

2 Beratung zum Krankheitsbild

2.1 Gastroösophageale Refluxkrankheit

Refluxsymptome wie Sodbrennen und saures Aufstoßen, die aus dem Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre resultieren, gehören zu den häufigsten gastrointestinalen Beschwerden. Etwa 10–20% der Bevölkerung in den westlichen Industrieländern leiden mindestens einmal pro Woche daran, bei 60–90% der Betroffenen bestehen die Beschwerden über Jahre. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen.

Grundlage für die folgende Darstellung bildet der von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) erarbeitete Konsensusbericht. Diese Leitlinie stammt allerdings schon aus dem Jahr 2005 und wird zurzeit überarbeitet.

2.1.1 Definition und Pathophysiologie

Definition

Eine gastroösophageale Refluxkrankheit (**gastroesophageal reflux disease, GERD**) liegt vor, wenn ein vermehrter Rückfluss von Mageninhalt Beschwerden und/oder Läsionen der Speiseröhre hervorruft, die mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen.

Die GERD wird nach ihren Manifestationsformen unterteilt in:

- die nicht-erosive Refluxkrankheit (NERD),
- die erosive Ösophagitis verschiedener Schweregrade (ERD),
- den Barrett-Ösophagus,
- extraintestinale Manifestationen.

Bei der nicht-erosiven Form (**NERD**) treten typische Beschwerden (Sodbrennen, saures Aufstoßen) auf, ohne dass endoskopisch oder histologisch Schleimhautveränderungen feststellbar sind. Trotzdem kann die NERD die Lebensqualität der Patienten ähnlich stark beeinträchtigen wie eine Refluxösophagitis

Die Refluxkrankheit, bei der Magensaft in die Speiseröhre zurückfließt und Beschwerden verursacht, ist eine sehr häufige Erkrankung. Oft besteht sie über viele Jahre.

Bei einer Refluxkrankheit fließt aggressive Salzsäure aus dem Magen in die Speiseröhre zurück. Verbleibt die Säure dort zu lange, reizt sie die Speiseröhrenschleimhaut, die im Unterschied zur Magenschleimhaut über keinen geeigneten Schutz verfügt. Es kann zu Entzündungen und meist brennenden Schmerzen hinter dem Brustbein kommen.

Normalerweise kann der Körper Gewebe, das durch einen Säurerückfluss zerstört wurde, selbst reparieren. Manchmal aber kommt es bei der Reparatur zu Zellveränderungen, die eine Krebsvorstufe darstellen. Das Risiko, einen Speiseröhrenkrebs zu entwickeln, ist dann erhöht.

Die Refluxkrankheit kann auch außerhalb der Speiseröhre Beschwerden verursachen, z. B. einen chronischen Husten, Heiserkeit oder sogar Asthmaanfälle. Manchmal sind diese Beschwerden sogar die einzigen Anzeichen für eine Refluxkrankheit.

Eine Refluxkrankheit entwickelt sich, wenn entweder der Verschlussmechanismus gegenüber dem Magen oder die Selbstreinigung der Speiseröhre nicht mehr richtig funktioniert.

Die Ursachen für einen unzureichenden Verschluss gegenüber dem Magen sind vielfältig. Der Schließmuskel kann beispielsweise von Natur aus zu schlaff sein. Oder er kann durch bestimmte Medikamente geschwächt werden.

mit makroskopisch erkennbaren Epitheldefekten und/oder histologisch nachweisbaren Entzündungen der Speiseröhre (ERD).

Beim **Barrett-Ösophagus** finden sich in der unteren Speiseröhre Gewebsveränderungen, die endoskopisch als lachsfarbene zungenförmige Ausläufer erscheinen. Offenbar als Reaktion auf einen pathologisch erhöhten Säureréflux wurde das ursprünglich vorhandene Plattenepithel durch ein säureresistenteres Zylinderepithel ersetzt. Es ist allerdings nicht geklärt, ob ein einmaliger schwerer Refluxschaden oder erst ein chronischer Schädigungsmechanismus zum Barrett-Epithel führt. Die Zellveränderungen gelten wegen ihrer möglichen malignen Entartung als Präkanzerose. Der Barrett-Ösophagus ist mit einem erhöhten Risiko für ein Adenokarzinom verbunden, das sich im unteren Bereich der Speiseröhre aus Drüsengewebe entwickelt. Etwa jeder zehnte Patient mit einer Refluxösophagitis entwickelt ein Barrett-Syndrom. Von diesen entwickeln wiederum 5–10% ein Karzinom. Männer sind mit 60–70% deutlich häufiger betroffen als Frauen.

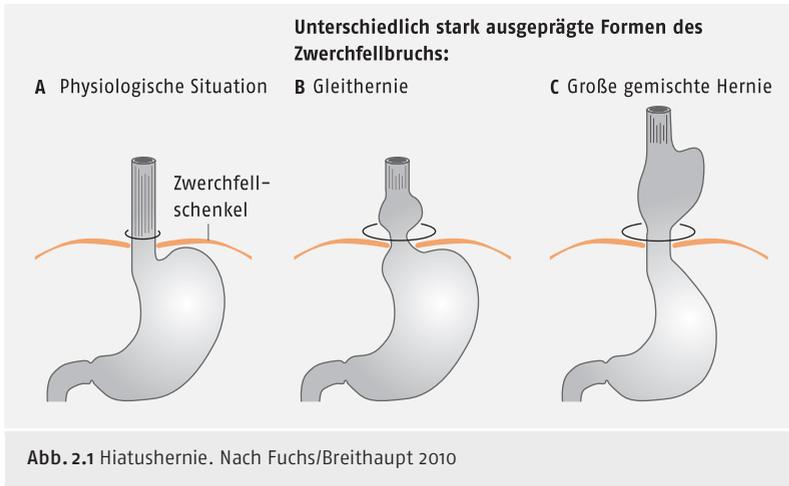
Neben Läsionen der Speiseröhre können bei einer GERD auch **extraintestinale Manifestationen** auftreten. Durch den Reflux kann es zu einer Kehlkopfentzündung mit Heiserkeit oder chronischem Husten kommen. Durch Mikroaspiration können auch Bronchialobstruktion und Asthmaanfälle ausgelöst werden. Bei Asthmakranken tritt die Refluxkrankheit sehr häufig auf (30–50%).

Merke

Der gelegentliche Aufstoßreflex z. B. nach voluminösen, fettreichen oder stark gewürzten Speisen oder nach alkoholischen und kohlenensäurehaltigen Getränken ist physiologisch und wird nicht zur Refluxkrankheit gerechnet.

Die **Entwicklung einer Refluxkrankheit** ist im Wesentlichen durch eine unzureichende Funktion des unteren Ösophagus sphinkters sowie durch eine mangelnde Selbstreinigung der Speiseröhrenmuskulatur bedingt. Die Ursachen für die **Fehlfunktion des unteren Ösophagus sphinkters** sind vielfältig. Am bedeutsamsten sind gehäuft auftretende vorübergehende Druckverluste des Schließmuskels. Die Gründe für die Häufung dieser Erschlaffungen sind allerdings noch nicht bekannt. In einigen Fällen ist der Druck des Sphinkters auch dauerhaft erniedrigt, sodass die defekte Druckbarriere zu einem freien Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre führt.

Daneben können zahlreiche Arzneimittel (Nitrate, Calciumantagonisten, Anticholinergika und Arzneimittel mit anticholinergen Nebenwirkungen) den Tonus des unteren Ösophagus sphinkters senken. Auch eine fettreiche Nahrung reduziert den Muskeltonus um etwa 30%. Wahrscheinlich ist die vermehrte Freisetzung des Hormons Cholecystokinin (CCK) für die Erschlaffung des



☑ Auch organische Ursachen wie ein Zwerchfellbruch, der gerade bei älteren Menschen häufiger auftritt, können den Verschlussmechanismus gegenüber dem Magen schwächen. Beim Zwerchfellbruch werden Teile des Magens durch das Zwerchfell hindurch in den Brustkorb gehoben. Zwerchfell und unterer Speiseröhrenschließmuskel befinden sich dann nicht mehr auf einer Höhe, der Hilfsdruck des Zwerchfells geht verloren.

Speiseröhrensphinkters verantwortlich. Übergewicht ist ein weiterer bedeutender Faktor. Es steigert den bereits physiologisch vorhandenen Überdruck im Bauchraum, sodass die Druckdifferenz zwischen Speiseröhre und Magen abnimmt. In der Schwangerschaft senkt zudem die erhöhte Gestagenkonzentration den Tonus. Außerdem begünstigt die Druckerhöhung im Bauchraum den Reflux, insbesondere im letzten Drittel der Schwangerschaft, wenn das Kind auf den Magen drückt.

Ebenso können organische Faktoren, die außerhalb des Sphinkters liegen, zu seiner Dysfunktion beitragen, z. B. eine Hiatushernie (Zwerchfellbruch) oder Tumore. Bei einem Zwerchfellbruch, der häufigsten organischen Ursache im höheren Lebensalter, treten der Mageneingang oder Teile der Magenkuppel an der Speiseröhre vorbei in den Brustkorb. Die Unterstützung der muskulären Zwerchfellschenkel, die beim Gesunden zum Verschluss des Schließmuskels beitragen, geht dadurch weitgehend verloren (siehe Abb. 2.1).

Des Weiteren können bestimmte Krankheitsbilder wie neuromuskuläre Erkrankungen, ausgeprägte Magenentleerungsstörungen, Zollinger-Ellison-Syndrom, Sklerodermie, aber auch Magenverweilsonden zur Refluxkrankheit führen.

Doch nicht nur eine gestörte Barriere zwischen Speiseröhre und Magen, auch eine **gestörte Selbstreinigungsfunktion der Speiseröhre** kann zur Refluxkrankheit führen. Die peristaltischen Kontraktionen der Speiseröhrenmuskulatur, die der Selbstreinigung dienen, wenn Mageninhalt zurückfließt, sind bei diesen Patienten nur unzureichend ausgeprägt. Der aggressive Mageninhalt kann folglich länger auf die Speiseröhrenschleimhaut einwirken und sie schädigen.

Es bleibt noch festzuhalten, dass nicht nur Säure und Pepsin aus dem Magen in die Speiseröhre zurückfließen können. Auch ein **nichtsaurer Reflux** von

☑ Manchmal funktioniert auch die Selbstreinigung der Speiseröhre nicht mehr richtig. Dann ist sie nicht mehr in der Lage, zurückgeflossenen Mageninhalt durch wellenförmige Bewegungen wieder nach unten zu pressen.

Tab. 2.1 Pathophysiologische Mechanismen der GERD

Mechanismus	Verursacht durch
Mechanische Sphinkterinkompetenz	Hiatushernie (häufig)
Verminderter ösophagealer Tonus	Arzneimittel (Nitropräparate, Calciumantagonisten, Anticholinergika, Psychopharmaka, orale Kontrazeptiva, pfefferminzölhaltige Präparate)
Zusammensetzung des Refluats	Säure, Pepsin Gallensäuren, Duodenum-, Pankreas- sekret
Verminderte sekundäre Peristaltik der Ösophaguskulatur	
Magenfaktoren	Magensäure Magenmotilität
Helicobacter-pylori-Infektion	

☞ Auch zahlreiche Medika-
mente können den Schließmus-
kel der Speiseröhre erschlaffen
lassen.

☞ Das Hauptsymptom der Re-
fluxkrankheit ist das Sodbren-
nen. Es äußert sich als bren-
nender Schmerz hinter dem
Brustbein.

☞ Auch Beschwerden, bei de-
nen man zunächst gar nicht an
eine Refluxkrankheit denkt, wie
z. B. Heiserkeit, morgendliches
Räuspern, Reizhusten und sogar
Asthmaanfälle können Anzei-
chen für diese Erkrankung sein.

Gallenflüssigkeit, Duodenal- bzw. Pankreassekret kann aus dem Zwölffingerdarm in Magen und Speiseröhre aufsteigen und Schäden an der Speiseröhrenmukosa verursachen (siehe Tab. 2.1).

Die Refluxkrankheit verläuft bei den meisten Patienten nach Diagnosestellung nicht progredient, d. h. sie verschlechtert sich auch bei langjährigem Verlauf meistens nicht. Lebensbedrohliche Komplikationen wie Blutungen und Stenosen treten nur selten auf. Die Krankheit kann kontinuierlich oder mit Unterbrechungen auftreten. Spontanremissionen sind häufig, ein dauerhaftes Verschwinden dagegen selten.

2.1.2 Symptome

Das **Leitsymptom** der Refluxkrankheit ist **Sodbrennen**, also ein brennendes Gefühl hinter dem Brustbein. Manchmal äußern sich die Beschwerden auch nur als Druckgefühl hinter dem Brustbein (Achtung: Abgrenzung Angina pectoris) oder als Schmerzen in der Oberbauchgegend. Saures oder nichtsaures Aufstoßen sowie ein unangenehmes Druck- oder Völlegefühl treten ebenfalls häufig auf (»**untere Refluxsymptome**«). Diese Beschwerden können begleitet sein von einem Brennen im Rachen, einer belegten Stimme, Heiserkeit, morgendlichem

Räuspern, Reizhusten oder auch Asthmaanfällen (»**obere Refluxsymptome**«). Die refluxbedingten Asthmaanfälle treten vor allem nachts auf und sind nicht saisonal bedingt.

Die Beschwerden treten bei einer Refluxkrankheit in aufrechter Körperhaltung (dann meist tagsüber), beim Bücken oder im Liegen (dann nächtliche Symptome) auf. Stress und bestimmte Nahrungsmittel (z. B. süße Speisen, säurehaltige Getränke wie Weißwein oder Zitrus-säfte, Kaffee), aber auch längere Nüchternzustände können die Beschwerden verstärken.

Sodbrennen ist ein Symptom, das häufig auch bei anderen Magenerkrankungen auftritt. Zur Abgrenzung der Krankheitsbilder ist Folgendes zu beachten: Wird Sodbrennen als Hauptsymptom angegeben, ist eine Refluxkrankheit sehr wahrscheinlich. Wird dagegen neben anderen Symptomen auch Sodbrennen angegeben, sind Erkrankungen wie eine funktionelle Dyspepsie (Reizmagen) oder ein peptischer Ulkus ähnlich wahrscheinlich.

Merke

Das Leitsymptom der Refluxkrankheit ist Sodbrennen. Die Beschwerden treten vor allem nach üppigem, fettreichem Essen, im Liegen oder beim Bücken auf.

Aus der Art, Intensität, Häufigkeit und dem zeitlichen Auftreten der Beschwerden lassen sich keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Refluxerkrankung ziehen. Im Alter treten sogar bei hohen Schweregraden häufig nur schwache Symptome auf. Das Vorliegen einer Ösophagitis bzw. der Schweregrad der entzündlichen Defekte kann nur endoskopisch festgestellt werden.

2.1.3 Diagnostik und Einteilung der Refluxkrankheit

Ist Sodbrennen das führende Hauptsymptom, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine gastroösophageale Refluxkrankheit vor. Da dieses Symptom auch bei anderen Erkrankungen vorkommt, empfiehlt die DGVS-Leitlinie zur Diagnose-sicherung auch bei eindeutiger Refluxsymptomatik und bei fehlenden Alarmzeichen (Gewichtsabnahme, Schluckstörungen, anhaltende Schmerzen hinter dem Brustbein oder im Oberbauch, Anämie) frühzeitig eine **endoskopische Untersuchung** von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie). Sie dient neben dem Ausschluss anderer Erkrankungen der Bestimmung des Schweregrades einer Refluxkrankheit sowie dem Erkennen von Komplikationen und eines Barrett-Ösophagus.

Die Beschwerden treten häufig nach einem üppigen Essen, im Liegen oder beim Bücken auf.

Die Häufigkeit und Intensität der Beschwerden sagen nichts über den Schweregrad der Erkrankung aus.

Sodbrennen ist das typische Symptom für eine Refluxkrankheit. Da es allerdings auch bei anderen Erkrankungen vorkommen kann, sollte zur Absicherung frühzeitig eine Spiegelung von Speiseröhre und Magen vorgenommen werden.

3.3 Fließschema Auswahlkriterien

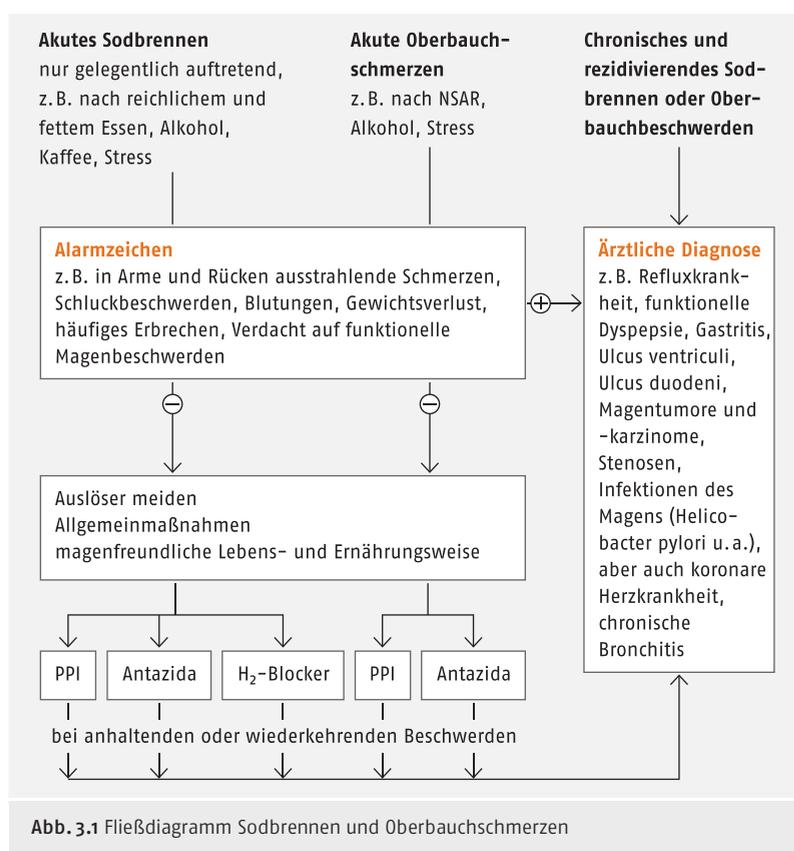


Abb. 3.1 Fließdiagramm Sodbrennen und Oberbauchschmerzen

3.4 Beratung bei der Abgabe von Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

3.4.1 Wirkungsweise

Als apothekenpflichtige Protonenpumpeninhibitoren sind Omeprazol und Pantoprazol verfügbar. Sie werden als gut verträgliche und hoch wirksame Säureblocker zur kurzzeitigen Behandlung von Refluxsymptomen wie Sodbrennen oder saurem Aufstoßen eingesetzt. Über eine zielgerichtete Blockade der H^+/K^+ -ATPase, der sogenannten Protonenpumpe, in den Belegzellen unterdrücken sie direkt und dosisabhängig die Säuresekretion im Magen. Sie hemmen sowohl die basale als auch die stimulierbare Säuresekretion, unabhängig von der Art des Botenstoffes (Histamin, Acetylcholin oder Gastrin). Sie sind damit die effektiv-

Ein sehr gutes Mittel gegen Sodbrennen ist Antra[®]. Es hemmt wirksam die Säurebildung im Magen, sodass kein saurer Magensaft mehr zurückfließen kann. Die gereizte Schleimhaut der Speiseröhre kann sich erholen, Ihre Beschwerden verschwinden.

Die meisten Patienten sind nach zwei Wochen langfristig ohne Beschwerden. Falls Sie aber weiterhin Beschwerden haben oder diese rasch wieder auftreten, sollten Sie unbedingt zum Arzt gehen und sich untersuchen lassen.

Wird Omeprazol nur kurzfristig zur Behandlung von Refluxsymptomen wie Sodbrennen eingesetzt, unterliegt es nicht der Verschreibungspflicht.

ten und am längsten wirkenden Säurehemmer, die zurzeit zur Verfügung stehen. Eine einmal tägliche Einnahme genügt, um eine effektive Säuresuppression über 24 Stunden zu erreichen (zum genauen Wirkmechanismus auf zellulärer Ebene vgl. Kap. 4.2.1).

Für eine sofortige Wirkung sind die PPI aber nicht vorgesehen, denn die Wirkung setzt meist erst nach einem Tag ein. Binnen zwei bis drei Tagen tritt eine deutliche Besserung ein, wie in zahlreichen Studien gezeigt werden konnte. Um eine nachhaltige Beschwerdefreiheit zu erzielen, wird eine Therapiedauer von ein bis zwei Wochen empfohlen. Falls nach zwei Wochen weiterhin Beschwerden bestehen oder rasch wieder auftreten, sollte der Patient einen Arzt aufsuchen, um die Gefahr einer Verschleierung von schwerwiegenden Erkrankungen wie Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren zu vermeiden.

3.4.2 Handelspräparate und Indikationen

Eine Auswahl der zahlreichen apothekenpflichtigen Handelspräparate mit den Protonenpumpeninhibitoren Omeprazol und Pantoprazol zeigt Tabelle 3.1. Die beiden Wirkstoffe sind in Einzeldosen (und Tageshöchst Dosen) von 20 mg zur kurzzeitigen Behandlung von Refluxsymptomen von der Verschreibungspflicht ausgenommen. Die Anwendungsdauer ist bei täglicher Einnahme auf 14 Tage beschränkt (alternativ bei Pantoprazol bei nicht täglicher Einnahme auf 4 Wochen). Die Indikation ist in der Selbstmedikation damit im Vergleich zu verschreibungspflichtigen Protonenpumpenhemmern (siehe Kap. 4.2.2) deutlich enger gefasst. Die Anwendung ist zudem auf Erwachsene beschränkt. Kinder und Jugendliche sollten mit PPI immer nur auf ärztliche Anweisung therapiert werden.

Tab. 3.1 Fertigarzneimittel Protonenpumpeninhibitoren

Handelspräparat [®]	Wirkstoff
Antra [®] , Buscogast [®] , Omeprazol AL 20 mg bei Sodbrennen, Omeprazol-CT protect [®] 20 mg, OmeTAD [®] 20 mg bei Sodbrennen	Omeprazol
Pantozol Control [®] 20 mg, Pantoprazol-biomo [®] , Pantoprazol-ratiopharm [®] SK 20 mg, Pantoprazol-STADA [®] protect 20 mg	Pantoprazol

3.4.3 Dosierung und Anwendungshinweise

Zur Behandlung von Sodbrennen und saurem Aufstoßen wird die Einnahme von einer magensaftresistenten Tablette (20 mg) pro Tag empfohlen. Die Einzeldosis ist zugleich die Tageshöchstdosis. Die Tabletten sollten 30 Minuten vor einer Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden, möglichst immer zum gleichen Zeitpunkt.

Protonenpumpenhemmer sind Prodrugs, die nach der Resorption im Dünndarm über den Blutkreislauf in die Belegzellen gelangen und erst dort in die aktiven Wirkformen umgewandelt werden. Um die Wirkstoffe vor einer vorzeitigen Zersetzung im sauren Milieu des Magens zu schützen, sind sie in magensaftresistente Zubereitungen eingearbeitet. Diese dürfen nicht gekaut oder zerstoßen werden, sondern sind als Ganzes mit Flüssigkeit zu schlucken.

Für Patienten, die Schluckbeschwerden haben oder per Sonde ernährt werden, wurde die **MUPS®-Galenik**, die in Antra®-Tabletten verwendet wird, entwickelt. MUPS®-Tabletten sind Komprimata aus über 1000 kleinen Mikropellets, die den Wirkstoff enthalten und mit einem säurefesten Überzug versehen sind. Im Magen löst sich die äußere Tablette sehr rasch auf und die Mikropellets gelangen aufgrund ihrer geringen Größe schnell in den Dünndarm. Eine relevante therapeutische Überlegenheit besitzt die MUPS®-Galenik gegenüber konventionellen Retardtabletten oder -kapseln nicht. Bei Schluckbeschwerden können die Tabletten aber in einem Glas Wasser oder Fruchtsaft aufgelöst und getrunken werden. Die Mischung ist umzurühren und sofort zu trinken. Eventuelle Rückstände im Glas sind mit Wasser nachzuspülen. Alternativ können die Tabletten auch zerbrochen und mit Apfelsaft vermischt werden. Milch oder kohlenensäurehaltiges Wasser darf allerdings nicht zur Auflösung der Tabletten verwendet werden, da sie den magensaftresistenten Überzug der Mikropellets zerstören.

☞ Eine Tablette pro Tag genügt, um Sie bis zu 24 Stunden von Sodbrennen zu befreien. Sie sind damit auch nachts sicher vor säurebedingten Beschwerden geschützt.

☞ Omeprazol wird erst am Wirkort in die eigentlich wirksame Form umgewandelt. Damit das Omeprazol bei der Passage durch den sauren Magen nicht zerstört wird, haben die Tabletten einen säurefesten Überzug, der nicht zerstört werden darf. Deswegen dürfen Sie die Tabletten weder kauen noch zerstoßen, sondern müssen Sie als Ganzes mit Wasser schlucken.

☞ Antra®-Tabletten haben gegenüber anderen Retardtabletten den Vorteil, dass man sie bei Schluckbeschwerden in Wasser auflösen und trinken kann. Mittels einer besonderen Technologie bleibt der Wirkstoff trotzdem im Magen vor der Säure geschützt.

Tab. 3.2 Dosierung von Protonenpumpeninhibitoren

Handelspräparat®	Dosis Erwachsene
Antra®, Buscogast®, Omeprazol AL 20 mg bei Sodbrennen, Omeprazol-CT protect® 20 mg, OmeTAD® 20 mg bei Sodbrennen	1 x 20 mg/d
Pantozol Control® 20 mg, Pantoprazol-biomo®, Pantoprazol-ratiopharm® SK 20 mg, Pantoprazol-STADA® protect 20 mg	1 x 20 mg/d

Magensaftresistente Pellets können auch in Hartkapseln verarbeitet sein, wie z. B. in Buscogast® Kapseln. Bei Schluckbeschwerden kann man die Kapseln öffnen und den Inhalt ebenfalls in Fruchtsaft einrühren und einnehmen.

3.4.4 Neben-, Wechselwirkungen und Kontraindikationen

Die Neben- und Wechselwirkungen sowie Kontraindikationen werden in Kapitel 4.2.4 ausführlich beschrieben.

Der Keim *Helicobacter pylori* ist für viele chronische Magen-erkrankungen verantwortlich. Ist bei Ihnen eine Untersuchung auf den Keim z. B. mit einem Atemtest geplant, dürfen Sie zwei Wochen vor dem Test kein Omeprazol mehr einnehmen, denn das Arzneimittel kann das Testergebnis verfälschen.

Praxistipp

Protonenpumpenhemmer und andere säuresuppressive Arzneimittel können die Keimzahlen von *Helicobacter pylori* reduzieren. Sind Untersuchungen wie ein ¹³C-Harnstoff-Atemtest geplant, sollten die Patienten darauf hingewiesen werden, dass die säurehemmenden Arzneimittel den Nachweis von *Helicobacter pylori* verfälschen können. Spätestens zwei Wochen vor einer geplanten Untersuchung sind die PPI abzusetzen.

3.5 Beratung bei der Abgabe von H₂-Rezeptorenblockern

3.5.1 Wirkungsweise

Sodbrennen oder saures Aufstoßen tritt auf, wenn Magensäure in die Speiseröhre zurückfließt. Säureblocker wie Ranitidin senken wirksam die Säureproduktion. Es fließt kein saurer Magensaft mehr in die Speiseröhre, die Schleimhaut kann sich erholen und die Beschwerden werden gelindert.

Ausnahmen von der Verschreibungspflicht bestehen für die beiden H₂-Rezeptorenblocker Ranitidin und Famotidin, wenn sie kurzzeitig zur symptomatischen Behandlung säurebedingter Beschwerden wie Sodbrennen oder saurem Aufstoßen eingesetzt werden. H₂-Rezeptorenblocker binden kompetitiv an die H₂-Rezeptoren der Belegzellen in der Magenschleimhaut und hemmen die Histamin-stimulierte Säuresekretion. Dadurch wird weniger Magensäure produziert. Saurer Magensaft kann nicht mehr in die Speiseröhre zurückfließen, die Ösophagusschleimhaut kann sich erholen. Die Wirkdauer ist relativ lang. Ranitidin unterdrückt in einer Dosis von 75 mg/d die Magensäuresekretion wirksam bis zu zwölf Stunden.

Die Magensäuresekretion wird nicht nur durch Histamin, sondern auch durch Gastrin oder eine Vagusstimulation angeregt. Diese Reize werden durch H₂-Blocker nicht unterbunden. Daher sind H₂-Blocker weniger wirksam als Protonenpumpeninhibitoren, die die Magensäuresekretion fast vollständig hemmen (zum Wirkmechanismus der Säurehemmung auf zellulärer Ebene vgl. Kap. 4.2.1).

Ranitidin gegen Sodbrennen ist ein geeignetes Mittel, wenn Sie nur selten Beschwerden haben und diese kurzfristig behandeln wollen.

3.5.2 Handelspräparate und Indikationen

H₂-Rezeptorenblocker sind in der Selbstmedikation nur für die Anwendung bei Sodbrennen und/oder saurem Aufstoßen zugelassen. Ranitidin ist in Dosen von maximal 75 mg, Famotidin in Dosen von maximal 10 mg pro Tablette von der

Verschreibungspflicht ausgenommen. Die Anwendung ist auf Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren sowie auf eine Dauer von 14 Tagen beschränkt. Bestehen die Symptome nach dieser Zeit weiter oder treten erneut auf, sollten die Patienten einen Arzt aufsuchen.

Laut Angaben der Roten Liste stehen in Deutschland zurzeit nur Ranitidinpräparate für die Selbstmedikation zur Verfügung (siehe Tab. 3.3).

Tab. 3.3 Fertigarzneimittel H₂-Rezeptorenblocker

Handelspräparat [®]	Wirkstoff
Ranitidin CT [®] 75 mg, Ranitidin-ratiopharm [®] 75 mg gegen Sodbrennen, Zantic [®] 75 mg Magentabletten	Ranitidin

 Dauern die Beschwerden 14 Tage an oder verschlimmern sich während der Behandlung, sollten Sie unbedingt zum Arzt gehen.

3.5.3 Dosierung und Einnahmehinweise

Zur symptomatischen Behandlung von Sodbrennen wird für Ranitidin eine Dosis von 75–150 mg/d empfohlen. Beim Auftreten von Beschwerden kann die Einnahme sowohl tagsüber als auch nachts erfolgen. Die Filmtabletten sind unzerkaut mit ausreichend Flüssigkeit zu schlucken. Die Einnahme kann unabhängig von den Mahlzeiten erfolgen.

 Treten Beschwerden auf, nehmen Sie eine Tablette ein, egal ob tagsüber oder nachts. Innerhalb von 24 Stunden sollten Sie aber nicht mehr als zwei Tabletten einnehmen.

Tab. 3.4 Dosierung von H₂-Rezeptorenblockern

Handelspräparat [®]	Dosis Erwachsene und Jugendliche > 16 Jahren
Ranitidin CT [®] 75 mg, Ranitidin-ratiopharm [®] 75 mg gegen Sodbrennen	75–150 mg/d
Zantic [®] 75 mg Magentabletten	75–300 mg/d

3.5.4 Neben-, Wechselwirkungen und Kontraindikationen

Zu Neben-, Wechselwirkungen und Kontraindikationen der H₂-Rezeptorenblocker vgl. Kapitel 4.4.4.