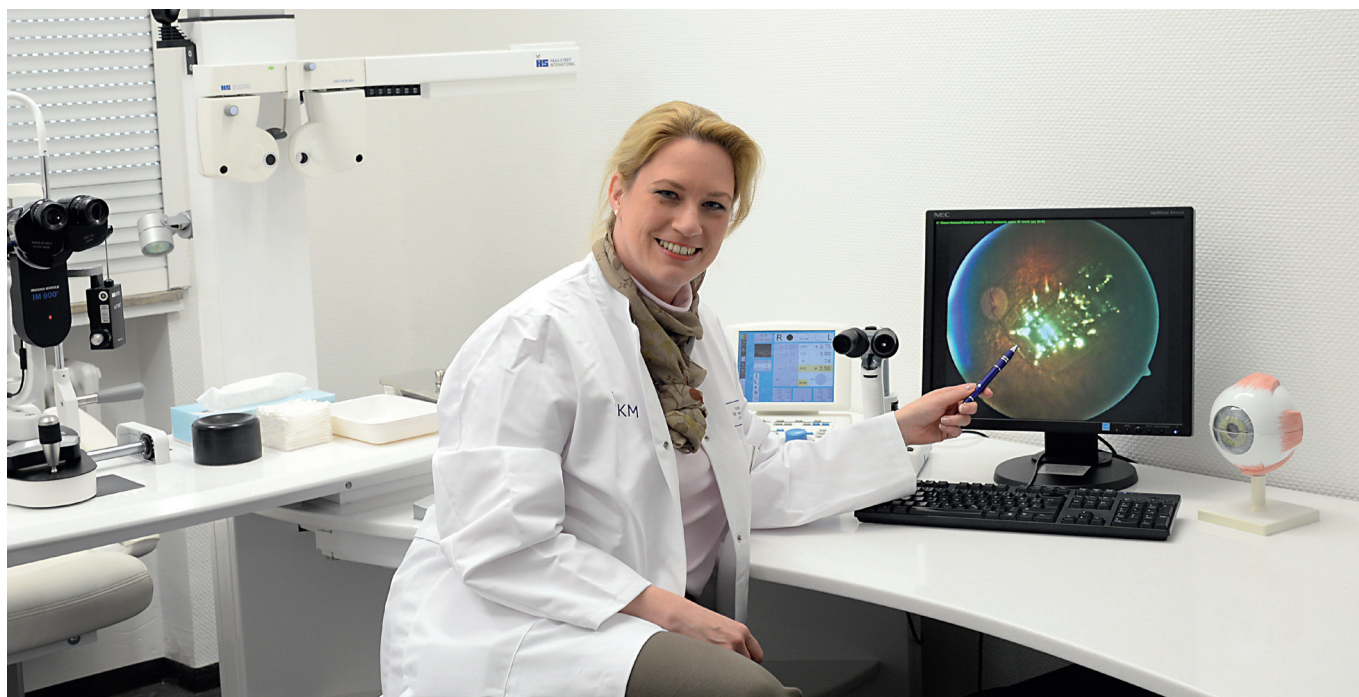
## Anmeldung und Terminvergabe

Mo – Do: 08.00 – 16.00 Uhr

Fr: 08.00 – 14.00 Uhr

T 0251 83-56017

[augenklinik@ukmuenster.de](mailto:augenklinik@ukmuenster.de)



## Das bionische Auge

*Implantat verhilft zu orientierendem Sehen bei Retinitis pigmentosa*

**Lichtmuster und Silhouetten, die Hoffnung geben: Eine erblindete Patientin hat durch ein am UKM eingesetztes Netzhaut-implantat wieder eine orientierende Sehfähigkeit zurückerlangt.**

Die 69-Jährige leidet an Retinitis pigmentosa (RP) und ist eine von 29 Patienten, bei der dieses neue Therapieverfahren in Deutschland eingesetzt worden ist. Seit 15 Jahren konnte sie nur noch hell und dunkel wahrnehmen und keine Formen mehr erkennen.

Das Implantat hilft blinden Patienten bei der Orientierung und gibt ihnen beispielsweise auch einen Tag-Nacht-Rhythmus zurück. Das Implantat ist Teil des sogenannten Argus II Systems, das neben dem Netzhautchip aus einer Brille mit integrierter Minikamera und einer kleinen Computereinheit besteht.

Die Minikamera nimmt Umgebungsbilder auf, die in einer Computereinheit in elektrische Impulse umgewandelt und kabellos an einen auf der Netzhaut implantierten Chip des Patienten weitergeleitet werden.

Die Signale stimulieren die noch vorhandenen Netzhautzellen und erzeugen so visuelle Lichtmuster. In einem speziellen Training lernen die Patienten, diese zu deuten, um so ein funktionales Sehvermögen zurückzugewinnen.

In Deutschland sind schätzungsweise 30.000 Menschen von Retinitis pigmentosa betroffen, einer erblich bedingten Augenerkrankung, die zum Absterben der lichtempfindlichen Fotorezeptoren auf der Netzhaut des Auges führt. Während die Sehfähigkeit stetig abnimmt, bleibt der Sehnerv jedoch intakt. Bislang ist es nicht möglich, den Verlauf der Krankheit zu verlangsamen oder gar zu stoppen.

Bundesweit setzen nun zehn Kliniken das neue Verfahren, das zu orientierendem Sehen verhilft, ein. Münster ist neben Köln und Aachen eine von drei Kliniken in Nordrhein-Westfalen.

**Sprechstunde für Netzhautimplantate/Retina-Prothese (ARGUS II)**

**Ärztliche Ansprechpartner**

Univ.-Prof. Dr. N. Eter

Univ.-Prof. Dr. C. Uhlig

Dr. N. Mihailovic

**Anmeldung und Termine nach Vereinbarung**

Janina Klare

Mo: 08.00 – 16.00 Uhr

T 0251 83-56048/ -59111

janina.klare@ukmuenster.de



# Neues von Mitarbeitern

## Sprechstunde „Neue lamelläre Transplantationstechniken“

**Mit den neuen lamellären Transplantationsverfahren, können erkrankte Teile der Hornhaut selektiv durch gesundes Spendergewebe ersetzt werden. Vorteil dieser minimal invasiven Techniken ist die höhere Operationssicherheit, der schnellere Heilverlauf mit besseren Visusergebnissen und geringeren Komplikationen.**

Bei Erkrankungen des Hornhautendothels kann die Descemet Stripping Endothelkeratoplastik (DSEK/DSAEK) oder die Descemet Membran Endothelkeratoplastik (DMEK) durchgeführt werden, wobei mit einer DMEK noch bessere Visusergebnisse erzielt werden können. Bei Patienten mit Keratokonus kann eine „Bowman layer Transplantation“ oder eine tiefe anteriore lamelläre Keratoplastik (DALK) erfolgen.

### Welche Patienten profitieren von den lamellären Techniken?

Patienten mit endothelialen Hornhauterkrankungen, wie z.B.:

- Fuchs'scher Endotheldystrophie (frühes bis spätes Stadium, auch phake Patienten)
- Pseudophaker bullöser Keratopathie
- Aphaker bullöser Keratopathie
- Bullöser Keratopathie nach phaker IOL
- Bullöser Keratopathie bei Z.n. Glaukomoperation (nach Ventil-OP, aber auch filtrierender OP)
- Bullöse Keratopathie bei Transplantatversagen nach penetrierender Keratoplastik, DSEK/DSAEK oder DMEK

Keratokonuspatienten im fortgeschrittenen Stadium, bei denen ein UV-Crosslinking aufgrund einer zu dünnen Hornhaut nicht mehr möglich ist.



### Ärztlicher Ansprechpartner

Dr. L. Baydoun

### Anmeldung und Terminvergabe

Mo – Do: 08.00 – 16.00 Uhr

Fr: 08.00 – 14.00 Uhr

T 0251 83-56017

[augenklinik@ukmuenster.de](mailto:augenklinik@ukmuenster.de)



Priv.-Doz. Dr. Florian Alten



Jost Lennart Lauermann



Prof. Dr. Constantin Uhlig

- **Priv.-Doz. Dr. Florian Alten**, seit 12. April 2016 habilitiert
- **Frau Dr. Lamis Baydoun**, seit 1. März 2016 Oberärztin
- **Jost Lennart Lauermann**, seit 1. Januar 2016 Assistenz-Arzt
- **Katharina Ridder**, seit 1. September 2015 Referentin der Klinikdirektorin
- **Prof. Dr. Constantin Uhlig**, seit 15. November 2015 Außerplanmäßiger Professor
- **Ulrike Weimann**, seit 1. Januar 2016 Chefsekretariat für stud. Lehre & Personalangelegenheiten



### Caroline Höing

Posterpreis im Rahmen des DOG 2015  
„Die Wirkung von Resveratrol im murinen Laser-induzierten CNV-Modell“

# Ophthalmologisch-Optische Fortbildung 2016

**Münster (ukm|mv). Am 16. Januar 2016 fand im Schloss Münster zum 20. Mal die Ophthalmologisch-Optische Fortbildung für Augenärzte statt.**

170 Teilnehmer aus ganz Deutschland und ein reibungsloser Ablauf unterstreichen den Erfolg dieser seit 20 Jahren alle 2 Jahre stattfindenden Fortbildung der Uni-Augenklinik Münster.

Den Auftakt bildete Dr. Friedel Lienert, stellvertretend für den Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit einem historischen Exkurs zurück bis zu den Anfängen der Ophthalmologisch-Optischen Fortbildung. Dr. Lienert betonte den hohen Stellenwert der Uni-Augenklinik im Rahmen der Kooperation mit der Ärztekammer und dem Berufsverband der Augenärzte Deutschland für die Fortbildungslandschaft der Augenheilkunde.

Geboten wurde dem interessierten Fachpublikum eine ausführliche Bandbreite aktueller und zukünftiger Therapie-möglichkeiten des Hornhautersatzes und weiterer Maßnah-

men bei Hornhauterkrankungen, sowie neue Verfahren bei refraktiven Eingriffen und Intraokularlinsen. Ein besonders unterhaltsames Programm erhielten die Gäste in der letzten Sitzung. Man wurde entführt in die Welt der visuellen Phänomene und optischen Illusionen und erhielt eine Sonder-vorstellung in 3D in Kinoformat zur Erläuterung aller sensori-schen und motorischen Aspekte des Binokularsehens.

Wer spezielle Kenntnisse in der Brillenanpassung bei Kindern erlernen oder sich mit der Handhabung von Kon-taktlinsen für seine Praxis vertraut machen wollte, hatte die Möglichkeit, dies im Satellitenprogramm am Freitag, 15. Januar 2016 in einem Skiaskopiekurs und Kontakt-linsenkurs zu tun.

Die Ophthalmologisch-Optische Fortbildung der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Münster bietet seit 20 Jahren eine Plattform des wissenschaftlichen Aus-tausches zwischen Forschung und Erfahrung aus der Pra-xis auf allen Gebieten der optisch relevanten Augenab-schnitte und der Neuroophthalmologie.



vorne: Dr. B. Merté, 1. Reihe v.li. Prof. Kandzia, Kiel, Prof. Cursiefen, Köln, Dr. Grenzbach, Münster, Prof. Lorenz, Gießen, Prof. Eter, Münster, Dr. Wirths, Münster, Prof. Blum, Erfurt, Dr. Bischoff, Hamburg, Prof. Sekundo, Marburg, Dr. Schröder, Düsseldorf, hinten v. li. Dr. Beyer, Schwelm, Prof. Fuchsluger, Erlangen, Dr. Neppert, Lübeck, Prof. Steuhl, Essen, Dr. Baydoun, Münster, Dr. Taneri, Münster, Prof. Dick, Bochum, Dr. Alnawaiseh, Münster, Dr. Merté, Münster, Dr. Clemens, Münster





## UKM EyeNet – Die Onlineplattform für Klinik und Praxen geht an den Start.

Der Austausch von aktuellen Patientendaten zwischen Ihnen und dem Universitätsklinikum Münster kann nun unabhängig von Ihrer Praxis-Software noch schneller über eine sichere Internetverbindung erfolgen.

Das UKM stellt Ihnen eine kostenlose VPN-Leitung zur Verfügung, über die Sie alle Dateitypen, die Sie uns bei

einer Patientenvorstellung übermitteln wollen, hochladen können. Umgekehrt erhalten Sie von uns ausführliche Befunde und Bildmaterial über Ihren Patienten nach Vorstellung in unserer Klinik, die Sie in einer papierlosen Karteikarte speichern oder ausdrucken können.

Die Daten stehen Ihnen noch drei Monate im Portal zur Verfügung und werden dann automatisch gelöscht. Sie können online – verschlüsselt und datenschutzkonform – Terminanfragen stellen oder Nachrichten übermitteln.

Für Fragen steht Ihnen jederzeit das IT-Team des Universitätsklinikums zur Verfügung.

## Sie möchten sich registrieren lassen?

Um UKMEyeNet nutzen zu können, müssen Sie sich einmalig und unverbindlich registrieren lassen. Sie erhalten umgehend Ihre Zugangsdaten sowie – wenn gewünscht – eine Schulung vor Ort bei Ihnen in der Praxis. Jeder kann teilnehmen, unabhängig von der jeweiligen Praxissoftware und Ihren Imaging-Geräten.

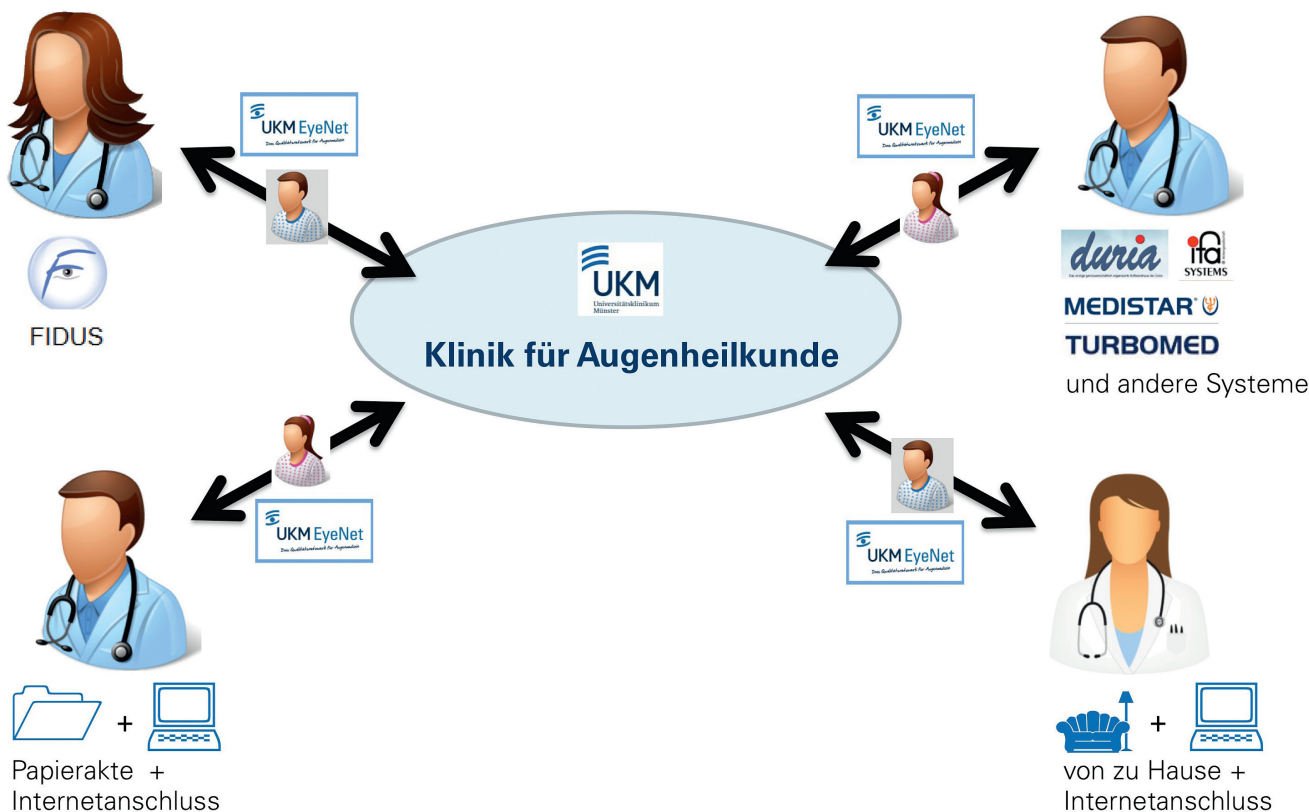
### Weitere Infos und Anmeldung

T 0251 83-56010

[ukmeyeret@ukmuenster.de](mailto:ukmeyeret@ukmuenster.de)

[www.UKMEyeNet.de](http://www.UKMEyeNet.de)

## Qualitätsnetzwerk UKM EyeNet



## IMPRESSUM

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

**REDAKTION UND KONTAKT**  
Monika Vuko, T 0251 83-56010  
[monika.vuko@ukmuenster.de](mailto:monika.vuko@ukmuenster.de)

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