
Frage – Antwort

Winkelfehlsichtigkeit – eine Begriffsverwirrung

Frage

Die Winkelfehlsichtigkeit wird von mehreren Optikern vorwiegend an Kindern im 1. und 2. Schuljahr gemessen und dann mit einer Prismenbrille korrigiert. Manche Augenärzte stellen sich vehement gegen die Existenz einer Winkelfehlsichtigkeit und behaupten, es handle sich um eine Geschäftemacherei der Optiker. Andererseits kenne ich einige Eltern, die sagen, dass sich die Lese- und Rechtschreibfähigkeit ihrer Kinder nach der Verwendung der Prismenbrille deutlich gebessert habe. Fachliche Diskussionen mit Augenärzten sind nach meinen Erfahrungen nur sehr eingeschränkt möglich, zumindest habe ich von augenärztlicher Seite kein fachliches Urteil erhalten, an dem ich mich orientieren könnte.

Was verbirgt sich aus augenärztlicher Sicht hinter der sog. Winkelfehlsichtigkeit? Wann ist ein solcher Sehfehler korrekturbedürftig?

Antwort

Der von Optikern benutzte Begriff der »Winkelfehlsichtigkeit« wurde von R. VIREKUS 1987 geprägt und wird folgendermaßen definiert (1):

»Zustand eines Augenpaares, bei dem in der optometrischen Vergenz-Ruhestellung ein lateraler Bildlagefehler vorhanden ist. Stimmt die optometrische Vergenz-Ruhestellung mit der Orthostellung überein, so liegt keine »Winkelfehlsichtigkeit« vor«.

Semantisch handelt es sich um die Germanisierung des Begriffes für Heterophorie durch die optometrische Fachsprache. Dort versteht man die sog. »Winkelfehlsichtigkeit« als unerkannte und u. U. beschwerdefreie Binokularstörung, die mit Prismengläsern zu beheben sei (2).

Eine Heterophorie (3) ist die latente, d. h. versteckte und nur unter bestimmten Belastungsbedingungen deutlich werdende Schielstellung der Augen bei sonst normalem Binokularsehen, die u. U. Beschwerden wie Brennen, diffuse retroorbitale Schmerzen, Tränen oder Ermüdungsgefühl (»Asthenopie«) auslösen kann. Lautet die korrekte adäquate medizinische Diagnose Heterophorie, so sind Begriffe wie Pathophorie, Fixationsdisparation (4) und Asthenopie mit zu berücksichtigen, da sie verwandte Beschwerdebilder beschreiben, die u. U. symptomatisch sein können.

Zwischen Optikern und Augenärzten gibt es unterschiedliche Auffassungen über die Definition der »Winkelfehlsichtigkeit«, die wissenschaftlich nicht als eigenständiger Begriff akzeptiert ist, und vor allem über die Notwendigkeit ihrer Behandlung.

Eine offensive PR-(»Informations«)-Politik trägt zur Verbreitung des Begriffes der »Winkelfehlsichtigkeit« (5) bei und schafft insofern Verwirrung, als eine Auseinandersetzung auf 3 verschiedenen Ebenen mit bewußtem und unbewusstem Austausch gegeneinander stattfindet:

1. allgemeine Diskussion mit plausiblen Begriffen für Laien (5);

2. fachlich-wissenschaftliche Auseinandersetzung zwischen Optikern, Orthoptistinnen und Strabologen um die Begriffsbestimmung »Winkelfehlsichtigkeit« vor dem Hintergrund der ärztlichen Diagnosestellung Heterophorie mit unterschiedlichem, konträren Therapieansatz (Therapie als ärztliches Privileg);

3. berufspolitische Auseinandersetzung zwischen Optikern und Augenärzten um die Rechtmäßigkeit der Verordnung und des Verkaufes von Prismengläsern.

Zusätzlich mit in die allgemeine Diskussion einfließende Diagnosen wie Legasthenie, Lese- und Konzentrationsschwierigkeiten sind aus augenärztlicher Sicht keine Indikation für eine durch Optiker vorgenommene »Therapie« durch Prismengläser. Auch Ergotherapeuten beteiligen sich an der Diskussion über die Behandlung binokularer Dysfunktionen (6), haben aber ebensowenig wie Optiker eine ärztliche Ausbildung in Sinnesphysiologie, Orthoptik oder Strabologie.

Prismen werden in der Strabologie (Lehre von der Diagnostik und Therapie von Schielerkrankungen) hauptsächlich diagnostisch eingesetzt und nur selten – nach sorgfältiger neuroophthalmologischer Diagnostik – für begrenzte Zeit therapeutisch genutzt. Eine dauerhafte therapeutische Maßnahme ist das jedoch nicht.

Die MKH-Methode (Verkauf von Prismen durch Optiker) propagiert dagegen das langfristige Tragen von Prismenbrillen. Weil sich der Patient an die Prismen gewöhnt, wird nach einiger Zeit eine höhere Prismendosierung erforderlich, um die vermeintlich angenehme Sehweise aufrechterhalten zu können. Hier kann eine Abhängigkeit entstehen. Eine Erhöhung der Prismendioptrien bedeutet dann, neue Gläser zu kaufen, die zusätzlich schwerer sind als die vorherigen – ohne dass eine adäquate Therapie stattgefunden hat. Die Fusionsfähigkeit der Augen

(d. h. des Gehirns) ist physiologisch und wird durch die Prismengabe u. U. erleichtert.

Eine solche angenehme »Hilfe« hat aber den Preis schwerer Gläser (durch das Gewicht der Prismen), der therapeutischen Oberflächlichkeit, des »Verfallsdatums« der aktuellen Prismengläser (Gewöhnung) und einer teuren Anschaffung.

Die Kontroverse zwischen Augenärzten und Optikern, vor allem Anhängern der »MKH-Schule« des Herrn HAASE wird bestehen bleiben, da eine komplizierte medizinische Diagnose wie die Heterophorie und Pathophorie nicht vereinfacht und auch nicht mit einer wissenschaftlich nicht anerkannten »Therapie« behandelt werden kann. Komplizierte neurophysiologische Sachverhalte und die unter diese Rubrik fallenden Binokularstörungen (Störungen des beidäugigen Sehens) sind nicht immer allgemeinverständlich und plausibel zu erklären, wie es eine Broschüre (5) weismachen will.

Kritik der Augenärzte an der sog. »MKH-Methode«

Die Mess- und Korrektionsmethodik nach HAASE (7) mischt handwerklich-messtechnische Verfahren für Optiker mit wissenschaftlich-fachärztlichen Begriffen aus der Sensomotorik, der Physiologie und der Strabologie und kreiert daraus eigenständige Begriffe. Daraus wird der Anspruch abgeleitet, dass der Optiker bei Binokularbeschwerden mit einer vermeintlich kausalen Therapie helfen kann.

Die Kritik der Augenärzte richtet sich hauptsächlich gegen die rezeptfreie Vergabe von Prismengläsern an Kunden, für die es keine ärztliche Indikation gibt. Die subjektiven (asthenopischen) Beschwerden der Patienten sollten immer strabologisch-orthoptisch untersucht werden, weil die Diagnostik kompliziert und vielschichtig sein kann. Prismen sind hier eine oberflächliche und keine therapeutische Maßnahme. Zwar kann eine Fehlstellung der Augen durch das Vorsetzen von Prismen-

gläsern kurzfristig kompensiert werden, weil der Patient die prismatische Aberration der Lichtstrahlen als angenehme beidäugige Entlastung empfindet, aber dies ist keine kausale Therapie.

Vorgehen bei Beschwerden im Binokularbereich

Der Verdacht auf eine Fehlsichtigkeit sollte bei einem Augenarzt mit orthoptischem Sachverstand und den hierzu notwendigen diagnostischen Möglichkeiten abgeklärt werden (Strabologe, Orthoptistin), da die Untersuchungen Fachwissen auf diesem Gebiet erfordern. Die Zusammenarbeit mit Optikern und Ergotherapeuten bleibt bei entsprechender Auffälligkeit des Patienten unbenommen. Augenärzten sollte ihre akademische Kompetenz nicht abgesprochen werden, und Optikern sollte die Souveränität der freien und fairen Kooperation mit Augenärzten erhalten bleiben.

Literatur

1. Goersch H. Die drei notwendigen Testarten zur vollständigen Heterophoriebestimmung. Dtsch Optikerz 1987; 11: 6–16.
2. Haase HJ. Zur Fixationsdisparation. Heidelberg: Optische Fachveröffentlichung GmbH; 1995.
3. DIN 5340 (s. »Fixationsdisparation«, »Heterophorie«). Begriffe der physiologischen Optik. Berlin: Beuth; 1997.
4. Gerling J, et al. Fixationsdisparation am Pola-Zeigetest: nicht repräsentativ für die Augenstellung unter natürlichen Sehbedingungen. Klin Monatsbl Augenheilkd 1998; 212: 226–233.
5. Flegl G. Was ist eigentlich eine Winkelfehlsichtigkeit? 74343 Sachsenheim, Hauptstraße 14.
6. Wulff U. Gestörtes beidäugiges Sehen und Schulversagen. Ergotherapie Rehabilitation 7/2000. Idstein: Schulz-Kirchner; 2000. S.15–22.
7. Goersch H. Winkelfehlsichtigkeit – das Meßergebnis der MKH. Neues Optiker Journal 1995; 12: 10–13.

Priv.-Doz. Dr. DIETLIND FRIEDRICH
Alleestraße 6
65812 Bad Soden

pädiat. prax. 59, 332–334 (2001)