

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

Schwindel – aktuelle Empfehlungen für die Hausarztpraxis

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Im letzten Jahr wurde die Aktualisierung der Leitlinie „Schwindel in der Hausarztpraxis“ veröffentlicht. Für die DGIM hat Dr. med. Marcel Schorrlepp, Hausarzt in Mainz und Sprecher der AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten, seine Expertise eingebracht. Im Folgenden fasst er die wichtigsten Informationen aus der S2k-Leitlinie zusammen.

Schwindel ist nur scheinbar ein Allerwelts-Symptom, das die Betroffenen jedoch stark belastet und die Behandler unsicher werden lässt. Die vorliegenden Keyfacts zu dieser Leitlinie sollen die verschiedenen Ursachen von Schwindel vermitteln und ausgesuchte Handlungsanweisungen darstellen. Wichtig: Schwindel ist keine Krankheit, sondern Leit- oder Begleitsymptom verschiedener Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie.

Mit guter Anamnese und wenigen Untersuchungsgängen lassen sich viele Ursachen des Schwindels erkennen und entsprechend behandeln. Das Studium der kommentierten Leitlinie lohnt sich.

Peripherer Schwindel

Häufigste Ursache des peripheren vestibulären Schwindels ist der **benigne paroxysmale Lagerungsschwindel** (BPLS, engl. benign paroxysmal positional vertigo, **BP**PV). Ursache sind gelöste Otolithen in den Bogengängen, wobei überwiegend der hintere Bogengang betroffen ist. Typisch sind plötzlich auftretende Drehschwindelattacken, ausgelöst durch Bewegung, oft morgens früh beim Umdrehen noch im Bett. Die Diagnose erfolgt durch Lagerungsprüfung. Dazu lohnt es sich, sich das diagnostische Semont-Manöver einmal konzentriert anzueignen. In der Leit-



▲ Dr. Marcel Schorrlepp

linie ist dazu besonders ein Blick in den Anhang zu empfehlen. Hier finden sich einige sehr gute Beschreibungen.

Semont- und Semont-Plus-Manöver

Beim diagnostischen Semont-Manöver sitzt der Patient aufrecht und wird dann mit um 45° gegen die vermutete Läsionsseite gedrehtem Kopf rasch auf die andere (zu testende) Seite gelegt; dabei soll der Kopf um mindestens 60° unter die Horizontale der Untersuchungs-liege gelangen (Semont-Plus). Zeichen für die richtige Diagnose sind ein Lagerungs-Nystagmus sowie dessen Richtung, Latenz, Zeitverlauf und Dauer in Kombination mit der Patientenangabe eines Lagerungsschwindels.

Ärzte sollen eine BPPV des hinteren Bogengangs diagnostizieren, wenn durch das diagnostische Semont-Manöver oder das Dix-Hallpike-Manöver Schwindel in Verbindung mit Nystagmus hervorgerufen wird.

Das diagnostische Semont- und Semont-Plus-Manöver ist auch therapeutisch anwendbar. Beim Semont-Plus-Manöver wird der Kopf um 45° zur nicht betroffenen Seite gedreht. Nach dem Hinlegen zur betroffenen Seite um mindestens 60° unter die Horizontale der Behandlungsliege gelagert. Nach 60 Sekunden dreht sich der Patient um 270° zur nicht betroffenen Seite um die Längsachse. Wichtig: Der Kopf sollte immer um ca. 45° zur nicht betroffenen Seite gerichtet bleiben. Nach weiteren 60 Sekunden setzt sich der Patient wieder aufrecht hin. Rezidive treten bei einem Drittel bis zur Hälfte der Patienten in den ersten drei Jahren auf, davon die meisten im ersten Jahr. Die Manöver sollen von Patienten täglich, morgens, mittags und abends nach sorgfältiger Anleitung jeweils dreimal hintereinander durchgeführt werden – mindestens so lange, bis kein Lagerungsschwindel mehr auslösbar ist.

Der **Morbus Menière (MM)** geht mit rezidivierenden Schwindel-episoden, Ohrdruck, Hörminderung und/oder Tinnitus auf dem betroffenen Ohr für die Dauer von 20 min bis zu 12 Stunden einher. Häufig haben die Patienten schon einmal einen Hörsturz (im Tiefenbereich) erlitten und/oder leiden danach unter einer persistierenden einseitigen Hörminderung.

Die Therapie der akuten MM-Episode ist rein symptomatisch mit zentral wirksamen Antihistaminika der ersten Generation z. B. Dimenhydrinat.

Die dritthäufigste Schwindelursache ist die **akute unilaterale Vestibulopathie (AUVP)/Neuritis vestibularis**. Ursächlich liegt dieser Störung überwiegend eine Reaktivierung einer Herpes-simplex-Virus-Typ-1-Infektion zu Grunde. Die aktuellen diagnostischen Kriterien sind ein akut oder subakut einsetzender Drehschwindel (d. h. AVS) mittlerer bis starker Intensität und eine Dauer von mindestens 24 h. Dazu ein Spontan-Nystagmus und keine Hinweise für zentrale neurologische oder akute audilogische Symptome, wie Hörminderung, Tinnitus oder andere otologische Symptome wie Otalgie. Therapeutisch wird Dimenhydrinat und Prednisolon verabreicht.

Zentraler Schwindel

Zentrale vestibuläre Syndrome entstehen durch Läsionen vestibulärer, zerebellärer oder okulomotorischer Strukturen. Zentrale Ur-

169 sachen von Schwindel und das Erkennen gefährlicher Verläufe (red
170 flags) werden in der Leitlinie eindrücklich geschildert. Das 4 × 4 in
171 der Hausarztpraxis (4 Fragen zur Anamnese und 4 Tests) erleich-
172 tert die Ersteinschätzung, sodass im Notfall ohne Zeitverlust in die
173 nächstgelegene Stroke-Unit überwiesen werden kann.

174 Funktioneller Schwindel

176 Somatoforme und psychogene Störungen, die mit vestibulär er-
177 scheinenden Symptomen wie Schwindel, Unsicherheit und Be-
178 nommenheit einhergehen, sind häufig – in hausärztlichen Pra-
179 xen häufiger als organische vestibuläre Störungen. „Funktioneller
180 Schwindel“ (FS) ist der Oberbegriff für verschiedene Unterformen
181 wie den persistierenden postural-perzeptiven Schwindel (PPPD,
182 früher phobischer Schwankschwindel). Der FS kann primär oder
183 sekundär gemeinsam mit anderen organischen oder psychiatris-
184 schen Erkrankungen auftreten. Zur Therapie können angeboten
185 werden: auf der Erklärung des Krankheitsmechanismus und dem
186 Umgang mit der Erkrankung basierende Psychoedukation, allge-
187 meine körperliche Aktivierung, kognitive Verhaltenstherapie und
188 Antidepressiva.

191 Internistische und kardiologische Ursachen

193 Kardiologisch stehen orthostatische Dysregulation und Herzrhyth-
194 musstörungen als Ursache von Schwindel im Vordergrund. Aber
195 auch obstruktive Herzerkrankungen wie die hochgradige Aorten-
196 klappenstenose und das seltene Vorhof-Myxom können ursächlich
197 sein. Internistische Störungen wie Anämien und Stoffwechsellent-
198 gleisungen sollen bedacht werden.

199 Die Leitlinie „Schwindel in der Hausarztpraxis“ ist im AWMF-Leit-
200 linien-Register unter der Nummer 053-018 zu finden und als Lang-
201 und Kurzversion verfügbar.

202 **Internistische Keyfacts**
203 **von Leitlinien**

- 204 • aus allen internistischen Fachbereichen
- 205 • das Wichtigste auf einen Blick
- 206 • von der Kommission Leitlinien der DGIM

207 **Jetzt informieren:**
208 **DGIM-eAkademie.de**

209 **NEU**

210 **DGIM eAkademie**

217 Schon gewusst?

218 Der CME-Zertifikatskurs der Initiative „Klug entscheiden“ bietet Ihnen
219 die Möglichkeit, Ihr Wissen zu Über- und Unterversorgung anhand
220 von Patientenfällen zu testen – und dabei 3 CME-Punkte zu sammeln.
221 Für das Jahr 2025/26 hat die Konsensus-Kommission „Klug entschei-
222 den“ 10 neue fallbasierte Multiple-Choice-Fragen verfasst und deren
223 Lösung ausführlich kommentiert.
224 Mehr Infos unter: www.klug-entscheiden.com

Preise & Stipendien

Akademie für Führungskräfte

Input und Inspiration für die eigene Führungsrolle

Die Führungskräfteakademie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat auch 2025 wieder zwei lebendige und praxisnahe Module angeboten. Das erste Modul fand am 17.–18. Oktober in Berlin statt, das zweite am 27.–28. November in Wiesbaden. Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Bereichen der Inneren Medizin kamen zusammen, um ihre Führungskompetenzen zu stärken und sich intensiv mit den vielfältigen Anforderungen des modernen Arbeitsalltags in Klinik, Forschung und Lehre auseinanderzusetzen.

Die inhaltlichen Schwerpunkte reichten von zeitgemäßer Teamführung, Kommunikation und Konfliktmanagement über den professionellen Einsatz von Führungsinstrumenten wie Delegation und Feedback bis hin zu Fragen der Mitarbeitendenbindung, Selbstorganisation und Resilienz. Eine abwechslungsreiche Mischung aus kurzen Impulsvorträgen, kollegialen Fallbesprechungen, Rollenspielen und offenen Diskussionen ermöglichte es den Teilnehmenden, das Gelernte unmittelbar auf ihre eigenen beruflichen Situationen zu übertragen und ihren persönlichen Führungsstil weiterzuentwickeln.

Besondere Highlights waren der inspirierende Expertendialog mit den Chefärztinnen Dr. Angelika Behrens und Dr. Vera Stiehr, die anschaulich über Chancen und Herausforderungen von New Work im Klinikalltag berichteten, sowie das Gespräch mit der DGIM-Vorsitzenden Prof. Dagmar Führer-Sakel. Sie gab sehr persönliche Einblicke in ihren beruflichen Lebensweg, sprach über prägende Erfahrungen und bot den Teilnehmenden wertvolle Impulse für die Gestaltung der eigenen Führungsrolle. Beide Formate sorgten für intensive Nachgespräche und setzten starke Akzente im Rahmen des Programms.

Ein weiterer Höhepunkt war das gemeinsame Rahmenprogramm. Sowohl in Berlin als auch in Wiesbaden bot ein entspanntes Abendessen viel Raum für Austausch und Vernetzung. Neben den aktuellen Teilnehmenden waren auch Vertreterinnen und Vertreter des AG-DGIM-Alumninetzwerks anwesend, was den Dialog zusätzlich bereicherte und den Austausch zwischen verschiedenen Karrierestufen förderte. Viele Teilnehmende nutzten die Gelegenheit, um Erfahrungen aus ihrem Arbeitsalltag zu teilen, Einblicke in unterschiedliche Karrierewege zu gewinnen und neue Kontakte zu knüpfen. Dabei entstanden nicht nur zahlreiche berufliche