

Georg Stollenwerk

Reizthema Winkelfehlsichtigkeit

Bereits seit vielen Jahren engagiert sich die Vereinigung JUVEMUS auf dem Gebiet der Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungsschwächen.

Am 07.09.2000 hielt die 1. Vorsitzende von JUVEMUS, Frau Ebba Labbé, in Zusammenarbeit mit der Familienbildungsstätte Andernach einen Vortrag zum Thema ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität). Zu ihrem Erstaunen wurde sie am Vortragsabend mit einem Schreiben des ortsansässigen Augenarztes Dr. Ulrich Dortmann konfrontiert, welches der Familienbildungsstätte kurz zuvor zugestellt worden war.

Frau Labbé wunderte sich aber nicht nur über den schlechten Stil, dass der Augenarzt sie als Referentin umgangen hatte, sondern auf Grund fundierter eigener Recherchen und Erfahrungen, der wissenschaftlichen Unterstützung durch den Wissenschaftlichen Beirat von JUVEMUS sowie der engen Zusammenarbeit mit Augenoptikern, Augenärzten und Orthoptistinnen auch über die Inhalte des Schreibens und wandte sich mit der Bitte um eine wissenschaftliche Stellungnahme an die Internationale Vereinigung für Binokulare Vollkorrektur (IVBV).

Der Brief des Augenarztes

An die
Familienbildungsstätte Andernach

Betr.: Vortrag zur Diagnostik des
ADS-Syndroms

Sehr geehrte Damen und Herren!

Da im Zusammenhang mit dem ADS-Syndrom und der Legasthenie immer wieder der Begriff der „Winkelfehlsichtigkeit“ auftaucht und eine Behandlung mit Prismenbrillen empfohlen wird, möchte ich als Augenarzt, der sich insbesondere mit der Behandlung von Schiel- und Schwachsichtigkeiten bei Kindern beschäftigt, dazu folgendes bemerken:

1.

ADS-Syndrom und Legasthenie sind Erkrankungen, die nicht durch Augen-erkrankungen entstehen.

2.

Da Kinder mit diesen Erkrankungen in der Schule einer Belastungssituation ausgesetzt sind, sollten alle sonstigen Erkrankungen und natürlich auch Augenerkrankungen und Sehfehler ausgeschlossen und falls vorhanden behandelt werden.

3.

Augenärzte verfügen über eine ganze Palette von erprobten und wissenschaftlich fundierten Methoden, um Sehfehler und Fehlstellungen der Augen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

4.

Der Begriff „Winkelfehlsichtigkeit“ wird von Augenärzten abgelehnt. Ca. 90 Prozent aller Menschen haben ein verborgenes Schielen, welches in der Regel keinerlei Beschwerden macht. Nur selten ist eine Behandlung nötig.

5.

Der Begriff „Winkelfehlsichtigkeit“ wurde von Optikern eingeführt, um aus dieser physiologischen, normalen Augenabweichung (latentes Schielen) eine immer behandlungsbedürftige Fehlsichtigkeit zu machen. Der Hintergrund ist der, dass Fehlsichtigkeiten von Optikern mit Brillen korrigiert werden dürfen, während Augenerkrankungen nur von Augenärzten behandelt werden dürfen.

6.

Die Optikerdiagnose „Winkelfehlsichtigkeit“ gründet einzig und allein auf der Beurteilung eines einzigen Untersuchungsverfahrens, nämlich des sog. Polatests. Bei diesem Test wird in einer speziellen Untersuchungssituation eine eventuell nur minimale Augenfehlstellung nachgewiesen, die sog. Winkelfehlsichtigkeit. Zur Behandlung dieser Fehlstellung werden dann Prismenbrillen verordnet.

7.

Während der Vorteil einer Prismenbehandlung dieser nur mit dem Polatest nachgewiesenen Fehlstellungen niemals bewiesen wurde, sind die Nachteile der Behandlung lange bekannt.

Es besteht die große Gefahr, dass die Prismen immer weiter verstärkt werden müssen, so dass schließlich eine Operation nötig wird.

8.

Selbstverständlich werden auch bei einer sorgfältigen augenärztlich-orthoptischen Untersuchung sämtliche Sehfehler und Stellungsfehler der Augen ausgeschlossen und falls vorhanden behandelt. Dabei ist es gerade bei Kindern unerlässlich, dass bei der Untersuchung die Pupillen erweitert werden und eine eventuell vorhandene Weitsichtigkeit erkannt und vollständig ausgeglichen wird. Meist ist die Verordnung von normalen Brillen ausreichend, um Fehlsichtigkeiten auszugleichen. Im Einzelfall kommen aber auch Bifokalbrillen oder Prismenbrillen zur Anwendung, sehr selten ist eine Operation unvermeidlich.

Leider kann ich an dem Vortrag nicht persönlich teilnehmen. Ich hoffe, mit diesen Erläuterungen zur Klarheit der Begriffe beitragen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ulrich Dortmann
(Augenarzt, Andernach)

Die Stellungnahme der IBV

An JUVEMUS e.V., Koblenz
Frau Ebba Labbé

Stellungnahme zu den Ausführungen
von Dr. U. Dortmann

Sehr geehrte Frau Labbé,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 26.10.00, mit dem Sie uns ein an die Familienbildungsstätte Andernach gerichtetes Schreiben des Augenarztes Dr. med. Ulrich Dortmann vom 05.09.00 zur Stellungnahme zukommen ließen.

Gestatten Sie mir eine kurze Vorbemerkung zu unserer Vereinigung: Die IBV ist eine in der Schweiz eingetragene internationale Vereinigung, in der sich Angehörige verschiedener Berufsgruppen interdisziplinär für gutes beidäugiges Sehen einsetzen. Dies sind zum Beispiel Augenärzte, Augenoptiker, Orthoptistinnen, Ergotherapeuten, Logopäden und Lehrer.

Allein schon aufgrund unserer interdisziplinären Mitgliederstruktur be-

schränken wir uns auf fachwissenschaftliche Arbeit und nehmen an berufspolitischen Auseinandersetzungen von Berufsverbänden grundsätzlich nicht teil. Die IVBV vertritt einzig und allein die Interessen von Menschen, die Anstrengungsbeschwerden und/oder Sehstörungen aufgrund bestimmter beidäugiger Sehfehler haben.

Unsere berufspolitische Neutralität gestattet es uns, nach allen Seiten offen zu sein, und wir bieten gerne unsere fachliche Hilfestellung an, insbesondere wenn es um die Belange von Sehhilfebedürftigen geht. In diesem Sinne möchte ich eine objektive Analyse der Darstellungen von Herrn Dr. Dortmann vornehmen:

Zu den Punkten 1. und 2. bedarf es keiner Anmerkungen; den dort getroffenen Aussagen kann ich uneingeschränkt zustimmen. Die Ausführungen unter Punkt 3. gehören inhaltlich zu Punkt 8., weshalb ich mich darauf beschränke, Letzteren zu kommentieren.

zu 4.:

Herr Dr. Dortmann schreibt, der Begriff Winkelfehlsichtigkeit werde „von Augenärzten“ abgelehnt. Dies trifft in dieser pauschalen Form nicht zu, obgleich der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA) aus berufspolitischen Gründen eine regelrechte Kampagne gegen diesen Begriff führt.

In Deutschland werden gelegentlich auch die von Herrn Dr. Dortmann gewählten Bezeichnungen „verborgenes Schielen“ oder „latentes Schielen“ verwendet, um einen ähnlichen Sachverhalt zu umschreiben. Ein weiterer (und eher gebräuchlicher) Begriff ist „Heterophorie“.

Es würde den Rahmen dieser Erörterungen sprengen, die Unterschiede zur Winkelfehlsichtigkeit im Detail aufzuzeigen. Nur soviel sei angemerkt, dass die bei der Augenglasbestimmung herrschenden Sehbedingungen einen entscheidenden Einfluss auf das Messergebnis nehmen. Vielen älteren Testverfahren zur Prüfung des Binokularsehens ist gemein, dass sie unter unnatürlichen Sehbedingungen stattfinden, wodurch das Ergebnis oft fehlerhaft und die so ermittelte Korrektur meist unverträglich ist. Die auf diese Weise festgestellte Abweichung vom idealen beidäugigen Sehen wird üblicherweise als Heterophorie bezeichnet.

Winkelfehlsichtigkeit wird mittels eines zeitaufwendigen Messverfahrens ermittelt, welches unter natürlichen Sehbedingungen durchgeführt wird. Die

hierbei ermittelte Brillenkorrektur weicht nicht nur meist vom Heterophoriewert ab, sondern ist in aller Regel auch gut verträglich. Die zugrundeliegende Methodik (MKH = Mess- und Korrekturmethode nach H.-J. Haase) hat sich in vier Jahrzehnten zehntausendfach bewährt.

Analog zur Winkelfehlsichtigkeit wird im angelsächsischen Sprachraum schon seit langem der Begriff associated phoria verwendet, und die (bei aufgehobenem Binokularsehen gemessene) Heterophorie wird dort als dissociated phoria bezeichnet. Der Begriff Winkelfehlsichtigkeit hat also nicht nur eine eindeutige fachliche Berechtigung, sondern er ist für eine sinnvolle Differenzierung sogar zwingend notwendig.

Aus all diesen Gründen wird im Folgenden ausschließlich von Winkelfehlsichtigkeit die Rede sein. Nebenbei sei aber noch angemerkt, dass den Betroffenen völlig gleichgültig ist, wie Fachleute ihren Sehfehler nennen. Sie erwarten „nur“, dass ihnen bezüglich ihrer Probleme wirksam geholfen wird.

Die Häufigkeit von Winkelfehlsichtigkeit wird von Herrn Dr. Dortmann korrekt mit ca. 90 % angegeben, er schreibt aber dann, sie verursache „in der Regel keinerlei Beschwerden“. Diese Aussage ist zumindest leichtfertig, wenn nicht sogar äußerst fraglich. Interessanterweise wird in augenärztlichen Quellen die Beschwerdebauhäufigkeit von Winkelfehlsichtigkeiten (dort Heterophorien genannt) immer wieder mit nur ca. 10 % angegeben.

Intensive Untersuchungen zur Korrektur von Winkelfehlsichtigkeit mit Hilfe der MKH hingegen haben ergeben, dass die Beschwerdebauhäufigkeit bei ca. 43 % liegt (gemäß einer Schweizer Studie aus dem Jahre 1980 aufgrund von mehr als 18.500 Augenglasbestimmungen). Offenbar führen schon Art und Umfang der Anamnese zu völlig unterschiedlichen Bewertungen, so dass in vielen Fällen Korrekturen unterbleiben, obwohl sie indiziert wären.

zu 5.:

Die Feststellung von Herrn Dr. Dortmann, bei Winkelfehlsichtigkeit handle es sich um eine physiologische, normale Augenabweichung ist absolut korrekt. Auch aus Sicht der IVBV ist Winkelfehlsichtigkeit nicht krankhaft, was sich alleine schon aufgrund der Häufigkeit (ca. 90 %) vermuten lässt.

Unlogischerweise schreibt Herr Dr. Dortmann im Zusammenhang mit Winkelfehlsichtigkeit aber mehrmals von „Behandlung“. Dieses Wort trifft

jedoch nur auf Krankheiten zu. Da es sich bei Winkelfehlsichtigkeit um keinen krankhaften Zustand handelt, lässt sich dieser weder behandeln noch therapieren.

Mit einfachen Worten erklärt: Bei Winkelfehlsichtigkeit liegt ein Ungleichgewicht der Augenbewegungsmuskulatur vor, welches dem Betroffenen einen mehr oder weniger großen Energieaufwand abverlangt. Würden nämlich die Augen ihre anstrengungsärmste Stellung (Ruhestellung) einnehmen, dann entstünden aufgrund der Fehlstellung Doppelbilder. Daher unterliegt ein Winkelfehlsichtiger dem (unwillkürlichen) Zwang, diesen Sehfehler auszugleichen, was zu vielfältigen Beschwerden führen kann.

Es gibt allerdings auch immer wieder Fälle, bei denen trotz nachweisbarer Winkelfehlsichtigkeit keine entsprechenden Beschwerden vorhanden sind. Eine Korrektur ist dann nicht zwingend erforderlich. Ein verantwortungsbewusster Augenglasbestimmer wird aber ohnehin jeden Einzelfall sorgfältig abwägen und seinen Klienten umfassend aufklären.

Herr Dr. Dortmann unterstellt, der Begriff Winkelfehlsichtigkeit sei „von Optikern eingeführt“ worden – und zwar mit dem Ziel aus einer Normabweichung eine „immer behandlungsbedürftige“ Fehlsichtigkeit zu machen. Diese Aussage ist nicht nur falsch, sondern sie entbehrt auch jeglicher seriösen Grundlage. An dieser Stelle offenbart Herr Dr. Dortmann, dass er keinerlei Kenntnisse von den Entscheidungskriterien für die Korrektur einer Winkelfehlsichtigkeit besitzt. Die IVBV lehnt dogmatische Forderungen, jede Winkelfehlsichtigkeit prismatisch zu korrigieren oder in jedem Fall eine Vollkorrektur zu verordnen, selbstverständlich ab. Nähere Einzelheiten sind dem von der IVBV herausgegebenen verbindlichen Regelwerk für die MKH („Richtlinien zur Korrektur von Winkelfehlsichtigkeit“) zu entnehmen, welches Herr Dr. Dortmann offensichtlich nicht kennt.

zu 6.:

Winkelfehlsichtigkeit ist keine „Optikerdiagnose“, sondern wird auch von vielen mit der notwendigen Messmethodik vertrauten Augenärzten festgestellt.

Offenbar kennt Herr Dr. Dortmann die Messmethodik zur Korrektur von Winkelfehlsichtigkeit nicht aus eigener Erfahrung, denn er schreibt abwertend, das Ergebnis Winkelfehlsichtigkeit gründe sich „einzig und allein auf der Beurteilung eines einzigen Untersuchungsverfahrens“. Es fehlen ihm

wohl auch wichtige Informationen zum Sehprüfgerät Polatest, zum Beispiel dass dieses bis zu 16 verschiedene Binokularteste enthält. Hierdurch lassen sich alle die Winkelfehlsichtigkeit betreffenden Sehfunktionen umfassend überprüfen.

Nach eigenem Bekunden beschäftigt sich Herr Dr. Dortmann „insbesondere mit der Behandlung von Schiel- und Schwachichtigkeiten bei Kindern“. Echtes Schielen ist unstreitig krankhafter Genese und bedarf gänzlich anderer Untersuchungs- und Korrektionsmaßnahmen. Doch das medizinische Wissen aus der Schielbehandlung lässt sich nicht auf Winkelfehlsichtigkeit übertragen. Genau diesem Irrtum scheint Herr Dr. Dortmann jedoch zu unterliegen, indem er das für die Korrektur von Winkelfehlsichtigkeit konzipierte Polatest-Gerät kritisiert.

Weiter führt Herr Dr. Dortmann aus, am Polatest-Gerät werde eine „eventuell nur minimale“ Augenfehlstellung nachgewiesen. Tatsächlich besteht keinerlei Korrelation zwischen der Größe einer Winkelfehlsichtigkeit und den durch sie möglicherweise verursachten Sehbeeinträchtigungen. Erfahrene Anwender der MKH stellen täglich kleinste Winkelfehlsichtigkeiten fest, von denen sich im Korrektionsverlauf herausstellt, dass sie für massive Beschwerden verantwortlich waren.

Ebenso kommen Fälle vor, bei denen sehr große Winkelfehlsichtigkeiten völlig beschwerdefrei kompensiert werden, so dass auch keine Korrektur erforderlich ist.

zu 7.:

Dr. Dortmann stellt die jahrzehntelangen Erfolge mittels der MKH-Prismen in Frage. Würde er die Methodik selbst anwenden, hätte er sicherlich ein anderes Bild, denn es würden sich auch bei seinen Patienten rasch die Erfolge einstellen, die er hier bezweifelt, weil sie angeblich „niemals bewiesen“ wurden.

Zur Erklärung: Winkelfehlsichtigkeiten lassen sich auf einfache Weise mit Prismenbrillen korrigieren. Dabei wird dem Augenpaar gestattet, hinter den prismatischen Brillengläsern die anstrengungsärmste Stellung einzunehmen.

Den Augen bleibt dadurch der belastende Selbstaussgleich erspart. Sofern dieser ursächlich für Sehprobleme verantwortlich war, verschwinden diese erfahrungsgemäß relativ bald durch das Tragen der entlastenden Prismengläser.

Rein technisch betrachtet lenken die Prismen die Lichtstrahlen so ab, dass die Netzhautbilder in beiden Augen auf die richtige Stelle verschoben werden – und zwar während sich das Augenpaar in seiner Ruhestellung befindet. Die bei einer Augenglasbestimmung vorgenommene Bestimmung der Korrektionsgläser ist somit ein rein physikalischer, optisch-technischer Messvorgang, bei dem verschiedene Bildlagefehler in den Augen korrigiert werden. Dies wurde sinngemäß erst kürzlich wieder von einem deutschen Gericht bestätigt.

Die Verlagerung der Bilder auf die richtigen Stellen (Netzhautmitten) kann grundsätzlich keinen Schaden anrichten, auch wenn der BVA dies gerne propagiert, um damit in Frage zu stellen, ob Augenoptiker diese Messungen überhaupt vornehmen dürfen.

Die von Dr. Dortmann aufgeführten Nachteile, welche angeblich „lange bekannt“ sind, dürften somit kaum auf eigene Erfahrungen zurückgehen. Eher ist wahrscheinlich, dass es sich um die Wiedergabe berufspolitisch motivierter Aussagen seines Berufsverbandes handelt.

Angeblich besteht die „große Gefahr“, die Prismen immer weiter verstärken zu müssen – bis hin zur Operation. Herr Dr. Dortmann sollte eigentlich wissen, dass derart große Winkelfehlsichtigkeiten nur sehr selten vorkommen. Laut Statistik besitzen nur 2,4 % aller Winkelfehlsichtigkeiten eine Größe ab 12 Prismendioptrien. Augenmuskeloperationen werden aber in der Regel sogar erst ab etwa 20 Prismendioptrien erwogen.

Insofern sind derartige Aussagen eines Augenarztes unverantwortlich und in hohem Maße dazu geeignet, zur Verunsicherung von Betroffenen beizutragen.

zu 8.:

Wenn Herr Dr. Dortmann sorgfältige augenärztliche/orthoptische Untersuchungen zusichert, so mag dies für seine Praxis zutreffen, ist aber leider nicht der Regelfall. Aus unserer Erfahrung bleiben bei augenärztlichen Untersuchungen die meisten Winkelfehlsichtigkeiten unentdeckt und/oder führen zu keinen Verordnungen von Prismenbrillen. Der Aussage, meist sei die Verordnung von „normalen Brillen ausreichend“ muss ich entschieden widersprechen: Leider ist es an der Tagesordnung, dass beispielsweise Kindern trotz deutlicher Auffälligkeiten allenfalls solch eine „normale“ (nichtprismatische) Brille verordnet wird. Es stellt sich dann

meist heraus, dass diese Brille nicht hilft, im Falle einer vorhandenen Winkelfehlsichtigkeit deren Korrektur mit einer Prismenbrille dann aber zu nachhaltigen Erfolgen führt.

Die in diesem Zusammenhang angesprochene obligatorische Pupillenerweiterung bei Kindern gilt mittlerweile als umstritten, soll aber an dieser Stelle nicht näher erörtert werden.

Da Herr Dr. Dortmann einleitend die Begriffe ADS-Syndrom und Legasthenie verwendet, ohne dann in seinem Schreiben darauf einzugehen, möchte ich abschließend zumindest festhalten, dass in keinem dieser beiden Fälle ein direkter Zusammenhang mit Winkelfehlsichtigkeit besteht. Aufgrund der Häufigkeit von Winkelfehlsichtigkeit ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass auch viele ADS- und Legasthenie-Kinder zusätzlich winkelfehlsichtig sind. Die Symptome können in vielen Fällen recht ähnlich gelagert sein, sich zumindest in Teilbereichen überschneiden. Dies macht eine sichere Trennung im Vorfeld unmöglich und legt nahe, einen Korrektionsversuch mittels Prismenbrille bei vorhandener Winkelfehlsichtigkeit zumindest ernsthaft in Erwägung zu ziehen.

In der Hoffnung Ihnen mit diesen Ausführungen bei der Beurteilung des Sachverhalts weitergeholfen zu haben, verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen

Georg Stollenwerk
(Präsident der IVBV, Limburg)

ADS/H?

= Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität

Das ADS/H ist unter verschiedenen Namen, z.B. minimale cerebrale Dysfunktion (MCD), Lernstörung, Hyperaktivität, hyperkinetisches Syndrom (HKS), psycho-organisches Syndrom (POS), Teilleistungsstörung bekannt. In der Fachliteratur wird es schon seit 100 Jahren beschrieben. Auch in der Kinder- und Jugendliteratur sind diese Kinder dargestellt, so z.B. im „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann und im „Trotzkopf“ von Emmi v. Roden.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft ist ADS/H eine angeborene Hirnstoffwechselstörung. Stoffe, die man Neurotransmitter nennt, werden entweder in zu geringer Menge produziert oder zu schnell abgebaut.

Quelle: www.juvenus.de/Hilfen