

## Positionspapier

# Magenspiegelung (ÖGD)

Die Magenspiegelung ist eine der am häufigsten nachgefragten Untersuchungen. Aufgrund der hohen Nachfrage und begrenzter endoskopischer Kapazitäten entstehen lange Wartezeiten (5).

Ziel dieses Positionspapiers ist es nicht, notwendige Untersuchungen einzusparen, sondern die Indikationsstellung zu schärfen, um eine bessere Patientensteuerung zu ermöglichen. Für dringliche Konstellationen bestehen in Berlin etablierte Wege über die Terminservicestelle 116117 oder den Hausarztvermittlungsfall.

| Kurzüberblick für den Praxisalltag                                                                                |                                                                                                                                                                              |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Konstellation                                                                                                     | Empfohlenes Vorgehen                                                                                                                                                         | Kontroll-ÖGD             |
| <b>Dringliche Indikationen / Alarmsymptome*</b>                                                                   | Zeitnahe ÖGD; bei Bedarf kurzfristige Terminvermittlung über 116117, Hausarztvermittlungsfall oder direkte telefonische Rücksprache mit der gastroenterologischen Praxis     | <b>entfällt</b>          |
| <b>Oberbauchbeschwerden ohne Alarmsymptome</b>                                                                    | Zunächst Anamnese, Untersuchung, Basislabor, ggf. Sonographie und je nach Fragestellung weitere Basisdiagnostik; je nach klinischer Konstellation probatorische PPI-Therapie | <b>in der Regel nein</b> |
| <b>Gastroskopie unauffällig, Histologie unauffällig</b>                                                           | Symptomorientierte Behandlung, ggf. Therapie einer funktionellen Dyspepsie / eines Reizmagens                                                                                | <b>nein</b>              |
| <b>Gastroskopie unauffällig, Histologie: Helicobacter-pylori-positive Gastritis</b>                               | Eradikationstherapie; Erfolgskontrolle nicht-invasiv, in der hausärztlichen Praxis gut mittels monoklonalem Stuhlantigentest, alternativ 13C-Harnstoff-Atemtest              | <b>nein</b>              |
| <b>Refluxösophagitis ohne besondere Risikokonstellation</b>                                                       | Leitliniengerechte PPI-Therapie; erneute Endoskopie nur bei besonderer Fragestellung, Alarmsymptomen oder therapierefraktärem Verlauf                                        | <b>in der Regel nein</b> |
| * Alarmsymptome: Dysphagie, gastrointestinale Blutungszeichen, Eisenmangelanämie, Gewichtsverlust, rez. Erbrechen |                                                                                                                                                                              |                          |

### **Nicht alle Oberbauchbeschwerden erfordern primär eine endoskopische Abklärung**

Bei unkomplizierten Oberbauchbeschwerden sollte die Magenspiegelung nicht in jedem Fall die erste diagnostische Maßnahme sein. Je nach klinischer Konstellation sind zunächst Anamnese, körperliche Untersuchung, Basislabor, gegebenenfalls Sonographie sowie eine symptomorientierte probatorische Therapie sinnvoll (1,6). Insbesondere bei typischer Refluxsymptomatik ohne Alarmzeichen kann eine primäre medikamentöse Therapie ein geeigneter erster Schritt sein.

### **Dringliche Indikationen erkennen**

Bei Alarmsymptomen sollte eine zeitnahe weitere Abklärung mittels einer Magenspiegelung erfolgen. Hierzu zählen insbesondere Dysphagie, Odynophagie, Hinweise auf eine gastrointestinale Blutung einschließlich Eisenmangelanämie, ungewollter Gewichtsverlust, rezidivierendes Erbrechen sowie eine familiäre Anamnese für gastrointestinale Tumoren (6). Auch bei primär erfolgloser probatorischer Therapie oder klinisch nicht plausibler Symptomkonstellation ist eine weiterführende Diagnostik angezeigt.

### **Unauffällige Gastroskopie: keine Routine-Kontrollendoskopie**

Bei unauffälliger Gastroskopie und unauffälliger Histologie ist eine routinemäßige endoskopische Kontrolle bei unveränderter Symptomatik in der Regel nicht erforderlich. (1,5) In diesen Fällen sollten die klinische Verlaufskontrolle, eine symptomorientierte Therapie und gegebenenfalls die Behandlung einer funktionellen Dyspepsie (Reizmagen) im Vordergrund stehen.

### **Helicobacter pylori: Eradikation ja, Kontrolle meist nicht-invasiv**

Bei Nachweis einer Helicobacter pylori-positiven Gastritis ist eine Kontrollendoskopie in der Regel nicht erforderlich (1). Der Erfolg der Eradikation soll, sofern keine erneute Endoskopie indiziert ist, nicht-invasiv kontrolliert werden (2). Hierfür sind der <sup>13</sup>C-Harnstoff-Atemtest und der monoklonale Stuhlantigen-test gleichwertige leitliniengerechte Optionen. Für die hausärztliche Praxis ist der Stuhltest dabei eine besonders praktische und niedrigschwellige Möglichkeit (1). Routinemäßige Verlaufskontrollen zum Ausschluss einer Reinfektion nach erfolgreicher Eradikation sind nicht erforderlich.

### **Refluxbeschwerden: Therapie vor Wiederholungsendoskopie**

Bei typischer Refluxsymptomatik ohne Alarmzeichen kann zunächst eine probatorische PPI-Therapie erfolgen. Eine Endoskopie ist insbesondere dann angezeigt, wenn Alarmsymptome vorliegen, die Therapie nicht anspricht oder die Beschwerden klinisch nicht sicher zuzuordnen sind. Bei bereits bekannter Refluxerkrankung sollte im unkomplizierten Verlauf primär die leitliniengerechte medikamentöse Behandlung im Vordergrund stehen (3,4), möglichst in der niedrigsten wirksamen Dosis. Erneute Kontrollendoskopien sollten sich an Verlauf, Risikokonstellation und konkreter Fragestellung orientieren, nicht routinemäßig erfolgen.

### **Gemeinsames Ziel von Hausarztpraxis und Gastroenterologie**

Eine gute hausärztlich-gastroenterologische Steuerung hilft, die richtigen Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt endoskopisch abzuklären. Dringliche Fälle sollen

rasch untersucht werden. Gleichzeitig sollten unnötige Kontrolluntersuchungen vermieden werden. Das verbessert die Versorgungsqualität, verkürzt Wartezeiten und schont begrenzte endoskopische Ressourcen.

Die gastroenterologischen Kolleginnen und Kollegen sehen sich als vertrauensvolle Ansprechpartnerinnen und -partner für entsprechende Probleme, bitte sprechen Sie uns an.

### **Literatur:**

- (1) W. Fischbach et. al.: S2K-Leitlinie Helicobacter pylori Z. Gastroenterol 2022
- (2) Hu et al.: Aliment Pharmacol Ther 2017
- (3) Koop et. al.: Verordnungspraxis Z. Gastroenterol 2018
- (4) A Madisch et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit. Z Gastroenterol 2023
- (5) Heil et al.: Hessisches Ärzteblatt 5/2020
- (6) U Denzer et al. S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie Z. Gastroenterol 2025

### **Autoren:**

#### **Jens Aschenbeck**

Sprecher der Fachgruppe  
Kolorektales Karzinom im bng  
Regionalvorsitzender Berlin des bng



#### **Rüdiger Berndt**

Vorstandsvorsitzender Verein  
gastroenterologisch tätiger fachärztlicher Internisten in Berlin e.V.

#### **Christoph Ehrenberg**

Mitglied Vertreterversammlung  
der KV Berlin