Fortsetzung von Seite 9

ferten Fassung, indem diese in Richtung auf eine individuelle Kopfanatomie mit dem Ziel geändert wird, ihr eine Position zu geben durch die sie sowohl in ästhetischer Hinsicht als auch in Hinsicht auf die Anforderungen der optischen Brillenanpassung verändert wird. Diese Aufgabe erfordert die Änderung der Stellung der Pads sowohl in Richtung auf deren Weite als auch der Höhe nach und die gleichzeitige Herstellung der Padauflage parallel zur Nasenform. Die Änderung der Bügel bezieht sich sowohl auf deren Inklination (Parallelstellung oder ungleich je nach der Stellung der Ohren) und der Bügelöffungswinkel, um einen gleichen HSA auszugleichen, wenn Nase und/oder Ohren unterschiedlichen Abstand von der Mittelsenkrechten der Fassung haben. Die auf diese Weise anatomisch angepasste Fassung muss nun noch mechanisch mit Hilfe einer Unterabteilung der Mechanik nämlich der Statik angepasst werden.

Dieses uns von Kollegen Fischbach auf Anregung von Prof. Dr. Birkle vom Fraunhoferinstitut in Karlsruhe entwickelte Anpasssystem muss notwendigerweise den Stand der Technik ergänzen. Damit beinhaltet Brillenanpassung: 1. Optische BA, 2. Ästhetische BA, 3. Anatomische BA, 4. Mechanische BA.

Auf Anregung von Herrn Tischer hat die WVAO beschlossen, Herrn Passman damit zu beauftragen eine didaktischere Version anzufertigen, die es den Azubis ermöglichen soll den dargebotenen Stoff leichter in sich aufzunehmen. Dabei sollte er umfangreiches Bildmaterial benutzen, um den ersten Teil der Schrift nämlich systematische anatomische Brillenanpassung noch besser verständlich zu machen. Der zweite Teil der Broschüre ist das „ABC der mechanischen Brillenanpassung" Technik für einen druckbeschwerdefreien und stabilen Brillensitz.

Es besteht die begründete Hoffnung, dass dieser Teil der Brillenanpassung, nachdem er nach weiteren fünf Jahren zum State of the Art geworden ist, in den Arbeits- und Qualitätsrichtlinien in der für die Richtlinien knappen Form veröffentlicht wird.

Ihr Gewissen als praktizierender Augenoptiker und Optometrist hat also noch weitere fünf Jahre Zeit, ehe Sie sich dem Vorwurf aussetzen lassen müssen ein Nuraugenoptikeroptometrist zu sein.

Karl Wegener, Bochum

Leserbrief zum Artikel: „Störung des Binokularsehens", DOZ 12-2010

Liebe DOZ-Redaktion!

In der DOZ 12/2010 steht auf Seite 67, im ersten Satz: „im deutschsprachigen Raum ist die MKH für die Bestimmung und Korrektion von Heterophorien weit verbreitet. Dabei wird die binokulare Korrektion meist nur für die Ferne und in einer statischen Testsituation bestimmt."

Da von allen aus dem deutschsprachigen Raum bestellten Brillengläsern nur gerade mal drei Prozent mit besonderer prismatischer Wirkung bestellt werden, kann von „weit verbreitet" nun absolut nicht die Rede sein.

„Meist nur für die Ferne" ist dann aber nicht mehr MKH! Die MKH sieht zwingend notwendig auch die Überprüfung „aus der Nähe" im Anschluss an „die Ferne" vor.

„In einer statischen Testsituation" stimmte bis vor zwei Jahren. Dort wurde von einem seit 30 Jahren mit der MKH Befassten die „Anisometropie-Methodik" (vorher dynamische MKH) erfunden, beschrieben und definiert. Das bringt Ergebnisse fürs dynamische Sehen – also in allen nur möglichen Blickrichtungen.

Freundlich grüßt Sie

Der Augenoptiker Benjamin Walther

Antwort der Autoren auf den nebenstehenden Leserbrief zum Artikel: „Störung des Binokularsehens", DOZ 12-2010

Sehr geehrter Herr Walther,

haben Sie vielen Dank für Ihre Anmerkungen zum o. g. Artikel. Gerne möchten wir dazu Stellung nehmen.

Vorweg ist es Intention unseres Artikels, die angloamerikanische Sichtweise zu Binokularstörungen für den deutschsprachigen Augenoptiker etwas verständlicher zu machen. Es geht dabei explizit nicht darum, eine Wertung im Vergleich zur MKH durchzuführen.

Sie haben sicher recht, dass die MKH unter allen in Deutschland aktiven Augenoptikern nicht „weit verbreitet" ist. Es steht außer Frage, dass nicht bei jeder Augenglasbestimmung eine Binokularprüfung durchgeführt wird. Unter den Augenoptikern, die aktiv nach Heterophorien suchen, diese Ausmessen und gegebenfalls mit prismatischen Gläsern versorgen, besitzt aber die MKH durchaus einen hohen Stellenwert. Genaue Zahlen hierzu liegen nicht vor. Es ist jedoch nicht möglich, aus der Zahl der abgegebenen prismatischen Verordnungen auf die Zahl der mit MKH durchgeführten Untersuchungen zu schließen. Wir dürfen (hoffentlich) unterstellen, dass nicht jede Messung zu einer prismatischen Verordnung führt.

Auf der Webseite der IVBV finden sich die aktuellen Richtlinien zur Korrektion von Winkelfehlsichtigkeit (Stand 2006). Darin stehen auch Angaben zur Nahprüfung, die unabhängig vom Alter des Kunden durchgeführt werden muss. Nach Richtlinien des IVBVs ist es bis auf wenige Ausnahmen nicht sinnvoll unterschiedliche prismatische Korrektionen für Ferne und Nähe abzugeben. Vorrang hat die Fernkorrektion.

Im Gegensatz dazu kommt es im angloamerikanischen Modell häufig zu Unterschieden zwischen Ferne und Nähe. Die Differenz zwischen Ferne und Nähe ist sogar entscheidend für die Einstufung und Behandlung der Binokularstörung. In unserem Artikel steht: „Dabei wird die binokulare Korrektion meist nur für die Ferne [...] bestimmt". Gemeint ist nicht die Messung, wie von Ihnen vermutet, sondern die daraus resultierende Korrektion!

Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Modellen ist der dynamische Ansatz, der bei der klassischen MKH keine Berücksichtigung findet. Der dynamische Ansatz der Anisometropie-Methodik ist sehr begrüßenswert. In den Richtlinien des IVBVs ist die Anisometropie-Methodik bisher jedoch nicht festgeschrieben. Daher ist davon auszugehen, dass sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht weit verbreitet ist.

Mit kollegialen Grüßen

Ivonne Krawczyk, Dipl. Optom., M.Sc.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Grein