

AUGENNEWS

Diese Ausgabe des Newsletters befasst sich mit dem Thema „Gutachten & Verkehrsophthalmologie“. Prof. Deuter und Dr. Tonagel bringen Sie rund um das Thema auf den aktuellen Stand.

Bitte berücksichtigen Sie auch den Veranstaltungsüberblick.



Prof. Bartz-Schmidt für das Team der Augenklinik

www.augenklinik-tuebingen.de

06/2024

GUTACHTEN &
VERKEHR SOPHTHALMOLOGIE

Department für Augenheilkunde | Universitäts-Augenklinik Tübingen
Redaktion: Angelika Hunder, MA | Prof. Dr. K.U. Bartz-Schmidt



GUTACHTEN- ERSTELLUNG

an der Universitäts-Augenklinik Tübingen

Neben Krankenversorgung, Forschung und Lehre gehört auch die Erstellung von Gutachten zu den Aufgaben der Augenklinik. Unter anderem schon deshalb, da die „wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung“ im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Augenheilkunde vorgeschrieben ist.

„Konnte die alte Dame aufgrund ihrer fortgeschrittenen Makuladegeneration noch so gut sehen, dass sie kurz vor ihrem Tod noch eigenhändig ihr Testament ändern konnte?“ Glücklicherweise sind nicht alle Fragen, die im Rahmen eines Gutachtens geklärt werden müssen, so ungewöhnlich und knifflig wie in diesem Fall anlässlich eines Gerichtsverfahrens.

Tatsächlich wird etwa die Hälfte der rund 80 Gutachten, die die Augenklinik pro Jahr erstellt, von Gerichten in Auftrag gegeben (inklusive Sozialgerichte und Blindengeldgutachten). Ca. 25% der Gutachten werden im Auftrag von Versicherungen (z.B. private Unfallversicherung), ca. 15% im Auftrag von

Berufsgenossenschaften erstellt. Landratsämter und Versorgungsämter sind Auftraggeber von ca. 10% der Gutachten.

Die Koordination erfolgt in der Gutachtenstelle der Augenklinik durch Frau Reetta Eyring. Von ärztlicher Seite ist Herr Prof. Christoph Deuter zuständig. In der Gutachtenstelle werden die eingehenden Aufträge entgegengenommen, geprüft, je nach Fragestellung und Schwierigkeitsgrad den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik zugeteilt sowie die fertiggestellten Gutachten schließlich verschickt und abgerechnet. Insbesondere bei Arzthaftungsfragen muss auch vor Auftragsannahme die Befangenheit der Gutachter ausgeschlossen werden.

Jährlich werden auch über 100 Führerscheingutachten erstellt. Diese werden jedoch nicht von der Gutachtenstelle bearbeitet, sondern seit jeher direkt von der Neuroophthalmologischen Ambulanz angenommen und durchgeführt. Ansprechpartner ist Herr Dr. Felix Tonagel.

VERKEHRS- OPHTHALMOLOGIE

INTERVIEW

In der Neuroophthalmologischen Ambulanz der Augenklinik werden nicht nur Patienten mit Erkrankungen der Sehbahn behandelt, sondern es werden auch Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit untersucht und beraten. Hierbei geht es um eine augenärztliche Beurteilung, es finden keine Testungen auf allgemeine neurologische Defizite statt. Im Folgenden haben wir mit Herrn Dr. Felix Tonagel, Oberarzt der Neuroophthalmologischen Ambulanz gesprochen.

Guten Tag Herr Tonagel, nehmen wir einmal an, ein Patient stellt sich zum Führerscheingutachten in ihrer Abteilung vor. Womit fangen Sie dann an?

FT: Zunächst einmal überprüfe ich, ob wirklich ein Führerscheingutachten notwendig ist. Sehr oft reicht nämlich auch eine Untersuchung und Beratung des Patienten aus.

In welchen Fällen muss denn ein Führerscheingutachten durchgeführt werden?

FT: Bei einem Neuerwerb ist die angestrebte Führerscheinklasse entscheidend: Handelt es sich um LKW (C), Bus (D) oder Personenbeförderung – ich fasse diese mal unter dem Begriff „LKW-Führerscheinklasse“ zusammen - muss immer ein augenärztliches Gutachten durchgeführt werden. Zur „PKW-Führerscheinklasse“ zählen der PKW (B), das Motorrad (A) oder landwirtschaftlichen Nutzfahrzeuge (L, T). Für diese reicht ein Sehtest, der z.B. auch beim Optiker erfolgen kann. Bei Führerscheininhabern kann es vorkommen, dass

eine Behörde ein Führerscheingutachten einfordert, wenn Zweifel an der Fahreignung aufgetreten sind.

Und wann gilt der Sehtest als bestanden?

FT: Beim Sehtest für die „PKW-Führerscheinklasse“ ist es ausreichend, wenn mit jedem Auge eine Mindestsehschärfe von 0,7 erzielt wird. Ist dies nicht möglich, z.B. weil ein Auge wegen Schielens in der Kindheit eine niedrigere Sehschärfe aufweist, muss auch für die „PKW-Klasse“ ein Führerscheingutachten durchgeführt werden.

Und beim Führerscheingutachten wäre auch eine schlechtere Sehschärfe möglich?

FT: Das ist richtig, hier ist für die „PKW-Führerscheinklasse“ die Minimalanforderung beim Test mit beiden Augen zugleich 0,5. Das bedeutet, das auch nur ein funktionierendes Auge ausreichen kann, oder dass auch beide Augen getrennt schlechter sehen dürfen, sofern sie binokular auf die Sehschärfe 0,5 kommen. Bei einem Führerscheingutachten werden aber noch viele weitere Sehfunktionen geprüft, wie das Dämmerungssehen, die Blendempfindlichkeit, der Farbsinn, die Augenstellung- und Motilität, das Stereosehen und ganz wichtig, das Gesichtsfeld. Der Gutachter macht sich ein Gesamtbild des Sehvermögens des Patienten und entscheidet auf dieser Basis, ob eine Fahrtauglichkeit vorliegt und ob Einschränkungen wie z.B. ein Tempo-Limit oder ein Nachtfahrverbot auferlegt werden müssen.



Gibt es Besonderheiten bei dem geforderten Gesichtsfeld?

FT: Ja, die gibt es. Zunächst einmal sollte bei vorliegenden Gesichtsfeldeinschränkungen immer eine Gesichtsfelduntersuchung mit bewegten Untersuchungslichtern binokular erfolgen. Werden die Augen getrennt geprüft, oder werden unbewegte Lichter benutzt, kann das Ergebnis falsch-negativ ausfallen. Wichtig ist zudem, dass der zentrale Gesichtsfeldbereich ohne tiefe Defekte ist und dass ein ausreichend großer horizontaler Gesichtsfelddurchmesser besteht. Da sich das Gesichtsfeld unserer Augen zu einem großen Anteil überlappt, ist für die „PKW- Führerscheinklasse“ ein gesundes Auge ausreichend. Anders sieht es aber aus, wenn ein Patient einen Schlaganfall erlitten hat, der an beiden Augen zu einem halbseitigen Gesichtsfeldausfall jeweils auf der gleichen Seite geführt hat. Hierbei ist oft auch das zentrale Sehfeld betroffen und der horizontale Gesichtsfelddurchmesser zu gering, um fahrtauglich zu sein.

Dies ist für die betroffenen Patienten oft schwer nachzuvollziehen.

Bestehen bei der Begutachtung Spielräume für den Gutachter?

FT: Zum Glück bestehen gewisse Spielräume: Jedes Auge ist verschieden und weist individuelle Besonderheiten auf, die es zu berücksichtigen gilt. Aber die FeV 6 gibt auch klare Grenzwerte vor, die nicht unterschritten werden dürfen. Diese betreffen insbesondere die Sehschärfe und das Gesichtsfeld. Diese Grenzwerte gelten in der Augenklinik genauso wie bei einem niedergelassenen Augenarzt.

Herr Tonagel, wir danken Ihnen für das Gespräch!

FALL des MONATS



Der 66 jährige Patient stellte sich zur Verlaufskontrolle in der Tumorsprechstunde vor. Am rechten Auge wurde vor einem halben Jahr ein Aderhautmelanom diagnostiziert und kurz darauf eine Protonenbestrahlung durchgeführt.

Subjektive Anamnese: Das Sehen mit dem rechten Auge ist unverändert schlecht. Er arbeitete bisher als selbstständiger Fuhrunternehmer und musste hierfür LKW der Führerscheinklasse CE fahren. Seine Hausärztin hat ihm aufgrund des Aderhautmelanoms ein Fahrverbot ausgesprochen und berufsunfähig geschrieben. Er ist über die Berufsunfähigkeit verzweifelt und fragt nach unserer Einschätzung.

Befunde

Visus:

cc R +2,0 sph -0,5 zyl 47° = 0,32 / L +1,75 sph -1,25 zyl 87° = 1,25

Tensio:

16/19 mmHg

Vorderer Augenabschnitt:

R/L Hornhaut klar, Vorderkammer reizfrei, beginnende Katarakt

Hinterer Augenabschnitt:

RA Papille vital und randscharf begrenzt, unterhalb der Papille pigmentierter Aderhauttumor, Netzhaut anliegend
LA Papille vital und randscharf begrenzt, Makula trocken, stumpf, Netzhaut unauffällig und zirkulär anliegend

FALL des MONATS

Beurteilung

Das Aderhautmelanom verhielt sich seit der Bestrahlung ruhig und zeigte keine Aktivitätszeichen. Das gesunde linke Auge wies eine volle Sehschärfe und ein freies Gesichtsfeld auf. Auf Nachfrage hatte der Patient seinen LKW-Führerschein im 20. Lebensjahr, also 1977 erworben. Wir klärten den Patienten darüber auf, dass bis zum Jahr 1998 der LKW-Führerschein auch einäugig erworben werden konnte. Im Sinne der Besitzstandswahrung ist er selbstverständlich weiterhin auch für diese Führerscheinklasse fahrtauglich, sofern das gute linke Auge keine signifikante Sehbeeinträchtigung entwickelt. Augenärztliche Führerscheingutachten muss er – wie jede/r andere Inhaber/in der Fahrerlaubnisklasse C/CE älter 50 Jahre – alle 5 Jahre durchführen lassen.

Sollte er den Führerschein hingegen aufgrund eines schweren Verkehrsverstoßes verlieren und neu erwerben müssen, würden die seit 1999 bestehenden Verordnungen gelten, die in der Regel eine Mindestsehschärfe von 0.5 für das schlechtere Auge vorsehen.

LITERATUR EMPFEHLUNG

Frank Tost, Gernot Freißler

Augenärztliche Beurteilung der Kraftfahreignung

Klin Monatsbl Augenheilkd 2023;240:915-931

Der kürzlich erschienene und somit aktuelle Fortbildungs-Beitrag gibt einen umfassenden Überblick über die derzeit gültigen Regularien der Fahreignungsbegutachtung und dürfte für alle Kolleginnen und Kollegen, die selbst Führerscheingutachten erstellen bzw. ihre Patienten hinsichtlich der Fahreignung beraten möchten, von Interesse sein. Der Artikel ist mit Fallbeispielen, rechtlichen Hinweisen sowie wertvollen Praxistipps versehen.

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1851-6285>

AKTUELLE KLINISCHE STUDIEN

Intermediäre AMD - HONU:

Beobachtungsstudie zu Patienten mit intermediärer AMD

- ≥ 50 und ≤ 95 Jahre alt
- Visus $\geq 0,5$
- Mehr als eine Druse von $> 125\mu\text{m}$ innerhalb $3600\mu\text{m}$ um die Fovea
- Kein Anhalt auf nGA, cRORA, oder GA sekundär zur AMD
- Ausschlusskriterien:
- Makula- und Netzhautveränderungen die auf andere Grunderkrankungen zurückzuführen sind
- Pigmentepithelveränderungen die nicht typisch für eine AMD sind
- Augenoperationen innerhalb der letzten 3 Monate
- Augenimplantate

Geographische Atrophie bei trockener AMD – PARASOL:

Einmalige Gabe einer intravitrealen Gentherapie zur Komplement Inhibition bei trockener AMD

- Therapienaive parafoveale geografische Atrophie sekundär zu AMD in der Größe $2,5 - 17,5 \text{ mm}^2$ (bei multifokaler GA muss mindestens eine fokale Läsion $\geq 1,25 \text{ mm}^2$)
- Partnerauge ohne CNV und therapienaiv
- Visus $\geq 0,1$
- Alter ≥ 60 Jahre
- Klare optische Medien

Cystoides Makulaödem nach Zentralvenenverschluss – CoRaLA:

Wirksamkeitsvergleich von Lucentis und Lucentis + gezielter Laserkoagulation bei Makulaödem nach Zentralvenenverschluss

- Therapiebedürftiges Makulaödem ($\geq 250 \mu\text{m}$) im Rahmen eines Zentralvenenverschlusses mit einer Visusminderung auf $0,063$ bis $0,8$
- Nicht vorbehandelter Zentralvenenverschluss nicht älter als 6 Monate
- Alter ≥ 18 Jahre

Trockenes Auge – Vita Dry:

Beobachtungsstudie der Therapie mit Vita – Pos® Augensalbe bei trockenem Auge über 4 Wochen

- Beidseits -subjektiv moderat- trockene Augen
- BUT ≤ 9 sek
- keine Verwendung von Augensalben oder therapeutischen Augentropfen wie Ciclosporin A (außer Tränenersatzmitteln)
- Stabile topische und systemische Therapie ≥ 4 Wochen vor Beginn
- Keine Punctum plugs, keine Kontaktlinsen, keine Lidfehlstellungen, keine OPs in den letzten 3 Monaten

Uveitis - SANDCAT:

Evaluierung der intravitrealen Anwendung von anti interleukin 6 (IL 6) monoklonalem Antikörper in Patienten mit uveitischem Makulaödem

- Alter ≥ 18 Jahre
- Visus $0,05 - 0,5$ an Tag 1 am Studienauge
- Klare Medien
- Ausschlusskriterien:
- Infektionsursache, Malignome, metabolische Ursache, psychiatrische Vorerkrankungen, Nierengesund

- Glaukom
- Hohe Myopie ($> -8\text{dpt}$)
- Anwendung von topischen, intravitrealen und systemischen Corticosteroiden/ anti-inflammatorischen Medikamenten am Studienauge, die über eine definierte Dosis hinausgehen
- Weitere entzündliche Augenerkrankungen, neovaskuläre Makula und Netzhauterkrankungen

Nicht-infektiöse Uveitis - Tofu:

Prospektive Studie zur Erfassung von Krankheitsverläufen nicht-infektiöser nicht-anteriorer Uveitis mit und ohne Therapie, sowie dem Umgang mit Langzeit immunmodulierender Therapie

- Alter ≥ 18 Jahre
- Nicht-anteriore nicht-infektiöse Uveitis und retinale Vaskulitis
- Keine immunmodulierende Therapie im Vorfeld
- Aufnahme bei Erstvorstellung im Zentrum
- Mögliche Vortherapie:
- Systemische Steroide
- Intravitreale Therapie zuletzt vor > 6 Monaten
- Auch unbehandelte Verläufe
- Optische klare Medien
- Keine Vorbehandlung mit Anti-VEGF
- Keine Fluocinolon oder Methotrexat IVOM
- Intraokulare Chirurgie vor < 6 Monaten

Fuchs Endotheldystrophie – KOWA-301:

Überprüfung von Ripasudil Augentropfen hinsichtlich der Sicherheit und Effizienz nach Descemetorhexis in Patienten mit Fuchs Endotheldystrophie

- ≥ 18 Jahre
- Gesicherte Diagnose einer Fuchs Endotheldystrophie mit zentraler Cornea guttata $\leq 5,5\text{mm}$ im Durchmesser
- Visus $\leq 0,63$ oder Visus $> 0,63$ mit signifikant erhöhter Blendempfindlichkeit oder reduziertem Kontrastsehen

Zentralarterienverschluss – REVISION:

Verbesserung nach ZAV mit und ohne intravenöse Lysetherapie

- Alter ≥ 18 Jahre
- Akute nicht artheritische CRAO (plötzlicher, schmerzloser Visusverlust $\leq 12\text{h}$ nach ersten Symptomen)
- Visus $\leq 0,05$
- Gabe des Studienmedikaments innerhalb von $4,5\text{h}$
- Andere die akute Sehverschlechterung erklärende Ursachen
- Schwangerschaft, Intrakranielle Blutungen, Endokarditis, schlecht eingestellter Bluthochdruckindikation zur on-label Lyse

Insight

Analyse der intravitrealen Zytokin Konzentration vor und nach Gabe einer AAV Gen Therapie

- Alter ≥ 18 Jahren
- Diagnostizierte erbliche retinale Erkrankung
- Erhalt der Gen-Therapy oder Zustand nach Vitrektomie zur Behandlung anderer Netzhauterkrankungen
- Ausschluss von anderen interferierenden Augenerkrankungen

AKTUELLE KLINISCHE STUDIEN

Registerstudie – LHON:

Retrospektive Studie zur Erfassung von Demographie, Epidemiologie und Langzeitverlauf der Leberschen hereditären Optikus Neuropathie

Endophthalmitis – POET:

Retrospektive Studie zum Monitoring des klinischen Outcomes einer Endophthalmitis nach IVOM-Therapie, Katarakt-Operation und Vitrektomie

- Jeder Patient mit Endophthalmitis nach intraokularer Operation
- Ausschluss anderer inflammatorischer Ursachen

Glaukom + Pseudophakie – EyeD Pharma:

Bewertung der Sicherheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit eines Timolol freisetzenden Implantats

- Alter ≥ 40 Jahre
- Visus $\leq 1,0$ in beiden Augen
- Diagnostiziertes primäres Offenwinkelglaukom mit einem mittleren Gesichtsfeldverlust < 12 dB in den letzten 12 Monaten
- Pseudophakie ≥ 12 Monate
- Gonioskopie: Iridokornealer Winkel \geq Grad 3 (Shaffer-Klassifikation) in allen 4 Quadranten
- Augeninnendruck mit topischer Behandlung nicht ausreichend kontrolliert, schlechte Compliance, geringe Verträglichkeit und/oder signifikante Nebenwirkungen
- Keine Schwangerschaft, kein Stillen, keine Kontraindikationen gegen β -Blocker, kein systemisches Timolol, kein Malignom, keine Infektionskrankheit, keine genetische, syndromale Augenerkrankung

Retinitis pigmentosa – NAC Attack:

Überprüfung von N-Acetylcystein auf Sicherheit und Effizienz bei Retinitis pigmentosa

- Alter ≥ 18 Jahre
- Therapienaiv auch hinsichtlich Nahrungsergänzungsmittel
- Gesicherte Diagnose
- Visus $\geq 0,25$
- Klare Medien

Retinitis pigmentosa durch CNGA1 - Vigeneron:

Überprüfung der Sicherheit und Wirksamkeit einer einseitigen intravitrealen, CNGA1 exprimierenden Vektortherapie (AAV2.NN-CNGA1), bei Patienten mit Retinitis Pigmentosa

- RP Patienten ≥ 18 Jahre
- Bestätigte pathogene, biallelische Varianten im CNGA1-Gen
- Studienauge: Länge der Ellipsoidzone der Fovea $\geq 3000 \mu\text{m}$
- Ausschluss von anderen interferierenden Augenerkrankungen

Endokrine Orbitopathie – Immunovant:

Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit von Batoclimab subkutan appliziert

- Alter ≥ 18 Jahre
- Aktive mittelschwere bis schwere endokrine Orbitopathie, aufgetreten innerhalb von 12 Monaten vor dem Screening mit CAS ≥ 4 in beiden Augen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses
- Dokumentierter Nachweis von Anti-TSHR-Ak
- Stabile Euthyreose (fT3 und fT4 $< 50\%$ Normwertabweichung)
- Therapienaiv (kein Cortison ≤ 4 Wochen vor dem Screening, kein Cortison $\geq 1\text{g}$, keine Antikörper-Therapie)
- Keine Schwangerschaft, kein Stillen, keine Infektionskrankheit, keine Niereninsuffizienz oder Lebererkrankung
- Kein kardiovaskuläres Geschehen innerhalb der letzten 6 Monate

Endokrine Orbitopathie – Roche:

Überprüfung der Wirksamkeit, Sicherheit, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von subkutaner Satralizumab Applikation

- Alter ≥ 18 Jahre
- Aktive mittelschwere bis schwere EO:
 - aufgetreten innerhalb von 12 Monaten vor dem Studienbeginn, mit CAS ≥ 3 (auf der 7-Punkte Skala) in dem Studienauge zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses
 - Therapienaiv (kein Cortison ≤ 4 Wochen vor dem Screening, kein Cortison $\geq 1\text{g}$, keine Antikörper-Therapie)
- Stabile, chronische EO:
 - CAS ≥ 3 in beiden Augen für min. 6 Monate vor dem Screening
 - Keine Verschlechterung der Proptosis, Diplopie und keine entzündlichen EO-Symptome in den letzten 6 Monaten
 - Studienbeginn innerhalb von 1-10 Jahre nach Erstdiagnose
 - Keine Immunsuppressiva, kein Kortison innerhalb von 3 Wochen vor dem Screening
 - Exophthalmus $\geq 3\text{mm}$ vom Normwert und eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften: Lidretraktion $\geq 2\text{mm}$, mäßige oder schwere Weichteilbeteiligung und/oder inkonstante oder konstante Diplopie
- Stabile Euthyreose (fT3 und fT4 $< 50\%$ Normwertabweichung)
- Keine Schwangerschaft, kein Stillen, keine Infektionskrankheit, kein Malignom

AKTUELLE / KOMMENDE KLINISCHE STUDIEN

Diabetisches Makulaödem:

Orale Einnahme von 75mg oder 150mg Danegaptid 1-2x/d je nach randomisierter Gruppenzuteilung über 4 Wochen

- Visus 0,08-1,0
- KEINE: Vitrektomie, intra- oder parabolbare Cortison-Injektion <6 Monaten, >6 Anti-VEGF Behandlungen (systemisch oder als IVOM), Ablatio, Foramen, Uveitis in der Vorgeschichte

Decode VRL:

Studie zur Evaluierung neuer diagnostischer Biomarker des Glaskörpers bei V.a. vitreoretinales Lymphom

- Alter \geq 18 Jahren
- Klinischer Verdacht auf das Vorliegen eines VRL mit Indikation zur diagnostischen Vitrektomie
- KEINE Gabe einer systemischen Chemotherapie für ein Lymphom innerhalb von 3 Monaten vor der diagnostischen Vitrektomie
- KEINE Kortison-Einnahme innerhalb 2 Wochen vor Vitrektomie
- KEIN Makulaödem, hintere Synechien, Rubeosis iridis

Breye Therapeutics:

- Diabetisches Makulaödem
- Orale Einnahme von 75mg oder 150mg Danegaptid 1-2x/d je nach randomisierter Gruppenzuteilung über 4 Wochen
- Visus 0,08-1,0
- KEINE: Vitrektomie, intra- oder parabolbare Cortison-Injektion <6 Monaten, >6 Anti-VEGF Behandlungen (systemisch oder als IVOM), Ablatio, Foramen, Uveitis in der Vorgeschichte

Gyros:

- Beobachtungsstudie zu Atrophia gyrate bei OAT-Mutation

Kommende Studien

Neovaskuläre AMD – Velodrome:

Bestimmung der Wirksamkeit und Sicherheit von Ranibizumab (Lucentis) über ein Port-delivery-System, welches alle 36 bzw. 24 Wochen wieder befüllt wird.

- Alter: >50 Jahre
- Erstdiagnose der nAMD innerhalb von 9 Monaten vor dem Screening Termin und erfolgreiches Ansprechen auf eine begonnene IVOM Therapie
- Visus: 0,1 oder besser

Autosomal Dominante Optikus Atrophie – STOKE:

Intravitreale Gentherapie zur Behandlung von autosomal dominanter Optikus Atrophie (ADOA) durch Steigerung der mitochondrialen Funktion

- Alter Gruppe 1: \geq 6 bis <18 Jahre, Gruppe 2: \geq 18 bis <55 Jahre
- Gesicherte Diagnose mit ausschließlich heterozygoter OPA1-Genmutation
- Klare optische Medien
- Visus \geq 0,1 bis \leq 0,5

Kontaktieren Sie uns:

STZ eyetrial am Department für Augenheilkunde

Aktuelles studienärztliches Team:

Alina Ritter, Alexander Goyke

Email: studien.augenklinik@med.uni-tuebingen.de

Tefefon: 07071-29 87435 | Fax: 07071-29 5021

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/studienzentrale-auge-ohr>

FORT-UND WEITERBILDUNGEN

25.09.2024
Augenärztlicher Abend

16.-18.10.2024
FUN-Kurs (bereits ausgebucht)

14.10.2024
Autorenlesung
„Das große Buch vom Auge“

01.11.2024
Vernissage

09.11.2024
Symposium der Jubiläen

20.11.2024
Augenärztlicher Abend

14.-15.03.2025
B-W AV Jahrestagung

Bei den angekündigten Veranstaltungen kann es zu Änderungen kommen, bitte beachten Sie die Hinweise auf der Veranstaltungshomepage.

* Mit Ihrer Anmeldung stimmen Sie zu, dass Ihre Daten klinikumsintern für organisatorische Abläufe verwendet werden, so für die Erstellung von Teilnehmerlisten, der Teilnahmebescheinigung und der eventuellen Zusendung der Teilnahmebescheinigung per Post. Ihre Daten werden an die Landesärztekammer Baden-Württemberg weitergegeben und zudem gemäß der Dokumentationspflicht klinikumsintern gespeichert. Für die klinikumsinterne Speicherung gelten die Datenschutzrichtlinien des UKT (www.medizin.uni-tuebingen.de). Sie haben jederzeit die Möglichkeit der Speicherung und Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen. Dies ist dem Veranstalter schriftlich mitzuteilen.



Department für Augenheilkunde | Universitäts-Augenklinik Tübingen
Redaktion: Angelika Hunder, MA | Prof. Dr. K.U. Bartz-Schmidt

www.augenklinik-tuebingen.de