

# „Ein sehr weites Feld“: Konzepte von Hausärzten bei Schwindel

## „A Very Broad Field“: Concepts of Family Physicians for Dizziness

Carsten Kruschinski<sup>1</sup>, Susanne Schweitzer<sup>1</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>1</sup>, Gudrun Theile<sup>1</sup>

**Einleitung:** Schwindel ist durch eine Vielzahl möglicher Ursachen und teils mangelnde Therapieoptionen gekennzeichnet. Ziel der Untersuchung war es, individuelle Krankheitsvorstellungen und Vorgehensweisen (Konzepte) von Hausärzten bei Schwindel zu ermitteln.

**Methoden:** N=16 Hausärztinnen und Hausärzte wurden in semistrukturierten Interviews befragt. Alle Transkripte wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring) ausgewertet. Die vergebenen Codes wurden diskutiert, konsentiert und in einem überwiegend induktiven Prozess unter Kategoriennamen zusammengefasst.

**Ergebnisse:** Schwindel wurde häufig mit einer Störung der physiologischen Reizverarbeitung etwa nach Bettlägerigkeit, mit Durchblutungsstörungen oder Stress erklärt, aber auch durch gängige pathophysiologische Konzepte (z. B. abgesprengte Otolithen). Häufig wurde eine reflektierende Praxis zur Einordnung von Schwindel und zum Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe, z. B. von Schlaganfällen, angewendet. Die Therapie war oft an den Krankheitsvorstellungen orientiert und wurde kontrovers bewertet.

**Schlussfolgerungen:** Für die in primärärztlichen epidemiologischen Studien häufig unklaren Ursachen von Schwindel werden von Hausärzten offenbar individuelle, an Alltagserfahrungen orientierte Erklärungen herangezogen.

*Schlüsselwörter:* Schwindel, Altersschwindel, Allgemeinmedizin, qualitative Forschung

**Introduction:** Dizziness is characterised by a broad etiologic spectrum and limited treatment options. The aim of the study was to reveal family physicians' (FPs') individual concepts of causes and management with regard to dizziness.

**Methods:** A total of 16 FPs were interviewed and each transcript was analysed according to qualitative content analysis (Mayring). Codes were discussed until a consensus was reached, and they were inductively summarized under main categories.

**Results:** Dizziness was often understood as nervous dysfunction, circulation problem, or as caused by stress. Many FPs behaved in a reflective way in order to classify the dizziness and to exclude possibly serious causes such as stroke. Treatment options often followed FPs' individual concepts of etiology, and were judged in a conflictive way.

**Conclusion:** Dizziness of unknown origin has often been found in epidemiological primary care studies, and FPs seem to build their own explanations based on their experiences in daily practice.

*Keywords:* dizziness, elderly, family practice, qualitative research

### Hintergrund

Schwindel kann vielfältige Ursachen haben bei zugleich teilweise eingeschränkten Therapiemöglichkeiten [1, 2]. Aus Lehrbüchern sind uns zumeist typische HNO-ärztliche und neurologische Entitäten bekannt, anhand derer wir das Symptom verstehen lernen. Dies sind überwiegend die peripher-vestibulären Erkrankungen wie benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS), Neuritis vestibularis oder M. Ménière. Auch zentrale Ursachen, die uns als gefährliche Ursachen in Erinnerung bleiben („Kleinhirn“), und ein breites Spektrum mögli-

cher internistischer Probleme werden dort genannt. Epidemiologische Untersuchungen zu Schwindel bestätigen diese Ursachenverteilung im spezialärztlichen Kontext neurologischer oder HNO-ärztlicher Ambulanzen. Primärärztliche Untersuchungen gelangen zu einem anderen Bild und sehen unklare oder multiple Ursachen als weit häufiger an [1, 3–5]. Daraus resultieren teils widersprüchliche Meinungen zum optimalen Vorgehen bei inzidentem Schwindel [6–7], das sich u. a. an der Prävalenz der vermuteten Ursachen orientieren sollte.

Schwindel könnte von Hausärzten anders als „nur“ lehrbuchmäßig einge-

ordnet werden [8]. Ziel der Untersuchung war es daher, Erklärungsmodelle für Schwindel bei Hausärzten zu erfassen und – darüber hinaus – Konzepte des hausärztlichen Vorgehens bei Schwindel in einem qualitativen Studienansatz abzubilden. Auf diese Weise sollte untersucht werden, ob die aus der Epidemiologie bekannten Erkenntnisse zu Schwindelursachen im hausärztlichen Versorgungskontext der Wahrnehmung der Befragten entsprechen. Es sollten aber auch neue Hypothesen generiert werden, um beispielsweise Leitlinienempfehlungen besser an den Vorstellungen oder auch Befürchtun-

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover  
Peer reviewed article eingereicht: 25.06.2009, akzeptiert: 29.06.2009  
DOI 10.3238/zfa.2009.0377

gen von Hausärzten orientieren zu können.

## Methoden

### Teilnehmer

(Anmerkung: Im Folgenden wird die männliche Form benutzt, gemeint sind immer das weibliche und das männliche Geschlecht.)

Insgesamt wurden N=16 Hausärztinnen und Hausärzte (je n=8) für die Studie rekrutiert (n=15 Fachärzte für Allgemeinmedizin, ein hausärztlicher Internist; n=2 hatten zusätzlich eine Facharztbezeichnung für Chirurgie, n=6 hatten Zusatzbezeichnungen). Der Einschluss der Hausärzte erfolgte sukzessive, bis im Auswertungsprozess eine theoretische Sättigung erzielt worden war [9]. Angesprochen wurden zum einen Kollegen, die dem Institut für Allgemeinmedizin über eine Lehrarztstätigkeit bekannt waren, zum anderen, weit aus größeren Teil aber Kollegen ohne universitäre Anbindung, wie z. B. Hausärzte aus dem persönlichen Umfeld der Autoren. Bei der Rekrutierung wurde auf eine Ausgewogenheit bezüglich Alter, Geschlecht, Dauer der Niederlassung und Region geachtet (purposive sampling). So stammten die Ärzte aus der Region Hannover (n=2 Stadt, n=3 Land), aus Braunschweig (n=4), Walsrode (n=1) und aus dem Bonner Raum (n=4 Stadt, n=2 Land). Der Altersmittelwert lag bei 48 Jahren (33–62 Jahre), die mittlere Dauer der Niederlassung betrug 12 Jahre (1–23 Jahre).

### Ablauf der Interviews

Alle Kollegen wurden von einer zahnmedizinischen Doktorandin des Instituts für Allgemeinmedizin (Autorin SS) überwiegend in ihren Praxen interviewt (Interviewdauer im Mittel 18 Minuten [7–37 Minuten]). Dazu war von allen Autoren gemeinsam in einem Konsensverfahren ein Interviewleitfaden entwickelt worden, anhand dessen das Gespräch mit einer erzählgenerierenden Eingangsfrage eröffnet wurde, sinngemäß: „Wir möchten von Ihnen gern mehr über Ihre Erfahrungen mit Schwindelpatienten wissen. Erzählen Sie uns doch einmal davon. Sie können dies gern anhand eines Beispielpatienten tun.“

Bezüglich Ideen zur Entstehung von Schwindel (Erklärungskonzepte) wurden im Verlauf vertiefende Fragen gestellt, wobei Wert darauf gelegt wurde, die Ärzte möglichst frei reden zu lassen. Folgende Themenbereiche wurden zusätzlich exploriert: Hausärztliches Vorgehen bei Schwindel, Abgrenzung gefährlicher Ursachen von Schwindel, Bewertung von Untersuchungen und Einbeziehung von Fachkollegen, Behandlungsoptionen, Erleben der Arzt-Patient-Beziehung mit Schwindelpatienten, hausärztliche Aufgaben und Ziele bei der Betreuung von Schwindelpatienten.

### Qualitative Auswertung der Interviews

Alle halboffen geführten Interviews wurden als Tondateien digital gespeichert und vollständig wortwörtlich nach gängigen Regeln transkribiert. Zwei der Autoren (CK, SS) haben sie unabhängig voneinander nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring) ausgewertet [10]. Dazu wurden alle Interviews mithilfe der Software atlas.ti (Version 5.2) vollständig kodiert bei sehr offenem, überwiegend induktivem Herangehen an das Material [11]. Ideen (Konzepte) zur Krankheitsvorstellung und zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Schwindel waren dabei von zentralem Interesse. Sämtliche Codes, die primär alle denkbaren bzw. angesprochenen Bereiche zum Thema Schwindel abdecken konnten, wurden diskutiert, konsentiert und unter Kategorienamen zusammengefasst. Im Laufe der Auswertung wurden bereits vergebene Codes am weiteren Material angewendet (Funktion „Code by list“), sofern angemessen, und auf diese Weise gleichzeitig überprüft (iterativer Auswertungsprozess). Kategorien und Subkategorien wurden im Verlauf ggf. angepasst und erweitert.

## Ergebnisse

Aus den Aussagen der Hausärzte ließ sich die in Tabelle 1 dargestellte Vielzahl an Kategorien ableiten. Im Zentrum der nun folgenden Ergebnisdarstellung stehen die Ursachenkonzepte bei Schwindel und das hausärztliche Vorgehen (Entscheidungsfindung, diagnostische

Emotionale Bewertung des Symptoms (Unterategorie Arzt-Patient-Beziehung)
Vermutete Patientensicht (Unterategorie Patientenwünsche/-erwartungen)
Ursachen
Epidemiologie
Ursachenkonzepte
Konzepte der Entscheidungsfindung
Management (Unterategorien Diagnostische Maßnahmen, Überweisungen)
Behandlungsmaßnahmen
Bewertung der Behandlung (Unterategorie bzgl. Art des Schwindels)

**Tabelle 1** Listung aller im offenen Auswertungsprozess entstandenen Hauptkategorien (ggf. zusätzliche Subkategorien in Klammern).

Maßnahmen, Therapie). Die induktiv herausgearbeiteten Ursachenkonzepte erklärten Schwindel als Störung der physiologischen Reizverarbeitung (Kapitel 1.1), als Durchblutungsstörung (Kapitel 1.2) oder durch psychische Belastungsfaktoren (Kapitel 1.3). Darüber hinaus wurde Schwindel oft Spezialfächern zugeordnet und somit durch Einzelerkrankungen und deren zugrunde liegende Pathomechanismen erklärt (Kapitel 1.4).

## 1 Ursachenkonzepte

### 1.1 Schwindel als Störung der physiologischen Reizverarbeitung

Schwindel wurde zum einen als natürliche Erscheinung bei stark auf das Gleichgewichtsorgan wirkenden Reizen und abhängig von einer erhöhten individuellen Empfindlichkeit erklärt. Schwindel als Gesundheitsproblem wurde einmal ähnlich als anlagebedingt/genetisch beschrieben. Erklärt wurde das Phänomen Schwindel ferner durch „gestörte Afferenzen“ bzw. eine „gestörte zentrale Verarbeitung“ bei einem Informationskonflikt. Eine „neue Situation“ fürs Gehirn könne entstehen

nach längerer Immobilität oder allgemein bei Bewegungsmangel (Schwindel durch „Entwöhnung“ des Gleichgewichtsorgans):

„[...] dass das Gleichgewichtsorgan einfach die schnellen Bewegungen, die man als Kind hat, als Erwachsener nicht mehr verträgt. Und wenn man eben nicht sich ständig wieder schnell bewegt. Und im Alter, dass es eben noch schlimmer wird. Da sind eben die Bewegungen insgesamt langsamer, das heißt das Gleichgewichtsorgan kennt das nicht mehr, kennt diese schnelle Lagerungsänderung nicht mehr. Und wenn man dann zum Beispiel mal ins Liegen kommt und irgendwie ne Oberschenkelhalsfraktur hat und dann irgendwie da drei Monate in der Klinik war und dann wieder nach Hause kommt, dann hab ich das oft, dass die Schwindelproblematik dann ganz extrem ist.“ (A10)

Im Alter ließen Sinnesfunktionen insgesamt nach, was ebenfalls zur Entstehung von Schwindel beitrage:

„Das ist so wie die Sehstörung im Alter irgendwann oder die Hörstörung, da ist ja tatsächlich oft dann auch die Grenze erreicht.“ (A05)

## 1.2 Durchblutungsstörungen und kreislaufbedingter Schwindel

Schwindel des alten Menschen wurde häufig auch durch zentrale atherosklerotische Veränderungen mit der Folge von Durchblutungsstörungen bzw. im Sinne eines Multiinfarktsyndroms erklärt:

„Wenn man 88 Jahre alt wird, dann sind die Gefäße im Kopf eben nicht mehr so wie bei einem 20-Jährigen, und dann kommt es zu Durchblutungsstörungen, und dann gibt es eben den sogenannten nicht-vestibulären zentralen Altersschwindel, wie auch immer.“ (A16)

„[...] oder es gibt ja auch ältere Menschen, die einfach so eine Multiinfarkt-demenz haben, oder wo einfach so viele kleine Hirninfarktchen schon abgelaufen sind.“ (A14)

Dieses Ursachenkonzept ließ sich gelegentlich auch aus der Auswahl von Medikamenten ableiten; so wurde etwa Acetylsalicylsäure als Option bei durch eine Erhöhung der Blutviskosität verursachtem Schwindel angesehen:

„Was ich häufig auch noch mache [...], ist auch eben nur ein Versuch: ASS dazugeben, Thrombozytenaggregationshem-

mer, nech, auch wie gesagt unter der Vorstellung, dass es irgendwo doch ne Mikrozirkulationsstörung im Kapillarsystem gibt.“ (A02)

Als Ursache von Durchblutungsstörungen nannten die interviewten Hausärzte teilweise konkrete Krankheitsbilder wie Aorten- oder Carotisstenose oder eine Insuffizienz im Vertebro-basilaris-Versorgungsgebiet.

„Kreislaufbedingter“ Schwindel wurde in den meisten Fällen auf Hypotonie (z. B. Dehydrierung als zugrunde liegendes Konzept), orthostatische Dysregulation oder auch Hypertonie sowie Herzrhythmusstörungen zurückgeführt. Auch „Verspannungen in der Schulter- und Nackenmuskulatur“ könnten im weitesten Sinne zu Durchblutungsstörungen führen. Funktionsstörungen der (knöchernen) Halswirbelsäule wurden in diesem Zusammenhang – nicht immer explizit als Störung der Propriozeption – gelegentlich genannt.

## 1.3 Psychische Einflussfaktoren und Stress

Schwindel wurde sehr häufig durch eine Vielfalt an psychosozialen Belastungsfaktoren („Stress“) erklärt, beispielsweise Überarbeitung und Übermüdung, oder etwa durch Schmerzen als auslösenden Faktor. Psychische Ursachen wurden besonders bei jüngeren Frauen beobachtet, aber auch in Zusammenhang mit Schwindel im Alter beschrieben (z. B. bei Vereinsamung). Dem Symptom Schwindel komme dabei eine „Ventilfunktion“ zu.

„[...] das liegt daran, dass eben ein Teil, ein wichtiger Teil ihrer Abwehr von Frustrationen, Sehnsüchten, Konflikten, Ängsten, und so ein wesentlicher Anteil dieser, dieser der Abwehr ist der Schwindel!“ (A09)

„Da findet man natürlich dann schon Belastungssituationen, gerade auch bei Frauen, die dann eben Kindererziehung und Beruf am Hacken haben.“ (A10)

Stress, erhöhter Blutdruck und vegetative, sympathikotone Einflüsse wurden bei einem Arzt als zusammenhängende schwindelauslösende Kofaktoren interpretiert:

„[...] Sedativum [...], um so'n bisschen aus der Stresssituation herauszukommen. Äh hat einer 'n höheren Blutdruck und ist vegetativ eben hat 'nen hohen Sympathikotonus [...] 'n Betablocker...“ (A02)

## 1.4 Fächerbezogene Zuordnung und Altersschwindel

Schwindelursachen wurden konzeptionell auch medizinischen Spezialfächern und Fachkollegen zugeordnet und die spezifischen Einzelursachen dabei unterschiedlich häufig von den Interviewteilnehmern fokussiert. An neurologische Ursachen – insbesondere Schlaganfälle – wurde v. a. im Sinne von abwendbar gefährlichen Verläufen gedacht. Regelmäßig abgegrenzt und dem HNO-ärztlichen Bereich zugeordnet wurden peripher-vestibuläre Schwindelursachen; Einzelursachen wie M. Ménière oder – besonders häufig – benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel wurden dann beispielhaft genannt und die immanenten, gängigen Erklärungskonzepte (also beispielsweise Labyrinthhydrops oder abgesprengte Otolithen) gegebenenfalls ausführlich erläutert. Die Vorstellung einer entzündlichen Komponente (Gabe von Steroiden ex iuvantibus, da „gefäßabdichtend“, „ab-schwellend“) wurde ebenfalls beschrieben.

Schwindel des alten Menschen wurde, wie oben bereits genannt, häufig als Durchblutungsstörung, als Nachlassen von Sinnesfunktionen und/oder im Sinne eines multifaktoriellen geriatrischen Syndroms gedeutet. Hierbei war die Grenze zwischen physiologischen Alterungsprozessen und krankhaften Veränderungen nicht immer eindeutig:

„[...] multifaktorielle Genese, also jemand kann nicht mehr ganz gut gucken, nicht mehr ganz sicher auf den Beinen stehen, und ganz gut psychisch drauf ist er auch nicht, und dann wird ihm zur Not auch schwindelig.“ (A07)

## 2 Hausärztliches Vorgehen

### 2.1 Entscheidungsfindung und diagnostische Maßnahmen

Das Problem, das Symptom Schwindel häufig gar nicht zuordnen zu können, wurde von vielen Kollegen gesehen. Daher wurde Schwindel oft als anspruchsvoll bewertet:

„[...] ein sehr weites Feld“ (A06)

„[...] erstmal unangenehm, schwer fassbar, die Betroffenen sind erheblich beeinträchtigt“ (A09)

Die Vielfalt möglicher Ursachen von Schwindel resultierte häufig in einer reflektierenden Vorgehensweise der Hausärzte. (Anmerkung: Der „reflective practitioner“ arbeitet mit nicht-verbalisiertem Wissen, das er sich im Laufe seiner Tätigkeit als Hausarzt durch Erfahrungen mit Patienten aber auch in praxisfernen Lebensbereichen erworben hat und das, an die Erfordernisse der jeweils aktuellen Behandlungssituation anzupassen, er befähigt ist.) Sortierung und Einordnung waren ein großes Bedürfnis. Eine Einteilung von Schwindel in akut versus chronisch, somatoform versus nicht somatoform, gerichtet versus ungerichtet (oft auch „diffus“ oder „unspezifisch“ genannt) oder primär (vom Labyrinthorgan ausgehend) versus sekundär waren dabei gängige Konzepte. Sortierung und Einordnung wurden beispielsweise mit in der Praxis zu rechtgelegten diagnostischen Algorithmen erreicht. Die Anamnese wurde fast einheitlich als ein wichtiger Schlüssel zur Einordnung des Symptoms verstanden. Führend beim Vorgehen der Hausärzte bezüglich Anamnese und Untersuchung war oft das Bestreben, abwendbar gefährliche Verläufe wie einen Schlaganfall auszuschließen:

*„[...] mache mir Gedanken drüber, ob zentralnervöse Dinge vorliegen, um auch dadurch abwendbar gefährliche Verläufe zu erkennen, überlege auch noch mal kurz, ob ich auch 'ne Lungenembolie auch als abwendbar gefährlichen Verlauf ausschließen muss, und noch ein paar andere Sachen.“ (A07)*

Kontextfaktoren und die Kenntnis des Patienten (erlebte Anamnese) spielten eine große Rolle bei der hausärztlichen Entscheidungsfindung und führten gelegentlich zu einer Einordnung anhand eines „illness script“:

*„Wichtig ist, dass man das eben gut durchsortiert. Da gibt es natürlich Kriterien, die man innerlich abspult und die ich nicht ganz systematisch genannt habe, die schwimmend bei mir im Kopf sind. Dazu kommt der klinische Eindruck, wenn ich hier einen älteren Menschen sitzen habe, von dem ich weiß, dass er ein Gefäßwrack ist, und der kommt mit plötzlichem Schwindel und der zu einer Seite gerichtet ist oder so, dann ist hier eine ganz andere Akutsituation oder ganz andere Gefährdungsbeurteilung [...]“ (A06)*

Zur Einordnung von Schwindel wurden teilweise im weitesten Sinne

otoneurologische Tests wie Nystagmusprüfung oder Romberg/Unterberger-Tretversuche eingesetzt. Passend zum häufig vermuteten kreislaufbedingten Schwindel war Blutdruckmessen bei vielen eine der ersten Maßnahmen und wurde oft bereits als wegweisend bezüglich der Genese der Beschwerden angesehen. Insgesamt schien das Vorgehen stark von individuellen Erfahrungen und Schwerpunkten der einzelnen Ärzte abhängig zu sein. Wenn etwa Herzrhythmusstörungen für einen Arzt eine besonders wichtige Differenzialdiagnose darstellten, gehörte ein EKG, ggf. über 24 Stunden, zur Routine. Viele hatten sich einen standardisierten Untersuchungsablauf zu eigen gemacht, der beispielsweise explizit die Prüfung der Pupillenreaktion oder das Abhören der Carotiden beinhaltete. Zusätzlich spielten Kontextfaktoren eine Rolle:

*„Nonverbale Informationen, die er mir dabei übermittelt. Wie sieht der Patient aus, ist es ein junges, blasses Mädchen, was durchscheinend blutarm vor mir sitzt, dann werde ich auch mal drüber nachdenken, 'ne technische Untersuchung wie 'ne Hämoglobinbestimmung zu machen.“ (A01)*

Das Dix-Hallpike-Lagerungsmanöver zur Aufdeckung eines BPLS wurde, wenn das Krankheitsbild für jemanden eine besondere Rolle spielte und im Gespräch präsent war, in der Durchführung teilweise als schwierig erlebt und dann bewusst nicht durchgeführt. (Anmerkung: Beim Dix-Hallpike-Manöver wird durch eine spezielle Lagerung des Patienten der für den BPLS typische, 10–20 Sekunden andauernde Schwindel und ein torsional-vertikaler Nystagmus gezielt ausgelöst.)

## 2.2 Therapeutische Konzepte

Von den Interviewpartnern wurde häufig das Problem benannt, die Entstehung des Schwindels nicht sicher erklären zu können. Gleichzeitig fühlten die Hausärzte sich oft unter Druck, etwas anbieten zu wollen, und setzten dann versuchsweise verschiedenartige Medikamente ein. Die Wirksamkeit der gängigen Antivertiginosa wurde sehr kontrovers bewertet:

*„Ich weiß, dass es diese allgemeinen Anti-Schwindelmedikamente, ein bisschen durchblutungsfördernd oder so gibt, aber an*

*die glaube ich nicht. Wenn der Patient die haben will, dann kriegt er die.“ (A09)*

*„Und die helfen wirklich ganz frapierend oft und auch über längere oder lange Zeit.“ (A03)*

Gleichgewichtstraining wurde vereinzelt als sinnvolle Behandlungsmöglichkeit angesehen, spezifische Lagerungsmanöver zur Behandlung des BPLS bezüglich ihrer Wirksamkeit kontrovers bewertet. Insbesondere (chronischer, „diffuser“) Altersschwindel wurde fast immer als therapieresistent wahrgenommen; einige empfanden die notwendige Aufklärung über Schwindel als kaum zu behandelnde Erscheinung natürlicher Abbauprozesse schwer vermittelbar („Lernen damit zu leben“). Besonders bei Älteren sahen viele Ärzte ihre Aufgabe eher als Begleiter oder Berater. Darunter wurden beispielsweise konkrete Verhaltensratschläge verstanden wie der Verzicht aufs Fahrrad, das Verwenden einer Gehhilfe oder der Rat zu anderen Maßnahmen der Sturzprophylaxe (optische Orientierung: Licht, Anbringen von Haltegriffen). Kommunikation mit dem Patienten (z. B. Definition von Schwindel abgleichen, Empathie, Beruhigung, ggf. Sensibilisierung für psychische Ursachen) spielte bei der Begleitung von Schwindelpatienten eine große Rolle.

## Diskussion

Hausärzte folgten in der vorliegenden qualitativen Untersuchung oftmals gängigen pathophysiologischen Modellen und ordneten Schwindel fach- bzw. organbezogen zu. Darüber hinaus ließen sich Erklärungen wie eine Störung der physiologischen Reizverarbeitung (z. B. bei Bewegungsmangel), Durchblutungsstörungen oder Schwindel aufgrund von psychosozialen Belastungen ableiten. Die bevorzugten Behandlungsstrategien beruhten zum Teil auf diesen individuellen Erklärungsmodellen.

Epidemiologische Untersuchungen konnten zeigen, dass sich die Verteilung von Schwindelursachen im hausärztlichen von der im spezialärztlichen Versorgungskontext unterscheidet [1, 3–5]. Nicht-vestibuläre Ursachen, wie sie häufig im hausärztlichen Arbeitsbereich vorliegen, sind jedoch schlecht nach den eingangs erwähnten „lehrbuchmäßigen“ Kategorien klassifizierbar und

**Dr. med. Carsten Kruschinski ...**



- seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
- fortgeschrittene Weiterbildung zum Allgemeinarzt (Weiterbildung in den Fächern HNO, Innere Medizin und in zwei allgemeinärztlichen Praxen)
- zweijährige wissenschaftliche Tätigkeit in der Abteilung Funktionelle und Angewandte Anatomie der MHH
- seit 2008 berufsbegleitendes Aufbaustudium „Master of Medical Education“ (MME-D)

werden demzufolge in der Literatur meist als andere, unklare oder multiple Ursachen abgegrenzt. Was sich dahinter genau verbirgt, wird in der Regel nicht berichtet. Es könnte sich dabei um kaum kodierbare Konzepte wie multifaktoriellen Altersschwindel [12], ein multiples sensorisches Defizit [13] oder eben um individuelle hausärztliche Erklärungsmodelle handeln. Eine aus Deutschland stammende primärärztliche Arbeit betonte ebenfalls die untergeordnete Rolle vestibulärer Ursachen; gleichzeitig wurde darin die Häufigkeit psychogenen Schwindels hervorgehoben und auch Altersschwindel als gängige Ursache erwähnt [14]. In Ergänzung dazu konnten wir in der vorliegenden qualitativen Untersuchung zeigen, dass sich hinter dem Begriff Altersschwindel sehr unterschiedliche Vorstellungen verbargen. Dies waren entweder zentrale Durchblutungsstörungen, allgemein nachlassende Sinnesfunktionen oder ein komplexes Aufeinandertreffen verschiedener dem Alter und „seinen“ chronischen Erkrankungen zugeschriebene Veränderungen. Abhängig davon resultierten ganz unterschiedliche Behandlungsstrategien wie zum Beispiel die Verordnung durchblutungsfördernder Medikamente oder eher das Führen von Gesprächen. Nützliche Inhalte einer solchen Beratung hat eine andere Studie der Autoren anhand von Interviews mit älteren Patienten, die unter Schwindel litten, herausgearbeitet [15]. Dazu gehörte das Ermitteln von Prioritäten der Patienten bezüglich einer Aufklärung der Ursache, das Zugreifen auf Ressourcen (Formen der Selbsthilfe) oder etwa das Aufdecken von Ängsten und Depression in Zusammenhang mit Schwindel. Gerade weil evidenzbasierte medikamentöse Therapiemöglichkeiten allenfalls für definierte Krankheitsentitäten wie die Neuritis vestibularis [16]

beschrieben sind, stellt ein patientenzentrierter Ansatz nach Meinung der Autoren beim unspezifischen, diffusen Schwindel des älteren Menschen eine wichtige Ergänzung auf der hausärztlichen Versorgungsebene dar. Auch haben verschiedene physiotherapeutische Verfahren bei chronischen Schwindelformen positive Effekte gezeigt [17]. Die in Entstehung durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) befindliche Leitlinie „Schwindel“ [18] kann hier eine wichtige Rolle übernehmen, indem individuelle hausärztliche Konzepte aufgegriffen werden, die der Implementierung eines evidenzbasierten Vorgehens entgegenstehen könnten. Hiermit sind auch Konzepte der Entscheidungsfindung gemeint, die in einer anderen Arbeit am Beispiel von Patientenkasustiken mit Schwindel detailliert herausgearbeitet wurden [19] und die sich in der vorliegenden Arbeit zum Teil replizieren ließen, wie zum Beispiel das Vorgehen anhand sog. „illness scripts“.

Die vorliegende Studie beruht auf der Wahrnehmung von Hausärzten und beschreibt ein Spektrum individueller Ideen und Vorgehensweisen. Da es sich nicht um eine quantitative Erhebung handelt, ist eine Verallgemeinerung unzulässig. Eine besondere Schwierigkeit dieser Studie und damit evtl. auch Schwäche liegt in der Natur der Fragestellung begründet: Schwindel ist „ein sehr weites Feld“, und die hausärztlichen Herangehensweisen an dieses Phänomen sind sehr unterschiedlich. Nicht in allen Interviews ist es in einem die Autoren befriedigenden Maß gelungen, den befragten Ärzten die Besonderheiten der eigenen Konzepte jenseits des Lehrbuchwissens zu entlocken.

Das als schwer fassbar empfundene Symptom Schwindel, der Wunsch nach Einordnung und das Spektrum abwend-

bar gefährlicher Verläufe unterstreichen die Notwendigkeit einer hausärztlichen Leitlinie [18] – auch um Befürchtungen entgegenzutreten, spezifische, vestibuläre Ursachen würden oft übersehen [20]. Ob die Heterogenität hausärztlicher Vorstellungen und des Vorgehens im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sich qualitätsmindernd auf die Versorgung von Schwindelpatienten auswirkt oder eher als legitimer individueller Prozess verstanden werden kann, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. In jedem Fall könnte eine stärker patientenzentrierte Beratung [12, 15] – zumindest bei Altersschwindel und unabhängig vom dabei angewendeten Erklärungsmodell – eine sinnvolle Ergänzung zu einer ursachenfokussierten und auf Medikamente ausgerichteten Vorgehensweise darstellen.

### Danksagung

Wir danken allen Hausärzten sehr herzlich für die Bereitschaft, an den Interviews teilzunehmen.

### Förderung

Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01GK0611). Sie ist Teil eines Projektes zum Thema Altersschwindel in der hausärztlichen Versorgung im Schwerpunkt zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Carsten Kruschinski  
Institut für Allgemeinmedizin OE5440  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511 / 532-81 59  
Fax: 0511 / 532-41 76  
Email:  
Kruschinski.Carsten@mh-hannover.de

## Literatur

1. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dal-lara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med* 2001; 134: 823–832
2. James AL, Burtin MJ. Betahistine for Ménière's disease or syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1. Art. No.: CD001873. DOI: 10.1002/14651858.CD001873
3. Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1131–1135
4. Jayarajan V, Rajenderkumar D. A survey of dizziness management in General Practice. *J Laryngol Otol* 2003; 117: 599–604
5. Kruschinski C, Kersting M, Breull A, Kochen MM, Koschack J, Hummers-Pradier E. Diagnosehäufigkeiten und Verordnungen bei Schwindel im Patientenkollektiv einer hausärztlichen Routinedatenbank. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwesen* 2008; 102: 313–320
6. Newman-Toker DE, Hsieg Y-H, Camargo CA, Pelletier AJ, Gregory TB, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 765–775
7. Kruschinski C, Hummers-Pradier E. Diagnosing Dizziness in the Emergency and Primary Care Settings. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 1297–1298
8. Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ* 2007; 41: 1133–1139
9. Pope C, Ziebland, S, Mays, N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320: 114–116
10. Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 2000; 1: Art. 20
11. Marx G, Wollny A. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkt und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2009; 85: 105–113
12. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med* 2000; 132: 337–344
13. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972; 22: 323–334
14. Meyer B, Dreykluft H-R, Abholz H-H. Schwindel in der hausärztlichen Praxis. *Z Allg Med* 1993; 69: 622–626
15. Kruschinski C, Theile G, Dreier S, Hummers-Pradier E. Priorities of elderly patients suffering from dizziness: a qualitative study. (Manuskript im Review)
16. AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (letzter Zugriff am 25.06.09): <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-018.htm>
17. Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE, Walsh BM, Mullee M, Bronstein AM. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Intern Med* 2004; 141: 598–605
18. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, in Entstehung (letzter Zugriff am 25.06.09): <http://www.degam.de/typo/index.php?id=76>
19. Waldmann U-M, Gulich M, Stabenow U, Zeitler H-P. Die hausärztliche Entscheidungsfindung – ein komplexer Vorgang: Qualitative Analyse von 117 Patientenkasustiken. *Wien Med Wochenschr* 2006; 156: 633–643
20. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Int Med* 2008; 168: 2118–2124