

Die Vierteljahresschrift über flexible medizinische Endoskopie von der Olympus Deutschland GmbH. Ausgabe für Deutschland, Österreich und die Schweiz

4/06



Aus dem Inhalt:

- ERCP bei Kindern und Säuglingen
- Erfahrungsbericht aus der Kinderklinik Regensburg
- Das Institut für Endoskopie
- Viele Produkte und Terminkalender

*Pädiatrische
Endoskopie*



Barbara Opalka,
Produktmanagerin
Endo-Therapie-Instrumente,
Olympus Deutschland GmbH,
Medizinische Endoskopie



Titelbild:
Mit freundlicher Genehmigung der
Medizinischen Klinik 2
Henriettenstiftung
30559 Hannover
Foto: Soenne, Aachen

Liebe Leserinnen und Leser,

heute beginne ich den Einstieg in die neue „Olympus informiert“ mit einer Berichterstattung aus der aktuellen Tagespresse: Das Hamburger Abendblatt vom 4. November betitelt einen Beitrag zum parallel laufenden EndoClub Nord in Hamburg: „Durch den Rachen bis zum Blinddarm – ohne Bauchschnitt mit einem Endoskop über den Magen.“ Vor 2500 Medizinern präsentieren die indischen Ärzte Dr. G. Venkat Rao als Chirurg und Dr. D. Nageshwar Reddy als Gastroenterologe zum ersten Mal live in Europa transgastriische Operationen. Hierbei wird der traditionelle Zugangsweg der offenen Chirurgie durch die Bauchwand zum Bauchraum gastroskopisch ersetzt mittels 1cm großem Schnitt in der Magenwand. In Indien wurden auf diese Weise bereits einige Patienten erfolgreich operiert, bei denen der offene Zugang durch die Bauchwand anatomisch nicht möglich war, z.B. aufgrund einer Hautkrankheit oder bedingt durch großflächige Vernarbungen nach einer Brandverletzung. Dem Patienten bringt die neue Art zu operieren zwei entscheidende Vorteile: es bleiben keine Narben, und er hat durch den fehlenden Bauchschnitt weniger Schmerzen.

Mit den derzeit verfügbaren Instrumenten aus der konventionellen Endoskopie ist die neue Methode noch auf die drei Eingriffe Appendektomie, Tubensterilisation und Leberbiopsie limitiert. Hier sind jetzt wir als Industrie mit der Entwicklung geeigneter neuer Instrumente gefragt. Dann sind weitere Interventionen wie die Verkleinerung des Magens bei starkem Übergewicht, die Entfernung der Gallenblase und die Refluxbehandlung denkbar.

Aus der Notwendigkeit heraus haben die beiden indischen Ärzte alternative Wege erschlossen, die zukünftig für einen weiteren Wandel in der

Endoskopiewelt sorgen können. Die Grenzen zwischen interventioneller Gastroenterologie und Chirurgie verwischen immer mehr und lassen die berechnete Frage aufkommen, wer wird eigentlich in Zukunft endoskopieren? Diese Frage leitet über zum Inhalt unserer aktuellen „Olympus informiert“. Mit weiser Voraussicht entwickelt Professor B.C. Manegold das „Institut für Endoskopie“ (Seite 10). Wer könnte besser für solch spannende Visionen zur Zukunft der Endoskopie geeignet sein als einer der Pioniere der Endoskopie? Seit Oktober 2002 emeritiert, ist Herr Professor Manegold nach 34-jährigem Wirken am Klinikum Mannheim weiterhin wissenschaftlich aktiv und geschätzter Referent vieler Fachkongresse. Sein Beitrag bildet den Auftakt für unsere Serie zur Zukunft der Endoskopie unter der Fragestellung „Quo vadis Endoskopie?“ aus technischer, ökonomischer und personeller Sicht.

Im eigentlichen Schwerpunkt dieses Heftes widmen wir uns der pädiatrischen Endoskopie, einem Spezialgebiet innerhalb der Kinderheilkunde. Insofern mit Bezug zur vorher beschriebenen Entwicklung der Endoskopie, als auch auf diesem Gebiet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit den Erfolg der Behandlung verspricht. Lesen Sie hierzu die Beiträge auf den Seiten 4 bis 7. Darüber hinaus zeigen wir Ihnen neue Produkte und schlagen Ihnen interessante Workshops und Trainingsmöglichkeiten vor. Viel Spaß, Zerstreuung und Anregungen bei der Lektüre wünscht Ihnen

Ihre

Barbara Opalka

Editorial	2
Inhalt / Druckfrisch	3
Titelthema	4
Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) bei Kleinkindern	
Aus der Praxis	5
Pädiatrische Endoskopie	
Trends	8
Institut für Endoskopie	
Endoskop-Service	13
Fließendes Verständnis endoskopischer Flüssigkeiten	
Produkte	
Endo-Therapie-Instrumente speziell für die Pädiatrie	15
Extrem dünne Olympus-Endoskope für den Einsatz bei Kindern	16
Weiterbildung	18
Fortbildung 2006 in der Schweiz	
Endo-Sonographie Grundlagen- und Aufbau-Intensivkurse	19
Workshop Endoskopische Submukosa Dissektion (ESD)	19
13. Essener Workshop Praktische Gastroenterologie	20
Terminkalender	21
Impressum	21

Rheinschauen lohnt sich

9. Internationales Symposium:

Diagnostische und Therapeutische Endoskopie, 2. & 3.02.2007

Auch 2007 werden internationale Experten wieder etablierte und neue Methoden bei Eingriffen im Gastrointestinaltrakt sowie im biliopankreatischen System zeigen. Dabei ermöglichen Live-Übertragungen aus dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf ins Congress-Centrum den Teilnehmern, mit führenden Endoskopikern in Interaktion zu treten. Für optimale Bild- und Tonqualität dank HDTV-Signaltransfer ist zudem gesorgt.



Unterschiedliche globale Patientenpopulationen, Forschungsaktivitäten und Vergütungsstrukturen führen zu einer verzweigten Weiterentwicklung der Endoskopie. Neue Techniken werden zunehmend im Ausland entwickelt und evaluiert. Die Leiter des Symposiums, Prof. Dr. med. Horst Neuhaus und Dr. med. Brigitte Schumacher, ermöglichen den Teilnehmern dank internationaler Ausrichtung der Veranstaltung einen buchstäblich grenzüberschreitenden Austausch. Neben dem Blick über den Tellerrand will das Symposium u. a. die Kenntnisse erweitern über:

- einen evidenzbasierten Einsatz der diagnostischen und therapeutischen Endoskopie
- Fortschritte in endoskopischen Techniken mit Beurteilung ihres klinischen Nutzens und der Kosteneffektivität
- den Vergleich von endoskopischen Maßnahmen mit nicht-invasiven diagnostischen Verfahren und therapeutischen Alternativen
- ein geeignetes Management misslungener Interventionen oder Komplikationen

Durchgehende Simultanübersetzungen ermöglichen einen optimalen Austausch von Empfehlungen, Erfahrungen und Meinungen für zukünftige Eingriffe.

Nach dem großen Erfolg des Vorjahres bietet der so genannte „Snack mit den Experten“ Ärzten und Assistenzpersonal besondere Gesprächsmöglichkeiten. Denn Kapazitäten wie Prof. Soehendra, Prof. Hagenmüller oder Prof. Rösch stehen zur Beantwortung von Fragen aus sechs Themenkreisen zur Verfügung. So ist an diesem Abend ohne Vorträge genug Zeit, um eigene Fälle anzusprechen und Tipps mit nach Hause zu nehmen.

Das Assistenzpersonal erwartet am Eröffnungstag erstmals ein Satelliten Symposium. Hier kann man sich über neue Technologien informieren. Besondere Berücksichtigung finden dabei Teamtätigkeit und Anforderungen an die Assistenz.

Alles über Teilnahmegebühr, Unterbringung und Anmeldungen finden Sie im Internet: www.cocs.de

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) bei Kleinkindern

Sicher, diagnostisch und therapeutisch effektiv, wenn adäquate technische Ausstattung vorhanden

Die pädiatrische Endoskopie ist eine Domäne pädiatrischer Spezialisten, dennoch ist es in Einzelfällen notwendig, dass erfahrene „Erwachsenen“-Endoskopiker bei speziellen Fragen hinzugezogen werden müssen. Da die Indikation zur ERCP im Kindesalter relativ selten gestellt werden muss, ist das dafür notwendige Training entsprechend gering. Auf der anderen Seite fehlen dem Standard-Endoskopiker Erfahrungen im Umgang mit Kindern und ihren besonderen Krankheitsbildern. Deswegen ist nur eine Arbeit im Team – Pädiater, Endoskopiker, Gastroenterologe – erfolgversprechend.

Eine der Besonderheiten der Endoskopie im Kleinkindesalter besteht darin, dass Eltern in das Aufklärungsgespräch involviert werden müssen und damit oft ungewohnte psychosoziale und emotionale Momente für den Endoskopiker evident werden. Wichtig ist, dass die Eltern möglichst lange zwischen Prämedikation und Beginn der Prozedur bei ihren Kindern verbleiben können.

- Cholelithiasis
- Cholestatische Komplikationen nach Operationen (z.B. Lebertransplantation)

Bei Verdacht auf biliäre Atresie und sklerosierende Cholangitis handelt es sich um rein diagnostische Indikationen, da das NMR aufgrund des inadäquaten Wassergehalts und des extrem kleinen Kalibers der Gallenwege immer noch zur

Diagnosesicherung unzureichend ist. Die anderen Indikationen setzen Möglichkeiten zur Intervention voraus.

Die Technik

Obwohl in der Literatur Einzelfälle von Untersuchungen ohne jegliche Analgo-Sedierung oder in iv-Analgo-sedierung beschrieben wurden, halten wir eine korrekte Intubationsnarkose für unumgäng-

lich. Die notwendige Nüchternphase ist altersabhängig, beträgt für Kleinkinder bis sechs Monate ca. vier Stunden, bei Kindern bis 36 Monate ca. acht Stunden.

Für Kleinkinder und Säuglinge bis zu einem Lebensalter von ca. 10-12 Monaten ist der Einsatz eines speziellen dünnlumigen Endoskopes Voraussetzung. Grund dafür ist nicht nur die allgemein kleinere Anatomie des Magen-

Von

Dr. med. Peter N. Meier
Medizinische Klinik 2
Henriettenstiftung
Schwemannstrasse 17
30559 Hannover
Tel: +49 511 289 3344
Fax: +49 511 289 3001
e-Mail: peter.meier@henriettenstiftung.de



Darmtraktes, sondern auch der Umgebungsorgane. Ein typisches Problem ist die Kompression der Trachea durch das Endoskop mit entsprechender Beeinträchtigung der Ventilation. Ein weiteres Problem ist die Manipulation an der Papille. Dadurch, dass der Abstand von Endoskopspitze zur Papille nur wenige Millimeter beträgt, fehlt der Manövrierraum. Die Effekte des Albarranhebels werden kaum noch übertragen. Selbst



ERCP beim Säugling, ungewöhnliche Größenverhältnisse

Die Indikation

Im Grunde sind Indikationsstellung und Technik im Erwachsenen- und Kindesalter ähnlich. Im Kleinkindesalter sind wir im Wesentlichen mit folgenden Fragestellungen konfrontiert worden:

- V.a. biliäre Atresie
- V.a. sklerosierende Cholangitis
- Syndrom der eingedickten Galle (bile impact syndrome)



Cholelithiasis, 12 Wochen alter Säugling

mit dem zur Verfügung stehenden 7,5 mm Duodenoskop verlangt gerade dieses Problem sehr viel Geschick. Bei längerer Untersuchungszeit ist eine übermäßige Luftinsufflation wiederum ein Problem für die Ventilation.

Für Interventionen stehen kleinnumige Kathetersysteme bis 5 FR, die dem dünnlumigen Arbeitskanal angepasst sind, zur Verfügung. Die Untersuchung kann problemlos in



Intrahepatische Gallengangsatresie, sechs Wochen alter Säugling

Rückenlage durchgeführt werden, bei diagnostischen Eingriffen beträgt die reine endoskopische Untersuchungszeit ca. fünf Minuten.

Insbesondere bei Säuglingen kann die Visualisierung des Gallengangsystems schwierig sein, geradezu regelhaft wird zuerst der Pankreasgang kontrastiert. Technisch ist – wie dargestellt – der Albaranhebel zur Feinjustierung des Injektionskatheters oft nicht hilfreich.

Typischerweise wird der Katheter kurzstreckig herausgeführt, der Albaranhebel angespannt, und dann zieht man sich vorsichtig mit dem Endoskop in das Papillendach. Insgesamt liegt die Erfolgsrate nach unseren und den übermittelten Daten bei 97-98%.

Die Komplikationen

Grundsätzlich sind sämtliche Komplikationen, die aus dem Erwachsenenalter bekannt sind, denkbar. Erstaunlicherweise ist in unserer Serie von über 400 Kleinkindern und Säuglingen die Pankreatitisrate < 2%, wobei keine nekrotisierende Pankreatitis aufgetreten ist. Zumeist bestehen ein- bis zweitägige Bauchschmerzen mit kurzzeitigem Amylaseanstieg, wobei die Therapie entsprechend konservativ zu wählen ist. In



Normale Säuglingspapille



Säuglingspapille, Größenverhältnis zum Katheter

einem Fall ist es nach Papillotomie zu einer transfusionsbedürftigen Nachblutung gekommen.

Zusammenfassung

Bei sorgfältiger Abwägung der Indikationen, interdisziplinärer Abstimmung und entsprechender endoskopischer Übung ist die Durchführung einer ERCP auch im Säuglings- und Kleinkindesalter sicher, diagnostisch und therapeutisch effektiv. Eine adäquate technische Ausstattung ist Grundvoraussetzung.

Pädiatrische Endoskopie

Erfahrungsbericht aus der Klinik für Kinder und Jugendliche in Regensburg

Mit der zunehmenden Spezialisierung in der Pädiatrie hat sich auch die Pädiatrische Gastroenterologie als Subspezialisierung und mit ihr die pädiatrische Endoskopie in der Kinderheilkunde etabliert. Die Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE e.V.) hat es sich seit ihrer Gründung in den 70er Jahren zum Ziel gesetzt, Kinder- und Jugendmediziner in Gastroenterologie und Endoskopie weiterzubilden und zu fördern. Auf diese Weise kann im deutschsprachigen Raum in vielen Kliniken durch Kindergastroenterologen mit der entsprechenden Schwerpunktbezeichnung eine komplette endoskopische Diagnostik für pädiatrische Patienten von Geburt bis zum 18. Lebensjahr angeboten werden.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die pädiatrische Endoskopie in der Klinik für Kinder und Jugendliche in Regensburg. Durchgeführt werden alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen endoskopischen Verfahren mit Ausnahme der ERCP. Im Jahre 2005

erfolgten insgesamt 222 Endoskopien, davon 172 Ösophagogastroduodenoskopien und 50 Coloskopien. Hervorgehoben werden dabei die Besonderheiten, wie zum Beispiel die Untersuchung von sehr kleinen Patienten im ersten Lebensjahr. Technisch sind diese

Von

J. Blume, Dr. med. T. Geis und

OA Dr. med. T. Lang,

Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie,

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der

Universität Regensburg,

Klinik St. Hedwig, KKH Barmherzige Brüder

Steinmetzstr. 1-3,

93049 Regensburg

e-Mail: thomas.lang@barmherzige-regensburg.de

Tel.: 0941-369-5409

Fax: 0941-369-5424

Untersuchungen ohne Einschränkung durch Alter oder Gewicht bei entsprechender Erfahrung sicher durchzuführen.

Die Ausstattung

Die Abteilung verfügt über vier moderne Video-Endoskope (drei Gastroskope,

Außendurchmesser 5,9 und 8,6 mm, ein Coloskop, Außendurchmesser 11,3 mm). Die Dokumentation erfolgt über einen Videoprinter sowie über ein digitales Bildspeichersystem. Für die Polypektomie ist ein modernes Diathermie-System vorhanden. Auch ein mobiles C-Bogen-System gehört zum Standard. Personell besteht die Abteilung aus dem Oberarzt (Kindergastroenterologe) und zwei Fachärzten in der Ausbildung zum Kindergastroenterologen, die wechselweise in der Abteilung tätig sind. Die Assistenz wird durch das OP-Personal der Kinderchirurgie geleistet. Die Untersuchungen erfolgen fast ausschließlich in medikamentöser Kurz- oder Propofolnarkose durch unsere Kinderanästhesisten, selten wird eine Intubationsnarkose nötig.

Die diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie

Eine der häufigsten Indikationen ist die Endoskopie bei chronischen (typischerweise epigastrischen) Bauchschmerzen. In Frage kommen eine Gastritis mit oder ohne Helicobacterbesiedelung oder auch im frühen Kindesalter Ulcera ventriculi und duodeni. Bei einem zweijährigen Jungen, der mit einem Hb von 6,5 g/dl zur stationären Aufnahme kam, konnten mehrere präpylorische Ulcera diagnostiziert werden (Abb. 1). Bei Neugeborenen gibt es, wenn auch selten, Ulcera mit Hb-wirksamen Blutungen. Auch hier ist eine endoskopische Diagnostik indiziert und kann mit den kleinen Gastroskopen sicher durchgeführt werden.

Zudem spielt die Refluxösophagitis in der Pädiatrie nicht nur bei den tetraspastischen Patienten eine zunehmende Rolle und führt bei einigen Kindern auch zu peptischen Stenosen (Abb. 2). Zur Abklärung einer Zöliakie bei dystrophen Patienten hat die endoskopische Dünndarmbiopsie die langwierige und mit Röntgenstrahlung verbundene Saugbiopsie mit der Watsonkapsel abgelöst.

Die Coloskopie

Im unteren Gastrointestinaltrakt ist die perianale Blutung mit oder ohne Diarrhoe die häufigste Indikation für die Endoskopie.

Bei jungen Säuglingen findet sich dabei oft eine kuhmilchinduzierte Säuglingscolitis im Sinne einer verzögerten allergischen Reaktion. Die massiv prominenten Lymphfollikel im Rectum, teils auch im gesamten Colon, bluten bereits bei Kontakt (Bild 3). Bei diesen kleinen Patienten kann eine partielle Coloskopie bis in das Colon descendens, manchmal auch bis zur linken Flexur, ohne Vorbereitung und ohne Narkose gut und sicher durchgeführt werden.

Das größte Kollektiv sind die Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). In unserer Klinik werden derzeit 70 Kinder und Jugendliche mit diesen Erkrankungen betreut. Eine CED wird bei ca. 30% der Patienten bereits vor dem 10. Lebensjahr diagnostiziert (Daten aus CEDATA – deutschsprachiges CED-Register für Kinder und Jugendliche). Daher ist bei entsprechenden Symptomen auch bei kleineren Kindern eine rasche endoskopische Diagnostik indiziert. Bei einem von unseren Patienten mussten wir die Diagnose Morbus Crohn bereits im ersten Lebensjahr stellen.



Abb. 1: Christoph U., 2J, Hämatemesis, Hb 6,5 g/dl, Ulcera ventriculi

Die schmerzlose anale Blutung ohne weitere Symptome führt vor allem bei Kleinkindern oft zur Diagnose von solitären juvenilen Polypen, die zu 70% im Rectum gefunden werden.

Die therapeutische Endoskopie

Symptome wie Schluckstörung oder Verweigerung vor allem fester Nahrung müssen an einen Fremdkörper im Ösophagus denken lassen. Besonders im Kleinkindesalter spielt die Extraktion von ingestierten Fremdkörpern aus Ösophagus und Magen eine große Rolle. Es handelt sich in der Regel um Münzen oder Spielzeug. Eine Knopf- oder Batteriezelle, die im Ösophagus feststeckt, stellt eine Notfallsituation dar (Abb. 4a, b). Hierbei sind bereits nach kurzer Zeit Perforationen beschrieben.

Die Anlage einer PEG/PEJ ist seit ca. 15 Jahren auch in der Pädiatrie ein etabliertes Verfahren. Vor allem die tetraspastischen Patienten mit infantiler Zerebralparese profitieren sehr von einer Sondenernährung, da bei besserer Ernährungssituation nicht nur pulmonale Infektionen seltener sind, sondern auch die Spastik reduziert werden kann. Weitere Indikationen sind vor allem bei Säuglingen Schluckstörungen (z.B. bei neurologischen Grunderkrankungen), chronische Erkrankungen, die zu Trinkschwäche führen (Herzfehler, pulmonale Erkrankungen wie bronchopulmonale

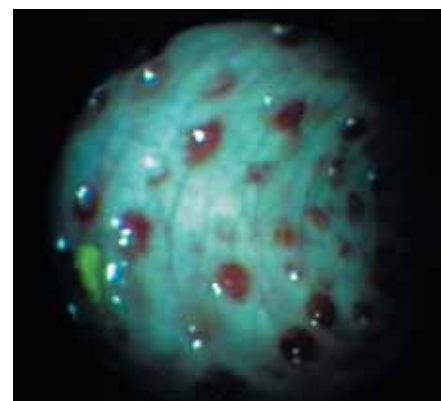


Abb. 2: Lucas D., 4M, Lymphfollikel im Kolon bei kuhmilchproteininduzierter Säuglingscolitis



Abb. 4a: Corinna B., 5J, Ingestion einer Knopfzelle



Abb. 4b: Druckulcera nach Entfernung der Knopfzelle



Abb. 5: Michael S., 10J, peptische Stenose bei Refluxösophagitis

Dysplasie) oder Stoffwechseldefekte, die einer schlecht schmeckenden Spezialdiät bedürfen.

Seit sechs Jahren wird in unserer Klinik die Bougierung von Stenosen (z.B. Narbenstenosen bei Säuglingen mit operierter Ösophagusatresie) durch die endoskopische Ballondilatation ersetzt. Auch die pneumatische Dilatation von peptischen Stenosen kann endoskopisch durchgeführt werden (Bild 5a, b, c).

Die Abtragung von Polypen im Colon erfolgt mittels Diathermie-Schlinge. Es handelt sich fast ausschließlich um solitäre juvenile Polypen. Multiple und auch kleinere Polypen sind im Kindesalter sehr selten und kommen meist im Rahmen von familiären

Polyposis-Syndromen vor (FAP, Peutz-Jeghers-Syndrom).

Die Blutstillung ist in der Pädiatrie seltener nötig. Indikation zur Sklerosierung oder Gummibandligatur ist z.B. eine Varizenblutung bei Säuglingen mit angeborenen (Gallengangsatresie) oder erworbenen (Pfortaderthrombose) Lebererkrankungen, die oft schon im ersten Lebensjahr zur Zirrhose führen. Durch eine frühzeitige Lebertransplantation mit der Möglichkeit der Lebendspende ist dies aber oft vermeidbar.

Zusammenfassung

Wir wollten in dieser Übersicht zeigen, dass die Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die teils an komplexen angeborenen Erkrankungen leiden, in

spezialisierten Kliniken für Kinder und Jugendliche erfolgen sollte. Für spezielle gastroenterologische Fragestellungen wird ein Kindergastroenterologe hinzugezogen.

Die pädiatrische Endoskopie hat sich als fester Teil der pädiatrischen Gastroenterologie und Hepatologie etabliert. Dies ist auch der Entwicklung von modernen Endoskopen mit geringem Durchmesser zu verdanken, die eine sichere Untersuchung auch von Säuglingen erlauben. Wir hoffen, dass diese Entwicklung trotz der angespannten Situation im Gesundheitswesen so weitergeführt werden kann, damit unsere Kinder auch in Zukunft von adäquater und sicherer Diagnostik profitieren können.



Abb. 5a: Michael S., 10J, Ballondilatation der peptischen Stenose (siehe Abb. 5)



Abb. 5b: Effektivität der Dilatation mit Verstreichen der Taille

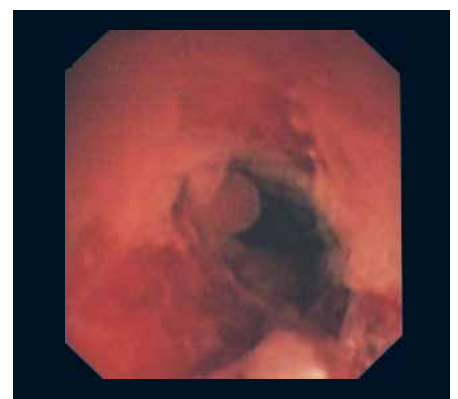


Abb. 5c: endoskopisches Bild nach effektiver Dilatation der narbigen Stenose

Institut für Endoskopie

Die grundsätzliche Frage lautet: ist gastrointestinale Endoskopie heute noch Innere Medizin oder Chirurgie - ist sie Chirurgie des Gastroenterologen oder umgekehrt oder ist sie bereits ein eigenständiges Zukunftsfach?

Einheitlichkeit der Methoden und Ziele: Zahlreiche ärztliche Fachgruppen benötigen die Endoskopie als ein unverzichtbares Handwerkszeug zur Diagnostik und Therapie „ihrer Organe“. Das Handwerkszeug, deren Handhabung und der Zugang zu den Organen, ist für viele Gruppen gleich. Selbst die interessierenden Organe der endoskopierenden Internisten und die interessierenden Organe der endoskopierenden Chirurgen sind identisch – nur die Fragestellungen sind anders. Es bietet sich daher zur Beurteilung und Behandlung viszeraler Funktionsstörungen von vornherein eine interdisziplinäre Kooperation in einer interdisziplinären Institution an, um der Gesellschaft Doppel-Einrichtungen und Patienten Doppel-Untersuchungen zu ersparen. Im Grunde gibt es keine „Medizinische Endoskopie“ und keine „Chirurgische Endoskopie“ – es gibt nur Endoskopie.

Zur Geschichte

Die Idee zur fachübergreifenden Zusammenarbeit in der Endoskopie ist so alt wie die flexible Endoskopie selbst, sie wird nur unterschiedlich "getopt". Vor 37 Jahren, zum Erscheinen der Zeitschrift ENDOSCOPY 1969, schrieben Ludwig Demling und Rudolf Ottenjann „Die Probleme, die sich den Spezialisten mit dieser interdisziplinären Methode stellen und von ihnen gelöst werden, sind von Fach zu Fach nur wenig oder nur scheinbar verschieden (Abb. 1). Schnelle

skopie spiegelt sich nicht allein im Format ihrer Zeitschriften wider. Umfasste der 1. Band ENDOSCOPY im Erscheinungsjahr nur 196 Seiten im Format C5, so ist der Band 37 im Jahr 2005 auf 1284 Seiten im Format A4 angewachsen. Der Impact Factor rangiert zur Zeit bei stolzen 4.034.

Paradigmenwechsel

Der Deutsche Chirurgenkongress 2007 in München kündigt sich an unter dem Motto „Chirurgie im Systemwandel“, um

aktuelle Operationstechniken, Komplikationsmanagement und die chirurgische Versorgungsproblematik bei veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen zu diskutieren. Den Fortschritten in der Viszeralchirurgie ist ein Panel „Endoskopie zwischen Chirurgie und Gastroenterologie“ gewidmet. Alte Paradigmen

haben offenbar an Reiz und Bedeutung verloren. Es vollzieht sich, gewollt oder ungewollt, innerhalb und zwischen herkömmlichen, in der Zeit erstarrten

Von

Prof. Dr. B. C. Manegold
Leiter der Chirurg. Abtlg.
Endoskopie a. D.
Universitätsklinikum
Mannheim

Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim

e-Mail: Bernd.Christoph.Manegold@chir.ma.uni-heidelberg.de



Strukturen unaufhaltsam ein Systemwandel. Schnittstellen werden aufgehoben oder verschoben. Dies geschieht nicht nur in den Chirurgischen Fächern, sondern gleichfalls im Gebiet der Hepato-Gastroenterologie.

Von der American Digestive Health Foundation in Zusammenarbeit mit einem Institut für Futurologie wurde die Zukunft der Hepato-Gastroenterologie für das Jahr 2010 nach den klassischen Fragen analysiert (8):

- Bleibt es so, wie es ist?
- Wird es besser?
- Wird es schlechter?
- Wird es ganz anders?

Die Auguren kommen zu dem Schluss, dass sich das Fach Hepato-Gastroenterologie in drei Kategorien aufsplitten wird: zu einer „Allgemeinen Gastroenterologie und Ernährungsmedizin“, zur „Hepato-logie“ und zur Disziplin „Fortgeschrittene therapeutische Endoskopie“. Es wird also anders werden. Die Hierarchien im Kliniksystem werden flacher. Man möchte sich kleineren, selbständigeren, flexibleren, leistungsfähigeren Teameinheiten zuwenden. In der Abteilung Gastroenterologie des Zentrums Innere Medizin des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen ist aktuell eine „Professur für Adulte Stammzellen“ zu besetzen (9). Fachkompetenz ist also zunehmend an Spezialisierung und Subspezialisierung gebunden.

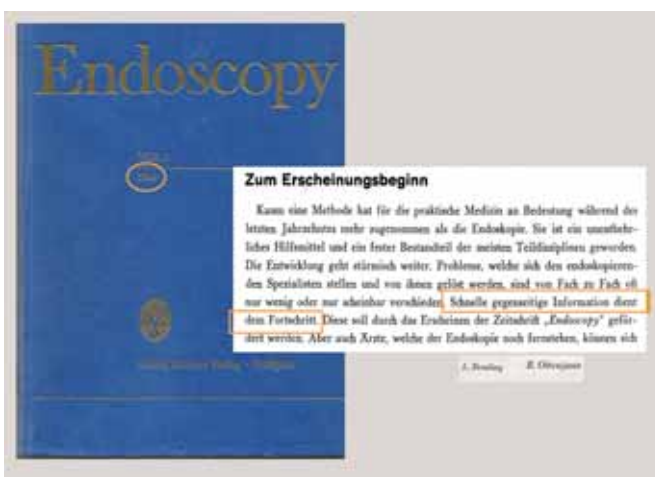


Abb. 1. Vorwort zum Erscheinungsbeginn der Zeitschrift ENDOSCOPY vor 37 Jahren

gegenseitige Information dient dem Fortschritt. Diese soll durch Erscheinen der Zeitschrift ENDOSCOPY gefördert werden“ (3). Der Fortschritt der Endo-

Zukunft der gastroenterologischen Endoskopie

Die Allgemeine Gastroenterologie steht bereits heute in hartem Existenzkampf. Sie hat über die Hälfte ihres Klientels durch wirksame Medikamente verloren. Weitere herbe Verluste künden sich an durch den Rückgang der diagnostischen Endoskopie. Zukünftig werden in Apotheken käufliche und in Drogerien bewertete Chip-basierte Screening-Verfahren wie früher beim Schwangerschaftstest potenzielle „Kunden“ identifizieren, die aber nicht dem Gastroenterologen, sondern der virtuellen Endoskopie, nicht-ärztlichen Endoskopie-Technikern, den neu berufenen Medizinischen Fach-Angestellten (MFA) oder aber, im besonderen Fall, dem „Advanced Therapeutic Endoscopist“ zugeleitet werden. Die diagnostische ERCP ist schon heute weitgehend von der MRCP abgelöst. Das präoperative Stenting beim malignen Verschlussikterus ist wegen erhöhter postoperativer Wundheilungsstörungen überholt. Das palliative Stenting wird zunehmend vom interventionellen Radiologen übernommen, der durch MRCP über Operabilität und Inoperabilität entscheidet. Das therapeutische Splitting bei der Cholecysto-Choledocholithiasis erfährt durch die laparoskopische Choledochusrevision im Rahmen der laparoskopischen Cholezystektomie Konkurrenz. Es ist jetzt schon unmöglich, nicht nur in peripheren Krankenhäusern eine ausreichende Kompetenz in der ERCP zu erwerben und aufrecht zu erhalten. Allein die Pankreatologie mit komplizierten Verläufen der chronischen Pankreatitis und die Hepatologie mit komplizierten Verläufen nach Lebertransplantation bei Empfängern als auch bei Lebendspendern liefert der ERCP neue Patienten. Diese Patienten übernimmt aber nicht der Allgemeine Gastroenterologe, sondern, wegen der Komplexität des Eingriffes, ein besonders versierter „Advanced Therapeutic Endoscopist“ im Viszeral- bzw. im Lebertransplantations-Zentrum. Den Patientenschwund im

Teilbereich Endoskopie kompensiert der Allgemeine Gastroenterologe durch Erwerb einer Zusatzbezeichnung in anderen Bereichen, z.B. in den Gebieten Ernährungsmedizin und viszerale Allergologie, und damit durch Akquisition einer neuen Klientel.

Advanced Therapeutic Endoscopist

Aufgrund veränderter Bedürfnisse werden in den USA in vielen Stellenausschreibungen nicht Allgemeine Gastroenterologen, sondern ausdrücklich „Effective team players“ für „Advanced Diagnostic Endoscopy“, „Advanced Therapeutic Endoscopy“ oder Endosonographiker für 2000 interventionelle Endosonographien pro Jahr gesucht (Abb. 2). Auch im Stellenmarkt des

Ressourcen räumlich, instrumentell und personell ist aus ökonomischen Gründen heute mehr denn je geboten. Es heißt sparen, ohne zu zerstören. Eine Poolbildung von Personal und Inventar, eine gemeinsame Gerätenutzung wird - bislang noch in unterschiedlicher Gewichtung - bereits vielerorts vollzogen. Beispielhaft wurde in Hamburg 1999 die „Klinik für Interdisziplinäre Endoskopie“ gegründet, der ein Chirurg, Professor Nib Soehendra, als Direktor vorsteht. Die Vorteile einer solchen Fusion sind offensichtlich (4):

- Bessere Aus- und Weiterbildung der Studenten und Weiterzubildenden
- Größeres Spektrum an Differentialindikationen und Differential-Interventionen

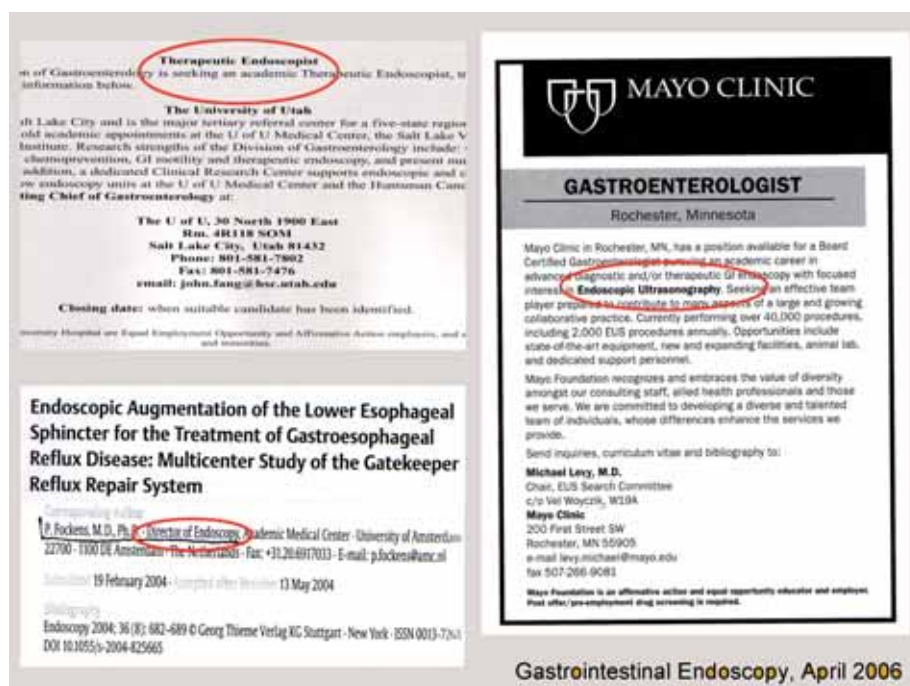


Abb.2. In Stellenausschreibungen wird ein „Therapeutic Endoscopist“ in Salt Lake City, ein „Effective Team Player“ with focused interest in Endoscopic Ultrasonography in Rochester gesucht. Es publiziert ein „Director of Endoscopy“ in Amsterdam

Deutschen Ärzteblattes wird ausdrücklich „Interventionellen Endoskopikern“ die Leitung Gastroenterologischer Kliniken angeboten.

Klinik für Interdisziplinäre Endoskopie

Eine Zusammenführung und damit optimale Nutzung vorhandener, aber bisher getrennter, doppelt vorgehaltener

- Ständige Supervision der Weiterzubildenden durch Präsenz erfahrener Endoskopiker
- Bessere Voraussetzungen für Wissenschaft und Forschung durch höhere Fallzahlen

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf setzt den Strukturwandel nicht nur ideell und personell, sondern

ÖGD (2 von 18):	Screening-Coloskopie (3 von 14):	ERCP (3 von 9):
Anzahl der Biopsien beim Ulcus ventriculi >8	Erreichen des Coecalpols >95%	Erfolgreiche Papillensondierung >95%
Primäre Hämostase bei Ulcusblutung >90%	Adenom-Detektion bei Männern >25%	Precut-Sphinkterotomie <10%
	Anzahl übersehener Adenome >1 cm <5%	Erfolg bei Steinextraktion >90%, bei subhilärem Stenting >90%

Tabelle 1. Einige Qualitätsindikatoren für gastrointestinale endoskopische Prozeduren (1)

auch konstruktiv-baulich bereits um. Es wirbt in Stellenausschreibungen als ein Klinikum, bestehend aus 14 Zentren, denen die verschiedenen Kliniken und Institute zugeordnet sind (Abb. 3).

Voraussetzung zur Fusion

Wesentliche Voraussetzung für Wachstum und Gedeihen einer Fusion ist der Respekt vor der Kompetenz und Leistung der anderen Disziplin. Das heißt auch: Kooperation, Konsens, Präsenz und damit die Überwindung der alten Machtkämpfe zwischen den Disziplinen. Das heißt weiterhin: Überwindung der drei historischen, genotypisch verwurzelten, therapieresistenten Hospitalkeime: Neid, Eitelkeit und Borniertheit (5). Man muss wieder lernen, miteinander zu kommunizieren.

Qualitätsindikatoren

Fortschritt, rasche mediale Verbreitung innovativer Möglichkeiten und leidvolle

Erfahrungen veranlassten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Ärztekammern zur Definition von Standards, Leitlinien und Qualitätsindikatoren, um Patienten, Ärzte und Methoden vor Fehlern und Missbrauch zu schützen. Einige dieser Empfehlungen legen z.B. fest (2):

- Facharztstandard für gastrointestinale Endoskopie
- Fachspezifische Qualifikation des Assistenzpersonals
- Mindestanforderungen an räumliche, apparative und hygienische Ausstattung
- Mindestmengen erbrachter und weiter zu erbringender Leistungen
- Zertifizierte ständige Weiterbildung im Fach
- Ständige Erreichbarkeit des Endoskopikers nach therapeutischen Eingriffen

Was „Facharztstandard“ für die gastrointestinale Endoskopie bedeutet, ist in der Europäischen Union keineswegs einheitlich. In Deutschland wird der Begriff als fachärztlich-gastroenterologisch, in Italien als fachärztlich-chirurgisch ausgelegt mit der Konsequenz, dass Berufshaftpflichtversicherungen ihre Policen entsprechend anpassen und Advokaten die fachliche Kompetenz hinterfragen.

Evidente Qualitätsindikatoren sind geeignet, die Leistungen eines erfahrenen Endoskopikers fachärztlich-neutral von den Leistungen eines Endoskopie-Providers zu unterscheiden. Solche Qualitätsindikatoren könnten für die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie beinhalten (1): die Anzahl der Biopsien beim Ulcus ventriculi, das Erreichen der primären Hämostase bei Ulcusblutung; für die Screening-Coloskopie: das Erreichen des Coecalpols, die effektive Adenom-Detektion, die Höchstgrenze übersehener Adenome und eine Mindest-Rückführungszeit beim Zurückspiegeln; für die ERCP: die erfolgreiche Sondierung der Papille, die Häufigkeit der Praecut-Sphinkterotomien sowie der technische Erfolg bei Steinextraktionen und beim subhilären Stenting (Tabelle 1).

Die Qualität eines endoskopischen Funktionsbereiches oder Institutes ließe sich nach vorgegebenen Normen, z.B. nach DIN EN ISO 9000 ff, nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) oder anderen Modellen offenlegen, vergleichen und zertifizieren. Nur

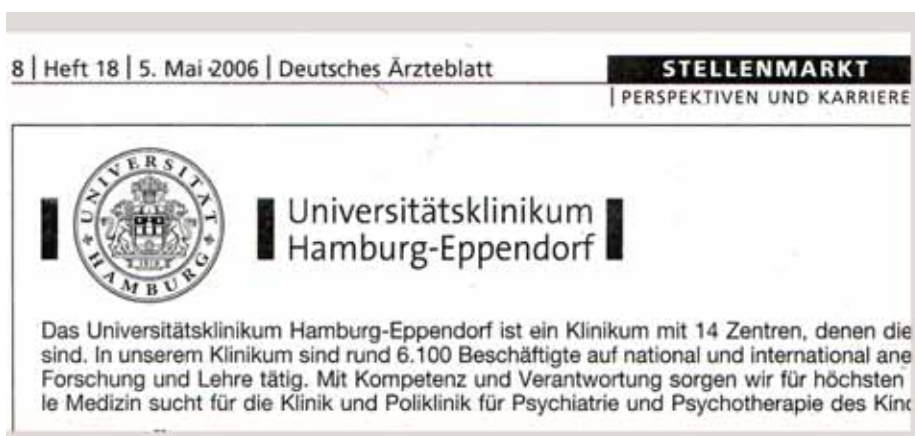


Abb.3. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ein Klinikum mit 14 Zentren, denen die verschiedenen Kliniken und Institute zugeordnet sind

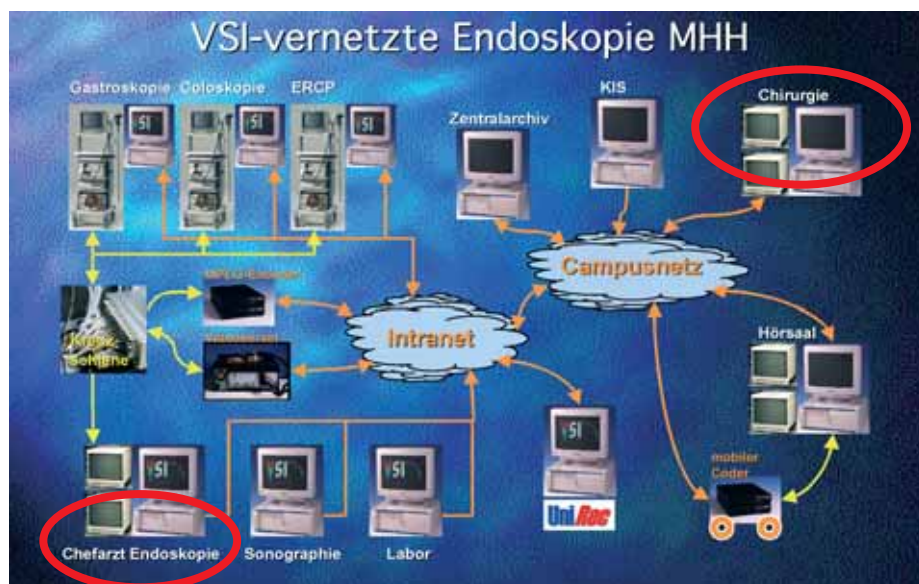


Abb.4. Das integrierte Endoskopie-System der Firma OLYMPUS (VSI = Video-System-Integration) am Beispiel der Medizinischen Hochschule Hannover (2002) mit Chefarzt für Endoskopie, Intranet, Campusnetz und Chirurgie (6)

ein interdisziplinäres Institut für Endoskopie könnte solche Bewertungsgrundlagen in kurzer Zeit komplett erfüllen. Eine EU-Zertifizierung wäre rasch erwerbbar.

Produktsysteme

Neu gefassten Qualitätsansprüchen ärztlicher und pflegerischer Berufsverbände und neuen Strukturvorschlägen der Ökonomen laufen neu entwickelte Produktsysteme der Endoskopie-Hersteller parallel. Die Firma Olympus reagiert auf

das Produktsystem „integrierte Patientenversorgung“ im „Medizinischen Versorgungszentrum“ mit einer Systemintegration endoskopischer Funktionseinheiten (6). Das System vereint im endoskopischen Arbeitsfeld: Befunderhebung, Dokumentation, Telekommunikation, Videomanagement und protokollierte Instrumentenaufbereitung (Abb.4). Konzepte zur Raumplanung müssen den steigenden Anforderungen vorhandener und sich neu etablierender Untersuchungsarten

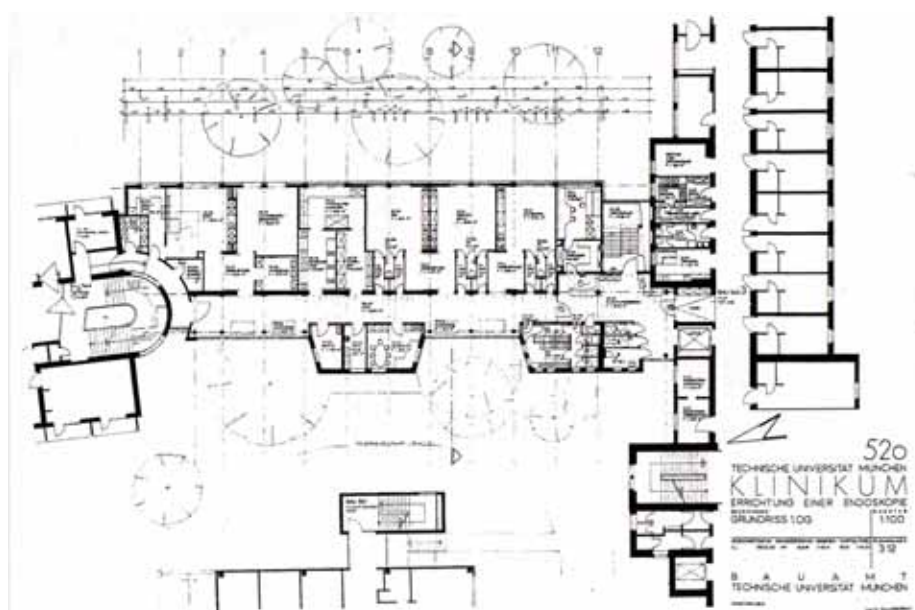


Abb.5. Grundriss 1.00G der Endoskopie-Abteilung Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München 1990 (7)

kontinuierlich angepasst werden (Abb. 5), sonst sind sie schnell überholt.

Allgemein sind Untersuchungsräume mit 25-30 m², Eingriffsräume mit 40-45 m² zu planen (7). Wo aber ist heute der Arbeitsplatz für neuartige Prozeduren: für mehrstündige endoskopische Mucosaresektionen, für die Kapselendoskopie, die Doppelballon-Enteroskopie, für die konfokale Laserendomikroskopie, wo ist der zweite Röntgendurchleuchtungsplatz zur Lithotripsie? Die Dynamik der endoskopischen Technologie verlangt die Etablierung von interdisziplinären Endoskopiezentren mit einer Konzentration der Technologien und Disziplinen in einer Einheit, dem „Institut für Endoskopie“, und dies innerhalb eines „Viszeralzentrums“. Für Westeuropa wäre ein Institut für eine Population von ein bis zwei Millionen Einwohnern vorzusehen. In Finnland ist es bereits verwirklicht.

Konvergenzen

Die divergierende Entwicklung der Klinischen Endoskopie in Gastroenterologie und Chirurgie innerhalb der letzten 20 Jahre zeigt heute nicht allein aus ökonomischen Zwängen, sondern auch wegen neuer, aggressiver, fachübergreifender Fragestellungen und Interventionen, in umgekehrte Richtung: den Weg zur Konvergenz. Wie könnten sich sonst die Ergebnisse der endoskopischen Teilwand- und Vollwandexzisionen an Ösophagus, Magen, Papilla Vateri und Colon, die Verfahren der transluminalen endoskopischen Chirurgie effektiv und verantwortungsvoll weiterentwickeln? Transgastrale Appendektomien und transgastrale Cholecystektomien wurden an Patienten, transgastrale Pankreaslinksresektionen mit Splenektomie, Dünndarmresektionen und transcolische Leberresektionen im Tiermodell bereits erfolgreich praktiziert – und der Weg geht weiter! Die Sackgasse des bisherigen dualen Systems zeigt sich augenfällig am Beispiel der jetzt aufkommenden trans-

luminalen Endoskopie. Der allgemeine Gastroenterologe wird sich - allein gelassen - intracavitär verirren, der allgemeine Viszeralchirurg wird sich - allein gelassen - endoluminal verlaufen. Ein European Board for Transluminal Endoscopic Surgery (EBTES) sammelt, koordiniert und unterstützt die europäischen Aktivitäten in den Forschungslaboratorien und Instituten für Endoskopie auf diesem neuen Feld.

Verantwortung

Wer soll das Institut für Endoskopie führen? Der Hepatogastroenterologe per Berufungszusage, der Viszeralchirurg, ein Belegarztsystem, die koordinierende Pflegedienstleitung, das Controlling oder ein Diplom-Betriebswirt von der Berufsakademie? Der Leiter des Institutes sollte zweifellos der im klinischen Metier erfahrenste, chirurgisch denkende Endoskopiker vor Ort sein, dem das Controlling beratend und fördernd zur Seite steht. Der Endoskopiker hat sich für das neue Berufsfeld „Klinische Endoskopie“ und damit für eine ausschließliche und ganztägige endoskopische Tätigkeit in seinem Berufsleben entschieden. Für nachgeordnete Ärzte, die die neuen Methoden gesehen und erlebt haben und mit ihnen weiterarbeiten möchten, ist ein neues Weiterbildungs-Curriculum zu definieren und dies nicht auf föderalistischer, sondern auf europäischer

**Es entsteht eine neue Disziplin:
Die Klinische Endoskopie,**

**Damit ein neues Berufsbild:
Der Endoskopiker, die Endoskopikerin.**

**Die neue Disziplin braucht ein eigenes Institut:
Das Institut für Klinische Endoskopie**

**Und ein eigenes Weiterbildungs-Curriculum:
Das Europäische Diplom**

Tabelle 2. Endoskopie als Zukunftsdisziplin

Ebene. Als Grundlage bietet sich eine zwei- bis dreijährige Weiterbildung im Common-Trunc der Inneren Medizin oder Chirurgie an, auf der eine drei- bis vierjährige Endoskopie-Weiterbildung in einem Institut für Endoskopie aufbaut. Ein Europäisches Diplom für Klinische Endoskopie müsste nach der Ausbildungsordnung der UEMS erstellt werden. Es ist mit der neuen Disziplin ein neues Berufsbild entstanden.

Ein „Institut für Endoskopie“ erfordert zur täglichen Planungssicherheit den Status einer sich selbst verwaltenden Abteilung mit eigenem Budget, eigenem Stellenplan für Ärzte, Pflege und medizinisch-technischem Dienst in eigener Verantwortlichkeit. Es steht in gleichberechtigter, horizontaler Hierarchie an der Schnittstelle zwischen Hepato-Gastroenterologie und Viszeralchirurgie. Aus ganz ähnlichen evolutiven und organisatorischen Notwendigkeiten entstanden in früheren Jahren das Zentrale Röntgeninstitut, das Zentrale Institut für Hygiene und Mikrobiologie, das Zentrale Institut für Labormedizin, für Transfusionsmedizin und andere Zentralinstitute. Das Zentrale Institut für Endoskopie hat also Vorbilder und Vorgänger in anderen Gebieten. Akzeptierter Fortschritt braucht akzeptable Strukturen, um sich erfolgreich weiterentwickeln zu können (Tabelle 2). Das Institut für Endoskopie kann seine Wurzeln sowohl in einer chirurgischen wie auch in einer internistischen Abteilung haben. Entscheidend allein ist die fachliche und menschliche Kompetenz des leitenden Endoskopikers oder der leitenden Endoskopikerin und aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Kooperation und Respekt.

Zusammenfassung

Die eingangs gestellte Grundsatzfrage ist hiermit beantwortet. Gastrointestinale Endoskopie ist ein eigenständiges Zukunftsfach. Es lohnt, sich diesem Fach klinisch und wissenschaftlich intensiv zu widmen.

Das Universitätsklinikum Salzburg kann

sich glücklich schätzen, ein Institut für Endoskopie von herausragender Qualität, eminenter Kompetenz und internationaler Reputation in seinem Campus bereits zu haben. Sämtliche Nutzer, Zuweiser und Auszubildende, insbesondere alle Patienten können Herrn Univ. Dozenten Dr. Peter-Michael Heinerman und seinem hervorragend engagierten Team für die bisher hier erbrachten erstklassigen Leistungen dankbar sein und hoffen, dass das bisher Erreichte erhalten bleibt und mit besten Kräften weiterhin gefördert wird. Morgen ist jetzt, wir sind die Zeitgenossen und Bauherren der Zukunft.

(Nach einem Vortrag anlässlich „Endoskopie Live IX“ in Salzburg am 23.06.2006)

Literatur

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy: Quality Indicators for Gastrointestinal Endoscopic Procedures Gastrointest Endosc (2006) 63: S1-S38
2. Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie Dtsch Ärzteblatt (2000) 97: A475-A477
3. Demling L, Ottenjann R: Zum Erscheinungsbeginn. Vorwort zur Erstausgabe der Zeitschrift Endoscopy Endoscopy (1969) 1: 1
4. Greten H: Interdisziplinäre Endoskopie Dtsch Ärzteblatt (2001) 98: B 506
5. Manegold BC: Das interdisziplinäre Institut für intraluminal Endoskopie CHAZ (2002) 3: 135-138
6. Olympus Deutschland GmbH: Endoskopische Funktionseinheiten, Planungshandbuch (CD), Version 03-2005 Hamburg (2005)
7. Phillip J, Allescher HD, Hohner R: Endoskopie, Struktur und Ökonomie Normed Verlag/Bad Homburg (1998)
8. Powell, Don W: The Future(s) of Gastroenterology and Hepatology: Four Scenarios for Digestive Health in 2010 Gastroenterology (1999) 116: 1244-1245
9. Stellenmarkt: Perspektiven und Karriere Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe C: (2006) 103: Heft 31-32, 62

distalen Teil des Kanalsystems eindringen, so bewirkt das regelmäßige Drücken des Luft-Wasserventils das „Freispülen“ der Düse. In diesem Fall ist das unverzügliche Einsetzen des „Blauen Reinigungsventils“ im Anschluss an die Untersuchung besonders wichtig.

Dieses Ventil erreicht aufgrund seiner anders belegten Dichtungssätze ein Spülen des Luft- und Wasserkanals. Die in den Luftkanal eingedrungenen Partikel werden gleich wieder herausgespült; so reduzieren sich Koagulation und Antrocknung.

Sensible Absaugeinheit

Der Absaugkanal verbindet sich im Kontrollteilbereich mit dem Instrumentierkanal und bildet eine „Absaugeinheit“. Durch den anliegenden Unterdruck des „Saugers“ steht das

Absaugventil permanent auf Bereitschaft. Erst beim Durchdrücken gibt es den Saugfluss mit den Ihnen vertrauten Folgen frei. Achtung! Es kommt immer wieder vor, dass Fremdkörper auf diesem Weg vom Patienten zum Absaugventil gelangen und die Beweglichkeit des Ventils blockieren. Wie Sie die Blockade beheben können, haben wir in vorangegangenen Heften von „Olympus informiert“ bereits ausführlich beschrieben. Sollten Ihnen die entsprechenden Ausgaben in Ihrer Sammlung fehlen, erhalten Sie weitere Informationen jederzeit unter 040/23773-180.

Bedenken Sie bitte unbedingt: Beschädigungen des Instrumentierkanals wirken sich gemeinsam mit der Absaugführung (Flüssigkeitstransport) häufig nachteilig auf das Innenleben des Endoskops aus! Flüssigkeiten, die vom beschädigten

Kanal ausgehend in das Endoskop eindringen, führen zu kapitalen Schäden. Im Zuge der Instrumentenaufbereitung muss der Absaug- und Instrumentierkanal gebürstet werden. Die aktuelle RKI-Richtlinie und die Herstellerangaben regeln die genaue Vorgehensweise. Es ist zu verhindern, dass Sekrete, Eiweiße etc. sich durch Antrocknung oder Koagulation in Wechselwirkung mit Desinfektionsmitteln verkrusten und anhaften.

Unser Tipp:

Im Rahmen der Weiterbildungsaktivitäten der Olympus Endoskopie-Akademie besteht die Möglichkeit, dieses Thema in praxisorientierter Gruppenarbeit intensiv zu vertiefen. Interessiert?

Dann wählen Sie: 040/23773- 5433

Prozessoptimierung: Ihr Sicherheitsnetz im Notfall

Die Hygienekommissionen beobachten mit Zufriedenheit das erreichte Niveau in der Wiederaufbereitung der Endoskope. Allerdings hat die Prozessoptimierung zu einer immer höheren Abhängigkeit von automatisierten Arbeitsabläufen geführt. Aber wie sind Sie für Notsituationen, wie Stromausfälle oder Druckschwankungen in der

Wasserversorgung vorbereitet?

Unser Reprocessing-Notfallplan hilft Ihnen, im Ernstfall die nötige Ruhe zu bewahren und Ihre (Be-)Handlungsfähigkeit zu bewahren. Meistens lindert die Beachtung folgender Tipps bereits die größte Not:

- Halten Sie die Telefonnummer Ihres Servicepartners griffbereit
- Haben Sie Typ (herstellerabhängig) und Seriennummer des betroffenen Gerätes zur Hand
- Liefern Sie oder Ihr Personal eine genaue Fehlerbeschreibung
- Lagern Sie Ihre geeigneten Notfallgefäße für die manuelle Aufbereitung so, dass diese schnell auffindbar sind. Das Vorreinigungsbecken sollte nicht blockiert sein. Es wird für den laufenden Betrieb weiterhin benötigt.

Bewährt haben sich ausreichend große Kunststoffbecken mit Deckel, in etwa von der Größe eines Endoskopkoffers, wie z.B. eine Babybadewanne etc.

- Sorgen Sie für schnellen Zugriff auf Chemie für die manuelle Aufbereitung, und überprüfen Sie deren Mindesthaltbarkeitsdatum regelmäßig

Der Ausfall einer Aufbereitungsmaschine kann die ansonsten optimierten Abläufe erheblich stören. Bei der Planung der Aufbereitungssysteme sollten Sie daher an Reserven denken. Da die Personaldecke meist nicht viele Zusatzbelastungen duldet, sollten Sie zur Vermeidung eines Super-Gaus immer eine Reservemaschine parat haben bzw. eine Abteilung kennen, in der Sie zwischenzeitlich aufbereiten können. Denn auch die leistungsfähigste Serviceorganisation benötigt immer eine gewisse Grund-Reaktionszeit bis zur Wiederherstellung der Systeme!

The image shows a form titled "OLYMPUS Notfallplan Wiederaufbereitung (Reprocessing)". It contains several sections:

- A table for recording machine details: 'Maschine Typ', 'S/N', and 'Hersteller'.
- A section for 'Patientenbehandlung für alle Rettungswärter bereitstellen'.
- A section for 'Selbsthilfe bei Maschinenausfall' with instructions on how to handle a machine failure, including manual cleaning procedures.
- Fields for 'Name' and 'Telefonnummer'.
- The Olympus logo at the bottom.

Mini-Format für Maxi-Leistungen

Endo-Therapie-Instrumente speziell für die Pädiatrie



Wer ein vollständiges Spektrum an Endo-Therapie-Instrumenten für die Kinderheilkunde sucht oder endoskopische Hilfsmittel benötigt, um Stenosen zu überwinden oder in peripheren Regionen des Bronchus zu arbeiten, kann sich auf Olympus verlassen.

Ideal passend zu den pädiatrischen Endoskopen, die wir Ihnen ab der nächsten Seite präsentieren, bieten wir Ihnen Instrumente an, die ihren Dienst zuverlässig versehen und Anwender mit äußerster Präzision unterstützen. Diese Seite stellt Ihnen zunächst Spezialinstrumente für pädiatrische Bronchoskope mit 1,2 mm Arbeitskanal vor.

Was für die großformatigeren Geschwister aus dem breiten Zubehörspektrum von Olympus gilt, trifft auch für die so genannten Minis zu: sie erleichtern Ihnen die Arbeit, sie tragen zum medizinischen Fortschritt bei und – vor allem – helfen sie, den therapeutischen Erfolg für Ihre Patienten zu sichern. Olympus nutzt die vielen Erfahrungen aus über 50 Jahren flexibler Endoskopie und die ganze Kompetenz als Systemhersteller, um Ihnen auch von der Mini-Zytologiebürste bis zum Mini-Dreigreifer ein Maximum an Qualität zu bieten. Ob Sie Zellen aus Gewebe oder Schleimhaut gewinnen oder in die Atemwege aspirierte Fremdkörper entfernen wollen, mit diesen Helfern, die allesamt für den einmaligen Gebrauch bestimmt sind, kommen Sie ans Ziel.

Einmalig: Diese Einweg-Minis

Mini-Biopsiezange

Ausgestattet mit Rattenzahn, sorgt diese wiederverwendbare Biopsiezange für präzise Probenentnahme. Ihre zweistufige Flexibilität gestattet die reibungslose Einführung auch durch ein abgewinkeltes Bronchoskop.

die Zellgewinnung und verhindert unerwünschte Kontamination. Sehr feine Borsten gestatten eine ergiebige Probenentnahme. Durch die Ausstattung mit Schutztubus kann die Bürste zurückgeführt werden, ohne das Endoskop zurückziehen zu müssen.

Fremdkörperextraktion

Gerade Kinder aspirieren häufig Fremdkörper. Zu deren Extraktion bieten sich verschiedene Körbchen speziell für dünnkalibrige Bronchoskope mit 1,2 mm Kanal an. Mit drei oder vier Drähten, parallel oder gewandelt angeordnet oder als Dreigreifer ermöglichen sie die sichere Extraktion unterschiedlichster Fremdkörper.

Mini-Zytologiebürsten

Der Typ BC-203D-2006 gleitet gut durch 1,2 mm dünne Arbeitskanäle. Mit Schutztubus ausgestattet, verbessert er

Mini-Zytologiebürsten

Modell	BC-203D-2006	BC-201C-1006	STERILE	2
Bestell-Nr.	N1077030	026103		
Arbeitskanal	1,2 mm	1,2 mm		
Arbeitslänge	1150 mm	1050 mm		
Bürstendurchmesser	2,0 mm	1,0 mm		
Bürstenlänge	6,0 mm	6,0 mm		
Bemerkung	Schutztubus			
VE	5	6		

Mini-Körbchen

Modell	FG-55D	FG-51D	FG-52D	STERILE	2
Bestell-Nr.	026746	026740	026741		
Arbeitskanal	1,2 mm	1,2 mm	1,2 mm		
Arbeitslänge	1150 mm	1150 mm	1150 mm		
Körbchendurchmesser	4 mm	11 mm	10 mm		
Eigenschaften	4 Drähte parallel	4 Drähte, gewandelt	3 Drähte, gewandelt		

Mini-Dreigreifer

Modell	FG-54D	FG-36D	STERILE	2
Bestell-Nr.	026742	026793		
Arbeitskanal	1,2 mm	1,2 mm		
Arbeitslänge	1150 mm	1150 mm		
Durchmesser	11 mm	10 mm		

Mini-Fremdkörperschlinge

Modell	FG-56D-1	STERILE	2
Bestell-Nr.	025852		
Arbeitskanal	1,2 mm		
Arbeitslänge	1150 mm		
Eigenschaften	Rattenzahn		

Jetzt neu: Alle Instrumente für die Bronchoskopie in einer Broschüre

Sie wollen auch die übrigen Endo-Therapie-Instrumente von Olympus für die Bronchoskopie kennen lernen? Dann bestellen Sie bitte einfach die abgebildete Broschüre bei uns unter **Tel.: 040 23773-777.**

Dort finden Sie die komplette Palette an Zubehör für die klinische Pneumologie von der Biopsiezange und TBNA-Nadeln über die Instrumente zur Fremdkörper-Extraktion bis hin zum hochwertigen HF-Zubehör.



Schlank genug für die Kleinsten

Die extrem dünnen Olympus-Endoskope sind ideal für den behutsamen Einsatz nicht nur bei Kindern

Chronische Bauchschmerzen, Säuglingscolitis, Fremdkörper im Bronchial- oder Gastrointestinaltrakt, Klein- und Kleinstkinder haben oft mit besonderen Indikationen zu kämpfen. Gut, dass die modernen Olympus-Endoskope für die Einsätze in Gastro- und Duodenoskopie, Coloskopie und Bronchoskopie höchste Bildqualität bei schlanksten Durchmessern bieten. Diagnose und Therapie im pädiatrischen Einsatz sind so problemlos möglich. Hier ein Überblick über die schmalen und doch so funktionsstarken Instrumente.

BF-3C160: Klare Bilder aus der Lunge

Der Blick in Lunge und Bronchien tut auch in der Pädiatrie bisweilen not. Erleichtert wird die oft schwierige Diagnose bei Kindern durch ultraschlanke Olympus-Video-Bronchoskope wie das BF-3C160. Mit einem Durchmesser von 3,8 mm, kurzem starren Distalende und kleinem Abwinkelungsradius erreicht es auch bei Erwachsenen Teile der Lunge, die bis dahin überhaupt nicht zugänglich waren. Sein CCD-Farbchip liefert dabei kristallklare Videobilder mit hervorragender Auflösung. Seine Arbeitslänge von 600 mm sorgt für erleichtertes Handling.



EXERA Video-Bronchoskop BF-P160

BF-XP160F: Bis in entfernteste Bronchien

Wenn es noch weiter gehen soll, etwa in die entlegenen Regionen der Bronchien, ist das BF-XP160F die perfekte Wahl. Das Hybrid-Bronchoskop verknüpft die Vorzüge eines schlanken Fiberskops mit der Bildqualität eines Videoskops. Der CCD-Chip ist in das Bedienteil eingebaut und ermöglicht so einen extrem geringen Durchmesser von nur 2,8 mm, während er aber andererseits größere, hellere und schärfere Bilder liefert. Sein verbesserter Biegeradius hilft dem Untersucher außerdem, auch periphere Winkel der Lunge zu erreichen. Zusätzlich ist das Fibervideo-Bronchoskop mit einem 1,2 mm großen Arbeitskanal ausgestattet.

BF-P180: Mehr entdecken dank NBI

Das topaktuelle EVIS EXERA II Video-Bronchoskop BF-P180 setzt in punkto Diagnose neue Maßstäbe. Seine exzellente Bildqualität wird durch die neue Technologie NBI (Narrow Band Imaging) noch ergänzt. Diese elektronische Strukturverstärkung entdeckt vorher



GIF-N180 im Vergleich zu einem konventionellen Gastroskop

nicht erkennbare Unregelmäßigkeiten im Gewebe und stellt sie detailliert dar. Bei schlankem Design von nur 4,9 mm Durchmesser wartet es mit einem großzügigen Arbeitskanal von vollen 2,0 mm auf, der z.B. für die Verwendung von HF- oder Laserinstrumenten geeignet ist. So sind auch die Ärzte in der pädiatrischen Pneumologie perfekt ausgestattet für gründlichste Diagnosen und aktuellste Therapieformen.

GIF-N180: Transnasal für mehr Komfort

Sie sind dünn, sie sind Hightech, sie liefern gestochen scharfe Bilder – die schlanken Videoskope von Olympus. Einer ihrer Einsatzorte ist die pädiatrische Gastroenterologie. Für Indikationen wie etwa chronische Bauchschmerzen, für die auch im Kindesalter eine Gastritis mit oder ohne Helicobacterbesiedelung

sowie Ulcera ventrikuli oder duodeni verantwortlich sein können, bietet sich die Endoskopie an.

Dank hochminiaturisierter Farb-CCD-Chips eignet sich das ultradünne Olympus Video-Gastroskop GIF-N180 nicht nur perfekt für neugeborene und Kleinstkinder, sondern auch für transnasale Gastroskopien. Mit nur 4,9 mm Außendurchmesser ist es sogar für die transnasale Intubation ohne Sedierung geeignet. Dazu Prof. Horst Neuhaus, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, über die Ergebnisse seiner Studie: „Dieses dünne Instrument kann, wie bei der Video-Endoskopie der Atemwege, durch die Nase eingeführt werden. Unser Ziel dabei ist, den Patientenkomfort während der Untersuchung zu erhöhen, indem der Würgereiz reduziert und die Sedierung seltener erforderlich wird.“

PJF-160: Für die ERCP bei Klein- und Kleinstkindern

Durch die Verwendung eines ebenfalls miniaturisierten Farb-CCD-Chips ist der Außendurchmesser des EXERA Duodenoskops auf nur 7,5 mm „heruntergeschraubt“. Der Arbeitskanal von 2,0 mm Durchmesser erlaubt dennoch die Probenentnahme oder die Sondierung der Papille.

PCF-Q180AI/L: Extrem vielseitiges Coloskop

Mit dem PCF-Q180 AI/L hat der Untersucher ein schlankes Instrument mit überragenden Eigenschaften. Die Qualität der bildschirmfüllenden Aufnahmen erreicht ein Niveau, das bislang nur bei rein diagnostischen Geräten üblich war, und doch ist das Video-PCF mit einem großen Instrumentierkanal von 3,2 mm und einem zusätzlichen Spülkanal ausgestattet. Allzeit klare Sicht, gestochen scharfe, naturgetreue Videobilder und ein riesiger Handlungsspielraum zeichnen das in zwei verschiedenen Längen erhältliche PCF-Q180 AI/L aus.



Zusätzlicher Spülkanal des PCF-Q180 sorgt für allzeit freie Sicht

Mit seinem geringen Außendurchmesser (s. Tabelle unten) eignet sich dieses neue Gerät sowohl für den Einsatz bei Kindern als auch für stenosierte Passagen in einem erwachsenen Colon.



PCF-Q180A in zwei Arbeitslängen von 1,33 und 1,68 m



Das ergonomische Kontrollteil des PCF-Q180A

Technische Spezifikationen	GIF-N180	PJF-160	PCF-Q180AI/L	BF-3C160	BF-XP160F	BF-P180
Blickwinkel	120°	100°	140°	120°	90°	120°
Blickrichtung	Geradeaus	Geradeaus	Geradeaus	Geradeaus	Geradeaus	Geradeaus
Schärfenbereich	3-100 mm	2-60 mm	3-100 mm	3-100 mm	2-50 mm	3-100 mm
Außendurchmesser Distalende	4,9 mm	7,5 mm	11,3 mm	3,8 mm	2,8 mm	4,9 mm
Außendurchmesser Einföhrungsteil	4,9 mm	7,5 mm	11,5 mm	3,8 mm	2,8 mm	4,9 mm
Abwinkelungsbereich	Oben 210°, unten 120°	Oben 120°, unten, rechts, links 90°	Oben, unten 180°, rechts, links 160°	Oben 180°, unten 130°	Oben 180°, unten 130°	Oben 180°, unten 130°
Arbeitslänge	1100 mm	1235 mm	L: 1680 mm I: 1330 mm	600 mm	600 mm	600 mm
Gesamtlänge	1420 mm	1555 mm	L: 2005 mm I: 1655 mm	870 mm	870 mm	870 mm
Instrumentierkanal	2,0 mm	2,0 mm	3,2 mm	1,2 mm	1,2 mm	2,0 mm
Scope ID-Funktion	Ja	Ja	Ja	-	-	Ja

Die pädiatriegeeigneten Olympus-Endoskope im Überblick

Fortbildung 2006 in der Schweiz

Die Veranstaltung für das Endoskopiepersonal

Auch 2006 fanden wieder Fortgeschrittenenkurse und Hygienekurse für Endoskopiepersonal in Volketswil bei der Firma Olympus Schweiz AG statt in Kooperation mit der Firma Ecolab und der Universitätsklinik Basel, Spezialabteilung Endoskopie, für Gastroenterologie und Pneumologie. An den zwei „Fortgeschrittenenkursen Endoskopie“ und an den zwei Hygienekursen nahmen ca. 80 Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Endoskopie-Abteilungen – sowohl Praxen wie Spitälern – aus der Schweiz teil.

Fortgeschrittenenkurs Endoskopie

Die Entwicklung moderner und immer komplexerer Verfahren macht es notwendig, zur Sicherheit von Patient und Endoskopieassistentenpersonal Abläufe rational zu definieren und in einzelne standardisierte Schritte aufzutrennen. Es hat sich erwiesen und bestätigt, dass die Unterscheidung in patientenspezifische und untersuchungsspezifische Empfehlungen (Theorie und Praxis) sinnvoll und hilfreich ist. Unter Berücksichtigung der internationalen Literatur, wurden praxisrelevante Empfehlungen für einzelne Endoskopieverfahren Schritt für Schritt definiert und in „Hands-on Trainings“ praktisch umgesetzt.

Die interessanten themenspezifischen Fachvorträge waren hervorragende Grundlagen für nachfolgende praktische Übungen in zwei Arbeitsgruppen. Dabei wurden endoskopische Techniken an selbstgebaute Plastikmodellen durchgeführt. Während des praktischen Workshops kam es zu einem regen Meinungsaustausch der TeilnehmerInnen.

Dieses Jahr wurde der praktische Workshop ERCP etwas verändert: Die Teilnehmer mussten sich bei der Anmeldung entscheiden, ob sie Anfänger oder Fortgeschrittene sind. Durch diese Aufteilung blieben die Workshopteilnehmer für ca. 2,5 Std. an einem Arbeitsplatz, so wurde man dem Fokus „Anfänger / Fortgeschrittener“ der einzelnen Teilnehmer besser als in der Vergangenheit gerecht.

Hygienekurs für Endoskopiepersonal

Durch Qualitätsempfehlungen in der Endoskopie für die Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und Zubehör, Richtlinien und Vorschriften ist vor lauter Bäumen oft der Wald nicht mehr sichtbar. Dem wurde abgeholfen mit den Kursen: Hygiene in der Endoskopie, Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und Zubehör. Letztgenannter richtet sich an Assistenzpersonal, das mit flexiblen Endoskopen arbeitet und sich solche tagtäglichen Fragen stellen muss.

Die interessanten fachspezifischen Vorträge dienten als sehr gute Grundlagen für nachfolgende praktische Übungen in den Arbeitsgruppen.

Die vielen Rückmeldungen und die sehr langen Wartelisten der jeweiligen Kurse spiegeln den großen Einsatz und die Kompetenz der Tutoren sowie die logistische, materielle, personelle und räumliche Unterstützung der Firma Olympus positiv wider. So ist es kein Wunder, dass die Reihe wegen großer Nachfrage

von Michael Ortmann
Endoskopiefachpfleger
Fort-/Weiterbildung
„D-CH“, SVEP/ASPE und
Universitätsspital Basel
Spezialabteilung
Endoskopie
Petersgraben 4/1
CH-4031 Basel
Tel. +41 61 265 57 24
Fax:+41 61 265 24 05
e-Mail: ortmanm@uhbs.ch



fortgesetzt wird. Die einzelnen Fortbildungsthemen 2007 werden demnächst bekannt gegeben unter www.olympus.ch.

Für Anmeldungen zum „Fortgeschrittenenkurs und Hygienekurs für Endoskopiepersonal“ 2007 wenden Sie sich bitte an:

Olympus Schweiz AG
Katharina Seiler
Administration Endoskopie
Olympus Schweiz AG
Chriesbaumstrasse 6
CH-8603 Volketswil
Telefon: +41 1 947 66 67
Fax: +41 1 947 66 54
e-Mail: katharina.seiler@olympus.ch

Ihre Kontaktpersonen am Universitätsspital Basel sind:

Michael Ortmann, Endoskopiefachpfleger
Fort-/Weiterbildung „D-CH“, SVEP/ASPE
und Universitätsspital Basel
Spezialabteilung Endoskopie
Petersgraben 4/1
CH-4031 Basel
Tel. +41 61 265 57 24
Fax:+41 61 265 24 05
E-Mail: ortmanm@uhbs.ch

Eric Pflimlin, Abteilungsleiter
Präsident SVEP/ASPE
Universitätsspital Basel
Spezialabteilung Endoskopie
Petersgraben 4/1
CH-4031 Basel
Tel. +41 61 265 51 78
Fax:+41 61 265 24 05
E-mail: epflimlin@uhbs.ch

Endo-Sonographie Grundlagen- und Aufbau-Intensivkurse

2007 nur noch wenige Plätze frei, jetzt für 2008 vormerken

Im Winter 2006/2007 starten erstmalig eintägige Intensivkurse zur Endo-Sonographie, die angesehene Spezialisten in Kooperation mit der Olympus Endoskopie-Akademie in folgenden ausgewählten Trainingszentren durchführen:



EUS Grundlagen-Intensivkurse

09.03.2007, Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital
Kursleitung Dr. med. Wolfram Bohle in Kooperation mit Dr. med. Andreas Schäfer, Alfried Krupp Krankenhaus, Essen

12.10.2007 Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg
Kursleitung PD Dr. med. Siegbert Faiss

09.11.2007 Klinik Essen Süd
Kursleitung Prof. Dr. med. Michael Rünzi in Kooperation mit PD Dr. med. Stephan Hollerbach, AK Celle und Dr. med. Andreas Schäfer, Alfried Krupp Krankenhaus Essen

07.12.2007 Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital
Kursleitung Dr. med. Wolfram Bohle in Kooperation mit PD Dr. med. Stephan Hollerbach, AK Celle

EUS Aufbau-Intensivkurse

12.01.2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Kursleitung Prof. Dr. med. Stefan Seewald

19.02.2007 SRH Wald-Klinikum Gera
Kursleitung PD Dr. med. habil. Uwe Will

01.06.2007 Allgemeines Krankenhaus Celle
Kursleitung PD Dr. med. Stephan Hollerbach in Kooperation mit Prof. Dr. med. Michael Rünzi, Kliniken Essen Süd

Das Kurskonzept basiert bewusst auf starkem Praxisbezug. Die auf maximal 12 Teilnehmer limitierten EUS-Intensivkurse sind für das komplette Jahr 2007 bis auf wenige Ausnahmen schon ausgebucht. Falls Sie sich noch kurzfristig um eine Teilnahme bewerben wollen oder aber Interesse an einer Teilnahme im Jahr 2008 haben, wenden Sie sich bitte an die Olympus Endoskopie-Akademie unter:

Tel.: 040/23773-5433, Fax: 040/23773-230 oder e-Mail: endoskopie-akademie@olympus.de

Endoskopische Submukosa Dissektion (ESD)

Lehrreicher, praxisorientierter Workshop in Erlangen beschert Ihnen 14 CME-Punkte

Mit der Entwicklung der hochauflösenden Endoskope hin zu Zoom, NBI, HDTV oder Endomikroskopie rückt die Erkennung und Abtragung von Frühkarzinomen immer stärker in den Fokus der Endoskopie. Anfang der 1990er Jahre gesellte sich zur bis dato ausgeübten Strip Biopsy die in Japan entwickelte Mukosaresektion mit Kappe (EMRC). Schnell kristallisierten sich nach den Erfolgen der Technik auch ihre Limitationen heraus: Größere Läsionen können nur in piece meal Technik abgetragen werden. Dies bedeutet im Zweifelsfall onkologisch unsauberer Arbeit. Zudem weisen japanische Studien auf eine höhere Rezidivrate nach piece meal resection hin. Abhilfe kann hier, als jüngste Variante der EMR, die endoskopische Submukosa Dissektion schaffen. Zur Übung dieser neuen Technik findet am 25. und 26.01.2007 in Erlangen ein interessanter Workshop statt.

Mit ESD-Messern größere Resektion möglich

Verschiedene neue elektrochirurgische Messer ermöglichen nun die en bloc Resektion großer Läsionen. So herausfordernd und viel versprechend die ESD

auch ist, sie birgt gewisse Risiken vor allem beim ungeübten Anwender. Besonders hervorzuheben sind hier die Blutung und die Perforation. Um die Technik einerseits zu verbreiten und Anwender im Umgang sicher zu machen,

aber auch andererseits die Beherrschung von Komplikationen zu verinnerlichen, bietet Olympus jetzt den Workshop Endoskopische Submukosa Dissektion an. Neben einleitenden Vorträgen steht vor allem das Üben am Erlanger Endo-

Trainer im Vordergrund dieses Workshops. Anwender lernen den Umgang mit IT-Knife, Flex-Knife, Hook-Knife und TT-Knife sowie den sinnvollen Einsatz von speziellen Hot Biopsy Zangen zur Hämostase.

Workshop: Termin & Inhalte

Der Workshop richtet sich an fortgeschrittene Endoskopiker mit Erfahrungen in der EMR.

Donnerstag, 25. Januar 2007

12:00 – 13:00 Imbiss
 13:00 – 13:10 Begrüßung und Einführung
 13:10 – 13:40 Indikationen und Kontraindikationen ESD
 Warum ESD?
 Abgrenzung zur EMR
 13:40 – 14:20 Instrumentengerechte HF-Einstellungen
 Unterschied Schneide-, Koagulationsmodus
 14:20 – 14:45 ESD - Techniken und Instrumente
 14:45 – 15:00 Kaffeepause und Gruppeneinteilung
 15:00 – 18:00 Hands on am Erlanger Endo-Trainer
 19:30 Abendessen

Freitag, 26. Januar 2007

9:00 – 12:30 Hands on am Erlanger Endo-Trainer
 10:00 – 10:30 Kaffeepause
 12:30 – 13:00 Komplikationsmanagement: Umgang mit Perforationen und Blutungen
 13:00 – 13:30 Das Follow-up nach ESD
 13:30 – 14:00 Schlussbemerkungen / Diskussion
 14:00 Mittagessen

Die Referenten

Prof. Dr. med. Joachim Arnold
 II. Medizinische Klinik
 Diakoniekrankenhaus
 Elise Averdieck-Str. 26
 27342 Rotenburg / Wümme
 PD Dr. med. Siegbert Faiss
 III. Medizinische Klinik
 Gastroenterologie / Hepatologie
 Asklepios Klinik Barmbek
 Rübenkamp 220
 22291 Hamburg
 Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Michael Heinerman
 Abteilung für Interventionelle und Laserendoskopie

Landesklinik / Universitätsklinik für Chirurgie
 Müllner Hauptstraße 48
 5020 Salzburg

Jürgen Raiser
 ERBE Elektromedizin GmbH
 Waldhörnlestraße 17
 72072 Tübingen

Nehmen Sie sich die Zeit. Lassen Sie sich in einem ausgewählten Kreis praktizierender Endoskopie-Experten mit der Technik der ESD vertraut machen. Nutzen Sie die Gelegenheit zum intensiven praktischen Training in entspannter Atmosphäre mit der ausgiebigen Möglichkeit fachlicher Diskussionen. Um Seminarorganisation, Ihre Verpflegung und Übernachtung kümmern wir uns. Sie müssen nur Ihre Anreise selbst arrangieren.

Die Teilnahmegebühr beträgt 250,- € inklusive Übernachtung im Dorint Novotel, Verpflegung während des Workshops und Abendessen in einem urigen Restaurant in Erlangen.

Wer vorab Fragen hat oder sich anmelden will, ruft bitte Barbara Opalka unter der Telefonnummer 040/23773-145 oder mobil unter 0170/9262771 an.

13. Essener Workshop Praktische Gastroenterologie

Mit Trainingskurs für Assistenzpersonal am 26. Januar 2007 von 9.00 – 17.00 Uhr

In Zusammenarbeit mit den Kliniken Essen Süd und dem Universitätsklinikum Essen wird auch Ende Januar 2007 wieder der bei Anwendern aus der Region Rhein und Ruhr so beliebte wie anerkannte 13. Essener Workshop zum Thema praktische Gastroenterologie stattfinden.

Den TeilnehmerInnen werden anhand

von Live-Untersuchungen und Kurzreferaten alte und neue Techniken der interventionellen Endoskopie nähergebracht.

Für besondere Praxisnähe ist durch die Verwendung des Erlanger Modells gesorgt, an dem alle endoskopischen Interventionen realitätsnah eingeübt werden können.

Die ausgewählten Schwerpunkte bein-

halten in diesem Jahr neben den Interventionen am Gallengang die EMR und ESD von Frühkarzinomen sowie die Diagnose und Therapie von gastrointestinalen Blutungen mittels Doppelballonendoskopie. Da die Qualität der interventionellen Endoskopie auch wesentlich von der Qualität der Assistenz abhängt, ist der Workshop erneut auch für Ihr Assistenzpersonal ausgelegt.

Hier das Programm:

Endoskopie	Hörsaal/Vorträge	Hörsaal: Erlanger Modell
	9.00 – 9.10 Uhr Begrüßung und Gruppeneinteilung	
	9.10 – 9.25 Uhr NBI versus Chromoendoskopie	
	9.25 – 9.40 Uhr Frühkarzinome, EMR, ESD	
9.45 – 12.00 Uhr ERCP, IDUS, NBI, Cholangioskopie, Chromoendoskopie, Zenkerdivertikel Live- Demonstrationen		9.45 – 12.00 Uhr Interventionelle Endoskopie, Training am Erlanger Modell: Blutstillungs- techniken am oberen GI, ESD, EMR Übungen in Kleingruppen am Schweinemagen
12.00 – 13.00 Uhr Mittagspause		

Veranstaltungsort

Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Klinik für Innere Medizin I und Kardiologie, Alfred Krupp Krankenhaus, Alfred-Krupp-Str. 21, 45117 Essen Tel. 0201 / 434 - 1

Kostenbeitrag

125,00 Euro, Assistenzpersonal frei

Endoskopie	Hörsaal/Vorträge	Hörsaal: Erlanger Modell
	13.00 – 13.15 Uhr Interventionelle Endoskopie: Zenkerdivertikel, Stentanlage bei Klatskin-Tumoren	
	13.15 – 13.30 Uhr KM-Sonographie	
	13.30 – 13.45 Uhr EUS-FNA, Pankreas	
	13.45 – 14.00 Uhr Doppelballon- endoskopie, Kapselendoskopie	
14.00 – 16.30 Uhr EMR, EUS-FNA, Kapselendoskopie, Doppelballon- endoskopie Live- Demonstrationen		14.00 – 16.30 Uhr Interventionelle Endoskopie Training am Erlanger Modell: Blutstillungs- techniken am oberen GI, ESD, EMR Übungen in Kleingruppen am Schweinemagen

Anmeldung

Dr. med. Andreas Schäfer, Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Klinik für Innere Medizin I und Kardiologie, Alfred Krupp Krankenhaus, Alfred-Krupp-Str. 21, 45117 Essen Tel. 0201 / 434 - 2621 Fax 0201 / 434 - 2392, e-Mail: andreas.schaefer@krupp-krankenhaus.de

08.-09. Dezember 2006 

München

5. Gastro Forum München

Informationen: Medconnect GmbH, München, Tel: 089/4141-9240, e-Mail: Rietta.Schoenberger@medc.de, www.gate-endoskopiekurse.de

12.-13. Januar 2007 

Linz

Interventionelle Endoskopie - Eine Herausforderung

Informationen: Allgem. Öffentliches Krankenhaus der Elisabethinen, Linz, Tel: 0732/7676-4000

18.-20. Januar 2007 

Hemer

8. Workshop Thorakale Endoskopie

Informationen: Frau Liebschwager, Frau Reichle, Lungenklinik Hemer, Tel: 02372/908-2540, 908-2201, e-Mail: workshop@lkhemer.de

25.-27. Januar 2007 

Ballenstedt

14. Fortbildungsseminar Thorakale Endoskopie

Informationen: OÄ Dr. Med. B. Wagener Tel: 039483/700, e-Mail: dr.Wagener@lungenklinik-ballenstedt.de

28. Januar 2007 

Stuttgart

Endoskopie-Seminar anlässlich 42. Kongress der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Informationen: Frau Münst, Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Tel: 0711/76981-570, e-Mail: muenst@baek-nw.de

02.-03. März 2007 

Erlangen

28. Erlanger Fortbildungskurs für Endoskopieschwester und -pfleger

Informationen: Diana Hofmann, Kongress-Sekretariat der medizinischen Klinik 1 der Universität Erlangen, Tel: 09131/85-33374, e-Mail: diana.hofmann@med1.imed.uni-erlangen.de

OLYMPUS informiert

Herausgeber:
Olympus Deutschland GmbH
Medizinische Endoskopie
Wendenstraße 14-18, 20097 Hamburg

Redaktionsleitung (v.i.S.d.P):
Barbara Opalka, Produktmanagerin
Endo-Therapie-Instrumente,
Barbara.Opalka@olympus.de

Verantwortlicher Redakteur bei
Olympus Deutschland GmbH, Hamburg:
Jürgen Lorenzen,
Kundenbetreuung Endoskop-Service
Juergen.Lorenzen@olympus.de

Verantwortlicher Redakteur bei
Olympus Austria GmbH, Wien:
Christoph Dobay, Regional Vertriebsleiter
Christoph.Dobay@olympus.at

Verantwortliche Redakteurin bei
Olympus Schweiz AG, Volketswil:
Gabriele Treichler,
Division Manager Medical Systems
Gabriele.Treichler@olympus.ch

Verantwortlicher Redakteur bei der plus2 GmbH:
Robert Timmerberg: rt@plus-2.de
Redaktionelle Mitarbeit: Jens Frantzen,
Pascal Heithorn

Gestaltung plus2 GmbH:
Georg Mede, Ulrich Schumm
Herbert Stecher: hs@plus-2.de

Lithografie und Druck:
Backes Druck GmbH, 40764 Langenfeld

Diese Kundenzeitschrift von Olympus Deutschland GmbH, Medizinische Endoskopie, ist kostenlos. Über Adressänderungen oder den Wunsch um Aufnahme in den Verteiler unterrichten Sie bitte die Redaktionsleitung: 040/23773-145 oder per e-Mail (s.o.). Namentlich gekennzeichnete Beiträge sind nicht unbedingt identisch mit der Meinung der Redaktion. Beiträge Ihrerseits sind nach Absprache mit der Redaktionsleitung jederzeit willkommen. Wir behalten uns Textkürzungen vor. Für unverlangte Einsendungen von Manuskripten, Fotos, Datenträgern übernimmt die Redaktion allerdings keine Verantwortung. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigungen auch auf Datenträger nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Redaktion und Quellenangabe.

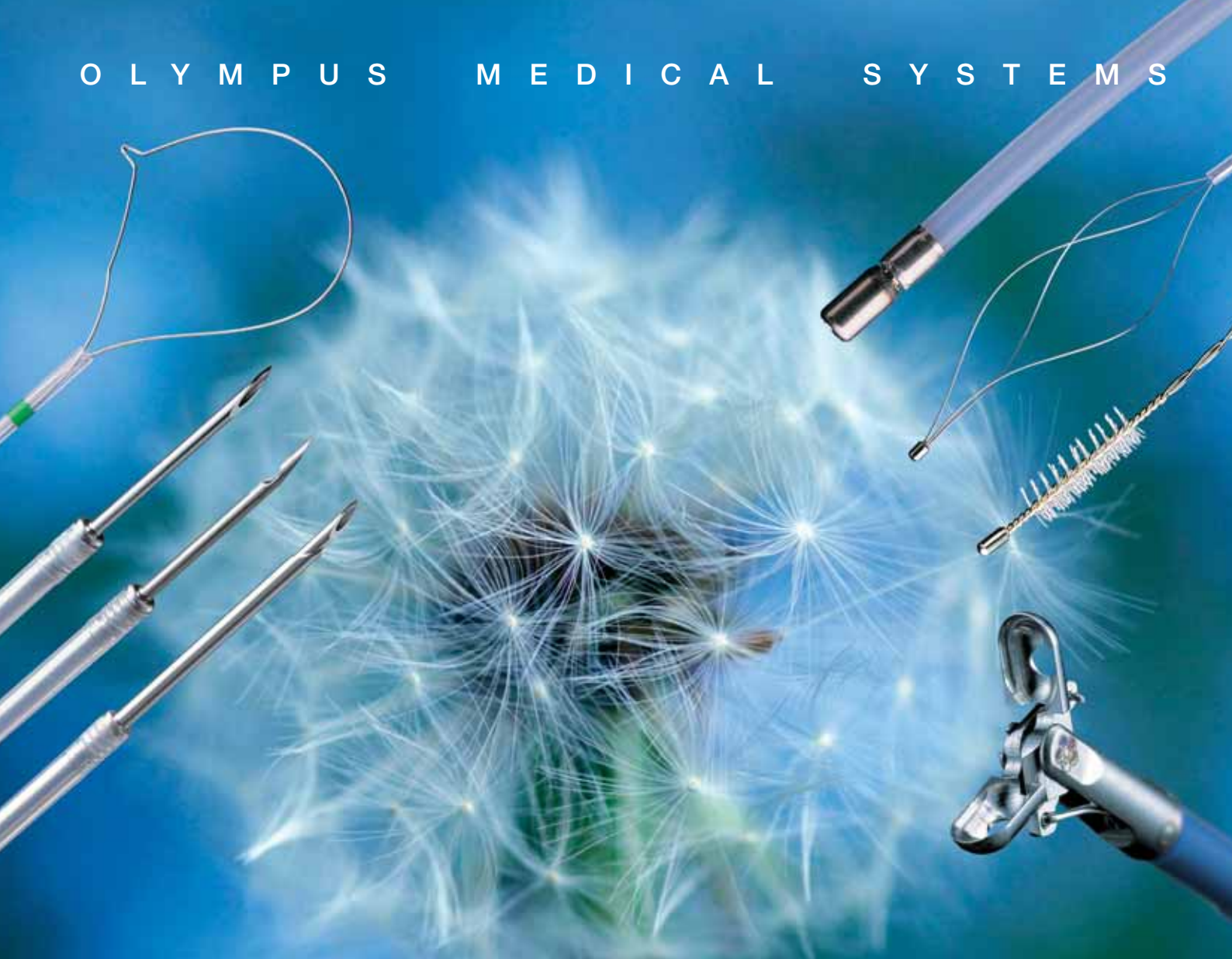
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 06.10.2006

02.-03. März 2007 

Hannover

17. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie e.V.

Informationen: Helga Maybaum, TSM Tagungsservice Lengede, Tel: 05344/2328, e-Mail: info@tsm-online.de



Alles andere als eine Luftnummer: Unser Bronchoskopie-Zubehör

Ab sofort finden Sie für jeden Arbeitsgang in der Bronchoskopie bei Olympus das geeignete Instrument. Machen Sie die Probe aufs Exempel, und lassen Sie sich das umfassende, optimal zu den Olympus

Bronchoskopen passende Zubehör demonstrieren: Ob Spraykatheter für die Lokalanästhesie oder Biopsiezange, ob TBNA-Nadel oder Zytologiebürste, ob Instrumente für die Fremdkörperbergung

oder Minis für die Pädiatrie bis hin zu HF-Zubehör, egal für welchen Zweck, Sie brauchen nur noch einen Ansprechpartner: Olympus.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH
Medizinische Endoskopie
Wendenstraße 14 - 18, D-20097 Hamburg
Tel.: 040 / 23773-777, Fax: 040 / 23773-5775
www.olympus.de

OLYMPUS AUSTRIA GMBH
Shuttleworthstraße 25, A-1210 Wien
Tel.: 01 / 29101-0, Fax: 01 / 29101-226
www.olympus.at

OLYMPUS SCHWEIZ AG
Chriesbaumstraße 6, CH-8604 Volketswil
Tel.: 044 / 947 66 81, Fax: 044 / 947 66 54
www.olympus.ch