



## #43 Wenn sich alles dreht – Schwindel verstehen

mit Prof. Christian Eggers

Transkript

ET: 19.6.2026

### Intro

00:00:04

**Strieder:** Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Landesbank ist an Ihrer Seite. Herzlich willkommen zu Folge 43 von ÖAZ im Ohr. Meine Kollegin Dr. Ruth Streibl hat heute Professor Christian Eggers in unser Studio eingeladen. Gemeinsam widmen sie sich dem Thema Schwindel – einem Symptom, das in der Apotheke, in der Hausarztpraxis und in der Notaufnahme immer wieder auftaucht. Für Betroffene ist Schwindel oft beängstigend, für Behandelnde diagnostisch anspruchsvoll. Heute sprechen wir darüber, wie man Schwindel sinnvoll einordnet, wann Alarmzeichen vorliegen und welche Rolle Arzneimittel spielen können.

**Streibl:** Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr. In dieser Episode widmen wir uns dem Thema Schwindel. Dazu darf ich Herrn Prof. Christian Eggers, Neurologe in Linz und Leiter der Arbeitsgemeinschaft Schwindel und Vestibuläre Funktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie, sehr herzlich begrüßen. Herzlich willkommen, Herr Prof. Eggers.

Schwindel ist keine Krankheitseinheit, sondern ein Leitsymptom verschiedener Erkrankungen – so formuliert es die S2k-Leitlinie Vestibuläre Funktionsstörungen, an der Sie auch als Autor mitgewirkt haben. Damit wird die Vielschichtigkeit des Symptoms bereits sehr deutlich. Wenn Patient:innen Schwindel schildern, was kann sich medizinisch alles dahinter verbergen? Welche Arten von Schwindel gibt es, und welche Ursachen kommen in Frage?

### Was steckt hinter dem Symptom Schwindel?

00:01:59

**Eggers:** Umfangreiche Frage – und vermutlich eine etwas umfangreichere Antwort. Sie haben schon recht: Schwindel ist keine Krankheit per se, sondern ein Symptom, hinter dem ganz verschiedene und zum Teil völlig unterschiedliche Ursachen stecken können. Patienten schildern Schwindel auch durchaus verschieden – es gibt Leute, die sagen „Schwindel“ und meinen etwas anderes, und es gibt Patienten, die meinen Schwindel und sagen etwas anderes. Da muss man immer ganz genau hinhören und die berühmte Anamnese machen. Schwindeldiagnostik ohne eine wirklich gute Anamnese ist quasi unmöglich. Die Diagnose stützt sich überwiegend auf die Anamnese und die klinisch-körperliche Untersuchung – die ganzen modernen apparativen Methoden sind beim Schwindel eigentlich gar nicht so entscheidend.

Was kann dahinter stecken? Die häufigste Ursache nach bestimmten Erhebungen ist der sogenannte benigne periphere paroxysmale Lagerungsschwindel. Der zweithäufigste ist der

funktionelle Schwindel – der phobische oder psychogene Schwindel, wenn man so will: ein Softwareschwindel, kein Hardwareschwindel. Dann gibt es Schwindel bei der Neuritis vestibularis, wenn der Gleichgewichtsnerv oder das Gleichgewichtsorgan erkrankt. Der Morbus Menière macht ebenfalls Schwindel. Natürlich können alle möglichen Erkrankungen im Gehirn selbst – Schlaganfälle, Tumore, Entzündungen – Schwindel verursachen. Multiple Sklerose kann sich mit Schwindel manifestieren. Infektionen oder Erkrankungen direkt am Ohr fallen eher in den HNO-Bereich. Es gibt Schwindel im Rahmen einer Epilepsie – tatsächlich kann sich ein epileptischer Anfall ausschließlich als Schwindel äußern. Die Migräne ist eine wichtige Ursache, wobei Patienten Schwindel haben können ganz ohne Kopfschmerzen – das ist kontraintuitiv. Und es gibt seltenere Erkrankungen wie episodische Ataxien oder die Vestibularisparoxysmie, die einem Trigeminalneuralgie-Mechanismus am Gleichgewichtsnerv ähnelt.

## Die entscheidenden Fragen in der Anamnese

00:04:33

**Streibl:** Welche Beschreibungen helfen besonders, um die Richtung einzuschätzen?

**Eggers:** Da gibt es ein paar, salopp gesagt, Killerfragen, die ich immer stelle. Erstens natürlich: Wie lange besteht der Schwindel schon? Und ganz wichtig: War die Patient:in auf dem Höhepunkt des Schwindels geh- und stehfähig? Wenn er in der Apotheke steht, muss er irgendwie hingekommen sein – sein Schwindel war also offenbar nicht so stark. Es sei denn, es handelt sich um einen episodischen Schwindel, der in Attacken kommt. Der Lagerungsschwindel beispielsweise tritt typischerweise im Bett auf, ist dramatisch heftig – man weiß überhaupt nicht, wo oben und unten ist – hält aber nur kurz an. Danach kann man wieder stehen und in die Apotheke gehen.

Die zweite wichtige Frage: Ist es ein Dauerschwindel, der mehr oder minder immer vorhanden ist, oder ein Attackenschwindel mit klarem Anfang und Ende? Vielfach wird in der Literatur der Unterschied zwischen Schwankschwindel und Drehschwindel betont – theoretisch ist das wichtig, praktisch sagen die meisten Patienten ohnehin „Drehschwindel“. Das Angebot „Schwankschwindel“ wählt kaum jemand.

**Streibl:** Weil es schwierig zu definieren ist für die Betroffenen selbst.

**Eggers:** Genau. Man hat ja nicht immer nur junge, kognitiv auf der Höhe seiende Patienten – und selbst denen fällt es schwer, ihre Beschwerden präzise zu schildern. Deswegen ist die Anamnese so wichtig: wiederholt nachfragen, Alternativen anbieten, vielleicht auch vorspielen. Ich bin dabei durchaus körperlich aktiv und lege mich hin, um das fassbar zu machen.

**Streibl:** Und welche Begleitsymptome sind besonders aussagekräftig zur Unterscheidung?

**Eggers:** Wenn jemand auf dem Höhepunkt des Schwindels erbricht, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit etwas Relevantes vor. Es muss nicht gefährlich sein, aber dann war definitiv etwas. Andere wichtige Begleitsymptome sind Kopfschmerzen – beim Migräneschwindel kann der Kopfschmerz fehlen, ist aber meistens doch vorhanden, oder es gibt eine bekannte Migräneanamnese. Wenn zerebrale Symptome hinzutreten – eine Lähmung, Doppeltsehen, Sprachstörung (schwere Zunge), halbseitige Gefühlsstörung oder Bewusstseinsstörung – dann wird es ernst. Das sind Hinweise auf einen zentralen Schwindel, zum Beispiel einen Schlaganfall.

## Red Flags: Wann ist sofortige Abklärung nötig?

00:08:02

**Streibl:** Nicht jeder Schwindel erfordert sofort die Notaufnahme – aber es gibt bestimmte Red Flags. Können Sie diese noch einmal zusammenstellen?

**Eggers:** Die Warnzeichen sind die fokalen Zeichen: Lähmung, schwere Sprechstörung, Schluckstörung, Doppeltsehen, Hemianopsie oder plötzlicher einseitiger Hörverlust mit lautem Tinnitus. Dieses Trias aus Tinnitus, Hörverlust und Ohrdruck – dieses Völlegefühl wie beim Hochfahren einer Passstraße – ist typisch für den Morbus Menière. Wobei der Menière manchmal auch oligosymptomatisch auftritt, also ohne das volle Bild.

**Streibl:** Bedeuten diese Zeichen, dass sofort eine Notaufnahme aufgesucht werden sollte?

**Eggers:** Bei Anzeichen, die auf einen Schlaganfall hindeuten: ja, sofort. Grundsätzlich gilt: Die Dramatik des Schwindels, die die Patient:in erlebt, hat nichts mit der Gefährlichkeit zu tun. Der Lagerungsschwindel ist das beste Beispiel – er ist hochdramatisch, die Patient:innen haben Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch, Todesangst – und ist trotzdem völlig harmlos. Aber das weiß man beim ersten Mal nicht. Ein Patient mit Lagerungsschwindel darf durchaus ins Krankenhaus gehen – man kann es ihm nicht verübeln, auch wenn es medizinisch unnötig ist.

## Schwindel im Alter: Ursachen und Zusammenhänge

00:10:36

**Streibl:** Das trifft ja oft auch ältere Menschen. Warum tritt Schwindel im Alter häufiger auf?

**Eggers:** Das ist nicht pauschal für alle Schwindelarten zutreffend – manche kommen durchaus auch bei jungen Menschen vor. Bei älteren Patienten häufen sich der vaskuläre Schwindel beim Schlaganfall und bestimmte Hirnerkrankungen wie Parkinson. Parkinson-Patienten stürzen häufig – nicht weil das Gleichgewichtsorgan defekt ist, sondern weil die gesamte Gleichgewichtssteuerung im Gehirn gestört ist. Und wer einmal gestürzt ist, hat Angst vor dem nächsten Sturz – und diese Angst empfindet er als Schwindel.

Dann gibt es die bilaterale Vestibulopathie: Beide Gleichgewichtsorgane sind weniger empfindlich, der sensorische Input fehlt dem Gehirn. Und ein sehr häufiges, aber oft übersehenes Phänomen: Ältere Patienten ab etwa 65 Jahren entwickeln im Rahmen von jahrelang schlecht eingestelltem Bluthochdruck eine vaskuläre Leukoenzephalopathie – die weiße Substanz des Gehirns nimmt Schaden, was zu einer Gangunsicherheit führt, die als Schwindel wahrgenommen wird. Und da kommen die Apotheker:innen ins Spiel: Bluthochdruck ist häufig, wird oft unterschätzt oder schlecht behandelt – und wenn das über Jahre so weitergeht, folgen die Konsequenzen.

**Streibl:** Ist diese vaskuläre Leukoenzephalopathie behandelbar?

**Eggers:** Wenn sie einmal da ist, ehrlich gesagt nur bedingt. Was grundsätzlich jeder machen kann – und das klingt banal, ist aber wichtig – ist ein gezieltes Gleichgewichtstraining. Das Gleichgewicht ist keine Selbstverständlichkeit: Ein Baby braucht mindestens ein Jahr, um überhaupt stehen zu können. Wenn man älteren Patienten konsequent Gleichgewichtsübungen aufgibt und sie diese auch wirklich machen, bringt das tatsächlich etwas. Ich demonstriere das gern in der Untersuchung – indem ich die Patient:innen zum Beispiel sanft schubse. Wer sich

retten kann, dessen Gleichgewichtssystem funktioniert – und das zeigt ihm: Die Hardware stimmt, es ist eher eine Softwareproblematik.

## Arzneimittelinduzierter Schwindel

00:16:37

**Streibl:** Ein möglicher Auslöser sind auch Medikamente. Wann sollte man bei Schwindel besonders an einen arzneimittelinduzierten Schwindel denken?

**Eggers:** Es gibt Substanzen, die Schwindel häufiger verursachen: Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Phenytoin, Oxcarbazepin und Barbiturate sind klassische Auslöser. Auch Pregabalin und Gabapentin machen Schwindel – weniger durch direkte vestibuläre Wirkung als durch Müdigkeit und Benommenheit, die die Patient:in als Schwindel schildert. Benzodiazepine in höherer Dosierung – Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Oxazepam –, Opioide und Blutdruckmedikamente sind weitere häufige Ursachen.

Gerade bei Blutdruckmitteln ist ein wichtiger Punkt: Wenn eine Patient:in seit Jahren mit 160–180 mmHg herumläuft und der Blutdruck innerhalb von zwei bis drei Tagen auf 120 mmHg gesenkt wird, dann ist ihm schwindelig – nicht weil das Medikament falsch ist, sondern weil die Absenkung zu schnell erfolgte. Man sollte klein anfangen und langsam steigern, damit sich der Organismus anpasst. Sonst wirft die Patient:in die Tabletten weg.

**Streibl:** Gibt es Arzneimittel, die als Auslöser unterschätzt werden?

**Eggers:** Bei Polypharmazie wären das: Antikonvulsiva, sedierende Psychopharmaka – nicht nur Benzodiazepine –, Blutdruckmedikamente und Analgetika in höheren Dosierungen.

## Therapieoptionen: Medikamentös und nicht medikamentös

00:19:31

**Streibl:** Können Sie kurz skizzieren, welche Therapieoptionen es gibt und welche Rolle medikamentöse im Vergleich zu nicht medikamentösen Maßnahmen spielen?

**Eggers:** Beim Lagerungsschwindel gibt es kein Medikament der Wahl. Die Therapie besteht in Lagerungs- und Befreiungsmanövern, mit denen die Kristalle im Ohr wieder an ihren richtigen Platz gebracht werden. Es gibt kleinere randomisierte Studien – überwiegend aus Korea –, die zeigen, dass Vitamin-D-Substitution die Rezidivrate reduziert. Angesichts der verbreiteten Vitamin-D-Unterversorgung ist das eine durchaus sinnvolle Empfehlung.

Bei der Neuritis vestibularis gibt man im Akutstadium über etwa fünf bis sechs Tage Kortison in absteigender Dosis – das ist randomisiert-kontrolliert belegt. Danach folgt Gleichgewichtstraining, kein Medikament mehr.

Wenn eine Patient:in akut unter starkem Schwindel mit Übelkeit leidet, kommt Dimenhydrinat ins Spiel. Es senkt das Schwindelempfinden und wirkt antiemetisch, macht aber müde. Wichtig: Bei einem peripheren Hardwareschwindel wie der Neuritis vestibularis sollte man Dimenhydrinat nicht zu lange geben, da es die zentrale Rekompensation des Gehirns behindert. Maximal zwei bis drei Tage zur Symptumlinderung. Als weitere Akutmedikamente kommen Benzodiazepine, Metoclopramid oder Ondansetron gegen Übelkeit sowie antidopaminerge Neuroleptika in Frage.

Zur Prophylaxe: Beim Morbus Menière wird Betahistin sehr häufig verschrieben – es gibt jedoch eine große randomisierte Studie aus jüngerer Zeit, die keinen Effekt zeigen konnte. Das hat sich noch nicht bei allen herumgesprochen. Es gibt präliminare Hinweise, dass die Kombination mit MAO-B-Hemmern wie Selegilin oder Rasagilin die Betahistin-Blutspiegel dramatisch erhöht und möglicherweise die Wirkung verbessert – belastbare Studien fehlen aber noch.

Bei vestibulärer Migräne macht eine Migräneprophylaxe Sinn: Betablocker (Metoprolol, Propranolol), Valproat, Amitriptylin oder die neueren CGRP-Antikörper (Fremanezumab, Erenumab). Das vestibuläre Organ hat CGRP-Rezeptoren, sodass diese Antikörper auch für die vestibuläre Aura interessant sind – die klinische Erfahrung ist positiv, auch wenn die spezifische Studienlage noch unvollständig ist.

Beim persistierenden Perceptuell-Posturalen Schwindel (PPPD, früher phobischer Schwindel): Wenn im Hintergrund eine Depression vorliegt – was in etwa der Hälfte der Fälle so ist –, dann helfen Antidepressiva auch gegen den Schwindel. Viele dieser Patienten empfinden ihre Depression körperlich und wandern von Facharzt zu Facharzt, ohne die eigentliche Ursache zu finden.

Neuere Substanzen: N-Acetyl-L-Leucin wurde gerade von der EMA für Niemann-Pick Typ C zugelassen und hilft auch gegen bestimmte seltene Schwindelformen wie den erworbenen Pendelnystagmus. Fampridin, das bei MS zur Verbesserung der Gehfähigkeit eingesetzt wird, hilft beim Downbeat-Nystagmus-Syndrom. In der Erprobung befinden sich Ebselen (SPI-1005) sowie Sens-111 gegen die akute unilaterale Vestibulopathie – noch nicht zugelassen, aber vielversprechend. Für die Apotheke häufig relevant: Dimenhydrinat oder Meclizin bei Reisekrankheit.

**Streibl:** Das heißt, in der Forschung tut sich noch einiges.

**Eggers:** Ja, schon.

## Epidemiologie und geschlechtsspezifische Unterschiede

00:30:52

**Streibl:** Wie sieht die Epidemiologie aus – und gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

**Eggers:** Schwindel ist insgesamt sehr häufig und nimmt mit dem Alter zu. Im jüngeren Erwachsenenalter dominiert die vestibuläre Migräne. Multiple Sklerose als Ursache ist ebenfalls eine Erkrankung des jüngeren Alters. Der Lagerungsschwindel hat seinen Altersgipfel etwa bei 60–70, kommt aber durchaus auch bei Kindern vor. Die Neuritis vestibularis hat einen flachen Gipfel um die 60, kann aber auch Dreißigjährige treffen. Schlaganfall als Ursache betrifft naturgemäß ältere Patienten. Geschlechtsspezifische Unterschiede entstehen eher durch die Grunderkrankungen: Migräne und Multiple Sklerose sind häufiger bei Frauen. Schwindelspezifisch per se sind die Unterschiede gering.

**Streibl:** Sie haben kurz Kinder erwähnt – gibt es da noch andere Ursachen?

**Eggers:** Ja, vestibuläre Migräne, die sich bei Kindern oft ganz anders zeigt als bei Erwachsenen, und bestimmte Epilepsieformen des Kindesalters, die mit Schwindel einhergehen können.

## Mini-Check in der Apotheke

00:32:29

**Streibl:** Welche Fragen empfehlen Sie für einen kurzen Mini-Check, wenn jemand mit Schwindel in die Apotheke kommt?

**Eggers:** Das Ziel ist ja, einzuschätzen: Muss dieser Patient sofort ins Krankenhaus, oder nicht?

**Streibl:** Genau – dass man es auf Basis dessen, was Sie geteilt haben, einordnen kann.

**Eggers:** Wenn die Patient:in am Tresen steht, kann er offenbar stehen. Ich sollte aber fragen: War er auf dem Höhepunkt des Schwindels – gestern, vor drei Stunden – geh- und stehfähig oder nicht? Hat er erbrochen, ja oder nein? Wenn er nicht steh- und gehfähig war, erbrochen hat und dazu noch neurologische Symptome aufwies – Sprechstörung, Sehstörung, Doppelbilder, Lähmung –, dann muss er wirklich ins Krankenhaus.

Wenn der Schwindel mit einer Hörstörung oder einem neuartigen Tinnitus einhergeht, ist das verdächtig auf Menière – auch dann ins Krankenhaus. Wenn die Patient:in noch jetzt in der Apotheke stark übelkeitsgeplagt und wackelig ist, ebenfalls. Umgekehrt: Je länger ein Schwindel schon besteht und je öfter eine Patient:in die exakt gleiche Episode bereits erlebt hat, desto unwahrscheinlicher ist ein Schlaganfall als Ursache.

## Drei zentrale Botschaften

00:34:04

**Streibl:** Damit haben wir einen wirklich guten Überblick gewonnen. Wenn Sie noch drei zentrale Botschaften für den Umgang mit Schwindel-Patient:innen hätten – welche wären das?

**Eggers:** Erstens, für die Ärzte: Bitte nicht mit dem MRT von Kopf oder Halswirbelsäule beginnen. Das ist schlichter Unsinn. Die gute alte Anamnese – leider schlecht bezahlt – ist das A und O. Eine körperliche Untersuchung – auch schlecht bezahlt, aber unverzichtbar. Und man muss das Wissen wollen: Es sind rund 20 sehr unterschiedliche Erkrankungen. Das lernt man, wenn man es lernen will.

**Streibl:** Also im Zweifel einen Experten hinzuziehen.

**Eggers:** Zweitens: Die Halswirbelsäule wird unglaublich oft für Schwindel verantwortlich gemacht – und je mehr jemand von Schwindel versteht, desto seltener ist sie schuld. Ehrlich gesagt ist sie es so gut wie nie. Ab 30 zeigt jedes HWS-MRT irgendeinen Verschleiß – das bedeutet gar nichts. Drittens, für die Patient:innen: Nicht so sehr technikgläubig sein. Was wirklich hilft, ist ein Arzt, der zuhört und die Anamnese sorgfältig erhebt. Die Patienten können ihren Teil dazu beitragen: Symptome aufschreiben, gut beschreiben – und den Arzt auch einmal dazu anhalten, diese Informationen wirklich einzubauen.

**Streibl:** Also die Symptome gut beobachten und aufschreiben.

**Eggers:** Aufschreiben, sich überlegen, wie man sie schildern soll – und den Arzt, wenn nötig, dazu anhalten, wirklich zuzuhören.

## Verabschiedung

00:36:04

**Streibl:** Herr Prof. Eggers, vielen Dank für das Gespräch, für Ihre Zeit und die vielen wertvollen Informationen zur Einordnung von Schwindelarten und zum Umgang damit in der Apotheke.

**Eggers:** Gerne.

## Outro

00:36:31

**Strieder:** Das war Podcast Folge 43 von ÖAZ im Ohr mit dem Schwindelexperten Prof. Christian Eggers und meiner Kollegin Dr. Ruth Streibl. Werfen Sie auch einen Blick in die aktuelle Ausgabe, die ÖAZ 13/2026. Dort lesen Sie, warum bei Schwindel nicht die Art der Beschwerden entscheidend ist, sondern auch Verlauf, Auslöser und Begleitsymptome – und woran Sie erkennen, wann Selbstmedikation endet und sofortige ärztliche Abklärung beginnt. Außerdem widmen wir uns der Bienen- und Wespengiftallergie – vom richtigen Verhalten nach dem Stich bis zur Allergenimmuntherapie, die bei rund 90 Prozent der Betroffenen langfristig vor schweren Reaktionen schützt. Und wir zeigen, welche Denkfehler unsere pharmazeutische Entscheidungsfindung beeinflussen und wie wir ihnen aktiv gegensteuern können. Alle Beiträge finden Sie auch online auf [oeaz.at](http://oeaz.at). Vielen Dank fürs Zuhören und bis in zwei Wochen mit einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr. Bleiben Sie neugierig, gut informiert – und denken Sie: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

*Hinweis: Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärzt:in oder Apotheker:in.*