

Dr. med. Fritz Gorzny

Optometrische und orthoptische Untersuchungen im Vorfeld einer LRS/Legasthenie und ADHS-Symptomatik

Die Pisa-Studie hat in Deutschland große Unruhe ausgelöst: Die Deutschen, das Volk der Dichter und Denker, haben das Lesen und Schreiben verlernt. Denn nicht etwa nur in Mathematik und den Naturwissenschaften, nein auch im Bereich Leseverständnis landeten deutsche 15-Jährige im internationalen Vergleich weit abgeschlagen im unteren Feld. Hektisch wurden Eilprogramme aus der Schublade gezogen oder auch neu entwickelt. Dabei ging es ausschließlich um bildungs- und schulpolitische und auch pädagogisch-didaktische Aspekte, nie aber um die eigentliche Frage der visuellen Wahrnehmung und deren Problematik.

Das ist insofern nicht verwunderlich, als in der großen Legasthenie-Studie von Prof. Schäfer, Würzburg, an 24.000 Schülern und Studenten jegliche Zusammenhänge zwischen Legasthenie und visuellen Wahrnehmungsstörungen verneint wurden. Schäfer schloss aus dem Ergebnis dieser Studie, in der sich Legastheniker und Nichtlegastheniker in ihren optischen und orthoptischen Befunden nicht signifikant unterschieden, dass in diesen Bereichen auch keine Ursachen für derartige Störungen zu finden seien. Leider war dieser Schluss verfrüht, fehlten doch genaue Untersuchungen der assoziierten Heterophorie (Winkelfehlsichtigkeit) unter Anwendung der Mess- und Korrekturmethode nach Haase (MKH) am Polatest, bei denen sehr wohl Differenzen hätten gefunden werden können.

Außerdem besteht in unserem Lande die unbegründete Hoffnung, dass es um die Vorsorge bezüglich des Sehvermögens unserer Kinder gut bestellt sei. **Das Gegenteil ist eher der Fall.** Routinemäßige Sehtests werden nur in der Praxis von Kinderärzten, und dort meist sogar nur von dafür nicht speziell ausgebildeten Helferinnen ausgeführt. Die Quote übersehener pathologischer Befunde ist entsprechend hoch.

Versuche des Berufsverbandes der Augenärzte und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, eigene Vorsorgeuntersuchungen zu installieren, sind stets seitens der Krankenkassen an der Kostenfrage gescheitert. Wie es um die Effizienz frühkindlicher augenärztlicher Untersuchungen bezüglich latenter Störungen des Binokularsehens im Vorfeld einer LRS/ADHS-Symptomatik bestellt ist, ist Thema dieser Studie.

Vor allem wegen der stringenten Ablehnung der MKH wegen angeblich daraus resultierender „unnötiger“ Verordnung von Prismenbrillen und daraus sich ergebender Schieloperationen laufen die Untersuchungen der Kinder ins Leere, sind ihre Chancen auf eine untraumatische schulische Karriere gering.

Der Ausgleich der assoziierten Phorien, das heißt der Winkelfehlsichtigkeiten, spielt aber gerade bei der Therapie von LRS und auch ADHS eine exorbitante Rolle. Leider ist es weitgehend dem Zufall überlassen, ob Betroffene einem diesbezüglich kompetenten Therapeuten begegnen oder nicht. Dabei spielt der Zeitpunkt der ersten richtigen Diagnose eine entscheidende Rolle in der Therapie der Kinder, da das frühe Einüben falscher Seh- und Lesemechanismen die spätere Therapie erheblich erschweren kann. Je früher die Pathophorien korrigiert werden, desto schneller und wirkungsvoller stellen sich Heilerfolge ein. Genau um diese Problematik ging und geht es in der folgenden Studie sowie um die Beantwortung folgender Fragen:

■ Ziel der Studie ist es, zu erfahren:

1. Wie früh Störungen des Binokularsehens, die später in LRS/ADHS münden können, sichtbar werden und welcher Art diese Störungen sind.
2. Bei welcher Untersuchung diese Störungen zu Tage treten und diagnostiziert werden können.
3. Wer zuerst auf die Zusammenhänge Auge/LRS/ADHS aufmerksam machte und wie effizient die Kenntnisse über diese Zusammenhänge verbreitet werden.
4. Wer zuerst diese Patientengruppe mit der notwendigen refraktiven und prismatischen Korrektur versorgte.
5. Welchen Stellenwert überhaupt Refraktionsanomalien in diesem Umfeld haben.
6. Ob es gravierende Unterschiede zwischen Refraktionen mit (Augenarzt) oder ohne Cycloplegie (Optiker) gibt.
7. Welche Prismenstärken bei den Patienten nach MKH ermittelt wurden und ob es untersuchungsbedingte Differenzen gab.
8. Ob es ADHS/LRS-Problematik auch bei manifesten (einäugigen) Schielern gibt.
9. Wie sich die Versorgung der Patienten aus der eigenen Praxis gestaltet hat.
10. Welche Konsequenzen gezogen werden müssen.

■ Auswahlkriterien

An der Studie nahmen ausnahmslos alle Patienten teil, die im Zeitraum von 1. Oktober 2004 bis 31. Dezember 2004 gezielt zu einer Binokularuntersuchung nach MKH am Polatest wegen Verdachts auf eine Augenbeteiligung bei LRS/ADHS-Symptomatik erschienen waren.

Dabei wurden alle Patienten sowohl nach den Regeln der Orthoptik untersucht, als auch einer mehrmalig aufeinander folgenden MKH-Untersuchung am Polatest unterzogen. Zusätzlich wurde eine objektive Refraktion – bei Kindern und Jugendlichen unter Cycloplegie – durchgeführt und ein ophthalmologischer Status zum Ausschluss einer Augenerkrankung erhoben. Den Patienten, respektive den Eltern der Patienten, wurden zusätzlich die speziellen Fragebögen zur Erhebung einer differenzierten Anamnese der obigen Krankheitsbilder (Abb 1. und 2.) zum Ausfüllen gegeben.

Erhebungsbogen zur Versorgung Winkelfehlsichtiger mit Brillen

- Sind im Kindergarten Ungeschicklichkeiten beim Basteln und Malen aufgefallen ?
- Wurde Ihre Tochter/Sohn als Kind augenärztlich untersucht? Wenn ja, warum?
- Wurden bei dieser Untersuchung krankhafte Befunde erhoben? Wenn ja, welche?
- Wurde eine Brillenglasbestimmung unter pupillenerweiternden Tropfen durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Resultat?
- Wurde eine Brille verordnet ?
- Wenn ja, wurde diese Brille auch getragen?
- Wer hat zuerst den Verdacht auf eine Winkelfehlsichtigkeit geäußert?
- Wer hat die erste Untersuchung auf eine Winkelfehlsichtigkeit durchgeführt ?
- Wurde bei dieser Untersuchung eine Brillenglasbestimmung durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Wurde Ihre Tochter / Sohn zwecks Brillenglasbestimmung zu einem Augenarzt geschickt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Welche Gläser- und Prismenstärke wurden bei der ersten Winkelfehlsichtigkeitsuntersuchung ermittelt?

Abb. 1: Erhebungsbogen zur Versorgung Winkelfehlsichtiger mit Brille

Ergebnisse

Die **Verteilung nach Geschlechtern** ergibt keine neuen Hinweise (Tabelle 1). Wie schon in früheren Arbeiten beschrieben, sind **Knaben wesentlich häufiger betroffen** als Mädchen.

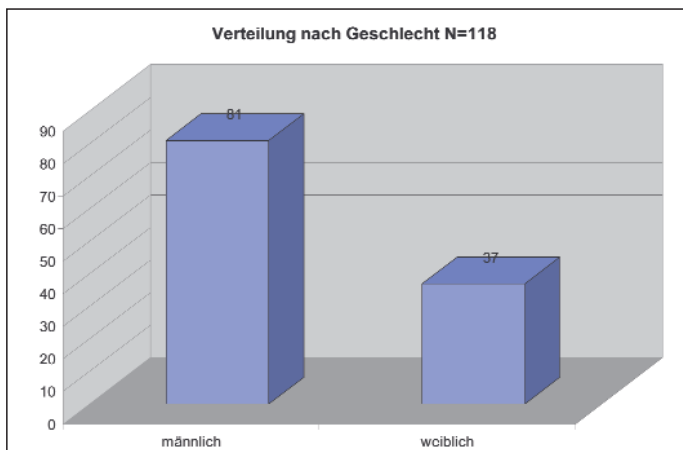


Tabelle 1: Verteilung nach Geschlecht

Fragen zu Ihrem Kind Datum:

Name, Vorname: geb.

Klasse: Schule:

	Nein	Ja
Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes bis zum Schuleintritt?	()	()
Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt?	()	()
Hat Ihr Kind jemals geschickt?	()	()
Hat in Ihrer Familie jemand geschickt?	()	()
Gab oder gibt es Rechtschreibprobleme bei weiteren Familienmitgliedern?	()	()
Gab es Augenverletzungen oder Augenoperationen bei Ihrem Kind?	()	()
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	()	()
Gab oder gibt es spezielle Förderungen (Ergotherapie, Nachhilfe, Logopädie)?	()	()
Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille?	()	()

Letzter Termin beim Augenarzt Dr. Datum:

Grund: Ergebnis:

Bitte markieren Sie die zutreffende Zahl mit einem Kreis: 1 nicht zutreffend, 5 sehr stark zutreffend

	1	2	3	4	5
Außer Comics kein freiwilliges Lesen	1	2	3	4	5
Auffällige Kopfhaltung beim Lesen	1	2	3	4	5
Oft Augenreiben, Blinzeln oder Stirnrunzeln	1	2	3	4	5
Verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5
Ermüdung bei anspruchsvollen Schaufgaben(z.B. TV, Gameboy, Lesen)	1	2	3	4	5
Beim Abschreiben können Linien nicht gut gehalten werden	1	2	3	4	5
Schrift wird bei langem Schreiben zunehmend unregelmäßiger	1	2	3	4	5
Beim Ausmalen oft über die Linien malen	1	2	3	4	5
Nicht gern Basteln, Puzzeln, mit der Schere schneiden	1	2	3	4	5
Fehler beim abschreiben einer Vorlage	1	2	3	4	5
Häufiges Verrutschen in den Zeilen beim Lesen	1	2	3	4	5
Lichtempfindlichkeit, am liebsten im Schatten spielen	1	2	3	4	5
Schlecht Bälle fangen, Probleme beim Federball, Tennis o.ä.	1	2	3	4	5
Oft anrennen oder stolpern	1	2	3	4	5
Kopfschmerzen	1	2	3	4	5

Hauptproblem:

Erfolgskontrolle nach ca. 2 Monaten Datum:

Wie bewerten Sie die Veränderungen () deutlich besser () etwas verbessert () unverändert () schlechter

Ihr Kind trägt die Brille () gern () ungern Wann wird die Brille getragen?

Wie beurteilt Ihr Kind den Erfolg? () es geht besser () es hat sich nichts verändert () es geht schlechter

Abb. 2: Fragebogen für die Eltern

Die **Altersstruktur der Patienten** (Tabelle 2) zeigt eindeutig einen **Höhepunkt** im Schulalter **zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr**, wo die Probleme für Schüler und Eltern erstmals auftreten oder bereits bedrohliche Formen annehmen, die schulische Karriere zu scheitern droht und verzweifelt Wege zur Abhilfe gesucht werden. Bei den über 5-Jährigen stehen **Konzentrationsprobleme, Asthenopie, Cephalgie und Diplopie** im Vordergrund der Problematik, wobei häufig auf frühere Schulschwierigkeiten verwiesen wird.

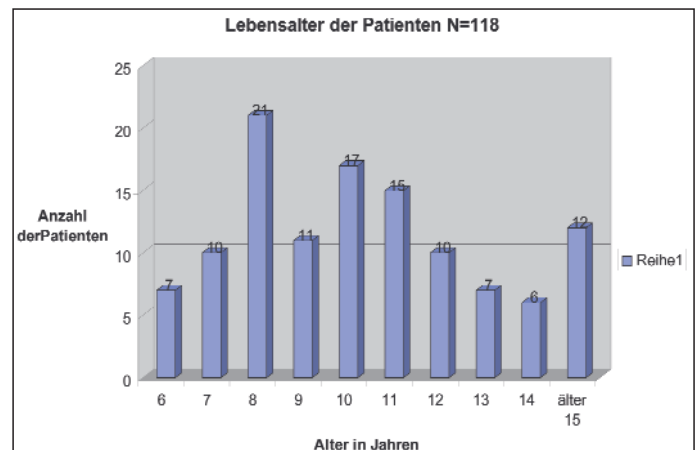


Tabelle 2: Lebensalter der Patienten

Tabelle 3 zeigt die am meisten genannten **Beschwerdebilder** unserer Patienten. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Diagnosen LRS/ADHS waren schon im Vorfeld von Pädiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten gestellt worden. Sie wurden zusätzlich ergänzt durch die speziellen Fragebögen (Abb. 1 und 2).

Von entscheidender Bedeutung für die Prophylaxe des Auftretens einer schweren LRS/ADHS Symptomatik wäre das Vorhandensein und Erkennen von Prodromi im Kleinkind- und Kindergartenalter.

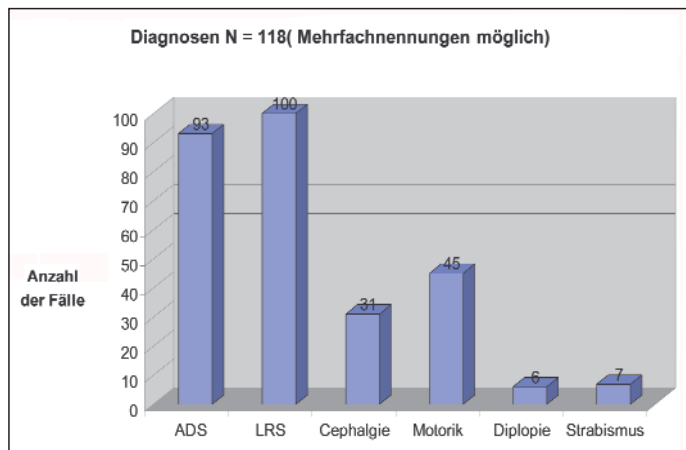


Tabelle 3: Beschwerdebilder der Patienten

Tabelle 4 zeigt die **Häufigkeit** solcher **frühkindlichen Störungen**. Dabei handelt es sich überwiegend um **Koordinationsstörungen der Hand-Auge Beziehung** (Feinmotorik), bzw. der **räumlichen Orientierung** (Grobmotorik). Allerdings zeigte fast ein Drittel unserer Patienten keine derartigen Auffälligkeiten oder konnten sich nicht mehr daran erinnern. Wer genau diese Störungen festgestellt hat und ob eine frühe Behandlung durchgeführt wurde, geht leider aus der Studie nicht hervor; möglicherweise war die Fragestellung nicht eindeutig genug.

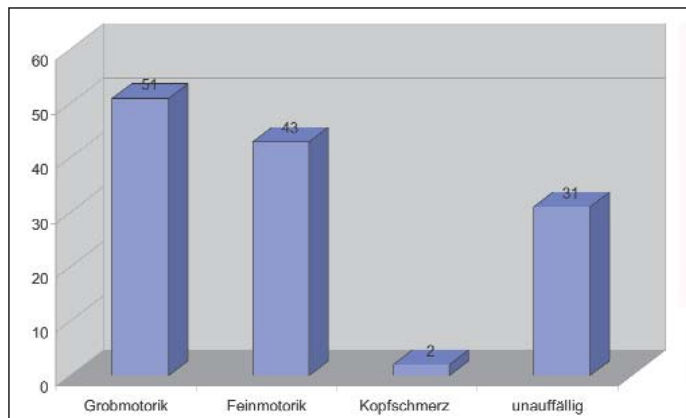


Tabelle 4: Störungen im Vorschulalter (118 Nennungen – Mehrfachnennungen möglich)

Hochinteressant war die Frage nach **ophthalmologischen Voruntersuchungen im Vorschulalter**. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, wurden fast 90 % der Kinder augenärztlich untersucht. Nahezu 80% wurden dabei unter Cycloplegie refraktio-

gehend auch getragen wurde. In 50 Fällen wurde ein Hyperopie, in 16 Fällen eine Myopie diagnostiziert.

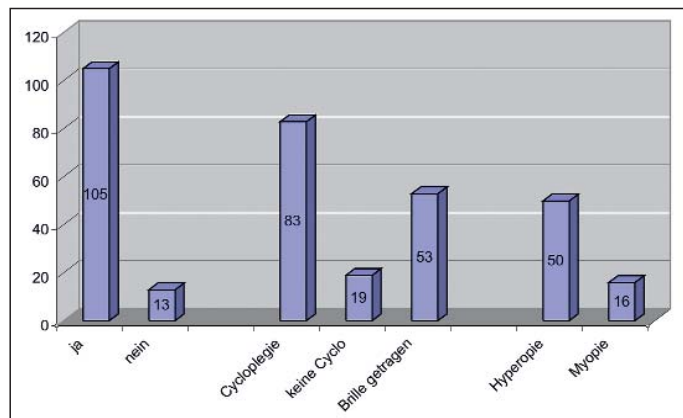


Tabelle 5: Augenarztkontakt im Vorschulalter nach der Art der Untersuchung und den Ergebnissen

Tabelle 6 zeigt die in unserer Praxis **unter Cycloplegie ermittelten Werte**, die praktisch den Werten der normalen Bevölkerung entsprechen, wie auch schon Schäfer in seiner groß angelegten Studie gefunden hatte.

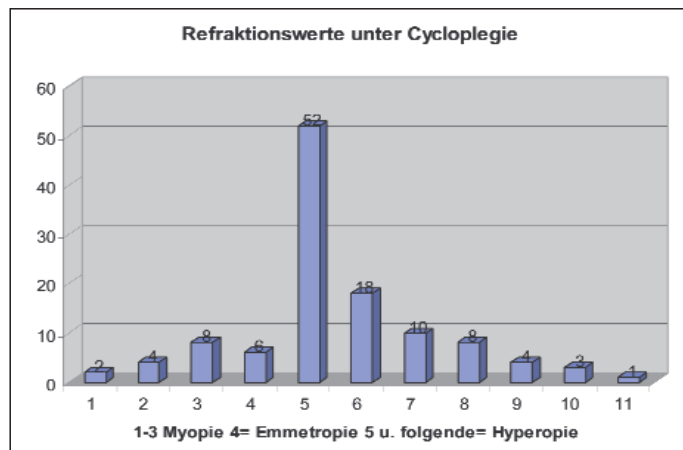


Tabelle 6: Refraktionswerte unter Cycloplegie

Über die Hälfte unserer Patienten waren **minimal hyper- bzw. myop**, bedurften somit keiner Brillenkorrektur. Die Fälle höherer Hyperopien waren fast alle der Strabismusgruppe zuzuordnen (Tabelle7).

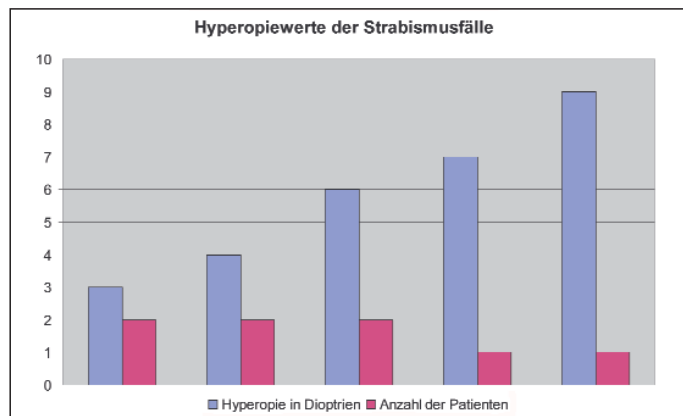


Tabelle 7: Hyperopiewerte der Strabismusfälle

Ein leidiger **Streitpunkt** unter den Refraktionisten ist die Frage **nach der Bedeutung der Cycloplegie** bei der Refraktion von Kindern und Jugendlichen. Wir sind der Frage nachgegangen und stellten fest, dass die Refraktionswerte unter Cycloplegie (Augenärzte) und ohne Cycloplegie (Optiker) nur minimal differierten (Tabelle 8). In 21 Fällen betrug die Differenz max. 0,5 Dioptrien, in 8 Fällen bis zu einer Dioptrie und in nur je einem Fall 1,5 bzw. 2 Dioptrien. Über zwei Drittel hatten ihre Brille primär ohnehin von ihrem Augenarzt.

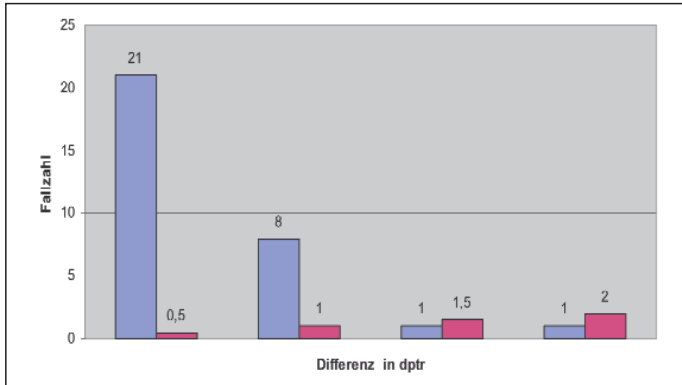


Tabelle 8: Differenzbetrag der Refraktionsmessung mit und ohne Cycloplegieanwendung

Erstaunlicherweise hat die ophthalmologische Vorsorge in keinem einzigen Fall zur Erkenntnis beigetragen, dass es einen möglichen Zusammenhang zwischen der Symptomatik der Patienten und binokularen Problemen geben könnte, was zweifellos am Untersuchungsverfahren liegen dürfte. Der entscheidende Hinweis, die Winkelfehlsichtigkeit könne mitverantwortliche Ursache der LRS/ADHS Symptomatik sein, kam überwiegend aus anderen Berufsgruppen (Tabelle 9). Entscheidende Impulse kamen insbesondere von Lehrern/Ergotherapeuten (39 Fälle), Optikern (36 Fälle), Eltern (22 Fälle), Selbsthilfegruppen (9 Fälle). Erst dann folgen Augenärzte (7 Fälle) und Kinderärzte (5 Fälle). Daraus wird offensichtlich, wie stark noch die Lehrmeinung dominiert, dass solche Zusammenhänge eher nicht existieren.

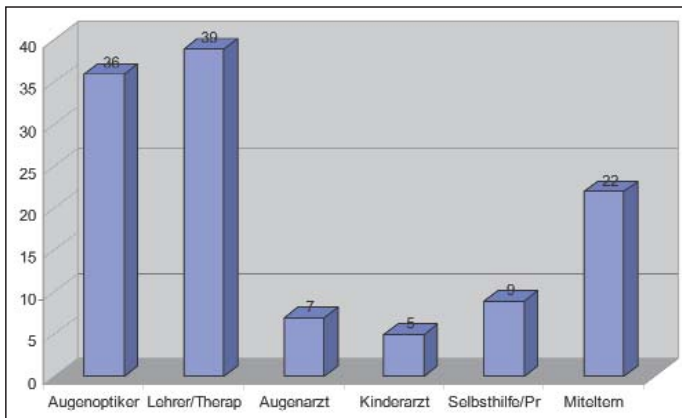


Tabelle 9: Erster Verdacht auf Augenbeteiligung

Praktisch durchgeführt wurde bei unseren Patienten die erste Messung der Winkelfehlsichtigkeit in 70 Fällen beim Optiker, in 48 Fällen beim Augenarzt (Tabelle 10).

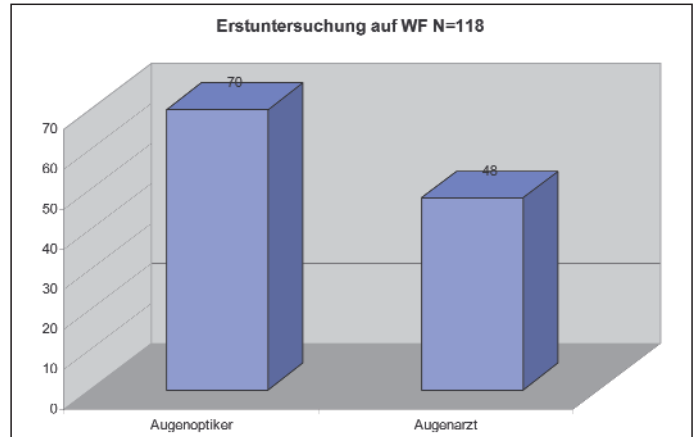


Tabelle 10: Verteilung der ersten Messung auf Winkelfehlsichtigkeit

Bei den prismatischen Korrekturen der uns von Optikern zugewiesenen Patienten ergaben sich naturgemäß Differenzen zu den in unserer Praxis ermittelten Werten (Tabelle 11), da bei uns stets so lange gemessen wurde (in oft stundenlangen Intervallen), bis keine Winkelvergrößerungen mehr zu erzielen waren und Bildruhe eintrat. Oft haben die erstuntersuchenden Optiker ihre Messungen eingestellt, wenn es sich um riesige Pathophorien handelte, die auf eine operative Behandlung hinauszulaufen schienen. **Tatsächlich wurden von den an der Studie beteiligten 118 Fällen inklusive der 7 Schieler mit operationsbedürftigem Schielwinkel 36 Fälle operiert.**

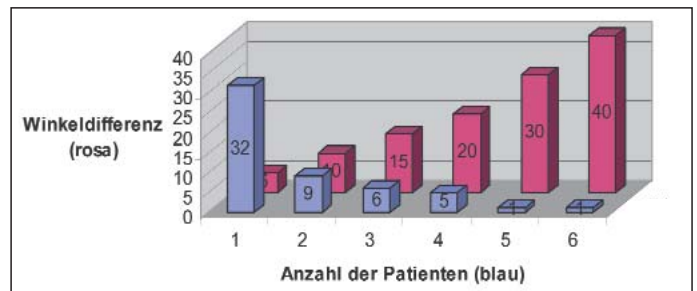


Tabelle 11: Messdifferenzen zwischen Optiker und Augenarzt

In allen übrigen Fällen wurden lediglich Prismengläser verordnet, die dann in den meisten Fällen von den Betroffenen als angenehm empfunden und auch ständig getragen wurden. **Bei nahezu allen besserte sich das Beschwerdebild**, wobei der kurze Zeitabstand seit Ende der Studie noch keine endgültige Aussage zulässt, da auch der Prismenaufbau in vielen Fällen noch nicht abgeschlossen ist.

Das bisherige Ergebnis der Auswertung der Studie von Mai 2005 zeigt Tabelle 12.

Bisheriger Therapieerfolg und Art der Behandlung							
18	2	17	29	54	72	36	2
kein Rapport	kein Erfolg	Erfolg +	Erfolg ++	Erfolg +++	Prismen	Operation	2. Operation

Tabelle 12: Auswertung der Studie vom Mai 2005

Fazit

LRS und ADHS führen regelmäßig zu erheblichen schulischen Problemen, die Eltern und Schüler extrem belasten und die schulische und später auch berufliche Karriere negativ beeinflussen können. Die Zahl der Betroffenen scheint ständig zu steigen, wie auch aus der Zunahme von ergotherapeutischen, logopädischen und psychologischen Praxen hervorgeht, sowie der Einrichtung von Schülerhilfen, Instituten für Orthographie und Schreibtechnik (LOS) PTE etc., die nach dem Franchising-System die Bundesrepublik flächendeckend überziehen. Eltern und Krankenkassen opfern dafür enorm viel Zeit und Geld. Die Frage nach den organischen und funktionellen – hier optometrisch-orthoptischen Ursachen – wird von den Betreibern dieser Institute nicht gestellt; man gibt sich mit der Zusicherung, dass eine augenärztliche Untersuchung stattgefunden hat, zufrieden.

Nun hat aber gerade unsere Studie gezeigt, dass, obwohl nahezu alle Kinder und Jugendlichen voruntersucht waren, die Zusammenhänge Binokularstörungen/Leistungsdefizit nicht erkannt worden waren. Die Begründung dafür kann ich aus der Auswertung der eigenen Fälle in dieser Studie liefern.

Obwohl sich unsere Praxis seit 35 Jahren schwerpunktmäßig und seit gut 10 Jahren sogar unter Zuhilfenahme der MKH am Polatest mit Störungen des Binokularsehens befasst, blieben alle 7 eigenen Fälle aus der Studie, die sich einer Vorsorge unterzogen hatten, bezüglich der Winkelfehlsichtigkeit und ihrer Folgen für LRS/ADHS zunächst unentdeckt (Tabelle 13).

Name	Alter	Erstkontakt	Diagnose	Therapie	Kontrollen	1. Verd. a. WF	Diagnose	Therapie	Erfolg
S.M.	9 Jahre	1998	Hyperopie 1	keine	regelmässig	2005	ADS/LRS	6 Prism. B.a.	LRS++
B.R.	10 Jahre	1999	Hyperopie 0,5	keine	regelmässig	2004	ADS/LRS	20 Prism. B.a.	Lesen+++
M.J.	13 Jahre	1993	LRS+Hyp. 0,7	keine	regelmässig	2002	ADS/LRS	10 Prism. B.a.	LRS+++
B.S.	7 Jahre	1999	Hyperopie 1,5	keine	regelmässig	2004	AdS/LRS	40 Pr. Ba-OP	ADS/LRS+++
K.L.	9 Jahre	1999	Hyp. 8-2,5/0	Brille	regelmässig	2005	ADS/LRS	6 Pr. B.a.	LRS+++
N.D.	8 Jahre	1997	Hyperopie 1	keine	regelmässig	2003	ADS/LRS	8 Prism. B.a.	LRS++

Tabelle 13: Die sieben eigenen Fälle aus der Studie, die sich der Vorsorge unterzogen haben

Der Grund ist einfach, aber schmerzlich. Die Eltern der Betroffenen verlangten in der Regel lediglich eine Routineuntersuchung zur Vorsorge, ohne die Probleme der Kinder zu erwähnen. Die Mitarbeiter der Praxis inklusive ihrer Chefs, also auch meiner Person, fragten bei der Erhebung der Anamnese auch nicht tiefer nach möglichen Schwierigkeiten. Offensichtlich waren alle froh, lediglich einen „Standardfall“ in der eingeplanten Zeit abgearbeitet haben zu können. Die Standarduntersuchungen, Sehschulstatus und Refraktion unter Cycloplegie nach den Regeln der Kunst durchgeführt, zeigten weitgehend unauffällige Befunde, wie die Tabellen zeigen. Die Eltern wurden über den „Normalbefund“ ihrer Kinder aufgeklärt und verließen beruhigt die Praxis. Dieser Vorgang wiederholte sich bei allen Fällen, anlässlich von Kontrolluntersuchungen sogar mehrmals.

Der Fall Klaas L.

Beispielhaft sei hier der Fall Klaas L. angeführt, der vor 5 Jahren als 4-Jähriger wegen einer Hyperopie von 8 Dioptrien mit latentem akkommodativem Strabismus unsere Praxis aufsuchte. Nach Atropin-Skiaskopie verordneten wir eine maximale

Brille, danach war das Kind angeblich unauffällig und beschwerdefrei. Kontrollen fanden regelmäßig in der Sehschule statt mit normalen binokularen Befunden, inklusive Refraktion. Untersucher und Eltern waren jeweils zufrieden. Erst als die schon lange beobachteten Schulschwierigkeiten durch LRS/ADHS unerträglich wurden, erwähnten die Eltern diese Problematik.

Abb. 3 und 4: Erhebungs- und Fragebogen zum Fall Klaas L.

Der daraufhin durchgeführte Polatest ergab eine Winkelfehlsichtigkeit von 6 Prismen Basis außen. Direkt nach der letzten Messung zeigte sich in der Schriftprobe eine deutliche Verbesserung des Schriftbildes und der Lesefähigkeit.

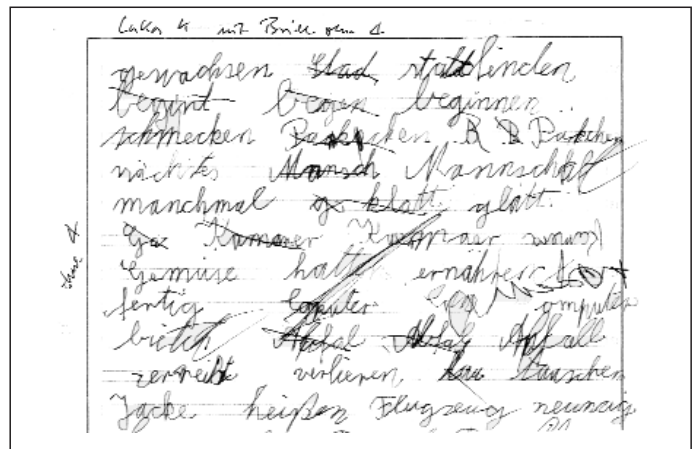
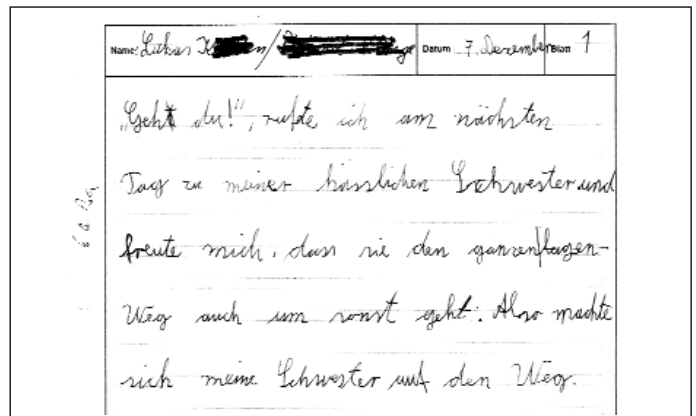


Abb. 5: Schriftbilder vor ...



... und nach der Prismenkorrektur

■ Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Studie?

Da Früherkennungsmaßnahmen durch Kinder- und Augenärzte bezüglich der LRS/ADHS Symptomatik ineffizient sind, muss weit mehr als bisher auf die Frühaufklärung der Eltern und Erzieher in Kindergarten und Schule investiert werden, zum Beispiel durch routinemäßige Vorlage des Fragebogens (Abb. 2) Aufklärungsmaßnahmen sollten sich auch auf die Ergo- und Psychotherapeuten, Logopäden und Nachhilfeeinrichtungen erstrecken, da diese häufig erste Ansprechpartner der Betroffenen sind. Natürlich muss auch die Aufklärungsarbeit bei den Berufsverbänden der Optiker und denen der Augen- und Kinderärzte verbessert werden, um die bestehende restriktive Ablehnung der Prismen-therapie aufzubrechen.

In dieser Hinsicht hat das Urteil des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom Februar 2005 positive, aber auch negative Signale gesetzt. Positiv insofern, als die MKH am Polate als messtechnische Methode bei der Bestimmung der Winkelfehlsichtigkeit anerkannt wurde und Optiker, die ja zurzeit im Vergleich zu den Augenärzten den größten Anteil an der Versorgung winkelfehlsichtiger Patienten leisten, diese Untersuchung auch durchführen dürfen. Zudem wird indirekt anerkannt, dass Prismen Krankheits- und Beschwerdebilder lindern und evtl. sogar heilen können, wenngleich dazu Optiker nach dem Heilpraktikergesetz nicht als Therapeuten auftreten dürfen. Diese nach der Gesetzeslage korrekte Aussage beinhaltet aber die negative Seite:

Weil nach dem Urteil Optiker ihre Inkompetenz zur Therapie von LRS und ADHS und den übrigen Krankheitsbildern münd-

lich und schriftlich verkünden müssen, könnten die Betroffenen hochgradig verunsichert werden und deswegen eine sinnvolle Prismen-therapie ausschlagen, zumal diese auch noch teuer ist und selbst bezahlt werden muss.

Damit die notleidenden Patienten nicht ihrer Therapiechancen beraubt werden, sollten trotz des Urteils alle MKH-Anwender in gewohnter Weise im Interesse der Patienten weiter tätig bleiben. Es ist ihnen ja überlassen, wie sie ihre „Inkompetenz“ dem Winkelfehlsichtigen gegenüber „korrekt“ darstellen.

Auch jeder operierende Augenarzt muss seine Patienten darüber glaubhaft aufklären, dass die Operation zum Verlust des Auges führen kann, und trotz dieser Vorschrift ist die Anzahl der Operationen ständig weiter gestiegen.

Die Patienten wissen eben um den juristischen Stellenwert der Aufklärung und vertrauen trotzdem ihrem Therapeuten. Unabhängig davon hat sich jeder MKH Anwender, der Mitglied der Internationalen Vereinigung für binokulare Vollkorrektur ist – und das ist die überwiegende Zahl – sowieso schriftlich verpflichtet einen Augenarzt zum Ausschluss einer Krankheit hinzuzuziehen. Damit dürfte die Sorge, es könnten bei einem Patienten durch die Tätigkeit eines MKH-Anwenders bedrohliche Krankheiten an den Augen übersehen oder verschleiert werden, ausgeräumt sein.

Anschrift des Autors:

Dr. med. Fritz Gorzny – Aktuar IVBV

Düppelstraße 47

5179 Vallendar

E-Mail: dr.fritz_gorzny@web.de

Praxisanschrift:

Schlossstraße 18-20

56068 Koblenz

AZ

Pricon - ist korrekt - ruhig zweimal!
etwas größer, wenn es geht.