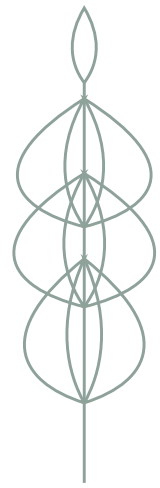


RATGEBER · MÄNNERGESUNDHEIT AB 40

# Verdauung: Bauch beruhigen, was wirklich hilft

*Verstopfung, Sodbrennen, Probiotika —  
und wie man einen Säureblocker  
richtig wieder absetzt.*



---

AUSGABE 2027   10 SEITEN · LESEZEIT ~ 15 MIN.   EVIDENZBASIERT · MIT QUELLEN

## ZUM EINSTIEG

## Auf einen Blick

Wenn Sie nur eine Seite lesen, dann diese.

## FÜNF SÄTZE, DIE EINORDNEN

- „Normale“ Stuhlfrequenz reicht von 3-mal täglich bis 3-mal pro Woche — es gibt keine feste Regel.
- Bei Verstopfung ist Flohsamenschalen/Ballaststoffe plus ausreichend Trinken am besten belegt, nicht das nächste Abführmittel.
- Säureblocker (PPI) machen nach längerer Einnahme abrupt abgesetzt vorübergehend mehr Sodbrennen — Ausschleichen ist sinnvoller.
- Probiotika haben bei Reizdarm eine moderate Evidenzbasis, aber keine zugelassene gesundheitsbezogene Angabe.
- Anhaltende Beschwerden über mehrere Wochen, Blut im Stuhl oder Gewichtsverlust gehören immer ärztlich abgeklärt.

## INHALT

## Was in diesem Heft steht

|       |                                 |       |
|-------|---------------------------------|-------|
| Nº 01 | Was ist „normal“?               | S. 3  |
| Nº 02 | Verstopfung: was wirklich hilft | S. 4  |
| Nº 03 | Sodbrennen und Reflux           | S. 5  |
| Nº 04 | Säureblocker richtig absetzen   | S. 6  |
| Nº 05 | Probiotika im Check             | S. 7  |
| Nº 06 | Mythos-Check                    | S. 8  |
| –     | Checkliste & Wann zum Arzt      | S. 9  |
| –     | Quellen & Haftungshinweis       | S. 10 |

## — № 01

## Was ist „normal“?

Die medizinische Definition von normaler Verdauung ist breiter, als die meisten denken.

Nach der Rome-IV-Klassifikation, dem internationalen Standard für Funktionsstörungen des Verdauungstrakts, gilt eine Stuhlfrequenz von dreimal täglich bis dreimal pro Woche als normal — solange der Stuhlgang ohne starkes Pressen, Schmerzen oder unvollständiges Entleerungsgefühl gelingt. Erst deutliche Veränderungen gegenüber dem eigenen üblichen Muster, verbunden mit Beschwerden, gelten als behandlungsbedürftig.

### Funktionell vs. organisch

Der überwiegende Teil der Verdauungsbeschwerden ist „funktionell“ — es findet sich keine strukturelle Erkrankung, sondern eine gestörte Darm-Motorik oder -Sensitivität. Das ist unangenehm, aber in aller Regel nicht gefährlich. Warnzeichen für eine organische Ursache, die abgeklärt gehört, finden sich im Checkliste-Kapitel am Ende dieses Hefts.

## Nº 02

## Verstopfung: was wirklich hilft

Die Studienlage zu Verstopfung ist eine der solidesten im gesamten Bereich der Verdauungsbeschwerden.

| MASSNAHME                                       | BELEG | WIE                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ballaststoffe / Flohsamenschalen</b>         | ● ● ● | Mehrere systematische Übersichtsarbeiten zeigen konsistent eine verbesserte Stuhlfrequenz und -konsistenz bei chronischer Verstopfung — eine der am besten belegten Basismaßnahmen überhaupt. |
| <b>Ausreichend trinken</b>                      | ● ● ○ | Verstärkt in Kombination mit einer ballaststoffreichen Ernährung deren Wirkung signifikant — Wasser allein ohne Ballaststoffzufuhr zeigt einen kleineren Effekt.                              |
| <b>Getrocknete Pflaumen (Backpflaumen)</b>      | ● ● ○ | In einer randomisierten Studie mindestens ebenbürtig zu Flohsamenschalen — natürlich, günstig, gut verträglich.                                                                               |
| <b>Regelmäßige Bewegung</b>                     | ● ● ○ | Plausibler, in Leitlinien empfohlener Baustein; die direkte Studienlage speziell zur Stuhlregulierung ist dünner als bei Ballaststoffen.                                                      |
| <b>Abführmittel (osmotisch, z. B. Macrogol)</b> | ● ● ● | Wirksam und gut untersucht bei unzureichendem Ansprechen auf Ballaststoffe — für den kurzfristigen bis mittelfristigen Einsatz, nicht als erste Wahl.                                         |

— № 03

## Sodbrennen und Reflux

Gelegentliches Sodbrennen ist harmlos — häufiges (mehrmals wöchentlich) gehört eingeordnet.

### Was im Alltag hilft

- Späte, große und fettreiche Mahlzeiten meiden — sie verzögern die Magenentleerung und begünstigen Rückfluss.
- Nach dem Essen nicht sofort hinlegen — mindestens 2–3 Stunden Abstand zum Schlafengehen.
- Kopfteil des Betts leicht erhöhen bei nächtlichem Sodbrennen.
- Alkohol, Nikotin und Kaffee auf leeren Magen reduzieren — alle drei schwächen den unteren Speiseröhrenschließmuskel.
- Übergewicht abbauen — erhöhter Bauchinnendruck ist ein anerkannter Risikofaktor für Reflux.

Reicht das nicht aus oder bestehen die Beschwerden mehrmals wöchentlich über längere Zeit, ist eine ärztliche Abklärung sinnvoll — auch um andere Ursachen auszuschließen und über eine zeitlich befristete Säureblocker-Therapie zu entscheiden.

## Nº 04

## Säureblocker richtig absetzen

Protonenpumpenhemmer (PPI, z. B. Pantoprazol, Omeprazol) sind wirksam — aber häufig länger im Einsatz, als nötig wäre.

### Der Rebound-Effekt

Eine kontrollierte Studie an gesunden Freiwilligen zeigte: Nach mehrwöchiger PPI-Einnahme führt abruptes Absetzen zu einer vorübergehenden Säure-Überproduktion („Rebound“) — mit neuem Sodbrennen, das leicht als Rückkehr der ursprünglichen Beschwerden fehlgedeutet wird. Das ist der Hauptgrund, warum viele Menschen einen Absetzversuch abbrechen.

### Wie ein Absetzversuch gelingt

- Nicht abrupt absetzen, sondern die Dosis über mehrere Wochen schrittweise reduzieren („ausschleichen“).
- Bei erneutem Sodbrennen zunächst mit Antazida oder H<sub>2</sub>-Blockern überbrücken statt sofort zum PPI zurückzukehren.
- Die oben genannten Alltagsmaßnahmen (Kapitel 3) parallel konsequent umsetzen — sie erleichtern das Absetzen deutlich.
- Absetzversuch immer mit der verordnenden Praxis absprechen, besonders bei ursprünglicher Verordnung wegen einer nachgewiesenen Refluxerkrankung oder Magenschutz unter anderen Medikamenten.

Eine evidenzbasierte Leitlinie zum Deprescribing (kontrollierten Absetzen) von PPI empfiehlt genau dieses stufenweise Vorgehen — Hintergrund sind Hinweise auf mögliche Langzeitriskiken bei unnötig fortgesetzter Einnahme, die eine Fachgesellschaft in einer Übersichtsarbeit zusammengefasst hat.

— N° 05

## Probiotika im Check

Ein Milliardenmarkt mit einer differenzierten, aber nicht durchgängig starken Studienlage.

Eine systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse zu Prä-, Pro- und Synbiotika beim Reizdarmsyndrom fand einen moderaten Nutzen gegenüber Placebo bei Gesamtsymptomen und Blähungen — mit erheblicher Heterogenität zwischen den untersuchten Bakterienstämmen, Dosierungen und Studienqualitäten. Ein Update-Leitfaden einer großen gastroenterologischen Fachgesellschaft kommt zu einer ähnlich vorsichtigen Einschätzung: ein möglicher, aber stammspezifischer und nicht pauschal übertragbarer Nutzen.

Rechtlich wichtig: Für Probiotika ist in der EU aktuell keine gesundheitsbezogene Angabe zugelassen — Werbeaussagen wie „stärkt die Darmflora“ sind Marketing, kein zugelassener, geprüfter Health Claim. Das bedeutet nicht zwingend Wirkungslosigkeit, aber es bedeutet: Die Beweislage wurde von den Zulassungsbehörden bislang nicht als ausreichend belastbar bewertet.

Nº 06

## Mythos-Check

### MYTHOS

#### „Täglicher Stuhlgang ist normal, alles andere ist Verstopfung.“

Die medizinische Definition reicht von dreimal täglich bis dreimal pro Woche — entscheidend sind Beschwerden (Pressen, Schmerz, unvollständige Entleerung), nicht die reine Frequenz.

### BELEG

#### „Ballaststoffe sind die beste Basismaßnahme bei Verstopfung.“

Mehrere systematische Übersichtsarbeiten bestätigen konsistent eine Verbesserung von Stuhlfrequenz und -konsistenz — eine der am besten belegten Empfehlungen in der gesamten Verdauungsmedizin.

### MYTHOS

#### „Nach dem Absetzen von Säureblockern kommt das Sodbrennen zurück, also brauche ich sie dauerhaft.“

Häufig handelt es sich um einen vorübergehenden Rebound-Effekt, keine Rückkehr der ursprünglichen Erkrankung. Langsames Ausschleichen statt abruptem Absetzen verhindert diese Fehldeutung.

### TEILS

#### „Probiotika bauen die Darmflora wieder auf.“

Bei bestimmten Beschwerdebildern (z. B. Reizdarm) zeigt sich ein moderater, stammspezifischer Nutzen in Studien — eine pauschale, für jedes Präparat geltende „Darmflora-Aufbau“-Wirkung ist damit nicht belegt, und es gibt dafür keine zugelassene EU-Angabe.

### MYTHOS

#### „Anhaltende Bauchschmerzen sind meist harmlos und gehen von selbst weg.“

Die meisten Verdauungsbeschwerden sind funktionell und harmlos — aber Blut im Stuhl, ungewollter Gewichtsverlust oder Beschwerden über mehrere Wochen gehören immer ärztlich abgeklärt, nicht abgewartet.

## — VORLAGE

## Checkliste & Wann zum Arzt

Diese Warnzeichen gehören immer ärztlich abgeklärt, unabhängig vom Alter:

- ☐ Blut im Stuhl (hell oder schwarz-teerig) oder unerklärte Blutarmut?
- ☐ Ungewollter Gewichtsverlust ohne Diät?
- ☐ Neu aufgetretene Beschwerden nach dem 50. Lebensjahr, besonders bei familiärer Darmkrebs-Vorgeschichte?
- ☐ Anhaltendes Erbrechen, Schluckbeschwerden oder nächtliches Erwachen durch Schmerzen?
- ☐ Beschwerden, die trotz Basismaßnahmen länger als 2–3 Wochen anhalten?

Blähungen / Völlegefühl

Sodbrennen (Tage pro Woche)

Stuhlfrequenz (pro Woche)

Bauchschmerzen

Bei mindestens einem Warnzeichen oben: zeitnah ärztlich abklären lassen, unabhängig von den übrigen Werten.

## BELEGE

## Quellen (Auswahl)

1. Drossman DA, Hasler WL. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016. PMID 27144617.
2. Christodoulides S et al. Systematic review with meta-analysis: effect of fibre supplementation on chronic idiopathic constipation in adults. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016. PMID 27170558.
3. Suares NC, Ford AC. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011. PMID 21332763.
4. Attaluri A et al. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011. PMID 21323688.
5. Anti M et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology*. 1998. PMID 9684123.
6. Reimer C et al. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. *Gastroenterology*. 2009. PMID 19362552.
7. Farrell B et al. Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017. PMID 28500192.
8. Freedberg DE et al. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: expert review and best practice advice from the AGA. *Gastroenterology*. 2017. PMID 28257716.
9. Ford AC et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018. PMID 30294792.
10. Ford AC et al. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018. PMID 29950604.
11. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie (DGVS): S2k-Leitlinien Gastroösophageale Refluxkrankheit und Chronische Obstipation.
12. EU-Register nährwert- und gesundheitsbezogener Angaben, Verordnung (EU) Nr. 432/2012 (Ballaststoffe; für Probiotika ist keine Angabe zugelassen).

Haftungshinweis. Dieses Heft ist ein redaktionelles Informationsangebot und ersetzt keine ärztliche Diagnose, Beratung oder Behandlung. Beim Absetzen von Dauermedikamenten immer Rücksprache mit der verordnenden Praxis halten.

Weiterführende Beiträge unter [mann-vitalis.de/themen/verdauung](http://mann-vitalis.de/themen/verdauung).