

## Kurzversion

### I. Definition, Epidemiologie:

**Schwindel = „Unsicherheit im Raum“:** Zustandekommen durch Störungen in einem oder mehreren der folgenden Organsysteme:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Vestibuläres System                     | 4. Herz-Kreislauf-System |
| 2. ZNS (einschließlich Medikamenten-UAWs)  | 5. Ohren/Hören           |
| 3. Peripheres Nervensystem                 | 6. Augen                 |
| (einschließlich HWS-bedingte Irritationen) | 7. Psyche                |

Für den hausärztlichen Bereich gelten folgende Bedingungen:

1. **60 % der Schwindelzustände sind nicht ursächlich einer Erkrankung beweisend zuzuordnen** – ganz überwiegend verschwinden sie wieder. **Darunter sind** vor allem:
  - **Psychogener (Phobischer) Schwindel**
  - **Schwindel im Alter:** Zusammentreffen mehrerer, jeweils oft nur leicht ausgeprägter, Störungen an verschiedenen Orten der Gleichgewichtswahrnehmung und Verarbeitung (Verschwinden durch Adaptation).
2. **Unter den 40 % mit zuordenbarer Diagnose sind:**
  - zur **Hälfte: Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV);**
  - zur **Hälfte: zervikogener und vestibulärer Schwindel** (zusätzlich zu BPPV), **Orthostase, Rhythmusstörungen, Polyneuropathie, Medikamentennebenwirkung, cerebrale Durchblutungsstörungen, Migräne, M. Menière, obstruktive Herzerkrankungen**

### II. Weg zur Diagnose: Schwindelarten/Kategorien

Es soll primär eine Einordnung nach der meist leicht abfragbaren Schwindelart und der zeitlichen Dauer vorgenommen werden:

1. **Drehschwindel**
2. **Gangunsicherheit** (ohne bemerkte Sensationen „im Kopf“)
3. **Schwankschwindel** („Bootfahren“)
4. **Benommenheit und Synkopengefühl** (drohende Ohnmacht, Schwarz vor Augen)

Tabelle 1 erlaubt eine Differenzierung nach der Dauer einerseits und den zusätzlichen Konstellationen/Symptomen vorzunehmen, um zur „wahrscheinlichen Diagnose“ zu gelangen. Zu beachten ist dabei: Schwindelart 3 und 4 überlappen sich in Bezug auf die erlebte Symptomatik des Patienten.

Von der Schwindelart zur „wahrscheinlichen Diagnose“

Tabelle 1: Anamnestische Hinweise zur Diagnose von Schwindel (fett = häufig in Hausarztpraxis)

DREHSCHWINDEL („wie im Karussell“)			
Zeit	Modellierung	Zusatz-Symptome	wahrscheinliche Diagnose
<b>Sekunden/ Minuten</b>	• (meist) ohne • Kopfbewegung/Aufrichten • Husten/Pressen/Niesen/Heben	• (ggf. Übelkeit) • Hörminderung/Tinnitus	• Vestibularisparoxysmie • <b>BPPV</b> • „Perilymphfistel“ <sup>1</sup>
<b>Minuten/ Stunden</b>		• Hörstörung, Tinnitus, Ohrdruck • Kopfschmerz, Licht-/Lärm-Empfindlichkeit, Migräne • Doppelbilder/Lähmungen	• <b>Morbus Menière</b> • <b>Vestibuläre Migräne</b>  • Zentraler Schwindel <sup>2</sup>
<b>Tage</b>	• Zunahme bei Bewegung	• Übelkeit/Erbrechen/Oszillopsien • Hörstörung/Ohrenschmerzen	• <b>akute einseitige Vestibulopathie</b> <sup>3</sup> • Labyrinthitis/Zoster oticus
GANGUNGSICHERHEIT (bei „klarem Kopf“)			
Zeit	Modellierung	Zusatz-Symptome	wahrscheinliche Diagnose
<b>in Bewegung</b>	• Zunahme im Dunkeln	• taube oder brennende Beine • Oszillopsien beim Gehen	• <b>Polyneuropathie</b> • <b>Bilaterale Vestibulopathie</b>

<sup>1</sup> Meist sog. Dehiszenz des vorderen Bogengangs

<sup>2</sup> Kann zentraler Schwindel: Infarkt/Blutung im Bereich von Hirnstamm (z.B. Wallenberg-Syndrom) oder Kleinhirn

<sup>3</sup> Akute einseitige Vestibulopathie kann sein: Neuritis vestibularis oder Vestibularisausfall anderer Ursache

## Von der Schwindelart zur „wahrscheinlichen Diagnose“

Tabelle 1: Anamnesticke Hinweise zur Diagnose von Schwindel (fett = häufig in Hausarztpraxis)

SCHWANKSCHWINDEL („wie Bootfahren“)			
Zeit	Modellierung	Zusatz-Symptome	wahrscheinliche Diagnose
<b>in Bewegung</b>	• Zunahme im Dunkeln	• Oszillospieren beim Gehen	• Bilaterale Vestibulopathie
<b>Sekunden/Minuten</b>	• (Bewegung im HWS-Bereich)	• HWS-Beschwerden	• <b>sog. zervikogener Schwindel</b> (ist umstrittene Entität)
<b>Minuten/Stunden</b>	— • ggf. Kopfschmerz/Migräne Anamn. • Langes Hungern bei Diabetes	• vegetative Sympt. • weitere neurolog. Sympt. • Lichtempfindlichkeit, vegetat. Sympt. • Schwitzen, Unruhe	• TIA: Kleinhirn oder Hirnstamm • TIA • vestibuläre Migräne • Hypoglykämie
<b>Tage</b>	• Kopfbewegung/Laufen	• Neue (Gleitsicht-)Brille	• Anpassungsstörung an Brille für Tage
<b>Anhaltend</b>		• neurologische Sympt/vegetat. Sympt.	• Infarkt/Blutung im Bereich des Hirnstamms oder Kleinhirns
BENOMMENHEIT			
Zeit	Modellierung	Zusatz-Symptome	wahrscheinliche Diagnose
<b>Sekunden/Minuten</b>	— • Aufrichten aus Liegen • Kopfdrehung • Arbeiten über Kopf • körperl. Anstrengung	• spürbare Rhythmusstörungen • drohendes Ohnmachts-Gefühl • drohende Ohnmacht • drohende Ohnmacht • Belastungsdyspnoe	• <b>tachykarde und bradykarde Rhythmusstörungen*</b> • <b>Orthostase*</b> • Carotis-Sinus Syndrom* • Subclavian steal Syndrom* • <b>obstruktive kardiale Erkrankungen inkl. Aortenstenose*</b>
<b>Stunden/ Tage bis Wochen</b>	• Medikamenteneinnahme • Alkohol • Arbeit mit Lösungsmittel	• unterschiedliche möglich • unterschiedliche möglich	• <b>UAW von Medikament</b> • Intoxikation • Intoxikation
<b>Monate/ Jahre</b>	• Enge/weite Plätze/ Menschenansammlungen • best. Lebenssituationen  • Hohes Alter	• Angst/Panikattacken  • Situative Verstärkung/ Vermeidungsverhalten • Degenerationen: z.B. Seh-Hörstörungen	• <b>Funktioneller Schwindel</b>  • <b>Phobischer Schwankschwindel</b>  • <b>Multifaktorieller Schwindel im Alter</b>

Zur Diagnosestellung sind – insbes. beim Schwankschwindel – neben den oben beschriebenen Konditionen auch anamnestisch bereits bekannte Diagnosen, wie zum Beispiel Herz- und Gefäßerkrankungen oder neurologische Grundleiden, zu berücksichtigen. Diese können unter Umständen zusätzliche Hinweise auf die Ursache der beklagten Symptome geben.

\* Die Symptomatik dieser Erkrankungen kann vom Patienten auch als „Schwankschwindel“ erlebt werden

Beim vorgeschlagenen diagnostischen Vorgehen lassen sich mit Hilfe der Anamnese sehr schnell sowohl die Schwindelart als auch die im Hintergrund stehenden, „wahrscheinlichen Diagnosen“ identifizieren. Diese können/müssen dann mit Untersuchungen in der Hausarztpraxis oder – eher selten - mittels Überweisung an den HNO-Arzt, Neurologen oder Kardiologen verifiziert werden.

### III. Zusätzliche Diagnostik-Hinweise

1. **Fast alle Erkrankungen, die als Schwindelursache in Frage kommen, haben –Zusatzsymptome**, Ausnahme: Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV), bestimmte Formen der Kleinhirnfunktionsstörungen, Wallenberg-Syndrom
2. Sehr **heftiger Schwindel** – meist mit Erbrechen: eher vestibulär als zentral
3. Wackeln **wie kamerageführt**: vestibulär
4. **Schwarzwerden** vor Augen: Synkopen/Orthostase und
5. **bei Anstrengung** auftretend: obstruktive Herzerkrankungen
6. **Armheben** als Auslöser für **Schwarzwerden** vor Augen: Subclavian Steal Syndrom
7. **Kopfdrehung** als Auslöser: Carotis-Sinus-Syndrom oder zervikogener Schwindel
8. **Blumenreiche, ängstliche** Schilderung und/oder schlecht einordenbare Beschreibungen, Schilderung weiterer nicht spezifischer Körperbeschwerden und Ängste: eher psychogen

## IV. Körperliche Untersuchung:

**Oft nur teilweise notwendig – beachte: Patienten sind oft sehr beunruhigt, daher sind ein Ausschluss zugrundeliegender Erkrankungen und eine suffiziente Aufklärung geboten**

1. **Allgemeiner Status:** Blässe (Konjunktiven), Angst/Beunruhigung, Bewegung des Patienten (hält er sich fest), Darstellung der Symptomatik (dramatisierend: psychogene Ursachen), Medikamentenanamnese und mögl. Einflüsse, Intoxikationen
2. **Kreislauf:** Blutdruck (ggf. Schellong-Test), Herzauskultation, ggf. Carotis-Druck-Versuch unter EKG-Monitoring durch Geübte, ggf. Pulsstatus bei Armheben (Subclavian Steal Syndrom)
3. **HWS:** Myogelosen, zervikaler Schwindel
4. **Neurologische Untersuchung:**
  - **Reflexstatus, Sensibilität** an Beinen (plus Stimmgabel)
  - **Vorhalteversuch** (Ausschluss latenter Paresen)
  - **Romberg Stehversuch/Unterberger Tretversuch** (cerebellär, spinal, vestibulär)
  - **Diadochokinese** (cerebellär)
  - **Finger-Nase- und Knie-Hacken-Versuch** (cerebral, cerebellär)
5. **HNO-Untersuchung:**
  - **Nystagmusprüfung: Spontanystagmus-Hinweis** auf vestibuläre Störung. **Einstell-Nystagmus** bei extremer Blickstellung: wenn erschöpflich, dann physiologisch; ansonsten Hinweis auf vestibuläre Störung. **Blickrichtungsnystagmus:** sakkadierende Bewegung, Hinweis auf cerebelläre Störung.
  - **Schneller Kopfdrehtest/Kopfpulstest** (horizontal) als Auslöser für Schwindel/Nystagmus: Neuritis vestibularis sowie Vestibulopathien (bei der Verdachtsdiagnose „Neuritis vestibularis“ kann ein unauffälliger Test ein Hinweis auf einen (seltenen) cerebellären Infarkt sein)
  - **Lagerungs-Versuch** nach **Dix-Hallpike** bei Lagerungsschwindel (BPPV)
  - **Hörprüfung** bei Vorliegen von Hinweisen auf vestibuläre Störung

## V. Abwendbar gefährliche Verläufe/„Red flags“

Selten: Basilaris Insult, Wallenberg-Syndrom, Kleinhirninfrakt, vertebro-basiliäre Ischämie, einige Herzrhythmusstörungen und obstruktive Herzerkrankungen, Sensibler Carotis-Sinus, Herpes zoster

## VI. Technische Untersuchungen

Nur gezielt sinnvoll, ansonsten mehr falsch- als richtig-positive Befunde.

## VII. Überweisungen

- Rhythmusstörungen oder obstruktive Herzerkrankungen mit Schwindel: **Kardiologie**
- bei erstmaligem neurologischen Krankheitsverdacht: immer **Neurologie**
- bei M. Menière, Akustikusneurinom, Hörstörung oder fraglich vestibulärer Genese: immer **HNO** – Ausnahme BPPV
- bei psychogenem Schwindel: in einigen „Fällen“: Psychosomatik und **Psychotherapie**
- bei Verdacht auf zervikogenen Schwindel: **dazu ausgebildeter Behandler**
- bei Verdacht auf Subclavian Steal Syndrom: **Chirurgie/Angiologie**
- **bei geriatrischem Syndrom, Indikation zur geriatrischen Rehabilitation/ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung prüfen**

## VIII. Behandlung – Pharmaka

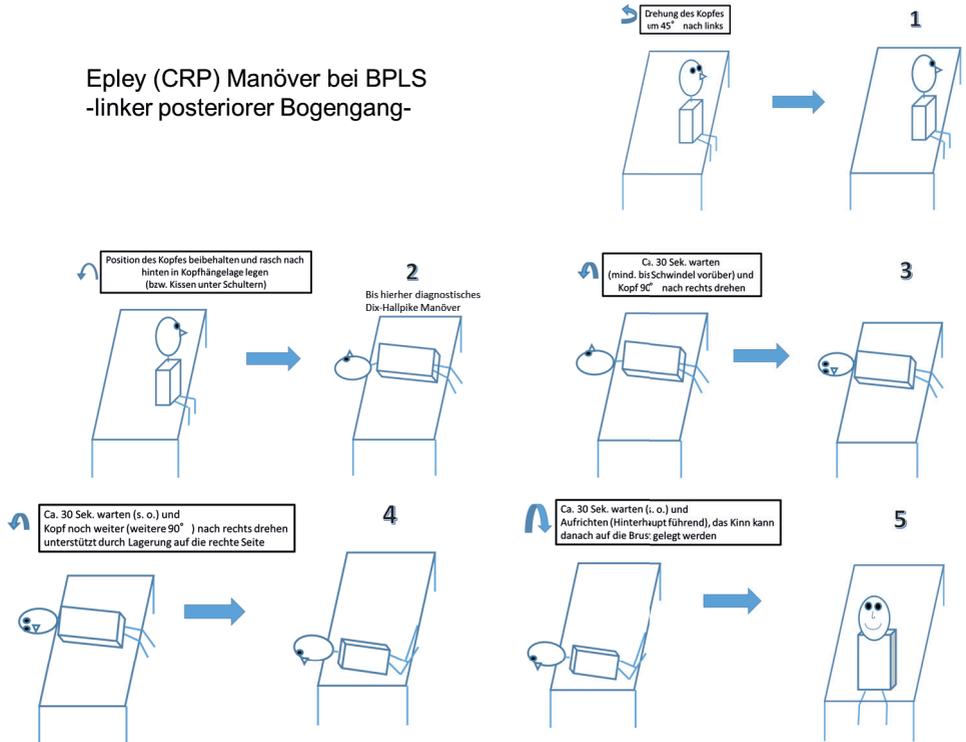
- **Beruhigen.** Bei Erwartung längeren Schwindels **hinweisen auf Notwendigkeit von Adaption.**
- Indikation für **Antivertiginosa** besteht nur für den kurzfristigen Einsatz
- Dann: **Kombination Cinnarizin plus Dimenhydrinat oder Betahistin**  
(Indikation Betahistin: bei Menièreschem Symptomenkomplex, vgl. S. 36 Pkt 7.3.2.2.5 im Langtext der Leitlinie).
- Das Homöopathikum „**Vertigoheel**“ ist bei Äquivalenz-Testung zu Betahistin vergleichbar wirksam, aber nicht gegen Placebo untersucht worden.
- **Nicht indiziert: Metoclopramid, Promethazin, Benzodiazepin.**

## IX. Physikalische Therapie

- **bei BPPV:** Epley Manöver durchführen oder anleiten, sofern ausreichend Erfahrung besteht
- **Zervikogener Schwindel:** Chirotherapie, Krankengymnastik
- Bei **unterschiedlichen Schwindelarten, insbesondere Schwindel im Alter:** Gleichgewichtsübungen

# Abbildung 1: Epley (CRP) Manöver bei BPLS – linker posteriorer Bogengang –

## Epley (CRP) Manöver bei BPLS -linker posteriorer Bogengang-



R. Jendyk adaptiert nach: Epley, John M., „The Canalith Repositioning Procedure: For Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo.“ Otolaryngology – Head and Neck Surgery 107, Nr. 3 (1. September 1992): 399–404. doi:10.1177/019459989210700310