

**Schritt 1: Anamnese**

**Schritt 2: Ophthalmologische Untersuchung:** Bestkorrigierter Visus, Tonometrie, Inspektion, Spaltlampenuntersuchung und binokulare Ophthalmoskopie (auch bei Uveitis anterior mindestens einmal in medikamentöser Mydriasis!).

**Schritt 3: Festlegung des Entzündungsschwerpunktes:** Uveitis anterior, Uveitis intermedia, Uveitis posterior, Panuveitis oder Retinale Vaskulitis.

**Schritt 4: Festlegung des Entzündungstyps:** Granulomatös („speckige“ Endothelpräzipitate, Noduli, Dalen-Fuchs-Knoten) oder nicht-granulomatös

**Schritt 5: Bestimmung uveitisbedingter Komplikationen** (Bandkeratopathie, Glaukom, hintere Synechien, Katarakt, CMÖ, CNV, Phthisis bulbi)

**Schritt 6: Ätiologische Abklärung (spätestens ab dem zweiten Schub bei anteriorer Uveitis, bei anderen Uveitis-Formen bereits bei Erstdiagnose):**

**Basisdiagnostik (jegliche Uveitis)**

**Basislabor:** Differentialblutbild, CRP oder BSG, Kreatinin, ASAT, ALAT, Elektrolyte, Lues-Serologie.

**Erweiterte Diagnostik (je nach Uveitis-Lokalisation)**

**Uveitis anterior (Erwachsene)**

(Uveitisbeginn bei Kindern bis 16 Jahre: Leitlinie der AWMF „S2k-Leitlinie 045-012: Diagnostik und entzündliche Therapie der Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis)

- **Bildgebende Verfahren:** OCT (Makulaödem?)
- **Granulomatös (oder nicht akut-fibrinös):** sIL-2R und ACE, Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?), Tuberkulose-Test (IGRA). Einseitiger Befund, IOD↑, fokale Irisatrophie: ggf. Kammerwasserpunktion (HSV, VZV, CMV, selten EBV).
- **Kleine diffus verteilte, sternförmige Endothelbeschläge, „Mottenfraß“-artige Pigmentdefekte der Iris/Fuchs-Uveitis:** i.d.R. keine weitere Diagnostik
- **Akut-fibrinös (oder nicht-granulomatös):** HLA-B27. Bei Arthritis/ entzündl. Rückenschmerz: Rheumatologie. Bei GI-Beschwerden: Gastroenterologie. Bei begleitendem Papillenödem i.d.R keine weitere Abklärung.
- **Zusatzlabor:** Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen

**Uveitis intermedia**

- **Ergänzung Basislabor:** sIL-2R und ACE
- **Bildgebende Verfahren:** OCT, FLA, Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?). cMRT (s.o.)
- **Beginn nach 45. LJ:** ggf. diagnostische ppV (bei V.a. intraokulares Lymphom).
- **Neurologie mit cMRT** (M.S. ? Oder bei Beginn nach 45 LJ: ZNS-Lymphom?)
- **Zusatzlabor:** Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen

**Uveitis posterior, Panuveitis, Retinale Vaskulitis**

- **Ergänzung Basislabor:** sIL-2R u. ACE, Tuberkulose-Test (IGRA)
- **Bildgebende Verfahren:** OCT. FLA. **Bei V.a. Choroiditis:** mit ICG, Autofluoreszenz. Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?).
- **Retinitis:** Klinisch: Toxoplasmose? Herpetisch? Retinaneekrose? (ggf. VK-Probe/PPV) Eine Serologie auf HSV, VZV, CMV, EBV ist NICHT diagnostisch wegweisend und sollte unterbleiben. Eine negative Serologie auf Toxoplasmose macht eine Toxoplasmose-Retinochorioiditis unwahrscheinlich.
- **Bei Vaskulitis, fokaler Retinitis,** oralen/genitalen Aphthen : HLA-B51 (V.a. M. Behçet)
- **Papillitis, Neuritis:** Neurologie.
- **Bei V.a. Systemvaskulitis oder Kollagenose** (insbesondere bei retinaler Vaskulitis und Skleritis): Autoantikörper (ANA, ANCA, dsDNA)
- **Bei Neuretinitis:** Bartonella-Serologie
- **Endophthalmitis;** chorioretinale Infiltrate bei V.a. septische Endophthalmitis: Blutkultur, invasive Diagnostik (Kammerwasser-Probe, PPV, ggf. chorioretinale Biopsie)
- **Hautveränderungen:** Dermatologie
- **Zusatzlabor:** HLA-A29 bei V.a. Birdshot Chorioretinopathie, Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen