

Überblick

Die Leitlinie (LL) behandelt akuten und chronischen, also episodischen oder persistierenden Schwindel bei Erwachsenen in der hausärztlichen und spezialisierten Praxis.

Das Leitsymptom Schwindel ist ein häufiger Beratungsanlass im ambulanten Bereich. Etliche Schwindelarten sind ungefährlich, wenn sie auch verunsichernd bis bedrohlich wirken. Nicht alle Ursachen können festgestellt werden, nicht für alle Schwindelarten steht eine spezifische Therapie zur Verfügung.

Die häufigsten Erkrankungen mit dem Leitsymptom Schwindel, wie Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV), akute unilaterale Vestibulopathie (AUVP), Morbus Menière (MM) sowie funktioneller oder kardiogener Schwindel können in der hausärztlichen Praxis bereits vermutet werden. Gute Kenntnisse und diagnostische Fertigkeiten für die vier klinischen Tests des vestibulären Systems ermöglichen vielfach, diese Schwindelarten dort richtig zu diagnostizieren und teilweise auch zu behandeln. Ursächliche Herz-Kreislaufveränderungen sollten gesehen und eingeschätzt werden. Bei Schwindel mit Ursachen im ZNS, MM und vestibulärer Migräne ist häufig eine Weiterleitung der Betroffenen erforderlich. Bei kardial verursachtem Schwindel ist dies gelegentlich der Fall. Bei seltenen oder angeborenen Schwindelerkrankungen sind meist Neurologie, HNO-Heilkunde, Kardiologie oder (Neuro-)Radiologie zu konsultieren. Insbesondere ist auf Gefahr bei akuten Schwindelbeschwerden zu achten, s. abwendbar gefährliche Verläufe. Bei akutem zentralem Schwindel erfolgt umgehend eine Klinikeinweisung.

Diagnosestellung

Die folgende Tabelle ordnet Schwindelsymptome nach verschiedenen Kriterien und wahrscheinlicher Diagnose. Hier ist lediglich eine Auswahl der in der hausärztlichen Praxis häufigen oder nicht zu verpassenden Diagnosen aufgeführt, eine vollständigere Übersicht findet sich in Tab. 4.1 der Langversion.

Tab. 8.1 Auswahl häufiger Schwindeldiagnosen

Zeit	Auslösende/modulierende/hemmende Faktoren	Art der Beschwerden	Begleitsymptome	Wahrscheinliche Diagnose
Sekunden	Kopfbewegungen relativ zur Schwerkraft	Drehschwindel	ggf. Übelkeit/Erbrechen	BPPV
Sekunden/Minuten		momentane Gang- u. Standunsicherheit, Blutdruckabfall bis zum Sturz	Spürbare Rhythmusstörungen, Ohnmachtsgefühl	Tachykarde-/Bradykarde Herzrhythmusstörungen
Sekunden/Minuten	Aufrichten aus dem Liegen/Sitzen	Benommenheit, Blutdruckabfall bis zum Sturz, Synkope	drohendes Ohnmachtsgefühl beim Aufrichten	Orthostase
Sekunden/Minuten	körperliche Anstrengung	Benommenheit, seltener Synkope	Dyspnoe vor allem bei Belastung	obstruktive kardiale Erkrankungen inkl. Aortenklappenstenose

Zeit	Auslösende/modulierende/hemmende Faktoren	Art der Beschwerden	Begleitsymptome	Wahrscheinliche Diagnose
Minuten/Stunden		Drehschwindel, selten Schwankschwindel	Hörstörung, Hörminderung, Tinnitus, Ohrdruck, ggf. Erbrechen, ggf. Nystagmus	Morbus Menière
Minuten/Stunden		Drehschwindel, Schwankschwindel	Kopfschmerz, Übelkeit, Licht-/Lärmempfindlichkeit, Migräneanamnese, ggf. Erbrechen, ggf. Nystagmus	Vestibuläre Migräne
Minuten/Stunden		Drehschwindel, Schwankschwindel	Lähmungen, Sprachstörung, ggf. Doppelbilder bis hin zu Bewusstseinsstrübung)	Transiente ischämische Attacke
Minuten/Stunden	Hypoglykämie bei Diabetes (z. B. Hungern)	Benommenheit Schwankschwindel	Schwitzen, Unruhe, Heißhunger	Hypoglykämie
Tage	Plötzlicher Beginn, Zunahme bei Bewegung	Drehschwindel, Stand- und Gangunsicherheit bis Fallneigung	Nystagmus, Übelkeit/ Erbrechen/Sehstörungen	Akute unilaterale Vestibulopathie (AUVP), früher Neuritis vestibularis
Tage		Drehschwindel, Schwankschwindel	Zusätzliche neurologische Symptome	Infarkt/Blutung im Bereich des Hirnstamms oder Kleinhirns
Monate/Jahre	Beim Gehen mit Zunahme im Dunkeln/unebener Untergrund	Gangunsicherheit/ Schwankschwindel („wie auf Watte laufen“)	taube, brennende Füße	Polyneuropathie (PNP)
Monate/Jahre	Ängstlichkeit, Empfindsamkeit für Bewegungen, bewegte Seheindrücke u. Menschenansammlungen	Benommenheit/unterschiedliche Schwindelformen inkl. organische Schwindelursachen	situative Verstärkung/ Vermeidungsverhalten, Angststörungen, Panikattacken, Depression	Funktioneller Schwindel

Gefährliche Verläufe, Warnsymptome

Abwendbar gefährliche Verläufe sollten immer bedacht werden, insbesondere zentrale Ursachen (z. B. Blutungen/Infarkte im Bereich des Hirns, Hirnstamms und Kleinhirns), Herzrhythmusstörungen, obstruktive Herzerkrankungen und Infektionen (z. B. Herpes zoster). Für die meisten Schwindelformen finden sich häufig, aber nicht immer charakteristische Symptome und Befunde, die eine Zuordnung entsprechend Tab. 4.1 erlauben. In der Anamnese und körperlichen Untersuchung sollte auf mögliche Warnsignale geachtet werden (u. a. Nystagmus und Augenstellung nach den sogenannten HINTS-Kriterien [1], s. Langtext).

Der **HINTS-plus Test** besteht aus den folgenden drei Teiluntersuchungen plus Hörtestung:

1. Klinischer Kopfpulstest („head impulse“) zur Prüfung des horizontalen vestibulo-okulären Reflexes (VOR): Ein normales Ergebnis spricht gegen eine vestibulär-periphere Läsion.
2. Analyse des Spontannystagmus (SPN): Das Vorhandensein eines Blickrichtungsnystagmus entgegen der Richtung des SPN spricht für eine zentrale Störung.
3. Abdecktest („test of skew“): Findet sich eine vertikale Achsenabweichung eines Auges („skew deviation“) bei der Entfernung der Abdeckung, spricht dies für eine zentrale Läsion.
4. Untersuchung des Hörvermögens zur Differenzierung von einem AICA-Infarkt und MM.

Zahlreiche **Warnsymptome** können auf einen abwendbar gefährlichen Verlauf hindeuten, insbesondere Schwindel in Verbindung mit

- Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Nackenschmerzen,
- Schluck-, Sprechstörungen, Heiserkeit
- Doppelbildern, hängendem Augenlid,
- sensiblen Ausfällen,
- Lähmungen,
- Koordinationsstörungen,
- Bewusstseinsbeeinträchtigungen, Synkope,
- Herzrhythmusstörungen
- oder im Zusammenhang mit einem Trauma.

Warnsymptome treten auch in Kombination auf, was eine Verdachtsdiagnose meist erleichtert. Auffällige Vitalparameter, zum Beispiel syst. Blutdrucke <90 oder >180 mmHg, Herzfrequenzen <50 oder >100 Schläge/min und/oder Atemfrequenzen von <5 oder >20/min., sollten ebenfalls an einen abwendbar gefährlichen Verlauf denken lassen [2].

Therapie

Medikamente

Die Therapie der verschiedenen Schwindelformen umfasst medikamentöse, physikalische, physiotherapeutische, psychotherapeutische, aber selten operative Maßnahmen (s. Langversion) entsprechend der Grunderkrankungen. Die Dosierungsangaben für Arzneimittel in der Leitlinie sind lediglich exemplarisch und nicht verbindlich zu verstehen, es sind jeweils die Dosierungsangaben des jeweiligen Herstellers zu beachten. Einige der aufgeführten Arzneistoffe sind in den beschriebenen Indikationen „Off-Label“.

Die verschiedenen Pharmaka zur Behandlung von Schwindel lassen sich mit den „Acht As“ in Gruppen zusammenfassen: Antivertiginosa, -konvulsiva, -depressiva, -phlogistica, -menière, migränosa, Aminopyridine als Kaliumkanalblocker sowie Acetyl-DL-Leucin. Sedierende Antivertiginosa sollen nur zur symptomatischen Behandlung eingesetzt und in der Regel nicht länger als drei Tage gegeben werden, da sie die sog. zentrale vestibuläre Kompensation verlangsamen und ein Suchtpotential entwickeln könnten.

Zudem sollte eine mögliche Beeinträchtigung der Diagnosestellung durch ihre symptomabschwächende Wirkung bedacht werden.

Tabelle Medikamente (Auswahl aus der Leitlinie)

Wirkstoffgruppe	Indikation	Beispiel für Wirkstoff und Dosierung
Antimigränosa	Vestibuläre Migräne	Paracetamol zusammen mit Prokinetika Zur Prophylaxe: Beta-Rezeptoren-Blocker, wie z. B. Metoprolol-succinat (ca. 50-200 mg/d) Topiramat (50-150 mg/d), Valproinsäure (600-900 mg/d) (Cave: Schwangerschaft). Triptane sind vermutlich nur eingeschränkt, wenn überhaupt, wirksam
Antivertiginosa	Symptomatisch gegen Übelkeit und Erbrechen bei akuten peripheren oder zentralen vestibulären Störungen Prophylaxe von Übelkeit und Erbrechen durch die Befreiungsmanöver beim BPPV Prophylaxe der Bewegungskrankheit Zentrales Lageerbrechen	Dimenhydrinat (50 mg alle 4-6 h); Ondansetron (4-8 mg) Diazepam (5-10 mg alle 4-8h) Kurzzeitige Anwendung bis zu drei Tagen!
Betahistin	Morbus Menière	Betahistin-Dihydrochlorid (bis zu 48 mg/d, aufgeteilt auf mehrere Einzeldosen), geringe Evidenzlage* bisher
Kortikosteroide	Akute unilaterale Vestibulopathie/ Neuritis vestibularis	6-Methylprednisolon (100 mg/d, Dosis jeden 4. Tag um 20 mg reduzieren)
Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	Funktioneller Schwindel	z. B. Escitalopram (5- max. 20 mg/d)

* siehe Seite 30 der Langversion

Lagerungsbehandlung, vestibuläre Rehabilitation, weitere Maßnahmen

Bei BPPV sollen Repositionsmanöver zur mehrfach täglichen Eigenanwendung empfohlen werden (z. B. 9x tgl. für 3 Tage) sowie ggf. eine Therapiekontrolle nach ca. 14 Tagen.

Chronische Schwindelarten, besonders im Alter über 65 Jahren deutlich häufiger diagnostiziert, werden in der hausärztlichen Praxis mitbetreut. Dazu gehören z. B. beidseitige Innenohr-Störungen (BVP) bzw. bleibende Ausfälle des Vestibulums/Gleichgewichtsorgans, zentrale Durchblutungsstörungen (DBS) sowie Kreislaufprobleme, unabhängig vom Alter auch funktioneller Schwindel und Schwindel nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT).

BVP und SHT, auch DBS, können durch die Verordnung von vestibulärer Rehabilitations-therapie, einer spezialisierten Physiotherapie, gebessert werden. Funktioneller Schwindel profitiert von Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie. Herz-Kreislaufferkrankungen sowie metabolische Erkrankungen unterschiedlicher Genese sind in der Hausarztpraxis und ggf. in Zusammenarbeit einem spezialisierten Facharzt zu behandeln.

Eine systematische Aufarbeitung aller Schwindelformen mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bietet die Langfassung der S2K-Leitlinie „Schwindel in der Hausarztpraxis“ (2025).