

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

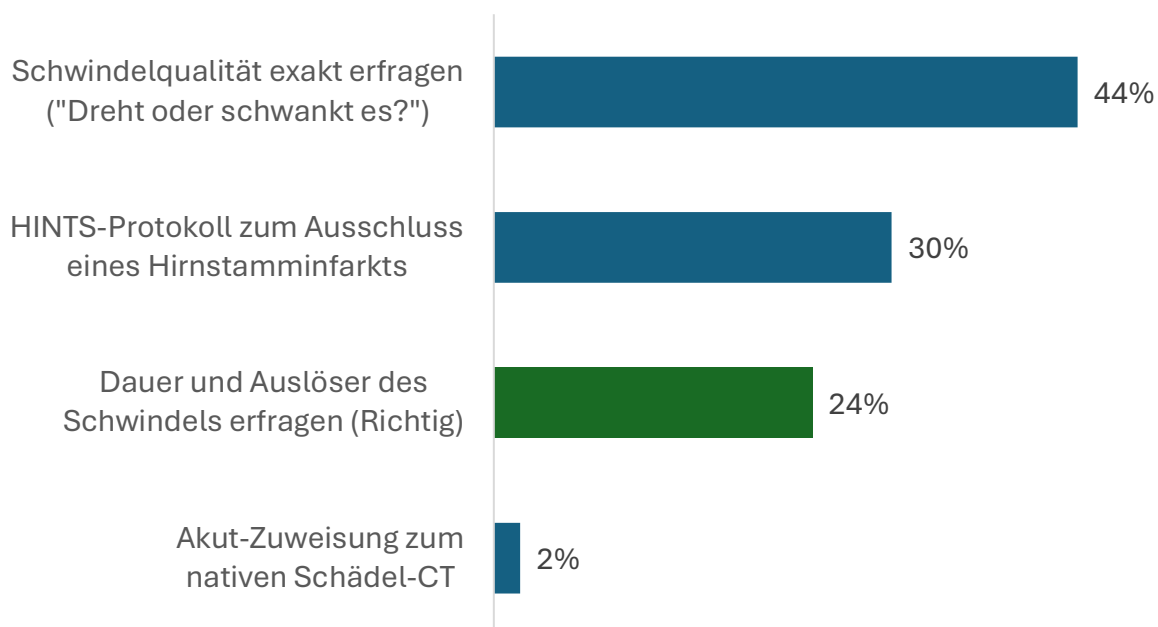
[Golden Nuggets LIVE](#) ist gut gelaufen. Hier sind **2 von 25 Nuggets** der Konferenz. Wie dort, beginne ich mit einem Fall.

*Frau Huber, 72, klammert sich unsicher am Türrahmen fest.  
Sie berichtet über „massiven Schwindel“ seit dem Aufwachen.  
Keine offensichtlichen Lähmungen oder Ausfälle, kein Nystagmus.*

### Welche diagnostische Maßnahme hat hier Priorität?

Schon im Studium haben wir gelernt, zu erfragen: *Dreht es oder schwankt es?*  
Auch bei GN LIVE gaben 44% der Teilnehmenden an, dass genau diese Frage am wichtigsten ist:

#### Welche diagnostische Maßnahme hat hier Priorität?



Quelle: Golden Nuggets LIVE, 9. Mai 2026

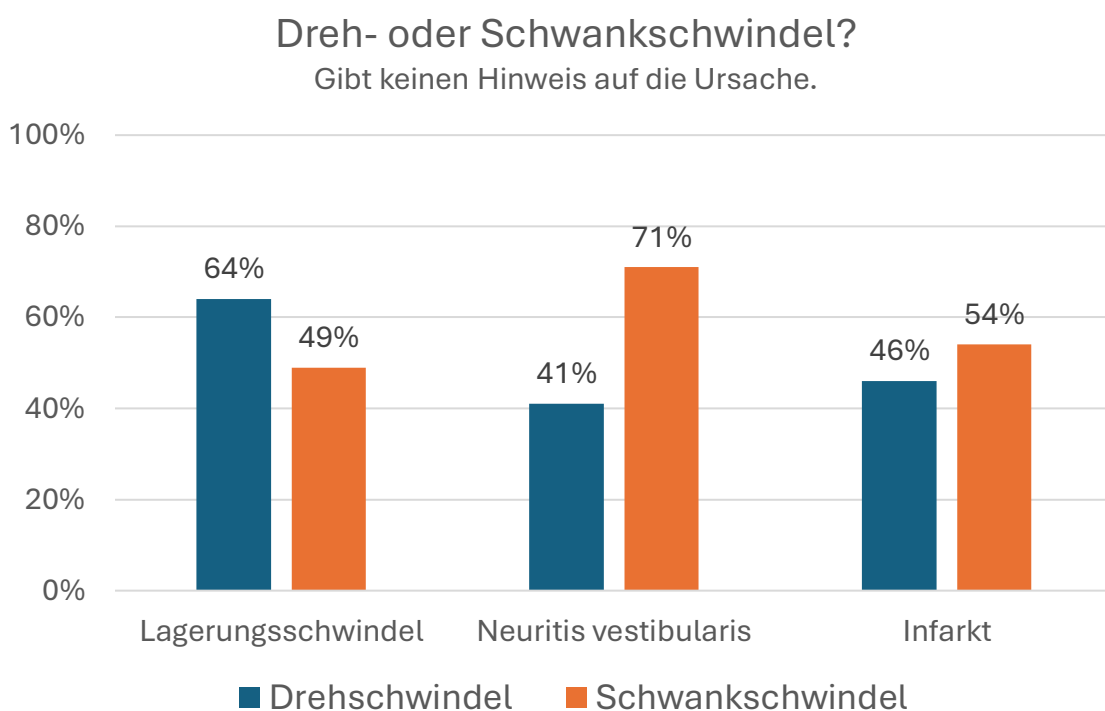
Das Problem: Was wir alle gelernt haben, ist falsch. Warum?

## 1. Patienten können die Schwindel-Qualität nicht zuverlässig beschreiben.

- Eine [Studie](#) mit 872 Notaufnahme-Patienten zeigte, dass 52% schon nach sechs Minuten einen völlig anderen Begriff wählten, um ihren Schwindel zu beschreiben.
- 70% jener Patienten, die anfangs *nicht* von Dreh- oder Schwankschwindel sprachen, bejahten es jedoch auf Nachfrage.

## 2. Die Schwindel-Qualität hilft uns diagnostisch nicht weiter.

- Eine [Studie](#) mit 500 Schwindel-Patienten zeigte, dass uns die Schwindel-Qualität kaum Hinweise auf die dahinterliegende Ursache gibt:



## Warum hält sich dieser Mythos dann so hartnäckig?

Wie so oft in der Medizin ist diese Lehrmeinung Eminenz-basiert. Dr. David A. Drachman, Mitgründer der Neurologie an der Johns Hopkins Medical School, publizierte 1972 „das“ berühmte [Paper](#) zu Schwindel-Symptomen und deren

typischen Ursachen. Es basierte mehr auf Meinung als Evidenz, dessen Einfluss spürt man aber heute noch.

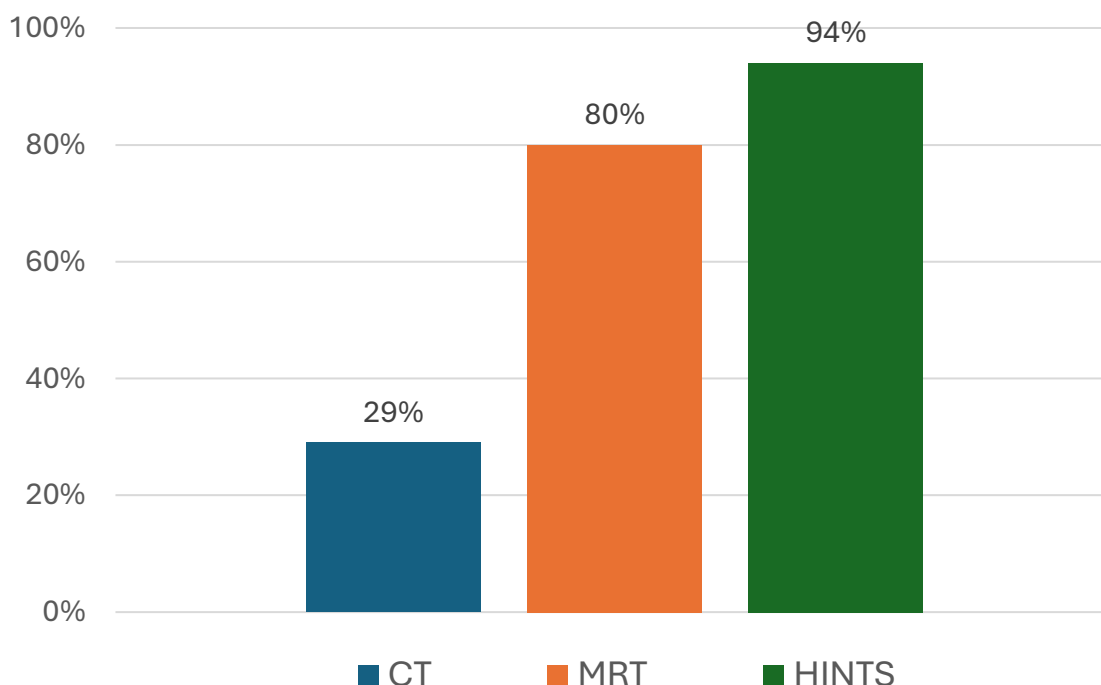
### Die evidenzbasierte Alternative: TiTrATE

Statt nach der Qualität fragen wir nach **Timing** (episodisch oder kontinuierlich) und **Triggern** (spontan oder provoziert). Je nach Kombination ergeben sich verschiedene Syndrome - von BPLS über vestibuläre Migräne und TIA bis zum AVS. Besonders beim AVS (Dauerschwindel + Nystagmus) müssen wir an einen Schlaganfall denken.

### Bei V.a. Hirnstamminfarkt: Wie gut sind die diagnostischen Tests?

In den ersten 48h ist HINTS im direkten Vergleich deutlich überlegen:

Wird ein Hirnstamminfarkt (<48h) erkannt?  
(Sensitivität)



Quellen: Cochrane 2023, AEM 2022

Deshalb empfiehlt TiTrATE bei AVS den **HINTS-Test** durchzuführen. Laut [DEGAM Leitlinie](#) jedoch nur von geschulten Hausärzten. Nachvollziehbar, denn auch eine [neue Studie](#) aus den USA zeigte, dass HINTS selbst von Notärzten zu 71% bei den falschen Patienten angewendet wird. Ohne Nystagmus provoziert es falsch-positiv Ergebnisse.

Bei Interesse an der HINTS-Methode kann ich dieses **exzellente 8-min-Video** von Notfallmediziner Prof. Peter Jones sehr empfehlen.

Lana Lauren hat diese Nuggets bei GN LIVE so zusammengefasst:



Meine Zusammenfassung:

- Anamnese-Fragen nach Dreh- oder Schwankschwindel helfen kaum weiter. Die Antworten sind unzuverlässig und ohne diagnostische Aussagekraft.

- Das neue, evidenzbasierte TiTrATE fragt stattdessen nach Timing und Triggern.
- Beim Akuten Vestibulären Syndrom (Dauerschwindel + Nystagmus) schlägt HINTS an Tag 1 und 2 das CT und MRT deutlich - wenn es von geschulten Ärzten angewendet wird.

P.S. Das Feedback zu GN LIVE hat mich sehr motiviert. **81%** gaben an, „**mehr oder viel mehr**“ gelernt zu haben als bei typischen Fortbildungen. Das zeigt, dass es funktioniert. Am 7. November geht es schon weiter:



DDr. Florian Stigler, MPH  
Allgemeinmediziner, Gesundheitswissenschaftler  
Herausgeber der „[Golden Nuggets der Allgemeinmedizin](#)“  
[LinkedIn](#) / [Lebenslauf](#)