

## **Winkelfehlsichtigkeit: Diagnose oder Scharlatanerie?**

Kein Thema der Ophthalmologie und Optometrie wird in den letzten Jahren so leidenschaftlich, aber gleichzeitig auch so unsachlich und kontrovers diskutiert wie das der Winkelfehlsichtigkeit.

Der noch strittige, aber dem Laien sehr eingängige Begriff „Winkelfehlsichtigkeit“ (WF) wurde von Augenoptiker Rudolf Virkus 1984 zur Diskussion gestellt und 1987 von dem Physiker Dr. Helmut Goersch in die offizielle Nomenklatur der Optometrie - nicht aber Ophthalmologie - übernommen. Mit der Verwendung des Begriffes „Sichtigkeit“ analog zu den Termini Kurz- und Weitsichtigkeit, die auch in den Aufgabenbereich der Augenoptiker gehören, birgt das Wort WF erhebliche berufspolitische Brisanz. Denn Störungen des Binokularsehens gehören als Krankheiten in den Aufgabenbereich der Ple- und Orthoptik, also der Augenärzte und der mit diesen verbundenen Orthoptistinnen. Gegen diesen Angriff auf ihre Therapiehoheit führen die Augenärzte nun seit Jahren einen heftigen Kampf mit dem Ergebnis, dass Augenoptiker ohne ärztliche Verordnung keine Prismengläser zum Ausgleich der WF zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgeben dürfen.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Winkelfehlsichtigkeit“? Nach Goersch ist WF ein Zustand des normalen Binokularsehens, bei dem die optometrische Vergenz-Ruhestellung nicht mit der Orthostellung übereinstimmt, wobei die optometrische Vergenz-Ruhestellung definiert ist als Ruhestellung bei Anwesenheit von Fusionsreizen, d. h. von beiden Augen gleichzeitig wahrgenommenen Objekten wie beim natürlichen Sehen.

Im Gegensatz dazu besteht fusionsfreie Vergenz-Ruhestellung bei Abwesenheit von Fusionsreizen, d. h. bei aufgehobenem Binokularsehens. Der hierfür zu-treffende Zustand wird nach gültiger deutscher Begriffsnorm als Heterophorie definiert, d. h. Phorie, bei dem ein Unterschied zwischen Orthostellung und Vergenzstellung während teilweiser oder völliger Aufhebung der Fusions-möglichkeit besteht.

Anders als im angloamerikanischen Schrifttum gibt es in der deutschen Nomenklatur keinen differenten Begriff, der den Unterschied zwischen dissoziierter (fusionsloser) und assoziierter (Phorie mit erhaltener Fusion) Heterophorie exakt beschreibt. Diesen Mangel kann und muss man dem Normenausschuss anlasten, nicht aber unbedingt dem Wortschöpfer des Begriffes „Winkelfehlsichtigkeit“, der sich wie ein Lauffeuer in den Köpfen der Anwender, Befürworter und Betroffenen rasant ausgebreitet hat.

## **Muskelapparate am Auge zur Akkommodation und Fusionsarbeit.**

Aktuell wurde der Wunsch nach Differenzierung der Phorien mit der Einführung der Mess- und Korrektionsmethode nach Haase (MKH). Der Berliner Augenoptiker H.J. Haase litt an schwerer Pathophorie mit zeitweiligen Doppelbildern, chronischen Kopfschmerzen, rascher Ermüdbarkeit und motorischer Ungeschicklichkeit. An der Berliner Fachschule für Augenoptik beobachtete er in den 1950er Jahren in zahllosen Versuchsreihen, u. a. an sich selbst, die eminente Bedeutung der Fusion für das binokulare Verhalten und das Befinden der Betroffenen. Gemeinsam mit der Firma Zeiss entwickelte er den Polatest sowie am Polatestgerät ein ausgeklügeltes Verfahren der Heterophoriemessung unter zunehmender fusionaler Anstrengung.

Mittels polarisierter Testfiguren kann die WF bei zunehmendem Fusionszwang in einer fünfstufigen Versuchsanordnung gemessen und sofort prismatisch ausgeglichen werden. Bei positiver Polarisation werden dunkle Zeichen auf hellem Grund und bei hellem Umfeld dargeboten.

## **Polatest nach Haase**

Emmetropie (Normalsichtigkeit) und Orthophorie (Stereopsis) sind Voraussetzungen für ein optimales ermüdungsfreies Sehen in Ferne und Nähe (Lesen).

Nur dieser Zustand mit optimalem Akkommodation/Konvergenz-Quotienten erfüllt die biophysikalische Forderung nach geringstem Energieaufwand. Jede Abweichung aus der optometrischen Ruhelage erfordert zusätzlich motorische und sensorische Energie für Akkommodation und Konvergenz, zum Beispiel bei nicht kompensierter Hyperopie oder assoziierter Heterophorie (WF). Da durch Dauerüberlastung unseres optischen Systems schwere gesundheitliche Störungen im Sinne von Pathophorien entstehen können, muss optometrisch nachgebessert werden, bis eine korrigierte Emmetropie und Orthophorie erreicht sind.

Der Polatest ist aus meiner Sicht, also der des täglichen Anwenders, der derzeit einzig geeignete Test zur Analyse assoziierter Heterophorien. Nach zuvor durchgeführter objektiver und subjektiver Refraktion (bei Kindern und Jugendlichen unter Cycloplegie) kann unter fast natürlichen Sehbedingungen bei erhaltener zentraler und peripherer Fusion die WF in reproduzierbarer Genauigkeit gemessen und ggf. korrigiert werden.

Speziell in der Diagnostik assoziierter Heterophorien mit Krankheitscharakter (Pathophorien) z. B. bei Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS), Störungen der Fein- und Grobmotorik, asthenopischen Beschwerden z. B. bei Bildschirmarbeit oder mit neurologisch psychiatrischen Symptomen wie Schwindel, Migräne und Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und Angstzuständen leistet der Polatest Unvergleichliches. Unverständlicherweise sieht die Ophthalmologenschaft, vertreten durch DOG und BVA hier nur in seltenen Fällen Zusammenhänge zwischen den Beschwerdebildern und den Binokularstörungen; vor allem im Bereich der LRS werden diese negiert.

Denn seit Prof. Schäfer von der Universitätsaugenklinik Würzburg mit seiner Studie über Zusammenhänge zwischen Augenstörungen und Legasthenie eben keine Störungen bei LRS oder Legasthenie finden konnte – wobei er mit den üblichen Mitteln der dissoziierten Phoriemessung im Sinne der Orthoptik arbeitete – besteht die Lehrmeinung: Liegt keine okuläre Ursache vor, gibt es auch keine okuläre Therapie bei LRS. Lediglich Sehhilfen, wie z. B. Bifokalgläser werden zur Vergrößerung der Optotypen bzw. Entlastung der Akkommodation empfohlen, obwohl diese gar nicht vermindert ist. Deshalb ist diese Therapie aus meiner Sicht nicht hilfreich. Die positiven Erfahrungen Haases und seiner Nachfolger mit der MKH bei LRS fanden keine Berücksichtigung in dieser Studie. Sie werden dort bis heute nicht wahrgenommen. Die MKH bietet nach meiner empirischen Wahrnehmung durch das gleichzeitige Prismenkorrektionsverfahren wertvolle therapeutische Aspekte. In den meisten meiner über 1500 Eigenbeobachtungen mit Prismenkorrektur auf Basis der MKH traten deutliche Besserungen der Beschwerden, in vielen Fällen sogar eine völlige Heilung ein.

Diese positiven Effekte können keinesfalls, wie von MKH-Gegnern häufig behauptet, als Placeboeffekte abgetan werden, da die Beschwerden nach Absetzen der Prismenbrille stets wieder auftraten. Es zeigten sich auch große Winkel, die in etwa 300 Fällen nur durch eine Augenmuskeloperation korrigiert werden konnten, da die Prismenbrillen aus Gewichts-, Sehkomfort- und kosmetischen Gründen nicht mehr akzeptabel waren. Diese Eingriffe waren aber nicht, wie häufig unterstellt, unnötig, sondern medizinisch indiziert. Die postoperativen Ergebnisse mit Symptom- und Beschwerdefreiheit rechtfertigten im Nachhinein die OP-Maßnahme. Ausfälle mit negativen Dauerkonsequenzen habe ich nicht beobachtet. Dem Idealzustand konnte man sich mit „strabologischer“ Genauigkeit nähern.

## **Statistik postoperativer Ergebnisse**

Die Durchführung der MKH am Polatest ist ein subjektiver Messvorgang am Patienten. Sie erfordert viel Zeit und Sachkenntnis des Prüfers und Geduld beim Patienten und muss unter Umständen mehrmals wiederholt werden. Der Aufwand steht zwar zurzeit in keinem Verhältnis zu den finanziellen Erlösen, wird aber überaus gerechtfertigt durch die exzellenten diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse mit dankbaren Patienten und Eltern bei Schulproblemen ihrer Kinder.

Da die Methode zugleich Untersuchung und Therapie ist, die Heilkunde nach dem Gesetz aber ausschließlich in der Hand des Arztes liegt, sollten Augenärzte und Optiker gemeinsam tätig werden, denn bei augenoptischem Alleingang drohen erhebliche forensische Probleme.

Zwar werden von MKH-kundigen Augenoptikern zurzeit mit stillschweigender Duldung der Krankenkassen Prismenbrillen abgegeben. Auch haben viele Patienten „mit den Füßen entschieden“, wem sie größere Kompetenz bei der Behandlung ihrer Beschwerden zutrauen. Aber alle an diesem Verfahren Beteiligten befinden sich in einem rechtsfreien Raum mit möglichen negativen Konsequenzen bei Fehlergebnissen und Kunstfehlern.

Keine Versicherung wird einen betroffenen Augenoptiker bei der derzeitigen Rechtslage schützen, wenn wichtige ophthalmologische und neurologische Befunde übersehen wurden. Dann hilft auch das berechtigte Argument nicht, dass zurzeit für die Zusammenarbeit nur wenige Ophthalmologen zu finden seien, die die MKH beherrschen oder anerkennen. Im Rechtsstreit dürfte diese Betrachtung kein Gehör finden.

Somit besteht zurzeit eine paradoxe Pattsituation:

1. Spezialisierte Augenoptiker beherrschen die MKH am Polatest, könnten also Prismenbrillen abgeben, dürfen es aber wegen der Rechtslage nicht. Das Gros der Augenärzte und Orthoptistinnen lehnt die MKH und Prismen-therapie bei o. g. Krankheitsbildern ab, ohne vorher je das Verfahren an Patienten erprobt zu haben, mit der unbewiesenen Begründung, Prismenbrillen würden die Situation der Betroffenen verschlechtern, Schielen auslösen und eventuell sogar eine unnötige Schieloperation induzieren. Negative Einzelbeobachtungen dürfen hier aber nicht der Methode angelastet werden, dies geschieht ja z. B. bei der Cataract-Operation auch keineswegs.
2. Eine winzige Zahl von Augenärzten, die die MKH anwenden, soll Prismenbrillen nur nach herkömmlicher dissoziierter Phoriemessung bestimmen und verordnen. Dieses Vorgehen wird aus Rechtsgründen dem Schein nach durchgeführt - de facto werden aber die Brillen verordnet, die mit der MKH am Polatest ermittelt wurden, da nur die so ermittelten Werte therapeutischen Nutzen zeigen. Es ist eben zwecklos, bei assoziierter Pathophorie die dissoziierte Heterophorie zu bestimmen und als Verordnungsgrundlage zu benutzen.

## **Unterschiedliche Messergebnisse bei unterschiedlichen Phoriemessungen**

Diese Situation darf im Interesse der betroffenen Patienten nicht so bleiben. Ein Treffen der Spitze der MKH-Anwender und der Elite der Strabologen auf einem Kongress der Bielschowsky-Gesellschaft 1998 in Köln verlief zwar sehr friedlich, führte

aber nicht zur Akzeptanz der MKH. So geht leider die polemisch geführte Diskussion weiter.

- 4 -

Mit der Diskriminierung der MKH durch Androhung von Verboten und Prozessen werden Patienten verunsichert. Ihnen werden nützliche Prismenbrillen ausgedreht oder gar verboten. Das Gros der Kritiker weiß offenbar gar nicht, worum es bei der MKH eigentlich geht. Man schlägt auf den Sack (die Methode), meint aber den Esel (die Anwender).

Nach meiner zehnjährigen Erfahrung an winkelfehlsichtigen Patienten mit o. g. Beschwerdebildern ist die MKH am Polatest mit nachfolgender prismatischer Korrektur bzw. Augenmuskeloperation bei übergroßen Winkeln das Verfahren der Wahl und den anderen therapeutischen Bemühungen wie Sehschulbehandlung, Mehrstärkenbrille oder Visualtraining überlegen. Andere therapeutische Prinzipien wie Ergotherapie und Logopädie entfalten ihre volle Wirksamkeit oft erst nach erfolgter Prismenkorrektur.

Hierfür sollen einige Beispiele Zeugnis ablegen. U. a. wird Frau Schweichler, die unter einer schweren Pathophorie bei Winkelfehlsichtigkeit litt und sich 2001 einer Augenmuskeloperation unterzogen hat, ihren eigenen Fall darstellen.

Wie soll es weiter gehen? Während schon Augenoptiker im dritten Lehrjahr differenziertes Wissen über binokulare Störungen und die feinen Unterschiede zwischen Winkelfehlsichtigkeit und Heterophorie erwerben können, wird in den ophthalmologischen Ausbildungszentren der Bereich der Strabologie und Binokularstörungen sträflich vernachlässigt. So wird derzeit in keinem Lehrbuch der Ophthalmologie die MKH am Polatest ausreichend abgehandelt und in ihrer Differenziertheit und Bedeutung der Behandlung der Pathophorie gewürdigt. Damit wird das Nichtwissen der jungen Ophthalmologen konsequent gefördert. Ihr Verständnisdefizit wächst zunehmend gegenüber den MKH-Anwendern wie auch gegenüber den Beschwerdebildern der Betroffenen. Diese müssen sich infolgedessen vermehrt in Selbsthilfegruppen organisieren.

Ich möchte besonders unter meinen Kollegen jeden MKH-Anwender ermutigen trotz widriger Umstände durchzuhalten und im Interesse und zum Nutzen der betroffenen Patienten für die Verbreitung und Anerkennung der Methode zu werben. 1988 wurde zu diesem Zweck die Internationale Vereinigung für binokulare Vollkorrektur (IVBV) ins Leben gerufen.

**Anschrift de Verfassers:**

Dr. Fritz Gorzny (Augenarzt)  
2. Vorsitzender der IVBV  
Schlossstrasse 18  
56068 Koblenz

E-mail: [dr.fritz\\_gorzny@web.de](mailto:dr.fritz_gorzny@web.de)