

Augenblick mal! Uveitis e.V.



Zeitschrift für Uveitis-Patienten und Interessierte

Ausgabe 03/ 2014

Sehr geehrte Uveitis-Patienten und Interessierte,

**Sie halten die 3. Ausgabe unserer Zeitschrift „Augenblick mal!“
in der Hand.**

„Augenblick mal!“ soll Sie zukünftig informieren und unterhalten.

**Sie werden Interessantes aus der Welt der Uveitis erfahren,
z.B. „Neues aus der Uveitis-Forschung“.**

**Ebenso werden Sie Geschichten von Betroffenen, Angehörigen
und Freunden lesen.**

**Außerdem möchten wir Sie auf dem Laufenden halten,
was es auf dem Hörbuchmarkt gibt oder was
die LowVision-Spezialisten neues zu bieten haben.**

Diese Zeitschrift wurde
gefördert durch die

TK
Techniker
Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

uveitis.jimdo.com





Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Uveitis intermedia.....	3
Anatomie und Physiologie des Auges	4
Mein Leben mit Uveitis	7
Patientengruppen – eine wichtige Ergänzung zur augenärztlichen Versorgung... 11	
Intravitrale Steroide bei Uveitis - Neuartige Kortisonpräparate werden direkt ins Auge gegeben	12
Kleine Feste feiern.....	13
Wenn Rheuma ins Auge geht	14
ABC der medizinischen / ophthalmologischen Fachausdrücke.....	19
Hörbücher-Liste	20
Beitrittserklärung	21
Unsere regionalen Ansprechpartner:.....	23
Termine.....	24

Impressum:	Uveitis e.V. c/o Gabriele Müller Sankt-Ulrich-Str. 11 85250 Altomünster / Stumpfenbach uveitis.ev@gmail.com
ViSdP	Gabriele Müller
Internet:	www.uveitis.jimdo.com
Spendenkonto:	IBAN: DE89 5185 0079 0027 0944 49 BIC: HELADEF1FRI – Sparkasse Oberhessen



UVEITIS - Was ist das? (Teil 3)

Uveitis intermedia

Definition:

Die Uveitis intermedia ist eine Entzündung des Glaskörpers, die oft im Grenzbereich zwischen Aderhaut und Netzhaut (pars plana) beginnt.

10-30% der Uveitiden gehören zu dieser Form, sie sind besonders deshalb gefährlich, da sie oft erst spät erkannt werden.

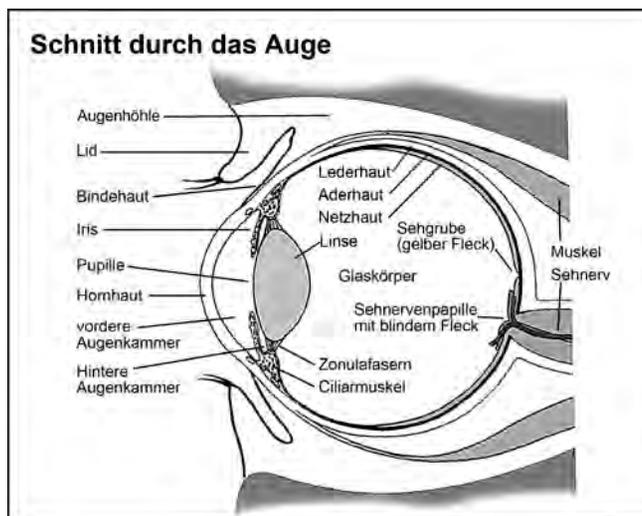
Betroffen sind meist Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene um das 35. Lebensjahr.

Sie kann wie alle Uveitisformen idiopathisch auftreten (ohne bekannte Ursache) oder mit anderen Erkrankungen assoziiert sein, z.B. mit rheumatischen Erkrankungen etc.

Beschwerden:

Die Uveitis intermedia bleibt oft lange unbemerkt, da sie zunächst periphere Augenbereiche betrifft, die für das tägliche Sehen kaum von Bedeutung sind. Rötung, Blendempfindlichkeit und Schmerzen wie bei der anterioren Uveitis (Regenbogenhautentzündung) fehlen.

Im Verlauf kann es zu einer Sehschärfenminderung sowie zur Bildung von ausgeprägten Glaskörpertrübungen (Snow balls) und entzündlichen Veränderungen der Netzhautgefäße



(Vaskulitis) und zum Maculaoedem kommen.

Verlauf:

Der Verlauf dieser Erkrankung ist meist chronisch und beträgt oft Jahrzehnte. Ob ein gutartiger Verlauf mit leichten Entzündungsschüben oder ein schwerer Verlauf mit massiven Veränderungen entsteht kann nicht vorher gesagt werden.

Die seltenen schweren Verläufe zeichnen sich durch ausgeprägte Glaskörpertrübungen, Gefäßentzündungen in der äußeren Netzhaut und Einlagerung von Flüssigkeit an der Stelle des schärfsten Sehens (Macula) sowie durch Veränderungen des Augeninnendrucks und Bildung einer Linsentrübung aus.

Therapie:

Behandelt wird die intermediäre Uveitis zunächst mit cortisonhaltigen Augentropfen, und parabolbären Injektionen mit Triamcinolon (länger wirkendes Cortisondepot).



Bei Nichtbesserung ist eine Gabe von systemischen Corticosteroiden oder Cyclosporin A erforderlich, dies sind die bisher zugelassenen Medikamente.

Methotrexat, das bei schweren Formen auch angewendet werden kann ist bisher für die Uveitis nicht zugelassen, dennoch oft wirksam und erforderlich.

Bei massiven Glaskörpertrübungen und Netzhautbeteiligung ist eine Vitrektomie (Entfernung des Glaskörpers) erforderlich, bei Entstehung

eines Maculaoedems wird die Gabe von Medikamenten in den Glaskörper (IVOM) empfohlen. Linsentrübungen werden durch das Entfernen der getrübten Linse und das Einsetzen einer Kunstlinse, Augeninnendruckerhöhung mit Gabe von drucksenkenden Augentropfen behandelt.

Bei massiven Gefäßentzündungen der äußeren Netzhaut kann eine Kältebehandlung zur Eindämmung der entzündlichen Reaktion erforderlich werden.

* * *

Anatomie und Physiologie des Auges

Prof. Dr. med. Nicolas Feltgen - Universität Augenklinik Göttingen

Die Augenhülle wird von der Bindehaut bedeckt. Diese ist meistens im Rahmen einer vorderen Uveitis betroffen (z.B. Skleritis und Iritis). Die Bindehaut setzt am Hornhautrand (Limbus) an und verläuft dann in die obere und untere Umschlagfalte bis auf Rückseite der Lider. Unter dieser Schicht ist die TENON-Kapsel zu finden, die das Auge und die Muskeln umschließt.

Das Augeninnere besteht aus drei Kammern, die bei einer Uveitis betroffen sein können.

1. Die Vorderkammer wird von der Hornhaut nach vorn und der Augenlinse nach hinten begrenzt. In dieser Kammer sind Veränderungen vor allem bei einer Iritis zu beobachten (z.B. Zellen oder Fibrin).

Die Hornhaut besteht aus fünf Schichten; die vordere Grenze bildet das Epithel seiner Basalmembran. Dieses kann bei einer oberflächlichen Verletzung betroffen sein und führt zu Fremdkörperschmerzen. Darunter liegt eine festere Schicht, die sogenannte BOWMANN-Schicht. Danach kommt das Stroma, das den dicksten Teil der



Hornhaut ausmacht. Die Grenze zur Vorderkammer bildet die Descemet Membran, die die Basalmembran der Endothelzellen darstellt. Veränderungen im Rahmen einer Uveitis finden sich vor allem am Endothel. Diese werden als Beschläge sichtbar (sogenannte Endothelbeschläge oder Präzipitate). Aufgrund des Kammerkreislaufs lagern sich diese Präzipitate in einer Dreiecksform ab (sog. ARLT-Dreiecke). Die rückseitige Begrenzung der Vorderkammer wird von der Iris (Regenbogenhaut) gebildet. Deren hinterer Anteil ist das Pigmentblatt, welches bei Entzündungen ausgedünnt werden kann (Fensterdefekte). Die Iris besteht aus zwei Muskeln, ein Muskel erweitert die Pupille (Musculus dilatator pupillae), ein anderer verengt sie (Musculus sphincter pupillae). Im Rahmen einer Uveitis sind knötchenartige Veränderungen auf der Iris (Busacca Knötchen) und am Pupillenrand bildenden Irisaum (Koepe Knötchen) zu finden. Bei einer Uveitis kommt es häufig zum Zusammenbruch der Blut-Kammerwasserschranke mit Übertritt von Entzündungszellen in die Vorderkammer. Dabei können auch Verklebungen (Synechien) entstehen. Eine Verklebung zwischen Hornhautrückseite und Iris nennt man „vordere Synechie“ eine Verklebung zwischen Iris und Augenlinse eine „hintere Synechie“. Die Iris wird über den 5. Hirnnerven sensibel versorgt, was Schmerzen im Rahmen einer Entzündung erklärt. Der Abfluss des Augenwassers erfolgt über einen Kanal

im Kammerwinkel, also im Bereich der Irisbasis.

2. Die zweite Kammer wird als Hinterkammer bezeichnet und wird nach vorne von der Iris und nach hinten von der Linse begrenzt. In der Hinterkammer ist auch der Ziliarkörper lokalisiert. Dieser gehört wie die Iris ebenfalls zur Uvea (Traubenhaut) und besteht aus muskulären Anteilen und Epithel. Die Muskeln sind für die Brechkraftänderung der Linse verantwortlich (Akkommodation), das Ziliarkörperepithel bildet das Kammerwasser, das den Augendruck reguliert und die Augenbestandteile ernährt. Der Ziliarkörper besteht aus zwei Abschnitten: der Pars plicata (umgangssprachlich Ziliarkörper genannt) und der Pars plana (netzhautfreier Bereich in Richtung der Netzhaut). Den Übergang zur Netzhaut nennt man Ora serrata. Die Augenlinse ist zirkulär an Fasern (Zonulafasern) aufgehängt. Diese Fasern verbinden die Linse mit dem Ziliarkörper. Die Linse wächst im Laufe des Lebens und wird immer dicker. Die neuen Linsenanteile (Rinde) finden sich dabei immer außen, das heißt, im Zentrum der Linse sind die ältesten Anteile zu finden (Linsenkern).

3. Die dritte Kammer wird als Glaskörperraum bezeichnet und wird nach vorne von der Linse und hinten von der Netzhaut umschlossen. Im Glaskörperraum liegt der Glaskörper, eine gelartige klare Masse, die 2/3 des Augenvolumens ausfüllt und die Entwicklung und den Formerhalt des Auges unter-



stützt. Der Glaskörper besteht vor allem aus Wasser. Im Rahmen einer Uveitis kann es im Glaskörper zu Destruktionen, Trübungen und Entzündungen kommen. Die Netzhaut ist eines der empfindlichsten Körperteile des Menschen. Sie kleidet das Auge von innen aus. Sie ist zwischen 0,23 mm (im Zentrum) und 0,1 mm (Peripherie) dick. Im Zentrum liegt die Sehgrube, die für das scharfe Sehen verantwortlich ist. Die Netzhaut besteht aus neun Schichten, eine davon ist die Rezeptorenschicht. Bei den Rezeptoren werden die Zapfen (Farbsehen) und die Stäbchen Hell-Dunkelsehen) unterschieden. Es gibt 6,5 Millionen Zapfen und 120 Millionen Stäbchen. Die Informationen werden in ca. 1,2 Millionen Ganglienzellen weitergeleitet und von dort aus über die Nervenfasern zum Sehnerv geschickt. Direkt unterhalb der Rezeptoren liegt eine einschichtige Lage Pigment, das sogenannte Pigmentblatt. Unter der Netzhaut ist die Aderhaut zu finden, die

als dritte Schicht zur Uvea gehört. Die gefäßreiche Schicht versorgt einen Teil der Netzhaut und ist das am stärksten durchblutete Gewebe des Körpers.

Weitere wichtige Bestandteile des Auges sind die Augenhülle (Sklera), die im Rahmen einer Uveitis betroffen sein kann (Skleritis). Es ist ein kollagenhaltiges Gewebe von ca. 1-2 mm Dicke. Sie umschließt auch den Sehnerven, der im hinteren Zentrum des Augapfels aus dem Auge austritt und alle Nervenfasern beinhaltet, die von Rezeptoren gespeist werden. Der Sehnerv beinhaltet zu Beginn noch Gefäße, die aber kurz hinter dem Bulbus (Augapfel) aus ihm austreten. Das Auge ist an sechs Muskeln befestigt. Man unterscheidet zwei schräge und vier gerade Muskeln.

Hinter dem Auge sind Fettgewebe, Gefäße und Nerven zu finden. Die Augenhöhle wird knöchern begrenzt und grenzt an Nasennebenhöhlen und das Gehirn an.

* * *

Der Fehlerteufel hatte sich eingeschlichen ...

Zu unserem Bedauern wurde in der letzten Ausgabe der Name von Frau Herth, kaufm. Direktorin der Fachklinik Sonnenhof in Höchenschwand, falsch geschrieben.

Wir bitten Frau Herth hiermit um Entschuldigung.



Mein Leben mit Uveitis

von Gesine Fechner

Es ist fast 18 Jahre her, dass ich die Diagnose Uveitis intermedia kurz nach meinem 21. Geburtstag gestellt bekam. Bemerkt hatte ich bereits im Sommer 1996, dass etwas nicht mit meinen Augen stimmte. Denn ich sah ständig Punkte und Striche, die nie verschwanden. Doch leider konnte ich mich zunächst um dieses Problem nicht kümmern, da ich mit einer anderen Baustelle meines Körpers beschäftigt war. Auch dachte ich, dass dies schon nicht so schlimm sein könne. Ich hatte weder eine Sehverschlechterung bemerkt noch Schmerzen. So bin ich erst Anfang 1997 zu einer Augenärztin gegangen. Die Ärztin überwies mich an die Augenklinik der Universität in Rostock. Erst während des Krankenhausaufenthalts dort wurde bei mir die Diagnose der entzündlichen Augenerkrankung auf beiden Augen gestellt. Gleichzeitig versuchte man die Ursache für die Uveitis zu finden und begann auch mit der Behandlung mittels Cortison (zunächst intravenös später mit Tabletten). Doch wie so oft konnte man keine Ursache für die Entzündung finden.

Nach der Entlassung aus der Klinik schlich ich - natürlich unter augenärztlicher Kontrolle - langsam das Cortison aus. Doch kurze Zeit später begann alles wieder von vorn. Die Entzündung verstärkte sich wieder und verschlech-

terte vor allem die periphere Komponente in meinem Befund. Erneut wurden mir Cortison Tabletten verordnet. Weitere Besuche in Rostock brachten auch keine anderen Vorschläge. So traten mit jeder Cortisontherapie auch bei mir die bekannten Nebenwirkungen auf. Vor allem mein Appetit und damit auch mein Gewicht erhöhten sich unter der Einnahme. Stimmungsschwankungen traten bei mir genauso auf.

Ende 1997 kam dann der Rat meiner Augenärztin zu einer Kur und ich fuhr dann nach der Genehmigung nach Masserberg. Doch auch diese Maßnahme half nur kurzzeitig und die Stoßtherapien mit Cortison setzten sich in den nächsten 1 1/2 Jahren in gleicher Weise fort.

Während der Kur in Masserberg erkannte ich wie wichtig es ist, als Patient über seine Diagnosen und dessen Folgen aufgeklärt zu sein. Also begann mich mit Hilfe von verschiedensten Informationsquellen (zunächst Bücher, Fragen bei Ärzten und später auch das Internet) zu informieren. Nur so konnte bzw. kann ich für mich wichtige Entscheidungen hinsichtlich von Therapievorschlägen treffen. So reifte mit der Zeit bei mir die bittere Erkenntnis, dass meine behandelnde Augenärztin und auch die Augenklinik Rostock mit



meinem Fall vollkommen ratlos waren. Im Nachhinein betrachtet verwundert es mich auch nicht, dass beide Stellen überfordert waren. Denn es fehlte die so wichtige Erfahrung auf diesem Gebiet der Augenerkrankungen.

Mitte 1999 veränderte sich endlich meine berufliche Situation. Ich hatte 1995 erfolgreich meine Ausbildung zur Industriekauffrau abgeschlossen und war seitdem arbeitslos. Ich hatte eine Stelle in München bekommen. Eine sehr große Umstellung für mich. Schließlich hatte ich bis dahin ja nur in einem kleinen Dorf in Mecklenburg-Vorpommern gelebt. Großstädte wie Hamburg kannte ich nur von einem Stadtbummel.

Auf Empfehlung eines Arbeitskollegen ging ich zu einem Augenarzt in Dachau. Dieser überwies mich schon sehr bald in die Augenklinik der Universität München. Im Spätsommer 1999 stellte ich mich in der dortigen UV-Ambulanz vor. Meine erste

Begegnung mit dem Spezialisten der Ambulanz habe ich noch sehr gut in Erinnerung: Was für eine imposante Erscheinung eines Arztes! Ich merkte sehr schnell, dass dieser Mediziner einen anderen Behandlungsstil pflegte. Vor allem dessen besondere Kompetenz speziell auf dem Gebiet der Uveitis hinterließ bei mir einen nachhaltig positiven Eindruck.

Der Arzt der LMU Augenklinik München schlug mir damals vor zunächst einmal nichts weiter zu unternehmen, denn

mein Visus war zu diesem Zeitpunkt noch sehr gut und die Aktivität der Uveitis war eher ruhig. Ich sollte mich erst dann wieder in der UV-Ambulanz vorstellen, wenn sich der Zustand wieder verschlechtert. Einige Wochen später war das leider der Fall. Ich wurde auf 30 mg Cortison gesetzt, was ich bis zum nächsten Termin langsam reduzieren sollte. Zudem sollte ich erneut „auf den Kopf gestellt“ werden, um andere Erkrankungen doch noch zu entdecken oder nicht. Letztendlich wie auch schon 1997 ohne Ergebnis. Allerdings gibt es eine Vermutung: Seit meinem 5. Lebensjahr besteht bei mir eine juvenile rheumatische Arthritis. Somit könnte es also sein, dass die Arthritis die Uveitis ausgelöst hat.

Nach vielen weiteren Besuchen in der Augenklinik München bekam ich im Sommer 2000 das Immunsuppressivum MTX mit 15 mg einmal die Woche verordnet. Es sollte so ein Makulaödem verhindert werden. Doch es kam anders: Ein paar Wochen später bemerkte ich an meinem Arbeitsplatz, dass ich mit meinem linken Auge schlechter sehe. Da sich das nicht besserte ging ich Ende 2000 zu meinem Augenarzt. Der erkannte aber das Makulaödem nicht und stellte eine andere Diagnose. Doch er gab mir eine Überweisung in die Augenklinik München mit. Die Verschlechterung meines Visus auf meinem linken Auge konnte ich ja noch durch mein rechtes Auge kompensieren. Doch merkte ich, dass ich dichter an den PC-Bildschirm



heran musste und mir dies viel Konzentration abverlangte.

Der Termin in der Augenklinik München war dann erst im Februar 2001. In der UV-Ambulanz stellte der Spezialist die fatale Diagnose eines Makulaödems auf meinem linken Auge und schimpfte mit mir. Ich hätte eher kommen sollen. Der Arzt hatte ja auch Recht. Doch wie hätte ich das auch erkennen sollen? Nun war es zu spät und er versuchte es zunächst mit einer Cortisoninjektion in das betroffene Auge. Meine erste überhaupt und es ist kein schönes Gefühl. Doch die Spritze half leider nicht und so wurde im April 2001 in einer Operation am linken Auge die Gliose entfernt. Mein Visus bei Aufnahme betrug links 0,1 und rechts 0,7.

Ende Juni war ich dort zur Kontrolle. Das linke Auge blieb mit seinem Visus unverändert, aber mein Sehempfinden war besser. Doch nun zog mein rechtes Auge nach. Der Visus betrug auf meinem rechten Auge nur noch 0,3 und war damit um mehr als die Hälfte binnen weniger Wochen gefallen. Es hatte sich auch in meinem rechten Auge ein Makulaödem gebildet. Zudem wurde auch ein Glaukom diagnostiziert. Also musste ich auch hierfür eine lokale Therapie beginnen. Ins rechte Auge bekam auch eine Cortisoninjektion. Ein paar Wochen später war auch hier keine Verbesserung eingetreten und so musste die gleiche OP wie auf meinem linken Auge erfolgen.

Das alles hatte für mich natürlich Konsequenzen hinsichtlich meines Jobs. Ich war lange krankgeschrieben und als ich im November 2001 wieder zurück in den Job kam,

ging das nicht mehr. Mein Arbeitgeber kündigte mir. Die Aussichten auf einen neuen Arbeitsplatz in München waren nach der damaligen Wirtschaftskrise auch nicht besonders rosig. Also ging ich zurück in meine Heimat. Später zog ich nach Hamburg. Dort musste ich mir wieder eine neue augenärztliche Betreuung suchen und hatte Glück. Ich fand einen Augenarzt in Hamburg, der auch als Gutachter tätig war und somit viel Erfahrung aufwies. Eine Ausnahme in Hamburg. Dennoch riet er mir den Kontakt in München nicht aufzugeben. Dies hatte ich ohnehin nicht vor, denn diesbezüglich hatte ich bereits keine guten Erfahrungen gemacht.

Etwa 2009 wurde die Diagnose von Uveitis intermedia in Panuveitis geändert. Kein Wunder: Bei der Frage was alles an meinen Augen kaputt ist weiß ich sofort die Antwort. Umgekehrt muss ich schon länger nachdenken. Im Juni 2013 ist MTX wegen zunehmender Unverträglichkeit abgesetzt worden. Doch bleibe ich wohl dauerhaft bei einer geringen Dosis (ca. 5 mg) Decortin. Auch eine dauerhafte lokale Therapie wird möglicherweise ständig bestehen bleiben. Dazu die obligatorischen augenärztlichen Kontrollen in regelmäßigen Abständen. Heute liegt mein Visus links bei etwa 0,05 und rechts schwankt er zwischen 0,05 und



0,1. Ich kann nur hoffen, dass es so bleibt.

Alle 3 bis 4 Monate trete ich die Reise von Hamburg nach München an. Denn hier in Hamburg vermisse ich eine entsprechende Schwerpunktsprechstunde im Uniklinikum Eppendorf. Auch eine entsprechende Schwerpunktpraxis gibt es nicht. Deswegen bin ich sowohl für die gute menschliche als auch medizinische Behandlung und Betreuung durch die LMU Augenklinik München über all die Jahre sehr dankbar. Die UV- Ambulanz dort ist eine Insel auf dem weiten Ozean.

Durch das Makulaödem und das Glaukom sind viele Stellen in meinem Sichtfeld grau. Doch ich „bade“ nicht in Selbstmitleid. Es hilft mir und anderen nicht weiter. Es dauerte bei mir schon eine gewisse Zeit meine Situation zu akzeptieren. Mir fiel das auch weniger schwer als vielleicht bei anderen Menschen. Ich bin mit einer Gehbehinderung aufgewachsen und kenne somit ein Leben ohne Einschränkungen nicht. Warum also Trübsal blasen? Ich trotze meinem Schicksal. Mein Motto, dass etwas abgewandelt aus einem Lied entstammt beschreibt das ganz gut: Gut gucken kann ich schlecht – schlecht gucken kann ich gut.

Meine Familie und auch gute Freunde von mir haben den Verlauf meines abnehmenden Sehvermögens hautnah mitbekommen und das von Beginn an. Wir haben oft über meine Situation gesprochen. Daher kenne ich deren Ansichten gut. Umgekehrt sie auch meine. Der Rückhalt, der so entstand, bedeutet mir sehr viel. So bin ich selbstständig wie ich es noch kann und erhalte so viel Hilfe wie ich sie brauche.

Ich bin wegen meiner verschiedenen Erkrankungen seit 2006 Rentnerin. Doch Langeweile kenne ich nicht. Neben den Arzt- und Therapieterminen lese und koche ich leidenschaftlich gern. Hierfür habe ich mir mit den Jahren eine behindertengerechte Ausstattung zugelegt (Lupe, Lesegerät usw.). Mit diesen Hilfsmitteln komme ich gut zurecht. Selbst unterwegs im Zug ist lesen mit einem mobilen Lesegerät dank des technischen Fortschritts möglich. Auch mein PC ist sehbehindertengerecht gestaltet. Ich beherrsche die Blindenschrift und ich wende sie immer wieder im Alltag an. Ein Auto fahren lasse ich lieber sein, da ich mich selbst dazu nicht mehr in der Lage sehe und andere Menschen nicht in Gefahr bringen will. Meinen Führerschein habe ich nicht abgegeben. Er hat für mich immer noch einen zu hohen ideellen Wert.



Patientengruppen – eine wichtige Ergänzung zur augenärztlichen Versorgung

Vor allem bei chronischen Krankheiten haben sich Patientengruppen als Ratgeber im alltäglichen Umgang mit der Krankheit und ihren besonderen Herausforderungen bewährt.

Solche Informationsgruppen sind ein Forum für Patienten und ihre Angehörigen. Erfahrungen muss man nicht unbedingt selber machen - immer und immer wieder. Man kann sie auch weitergeben und damit anderen mühevoll ersparen.

Selbsthilfearbeit kostet Zeit, Kraft, Ausdauer, eine gewisse Portion Hartnäckigkeit und auch Geld.

Aber das Engagement lohnt sich.

Was sind es für Patienten, die sich an uns wenden?

Sicherlich muss es einem "schlecht genug" gehen, bevor man sich an eine Patientengruppe wendet.

- "Schlecht genug" heißt für den einen, über einen längeren Zeitraum Kortison nehmen zu müssen.
- Für einen anderen heißt "schlecht genug" zu merken, dass die Entzündungsschübe immer wieder auftreten, dass die Erkrankung einen chronischen Verlauf nimmt.

Und wiederum für einen anderen heißt "schlecht genug", wirkliche Probleme mit dem Sehen zu bekommen.

- Und wiederum für einen anderen heißt "schlecht genug", wirkliche Probleme mit dem Sehen zu bekommen.

Regionale Patientengruppen, denen auch Augenärzte beratend zur Seite stehen, stellen Anlaufpunkte dar, die Betroffenen als Wegweiser dienen. Eine der wichtigsten Aufgaben besteht darin, den Uveitis-Patienten für die möglichen Komplikationen zu sensibilisieren.

Durch den Erfahrungsaustausch innerhalb einer Patientengruppe können übertriebene und irrationale Ängste abgebaut werden. Informationen aus der Gruppe über Therapien und Krankheitsverläufe können Uveitispatienten vor Enttäuschungen bewahren.

Hilfreich im Alltag sind vor allem die zahlreichen praktischen Empfehlungen.

Hinweise zu unseren regionalen Ansprechpartnern finden sie auf der vorletzten Seite dieser Zeitung.



Intravitrale Steroide bei Uveitis - Neuartige Kortisonpräparate werden direkt ins Auge gegeben

PD Dr. Tim U. Krohne, Bonn

Als erstes und bisher einziges intraokuläres Medikament wurde im Sommer 2011 ein neuentwickeltes Kortisonpräparat (Ozurdex von Allergan) für die Behandlung der Uveitis zugelassen. Dabei handelt es sich um ein injizierbares Slow-Release-Implantat, das den Wirkstoff Dexamethason kontinuierlich über einen Zeitraum von etwa 4 Monaten freisetzt. Geeignet ist es insbesondere zur Behandlung der Uveitis im hintern Augenabschnitt (intermediäre oder posteriore Uveitis), wenn diese ohne infektiöse Ursache auftritt. Das Präparat reduziert sowohl entzündliche Trübungen im Auge (Glaskörpertrübungen), als auch die entzündliche Schwellung der Netzhaut (Makulaödem) und führt dadurch in vielen Fällen zu einer deutlichen Verbesserung der Sehkraft. Mögliche Nebenwirkungen des Präparats sind ein vorübergehender Druckanstieg im Auge (Glaukom) und eine dauerhafte Linsentrübung (Katarakt), die ggf. separat behandelt werden können.

Seit Juni 2014 befindet sich zudem ein weiteres Slow-Release-Implantat (Iluvien von Alimera) in der klinischen Phase-3-Erprobung zur Behandlung der Uveitis. Nach der Injektion ins Auge setzt dieses das Kortison Fluocinolon über einen noch längeren Zeitraum von 1-3 Jahren frei. Die Studie wird voraussichtlich bis zum Jahr 2017 dauern, bevor bei positivem Studienergebnis dann eine Zulassung des Medikaments für Uveitis erfolgen kann.

Insgesamt erlaubt die neuentwickelten Präparate nach einmaliger Gabe eine mehrmonatige bis mehrjährige Kortisontherapie der Uveitis im Auge selber. Die Kortisonimplantate können dadurch die Einnahme von Kortison in Tablettenform ersetzen und Kortisonnebenwirkungen im restlichen Körper reduzieren und stellen damit einen wichtigen Fortschritt in der Therapie der Uveitis dar.



Kleine Feste feiern

von Lothar Schiffhauer

Jeder Tag ohne Schmerzen ist ein Grund zu feiern. So habe ich gelernt trotz oder gerade mit meiner Erkrankung zu leben.

Alles begann damit, dass ich bei hellem Licht heftige Schmerzen im linken Auge verspürte. Der Augenarzt diagnostizierte eine Iritis und ich musste für eine längere Zeit in die Uniaugenklinik. Damals kamen für die Ärzte zwei mögliche Ursachen in Betracht: Augentuberkulose oder entzündete Mandeln (Tonsillen). Wegen des ersten Verdachts verbrachte ich 9 Monate in Höchenschwand und danach entfernte man mir die Mandeln.

Unmittelbar nach der Mandelentfernung bekam ich heftige Schmerzen in den Sprung- und Handgelenken. „Das Kind hat eine primär-chronische Polyarthritits“, erklärten die Ärzte meinen Eltern. Aber erst nach 1 ½ Jahren Aufenthalt in der Rheumakinderklinik in Garmisch-Partenkirchen, zwei Iritis-schüben und weiteren 7 Jahren mit Schmerzen, die sich inzwischen vor allem in der Hüfte und der Lendenwirbelsäule manifestiert hatten, wurde bei mir ein „Morbus Bechterew“ (Spondylitis ankylosans) diagnostiziert. Erst viel später fragte man nach familiären Dispositionen und wies HLA-B27 (ein Antigen) nach.

Als Jugendlicher ließ ich mich von den Schmerzen nicht so schnell einschränken. Ich machte eben nicht all das, was die Anderen taten, sondern nur das, was ich konnte (und das war trotzdem noch 'ne ganze Menge) und vor allem erfreute ich mich daran. Wurden die Schmerzen stärker, intensivierte ich mein Gymnastikprogramm.

Als sich infolge der immer wieder auftretenden Uveitiden auch noch ein Makulaödem einstellte, half mir die Gymnastik nichts mehr.

Was ging mir damals alles durch den Kopf: Was machst du in deinem Beruf, wenn du nicht mehr richtig sehen und lesen kannst? Wie kann man sich ohne Auto und Fahrrad noch fortbewegen? Wie willst du deine Freizeit verbringen und was tust du ohne deine Bücher?

Eine Frage kam mir jedoch niemals in den Sinn: „Was bist du denn dann noch wert?“ Ich hatte als Behinderter gelernt meinen Mann im Beruf und im Leben zu stehen. Nur die eventuell entstehende Notwendigkeit im Alter von 42 Jahren neu anfangen zu müssen, machte mir Angst.

Bei der Bewältigung der Probleme halfen mir jedoch meine Freunde. Sie akzeptierten, dass ich versuchte mit der Krankheit selbst klar zu kommen, dass ich eine Strategie entwickeln wollte, mit meinen Ängsten umzugehen und Ideen für eine andere Zukunft zu entwickeln. Sie packten mich nicht in ein „Mitleidskissen“, sondern ließen mich gewähren. Sie



waren aber immer ansprechbar, wenn ich von mir aus auf sie zuing und um Hilfe bat.

Wir begannen die positiven Dinge zu feiern. Jede kleine Besserung meines Zustandes (Abklingen der Schmerzen, Verbesserung der Sehfähigkeit, Absetzen der Basistherapie usw.) feierten wir mit einem guten Essen und einer besonderen Flasche Wein. Wir genossen die guten Tage im Auf und Ab meiner Erkrankung.

So gestärkt gelang mir die berufliche Umorientierung. Durch eine Basistherapie und den etwas geringeren Stress verbesserte sich die Sehfähigkeit meiner Augen. Zwar machten die Gelenke immer wieder Probleme, aber dies hinderte mich nicht selbst mit Gehhilfen zu wandern.

Ich konnte bis zum Beginn der Rente weiter arbeiten und genieße jetzt den Ruhestand.

* * *

Wenn Rheuma ins Auge geht

Prof. Dr. Uwe Pleyer

Entzündungen, die das Sehvermögen bedrohen

So unangenehm das ist, denkt der Betroffene doch nicht zwingend an eine Krankheit, die sein Augenlicht bedroht. Denn das Auge reagiert auf die verschiedensten Ursachen oft mit derselben Antwort - einer Rötung. Die Ursache eines roten Auges kann harmlos, aber auch gravierend sein. Und so kann das rote Auge eben auch ein Anzeichen für eine ernste Entzündung im Auge, eine Uveitis sein. Patienten tun deshalb gut daran, ein rotes Auge, das länger als 48 Stunden anhält, vom Augenarzt untersuchen zu lassen. Erkennt er Anzeichen einer Uveitis, dann fragt der Augenarzt den Patienten möglicherweise, ob er auch

unter Gelenkbeschwerden leidet. Denn an rheumatischen Erkrankungen sind oft auch die Augen beteiligt. Nicht selten sind die Beschwerden am Auge sogar das Leitsymptom und der Augenarzt äußert als erster die Verdachtsdiagnose „Rheuma“.

Angriff des Immunsystems

Unter dem Oberbegriff „Rheuma“ wird eine Vielzahl von Krankheiten zusammengefasst, die vor allem - aber nicht nur - den Bewegungsapparat betreffen. Besonders wichtig sind hier die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie die Spondylarthropathien (das sind Entzündungen der Wirbelsäulengelenke wie zum Beispiel der Morbus



Bechterew), die schon im Kindesalter auftretende juvenile idiopathische Arthritis oder auch die Psoriasis-Arthritis. Bei diesen Autoimmunkrankheiten kommt es zu einer Störung des Immunsystems. Der Körper greift eigenes Gewebe an, beispielsweise bei der rheumatoiden Arthritis die Gelenkinnenhaut. So entstehen Entzündungen, die äußerst schmerzhaft sein können.

Am Auge können alle Strukturen von den entzündlichen Prozessen beeinträchtigt werden. Dies reicht von der Zerstörung der Tränendrüse, mit nachfolgend trockenem Auge, bis zur Schädigung der empfindlichen Strukturen innerhalb des Auges. Sie betrifft vor allem die Uvea, die anatomisch die Regenbogenhaut (Iris), den Strahlenkörper (Ziliarkörper) und die Aderhaut (Choroidea) umfasst. Sie verläuft als mittlere Gewebeschicht zwischen umgebender Lederhaut und Netzhaut und versorgt diese mit Blut und Nährstoffen. Da das Auge eines der am besten durchbluteten Organe des Körpers ist, erklärt sich die häufige Beteiligung bei systemischen Erkrankungen. Eine Entzündung der Uvea ist die zweithäufigste Ursache für Erblindungen bei Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland.

Unterschiedliche Beschwerden – unterschiedliche Ausprägung

Menschen aller Altersgruppen können von entzündlichen Augenveränderungen bei rheumatischen Erkrankungen

betroffen sein. Die rheumatoide Arthritis betrifft meist Patienten nach dem 40. Lebensjahr und wird häufiger von einem trockenen Auge oder einer Lederhautentzündung begleitet. Als Beschwerden werden „brennende“ Augen mit Fremdkörpergefühl, ein rotes Auge und gegebenenfalls auch stechende Schmerzen geäußert. Entzündungen, die eher die inneren Strukturen des Auges angreifen, treten bei Kindern und jungen Erwachsenen im 20. bis 40. Lebensjahr auf. Dabei können die Patienten unter sehr unterschiedlichen Beschwerden leiden, die von vermehrter Blendempfindlichkeit bis zu Schmerzen und unscharfem Sehen reichen. Gerade Kinder wiederum äußern meist gar keine Beschwerden. Das Auge ist äußerlich nicht gerötet, dennoch ist die Regenbogenhaut oft stark entzündet. Je nachdem, ob der vordere, der mittlere, der hintere Augenabschnitt oder gar das ganze Auge betroffen sind, sprechen Augenärzte von anteriorer (Iritis), intermediärer (Glaskörperentzündung), posteriorer Uveitis (Netzhautentzündung) oder von einer alle Anteile umfassenden Panuveitis. Die Entzündung tritt überwiegend akut auf und verläuft bei circa der Hälfte der Betroffenen mit wiederkehrenden Schüben oder auch chronisch. Bereits bei der ersten Entzündungsepisode, vor allem aber bei chronischem Verlauf stellen sich häufig Komplikationen ein: Bei der anterioren Uveitis kann die Regenbogenhaut mit der Linse „verkleben“ und zur irregulären



Entrundung der Pupillenöffnung führen. Die Linse kann im weiteren Verlauf trübe werden und bereits im jungen Lebensalter einen grauen Star (Katarakt) entwickeln.

Der Augeninnendruck kann beträchtlich schwanken. Bei Kindern und bei langer Krankheitsdauer lagert sich mitunter Kalzium in die Hornhaut ein. Schließlich kann sich als Komplikation mit schwerer Sehbeeinträchtigung eine Flüssigkeitseinlagerung in der Netzhaut, ein Makulaödem, entwickeln. Zusätzlich erweist sich als problematisch, dass die Risiken einer Linsen-trübung und eines erhöhten Augen-drucks durch die akut notwendige, Kortison-haltige medikamentöse Therapie steigen. Daher sucht der Augenarzt bei chronisch wiederkehrendem Verlauf oft alternative Behandlungsmöglichkeiten.

Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit

Sowohl für die Diagnostik begleitender Erkrankungen als auch für die Langzeitbehandlung der Patienten ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig. Die Augenärzte kooperieren dabei eng mit Rheumatologen, Internisten und Kinderärzten. Insbesondere bei Kindern, die an einer juvenilen idiopathischen Arthritis leiden, ist die Zusammenarbeit unverzichtbar. Da ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Uveitis besteht und Kinder selten Beschwerden äußern, sind regelmäßige "Routine"-kontrollen notwendig. Tritt eine Augenentzündung auf, ist diese

rasch zu behandeln. Auch müssen Nebenwirkungen der Medikamente beachtet werden, die bei Kindern oft sehr rasch eintreten.

Bei Erwachsenen kommen zu Uveitis und Rheuma oft noch weitere Krankheiten hinzu, die bei der langfristigen Betreuung zu berücksichtigen sind. So leidet fast jeder zweite Patient mit rheumatoider Arthritis bereits zu Krankheitsbeginn an mindestens zwei weiteren chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Osteoporose. Schon wenn zum ersten Mal eine Entzündung am Auge festgestellt wird, muss man nach weiteren Krankheiten forschen und die Behandlung entsprechend ausrichten.

Mehrere Möglichkeiten für eine wirksame Therapie

Je nach Schwere und Verlauf einer Uveitis reichen für die akute Behandlung oft Kortison-haltige Augentropfen aus. Bei einer anterioren Uveitis werden zusätzlich Augentropfen zur Pupillenerweiterung (Mydriatika) gegeben. So wird verhindert, dass die Regenbogenhaut mit der Linse verklebt. Bei schwereren Entzündungen kann man Kortison zusätzlich unter die Bindehaut oder hinter das Auge spritzen oder die Krankheit auch systemisch mit Kortison-Tabletten behandeln. Bei jeder kurz- oder langfristigen Behandlung mit Kortison gilt es, auf mögliche Nebenwirkungen zu achten. Zum einen besteht die Gefahr, dass der Augeninnendruck



ansteigt, so dass ein Glaukom mit Zerstörung des Sehnerven droht, zum anderen kann die Augenlinse eintrüben (Kortison-Katarakt). Patienten mit häufig wiederkehrenden Entzündungen kann man das Kortison ersparen, indem man eine immunmodulierende Behandlung mit Wirkstoffen aus der Rheumatologie, zum Beispiel mit Methotrexat oder Cyclosporin A wählt.

Neue Behandlungsmöglichkeiten: Biologika

Fortschritte in der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen ermöglichen weitere innovative Ansätze, um schwere, chronische Entzündungen langfristig interdisziplinär zu behandeln. Autoimmunerkrankungen werden seit einigen Jahren erfolgreich mit neuartigen Medikamenten, so genannten Biologika therapiert. Meist sind dies Antikörper, die - zum Beispiel bei Rheuma - gezielt in die Entzündungsreaktion eingreifen. Sie blockieren einen Signalstoff, den Tumornekrosefaktor (TNF-a). Dieses Eiweiß ist ein zentraler Vermittler zwischen der angeborenen und der erworbenen Immunantwort im menschlichen Immunsystem. Auch bei der Uveitis spielt TNF-a eine zentrale Rolle. In den Augen der Betroffenen lässt sich eine erhöhte Konzentration dieses Signalstoffs nachweisen. Er wird zum Teil von Zellen im Auge selbst gebildet und ist an der Gewebezersetzung wesentlich beteiligt.

Fünf Medikamente sind für den systemischen Einsatz zur Blockade von TNF-a verfügbar und für die Behandlung rheumatologischer Krankheiten zugelassen (Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Golimumab und Certolizumab). Von der Behandlung mit TNF-a-Hemmern profitieren auch Uveitis-Patienten, vor allem solche mit einem schweren Krankheitsverlauf, die bisher nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Schon seit etwa zehn Jahren gibt es Berichte darüber, dass Rheumapatienten mit einer Uveitis gut auf TNF-a-Hemmer ansprechen. Es kommt seltener zum Wiederaufkommen der Augenentzündung oder sie wird gänzlich verhindert. Vor allem Infliximab und Adalimumab haben sich bewährt. Die Behandlung findet dabei im Rahmen des so genannten off-label-use statt, da die Medikamente für die Therapie der Augenkrankheit bisher nicht zugelassen sind. Ein weiterer Antikörper, der zur Behandlung der anterioren Uveitis lokal angewendet werden kann, ist derzeit in der klinischen Erprobung. Wenn ein so zentraler Signalstoff des Immunsystems ausgebremst wird, ist es allerdings wichtig, die Patienten bereits vor der Therapie sorgfältig zu kontrollieren, um sicherzustellen, dass sie nicht von bakteriellen oder viralen Krankheitserregern infiziert sind. Gefürchtet sind insbesondere vorbestehende, latente (Tbc-) oder neue Infektionen.



Makulaödem - ein Hauptgrund für die Sehverschlechterung bei Uveitis

Bei einer Uveitis fördern Entzündungsmediatoren die Entwicklung eines zystoiden Makulaödems. Dabei sammelt sich an der Stelle des schärfsten Sehens Flüssigkeit in Hohlräumen (Zysten) unter der Netzhaut an. Dazu tragen wiederum Zytokine, unter anderem TNF- α , und Schäden an den Blutgefäßen im Auge bei. Solange die Entzündung andauert, steht ihre Behandlung und die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund. Wenn in der entzündlichen Phase ein Makulaödem entsteht, muss es parallel zur anti-entzündlichen Therapie gezielt behandelt werden. Bleibt das Makulaödem auch nach Abklingen der Entzündung bestehen, wird seine Behandlung fortgesetzt. Dazu stehen Medikamente zur Verfügung, die direkt ins Auge - intravitreal - oder hinter den Augapfel - parabolbär - gespritzt werden. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG), die Retinologische Gesellschaft (RG) und der Berufsverband der Augenärzte (BVA) empfehlen in einer Stellungnahme zur Therapie des Makulaödems bei Uveitis ein schrittweises Vorgehen. Zunächst wird versucht, mit der systemischen Gabe des Wirkstoffs Acetazolamid eine Rückbildung des Ödems zu erreichen. Gelingt das nicht, folgt im zweiten Therapieschritt eine parabolbäre Injektion des Kortisons Triamcinolon oder eine systemische Kortison-Therapie. Bessert sich das Makulaödem auch durch diese

Behandlung nicht, können im dritten Schritt so genannte VEGF-Inhibitoren, dies sind gefäßwirksame Antikörper (Ranibizumab oder Bevacizumab), oder ein Steroid-Implantat (Ozurdex) in den Glaskörper eingebracht werden. Vorteil der VEGF-Hemmer ist, dass sie im Vergleich zum Kortison-Implantat weniger Risiken wie Linsentrübung und Augendrucksteigerung aufweisen. Andererseits ist ihre Wirkung nicht sicher belegt und oft nur von kurzer Dauer, sodass meist mehrfache Injektionen notwendig sind. Ozurdex wurde dagegen für die Behandlung der intraokularen Entzündung zugelassen und wirkt mehrere Monate lang.

Fazit

Entzündliche Augenerkrankungen treten häufig in Verbindung mit Allgemeinerkrankungen auf und können sehr schwerwiegend verlaufen. Die Entzündungen im Augeninneren können sich sehr vielfältig präsentieren, betreffen Patienten im jüngeren Lebensalter und weisen oft einen chronisch wiederkehrenden Verlauf auf. Dies kann nicht nur zu Einschränkungen des Sehvermögens, sondern auch zu starker psychischer Belastung führen. Die interdisziplinäre Betreuung ist daher in vielen Aspekten für diese Patienten entscheidend, um diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu koordinieren. Neue Behandlungsmöglichkeiten lassen berechtigt hoffen, dass sich die Prognose für Patienten mit schweren Entzündungserkrankungen künftig verbessert.



ABC der medizinischen / ophthalmologischen Fachausdrücke

Asthenopie

Schwäche oder Müdigkeit der hervorgerufen durch ein Missverhältnis zwischen den Anforderungen an das Sehorgan und seiner Leistungsfähigkeit entweder durch normale Beanspruchung bei Brechungsfehlern, fehlerhafter Brillenkorrektur oder Störungen des Augenmuskelgleichgewichtes.

Astigmatismus

Stabsichtigkeit, auch Hornhautverkrümmung genannt. Durch unterschiedlich starke Krümmung einzelner Hornabschnitte ergibt sich keine punktförmige sondern eine stabförmige, d.h. unscharfe Abbildung auf der Netzhaut.

Ätiologie

Krankheitsursache

Atropia gyrata

Fortschreitende Ader- und Netzhautdegeneration eines Enzymdefekts; Symptome: kreisförmige Gesichtsfeldeinschränkung, herabgesetzte Sehschärfe

Bifokalglas

ist ein Brillenglas, mit zwei optische Wirkungen und so für zwei unterschiedliche Entfernungen (Fernkorrektur und Nahkorrektur / Lesen) nutzbar ist

Blepharitis

Entzündung der Augenlider

Blepharokonjunktivitis

Entzündung der Augenlider bei Bindehautentzündung

Blepharochalasis

Erschlaffung der Oberlidhaut (Schlupflid)

Blepharospasmus

Lidkrampf

Bulbus oculi

Augapfel

Buphtalmus

Vergrößerung des Augapfels durch grünen Star im Kindesalter (Dehnung der noch weichen Augapfel-Hülle durch erhöhten Augeninnendruck)

Ursache: Angeborene Entwicklungsstörung des Trabekelwerkes oder des Schlemmschen Kanals, d. h. des Abflussgebietes für das Kammerwasser.

Chiasma opticum

auch Sehnerv(en)kreuzung, ist die Kreuzungsstelle der Sehnerven vom rechten und linken Auge. Hier kreuzen die Nervenfasern jeweils der nasenseitig gelegenen Sinneszellen der Netzhaut zur gegenüberliegenden Großhirnhälfte. Diese nasenseitig gelegenen Zellen nehmen nur Licht wahr, welches aufgrund der Abbildungseigenschaften des Auges von schläfenseitig die Netzhäute erreicht.

Chorioidea

ist der größte Abschnitt der mittleren



Augenhaut. Sie bildet die Mittelschicht zwischen weißer Augenhaut/Lederhaut (Sclera) und Netzhaut (Retina).

Chorioidermie

Degeneration der Aderhaut (fortschrei-

tend, erblich) Symptome sind; verringerte Sehschärfe, Nachtblindheit, kreisförmige Gesichtsfeldeinschränkung

* * *

Hörbücher-Liste

Leise rieselt...

Das etwas andere Weihnachten, mit Texten von Elke Heidenreich und Tönen von Manfred Schoof und Mike Herting.

1 Audio-CD, 50 Min., Okt. 2011, 14,99€

Michael Kobr, Volker Klüpfel

Weihnachten mit Klufti & Co.

2 Audio-CDs, 107 Min., Live-Lesung von den Autoren. Sprecher: Klüpfel, Volker; Kobr, Michael, 14,99€

Ralf Husmann

Vorsicht vor Leuten (Hörbestseller), Dietmar Bittrich

4 Audio-CDs, 309 Min., Gesprochen von Christoph Maria Herbst, 19,95€

Hans-Hermann Stolze

Sehr geehrtes Facebook!

Ein Rentner versteht die Welt nicht mehr.

2 Audio-CDs, 150 Min., Gesprochen von Bendel, Jochen; Schwarzmaier, Michael, 19,95€

Tom König

Kündige, wenn du es schaffst

Neuer Irrwitz aus der Servicewelt.

2 Audio-CDs, 150 Min., Gesprochen von Christoph Maria Herbst, 14,99€

Wolfgang Herrndorf

Tschick (Hörbestseller)

4 Audio-CDs, 297 Min. Gesprochen von Hanno Koffler, 16,95€

Dietmar Bittrich

Weihnachten mit der buckligen Verwandtschaft,

2 Audio-CDs, 132 Min., Gesprochen von Nana Spier, Oliver Rohrbeck, 10,00€



An
Uveitis e.V.
Gabriele Müller
Sankt-Ulrich-Str. 11
85250 Altomünster / Stumpfenbach

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied beim Verein „Uveitis e.V.“ werden:

Name:	Vorname:
Straße:	
Ort / PLZ:	
Geb.-Datum*:	Tel.-Nr.:
E-Mail:	
Art der Erkrankungen*:	

*kein Pflichtfeld, rein statistische Angabe

Ich erkläre meinen Beitritt zum Verein „Uveitis“ als

- Betroffener
- Eltern von betroffenen Kindern/Jugendlichen
- Familienmitglied (Angehörige von betroffenen Mitgliedern)
- förderndes Mitglied

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 15,00 €

Ich bitte um jährlichen Abruf des Betrages von _____ € von meinem Konto

Kto.- Nr.:	IBAN:	
	SWIFT-BIC	Bank:

Ich benötige am Jahresende eine Spendenbestätigung: Ja Nein

Einwilligungserklärung

Die Vereinssatzung mit der darin enthaltenen Regelung zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. In die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten (z.B. Weitergabe an Mitglieder, Gliederung des Vereins etc.) zu mitgliedschaftlichen und vereinsinternen Zwecken erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Änderungen meiner Anschrift oder der Bankverbindung teile ich mit.

Mitgliedsausweise werden – aus Kostengründen – nicht zugesandt.

Ort:	Datum:	Unterschrift:
------	--------	---------------

Spendenkonto: Sparkasse Oberhessen - IBAN: DE89 5185 0079 0027 0944 49 - SWIFT-BIC: HELADEF1FRI





Unsere regionalen Ansprechpartner:



Aachen /Stolberg, Nordrhein-Westfalen	Kerstin Stettner 02402 / 1243715	khk.stettner@gmx.de
Altomünster, Bayern	Gabriele Müller 08254 / 995542	uveitis.bayern@gmail.com
Bensheim, Hessen	Birgit Linke 06251 / 584669	birgit.linke@t-online.de
Berlin, Berlin	Klaus Bischof 030 / 4953858	klmobischof@aol.com
Bonn, Nordrhein-Westfalen	Gabriele Müller 0228 / 3506856	rheuma-selbsthilfe-bonn@web.de
Cottbus, Brandenburg	Andreas Rössel 0355 / 426544	roessel-andreas@arcor.de
Gütersloh, Nordrhein-Westfalen	Monika Abel 05241 / 49357	
Hanau, Hessen	Bernd Fleckenstein 06181 / 571743	bpfleckenstein@arcor.de
Raitenbuch, Bayern	Edith Heckl 09147 / 945600	
Rheinfelden, Baden-Württemberg	Sonja Neumann 07623 / 8250	Neumann-s@gmx.de
Rodenbach, Hessen	Roland Bruckmeier 06184 / 991287	uveitis@rbaa.de
Schwalmtal, Hessen	Angela Ruppel 06630 / 642	a.ruppel-uveitishessen@web.de
Siegen, Nordrhein-Westfalen	Iris Schönemann 02738 / 3072380	uveitis-shg-siegen@web.de



Termine

- Die aktuellen Termine finden Sie auf unserer Internetseite unter uveitis.jimdo.com
- Termine der einzelnen Selbsthilfegruppen können dort erfragt werden



Voll auf der Höhe
1015m

Fachkliniken Sonnenhof

Die Fachkliniken Sonnenhof sind ein Rehabilitationsklinikum mit Hotelcharakter. Unser Haus ist auf folgenden Gebieten spezialisiert:

**Orthopädie / Sportmedizin
Innere Medizin
Augenheilkunde
Dermatologie**

- Zulassung für alle Kassen -

Fordern Sie unser Informationsmaterial an:

**Fachkliniken Sonnenhof
Kirchstr. 2 • 79862 Höchenschwand
Telefon: 0 76 72 / 4 89-0**

www.fachkliniken-sonnenhof.de