

# Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen von Hausärzten bei neu aufgetretenem Schwindel älterer Patienten

## *Family Practitioners' Management of Older Patients with New-onset Dizziness*

Julia Sczepanek<sup>1</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>1</sup>, Carsten Kruschinski<sup>1</sup>

**Einführung:** Schwindel gehört zu den häufigeren Konsultationsanlässen in der hausärztlichen Praxis. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Ursachen und Ursachenkonzepte war es Ziel dieser Studie, das diagnostische und therapeutische Vorgehen von Hausärzten bei inzidentem Schwindel älterer Patienten zu untersuchen.

**Methode:** Insgesamt 21 an der Studie teilnehmende Hausärzte rekrutierten konsekutiv 69 Patienten über 65 Jahre mit neu aufgetretenem, noch nicht länger als 6 Monate bestehendem Schwindel. Die Hausärzte dokumentierten ihre Verdachtsdiagnosen und ihr weiteres Vorgehen. Nach 6 Monaten wurden mittels Chart Review und standardisierten Interviews Diagnose- und Therapiestrategien der Hausärzte erhoben und deskriptiv statistisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Hausärzte führten im Allgemeinen eine orientierende kardiologische und neurologische Untersuchung durch sowie eine Prüfung des vestibulären Systems; dies jedoch unter Auslassung eines Orthostasetests und des Dix-Hallpike-Manövers zur Diagnose eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS). 44% der Patienten wurden Medikamente gegen den Schwindel verschrieben, andere Ansätze wie die Verordnung von Physiotherapie wurden selten verfolgt. Von den insgesamt acht unter BPLS leidenden Patienten wurde nur ein Patient im Epley-Manöver geschult.

**Schlussfolgerung:** Im Hinblick auf die unterschätzte Prävalenz von BPLS bei älteren Patienten sollte dem Dix-Hallpike-Manöver in der hausärztlichen Praxis mehr Bedeutung beigemessen werden und das therapeutisch wirksame Epley-Manöver (alternativ: Semont) häufiger Anwendung finden. Bezüglich eines optimalen primärärztlichen diagnostischen Standards und Alternativen zur Pharmakotherapie gibt es weiteren Forschungsbedarf.

*Schlüsselwörter: Schwindel; Diagnose; Lagerungsschwindel; Hausarzt; Allgemeinmedizin*

**Background:** Dizziness is one of the frequent complaints of older patients in primary care. In view of the diversity of possible aetiologies it was the aim of our study to analyse family practitioners' (FPs') diagnostic and therapeutic strategies in older patients with incident dizziness specifically.

**Methods:** Participants (n = 69, ≥ 65 years) complaining about new-onset dizziness present for less than 6 months were consecutively registered in 21 primary care practices. 6 months after the first consultation chart reviews and standardised face-to-face interviews with the FPs were performed to assess and descriptively analyse their management decisions.

**Results:** Most of the FPs performed cardiological and neurological examinations including the vestibular system. However, they left out tests for orthostatic dizziness and the Dix-Hallpike manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). A proportion of 44% of the patients were prescribed a specific drug for dizziness, other therapeutic interventions like physiotherapy were less frequently recommended. Only 1 of 8 patients suffering from BPPV was educated about the Epley manoeuvre.

**Conclusion:** Particularly with regard to the underestimated prevalence of BPPV in older patients, FPs should attach more importance to the examination of the vestibular system and to patient education about the therapeutically effective Epley (or: Semont) manoeuvre. Optimal diagnostic strategies in primary care and alternatives to pharmacotherapy concerning incident dizziness merit further investigation.

*Keywords: Dizziness; Diagnosis; Positional Vertigo; Family Practitioner; Family Medicine*

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 17.05.2011, akzeptiert: 01.06.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0445

## Hintergrund

Das Symptom „Schwindel“ ist mit insgesamt gut 2% aller Konsultationsanlässe eines der häufigsten gesundheitlichen Probleme in der hausärztlichen Praxis [1]. Schwindel nimmt mit dem Alter zu [2]. Anhand in Deutschland erhobener Daten rangierte Schwindel an 6. (Männer) und 7. (Frauen) Stelle in der Gruppe der 65- bis 74-jährigen und an 3. und 4. Stelle in der Gruppe der über 75-jährigen auf der Liste der hausärztlichen Beratungsanlässe [1]. Im Rahmen von im Alter auftretenden multiplen gesundheitlichen Einschränkungen und Funktionsstörungen wird Schwindel in der Literatur auch als multifaktorielles „geriatrisches Syndrom“ beschrieben [2–5].

Schwindel lässt sich auf eine Vielzahl unterschiedlicher Ätiologien zurückführen [7], einschließlich psychischer Komorbidität [7–9], und kann sich in vielfältigen Ausprägungsformen präsentieren [10]. Das Symptom ist für den behandelnden Hausarzt sowohl in diagnostischer, als auch in therapeutischer Hinsicht somit ein „weites Feld“ [11] und stellt eine Herausforderung dar.

Viele Hausärzte haben sich eine eigene Strategie zum Vorgehen bei Schwindel erarbeitet [11], bei der neben fassbaren – nicht immer evidenzbasierten [12] – diagnostischen Kriterien (Anamnese, Untersuchungsbefunde) auch individuelle Erfahrungen („Faustregeln“, Intuition) und Patientenwünsche eine Rolle spielen [13]. Ziel unserer Untersuchung war es, das diagnostische und therapeutische Vorgehen von Hausärzten beim Erstberatungsanlass „Schwindel“ bei über 65-jährigen Patienten zu untersuchen.

## Methoden

### Studiendesign

Bei der Studie handelte es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie. Im vorliegenden Manuskript wird das hausärztliche Vorgehen beschrieben, während andernorts die Patientenseite dargestellt ist (Komorbidität, Veränderungen der Patientenbedürfnisse, schwindelbezogene Lebensqualität über die Zeit etc. [14, 15]). Hierzu füllten die Patienten zu 3 Zeitpunkten (bei Einschreibung, nach 1 und 6 Monaten) einen Fra-

Hintergrund	Maßnahme	Häufigkeit [%]
Kardiologisch	Herzauskultation	86,8
	Blutdruckmessung	100,0
	EKG	36,9
	Schellong-Test	0,0
	Langzeit-Blutdruckmessung	4,6
	Langzeit-EKG	9,2
Neurologisch	Gangprüfung	85,7
	Kraftprüfung	74,6
	Reflexe	73,0
	Sensibilitätsprüfung	41,3
	Hirnnervenprüfung	34,9
Vestibuläres System/Koordination	Romberg/Unterberger	74,6
	Nystagmusprüfung	41,5
	Dix-Hallpike-Manöver	0,0
	Finger-Nase-Versuch	54,0
	Knie-Hacke-Versuch	4,8
HNO	Trommelfelluntersuchung	6,2
	Rinne/Weber	0,0
	Hörprüfung	0,0
Sonstiges	Blutentnahme	42,6

**Tabelle 1** Häufigkeit diagnostischer Maßnahmen durch 21 Hausärzte bei n = 69 Patienten.

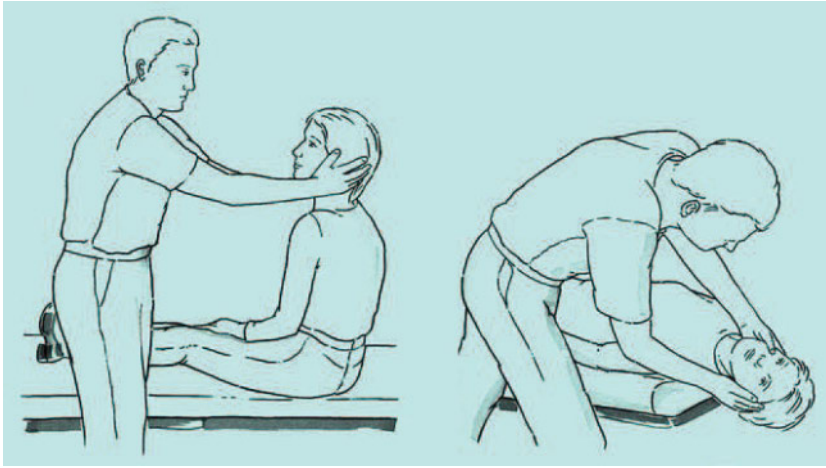
gebogen aus. Daraus stammen die hier dargestellten Angaben zur Art des Schwindels.

Insgesamt willigten 21 Hausärzte in die Teilnahme ein (convenience sample). Einschlusskriterien für die intendierte konsekutive Rekrutierung der Patienten waren ein Lebensalter von mindestens 65 Jahren und Schwindel als aktueller Hauptberatungsanlass. Patienten wurden nicht in die Studie eingeschlossen, wenn Schwindel in den vorangegangenen 6 Monaten bereits Beratungsanlass gewesen war oder vergleichbar charakterisierter Schwindel bereits seit länger als 6 Monaten bestand. Zu den Ausschlusskriterien zählten auch bekannte Demenz, Sprachprobleme oder das Vorliegen einer terminalen Erkrankung.

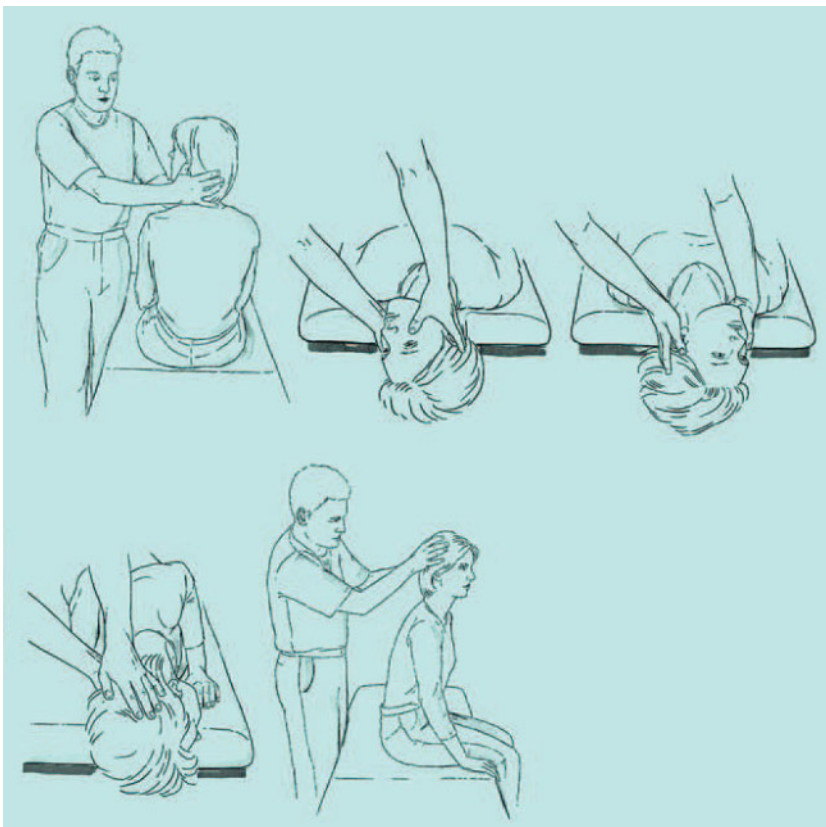
Alle Studienteilnehmer gaben ihr informiertes Einverständnis. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover genehmigt (Aktenzeichen 4291).

### Interview Hausärzte und Chart Review

Nach 6 Monaten wurden alle Hausarztpraxen von einer Doktorandin des Instituts für Allgemeinmedizin (Autorin JS) besucht. Mithilfe eines standardisierten Fragebogens wurde jeder Patient mit dem behandelnden Hausarzt unter Akten-einsicht (Chart Review) besprochen. Die ICD (International Classification of Diseases)-10-Codierung und die freie Dokumentation der initialen hausärztlichen Verdachtsdiagnose wurden ermit-



**Abbildung 1** Dix-Hallpike-Manöver zur Provokation von BLPS des linken posterioren Bogengangs. Hierbei wird der Kopf des Patienten um 45° zum Untersucher gedreht und der auf einer Liege sitzende Patient dann rasch in eine liegende Position gebracht, sodass der Kopf über das obere Ende der Liege hinaus in einer reklinierten Position zu liegen kommt. Dann kann ein zum unten liegenden Ohr gerichteter, vertikal-torsionaler Nystagmus beobachtet werden. Weitere Kriterien: Latenz bis zum Auftreten, Dauer <1 Minute, Umkehrbarkeit, Erschöpfbarkeit ([23: 1029] mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media).



**Abbildung 2** Das Epley-Manöver zur Behandlung von BPLS des linken posterioren Bogengangs. Die Kopfrotationen werden vom Therapeuten rasch geführt, das Zeitintervall zwischen jedem Schritt beträgt 30 s, mindestens jedoch bis der Lagerungsnystagmus abklingt. Die Patienten sollen daher während des Manövers ihre Augen offen halten. In den liegenden Positionen ist darauf zu achten, dass der Kopf auch während der Drehungen rekliniert gehalten wird ([23: 1031] mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media).

telt; die Hausärzte sollten ihre Vermutungen zur Ätiologie des Schwindels zusätzlich im Gespräch erläutern. Die Verdachtsdiagnosen der Hausärzte und mögliche Änderungen im Verlauf (z.B. nach Überweisung) sind andernorts ausführlich dargestellt [15].

Des Weiteren wurden das diagnostische (z.B. kardiologische, neurologische und HNO-ärztliche Untersuchung, Labordiagnostik, Überweisungen zum Facharzt) und therapeutische Vorgehen (z.B. Medikation, Verordnung von physikalischer Therapie, Unterweisung im Lagerungsmanöver, Ausgabe von Informationsmaterial) per Checkliste abgefragt und zusätzlich durch Freitexteinträge erfasst. Diese zuletzt genannten Aspekte sind Inhalt der hier vorgestellten Ergebnisse.

### Statistische Analyse

Die statistischen Analysen wurden mithilfe der SPSS-Statistics-Software (Version 17.0) für Windows durchgeführt. Alle Analysen erfolgten deskriptiv-statistisch mit Angabe von relativen Häufigkeiten. Bei insgesamt nur vereinzelt fehlenden Werten erfolgte die Angabe in „gültigen Prozenten“, d.h. bezogen auf das Gesamt-n jeweils abzüglich der Patienten mit fehlenden Werten.

### Ergebnisse

#### Soziodemografische Daten und Schwindelcharakteristika

Im ca. einjährigen Rekrutierungszeitraum erklärten sich n = 77 Patienten zur Teilnahme bereit. Insgesamt 8 der Patienten erfüllten nicht die Einschlusskriterien, davon 1 Patient aufgrund des Alters und 7 aufgrund der Schwindeldauer. Das Durchschnittsalter der Stichprobe von n = 69 Patienten betrug  $76,19 \pm 6,64$  Jahre (range 65–95 Jahre).

Der Einteilung von Schwindelsymptomen nach Drachman und Hart folgend [16] klagten 65,2% der Patienten über Gang-/Standunsicherheit, 46,4% über Drehschwindel, 15,9% über Ohnmachtsgefühl und 19,4% über andersartigen Schwindel (z.B. Benommenheitsgefühl). 41% gaben über Sekunden andauernden Schwindel an (Minuten bis Stunden: 31,1%, mehrere Stunden: 16,4%, kontinuierlich:

Maßnahme	Häufigkeit [%]
Medikamentenänderung	5,9
Gabe „Schwindelmedikament“	44,1
• Cinnarizin + Dimenhydrinat (Arlevert®)	23,5
• Dimenhydrinat (Vertigo Vomex®)	7,4
• Vertigoheel®*	7,4
• Antirheumatika	7,4
• Psychopharmaka	4,4
• Betahistin	1,5
• Metoclopramid	1,5
Informationsbroschüre	25,0
Physiotherapie	4,4
Massage	1,5
Andere Maßnahmen der physikalischen Therapie	8,8
Lagemanöver	1,5
* homöopathisches Komplexpräparat	

**Tabelle 2** Häufigkeit therapeutischer Maßnahmen bei n = 69 Patienten.

11,5%). In über der Hälfte der Fälle wurde der Schwindel durch Aufstehen aus dem Sitzen/Liegen oder durch Bücken ausgelöst. In 66,7% lagen Begleitsymptome vor, allen voran Nausea (34,8%), Tinnitus (26,1%) und Kopfschmerz (23,2%).

#### Hausärztliches diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen der Hausärzte ist in Tabelle 1 dargestellt. Bei allen Patienten wurde eine Blutdruckmessung und in 86,8% eine Herzauskultation durchgeführt. Ein Drittel der Patienten bekam ein EKG. Ein klassischer Orthostasetest wurde in keinem der Fälle durchgeführt. Beim überwiegenden Teil der Patienten nahmen die Hausärzte eine orientierende neurologische Untersuchung mit Gang-, Kraft- und Reflexprüfung vor.

Die Untersuchung des vestibulären Systems konzentrierte sich auf die Durchführung der Tests nach Romberg und Unterberger sowie den Finger-Nase-Versuch und eine Nystagmusprüfung. Das Dix-Hallpike-Manöver (s. Abb. 1) zum Aufdecken eines benignen paroxys-

malen Lagerungsschwindels (BPLS) wurde von keinem der Hausärzte angewendet. Eine spezifische HNO-Untersuchung (Trommelfell, Hörprüfung) wurde nur in Einzelfällen durchgeführt.

#### Hausärztliche Diagnosen und Überweisungen

Die Hausärzte gingen bei 20 Patienten (29%) von multikausalem ( $\geq 2$  mögliche Diagnosen) Schwindel aus, bei je 9 (13%) wurden zervikogener oder kardiogener und bei je 6 (8,7%) BPLS oder eine andere peripher vestibuläre Ursache (außer M. Ménière) angenommen. Bei 2 Patienten wurde von einer psychischen Ursache ausgegangen, bei je einem Patienten machte man eine zentrale Störung bzw. M. Ménière verantwortlich. Bei 7 Patienten (10,1%) wurde keine Diagnose gestellt. Des Weiteren wurden 47,8% zu einem Facharzt überwiesen, was bei 11 Patienten zu einer Änderung der Diagnose führte. Bei 2 dieser Patienten wurde BPLS neu diagnostiziert (Arbeitsdiagnosen vorher: multikausaler Schwindel bzw. Neuritis vestibularis) (Zusammenfassung aus [15]).

#### Therapeutische Maßnahmen

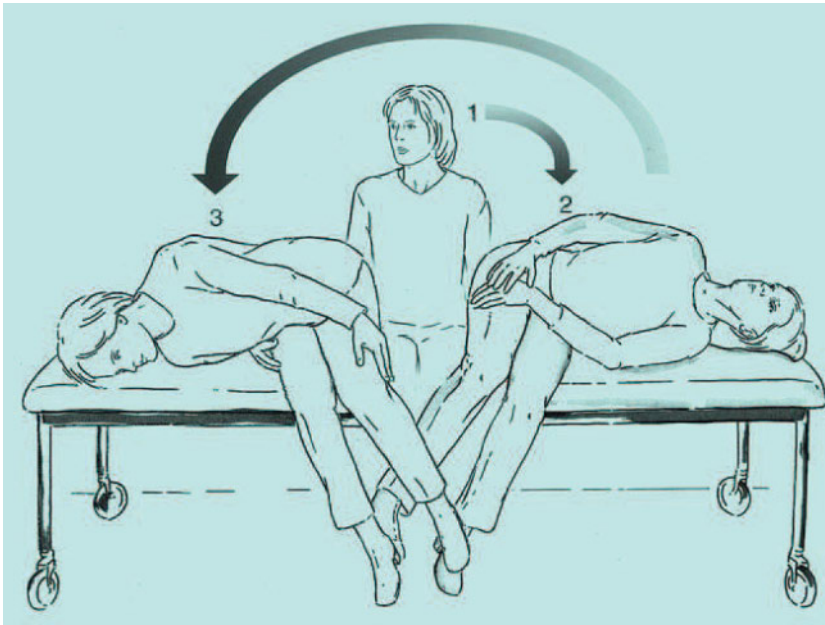
Die therapeutischen Maßnahmen der Hausärzte sind in Tabelle 2 dargestellt. 44,1% der Patienten wurden Medikamente gegen den Schwindel verordnet, allen voran das Kombinationspräparat Arlevert® (Cinnarizin und Dimenhydrinat). Maßnahmen der physikalischen Therapie wurden in geringem Umfang verschrieben. Einer von 8 Patienten mit BPLS wurde hinsichtlich des Epley-Manövers (s. Abb. 2) unterwiesen.

#### Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass Hausärzte bei Erstkonsultationsanlass „Schwindel“ bei älteren Patienten mit einer relativ umfassenden kardiologisch und neurologisch orientierten (einschließlich des vestibulären Systems) Untersuchung reagierten. Hierbei wurde ein Orthostasetest ausgelassen und insbesondere auch kein Dix-Hallpike-Manöver zur Diagnose des BPLS durchgeführt. Nahezu die Hälfte der Patienten wurde zum Facharzt überwiesen, wodurch BPLS in 2 Fällen zusätzlich diagnostiziert wurde. Schwindelpatienten wurden zum überwiegenden Teil, in 44%, medikamentös behandelt, andere Therapieformen kamen eher selten zum Einsatz. Obwohl insgesamt 8 Patienten unter BPLS litten, wurde nur ein Patient vom Hausarzt im Epley-Manöver, das der Reposition abgesprengter Otolithen dient, unterrichtet.

#### Einordnung in die Literatur

Anamnese gepaart mit körperlicher Untersuchung führt bei etwa 75% aller Schwindelpatienten zur Diagnosefindung [17, 18]. Obwohl die an unserer Studie teilnehmenden Ärzte im Allgemeinen eine orientierende körperliche Untersuchung vornahmten, wurden andere für den hausärztlichen Kontext empfohlene Untersuchungen [19] wie das Dix-Hallpike-Manöver zum Aufdecken eines BPLS unterlassen. Bezüglich des BPLS kann grundsätzlich von einer hohen Prävalenz bei älteren Patienten im hausärztlichen Kontext ausgegangen werden; dies betraf 39% nachträglich evaluierter Patienten einer Stichprobe (n = 38), bei denen eine Ver-



**Abbildung 3** Semont-Manöver zur Behandlung von BPLS des linken posterioren Bogengangs. Das Manöver wird durch einen Therapeuten geführt (der aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht abgebildet ist). Der Patient sitzt auf einer Liege, der Kopf ist um 45° zum nicht betroffenen Ohr gedreht. Der Rumpf des Patienten wird dann in einer raschen Bewegung zur Seite des erkrankten Ohres gekippt, sodass der Kopf mit dem lateralen Okziput aufliegt. In dieser Position tritt Nystagmus auf, der torsional zum unteren Ohr schlägt. Nach einer Minute wird der Patient unter Beibehaltung der Kopfdrehung in einem raschen Schwung zum nicht betroffenen Ohr gelagert, sodass er nun mit Wange und Nase aufliegt. Das Manöver ist erfolgreich, wenn in dieser Position ein torsionaler Nystagmus zum oberen Ohr auftritt ([23: 1032] mit freundlicher Genehmigung von Springer Science+Business Media).

schlüsselung als Symptom (R42) hinterlegt war [20]. Die Testeigenschaften des Dix-Hallpike-Manövers [12] lassen dieses – in Zusammenhang mit der Erhebung typischer anamnestischer Befunde [21] – als für den hausärztlichen Arbeitsbereich günstig erscheinen. Dies gilt auch bezüglich des leicht erlernbaren und erwiesenermaßen wirksamen Epley-Manövers (alternativ: Manöver nach Semont, s. Abb. 3) [22, 23] zur Behandlung des BPLS. Die Anwendung beider Maßnahmen wurde auch in einem Telefonsurvey auf Ebene der Allgemeinbevölkerung systematisch erfragt [21]: Nur bei 27% der Patienten, die wegen „Vertigo“ einen Arzt aufgesucht hatten, war ein diagnostisches Lagerungsmanöver durchgeführt worden bzw. bei 10% derer mit BPLS ein therapeutisches Lagerungsmanöver. Auffällig ist auch, dass bei der vorliegenden Stichprobe kein Test auf Orthostase (Schellong) durchgeführt wurde. Möglicherweise wurden bereits anamnestische Angaben wie Ohnmachtsgefühl oder Auf-

treten beim Bücken und Aufrichten (s. Ergebnisse) als orthostatischer Schwindel interpretiert und die Patienten dahingehend beraten. Ähnlich ließen Angaben wie nur Sekunden andauernder Drehschwindel die Hausärzte vielleicht bereits die Diagnose BPLS stellen, ohne diese durch das Lagerungsmanöver abzusichern. Ob man tatsächlich ohne Letzteres auskommen könnte, dafür gibt es zumindest Hinweise einer Validierungsstudie, in der eine sehr gute Sensitivität und Spezifität bestimmter anamnestischer Kriterien (Schwindeldauer unter 1 Minute, Provokation durch bestimmte Wechsel der Kopfposition etc.) nachgewiesen werden konnte [12, 24].

Für die spezifischen Einzelerkrankungen (M. Ménière, Neuritis vestibularis etc.) existieren evidenzbasierte Therapieempfehlungen, die Eingang in die AWMF-Leitlinie Schwindel der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [25] gefunden haben. Bei im allgemeinärztlichen Kontext häufiger unspezifischem, länger andauerndem Schwindel, aber

auch bei akut aufgetretenem, heftigerem Schwindel ist der Wunsch nach symptomatischen Therapiestrategien nachvollziehbar. Dies wird in der Schwindelleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (in Vorbereitung) im Sinne eines Reviews ausführlich besprochen und die dafür in Frage kommenden Substanzklassen vorgestellt (persönliche Mitteilung [26], auch [27]). Evidenz bezüglich einer günstigen Wirkung wird dort für Betahistin und auch für Dimenhydrinat, ggf. als Kombination mit Cinnarizin, beschrieben. Gemeinhin gilt die Auffassung, eine symptomatische Therapie sollte nur kurzfristig eingesetzt werden, um eine zentrale Kompensation bei vestibulären Störungen nicht zu verhindern [28]. Studien unterstreichen grundsätzlich die Wirksamkeit von physiotherapeutischen Maßnahmen bei Schwindel, wobei im Einzelnen sehr unterschiedliche Patienten eingeschlossen und unterschiedliche Interventionen getestet wurden [29–31]. Diese waren etwa in der Lage, Lebensqualität, Schwindelsymptome und die Befürchtung negativer Konsequenzen durch Schwindel zu reduzieren [30, 31].

Ein Viertel der an unserer Studie teilnehmenden Hausärzte stattete ihre Patienten mit Informationsmaterial aus (Art des Materials nicht differenziert erhoben). In Anbetracht der Vielzahl möglicher Auslöser und der großen Bedeutung eines multifaktoriellen Schwindels beim älteren Menschen [2–5] ist die Patientenschulung grundsätzlich bedeutsam [32]. Abhängig von der Art des Schwindels betrifft dies etwa das Vermeiden von Bewegungsverzicht [28, 33], die Anwendung von Hilfsmitteln wie beispielsweise Gehhilfen oder – speziell bei Patienten mit orthostatischer Hypotension – eine Beratung etwa im Hinblick auf langsames Aufstehen aus dem Sitzen/Liegen.

### Einschränkungen und Methodenkritik

Für die vorliegende Studie ergeben sich methodische Einschränkungen durch die verhältnismäßig kleine Studienpopulation. Dabei ist zu bedenken, dass für die Studie streng formulierte Einschlusskriterien vorlagen und sich die Patientenrekrutierung aus diesem Grund als schwierig herausstellte. Of-

**Julia Szcepanek ...**

... geb. 1986, Doktorandin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, derzeit im PJ-Wahlfach Neurologie am Klinikum Emden.

fenbar ist – wenn Schwindel von Hausärzten gemeinhin als häufiges Symptom empfunden wird – dies eher im Sinne eines länger bestehenden „chronischen“ Schwindels der Fall. Schwindel ist unter älteren Menschen ein sehr weit verbreitetes Symptom, jedoch mögen sie dies als alterstypisches, dem Arzt gegenüber nicht nennenswertes Gesundheitsproblem auffassen [34]. Aus diesem Grund könnte es den Patienten schwerfallen, dem Symptom einen genauen zeitlichen Anfangspunkt zuzuordnen oder dieses überhaupt mitzuteilen. Insofern kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass tatsächlich ein konsekutiver Einschluss aller unter akutem Schwindel leidender Patienten gewährleistet war.

Chart Review und Hausarztinterview wurden zwar nach einem standardisierten Schema durchgeführt, jedoch waren Art und Vollständigkeit der Patientendokumentation in den Praxen sehr unterschiedlich. Um einen Hawthorne-Effekt zu reduzieren bzw. Hausärzte unter möglichst realen Bedingungen handeln zu lassen, war zuvor kein solcher Standard ausgehändigt worden, anhand dessen die Hausärzte hätten eintragen sollen, wie sie vorgegangen sind. Vielmehr wurde ihre

Handlungsweise retrospektiv anhand ihrer Akteneinträge und Aussagen nachvollzogen. Im Falle nicht überwiesener Patienten wurde auf einen Abgleich der Diagnosen mittels Beurteilung durch einen Spezialisten verzichtet. Hinsichtlich des oft unspezifischen Symptoms Schwindel wäre auch dann je nach Fachrichtung mit einem investigator bias zu rechnen gewesen, und das Studienziel einer Abbildung des realen hausärztlichen Vorgehens und einer Beurteilung innerhalb des hausärztlichen Systems (face validity) wäre beeinflusst worden.

### Schlussfolgerungen

Auffällig war, dass sich Untersuchungstechniken in der hier betrachteten Stichprobe von Hausärzten und Schwindelpatienten stark auf den kardiologischen und auch neurologischen Bereich bezogen. Dies ist nachvollziehbar im Hinblick auf abwendbar gefährliche Verläufe (etwa Apoplex) oder spezifisch behandelbare Ursachen in den entsprechenden Organsystemen. Diagnose und Therapie des BPLS (Dix-Hallpike-Manöver, Epley-/Semont-Manöver) traten demgegenüber in den Hintergrund, was zu einer Unterschätzung der Häufigkeit

eines BPLS in Allgemeinpraxen beigetragen haben könnte. Im Hinblick auf eine Leitlinie bzw. Qualitätssicherung sollte dieses Krankheitsbild in Diagnose- und Therapiealgorithmen verankert werden. Für physiotherapeutische Behandlungsansätze gibt es Evidenz. Diese sollten bezüglich verschiedenartiger Schwindelbeschwerden und Machbarkeit im Umfeld der Praxisrealität in Deutschland weiter wissenschaftlich untersucht werden. Der Nutzen von Patienteninformation [35] und Anleitung zu eigenem „Schwindeltraining“ sollte dabei ebenfalls eine Rolle spielen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

**Danksagung:** Die vorliegende Studie bildet einen Teil des Projekts „Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin“ und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01GK0611).

Wir danken insbesondere allen teilnehmenden Hausärzten im Raum Niedersachsen und ihren Patienten.

### Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Carsten Kruschinski, MME  
Institut für Allgemeinmedizin, OE5440  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover  
Deutschland  
Tel.: 0511 532-8159  
Fax: 0511 532-4176  
E-Mail:  
kruschinski.carsten@mh-hannover.de

### Literatur

- Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel, 2008
- Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med* 2001; 134: 823–832
- Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med* 2000; 132: 337–344
- Kao AC, Nanda A, Williams CS, Tinetti ME. Validation of dizziness as a possible geriatric syndrome. *J Am Ger Soc* 2001; 49: 72–75
- Gassmann KG, Rupprecht R. Dizziness in an older community dwelling population: a multifactorial syndrome. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 278–282
- Katsarkas A. Dizziness in aging: the clinical experience. *Geriatrics* 2008; 63: 18–20
- Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional, and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 417–421
- Wiltink J, Tschan R, Michal M, Subic-Wrana C, Eckhardt-Henn A, Dietrich M, Beutel ME. Dizziness: Anxiety, health care utilization and health behavior – results from a representative German community survey. *J Psychosom Res* 2009; 66: 417–424
- Grimby A, Rosenhall U. Health-related quality of life and dizziness in old age. *Gerontology* 1995; 41: 286–298
- Kwong EC, Pimlott NJ. Assessment of dizziness among older patients at a family practice clinic: a chart audit study. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 2
- Kruschinski C, Schweitzer S, Hummers-Pradier E, Theile G. „Ein sehr weites Feld“: Konzepte von Hausärzten bei Schwindel. *Z Allg Med* 2009; 85: 377–382

12. Dros J, Maarsingh OR, van der Horst HE, Bindels PJ, ter Riet G, van Weert HC. Tests used to evaluate dizziness in primary care. *CMAJ* 2010; 182: E621–631
13. Waldmann UM, Gulich M, Stabenow U, Zeitler HP. Die hausärztliche Entscheidungsfindung – ein komplexer Vorgang: Qualitative Analyse von 117 Patientenkasuistiken. *Wien Med Wochenschr* 2006; 156: 633–643
14. Kruschinski C, Szczepanek J, Wiese B, Broll A, Breull A, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E. A three group comparison of acute-onset dizzy, long-term dizzy and non-dizzy older patients in primary care. *Aging Clin Exp Res* 2010 [epub ahead of print]
15. Szczepanek J, Wiese B, Hummers-Pradier E, Kruschinski C. Newly diagnosed, incident dizziness of older patients: a follow-up study in primary care. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 58
16. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972; 22: 323–334
17. Hoffmann RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999; 107: 468–472
18. Madlon-Kay D, Bragg D. Evaluation and outcome of the dizzy patient. *J Fam Pract* 1985; 21: 109–113
19. Maarsingh OR, Dros J, van Weert HC, Schellevis FG, Bindels PJ, van der Horst HE. Development of a diagnostic protocol for dizziness in elderly patients in general practice: a Delphi procedure. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 12
20. Hansson EE, Mansson NO, Hakansson A. Benign paroxysmal positional vertigo among elderly patients in primary health care. *Gerontology* 2005; 51: 386–389
21. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 710–715
22. Hilton m, Pinder D. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD003162
23. von Brevern M, Lempert T. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel. *Nervenarzt* 2004; 75: 1027–1036
24. von Brevern M, Radtke A, Lezius F. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 710–715
25. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/030-018.htm#010> (letzter Zugriff am 16.05.2011)
26. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=76> (letzter Zugriff am 16.05.2011)
27. Huppert D, Strupp M, Mückert H, Brandt T. Which medication do I need to manage dizzy patients? *Acta Otolaryngol* 2011; 131: 228–241
28. Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness. *Restor Neurol Neurosci* 2010; 28: 83–90.
29. Ricci AN, Aratani MC, Dona F, Macedo C, Caovilla HH, Gananca FF. A systematic review about the effects of the vestibular rehabilitation in middle-age and older adults. *Rev Bras Fisioter* 2010; 14: 361–371
30. Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE, Walsh BM, Mullee M, Bronstein AM. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Int Med* 2004; 141: 598–605
31. Yardley L, Beech S, Weinman J. Influence of beliefs about the consequences of dizziness on handicap in people with dizziness, and the effect of therapy in beliefs. *J Psychosom Res* 2001; 50: 1–6
32. Salles N, Kressig RW, Michel JP. Management of chronic dizziness in elderly people. *Z Gerontol Geriat* 2003; 36: 10–15
33. Nazareth I, Yardley L, Owen N, Luxon L. Outcome of symptoms of dizziness in a general practice community sample. *Fam Pract* 1999; 16: 616–618
34. Nazareth I, Landau S, Yardley L, Luxon L. Patterns of dizziness in primary care – a cross-sectional cluster analysis study. *J Psychosom Res* 2006; 60: 395–401
35. Yardley L, Kirby S, Barker F, Little P, Raftery J, King D, Morris A, Mullee M. An evaluation of the cost-effectiveness of booklet-based self-management of dizziness in primary care, with and without expert telephone support. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2009; 9: 13



## DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

### Pressekontakt:

Dr. med. Isabelle Otterbach  
 DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
 c/o Institut für Allgemeinmedizin  
 Johann Wolfgang Goethe-Universität  
 Theodor-Stern-Kai 7  
 60590 Frankfurt am Main  
 Telefon: 069-6500-7245  
 Fax: 069-6301-6428  
 E-Mail: [otterbach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:otterbach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)  
 Homepage: [www.degam.de](http://www.degam.de)