

Winkelfehlsichtigkeit?!

Pro und Kontra eines umstrittenen Konzepts

Winkelfehlsichtigkeit wird mit der Mess- und Korrektionsmethodik nach Hans-Joachim Haase (MKH) diagnostiziert. Doch seit Jahrzehnten ist insbesondere zwischen Augenärzten und Optikern umstritten, ob es die Winkelfehlsichtigkeit überhaupt gibt. Dr. med. Urs Schmied, Wattwil, ist Augenarzt und überzeugter MKH-Anwender. Wir haben ihm und Dr. med. Gabriela Wirth Barben, Augenärztin mit Schwerpunkt Kinderophthalmologie, St. Gallen, unabhängig voneinander 10 Fragen gestellt.



Pro: Urs Schmied



Kontra: Gabriela Wirth Barben

Frage 1: Ist Heterophorie, also das latente Schielen, und Winkelfehlsichtigkeit dasselbe, und wie sehen die Symptome aus?

Dr. Urs Schmied: Nein, nur assoziierte Heterophorie und Winkelfehlsichtigkeit sind dasselbe, da beide ohne vollständige Dissoziation der Wahrnehmung der beiden Augen gemessen werden, das heisst etwas lebensnaher als dies bei vollständiger Dissoziation der Augen der Fall wäre. Typische Symptome sind Anstrengungskopfschmerzen, übermässige Ermüdbarkeit, Lese- und Rechtschreibstörungen, Schwindelgefühle und mangelhafte Raumwahrnehmung.

Dr. Gabriela Wirth Barben: Etwa 70 bis 75 Prozent der Menschen haben ein verstecktes Schielen, die Heterophorie. Dies führt nur in seltenen Fällen zu Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Augenbrennen bei langem Lesen oder Naharbeit. Das ist nicht dasselbe wie die sogenannte Winkelfehlsichtigkeit. Wissenschaftliche Untersuchungen haben klar ergeben, dass es eine Winkelfehlsichtigkeit nicht gibt, daher kann sie keine typischen Beschwerden verursachen.

Frage 2: Würden Sie Winkelfehlsichtigkeit eher als Augenkrankheit definieren oder eher als Fehlsichtigkeit wie Kurz- oder Weitsichtigkeit?

Schmied: Dies ist eine berufspolitische Frage, die ich nicht beantworten möchte. Die Beschwerden allerdings können bei grossen Winkelfehlern und/oder überdurchschnittlich hoher Sehbelastung massiv sein, sodass nicht zielführende neurologische Abklärungen, unter Umständen mehr als einmal, zum Ausschluss schwerer neurologischer Leiden durchgeführt werden.

Wirth Barben: Weder noch. Wie gesagt ist die sogenannte Winkelfehlsichtigkeit ein Kunstprodukt eines bestimmten Untersuchungsverfahrens. Daher führt der Ausdruck leicht zum Missverständnis, es handle sich um einen Befund wie etwa eine Kurzsichtigkeit. Dies trifft jedoch nicht zu. Vielmehr gelangen die Augen erst aufgrund einer Prismengabe bei der Mess- und Korrektionsmethodik nach Hans-Joachim Haase (MKH) in eine Winkelfehlstellung.

Frage 3: Was bewirken Prismengläser?

Schmied: Physikalisch-optisch gesehen, werden die Lichtstrahlen zur Prismenbasis hin abgelenkt. Das Nullstellungsprisma im Sinne der MKH ermöglicht eine exakt bizenale Fixation ohne Fixationsdisparation und konsekutiv eine präzisere Blickmotorik mit schnellerer, ermüdungsärmerer visueller Wahrnehmung. Die Augen werden schneller, genauer und ermüden weniger, also das Gegenteil von dem, was immer wieder behauptet wird, nämlich dass die Augen durch die Prismen «faul» würden. Ausserdem wird die Stereosehschärfe auf ihr physiologisches Maximum angehoben, was etwa beim Autolenken sehr wichtig ist.

Wirth Barben: Prismen lenken Lichtstrahlen um und ermöglichen einem Auge, das schielt, das Bild von «geradeaus» zu sehen wie das andere, nicht schielende Auge. So können Doppelbilder behoben werden. Die Bildverschiebung durch das Prisma wird vom Gehirn erkannt, und die Augenmuskeln werden bei wenig Prismen sofort, bei einer grösseren Anzahl Prismen über einen kurzen Zeitraum nachgeeicht. Somit wird der Zustand, dass beide Augen mit der gleichen Netzhautstelle einen Gegenstand anschauen, der vor der Prismengabe vorlag, wiederhergestellt.

Frage 4: Wer sollte Prismengläser tragen, wer nicht?

Schmied: Prismengläser sollte tragen, wer durch die Beschwerden einer unkorrigierten Winkelfehlsichtigkeit im Alltag wesentlich gestört ist. Alle anderen benötigen sie nicht.

Wirth Barben: Ein Prisma sollten Patienten tragen, welche vom Tragen des Prismas profitieren, beispielsweise zur Vermeidung von Doppelbildern. Vor der Verordnung eines Prismas in ein Brillenglas wird ein Trageversuch mit «Press-on-Prismen» durchgeführt, die auf das Brillenglas des Patienten geklebt werden. Zeigt sich hiermit eine stabile Augenstellung über einige Zeit, wird das Prisma verordnet. Prismen stärker als 6 cm/m pro Glas werden nicht verordnet, da die Brillengläser dann zu schwer und zu dick würden. Dann empfiehlt sich eine Schieloperation. Sehr häufig werden Prismen zur präoperativen Diagnostik vor

Schieleroperationen eingesetzt oder bei plötzlich aufgetretenen Doppelbildern bei Augenmuskellähmungen. Sie sind oft nur vorübergehend nötig. Nicht getragen werden sollten Prismen von allen Patienten, die nicht gründlich orthoptisch untersucht worden sind.

Frage 5: Müssen Prismengläser tatsächlich häufig angepasst werden?

Schmied: Nein. Nach einer kompetent durchgeführten vollständigen Messung nach MKH sind nur in einem Teil der Fälle Anpassungen, das heisst Erhöhungen der Prismenstärke infolge Lösung des muskulären Ausgleichstonus ratsam, und auch nur dann, wenn noch Restbeschwerden vorhanden sind. Das von Teilen der Gegnerschaft des Konzepts Winkelfehlsichtigkeit unterstellte und scharf kritisierte «Vollkorrektionsdogma» existiert in dieser Form gar nicht.

Wirth Barben: Nein, Prismengläser müssen in der Regel nicht häufig angepasst werden.

Frage 6: Können Prismengläser bei Kindern und Jugendlichen ein operationsbedürftiges Schielen erst provozieren?

Schmied: Nein. Wenn dies gelegentlich so erscheinen mag, so liegt das daran, dass die okuläre Fehlstellung kongenital vorhanden gewesen war und dank gleich guten retinalen Seheindrücken bei Isometropie muskulär kompensiert werden konnte. In Fällen von Anisometropie funktioniert der Fusionsreflex nicht oder zu schlecht, sodass dann schon frühkindlich ein manifester Schielwinkel erkennbar wird.

Wirth Barben: Ja, Prismengläser können Schielen provozieren.

Frage 7: Wie viele Fälle kennen Sie persönlich, in denen Prismenbrillen als Ursache für operationsbedürftiges Schielen galten?

Schmied: Keinen einzigen.

Wirth Barben: Es sind nicht viele, aber ich habe sie nicht gezählt.

Frage 8: Was raten Sie den Eltern?

Schmied: Das Gleiche was ich bei der Frage nach der Indikation für Prismenbrillen bereits erwähnte: Prismenbrillen bei Beschwerden, wobei ich die meisten Lese-/Rechtschreibstörungen zu den für Winkelfehlsichtigkeit spezifischen Beschwerden zähle. Eine Schieloperation empfehle ich in den seltenen Fällen grosser Schielwinkel, das betrifft etwa 2 Prozent der Fälle.

Wirth Barben: Eine gründliche orthoptische Untersuchung durch eine Orthoptistin und eine Brillenbestimmung durch eine Augenärztin, einen Augenarzt oder eine Orthoptistin. Bei kleinen Kindern sollte diese Brillenbestimmung in Zykloplegie erfolgen, das heisst, dass die Muskeln für die Akkommodation mittels Augentropfen gelähmt werden.

Frage 9: Der Streit um die Winkelfehlsichtigkeit ist alt. Beobachten Sie in den letzten Jahren eine Veränderung der Positionen?

Schmied: Ich streite nicht, da ich objektiv keine Streitpunkte sehe. Die Grundlagen der exakten Prismen-

korrektur des Augenpaares sind seit etwa 100 und mehr Jahren in der physiologischen und augenärztlichen Literatur, zum Beispiel bei Sachsenweger, vorhanden. Das heisst nicht, dass ich wegen der Anwendung der MKH in meiner Praxis nicht immer wieder von inkompetenter Seite angefeindet würde. In den letzten Jahren haben diese Anfeindungen jedoch etwas nachgelassen. Mittlerweile wird wenigstens die hohe Präzision der Messung nach MKH von der Augenheilkunde nicht mehr bestritten.

Wirth Barben: Zuerst möchte ich bemerken, dass ein Streit um die Winkelfehlsichtigkeit nur im deutschsprachigen Gebiet existiert. Ich habe meine Ausbildung zur Kinderaugenärztin in Australien gemacht und dort meinen Kollegen, aus England, Japan, Indien, den USA, Südafrika und Kolumbien über die Diskussion der Winkelfehlsichtigkeit bei uns erzählt. In diesen Ländern kennt man das Problem nicht. Was ich in der Praxis feststelle, ist, dass immer mehr Schulpsychologen, Kindergärtnerinnen und Lehrer bei Schwierigkeiten in der Schule die Eltern auf dieses «Problem» als mögliche Ursache aufmerksam machen.

Frage 10: Wie gross schätzen Sie die berufspolitische Komponente des Streits um die Winkelfehlsichtigkeit?

Schmied: Eher gross. Wäre der Entwickler der MKH, Hans Joachim Haase, Augenarzt gewesen und nicht Fachhochschullehrer für Augenoptik, gäbe es wahrscheinlich keinen Streit, sondern die Methode wäre in der Augenheilkunde anerkannt als genaueste verfügbare Messmethode für den Winkel zwischen den Sehachsen.

Wirth Barben: Es handelt sich nicht um einen Streit mit berufspolitischer Komponente. Die Fakten sind klar, und es gibt genügend wissenschaftliche Untersuchungen, welche gezeigt haben, wie es zum Kunstprodukt Winkelfehlsichtigkeit gekommen ist.

Zu guter Letzt: Gibt es einen für Sie wichtigen Aspekt, der in den 10 Fragen zu kurz gekommen ist?

Schmied: Die Durchführung einer kontrollierten Studie bei Lese-/Rechtschreibstörungen wäre unbedingt zu wünschen, obwohl die MKH dabei so erfolgreich ist, dass ich persönlich keine Studie brauche und sie aus meiner Praxis nicht mehr wegdenken kann. Eine wissenschaftliche Bestätigung für diesen Sachverhalt fehlt jedoch bis heute. Dieses Fehlen gibt der Gegnerschaft Anlass, die Methode zu verunglimpfen.

Wirth Barben: Ich sehe relativ viele Kinder für eine Zweitmeinung bezüglich Prismenbrille und Winkelfehlsichtigkeit. Die Eltern sind dann immer erstaunt, dass man, nach gründlicher orthoptischer Untersuchung, sachlich erläutern kann, ob das Kind Prismen braucht oder nicht, und dass es nicht um eine Glaubensfrage geht im Sinne: Man ist dafür oder dagegen. Ich würde mir in dieser Frage mehr Sachlichkeit wünschen.

Wir danken Urs Schmied und Gabriela Wirth Barben für die Beantwortung der Fragen.

Die Fragen stellte Renate Bonifer.

LITERATUR

Pro:

Informationen zur MKH aus persönlicher Sicht, von U. Schmied; zum Download unter: www.carpesana.de/fileadmin/user_upload/pdf/WFS_Augenarztbericht.pdf

Kontra:

Kommerell G: Was können Prismen in der Brille bewirken? Zeitschrift für Legasthenie und Dyskalkulie 2002; 24: 2–8.