

Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis – die neue hausärztliche S3-Leitlinie

Acute Dizziness in Primary Care Offices – the German College of General Practitioners and Family Physicians' New Guideline

Ralf Michael Jendyk¹, Heinz Harald Abholz²

Zusammenfassung: Die neue DEGAM-Leitlinie (S3-Leitlinie der AWMF) zum akuten Schwindel in der Hausarztpraxis wurde im Spätsommer 2016 veröffentlicht und fasst hier kurz die wichtigsten Punkte konzentriert zusammen. Durch die in der Leitlinie vorgeschlagene Systematisierung des primär anamnestischen Vorgehens beim Symptom Schwindel ist bei dem überwiegenden Teil der Patienten eine recht schnelle Entscheidung zur Ursache möglich. Meist dienen dann körperliche Untersuchung und – selten – wenige technische Untersuchung der Bestätigung der so gestellten Verdachtsdiagnose. Nur ein kleiner Teil der Patienten benötigt eine Überweisung zum Spezialisten: Entweder, weil die vorgeschlagene diagnostische Vorgehensweise einmal nicht zur Ursache führt oder – sehr selten – eine nur durch den Spezialisten behandelbare Erkrankung vorliegt. Für den Bereich der medikamentösen Therapie wurde u.a. eine spezielle Cochrane Literatur-Recherche durchgeführt und die evidenzbasierten Therapieansätze dargestellt.

Schlüsselwörter: Leitlinie; Hausarzt; Schwindel; Praxis

Summary: The new guideline on acute dizziness of the German College of General Practitioners and Family Physicians (AWMF S3 guideline) which has been published in late summer 2016 summarizes the essential and most recently developed aspects. A proposed categorization of dizziness by time and accompanying symptoms will help making a most probable diagnosis with essential focus on the medical history in most patients. In most cases clinical evaluation and – seldom necessary – further technical diagnostics serve as diagnostic confirmation. Only a small number of patients with dizziness needs a referral to a specialist: Either because of the failure of the proposed approach to lead to a most likely diagnosis or because of an underlying disease demanding a treatment by a specialist. For the evidence-based recommendations of treatment a special Cochrane literature search was conducted.

Keywords: guideline; primary care; dizziness; vertigo

Die neue Leitlinie „Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis“ [1] will helfen, den strukturierten Umgang mit dem Symptom Schwindel als Beratungsanlass unter hausärztlichen Bedingungen zu vereinfachen. Die gesamte Leitlinie ist zu finden unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-018l_S3_Akuter_Schwindel_Hausarztpraxis_2016-10.pdf.

Im hier vorliegenden Text wird auf die wichtigsten Inhalte kürzend und ohne Evidenzbelege eingegangen; diese sind der Leitlinie selbst zu entnehmen.

Schwindel ist mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 2–5 % (je nach Altersklasse) [2] der Beratungsanlässe in hausärztlichen Praxen ein regelmäßiges Symptom, mit dem Hausärzte konfrontiert werden. Die

große Heterogenität möglicher zugrunde liegender Ursachen macht die Symptomevaluation und Diagnosestellung kompliziert und verunsichert mitunter Hausärztinnen und Hausärzte sowie Patienten. Dies liegt nicht zuletzt auch daran, dass Patienten durch dieses Symptom häufig verängstigt sind und es – zumindest bei ausgeprägtem Schwindel – als Bedrohung erleben. Obwohl „abwendbar gefährliche Verläufe“ eher selten sind, müssen sie auch in Betracht gezogen werden.

Definition

Schwindel ist ein Begriff, der von Patienten und Ärzten häufig mit sehr

unterschiedlichen Erlebnisinhalten verknüpft wird. In der Leitlinie wird unter „Schwindel“ die vom Patienten angegebene Unsicherheit im Raum, zu verstehen als erlebter Verlust sicherer räumlicher Orientierung, verstanden.

Es hat sich bewährt, zur genaueren Erhebung der tatsächlichen Wahrnehmungen des Patienten diesen zu bitten, seine Beschwerden zu beschreiben, ohne dabei das Wort „Schwindel“ oder „schwindelig“ zu verwenden. Dies erlaubt dann eine leichtere diagnostische Zuordnung.

Als eine Sonderform des Schwindels gilt die Synkope oder Prä-Synkope. Die Synkope kann sich auch als Unsicher-

¹ Arbeitsbereich Allgemeinmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

² Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

DOI 10.3238/zfa.2017.0012-0016

heit im Raum ankündigen, ist dann aber gefolgt von einem Bewusstseinsverlust.

Wichtigste ursächliche Erkrankungen

Eine wichtige Erkenntnis ist im Statement 1 der Leitlinie festgehalten: „Betrachtet man Patienten mit dem Symptom Schwindel in der Hausarztpraxis, so wird vielfach nur bei einem kleineren Teil der Patienten eine spezifische Diagnose gestellt. Akuter Schwindel, der trotz adäquater primärer Abklärung inklusive Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe keiner spezifischen Diagnose zugeordnet werden kann, sistiert häufig spontan und macht daher nach Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe eine Strategie des abwartenden Offenhaltens/Watchful waiting sinnvoll“ [1, S. 11].

Lässt sich jedoch eine definitive Diagnose stellen, so sind die hierbei ursächlich gefundenen Erkrankungen in Statement 2 der Leitlinie aufgeführt: „Die häufigsten Diagnosen bei akutem Schwindel in der Hausarztpraxis sind: Psychogener Schwindel – Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel – ‚Schwindel im Alter‘/komplexer Schwindel (letzterer dann anhaltend) – ‚Zervikogener Schwindel‘ – Orthostase – unerwünschte Medikamentenwirkungen und ‚Neue Brille‘. Weitere, häufig gestellte Diagnosen sind: Herzrhythmusstörungen – M. Menière – Neuritis vestibularis – Polyneuropathie – vestibuläre Migräne – zerebrale Durchblutungsstörungen“ [1, S. 12]. Die Reisekrankheit wurde hierbei explizit nicht berücksichtigt. Folglich sind abgerundet etwa sechs Diagnosen für 80 – 90 % aller Schwindelzustände verantwortlich.

Auf zwei ursächliche Schwindel soll – weil in der fachärztlichen Sicht meist nicht so explizit benannt – hier kurz beschreibend eingegangen werden (detaillierter in der Leitlinie).

Psychogener/Phobischer Schwindel

Der **Psychogene/Phobische Schwindel** ist wie folgt charakterisiert: „Er lässt sich der Schwindelart ‚Benommenheit‘ [...] zuordnen. Er zeichnet sich meist schon in der Art der Beschreibung des Schwindels durch den Patienten aus [...]: Es sind häufig relativ dramatische Darstellungen des Schwindels bei zugleich wenig sichtbarer Beeinträchtigung des Patienten. Der

Schwindel wird oft mit ‚Alles dreht sich‘ eingangs charakterisiert, bei genauem Nachfragen stellt sich dann aber heraus, dass es sich nicht wie im Karussell dreht. Erbrechen und Stürze treten fast nie auf. Bei vestibulärem und zerebral ausgelöstem Drehschwindel sind diese Symptome dagegen – mit Ausnahme des Benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels – fast die Regel. Zudem passen Auslöser, Dauer und Art des Schwindels fast nie stimmig zueinander: Es ist eher das Erleben von ‚mir schwindelt es‘, was geschildert wird. Hingegen ist meist eine detaillierende Schilderung zu Auslöser, Unterdrückungsmöglichkeiten, Dauer etc. nicht herauszufinden bzw. in sich widersprüchlich. Die Patienten sind meist erheblich beunruhigt, verängstigt“ [1, S. 12].

Altersschwindel/ Komplexer Schwindel

Der sogenannte **Altersschwindel/Komplexe Schwindel** „lässt sich der Schwindelart ‚Benommenheit‘ zuordnen [...]“. Er stellt keine allgemein akzeptierte Entität dar – wenn auch immer mehr Fachgebiete diese Entität, zum Beispiel unter dem Namen Komplexer Schwindel, anerkennen. Gemeint ist damit, dass ein Komplex von leichteren Störungen der Organsysteme, die zur Orientierung im Raum beitragen, in der Gesamtheit zu einem Schwindelgefühl beitragen. Es gibt keine beweisenden Befunde, sondern die Diagnose ist nur nach Ausschluss anderer Ursachen zu stellen. Insbesondere hinweisend auf diesen Schwindel ist das Vorliegen mehrerer, leichterer Störungen, die jeweils einen Beitrag zur Schwindelentstehung leisten können (Seh-, Hörstörungen, muskuläre Schwäche in den Beinen, zerebrovaskuläre Insuffizienz, Polyneuropathie etc.). Außerdem verlangsamen sich auch oft – an anderen Befunden festmachbar – die zentralen Verarbeitungsprozesse, sodass auch die für die Gleichgewichtsregulation erforderliche Integration verschiedener sensorischer Informationen beeinträchtigt sein könnte. Die Menschen fühlen sich damit ständig unsicher im Raum, haben einen ‚wackligen Gang‘, häufig nach vorn gebeugt und tippelnd. Da dieser Zustand meist langsam und stetig eintritt, kommt es z.T. auch zu einer Adaptation an den Zustand bzw. wird dieser auch teilweise als dem Alter zugehörig empfunden. Allerdings gibt es auch einen Teil der Patienten, die dies als erheblich beeinträchtigend erleben“ [1, S. 14].

Diagnostisches Vorgehen

Eine entscheidende Botschaft der Leitlinie ist: Die genaue Anamnese der wahrgenommenen Unsicherheit im Raum ist wegweisend für die Diagnosestellung der Schwindelursache. Zur Einordnung des Schwindels und damit Beginn einer Diagnosestellung in Bezug auf seine Ursache wird in der Leitlinie eine auf der Anamnese beruhende Kategorisierung mittels vier Kriterien vorgeschlagen. Damit wird die häufig noch übliche und von den Spezialfachern benutzte Kategorisierung nach „Schwindelentstehungsorten“ abgelöst.

Vorgeschlagen wird, dass man die angesprochenen Kriterien durchgeht und den Patienten hierbei gedanklich einordnet. Dabei soll die Reihenfolge der Kriterien von A bis D eingehalten werden.

Die Kriterien sind [1, S. 18]:

„A) Art des Schwindels

1. Drehschwindel
2. Gangunsicherheit (mit klarem Kopf)
3. Schwankschwindel/(Prä-)Synkope
4. Benommenheit

B) Zeitdauer des Schwindels

1. Sekunden
2. Minuten
3. Stunden bis Tage
4. Länger als Tage anhaltend

C) Modulierende Faktoren

1. Nur bei beim Laufen
2. bestimmte Bewegung des Kopfes (Rotation, Retroflexion)
3. Aufrichten des Körpers
4. Heben/Arbeiten mit Armen über dem Kopf
5. körperliche Anstrengungen
6. Neue Brille (insbes. Gleitsicht)
7. Medikamenteneinnahme (insbes. Antihypertensiva, Sedativa, Antiarrhythmika, NSAR)
8. Bedeutende Lebensveränderung bzw. Belastung
9. Hungerperioden bei Diabetikern

D) Zusätzliche Symptome

1. Erbrechen
2. Hörstörungen
3. Schmerzen: Ohrschmerz/Ohrdruck, Kopf, HWS
4. Gefühllosigkeit oder Brennen in den Beinen
5. Sehstörungen
6. Herzjagen, Herzschlag unregelmäßig oder als langsam empfunden
7. Ängstliche oder traurige Stimmung, insbes. neu aufgetreten.“

Zeit	Modellierung	Zusatzsymptome	Wahrscheinliche Diagnose
Drehschwindel („wie im Karussell“)			
Sekunden/Minuten	– (meist) ohne – Kopfbewegung/Aufrichten – Husten/Pressen/Niesen/Heben	– (ggf. Übelkeit) – Hörminderung/Tinnitus	– Vestibularisparoxysmie – BPPV – „Perilymphfistel“ ¹
Minuten/Stunden		– Hörstörung, Tinnitus, Ohrdruck – Kopfschmerzen, Licht-/ Lärmempfindlichkeit, Migräne – Doppelbilder/Lähmungen	– Morbus Menière – Vestibuläre Migräne – Zentraler Schwindel ²
Tage	– Zunahme bei Bewegung	– Übelkeit/Erbrechen/ Oszillopsien – Hörstörung/Ohrenscherzen	– Akute einseitige Vestibulopathie ³ – Labyrinthitis/Zoster oticus
Gangunsicherheit (bei „klarem Kopf“)			
in Bewegung	– Zunahme im Dunkeln	– taube oder brennende Beine – Oszillopsien beim Gehen	– Polyneuropathie – Bilaterale Vestibulopathie
Schwankschwindel („wie Bootfahren“)			
in Bewegung	– Zunahme im Dunkeln	Oszillopsien beim Gehen	Bilaterale Vestibulopathie
Sekunden/Minuten	– (Bewegung im HWS- Bereich)	– HWS-Beschwerden	– sog. Zervikogener Schwindel (ist umstrittene Entität)
Minuten/Stunden	– ggf. Kopfschmerz/Migräne Anamnese – langes Hungern bei Diabetes	– vegetative Sympt. – weitere neurolog. Sympt. – Lichtempfindlichkeit, vegetat. Sympt. – Schwitzen, Unruhe	– TIA: Kleinhirn oder Hirnstamm – TIA – vestibuläre Migräne – Hypoglykämie
Tage	– Kopfbewegung/Laufen	– Neue (Gleitsicht-)Brille	– Anpassungsstörung an Brille für Tage
Anhaltend		– neurologische Sympt./vegetat. Sympt.	– Infarkt/Blutung im Bereich des Hirnstamms oder Kleinhirns
Benommenheit			
Sekunden/Minuten	– Aufrichten aus Liegen – Kopfdrehung – Arbeiten über Kopf – körperl. Anstrengung	– spürbare Rhythmusstörungen – drohendes Ohnmachtsgefühl – drohende Ohnmacht – drohende Ohnmacht – Belastungsdyspnoe	– tachykarde und bradykarde Rythmusstörungen* – Orthostase* – Carotis-Sinus Syndrom* – Subclavian steal Syndrom* – obstruktive kardiale Erkrankun- gen inkl. Aortenstenose*
Stunden/ Tage bis Wochen	– Medikamenteneinnahme – Alkohol – Arbeit mit Lösungsmittel	– unterschiedliche möglich – unterschiedliche möglich	– UAW von Medikament – Intoxikation – Intoxikation
Monate/Jahre	– Enge/weite Plätze/ Menschenansammlungen – best. Lebenssituationen – hohes Alter	– Angst/Panikattacken – situative Verstärkung/ Vermeidungsverhalten – Degenerationen: z.B. Seh-Hörstörungen	– Funktioneller Schwindel – Phobischer Schwankschwindel – Multifaktorieller Schwindel im Alter

¹ Meist sog. Dehiszenz des vorderen Bogengangs
² Kann zentraler Schwindel: Infarkt/Blutung im Bereich von Hirnstamm (z. B. Wallenberg- Syndrom) od. Kleinhirn
³ Akute einseitige Vestibulopathie kann sein: Neuritis vestibularis oder Vestibularisausfall anderer Ursache

Tabelle 1 Anamnestische Hinweise zur Diagnose von Schwindel (fett = häufig in Hausarztpraxis; BPPV = Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel) [1]

Das diagnostische Vorgehen, was bis hierher nur die Anamnese benötigt, ist in Tabelle 1 der Leitlinie abgebildet ([1, S. 20], hier ebenfalls Tabelle 1). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich Schwindelart 3 und 4 manchmal überschneiden und nicht immer trennscharf zueinander sind.

Nicht nur, weil die Anamnese beim diagnostischen Aufarbeiten des

Symptoms Schwindel von zentraler Bedeutung ist, sondern auch, weil die Patienten oft erheblich durch die Symptome verunsichert sind, soll eine strukturierte, ausführliche Anamnese bei jeder Vorstellung erhoben werden. Es soll zudem bei wiederkehrenden Konsultationen insbesondere auf Änderungen der Symptome geachtet werden.

Aus demselben Grund sollen die Patienten auch ausführlich über Art und Ursache der Schwindelbeschwerden sowie die fast immer fehlende Bedrohlichkeit desselben aufgeklärt werden.

Die meisten der häufig auftretenden Schwindelursachen können unter hausärztlichen Bedingungen leicht diagnostiziert und teilweise auch therapiert werden.

Untersuchungen

Aufgrund der strukturierten Anamnese unter Zuhilfenahme der Tabelle 1 kann oft schon eine gut begründete Verdachtsdiagnose gestellt werden. Z.T. sind aber Untersuchungen – oft auch nur zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose – notwendig. Fast durchgehend sind es rein körperliche Untersuchungen ohne technisches Gerät.

Die in der Leitlinie vorgeschlagenen körperlichen Untersuchungen, die mitunter auch nur teilweise oder bei bestimmten Hinweisen notwendig werden, sind (vgl. [1, Kurzfassung]):

„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), Herz auskultation, 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 (zerebellär, spinal, vestibulär), Diadochokinese (zerebellär), Finger-Nase- und Knie-Hacken-Versuch (zerebral, zerebellär)

5. HNO-Untersuchung

– Nystagmusprüfung: Spontannystagmus – Hinweis auf vestibuläre Störung. Einstell-Nystagmus bei extremer BlickEinstellung: wenn erschöpflich, dann physiologisch; ansonsten Hinweis auf vestibuläre Störung. Blickrichtungsnystagmus: sakkadierende Bewegung, Hinweis auf zerebelläre 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) zerebellären Infarkt sein). Lageversuch nach Dix-Hallpike bei Lagerungsschwindel (BPPV). Hörprüfung bei Vorliegen von Hinweisen auf vestibuläre Störung.“

Meist ist nur ein kleiner Teil der aufgeführten Untersuchungen notwendig. Es gibt aber immer wieder Patienten, die durch eine ausführlichere Untersuchung auch in ihrer Angst beruhigt werden können.

Sollten spezifischere, dann meist technische Untersuchungen (die nicht in der Hausarztpraxis durchgeführt werden können), notwendig werden, so sollten diese in der Regel durch den entsprechenden Spezialisten veranlasst werden.

Schnittstelle zum Spezialisten

Der jeweilige Spezialist sollte dann hinzugezogen werden, wenn die erhobenen Befunde a) nicht eindeutig zu einer Verdachtsdiagnose zusammenzuführen sind oder b) eine Diagnose gestellt wird, die eine spezialärztliche Behandlung notwendig macht (vgl. hierzu auch „abwendbar gefährliche Verläufe“).

Aber: „Wenn man keine definitive Diagnose stellen kann und zugleich aber auch keine Gründe vorliegen, unmittelbar zum Spezialisten zu überweisen, weil bedrohliche Erkrankungen in Frage kommen [...] bzw. aus anderen Gründen eine Überweisung sinnvoll ist [...], dann kann beim akuten Schwindel ‚abwartendes Offenhalten‘ praktiziert werden, da die Mehrzahl dieser Patienten dann nach kurzer Zeit (Tage bis wenige Wochen) auch beschwerdefrei werden“ [1, S. 28].

Abwendbar gefährliche Verläufe

Zur Identifizierung von „gefährlichen Verläufen“ helfen die folgenden Kernsätze:

„Schwindel kann auch das einzige Symptom einer akuten zerebrovaskulären Ischämie darstellen. Zudem können sowohl maligne Herzrhythmusstörungen, eine Aortenstenose oder eine obstruktive Kardiomyopathie eine zeitnah zu diagnostizierende Schwindel-Ursache darstellen. Diese Krankheitsbilder sollen immer mit bedacht werden.

Patienten mit neu aufgetretenem M. Menière, akutem Drehschwindel, Herpes zoster oticus, Schwindel bei unklarem Trommelfellbefund oder anderen kombinierten Hör- und Gleichgewichtsstörungen und therapierefraktärem Schwindel sollten zeitnah zum Spezialisten überwiesen werden“ [1, S. 29].

Therapie

Bei anzunehmend länger andauerndem Schwindel ist es sinnvoll, die Patienten über die Selbstregulierungsmechanismen (Kompensation, Habituation und Adaptation) aufzuklären und dabei darauf hinzuweisen, dass nur auf diesem Wege anhaltende Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Dies schließt auch ein, dass man die Patienten darüber informiert, dass eine medikamentöse Unterdrückung eines sehr heftigen, akuten Schwindels nicht nur sehr schwierig, sondern auch aufgrund der Selbstregulierungsmechanismen nicht erwünscht ist.

Daher sollten **Antivertiginosa**, wenn überhaupt, nur kurzfristig (bis ca. drei Tage) in der Akutphase verabreicht werden. Zudem ist eine Maskierung der Akutdiagnostik durch deren Einsatz zu bedenken. Dennoch ist manchmal eine kurzfristige Gabe notwendig.

Zu einer medikamentösen symptomatischen Therapie sagt die Leitlinie – basierend auf einem eigens dafür angefertigten Systematischen Review – Folgendes: „Dimenhydrinat als Einzelsubstanz sowie Betahistin als Einzelsubstanz oder Dimenhydrinat in Kombination mit Cinnarizin haben einen nachweisbaren Nutzen bei vertretbaren unerwünschten Wirkungen – sollten also dann kurzfristig gegeben werden, wenn eine Indikation dafür gesehen wird. (Wirksamkeits-Unterschiede zwischen den aufgeführten Substanzen und der Kombination, die sich in den Studien zeigten, wurden hier nicht berücksichtigt, sondern alle gleichberechtigt nebeneinander aufgeführt, für die es in RCTs mit Placebo und/oder Substanzvergleich einen statistisch gesicherten Wirksamkeits-Nachweis gab. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Studienqualität insbes. in Bezug auf die untersuchten Kollektive (inhomogen, schlecht definiert) und die verwendeten Messinstrumente in allen Studien nicht ideal war)“ [1, S. 35].

„Das Homöopathikum ‚Vertigoheel‘ wurde bisher nicht gegen Placebo getestet, ist bei Äquivalenz-Testung zu Betahistin beim unspezifischen Krankengut jedoch ebenso wirksam“ [1, S. 37].

BPLS: Bei Patienten, die an einem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel leiden, sollte eine Schulung zum Lagerungsmanöver angeboten, gezeigt und ggf. durchgeführt werden

Dr. med. Ralf Michael Jendyk, MME (Uni Bern) ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin, wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Leiter des Centrums für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

(s. Durchführungsanleitung in der Leitlinie).

Zervikogener Schwindel: Diese Schwindelentität ist umstritten, aber es gibt einige, wenn auch methodisch nicht sichere Studien, die einen Einsatz der Chirotherapie bzw. eine Krankengymnastik (ebenfalls wenige, methodisch schwache Studien) vorschlagen. Dabei sollten aber immer die potenziellen Risiken einer solchen Behandlung

(z.B. ausreichende Stabilität der knöchernen HWS) berücksichtigt werden.

Bei Patienten mit länger anhaltenden Beschwerden oder solchen, bei denen eine **Schwindelursache nicht feststellbar** ist, kann in der Frühphase bereits ein Gleichgewichtstraining angeboten werden.

Bei Patienten mit **psychogenem Schwindel** reicht die Therapie von psychosomatischer Begleitung bis – bei

weiteren ernstern psychischen Beschwerden – zu einer Psychotherapie oder auch einer psychopharmakologischen Behandlung. Beim **Schwindel im Alter/ Komplexen Schwindel** sind verschiedene Therapien auszuprobieren: Gleichgewichtstraining, Krankengymnastik, psychosomatische Begleitung.

Interessenkonflikte: RJ hat Reisekostenunterstützungen für Studententreffen von der DSGZ (Deutsches Schwindel und Gleichgewichtszentrum) und von der DEGAM für das Konsensustreffen erhalten. Alle Autoren des Artikels sind auch die Autoren der Leitlinie.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ralf Michael Jendyk
Centrum für Allgemeinmedizin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Malmedyweg 17–19
48149 Münster
Tel.: 0251 8352197
jendykra@uni-muenster.de



An der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn ist am Institut für Hausarztmedizin eine

W3 - Professur für Allgemeinmedizin

zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu besetzen.

Der/Die zukünftige Stelleninhaber/-in soll das Fach Allgemeinmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung vertreten. Mit der Stelle ist die Leitungsfunktion im Institut für Hausarztmedizin verbunden.

Einstellungsvoraussetzungen (gemäß § 36 HG NRW) sind die Habilitation oder habilitationsäquivalente Leistungen, die Facharztqualifikation für Allgemeinmedizin und Erfahrungen in der Tätigkeit als Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin. Auswahlkriterien sind wissenschaftliches Profil, Kompetenz in der Lehre und Weiterbildung sowie Teamfähigkeit.

Erwartet wird, dass der/die Bewerber/-in mit den im Institut tätigen Hausärzten/Hausärztinnen die Lehre weiterentwickelt. Insbesondere sollen neue Forschungsergebnisse in die Lehre der Studierenden, aber auch in die Fort- und Weiterbildung integriert werden. Voraussetzung wird die enge Zusammenarbeit mit den ca. 160 Lehrärzten/Lehrärztinnen. Diese sind ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer universitärer Medizin und ambulanter heimatnaher Versorgung.

Forschungskooperationen unter Nutzung eines Netzwerkes von Forschungspraxen sollen ausgebaut werden. Internationale Kooperationen sind gewünscht. Die Medizinische Fakultät sucht einen/eine qualifizierten/qualifizierte Wissenschaftler/-in mit hochrangigen Publikationen, kompetitiv eingeworbenen Drittmitteln, Erfahrung bei der Durchführung von Studien und Kompetenzen in der Methodik der Versorgungsforschung. Bei nicht deutschsprachigen Bewerber/-innen wird die Bereitschaft vorausgesetzt, die deutsche Sprache innerhalb von zwei Jahren zu erlernen.

Chancengleichheit ist Bestandteil unserer Berufungspolitik.

Qualifizierte Bewerber/-innen werden gebeten, die üblichen Unterlagen (Anschreiben, Text mit Darlegung wissenschaftlicher Interessen und persönlicher Leistungen, Lebenslauf, Zeugnisse, Urkunden, Schriftenverzeichnis, max. 5 Sonderdrucke) und einen ausgefüllten Bewerberbogen jeweils auf Deutsch und Englisch bis zum **12. Februar 2017** zu senden an den **Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Prof. Dr. Nicolas Wernert, Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn.**

Bitte bewerben Sie sich per E-Mail an: dekanat@ukb.uni-bonn.de

Den Bewerberbogen sowie weitere Informationen zum Bewerbungsverfahren finden Sie unter:
www.uniklinik-bonn.de/dekanat/bewerberbogen

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e.V. Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis. S3-Leitlinie, 2016. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-018l_S3_Akuter_Schwindel_Hausarztpraxis_2016-10.pdf (letzter Zugriff am 28.10.2016)
2. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis (CONTENT Berichtsband 1). München: Urban & Vogel, 2008. www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_1.pdf (letzter Zugriff am 09.12.2016)