

## Sczepanek J, Hummers-Pradier E, Kruschinski C. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen von Hausärzten bei neu aufgetretenem Schwindel älterer Patienten. *Z Allg Med* 2011; 87: 445–451

### Leserbrief von Dr. med. Fritz Meyer

Julia Sczepanek und ihre Mitautoren legen zurecht den Finger in eine Wunde diagnostischer Features bei Hausärzten: dem Vorgehen bei neu aufgetretenen Schwindelbeschwerden älterer Menschen. Dabei decken sie Defizite auf, die mich als langjährigen Landarzt nicht verwundern. Senioren, die sich mit akutem, häufig auch sehr dramatisch imponierendem Schwindel in der Sprechstunde oder im Rahmen eines Hausbesuches vorstellen, sind in der Tat eine Herausforderung. So ist gut nachvollziehbar, dass die befragten Hausärzte in ihrem diagnostischen Konzept reagieren, wie es in derartigen Notfallsituationen allgemein üblich ist: Blutdruckmessung, Auskultation des Herzens, EKG, neurologische Basisuntersuchung und Blutentnahme. Das ist wichtig und richtig, denn kardial-angiologische, neurologische oder endokrinologische Schwindelätiologien müssen als abwendbar gefährliche Verläufe in jedem Fall bedacht werden.

Der vestibulären Abklärung dient dieses Vorgehen allerdings nicht. Genau an diesem Punkt werden Defizite bei den Untersuchten, aber auch Ungeheimheiten in der Studie selbst erkennbar.

Wie Sczepanek et al. schreiben, beklagten immerhin 46,4% der untersuchten Patienten Drehschwindel und etwas mehr als ein Drittel der Betroffenen Übelkeit. Drehschwindel mit vegetativen Begleitsymptomen charakterisiert typischerweise den vestibulären Schwindel. Mithin kann vermutet werden, dass ein erheblicher Anteil der Erkrankten vestibulär betroffen war. Dies ließe sich auch mit der allgemein publizierten Feststellung zur Deckung bringen, nach der ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) die häufigste akute Schwindelform älterer Menschen sein soll [1].

Wie gingen nun die befragten Hausärzte vor: Fast Dreiviertel von ihnen überprüfte die vestibulo-spinale Funk-

tionsachse mit den Versuchen nach Romberg und Unterberger. Im Fall eines akuten Lagerungsschwindels ist dies, anders als beim Labyrinthausfall, allerdings wenig zielführend, weil die vestibuläre Dysbalance erst durch das Lagerungsmanöver provoziert und damit beobachtbar wird. Genau diese Untersuchung, das Dix-Hallpike-Manöver, unterblieb aber nachweislich der Befragung. Konträr dazu gaben 41,5% der Kollegen an, eine „Nystagmusprüfung“ durchzuführen. Und da bekomme ich ernsthafte Zweifel, denn leider wird in der Publikation nicht dargestellt, welcher diagnostische Schwellenwert dem Begriff „Nystagmusprüfung“ zugrunde gelegt wurde.

Der alleinige Blick in die Augen eines Betroffenen reicht jedenfalls nicht, selbst wenn gelegentlich ein sehr starker Nystagmus auch ohne Nystagmusbrille gesehen werden kann.

Spätestens seit Frenzel gehört die Suche nach dem Spontannystagmus oder einem, durch definierte Manöver auslösbaren Provokationsnystagmus zum neurootologischen Mindeststandard und ich denke, dass erst ab hier von einer „Nystagmusprüfung“ gesprochen werden sollte.

Zu deren Durchführung ist die Verwendung einer Nystagmusbrille (Frenzelbrille) und die Untersuchung des Betroffenen im abgedunkelten Raum notwendig [2], um die visuelle Suppression des vestibulären Nystagmus zu verhindern.

Damit wird verständlich und erklärbar, wo die Grenzen hausärztlichen Handelns in der vestibulären Diagnostik liegen könnten. Zudem behaupte ich, dass nur wenige Hausärzte tatsächlich im Besitz einer Nystagmusbrille sind. Diese Aussage fußt auf zwei aktuellen Feststellungen. Im Oktober 2011 leitete ich bei einem hausärztlichen Kongress ein Seminar über „Gehör- und Gleichgewichtsprobleme älterer Menschen“. Meine Veranstaltung wurde von mehr als dreißig hausärztlich tätigen Kollegen besucht und nicht einer besaß eine Nystagmusbrille. Im gleichen Zeitraum wur-

de von der Zeitschrift „Der Allgemein- arzt“ eine Leserumfrage zum gerätetechnischen Equipment hausärztlicher Praxen durchgeführt. Konkret wurde unter anderem nach dem Vorhandensein einer Frenzelbrille gefragt. Ergebnis: 367 Fragebögen kamen zurück, 17 Kollegen (4,6%) gaben an, ein solches Instrument zu besitzen. Dazu gab es zwei vielsagende Bemerkungen: Einer schrieb „nicht im Einsatz, obwohl vorhanden“, der andere „kein Einsatz, da Nutzen gering“ [3].

Wenn die zufällig ausgewählten (convenience sample) Studienärzte in ihren Praxen ähnlich organisiert sind, scheint es mir unmöglich, dass fast die Hälfte von ihnen eine Nystagmusprüfung unter den oben genannten Mindestbedingungen durchgeführt haben will, zumal keine Lagerungsmanöver gemacht wurden und, nur am Rande bemerkt, auch die übrige otologische Diagnostik nachweislich Tab. 1 eher stiefmütterlich behandelt wurde. Sollte aber dennoch bei fast der Hälfte der befragten Kollegen eine echte Nystagmusprüfung erfolgt sein, dann wäre die Auswahl der Hausärzte weder repräsentativ noch zufällig.

Ich denke, dass diese Diskrepanzen durch weitere Recherchen genauer hinterfragt werden sollten.

Schließlich folgern die Autoren, dass neben dem Dix-Hallpike-Manöver zur BPLS-Diagnostik auch den Befreiungsmanövern mehr Bedeutung beigemessen werden müsste. Das ist richtig, eine Umsetzung allerdings nur möglich, wenn es gelingt, Hausärzte von der Bedeutung der Nystagmusbrille zu überzeugen und so eine vestibuläre Basisdiagnostik in der Hausarztpraxis zu etablieren.

Gerade beim akuten, erstmalig aufgetretenen Schwindel ist die Beobachtung unter der Nystagmusbrille wichtig, weil häufig nur der erstversorgende Arzt den Nystagmus in seiner originären Form zu Gesicht bekommt und so richtungweisende kausale und damit auch therapeutische Hinweise geben kann.

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Fritz Meyer  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Sportmedizin – Ernährungsmedizin (KÄB)  
 Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 Zwinger 6, 86732 Oettingen/Bayern  
 Tel.: 09082 1035  
 Fax: 09082 920921  
 E-Mail: f.meyer@meyer-oettingen.de

### Antwort von Carsten Kruschinski, Julia Sczepanek, Eva Hummers-Pradier

Wir danken unserem Kollegen Herrn Dr. Meyer ganz herzlich für seinen wichtigen Diskussionsbeitrag zu unserem Artikel. Im Wesentlichen schließt er sich darin unseren Beobachtungen und Schlussfolgerungen an, weist aber zu Recht auf die fehlend definierte Art der durchgeführten Nystagmusprüfung („diagnostischer Schwellenwert“) hin. Unserer Alltagserfahrung nach waren wir für die Studie davon ausgegangen, dass eine Frenzelbrille in der Mehrzahl der Praxen nicht vorhanden ist, und dies entspricht ja auch den Erhebungen von Herrn Meyer bzw. der zitierten Leserumfrage im „Allgemeinarzt“. Dennoch haben wir die Nystagmusprüfung in unsere Checkliste der Vollständigkeit einer unter hausärztlichen Bedingungen möglichen basalen otoneurologischen Diagnostik halber mit aufgenommen. Dabei wurde jedoch nicht differenziert erhoben, wie der jeweilige Hausarzt vorgegangen ist (lediglich einer erwähnte von sich aus die Nutzung einer Frenzelbrille). Man darf also spekulieren, dass darunter eher der von Herrn Meyer angesprochene „Blick in die Augen“ verstanden wurde.

**Literatur**

1. Erbguth F. Vaskulärer Schwindel im Alter. *EuroJGer* 2006; 8: 100–104
2. Frenzel H. Spontan- und Provokations-Nystagmus. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1982
3. Mittermaier N. Persönliche Mitteilung 2011, Publikation in Vorbereitung

Bezüglich der Anwendung einer Frenzelbrille bei der Lagerungsprüfung zur Diagnose des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) berichten von Brevern und Lempert, diese sei „zur Beobachtung des Nystagmus nützlich [...] jedoch nicht unbedingt erforderlich, da der vorwiegend torsionale Nystagmus nicht durch Fixation unterdrückt werden kann“ [1]. Bei der Darstellung und Diskussion unserer Ergebnisse ging es uns in erster Linie um eine Sensibilisierung für den grundsätzlichen Nutzen der diagnostischen und therapeutischen Lagerungsmanöver. Der Einsatz der Frenzelbrille wäre im Hinblick auf den BPLS nach [1] dann sozusagen die weitere Perfektionierung.

Latente Spontan- oder Provokationsnystagmen anderer Ursache sicher zu erkennen, dazu bedarf es, wie von Herrn Meyer beschrieben, tatsächlich einer Frenzelbrille. Jedoch ist hier der Schritt zur kompletten Abklärung des vestibulären Systems nicht weit (z.B. kalorische Prüfung), die dann durch den Fachspezialisten erfolgen würde. Die Frage ist also, inwieweit dies zum Standard im Rahmen der hausärztlichen Filterfunktion gehören sollte. Letztlich ist die Nystagmusprüfung dabei ja nur ein diagnostischer Baustein, dessen Testeigenschaften im Niedrigprävalenz-

bereich bzw. in unserem Fall speziell beim alten Menschen zu validieren wären (welche relativ häufigen und gefährlichen Diagnosen werden dadurch um wie viel häufiger nicht übersehen, aber auch fälschlich gestellt etc.). Bisherige Ergebnisse zum Nutzen des Kopfschüttelnystagmus zur Diagnose einer peripher-vestibulären Störung etwa sind diesbezüglich alles andere als vielversprechend [2].

**Korrespondenzadresse**

PD Dr. med. Carsten Kruschinski, MME  
 Institut für Allgemeinmedizin, OE5440  
 Medizinische Hochschule Hannover  
 Carl-Neuberg-Straße1, 30625 Hannover  
 Tel.: 0511 532-8159  
 Fax: 0511 532-4176  
 E-Mail:  
 kruschinski.carsten@mh-hannover.de

**Literatur**

1. von Brevern M, Lempert T. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel. *Nervenarzt* 2004; 75: 1027–1036
2. Dros J, Maarsingh OR, van der Horst HE, Bindels PJ, ter Riet G, van Weert HC. Tests used to diagnose dizziness in primary care. *CMAJ* 2010; 182: E621–E631