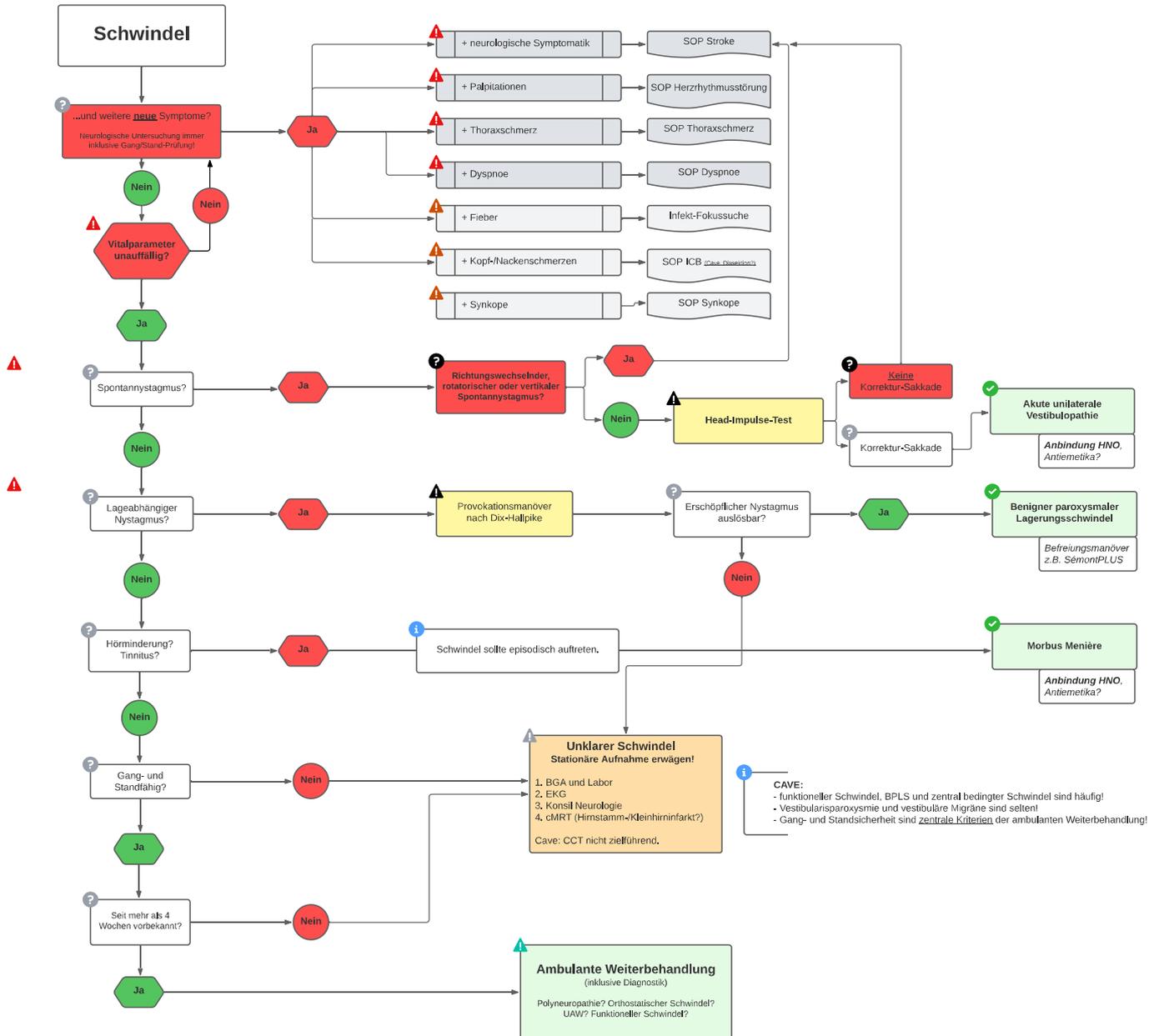


SOP ZNA Jena Schwindel

Algorithmus



1. Anamnese

a. Leitsymptomatik:

- Seit wann? (akut, subakut, chronisch)
- Dauerhaft oder episodisch? (Dauer der Episoden relevant)
- Auslösbar? (Im Speziellen durch Lageänderung)
- Neue Hörstörungen?
- Neuer Tinnitus?
- Vergesellschaftete Symptomatik? (Übelkeit und Erbrechen zu erwarten)
- Andere neue oder rezidivierende Beschwerden? (z.B. Luftnot, Thoraxschmerz)

b. Red Flags

- Begleitende neurologisch oder kardiorespiratorische Symptomatik (z.B. Ataxie, Luftnot, Palpitationen, Synkope, Thoraxschmerz)
- Häufige Stürze (Vermeidung sekundärer Traumata)

2. Untersuchung

a. Fokussierte körperliche Untersuchung:

- Okulomotorik intakt?
- Nystagmus? (Ausschluss nur per Frenzel-Brille möglich!)
- Faziale Parese?
- Motorik intakt?
- Sensibilität intakt?
- Extremitäten-Ataxie?
- Gang und Stand intakt?
- Nach Stürzen: etwaige Traumafolgen? Hämatome? Prellmarken?
- Auskultation: Herztöne rein? Herzaktion rhythmisch?
- Provokationsmanöver nach [Dix-Hallpike](#) (siehe Abbildung 1): Nystagmus und Schwindel auslösbar?

CAVE: Eine Zuordnung etwaiger Symptomatik zum Bogengang ist nicht notwendig. Der posteriore Bogengang ist am häufigsten betroffen, hier ist ein torsionaler Upbeat-Nystagmus möglich.

- [Head-Impulse-Test](#) (Testung des vestibulookulären Reflexes): Korrektur-Sakkade?

3. Diagnostik

CAVE: Initial keine Bildgebung! Labor und EKG bei nicht primär eindeutiger Symptomatik erwägen.

- Vitalparameter (Tachykardie? Hypotonie? Hypoxie?)
- BGA (Elektrolytstörung? Anämie? Hypoglykämie?)
- EKG (Rhythmusstörung?)
- Labor (Infektkonstellation?)
- cMRT (CCT nicht zielführend, nur in Akutsituationen potenziell indiziert)

4. Management

a. Stabilisierende Sofortmaßnahmen:

- Antiemetika erwägen – zum Beispiel: *Dimenhydrinat 62mg iv*

b. Spezifische Therapie:

- **Schwindel potenziell lediglich Begleitsymptom:
Leitsymptom-Wechsel erwägen (z.B. bei V.a. Stroke oder LAE)**
- Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS):
[Semont-Plus-Manöver](#) (siehe Abbildung 2, alternativ Epley-Manöver)

c. Konsil HNO: V.a. Morbus Menière oder V.a. Akute unilaterale Vestibulopathie

CAVE: Antiemetika-Gabe hier nur bei ausgeprägter Symptomatik oder nach Rücksprache

Konsil Neurologie: V.a. Stroke oder unklarer Schwindel nach Algorithmus-Abarbeitung

d. Empfehlungen bei Entlassung ambulanter Patienten:

- Abklärung etwaiger chronischer Schwindel-Ursachen ambulant über den Hausarzt möglich (z.B. diabetische PNP, orthostatischer Schwindel infolge UAW, funktioneller Schwindel)
- Alternativ kann das [Schwindelzentrum](#) der Klinik für Neurologie empfohlen werden
- BPLS: Selbst-Therapie per Lagerungsmanöver (Semont-PLUS oder Epley ambulant möglich)

CAVE: Zentrale Voraussetzung für die ambulante Behandlung ist gesicherte Gang- und Standfähigkeit.

5. Abbildungen



Abbildung 1: Dix-Hallpike-Manöver



1. Patient an Bettkante setzen.
2. Kopf des Patienten 45° zur Seite wenden. Kopf fixiert halten.
3. Patient ipsilateralen Arm anheben lassen.
4. Patient in Seitlage bringen und Kopf sowie ipsilateralen Arm über Liegenrand führen.
5. Patient auf andere Seite in Seitlage überführen.
6. Rückkehr zur Bettkante.

Abbildung 2: Sémont-PLUS-Manöver

6. Literatur und Quellen

- [Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 \(GRACE-3\): Acute dizziness and vertigo in the emergency department](#) (10.1111/acem.14728) 14.03.2023
- Pocket Guide Schwindel: Anamnese und klinische Untersuchung zur Diagnosefindung (90477 06.2022 Ga) 2023
- [S2k-Leitlinie Vestibuläre Funktionsstörungen](#) (Registernummer 017 – 078) Version 1.0, Stand 28.03.2021
- Strupp, M. et al. Vestibular Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* **117**, 300–310 (2020). DOI: [10.3238/arztebl.2020.0300](#)
- Strupp, M. et al. BPPV: Comparison of the SémontPLUS With the Sémont Maneuver: A Prospective Randomized Trial. *Front. Neurol.* **12**, (2021).