

## Hinweisblatt zu prismatischen Korrekturen

Aufgrund Ihrer Befindlichkeiten empfehlen wir Ihnen, im Anschluss an die Messung der Fehlsichtigkeit der beiden Einzelaugen auch prüfen zu lassen, ob eine Abweichung vom idealen beidäugigen Sehen (Winkelfehlsichtigkeit, engl.: Associated Phoria) besteht. In der Fachwelt gibt es unterschiedliche Meinungen, ob und wie solche Sehfehler korrigiert werden sollen. Das kann Betroffene verunsichern.

Auf Basis des mit Ihnen gemeinsam erarbeiteten Messergebnisses kann eine Brille mit präzise definierter prismatischer Wirkung gefertigt werden. Damit wird eine Entlastung und Unterstützung des beidäugigen Sehens angestrebt. Der zugrunde liegende Sehfehler wird durch die prismatische Korrektur nicht beseitigt oder "geheilt", sondern lediglich optisch-physikalisch korrigiert. Daher können die früheren Befindlichkeiten nach Absetzen der Brille erneut auftreten.

Solche Brillen verursachen höhere Kosten (Sonderanfertigung und ggf. Gläserwechsel wegen veränderter Messwerte), haben eventuell ein höheres Gewicht und dickere Brillengläser. Aufgrund der Abbildungseigenschaften treten in einigen Fällen anfänglich z.B. Farbsäume, Farbstereopsis und ungewohnte Raumwahrnehmung auf. Bei selten auftretenden, sehr hohen Prismenwerten kann ein scheinbares "Schielen" hinter der Brille sowie kurzzeitiges Doppeltsehen nach Auf- und Absetzen der Brille auftreten. Dann kann eine Augenmuskeloperation sinnvoll sein.

Dies vorausgeschickt möchten wir Sie bitten, auch die nachfolgende Erklärung zu lesen und Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

### Erklärung

- "1. Über Vor- und Nachteile einer prismatischen Brillenversorgung bin ich schriftlich und mündlich informiert worden. Mir wurde das Faltblatt 'Informationen über Winkelfehlsichtigkeit und Prismenbrillen' der Internationalen Vereinigung für Binokulares Sehen (IVBS) ausgehändigt. Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.
2. Ich wurde darauf hingewiesen, dass mit der Korrektur meiner Winkelfehlsichtigkeit keine heilkundliche Behandlung durchgeführt werden soll und kann. Um krankhafte Ursachen auszuschließen, wird vorsorglich die Zuziehung eines Arztes oder Heilpraktikers anheim gestellt.
3. Ich wurde darüber informiert, dass die Versorgung mit prismatischen Brillen nach MKH (Mess- und Korrekturmethode nach H.-J. Haase), insbesondere bei Kindern, derzeit nur von wenigen Ärzten für Augenheilkunde befürwortet wird.
4. Nach Auffassung einiger Fachleute führt eine Versorgung mit Prismenbrillen sehr häufig zum Schielen und dadurch zu unnötigen Augenmuskel-Operationen. Dem gegenüber steht eine Statistik auf der Basis von 18.500 Fällen, von denen nur bei 2,4% eine Operation in Betracht kam. (Günther, Kurt: "Heterophorien im Spiegel der Statistik", Der Augenoptiker 12 (1980) 8-15)
5. Es ist sinnvoll, die Korrektur nach kurzer Zeit zu überprüfen. In einigen Fällen empfiehlt es sich dann, neue Gläser mit geänderter Wirkung anzupassen.
6. Obwohl Augenoptiker/Optomtristen berechtigt sind, prismatische Korrekturen zu verordnen und abzugeben, werden die damit verbundenen Kosten für Messungen und Brillengläser nicht von allen Krankenkassen getragen.
7. Seit Jahrzehnten wird über beeindruckende Erfolge mit prismatischen Brillen nach MKH berichtet. Ein wissenschaftlicher Nachweis für deren Wirksamkeit besteht dennoch bisher nicht. Dies trifft allerdings auch auf viele andere Verfahren zu, die in Ihrem Fall angewendet werden könnten. Die theoretischen Grundlagen der MKH werden derzeit noch kontrovers diskutiert. Von einigen Kritikern werden die Erfolge auf Placebo-Effekte zurückgeführt.
8. In Kenntnis der beschriebenen Aspekte wünsche ich eine Messung meiner Fehlsichtigkeit nach MKH. Falls eine Brille mit definierter prismatischer Korrektur empfohlen wird, kann ich vor Auftragserteilung eine beliebige Bedenkzeit in Anspruch nehmen. Unabhängig davon werden die Kosten für Beratung und Messung in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR sofort fällig."

IVBSWB210915

Name, Vorname: _____	Name des Augenglasbestimmers: _____
Geburtsdatum: _____	Name und Anschrift des Augenoptikerbetriebs: _____
Ort und Datum: _____	
Unterschrift: _____	(Firmenstempel)