

OLYMPUS

Ausgabe 02 | 2021
Medical Endoscopy Group

INFORMIERT

Das Magazin für flexible medizinische Endoskopie.



AUS DER PRAXIS: BERICHT

Aus einer
pneumologischen
„Schaltzentrale“

INTERVIEWS

Lungenkrebsscreening
sowie Lungenemphy-
semregister e. V.

THEMA: BRONCHOSKOPIE

Stellenwert und
Nutzen des EBUS

Einladung zum pneumologischen Rundblick



Im Corona-Jahr 2 bewegt SARS-CoV-2 immer noch unser tägliches Leben und beeinträchtigt vor allem den hoch sensiblen Klinikbereich.

Im Umgang mit dem Virus mussten beispielhaft im pneumologischen Sektor Patienten behandelt oder geschützt, gleichzeitig im Wettlauf mit der Zeit Leitlinien zu Umgang mit und Behandlung von Corona-Patienten erarbeitet und veröffentlicht werden.

Nun ist es mit dem Impffortschritt an der Zeit, einmal Luft zu holen und den Blick zu öffnen für weitere aktuelle pneumologische Themen, die die Bronchoskopiker beschäftigen. Durften wir im vergangenen Jahr lernen, wie schnell Studien und Behandlungskonzepte für den Ausweg aus der Pandemie gesucht und glücklicherweise auch Mittel gefunden wurden, möchte ich heute

Ihre Aufmerksamkeit auf die Diagnostik von Lungenkrebs und die Behandlung des Lungenemphysems lenken. Neben der Nutzen bringenden, mehr als 15jährigen Genese des EBUS, deren Aspekte unser Titelbeitrag von Dr. Axel Kempa bewertet, stellen wir Ihnen die aktuellen Erwartungen an das geplante CT-Screening der Hochrisikogruppen für Lungenkrebs vor. In diesem Rahmen ist mit einer steigenden Zahl peripherer Läsionen zu rechnen, bei deren Diagnostik die Bronchoskopie eine tragende Rolle einnehmen wird. Lesen Sie hierzu das Interview mit Prof. Felix Herth.

Wir beenden den pneumologischen Rundblick mit der Analyse des Berliner Lungenemphysemregisters. Im Laufe der 6 Registerjahre haben wir erlebt, wie der ELVR-Hype der frühen 2000er Jahre durch ein schnell verfügbares Zusatzentgelt für Ventile in evidenzbasierte Medizin überführt wurde. Heute können Emphysem-Patienten

viel genauer selektiert und zielgerichtet behandelt werden. Durch Prüfung und Bewertung des G-BA stehen momentan endoskopisch nur Ventile oder die chirurgische Lungenvolumenreduktion für die Therapie des schweren Emphysems zur Auswahl. Ihre Anwendung unterliegt festen Qualitätskriterien. Weitere Methoden werden in neuen Studien auf ihre Wirksamkeit untersucht. Zum gegenwärtigen Stand des Registers haben wir seine Gründer Dr. Christian Grah und Dr. Ralf-Harto Hübner befragt.

Was die aktuelle ‚OLYMPUS informiert‘ sonst für Neuigkeiten und Termine für Sie bereit hält, lesen Sie am besten selbst.

Ihre

Barbara Opalka
Leitung Marketmanagement
Endo-Therapie DACH

DRUCKFRISCH

Interventionelle Endoskopie

Zwei Studienprojekte zu aktuellen Hot topics

Das Evangelische Diakoniekrankenhaus Freiburg hat zwei prospektive Studienprojekte zu aktuell heiß diskutierten Themen in der interventionellen Endoskopie initiiert:










Eroberung des Dünndarms: Das German PowerSpiral-Register

Die Datenlage aus den Pilotstudien zum PowerSpiral-Enteroskop von Olympus zeigt bei vergleichbaren Komplikationen exzellente Raten an kompletten Enteroskopien und kurze Interventionszeiten, die mit den bisher verfügbaren Ballonenteroskopen in dieser Weise nicht möglich waren.

Ob sich diese Ergebnisse auch bei der breiten Anwendung im klinischen Alltag bestätigen und ob dieses System auch bei alternativen Indikationen eine Rolle spielen kann, soll das German PowerSpiral- bzw. GPS-Register klären.

Es handelt sich dabei um eine prospektive Registerstudie mit Einschluss aller PowerSpiral-Untersuchungen in den beteiligten Prüfzentren, d. h. neben der Standardindikation Dünndarmopathie sollen auch Untersuchungen mit den Indikationen ERCP im operativ veränderten Gastrointestinaltrakt und Vervollständigung einer inkompletten, konventionellen Koloskopie eingeschlossen werden.

In dieser Ausgabe

	Aus der Praxis		
	Thema: Bronchoskopie	04	
	Stellenwert und Nutzen des EBUS		
	Organisation der Bronchoskopie	10	
	Lungenemphysemregister e. V. 2021	12	
	Prospektive Beobachtungsstudie (COLDSNAP-1)	25	
	Gefunden im Netz		
	Endoscopy Campus GI Endoscopy for you	14	
	Vier Fragen an...		
	Professor Felix Herth zum geplanten Lungenkrebscreening	15	
	Hygiene		
	Aktualisierung und Normenanpassung ante portas	17	
	Hygienesymposium im Rahmen von ‚Endoskopie live‘	18	
	Maschinelle Aufbereitung in der flexiblen Endoskopie	19	
	Service		
	Das Plus im Service rund um Aufbereitung und Hygiene	20	
	Produkte		
	EXIS X1 für Pneumologen	22	
	Neues semiflexibles Videothorakoskop	24	
	Druckfrisch		
	Felix Burda Award 2021	26	
	Wir über uns		
	Neue Lernplattform für Fortbildungen	27	
	Weiterbildung		
	EBUS-Team-Workshops	28	
	Grund- und Aufbaukurse für die ERCP	29	
	ESD-Workshops	30	
	Kalender und Impressum	31	

Weitere Informationen

Kontakt

Bei Interesse, sich an einer oder an beiden Studien als Prüfzentrum zu beteiligen, kontaktieren Sie bitte:



Dr. Ingo Steinbrück
 Viszeralmedizinisches Zentrum
 Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg
 Wirthstraße 11, 79110 Freiburg, Deutschland



 ingo.steinbrueck@diak-fr.de

Es wird eine Beteiligung von mindestens 10 Prüfzentren angestrebt, als voraussichtlicher Studienstart ist das 4. Quartal 2021 avisiert. Die Laufzeit des Registers ist auf zwei bis drei Jahre ausgelegt.

Kalte Revolution auch bei großen Polypen? Klärung durch die CHRONICLE-Studie

Die Resektion kleiner Polypen mit der kalten Schlinge ist ein seit Jahren etabliertes Verfahren. Potenzielle Vorteile gegenüber der diathermischen Abtragung stellen die Einfachheit der Handhabung sowie ein gegen Null tendierendes Komplikationsrisiko dar. In letzter Zeit gibt es aus einarmigen Studien vermehrt Hinweise, dass diese Vorteile auch bei der Resektion größerer Kolonpolypen Relevanz haben könnten, ohne dass bisher prospektiv-randomisierte Vergleichsstudien zu diesem Thema vorliegen.

Fortsetzung auf Seite 09 →



THEMA: BRONCHOSKOPIE

Bronchoskopie und EBUS

Aktuelles zu Nutzen und Stellenwert des Endobronchialen Ultraschalls

Keine Methode hat die Bronchoskopie, vermutlich die gesamte Pneumologie so rasch und nachhaltig verändert wie die Einführung des Endobronchialen Ultraschalls (EBUS) vor gut 15 Jahren. „EBUS“ ist nachgerade das Synonym für eine gewissenhafte und gründliche diagnostische Bronchoskopie – bei der Diagnostik des Lungenkarzinoms und darüber hinaus.

Hauptgründe für den Erfolg der EBUS-Punktionsbronchoskopie mit konvexem Schallkopf (CP-EBUS) sind der einfache Zugang zu zahlreichen pathologischen Prozessen (intrathorakale Lymphknoten, zentrale Raumforderungen) und die damit verbundene gute diagnostische Ausbeute, aber auch die gesamthafte geringe Komplikationsrate der transbronchialen Nadelaspiration (EBUS-TBNA).



Ein Artikel von:



Dr. med. Axel Tobias Kempa

Chefarzt
SLK-Lungenklinik Löwenstein

Klinik Löwenstein gGmbH
Geißhölzle 62
74245 Löwenstein
axel.kempa@klinik-loewenstein.de



Wegen dieser geringen Komplikationsrate dient die Methode vor allem der Lokalisation der Lymphknoten, um diese dann unter Sicht zu punktieren und eine zytologische oder histologische Klärung herbeizuführen. Werden aber bei diesem Vorgehen die Möglichkeiten der Methode gar unterschätzt?

Der Einsatz des radiären Ultraschalls in Form der Minisonde ist in der Fläche möglicherweise nicht ganz so verbreitet. Der Stellenwert der Minisonde in der Literatur und unserer Praxis als vergleichsweise rasch verfügbares Instrument zur bildgebenden Steuerung transbronchialer Biopsien bei peripheren Herden ist jedoch hoch. Der folgende Artikel gibt eine kurze Übersicht über den aktuellen Stellenwert des Verfahrens.

CP-EBUS: wer braucht wie viel Staging?

Vor Einführung von EBUS und PET/CT glich das Mediastinum beim Lungenkarzinom weitgehend einer Black Box. Die diagnostische Aussagekraft der Computertomographie allein ist ungenügend. Die Mediastinoskopie war Goldstandard zum Ausschluss kontralateraler Lymphknotenmetastasen, wurde aber in der Routine bei eher ausgewählten Patienten mit lokal fortgeschrittenem Lungenkarzinom eingesetzt.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgen noch immer aktuelle Leitlinien für die Diagnostik des Lungenkarzinoms. Sie fordern eine systematische Punktion aller erreichbaren

Lymphknotenstationen, wann immer bildgebend 1. vergrößerte mediastinale Lymphknoten (Wahrscheinlichkeit N2/3-Situation: 60 %) oder 2. vergrößerte hiläre Lymphknoten (Wahrscheinlichkeit N2/3-Situation: 20 – 25 %) oder 3. ein zentraler Tumor (Wahrscheinlichkeit N2/3-Situation: 20 – 25 %) vorliegen.

Ist dies nicht der Fall, liegt die Wahrscheinlichkeit für Lymphknotenmetastasen allerdings immer noch bei 5 bis 10 % [1]. Die Leitlinienadhärenz ist mit weniger als 50 % jedoch mäßig [2]. Welches Vorgehen ist also wirklichkeitsnah, und was ist sinnvoll?

EBUS-B-Mode-Kriterien und Kombination mit PET und CT

Die kanadische Arbeitsgruppe um Kazuhiro Yasufuku hat zunächst einen Lymphknoten-Score nach Ultraschall-B-Mode-Kriterien im EBUS erarbeitet und validiert. Berücksichtigt wurden die Randschärfe der Lymphknoten (scharf begrenzt: 1 Punkt), das Vorhandensein eines Hiluszeichens (fehlendes Hiluszeichen: 1 Punkt), eine mögliche zentrale Nekrose (vorhanden: 1 Punkt) und die Lymphknotengröße (kurze Achse \geq 1 cm: 1 Punkt).

Ergibt dieser Score weniger als zwei Punkte, so ist die Malignitätswahrscheinlichkeit mit 11,7 % gering [3], Bild 1.



1 Canada Lymph Node Score		
Ultrasonographic Features	Benign Features (0 points)	Malignant Features (1 point)
Margins	Indistinct	Well-Defined
Central Hilar Structure	Present	Absent
Central Necrosis	Absent	Present
Small Axis Diameter	<10 mm	≥10 mm

Scores: 0-1 = Low chance of malignancy | 2-4 = High chance of malignancy

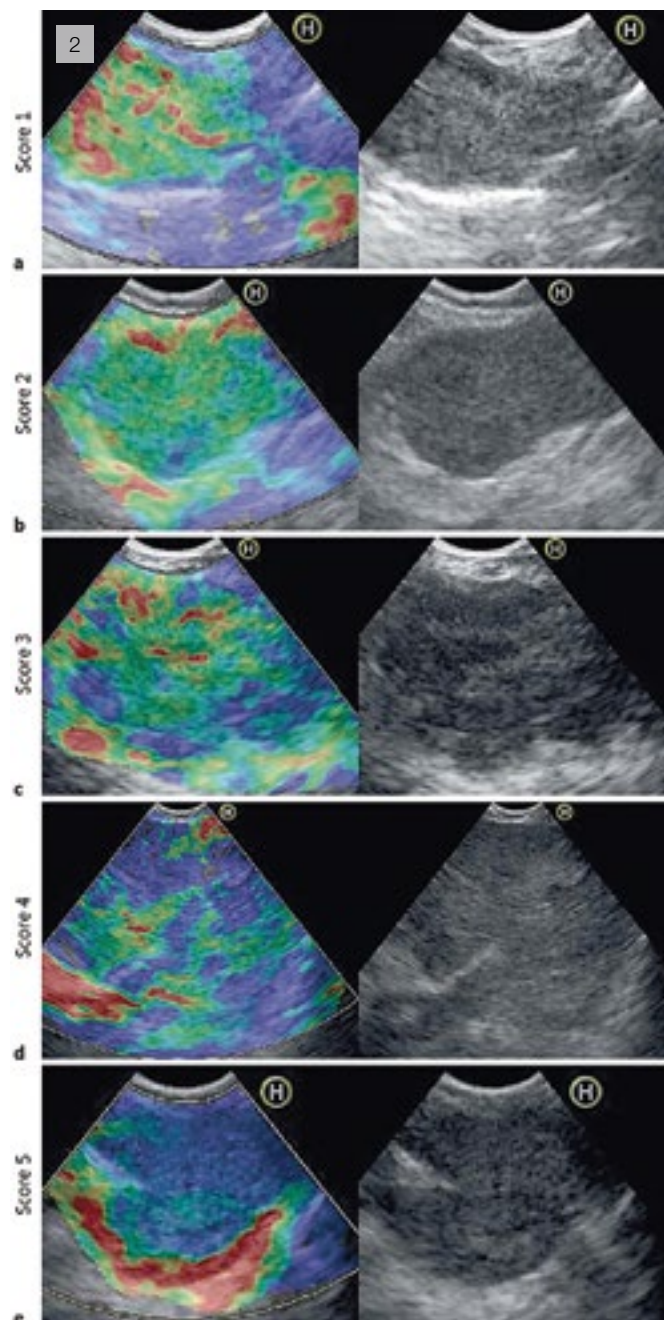
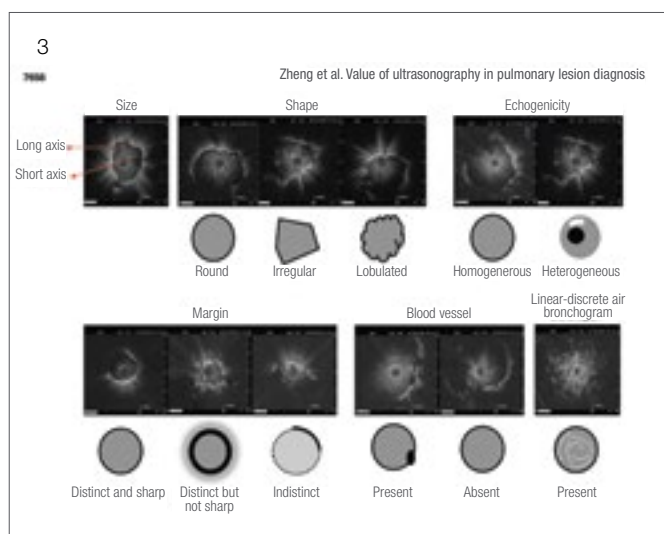


Bild 1: Canada Lymph Node Score. Aus [3 (Hylton DA et al.)]

Nach einfachen sonomorphologischen Kriterien lässt sich ein gut validierter Score erheben und die Wahrscheinlichkeit für Malignität abschätzen

Bild 2: Score zur visuellen Abschätzung der Gewebesteifigkeit intrathorakaler Lymphknoten in der EBUS-Elastographie. Aus [8]

Bild 3: Sonomorphologische Charakteristika peripherer Herde im radiären Ultraschallbild. Aus [6]

In einem weiteren Schritt wurden auch vorliegende PET- und CT-Kriterien einbezogen: ist ein Lymphknoten weder nach CT-, noch nach PET- oder EBUS-Kriterien als maligne anzusehen, so liegt die Wahrscheinlichkeit einer Lymphknotenmetastase bei cN0-Patienten nur bei 5,6% [4].

Auch andere Arbeitsgruppen wählten ähnliche Ansätze und entwickelten Scores aus Ultraschall-B-Mode-Kriterien (z. B. Lymphknotenform, sonomorphologische Heterogenität des Lymphknotenparenchyms, Verkalkungen) und kombinierten diese zum Teil mit PET- und CT-Kriterien – mit ähnlichen Ergebnissen [5, 6, 7], Bild 3.

EBUS-Elastographie

Weitere Informationen über biomechanische Eigenschaften und damit Hinweise auf die Dignität intrathorakaler Lymphknoten bietet die Elastographie. Bei der Elastographie wird die Gewebesteifigkeit in bildgebende Informationen umgewandelt, und zwar qualitativ oder quantitativ. Die Elastographie ist als zuschaltbares Feature bei neueren EBUS-Prozessoren verfügbar. Zahlreiche Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit dem Wert der Methode bei intrathorakalen Lymphknoten im EBUS beschäftigt. Eine Arbeit ermittelte dabei in einer kleineren Serie eine Sensitivität von

85,71 % und Spezifität von 81,82 % (ROC AUC 0,85) für die qualitative Methode und eine Sensitivität von 91,43 % und Spezifität von 72,73 % (ROC AUC 0,82) für die qualitative Methode [8], Bild 2.

Allerdings besteht bei der Elastographie eine nicht unerhebliche Abhängigkeit vom Untersucher. Eine aktuelle Arbeit von Daniela Gompelmann zeigte eine nur mäßige Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Untersuchern [9]. Dennoch trägt zweifelsfrei auch die Elastographie in der Hand des erfahrenen Untersuchers zum Wert einer EBUS-Untersuchung bei.

R-EBUS: was bringt EBUS wirklich bei peripheren Herden?

Der Einsatz des Punktions-Endoskops mit konvexem Schallkopf ist flächendeckend verbreitet. Aber auch die bereits länger verfügbaren Ultraschall-Minisonden mit radiärem Schallkopf (R-EBUS) haben einen exzellent gesicherten Stellenwert in der Literatur – zur Lokalisation peripherer Lungenläsionen vor transbronchialer Biopsie. Dabei nimmt die Technik gewissermaßen eine Zwischenstellung ein: der Einsatz ist aufwändiger als eine transbronchiale Biopsie ohne Durchleuchtung, aber deutlich weniger aufwändig und günstiger als etwa der Einsatz elektro-magnetischer Navigationssysteme.

Bereits 2011 zeigte eine Metaanalyse (16 Studien, 1420 Patienten) eine gepoolte Sensitivität von 0,73 (0,70 – 0,76) [10]. Die Sensitivität ist vor allem abhängig von der Herdgröße, und den gesichertsten Stellenwert hat die Methode vermutlich bei Herden zwischen 2 und 3 cm Größe.

Weitere Faktoren, die die Sensitivität der Herde beeinflusst, ist deren Lage, zuführende Bronchien im CT und die Lokalisation der Sonde im oder am Herd. Auch bei diesen Studien lag der Fokus stets auf der reinen Lokalisation der peripheren Herde und weniger auf der Beschreibung der Ultraschallfunde.

Ähnlich wie bei den intrathorakalen Lymphknoten sind aber auch bei peripheren Läsionen B-Mode-Ultraschall-Eigenschaften der Läsionen von diagnostischem Wert. Eine der Gruppen, die einen Ultraschall-Score für thorakale Lymphknoten entwickelt hatte [6], entwickelte einen ähnlichen Score für periphere Läsionen [11], Bild 3.

Berücksichtigt wurden die Form (lobuliert?), die Grenzen der Läsionen (scharf begrenzt?) sowie Vorhandensein oder Fehlen von Aerobronchogrammen und Blutgefäßen (0 – 4 Punkte). Die Genauigkeit der Vorhersage (diagnostic accuracy) gaben die Untersucher mit 82,76 % an. Die EBUS-Minisonden

sind mittlerweile so dünn, dass der Einsatz in ultradünnen Bronchoskopen möglich ist. Und dies verbessert die Diagnostik. So erhöhte sich die Sensitivität für die Diagnostik sehr kleiner Herde (n = 356, mittlerer Herddurchmesser 19 mm) allein durch die Verwendung eines ultradünnen Bronchoskops (1,7 mm Arbeitskanal) gegenüber der Verwendung dünner Bronchoskope (2,0 mm Arbeitskanal) von 58,7 % auf 70,1 % [12].



Auch für die transbronchiale Kryobiopsie peripherer Herde mit bildgebender Steuerung durch die Minisonde gibt es bereits eine Metaanalyse (9 Studien, 300 Patienten) [13]. Hier lag die Sensitivität der Technik bei 0,77 (0,71 – 0,84), die der Zangenbiopsien war mit 0,72 (0,6 – 0,83) geringer.

Die Rate größerer Komplikationen wurde mit 1,8 % (eine schwere Blutung, 3 x Pneumothorax) angegeben.



Zusammenfassung

Die Überlegenheit des CP-EBUS beruht auf der häufigen Beteiligung zentraler Strukturen bei pathologischen Prozessen, der hohen Sensitivität und des hohen negativ-prädiktiven Wertes der EBUS-TBNA und der Sicherheit der Methode (Punktion aus einem keimarmen Kompartiment, geringe Druckverhältnisse im Lungenkreislauf). Eine sorgfältige Befunddokumentation inklusive sonomorphologischer und ggf. elastographischer Kriterien erhöht die diagnostische Qualität.

Der Einsatz der EBUS-Minisonde ist ein pragmatisches Verfahren der bildgebenden Steuerung bei peripheren Lungenrundherden. Die Stärke des Verfahrens liegt auch in der Kombinierbarkeit mit weiteren Methoden (Durchleuchtung, ultradünne Bronchoskope, transbronchiale Kryobiopsie).

Zusammenfassend ist der endobronchiale Ultraschall nicht nur unverzichtbar. Er ist vielmehr mittlerweile die Basis der bronchoskopisch-pneumologischen Differenzialdiagnostik.



Literatur

- [1] Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, Margolis ML, Gould MK, Tanoue LT, Harris LJ, Detterbeck FC. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e211S-e250S
- [2] Boffa D, Fernandez FG, Kim S, Kosinski A, Onaitis MW, Cowper P, Jacobs JP, Wright CD, Putnam JB, Furnary AP. Surgically Managed Clinical Stage IIIA-Clinical N2 Lung Cancer in The Society of Thoracic Surgeons Database. Ann Thorac Surg. 2017 Aug;104(2):395-403
- [3] Hylton DA, Turner S, Kidane B, Spicer J, Xie F, Farrokhyar F, Yasufuku K, Agzarian J, Hanna WC; Canadian Association of Thoracic Surgery (CATS) Working Group. The Canada Lymph Node Score for prediction of malignancy in mediastinal lymph nodes during endobronchial ultrasound. J Thorac Cardiovasc Surg. 2020 Jun;159(6):2499-2507
- [4] Hylton DA, Kidane B, Spicer J, Turner S, Churchill I, Sullivan K, Finley CJ, Shargall Y, Agzarian J, Seely AJE, Yasufuku K, Hanna WC; Canadian Association of Thoracic Surgery Research Group. Endobronchial Ultrasound Staging of Operable Non-small Cell Lung Cancer: Do Triple-Normal Lymph Nodes Require Routine Biopsy? Chest. 2021 Jun;159(6):2470-2476
- [5] Evison M, Morris J, Martin J, Shah R, Barber PV, Booton R, Crosbie PA. Nodal staging in lung cancer: a risk stratification model for lymph nodes classified as negative by EBUS-TBNA. J Thorac Oncol. 2015 Jan;10(1):126-33
- [6] Zhi X, Wang L, Chen J, Zheng X, Li Y, Sun J. Scoring model of convex probe endobronchial ultrasound multimodal imaging in differentiating benign and malignant lung lesions. J Thorac Dis. 2020 Dec;12(12):7645-7655
- [7] Yamamichi T, Kakihana M, Nitta Y, Hamanaka W, Kajiwara N, Ohira T, Ikeda N. F-18 fluorodeoxyglucose uptake in lymph nodes and sonographic features on endobronchial ultrasonography predict lymph node metastasis in lung cancer patients. J Thorac Dis. 2020 Oct;12(10):5420-5429
- [8] Sun J, Zheng X, Mao X, Wang L, Xiong H, Herth FJF, Han B. Endobronchial Ultrasound Elastography for Evaluation of Intrathoracic Lymph Nodes: A Pilot Study. Respiration. 2017;93(5):327-338
- [9] Gompelmann D, Kontogianni K, Sarmand N, Kaukel P, Krisam J, Eberhardt R, Herth FJF. Endobronchial Ultrasound Elastography for Differentiating Benign and Malignant Lymph Nodes. Respiration. 2020
- [10] Steinfurt DP, Khor YH, Manser RL, Irving LB. Radial probe endobronchial ultrasound for the diagnosis of peripheral lung cancer: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2011 Apr;37(4):902-10
- [11] Zhi X, Wang L, Chen J, Zheng X, Li Y, Sun J. Scoring model of convex probe endobronchial ultrasound multimodal imaging in differentiating benign and malignant lung lesions. J Thorac Dis. 2020;12(12):7645-7655
- [12] Oki M, Saka H, Asano F, Kitagawa C, Kogure Y, Tsuzuku A, Ando M. Use of an Ultrathin vs Thin Bronchoscope for Peripheral Pulmonary Lesions: A Randomized Trial. Chest. 2019 Nov;156(5):954-964
- [13] Sryma PB, Mittal S, Madan NK, Tiwari P, Hadda V, Mohan A, Guleria R, Madan K. Efficacy of Radial Endobronchial Ultrasound (R-EBUS) guided transbronchial cryobiopsy for peripheral pulmonary lesions (PPL's): A systematic review and meta-analysis. Pulmonology. 2021 Jan 10:S2531-0437(20)30266-X



DRUCKFRISCH

GEFUNDEN IM NETZ

Interventionelle Endoskopie

Endoscopy Campus GI Endoscopy for you

Zwei Studienprojekte zu aktuellen Hot topics

Lern- und Informationsplattform für Gastroenterologie-Teams

→ Fortsetzung von Seite 3

Aus diesem Grunde hat Dr. Ingo Steinbrück aus dem Evangelischen Diakonieklinikhaus Freiburg die sogenannte CHRONICLE-Studie (= **C**old vs. **H**ot snare **R**esection **O**f large **N**on-pedunculated polyps In the **C**o**L**o**R**ectum) initiiert, die in einem multizentrischen, prospektiv-randomisierten Design klären soll, ob die Kaltschlingenresektion von nicht gestielten Polypen ≥ 2 cm der Heißschlingenabtragung im Hinblick auf die Komplikations- und Rezidivrate überlegen ist. Die Studie ist bereits Mitte dieses Jahres mit 20 Zentren gestartet.



Im Endoscopy Campus hat sich ein ambitioniertes Team aus jungen und erfahrenen Medizinerinnen zusammengeschlossen, das mit Begeisterung alle relevanten Themen rund um die Endoskopie online jederzeit abrufbar

macht und sich klar zum Netzwerkgedanken dieser Präsenz bekennt. Die Verantwortlichen stehen in engem Kontakt mit nationalen sowie internationalen Fachgesellschaften und kooperieren mit DGVS und DGE-BV. Alle großen deutschen Endoskopie-Live-Veranstaltungen können über diese Plattform per Live-Stream mitverfolgt werden. Thematisch und fachlich gilt der Ansatz, allen Besucherinnen und Besuchern der Seiten die Gelegenheit zu geben, von international renommierten Experten nicht nur neueste Techniken, sondern auch bereits etablierte Verfahren in der Endoskopie zu erlernen. Auch Komplikationen und deren Management werden nicht ausgespart sowie Verhaltenshinweise und rechtliche Konsequenzen dargestellt. Die Initiatoren rufen ausdrücklich zur aktiven Beteiligung durch Einbringen eigener Fälle, Videos oder Komplikationsmanagement auf. So definiert sich die Seite über 3 Säulen: Involve yourself, Inform yourself, Connect yourself.

Die Homepage zeigt sich übersichtlich mit aktuellen Kasuistiken, Trainingsvideos und Klassifikationen. Auch das Menü ‚Literatur‘ hält eine Fülle an Beiträgen vor und wird, wie die anderen Bereiche, stets gefüllt und aktualisiert. Fortbildungsinhalte, die auf den Arbeitsalltag des medizinischen Fachpersonals zugeschnitten sind, finden sich unter dem Stichwort ‚DEGEA‘. Die Deutsche Gesellschaft für Endoskopiefachberufe e. V. bietet mit ‚Fit für Ihre Zukunft in der Gastroenterologie‘ eine Fortbildungsreihe für die Assistenz. Dort werden endoskopische Untersuchungen, aber auch viele verschiedene Aspekte der Assistenz und Patientenversorgung durch bewegte Bilder transparenter und einprägsamer.



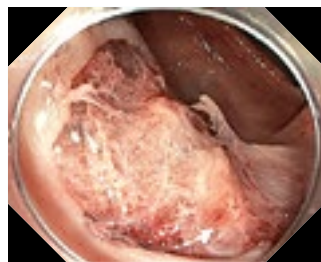
Großer Laterally spreading tumor (LST) granular type im Zökum



Resektionsstelle nach Kaltschlingen-EMR in piece meal-Technik



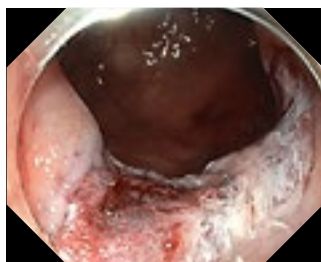
Großer Laterally spreading tumor (LST) nodular mixed type im Aszendens



Resektionsstelle nach Kaltschlingen-EMR in piece meal-Technik



Großer Laterally spreading tumor (LST) non-granular type im Aszendens



Resektionsstelle nach Kaltschlingen-EMR in piece meal-Technik

Webprofil: Endoscopy Campus

Lern- und Informationsplattform

www.endoscopy-campus.com





Organisation der Bronchoskopie

Bericht aus einer „Schaltzentrale“



Ein Artikel von:



Florian Hofsaß

Abteilungsleitung Endoskopie

Gesundheits- und Krankenpfleger für den Endoskopiedienst (DKG)
Technischer Sterilisationsassistent
Lungenklinik Hemer
Theo-Funccius-Straße 1
58675 Hemer
florian.hofsaess@lungenklinik-hemer.de

Soeben wurde der Saal zum vermeintlichen Programmende gereinigt, da kommt die Nachmeldung einer Untersuchung. Deren Ankündigung war am Vortag versäumt worden. Der chirurgische Patient liegt auf, der Untersucher ist informiert, plötzlich steht der internistische Oberarzt in der Tür und besteht darauf, seinen Patienten vorzuziehen, da er gleich eine wichtige Besprechung habe. Der Patient ist seit dem Vorabend nüchtern, hatte aufgrund der anstehenden Untersuchung eine unruhige Nacht, und nun fällt bei der Aktendurchsicht in der Endoskopie auf, dass der Gerinnungswert zu niedrig ist, um den Eingriff gefahrlos vorzunehmen. Welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Endoskopie kennen diese Situationen nicht?

Die Organisation der Endoskopie ist oft eine Herausforderung, selbst wenn

den auftretenden Problemen keine unvorhergesehenen Gegebenheiten oder Notfälle zugrunde liegen. Der Weg zu klaren Ablaufstrukturen ist häufig ein steiniger, doch am Ende lohnt er sich, und das Resultat sind zufriedene Patienten, die Personen, die trotz aller Nebenschauplätze des Alltags den Mittelpunkt unseres Handelns darstellen. Aber auch das Personal, das Planungssicherheit in Bezug auf einen geregelten Feierabend oder freie Tage hat, ist leistungsfähiger, motivierter und leistet qualitativ hochwertigere Arbeit.

Das Gesamtbild der endoskopischen Untersuchung sehen

Eine gute Ablauforganisation schafft die Basis für effektives und wirtschaftliches Arbeiten. Hohe Untersuchungszahlen können generiert und Liegezeiten verkürzt werden. Darüber hinaus wird die Patientensicherheit und Zufriedenheit durch strukturierte Abläufe erhöht, indem relevante Vorbefunde im Vorfeld überprüft, Wartezeiten minimiert oder beispielsweise die Nahrungskarenz verkürzt werden können.

Dem reibungslosen Ablauf liegt eine gute Organisationsstruktur zugrunde, die grundsätzlich immer nur individuell auf die jeweilige Abteilung und Klinik erstellt werden kann. Stütze einer gut funktionierenden und gut organisierten Abteilung ist in erster Linie das Personal. So sollte eine Struktur existieren, mit Hilfe derer die Herausforderungen des Alltags sowohl quantitativ als auch qualitativ zu meistern sind, wie etwa klar zugeordnete Aufgabenbereiche, eine transparente und verlässliche Dienstplangestaltung sowie Einarbeitungs- und Fortbildungsmöglichkeiten. Qualitativ gute Arbeit setzt gut

ausgebildete und eingearbeitete Teams voraus, sowohl ärztliche wie pflegerische.

Zur Ablaufoptimierung haben wir in unserer Klinik versucht, das Gesamtbild der endoskopischen Untersuchung zu sehen. Dies bedeutet eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche, die grundsätzlich mit der Indikationsstellung zur Untersuchung beginnt. So wurde eine Endoskopie-Sicherheits-Checkliste erstellt, die den Patienten von der Indikationsstellung bis zur Rückverlegung auf die Station begleitet. In verschiedenen Blöcken des Formulars werden grundlegende, für die Untersuchung wichtige Bausteine abgearbeitet und mit Handzeichen dokumentiert. Den Beginn macht am Vortag auf der Station die Pflege, welche beispielsweise Einwilligungsbögen an den Patienten aushändigt und die Akte mit allen relevanten Unterlagen und Vorbefunden zusammenstellt. Im nächsten Schritt überprüft der Arzt nochmals die Indikation, einschließlich der Laborwerte und führt die Aufklärung durch, zu der beispielsweise alle erforderlichen Unterschriften gehören. Am Vorabend der Untersuchung stellt die Pflege diese Unterlagen final zusammen, kontrolliert die Vollständigkeit der Unterlagen und überprüft erneut im Sinne eines „Sechs-Augen-Prinzips“ beispielsweise den Gerinnungsstatus. In weiteren Schritten wird der Patient bei Ankunft in der Endoskopie auf seine Identität kontrolliert und grundlegende Unterlagen, Laborwerte und die Nüchternheit geprüft. In dieser Form begleitet die Sicherheits-Checkliste den Patienten weiter durch die Untersuchung, der ein Team-Time-Out unmittelbar vor dem Eingriff zugrunde liegt, um weiteren Sicherheitsaspekten im Sinne der Unversehrtheit des Patienten

nachzukommen. Vitalwertkontrollen, Protokollierung der Rückgabe des Patienteneigentums bis hin zur standardisierten, dokumentierten Entlassung aus der Abteilung runden die Endoskopie-Sicherheits-Checkliste ab.

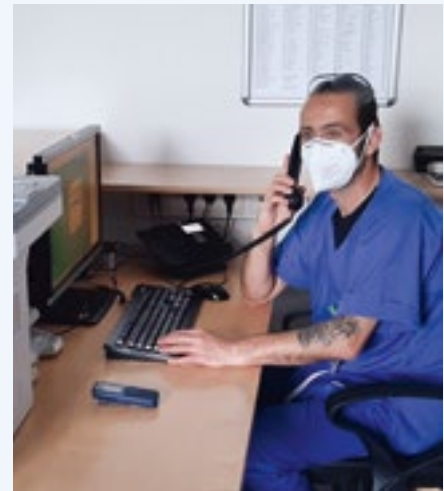
Endoskopieplan von jedem Rechner im Haus einsehbar

Mit diesem System, welches jede Abteilung für sich individuell anpassen kann, wird ein qualitätsmanagementkonformes Instrument geschaffen, um Risiken zu minimieren, die Patienten schaden, aber auch den Programmablauf einer Abteilung erheblich stören können. Ein weiterer wesentlicher Baustein der Ablaufstruktur ist das Anmeldeprozedere, welches digital erfolgt und erste wichtige Informationen zu Untersuchung und Patient enthält. Unterschiedlichen Anmeldeformularen wie beispielsweise zur starren Bronchoskopie sind jeweilige Unterpunkte zugeordnet wie Stenteinlage oder Lasertherapie. Zudem werden Besonderheiten vermerkt, etwa ob vor der Untersuchung noch ein CT laufen oder eine Gerinnungskontrolle erfolgen muss. Das Ziehen farblicher Reiter weist auf hinterlegte Risikofaktoren wie Allergien, Hypertonie oder den Infektionsstatus hin. Diese Informationen helfen den für die Programmplanung Zuständigen einen verlässlichen Ablauf zu generieren, indem sich im Vorfeld Absprachen mit anderen Abteilungen treffen oder Terminierungen anpassen lassen. Die Erstellung des Tagesprogramms erfolgt durch Übernahme der Anmeldung in einen Terminplaner, bei dem die Möglichkeit besteht, die Untersuchung mit weiteren wichtigen Informationen zu versehen. Nach den vorliegenden Informationen werden Reihenfolge und Untersucher festgelegt, wobei der Endoskopieplan von jedem Rechner im Haus einsehbar ist und so auch der interdisziplinären Kommunikation dient.

„Schaltzentrale“ bündelt alle relevanten Informationen an einem Ort

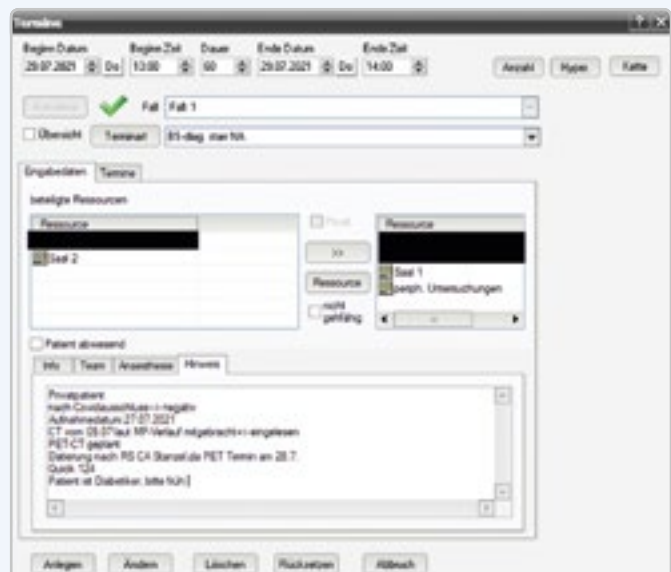
Bei starren, diagnostischen Eingriffen wird im Vorfeld unter anderem

kontrolliert und dokumentiert, ob ein aktuelles CT vorliegt, um den „Worst Case“ zu verhindern, dass dies erst am Tage des Eingriffes auffällt, die Untersuchung nicht adäquat oder gar nicht durchgeführt werden kann und somit ein begehrter Untersuchungsplatz in Narkose wegfällt. Jegliche Absprachen und Besonderheiten werden hier unter Hinweis generell vermerkt, sodass alle Mitarbeitenden der Endoskopie, auf den Stationen, aber auch die Ärztinnen und Ärzte Zugang zu demselben Kenntnisstand haben. Anmeldungen erfolgen in dieser Form am Vortag bis 14:30 Uhr, wobei Notfälle ausgeschlossen sind. Als Höchstgrenze planen wir ca. 25 flexible Bronchoskopien sowie 7 starre Untersuchungen pro Tag. Die Programmplanung erfolgt durch den zuständigen Endoskopiemitarbeiter zeitnah bei Eingang der Anmeldungen, während die Endfassung nach Rücksprache mit dem Chefarzt gegen 14:30 Uhr erstellt wird. Diese Tätigkeit wird in unserer „Schaltzentrale“ ausgeübt, einem wichtigen Baustein für eine gute Organisation. Hier werden Patienten von den Stationen abgerufen und für die Untersuchung vorbereitet sowie im Anschluss überwacht. Diese Koordination des Ablaufs setzt größtmögliches Hintergrundwissen bezüglich Patienten, geplanter Untersuchung aber auch der freien Zeitfenster des Untersuchers voraus. Dieser Arbeitsplatz mit dem zuständigen Mitarbeiter dient als Anlaufpunkt jeglicher Informationen bezüglich der Programmplanung. Der Mitarbeiter ist während des Tagesablaufs Ansprechpartner für die Stationen, Ärzte und Kollegen und somit das Bindeglied zwischen



Peripherie und dem Untersuchungsraum. Eine gute Planung setzt voraus, dass alle relevanten Informationen an einem Ort gebündelt und nicht in der Alltagsroutine in den Untersuchungsräumen nur nebenbei erwähnt werden und somit untergehen.

Umstrukturierungen dieser Art sind oftmals nicht einfach und man stößt gegebenenfalls auf Widerstände. Verlassen allerdings zufriedene Patienten die Abteilung, können Untersucher durch vorherige Absprachen ihre Tagesabläufe besser planen. Und geht die Endo-Assistenz dank transparenter, verlässlicher Dienstplangestaltung pünktlich in den Feierabend, dann war und ist es die Mühe meiner Meinung nach absolut wert.



Informative Hinweisfelder: Es lässt sich beispielsweise vermerken, ob Patienten Diabetiker sind und entsprechend früh im Programm vorgemerkt werden sollen oder ob sie aufgrund ihres Infektionsstatus erst am Programmende eingeplant werden, sodass sie ein kleines Frühstück zu sich nehmen dürfen



Lungenemphysemregister e. V. 2021

„Weltweit außergewöhnliche Kompetenz, die den klinischen Alltag repräsentiert“



Ein Interview mit:



Dr. med. Christian Grah

Leitender Arzt Pneumologie und Lungenkrebszentrum (DKG)

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH
Klinik für Anthroposophische Medizin
Kladower Damm 221
14089 Berlin
Christian.Grah@havelhoehe.de

PD Dr. med. Ralf-Harto Hübner

Pneumologischer Standortleiter Campus Benjamin Franklin

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
Ralf-Harto.Huebner@charite.de

Lungenemphysemregister e. V. ist ein gemeinnütziger Verein für die Therapie des Lungenemphysems, für Qualität und Versorgungsforschung aller Methoden der Lungenvolumenreduktion. Es handelt sich um ein herstellerunabhängiges und intersektorales Register für die Therapie von COPD-Patienten mit schwerem Lungenemphysem. In der Region Berlin-Brandenburg gegründet, haben sich inzwischen bundesweit Lungenabteilungen mit endoskopisch interventionell tätigen Internisten bzw. Pneumologen und Thoraxchirurgen in dem Verein zusammengefunden. Dessen Ziele sind unter anderem, die neuen Behandlungsmethoden auf höchstem Niveau anzubieten und in dem gemeinsamen Register bundesweit zu dokumentieren sowie gemeinsame Forschungsprojekte zu realisieren.

Nach einem ersten Interview in Ausgabe 2-2019 der ‚OLYMPUS informiert‘ berichten zwei der Mitgründer Lungenemphysemregister e. V. über die Fortschritte.

Sie haben das Lungenemphysemregister e.V. 2015 ins Leben gerufen. Wie viele Patienten wurden seitdem behandelt?

PD Dr. Hübner

Wir sind inzwischen auf fast 20 Zentren im gesamten Bundesgebiet gewachsen und haben insgesamt über 500 Patienten in das Lungenemphysemregister einschließen können. Nach einer kleinen Delle in den Einschlüssen während der Corona-Pandemie, sehen wir aktuell wieder einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen

Wie ist das Outcome der Patienten?

Dr. Grah

Vorausgeschickt sei, dass unsere Versorgungsforschungsdatenbank auch eine Datenbank des Wissens sein will, die weiter wächst. Die Auswertungen vom letzten Jahr betrachtet, ist klar, dass beide Kernmethoden, mit denen wir arbeiten, die chirurgische Lungenvolumenreduktion (LVR) und die endoskopische Lungenvolumenreduktion (ELVR) mit Ventilen, signifikante Ergebnisse bezogen auf unsere Kernparameter Lungenfunktion, Belastbarkeit und Lebensqualität abgeben. Demnach haben wir eine Bestätigung der randomisierten Studien in der Versorgungsforschungsdatenbank und auch in der Größenordnung, die wir aus Studien kennen. Wir können dadurch eine Ausgangsposition benennen, dass unsere Datenbank weitere Daten liefern wird, die eine Outcome-Beurteilung in einem bestimmten, verlässlichen Gleichmaß zu den RCT-Studien abgeben. Diese Erkenntnis ist wichtig, weil wir bisher durchaus berechtigte Fragen gestellt bekommen haben, ob uns die Arbeit weiterbringt hinsichtlich eines Wissenszugewinns beim Vergleich der Versorgungsforschung mit randomisierten Studien. Die Antwort lautet: Der Outcome unserer Patienten, also Lebensqualität, Belastbarkeit und Lungenfunktion, ist signifikant positiv, und es sind wissenschaftlich verwertbare Daten.

Was haben Sie aus der Arbeit am Register für die Emphysemtherapie gelernt?

PD Dr. Hübner

Wir haben zwei wesentliche Sachen gelernt: Zum einen, dass die LVR in real life funktioniert. Am Anfang waren wir besorgt, ob unser Tun auch außerhalb von randomisiert kontrollierten Studien erfolgversprechend ist. Das haben wir nun sehr gut zeigen können. Zum anderen haben wir gelernt, gemeinsam Qualitätskriterien einzuhalten. Wir haben uns am Anfang

über gemeinsame Absprachen verständigt, etwa zu Einschlusskriterien, einem gemeinsamen Therapie-Algorithmus und verlässlichen Nachsorgeuntersuchungen. Wenn diese in den Zentren eingehalten werden, ist signifikant erfolgreiche Therapie möglich.

Was können Sie anderen Klinikern mitgeben?

Dr. Grah

Wir haben mit dem Aufbau so viele Erfahrungen gemacht, dass wir jetzt fundiert sagen können, die Teilnahme am Register ist handhabbar. Zudem ist der Entscheid des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welche Strukturen Emphysemzentren haben sollen, durch das LE-Register leichter umzusetzen, denn die Anforderungen nach dem G-BA-Entscheid sind relativ eng angelehnt an die Arbeitsweise im Lungenemphysemregister. Wir haben beraten und kommuniziert, was wir als wichtig einstufen und es wurde zum Teil übernommen. Die Qualitätsstandards und Struktur eines Registers sind also handhabbar. Wir führen beispielsweise sechs Arbeitstreffen im Jahr durch, haben klare Algorithmen und vor allem in diesen Arbeitstreffen einen interkollegialen Dialog, der allen, die neu dazukommen, dabei hilft, die Qualität besser umzusetzen. Es werden also nicht allein die Daten in das Register eingespeist, sondern auch Problemfälle oder kritische Fragen oder Grenzfälle diskutiert, um diese miteinander abwägen zu können. Vor allem einzelnen Zentren ohne allzu viel Erfahrung kommt das zugute. Ich glaube, das ist eine Kompetenz, die einzigartig ist. Dass 40 Experten sechs Mal im Jahr zusammenkommen und miteinander diskutieren, ohne dass es ein Studienformat ist, das abgearbeitet wird, sondern das den klinischen Alltag repräsentiert, das ist vermutlich außergewöhnlich.

Nach dem G-BA-Entscheid steht fest, dass es als interventionelle Verfahren zur Emphysembehandlung zurzeit nur Ventile und die LVR gibt. Welche Auswirkungen hat dieser Entscheid für Sie als behandelnde Pneumologen und für die Patienten?

PD Dr. Hübner

Medizinisch ist es schade, dass nicht alle Patienten mittels dieser beiden Verfahren behandelt werden können. Das Problem ist nicht nur der G-BA-Entscheid, sondern man muss auch Fehler bei den Firmen sehen, etwa bei denen, die sich auch bei guten wissenschaftlichen Ergebnissen zurückgezogen haben. Hier besteht ein großer Bedarf neue Möglichkeiten in der Therapie des Lungenemphysems zu entwickeln. Das betrifft vor allem minimal-invasive Verfahren, zum Beispiel bei Patienten, die eine kollaterale Ventilation haben, sodass auch diese einer Therapie zugeführt werden.

Dr. Grah

Wir lernen, dass die Emphysemtherapie ein Aspekt der interventionellen COPD-Behandlung ist. Die bronchitische

Komponente ist für uns bisher mit Ventilen nicht gut gelöst, aber es gibt jetzt innovative Verfahren, bei denen sie auch in den Fokus kommen könnte. Auch das wollen wir gerne mit implementieren. Wenn Voraussetzungen dafür geschaffen werden, sind wir als Organisation hoffnungsvoll, diese weiterentwickeln zu können, sodass das gesamte Spektrum besser evaluiert werden kann und wir die richtigen Patienten immer besser prätherapeutisch detektieren, die dann von einer Methode profitieren. Es ist unser Ziel, einen Methodenvergleich für Emphysepatienten und für die interventionelle Therapie zu ermöglichen. Bestimmte Fragen bekommen wir nur über ein Register heraus, etwa die Fragen nach dem Dampf (BTVA) oder nach den neuen Coils. Oder ob beispielsweise die Olympus-Ventile für bestimmte Fragestellungen effektiver sind oder welche Vorteile Pulmonx oder eine Kombination von beiden Ventiltypen bieten oder wann die chirurgische LVR angezeigt ist.

Die Vergütung für die ELVR hat sich in diesem Jahr hin zu einer besseren Bezahlung für einen längeren Krankenhausaufenthalt der Patienten verschoben. Sie können nun statt rund 4000 Euro für vier Tage Aufenthalt ungefähr 6000 Euro abrechnen. Im Gegenzug wurde das Zusatzentgelt für die Ventile um 200 Euro pro Ventil gekürzt. Dafür dürfen seit 2020 acht statt vorher fünf Ventile pro Patient abgerechnet werden. Trägt man mit dem längeren Klinikaufenthalt der Bedürftigkeit der Patienten Rechnung?

PD Dr. Hübner

Ich freue mich als Anwender und als jemand, für den Qualität sehr wichtig ist über die Erkenntnis der Kostenträger, Patienten länger in der Klinik zu belassen. Vorher kam es manchmal dazu, dass Patienten am ersten oder zweiten Tag nach der Intervention mit Ventilen wieder entlassen wurden. Das ist genau die Zeit, in der die Hauptkomplikation des Pneumothorax nach Ventileinlage am ausgeprägtesten ist. Dieses Risiko wird mit zunehmender Dauer nach Intervention geringer, sodass es besser ist, Patienten länger in der Klinik zu behalten. Es ist auch von Vorteil, dass jetzt mehr Ventile abgerechnet werden können, weil nicht immer eine Okklusion des Lappens mit fünf Ventilen zu erreichen ist.

Dr. Grah

Das Interessante ist, dass wir noch nicht gut wissen, ob größere Ventile in größeren Lumina oder kleinere im kleineren Segment oder Subsegment letztendlich ein besseres Outcome bringen. Um diese Varianz zu haben, weil gerade Olympus-Ventile zum Teil sehr gut adaptiv in dieser Subsegmentebene sind, ist dann auch die Option, bis zu acht Ventile einsetzen zu können, von Vorteil. Was den Aufenthalt betrifft, ist es geradezu fahrlässig, Patienten am zweiten Tag nach der Intervention zu entlassen. Wir brauchen gerade bei der LVR mit Ventilen drei bis fünf posttherapeutische Tage, um sicher genug zu sein, dass kein Pneumothorax durch die LVR-Therapie auftritt.

Wie geht es weiter mit dem Emphysemregister?

Dr. Grah

Wir streben eine Zertifizierung an und damit einen wirklichen Qualitätsnachweis. Dazu sind wir im Gespräch mit den Fachgesellschaften (DGP und DGT) und werden von dort aktiv unterstützt. Es ist uns zudem wichtig, eine Organisation zu sein, die im Kontext der deutschen Fachgesellschaften handelt. Daher ist eine konstruktive Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Kollegen der Fachgesellschaften unsere Grundlage. Auf dieser Basis wird sich das Emphysemregister unserer Meinung nach in den nächsten Jahren sehr gut weiterentwickeln, im Idealfall mit einer Zertifizierung von Zentren, was auch den G-BA-Intentionen entsprechen würde. Das ist ein Aspekt. Der andere ist, gerade hinzukommenden Zentren eine ebenso qualitativ hoch- und gleichwertige Arbeit zu bieten, wie diejenige in den Zentren, die schon seit Jahren oder bald seit Jahrzehnten auf diese Weise operieren. All das soll durch unsere Struktur gewährleistet sein, die wir weiter ausbauen wollen.

Können sich weitere Zentren beteiligen?

PD Dr. Hübner

Dazu bitte nur ein Wort als großgeschriebene Antwort: JA!

Herr Dr. Grah und Herr Dr. Hübner, vielen herzlichen Dank für dieses Interview!

Weitere Informationen

Interessenten an der endoskopischen und chirurgischen Lungenvolumenreduktion finden viele weitere Informationen hier:



 lungenemphysemregister.de

Als gemeinnütziger Verein für die Therapie des Lungenemphysems, für Qualität und Versorgungsforschung der Lungenvolumenreduktion freut sich das Lungenemphysemregister auf Anfragen und Beitritte von endoskopisch interventionell tätigen Internisten, Pneumologen und Thoraxchirurgen aus der gesamten Bundesrepublik.

Prospektive, randomisiert kontrollierte Multicenter-Studien zur Sicherheit und Effizienz von Spiration-Ventilen

Beginnend mit Pilotstudien im Jahr 2001 zu IBV/SVS, sind mittlerweile zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von Ventilen beim schweren Lungenemphysem durchgeführt worden. Die IMPACT-, LIBERATE- und TRANSFORM-Studien halfen bei der weltweiten klinischen Zulassung von EBV-Ventilen. Hierfür hat Spiration, basierend auf den Ergebnissen vorhergehender Studien, 2013 mit der REACH-Studie in China und der EMPROVE-Studie in den USA zwei wichtige Studien initiiert. Die REACH-Ergebnisse wurden 2018 veröffentlicht [1]. Die 12 Monatsergebnisse der EMPROVE-Studie wurden im Dezember 2019 publiziert [2]. Diese Studie ist die Basis für die 2019 erfolgte FDA-Zulassung der IBV/SVS-Ventile zur Behandlung des schweren Lungenemphysems in den USA. REACH und EMPROVE wurden mit der Zielsetzung sichere Implantation von SVS-Ventilen und Effektivität bei Patienten mit schwerem Lungenemphysem aufgesetzt.



Literatur

- [1] The REACH Trial: A Randomized Controlled Trial Assessing the Safety and Effectiveness of the Spiration® Valve System in the Treatment of Severe Emphysema. Li S. a, Wang G. b, Wang C. c, Gao X. d, Jin F. e, Yang H. f, Han B. g, Zhou R. h, Chen C. i, Chen L. j, Bai C. k, Shen H. l, Herth F.J.F. m, Zhong N. a. *Respiration* 2019;97:416–427.
- [2] Improving Lung Function in Severe Heterogenous Emphysema with the Spiration Valve System (EMPROVE). A Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Clinical Trial, *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Dec 1;200(11): 1354-1362. doi: 10.1164/rccm.201902-0383OC.

	REACH	EMPROVE
Primärer Endpunkt	Statistisch signifikante Verbesserung des FEV1 in der Behandlungsgruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe (p = 0,001); Ergebnis dauerhaft über 6 Monate	Statistisch signifikante Verbesserung des FEV1 in der Behandlungsgruppe nach 6 und 12 Monaten
Volumenreduktion Ziellappen	Statistisch signifikant nach 3 und 6 Monaten (p = 0,001)	Durchschnittliche Volumenreduktion Behandlungsgruppe 53 %
Lungenfunktion und Lebensqualität	Verbessert in der Behandlungsgruppe, verschlechtert in der Kontrollgruppe	Statistisch und klinisch bedeutsame Differenz in den Studiengruppen; SGRQ: statistisch signifikanter Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe nach 6 und 12 Monaten
mMRC		Statistisch signifikante Differenz zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe
Komplikationsrate	33 % Behandlungsgruppe, 24,2 % Kontrollgruppe; Pneumothoraxrate 7,5 % in der Behandlungsgruppe; 1 Todesfall in Kontrollgruppe, kein Todesfall in Behandlungsgruppe	38,9 % Behandlungsgruppe, 16,9 % Kontrollgruppe; Pneumothoraxrate in Behandlungsgruppe 14,2 %
Migration (wesentliche Bewegung vom Implantationsort)	Keine; keine Expektoration	



VIER FRAGEN AN...

Professor Felix Herth zum geplanten Lungenkrebsscreening

„Bei Patienten, die nicht operabel sind, muss sich die Endoskopie beweisen.“



Ein Interview mit:



**Professor Dr. med.
Felix Herth**

Chefarzt
Ärztliche Direktion, Pneumologie und
Beatmungsmedizin

Thoraxklinik Heidelberg gGmbH
Universitätsklinikum Heidelberg
Röntgenstraße 1
69126 Heidelberg
julia.kaus@med.uni-heidelberg.de

Das Lungenkrebsscreening von Hochrisikopatienten mittels Niedrig-Dosis-CT steht in den Startlöchern. Wann rechnen Sie mit der Umsetzung und was bedeutet diese für die Kliniker?

Derzeit liegt der Prozess beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Erste formale Stellungnahmen sind abgegeben worden, sodass man auf politische Entscheidungen wartet und wie sich der G-BA dazu stellen wird. Wir gehen davon aus, bis Ende 2021 Aussagen darüber zu bekommen, wer, wo und wie Lungenkrebsscreening durchführt. Ein großer offener Punkt ist, wie wird es finanziert?

Worauf müssen sich Pneumologen vorbereiten und wer wird das Screening durchführen?

Es wird eine gewisse Patienten-awareness geben. Dadurch werden sich Menschen, die nicht krank sind, die aber ein bestimmtes Alter und Risikoprofil aufweisen, an Pneumologen wenden. Diese müssen sicher Aufklärungsarbeit leisten und vielen Menschen erklären, dass sie eigentlich kein Karzinomrisiko haben. Die jedoch mit einem solchen Risiko muss man damit konfrontieren, dass man möglicherweise etwas findet, es dann aber nicht unbedingt gleich eine dramatische Bedeutung hat, weil die Wahrscheinlichkeit, etwas Bösartiges zu finden eher gering ist.

Das Screening wird strengen Qualitätskriterien unterzogen werden. Es wird vorgegeben, was ein CT leisten muss, also an welchen CTs das Lungenscreening überhaupt durchgeführt werden kann. Es wird sicher auch definiert werden, nach welchen Protokollen ein CT durchgeführt wird. Da wird es klare Vorgaben und Qualitätskontrollen geben. Zudem wird es eine zentrale Bilddatenbank geben. Dieses Screening wird nicht überall ohne Weiteres abzubilden sein, sodass Patienten wohl den Weg in ein Zentrum wählen werden.

Welche Ansprüche an die Qualität sind von Seiten des G-BA zu erwarten? Und welche technischen Anforderungen sollte man erfüllen?

Von Gerätetechnikseite her gesehen, wird es zu solchen Lösungen kommen, die der Detektion von Rundherden dienen. Weil die Amerikaner diese Technik schon seit einiger Zeit nutzen, wird sicher Einiges von dort übernommen werden. Für uns wird es eine

Herausforderung sein, wie gehen wir mit den Menschen um, die einen Herd haben? Bei diesen Patienten ist eine histologische Abklärung nötig. Da gibt es jetzt die Herausforderung an die Endoskopiker, dass man wirklich die entsprechenden Settings abbilden kann. Hier wird EBUS eine Rolle spielen, und es werden Navigationsverfahren wichtig, mit denen man Herde mit einer hohen Sicherheit ansteuern kann, so dass sich den bronchoskopisch tätigen Kolleginnen und Kollegen auch Anforderungen stellen, welche Gerätschaften dafür vorgehalten werden müssen, damit man Betroffene sinnvoller Weise untersuchen kann.

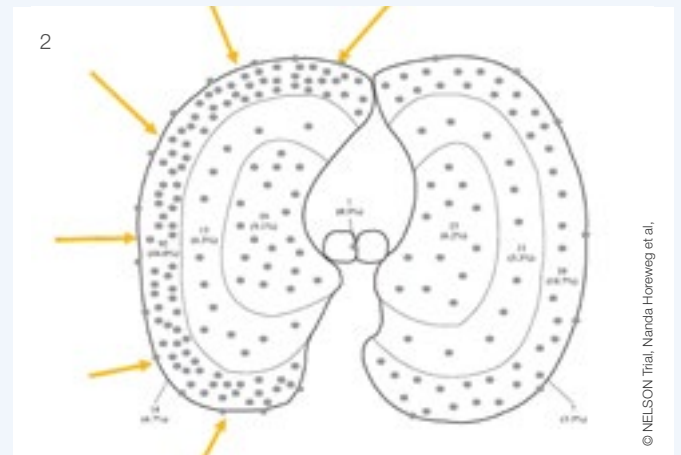
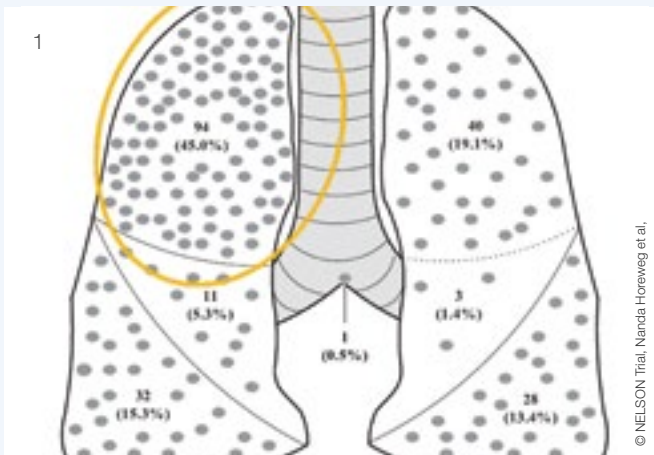
Frühere Diagnostik von Lungenkrebs ist gut. Patienten erwarten aber auch eine Therapie. Können Sie heute schon einen Ausblick auf die endoskopischen Möglichkeiten geben, gefundene periphere Herde auch direkt zu therapieren?

Die endoskopischen Verfahren werden eine größere Rolle spielen. Es bedarf einer gewissen Entwicklungsphase, aber ich gehe davon aus, dass wir in zwei bis drei Jahren endoskopische Verfahren anbieten und damit auch Tumore bei Patienten definitiv zerstören können, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht operabel sind. Dann muss sich die Endoskopie beweisen, ob sie wirklich so gut ist, wie wir es alle hoffen. Dann wird das vielleicht auch in fünf bis sechs Jahren ein Konkurrent für die Patienten, die primär chirurgisch angegangen werden können.



Hintergrundinformationen zum geplanten Lungenkrebscreening

Gerade Hochrisikogruppen profitieren



Lungenkrebs ist in Deutschland bei Männern die häufigste Krebstodesursache, bei Frauen die zweithäufigste (RKI). Weltweit gilt Lungenkrebs als die führende Krebstodesursache laut Internationaler Agentur für Krebsforschung (IARC) aus dem Jahr 2018. Gemäß der Union for International Cancer Control wurden in den Jahren 2015 und 2016 bei den Männern 76 % und bei den Frauen 75 % der gefundenen Tumore in den TNM-Stadien III und IV diagnostiziert mit 5-Jahres-Überlebensraten von 15 % bei Männern und 21 % bei Frauen.

Ob Screening der Hochrisikogruppen mittels niedrig dosiertem CT helfen kann, die Mortalität bei Lungenkrebs zu senken, wurde bereits in Studien wissenschaftlich untersucht. Für die Untersuchung, die der G-BA im Juli 2019 beim IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hierzu in Auftrag gegeben hat, spielten die NELSON Trial in Holland und Belgien sowie die National Lung Screening Trial (NLST) in den USA wesentliche Rollen.

So hat die NELSON-Studie an 15.822 Patienten zeigen können, dass bei den 7.582 Patienten der CT-Gruppe 70,8 % der entdeckten Karzinome im Stadium I gefunden wurden. Für die meisten Patienten war folglich noch eine kurative Operation möglich. Als weiteres wesentliches Ergebnis der Studie ist die Lokalisation der gefundenen Herde zu bewerten. 65,6 % der Tumore befanden sich in der rechten Lunge, 45 % davon im rechten Oberlappen (Bild 1). Mit 62,2 % war ein Großteil der Tumoren in der Peripherie lokalisiert (Bild 2).

Für die Diagnostik von Lungenkrebs spielt die EBUS-TBNA mittlerweile eine entscheidende Rolle. Die vielen Befunde in der Peripherie lassen zukünftig weitere Anforderungen an die Kliniker erwarten. Nach den Untersuchungen des IQWiG ist der Abschlussbericht zum Verfahren S19-02 Lungenkrebscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie im November 2020 veröffentlicht worden, mit dem Schluss, dass der Nutzen den möglichen Schaden überwiegt, sodass die Einführung des Screenings eine Frage der Zeit ist.



Literatur

- [1] Characteristics of Lung Cancers Detected by Computer Tomography Screening in the Randomized NELSON Trial, Nanda Horeweg et al, AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE VOL 187 2013
- [2] Abschlussbericht IQWiG: [S19-02] Lungenkrebscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie <https://www.iqwig.de/projekte/s19-02.html>
National Lung Screening Trial (NLST) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT00047385>

Weitere Informationen

Mehr zur peripheren Diagnostik und dem erforderlichen Instrumentarium finden Sie in unserer letzten Bronchoskopie-Ausgabe. Lesen Sie über minimal-invasive Alternativen zu perkutanen oder operativen Verfahren in Ausgabe 2-2019 der ‚OLYMPUS informiert‘.



➤ Olympus informiert 02 | 2019

Aktualisierung und Normenanpassung ante portas

Leitlinie zur Validierung des maschinellen Aufbereitungsprozesses von Endoskopen

Seit 2006 regelt die Normenreihe DIN EN ISO 15883 die Anforderungen an Reinigungs- und Desinfektionsgeräte international einheitlich. In den Folgejahren hat eine nationale Expertengruppe aus verschiedenen Fachgesellschaften und Berufsgruppen eine Leitlinie zur Validierung der Prozesse erstellt. Dabei wird nicht einfach nur die Norm umgesetzt, sondern es werden nationale deutsche Bestimmungen – insbesondere die RKI-Richtlinie – berücksichtigt. Die eingangs genannte Normenreihe ist 2018 revidiert worden. Entsprechend wird nun die deutsche Leitlinie aktualisiert und der erneuerten Norm angepasst. Überdies wird in diesem Zuge auch allgemein neueren Entwicklungen Rechnung getragen.

Die wichtigste Aufgabe der Leitlinien-Gruppe ist, Methoden zu empfehlen, die zuverlässig sicherstellen, dass der Erfolg der Aufbereitung überprüft werden kann. Als zentrale Aspekte stehen dabei zum einen die Überprüfung der Reinigungsleistung, zum anderen die Abreicherung von Mikroorganismen im Vordergrund. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigten, dass Fehler, die bei der Vorreinigung, etwa bei Schritten wie der Bürstenreinigung und dem Durchspülen der Kanäle im Becken entstehen, häufig Ursache einer mangelhaften Aufbereitung sind. Es wurde festgestellt, dass die ungenügende Reinigung zu Infektionen führen kann, was besonders im Zusammenhang mit ERCP-Untersuchungen gilt.

Neuere Untersuchungen aus Frankreich und aus den Niederlanden zeigen, dass in aufbereiteten Endoskopen in vielen

Fällen Restverschmutzungen nachzuweisen waren, obwohl die Aufbereitung den Vorgaben entsprach und auch gemäß Normen und Leitlinien erfolgte. Es sind ganz besonders diese Untersuchungen, welche die Leitlinien-Gruppe dazu veranlassen, eine sensitivere Reinigungsüberprüfung zu empfehlen.

Neben der Reinigungsleistung gilt es, eine einheitliche Methode zu finden, die sicherstellt, dass Mikroorganismen in einem Endoskopkanal wiedergefunden werden. Die Methode, die konkretisiert werden soll, wird „Flush – Brush – Flush“ genannt. Der Kanal wird also erst gespült, dann gebürstet und dann noch einmal gespült. Die Methode muss so gestaltet werden, dass die Wiederfindungsrate der eingebrachten Mikroorganismen immer gleich ist und unabhängig vom untersuchenden Labor.

Unabhängig von der nationalen Expertengruppe hat sich eine weitere Leitlinien-Gruppe gebildet. Dort wird eine Leitlinie erarbeitet, die beschrieben wird, wie der manuelle Prozess der Endoskop-Aufbereitung validiert werden kann. Die variablen Parameter der manuellen Aufbereitung sind naturgemäß vielfältig. Daher ist es umso schwieriger festzulegen, wie genau bestimmt werden soll, was bei der Validierung gemacht wird. Die Vielzahl unterschiedlicher Endoskope macht die Angelegenheit zusätzlich schwierig.

Beide Leitlinien-Gruppen befinden sich mitten in ihrer Arbeit. Ein Datum, bis wann mit deren Fertigstellung zu rechnen ist, kann für beide Gruppen derzeit nicht angegeben werden.



Aus der Redaktion

Auch wenn niemand den weiteren Verlauf der Pandemie prognostizieren kann, sind wir froh, dass wieder Präsenzveranstaltungen wie Kongresse und Schulungen einsetzen. Wir alle erleben, dass der persönliche Austausch durch nichts zu ersetzen ist.

Das Hygienesymposium im Rahmen von ‚Endoskopie live‘, über dessen Ergebnisse Sie auf der Folgeseite eine Zusammenfassung finden, ist ein Beispiel: Eine virtuelle Veranstaltung funktioniert zwar, aber es fehlen Atmosphäre, persönliche Note und Nähe. Gerade Verbesserungen, die seit den letzten Zusammentreffen im Ablauf der Aufbereitung erzielt worden sind, lassen sich virtuell nicht so gut vermitteln wie unter bekannten Realbedingungen.

Besonders das Thema Hygiene hat viel mit Anfassen und Begreifen im wahrsten Sinne sowie mit der Haptik zu tun. Sie stimmen uns vermutlich zu, dass diese zwischenmenschlichen Aspekte im virtuellen Raum durchaus auf der Strecke bleiben können und die Zwischentöne buchstäblich nicht übertragbar sind. Wir leben vom Erleben des Anderen und freuen uns gerade deshalb auf ein Wiedersehen mit Ihnen!

Christian Roth

Market Manager CDS, DACH

Medical Systems
Olympus Deutschland GmbH



Hygienesymposium im Rahmen von ‚Endoskopie live‘

Nachlese der Diskussion über Leitlinien und Einwegendoskope



Foto: © FLEMINDELYS – stock.adobe.com

Gastgeber Professor Siegbert Faiss diskutierte mit renommierten Experten am 10. Juni 2021 am Vorabend des Kongresses ‚Endoskopie live‘ in Berlin anstehende Änderungen in der Hygiene. Aufgrund der Pandemie wurde das Symposium digital durchgeführt. Im Zentrum der Präsentationen stand die Aktualisierung der RKI-Richtlinie zur Aufbereitung von flexiblen Endoskopen. Zudem entwickelte sich eine Diskussion über die künftige Bedeutung von Einmal-Endoskopen.

Der Chefarzt am Sana-Klinikum Berlin-Lichtenberg, Prof. Faiss, als Moderator, dazu die Vorsitzende der DEGEA, Ulrike Beilenhoff, der Fachgebietsleiter beim RKI für angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene, Marc Thanheiser, sowie Christian Roth, Market Manager für Aufbereitung der Olympus Deutschland GmbH, sorgten als Referenten für eine hochkarätige Besetzung des Vorsymposiums. Sie widmeten sich den Regularien für die Endoskop-Aufbereitung, da erstmals seit 2012 eine Änderung der RKI-Richtlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope ansteht. Obwohl der genaue Zeitplan noch nicht bekannt ist und noch Fragen offen sind, deutet sich laut Marc Thanheiser bereits an, dass die Aufbereitungsschritte künftig konkreter beschrieben werden. Im Vortrag von Ulrike Beilenhoff zeigte sich, dass europaweit viele Variationen in der

Aufbereitung von flexiblen Endoskopen bestehen. Die europäischen ESGE-ESGENA-Richtlinien versuchen, durch eine ausführliche Beschreibung aller Schritte eine Harmonisierung zu erreichen.

Keine Einigkeit herrschte bei den Experten über die zukünftige Bedeutung von Einmal-Endoskopen. Christian Roth stellt eine vernünftige Kosten-Nutzen-Relation von Endoskopen als Einmal-Artikel infrage. Frau Beilenhoff betonte, dass im Bereich des Zubehörs die Einweglösungen bereits zunehmend etabliert werden. Dabei beziehen sich Einweglösungen nicht nur auf komplette Einmal-Endoskope, sondern auch auf Einwegventile und Einwegdistalenden. Die Aufbereitung von komplex aufgebauten Ventilen und Distalenden ist eine Herausforderung. Dabei stellen intelligente Einweglösungen eine Erleichterung in der Endoskopaufbereitung und eine zusätzliche Sicherheit dar.

Da endoskopische Eingriffe zunehmend komplexer werden, ist die Entwicklung von Spezialendoskopen zu einem marktgerechten Preis eine große Herausforderung für die Industrie. Der Wegfall von fehlerbehafteten Aufbereitungsprozessen erscheint jedoch als lohnendes Ziel.

Neben dem Risikomanagement wurde die Bedeutung der Trocknung gewürdigt. Christian Roth konnte bei seinem Vortrag über aktuelle Trends den praktischen Mehrwert für die Teilnehmer noch steigern, indem er Antworten zu Fragen gab, welche die Anwender regelmäßig an Olympus richten. Dabei wurde neben der Bedeutung der richtigen Chemikalien für die sichere Aufbereitung auch das komplexe Zusammenspiel zwischen Chemie, Maschine, deren Prozesse und der Endoskope deutlich. Auch wurden die Teilnehmer im Rahmen des Symposiums für die Validierung als Nachweis der Wirksamkeit vor Ort sensibilisiert. Während die regelmäßigen Funktionskontrollen durch die Anwender immer notwendig und in etwa mit dem Ölwechsel beim Auto zu vergleichen sind, entspricht die Validierung einer Hauptuntersuchung, wie sie beispielsweise an Prüfstellen des TÜV durchgeführt werden, so Christian Roth, der die virtuell durchgeführte Veranstaltung als vollen Erfolg wertet.

Richtigstellung

In der Druckausgabe 1 der ‚OLYMPUS informiert‘, die im April 2021 erschienen ist, berichteten wir über die Ergebnisse einer Expertenrunde. Diese war im Rahmen des 23. Internationalen Endoskopie Symposiums Düsseldorf zusammengekommen, währenddessen erstmals ein Olympus Hygieneforum stattgefunden hatte.

Wir berichteten irrtümlicherweise darüber, dass Frau Professorin Dr. Heike Martiny, Technische Hygiene, Berlin, in ihrem Vortrag über die Bedeutung der Trocknung bei der Endoskop-Aufbereitung die ETD Double von Olympus genannt hatte.

Diese Aussage entspricht nicht dem Gesamtkontext des Vortrags von Frau Professorin Dr. Heike Martiny, weshalb hiermit richtiggestellt sei, dass die Vortragende keine Aussage über die ETD Double von Olympus getroffen hat.

Maschinelle Aufbereitung in der flexiblen Endoskopie

Sicherheit in höchster Qualität
zum Wohle von Patienten und Personal



Die maschinelle Aufbereitung steht zunehmend im Zentrum des klinischen Qualitätsmanagements. Sie verhindert die Bildung multiresistenter Keime und schützt so die Gesundheit der Patienten nachhaltig. Gleichzeitig entstehen wirtschaftliche Vorteile. Um den stetig steigenden Anforderungen an die Krankenhaushygiene zu entsprechen, setzt der führende Anbieter in der flexiblen Endoskopie, die Olympus Deutschland GmbH, auf Teamwork.

Neben den eigenen Erfahrungen setzt das Hamburger Unternehmen auf die Kompetenz von Experten aus anderen Fachgebieten. Der Erfolg des ganzheitlichen Ansatzes ist dabei von verschiedenen unabhängigen Testlaboren bestätigt. Dies gilt sowohl für die Effizienz der Reinigungsleistungen als auch für die Erfüllung der Sicherheitsstandards. Die Systeme der ETD-Familie von Olympus sind leistungsstark ausgestattet und bieten so rasche wie effektive Servicelösungen für die Wartung und Validierung.

ETD 4: Ein bewährtes System bietet sich an



ETD 4 und das Hygienepersonal: Ein starkes Team bei der maschinellen Aufbereitung von flexiblen Endoskopen

Das Reinigungs- und Desinfektionsgerät vom Typ ETD 4 erleichtert die Arbeit von Mitarbeitern in Kliniken und endoskopischen Praxen in allen Belangen der maschinellen Aufbereitung. Diese bewährte

Lösung kann bis zu zwei flexible medizinische Endoskope aufnehmen und aufbereiten. Auch sonst setzt Olympus auf Flexibilität. Das Unternehmen bietet Praxen und Endoskopie-Abteilungen die Möglichkeit, aus verschiedenen Ausstattungsvarianten zu wählen, um die maschinellen Helfer den speziellen Bedürfnissen anzupassen. Eine optionale Auslieferung mit Endoskop-Erkennung und Flow-Control ist

genauso möglich wie die Entscheidung zwischen den zwei unterschiedlichen Aufbereitungs-Prozessen mit Peressigsäure oder Glutaraldehyd.

Seit mehr als 30 Jahren kooperiert Olympus mit dem Hause Miele, sodass bei der automatisierten Aufbereitung für bewährte und zuverlässige Maschinenteknik gesorgt ist. Um die Arbeitsabläufe des Hygienepersonals zu unterstützen, haben Olympus und Miele die ETD 4 als unterbaufähiges System ausgelegt. Auf diese Weise entsteht eine zusätzliche Arbeitsfläche. Falls Wartung oder Reparatur anstehen, hilft ein Team aus 70 mobilen Experten, um die gewohnten Arbeitsabläufe schnellstmöglich wiederherzustellen. Dieses eingespielte Team stellt das dichteste Technikernetz in der gesamten Endoskop-Branche dar.

Besonderen Wert legt Olympus auf einen schnellen und zuverlässigen Service der Aufbereitungsautomaten durch speziell ausgebildete Mitarbeiter im Service-Team, seien es Reparatur, Wartung oder die Validierung der Prozesse. Olympus bietet zudem maßgeschneiderte Serviceverträge, die sich einer absoluten Kostenkontrolle verschrieben haben.

Alles in allem setzt das System ETD 4 als Komplettpaket den Maßstab in der maschinellen Aufbereitung flexibler Endoskope. Um schnellstmöglich von den Vorzügen profitieren zu können, hat Olympus aktuelle Angebote entwickelt. Die entsprechenden Details hält unsere Kundenberatung jederzeit bereit.

Weitere Informationen

Mehr über das Produktportfolio und die ETD-Systeme von Olympus sowie über die aktuellen Angebote rund um die ETD 4 erfahren Sie unter: +49 40 23773-4777



 Hygiene und Aufbereitung



 ETD 4



SERVICE

Das Plus im Service rund um Aufbereitung und Hygiene

Hygiene und Sicherheit in der Endoskopie



Ob multiresistente Keime oder Krankenhaushygiene im Allgemeinen: An Ihre Einrichtung werden höchste Hygiene-Ansprüche gestellt. Das rückt die Aufbereitung medizinischer Endoskope weiter in den Fokus des klinischen Qualitätsmanagements. Olympus unterstützt Sie dabei nicht nur mit Produkten wie Reinigungs- und Desinfektionsgeräten, Trocknungs- und Lagerungsschränken, Wiederaufbereitungschemikalien und Schutzkappen für das Distalende flexibler Endoskope, sondern bietet auch eine Vielzahl an Serviceleistungen rund um die Aufbereitung. Verschaffen Sie sich hier einen Überblick über die Olympus Serviceleistungen



Zu den Olympus Serviceleistungen gehören neben Fortbildungskursen...

rund um Aufbereitung und Hygiene, die weit über das Thema Reparatur und Wartung hinausgehen und für Sicherheit, hohe Nutzungszeiten, Kostenminimierung und Ertrags-sicherung sorgen.

Training und Beratung zur Effizienzsteigerung

Um Fehler und Reparaturen an Aufbereitungsautomaten und Trocknungsschränken zu minimieren, setzen wir auf Training und Beratung. So können Sie Nutzungszeiten verlängern, Kosten einsparen und Ihre Effizienz im Endoskopieablauf verbessern.

Dabei bieten wir je nach Schwerpunkt unterschiedliche Trainings für das Endoskopie-Assistenz-Personal und Medizintechniker an. Zusätzlich unterstützen wir Sie aber auch mit gezielten Hygieneberatungen und Hospitationen. Dabei werden Ihr aktueller Hygienestatus evaluiert, Ihre Prozesse analysiert und zusammen mit Ihnen ein optimiertes Hygienekonzept zur Verbesserung des Hygienestatus erarbeitet.

Mit Vorsorgeleistungen die Betriebszeit erhöhen

Unsere Vorsorgedienstleistungen sorgen dafür, dass Ihre Geräte immer in einem optimalen Zustand sind und plötzliche Ausfälle vermieden werden. Gleichzeitig wird die Sicherheit für Patienten und Anwender erhöht.

Zu unseren Dienstleistungen rund um die Vorsorge der Geräte gehören die Wartung und Validierung sowie verschiedene hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen (HMUs).



... hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen (HMUs) sowie...

Die Wartung wird nach Herstellervorgaben durchgeführt. Dabei kommen hochqualifizierte, spezialisierte Techniker, Spezialwerkzeuge und fortschrittlichste Verfahren sowie Originalersatzteile des Herstellers zum Einsatz.

Die Validierung erfolgt gemäß aktuell geltender Normen und Leitlinien und bietet den Vorteil von Wartung und Validierung aus einer Hand. Ein herstellerunabhängiges Prüfinstitut sorgt dabei für eine objektive Auswertung der Prüfkörper.

Darüber hinaus bietet Olympus verschiedene hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen an, durch die Sie die Sicherheit Ihrer Mitarbeiter und Patienten erhöhen zum Beispiel: HMU am Endoskop, HMU am Wasseranschluss (Vorreinigung), HMU ETD-Wasseranschluss und Nachspülwasser, HMU Oberflächenkontamination, HMU Ventile, HMU Optikspülflaschen etc.

Schnelle Hilfe durch unsere Experten

Trotz aller Vorsicht und Vorsorge lassen sich technische Störungen an Reinigungs- und Desinfektionsgeräten oder Trocknungs- und Lagerungsschränken nicht komplett vermeiden. Sollte es zu einer Störung kommen, sind wir mit kompetenter und schneller Fehlerbehebung an Ihrer Seite. Viele technische Probleme können bereits telefonisch ohne Technikereinsatz gelöst werden. Die Online-Hilfe unserer Experten ermöglicht darüber hinaus eine Remote-Anbindung, mit der Fehler genau diagnostiziert werden können. Sollte eine Störung hierdurch nicht behoben werden können, sorgt unser großes Netzwerk von ca. 70 Servicetechnikern in Deutschland für den Bereich Aufbereitung und Hygiene vor Ort dafür, dass Ihr Betriebsablauf schnellstmöglich wieder reibungslos funktioniert.

Serviceverträge

Wir bieten Ihnen auch die Möglichkeit, unsere Serviceleistungen in Service- bzw. Vollversorgungsverträge zu bündeln. Die neuen INFOCUS Serviceverträge basieren auf den beiden Säulen Geräteverfügbarkeit („Uptime“) und Budgetsicherheit und bieten erstmalig eine garantierte Geräteverfügbarkeit an.



... regelmäßige Wartung und Validierung

Hierbei kann individuell nach Kundensituation aus verschiedenen „Uptime“-Varianten und verschiedenen Budgetoptionen gewählt werden – bis hin zu Verträgen, die eine Geräteverfügbarkeit von 98 % garantieren.

Was Kunden sagen

Das Universitätsklinikum Augsburg arbeitet bereits seit 1983 mit den Aufbereitungsmaschinen von Olympus und nutzt dabei auch den CDS Service. Rita Hieber, ehemalige leitende Fachkrankenschwester Endoskopie der dortigen III. Medizinischen Klinik, schätzte den CDS Service sehr:

“Wir sind absolut zufrieden mit dem mobilen Service von Olympus. Vor allem, weil wir jederzeit direkten Kontakt zu den Servicemitarbeitern herstellen können und die Reparaturen sehr schnell durchgeführt werden. Außerdem schätzen wir die konsequente und zuverlässige Ursachenanalyse, Fotodokumentation und Berichterstattung, die die Techniker an diversen Schnittstellen durchführen.“

Das Service Fazit

Durch Olympus Serviceleistungen

- > verbessern Sie die Sicherheit für Mitarbeiter und Patienten
- > erhöhen Sie Ihre Betriebszeit
- > optimieren Sie Ihre Kosten
- > sichern Sie Ihren Ertrag

Aus der Summe dieser Vorteile ziehen Sie den größten Nutzen für Ihren Gerätepark zum Wohl Ihrer Patienten und Ihres Personals.

Weitere Informationen

Für weitere Informationen rufen Sie einfach an unter: +49 800 - 200 444 274 oder senden Sie eine Mail an customer.service@olympus.de

Sie finden darüber hinaus Informationen auf unserer Homepage im Menü ‚Servicelösungen‘, besonders unter dem Stichwort ‚INFOCUS‘.



 INFOCUS



PRODUKTE

EVIS X1

Das innovative Endoskopiesystem für Pneumologen

Das innovative Endoskopiesystem EVIS X1 von Olympus und die dazugehörige Palette an Videobronchoskopen sind ideale Arbeitsmittel, um auch schwierige Bronchoskopien unterstützt durch verbessertes Handling durchzuführen. EVIS X1 vereint Videoprozessor und Lichtquelle in einem Gehäuse und lässt sich über eine neue grafische Benutzeroberfläche steuern. Alle Funktionen können über das Touch-Panel aufgerufen werden.

Die Lichtquelle des Systems ist mit fünf LEDs ausgestattet, von denen die fünfte ‚bersteinfarbenes‘ Licht erzeugt, was einzigartig für EVIS X1 ist und im Vergleich zu EVIS EXERA III eine nochmals verbesserte Darstellung von Blutgefäßen ermöglicht. Ein weiterer Vorteil der LED-Technik ist deren geringere Wärmeausstrahlung, sodass dieses System leiser arbeitet, da keine großen Lüfter benötigt werden.

Ergonomische Rotationsfunktion und native HDTV-Bildauflösung



Zum ergonomischen Vorzug des leiseren Betriebs gesellt sich die erleichterte Handhabung der Bronchoskope dank der bereits bekannten und von Praktikern gelobten Rotationsfunktion des Einführteils. Sowohl das EVIS X1 Videobronchoskop BF-H1100 als auch das therapeutische Videobronchoskop BF-1TH1100 bieten diese Funktion. Mit deren Hilfe lässt sich beispielsweise im Zusammenspiel mit Endo-Therapie-Instrumenten der Zugang zum Arbeitskanal in die effektivste und für Untersucher und Assistenz angenehmste Position bringen.

Zudem ist es gelungen, die Durchmesser beider neuen Videobronchoskope erheblich zu reduzieren. Erstmals haben HDTV-Bronchoskope einen Außendurchmesser von unter 5 mm bzw. 6 mm und weisen Arbeitskanäle von 2,2 mm bzw. 3,0 mm auf. Beide Modelle vergrößern somit die Bereiche für Diagnose und Therapie in Kombination mit einer nativen und exzellenten HDTV-Bildauflösung. Auch in tieferen Bereichen werden dank HDTV nun mehr Details sicht- und

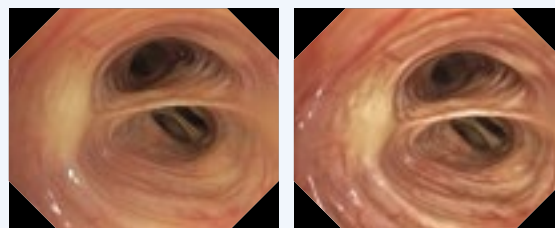


analysierbar. Und entsprechend der anwender- und budgetfreundlichen Gesamtkonzeption von EVIS X1, sind die neuen Bronchoskope auch mit den EVIS EXERA III Prozessoren nutzbar.

Weitere neue Funktionen zur Verbesserung der Diagnose

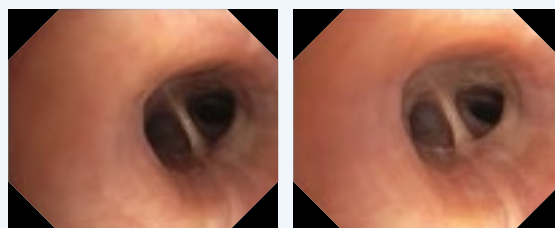
Um die endoskopischen Bilder noch zusätzlich zu verbessern, wurden dem EVIS X1 Prozessor CV-1500 neben einer verbesserten NBI-Funktion verschiedene weitere innovative Funktionen hinzugefügt:

TXI: Das neue Weißlicht



Ziel von TXI (Texture and Color Enhancement Imaging) ist es, die Sichtbarkeit von verdächtigem Gewebe zu erhöhen, indem Farbe, Struktur und Helligkeit des endoskopischen Bildes verbessert werden. Dies bedeutet für Untersucher und Patienten mehr Sicherheit und eine qualitative Verbesserung der Bronchialbiopsien.

BAI-MAC: Brillanz durch gleichmäßige Ausleuchtung



Durch BAI-MAC wird die Helligkeit von tiefer gelegenen Arealen, die nicht genug ausgeleuchtet werden, erhöht und eine insgesamt gleichmäßige Ausleuchtung erzielt. Dies führt zu einer verbesserten und klareren Sicht innerhalb der Bronchialstrukturen. Die Qualität der Eingriffe und die diagnostische Entscheidungssicherheit des Untersuchers können dadurch gesteigert werden.

> Pneumologen über erste Erfahrungen mit EVIS X1



Prof. Dr. med. Kaid Darwiche
Leitender Arzt der Sektion Interventionelle Bronchologie
Universitätsmedizin Essen
Ruhrländische Klinik

“ Was die Endoskop-Spezifikationen angeht, ist der für die interventionelle Bronchoskopie wichtigste Schritt nach vorne wohl der große Arbeitskanal beim BF-1TH1100. Das ermöglicht bei der Bronchoskopie problemloses Absaugen parallel zur Nutzung eines Instruments. ”



Prof. Dr. med. Ralf Eberhardt
Chefarzt Pneumologie und Internistische Intensivmedizin, Weaningzentrum
Asklepios Klinik Hamburg Barmbek

“ Besonders gefällt mir die Kombination von Vollbildmodus und TXI. Man hat den Eindruck, mehr zu sehen, ist ganz nah an der Anatomie. Das ganze Bild wirkt erheblich plastischer. ”



PD Dr. med. Daniel Franzen
Stellvertretender Klinikdirektor, leitender Arzt Klinik für Pneumologie
Universitätsspital Zürich

“ Das neue System bietet intelligente, sehr hilfreiche Tools, die helfen, Stress zu reduzieren. Der RDI-Modus konnte zum Beispiel bei Blutungen, stark entzündeter Schleimhaut oder bei der Stentsicherung sehr gut eingesetzt werden. ”



Dr. med. Franz Stanzel
Ärztlicher Direktor, Chefarzt Thorakale Endoskopie Lungenzentrum Hemer-Hamm
Lungenklinik Hemer

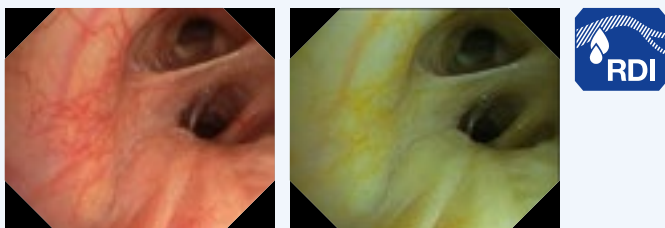
“ RDI funktioniert gut und scheint raffiniert zu sein. So eine Funktion gab es bisher nicht. Eine Probe konnte gut genommen werden und man war weniger abgelenkt. Und wie bei den Vorgänger-Bronchoskopen: man kann dank der Rotationsfunktion entspannter arbeiten. Ich bin ein „Rotierer!“ ”



Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour
Vorstand Abt. für Innere Medizin und Pneumologie
Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Floridsdorf

“ Wenn man TXI einschaltet, nimmt man sich nichts weg und gewinnt dadurch eine bessere Bildarstellung in der Tiefe sowie eine bessere Bildgebung der Schleimhaut. ”

RDI: Der Schutzschild für die endoskopische Therapie



Ziel von RDI (Red Dichromatic Imaging) ist es, die Sichtbarkeit von tiefen Blutgefäßen und Blutungsquellen zu verbessern. Dadurch können therapeutische Eingriffe sicherer und komfortabler durchgeführt werden.

i Weitere Informationen

Mehr über EVIS X1 für die Bronchoskopie erfahren Sie unter: 040 23773-4777 und online



> EVIS X1



PRODUKTE

Neues semiflexibles Videothorakoskop

Olympus präsentiert das LTF-H290 für die medizinische Thorakoskopie



Mit dem LTF-H290 präsentiert Olympus das erste semiflexible HDTV-Videothorakoskop, welches speziell für die Anforderungen der internistischen Thorakoskopie entwickelt wurde. Das für den Gebrauch in der Brusthöhle indizierte LTF-H290 ist kompatibel mit der innovativen EVIS X1-Plattform.

Es kann sowohl im Operationssaal als auch im Bronchoskopieraum unkompliziert eingesetzt werden und ermöglicht einen schnellen Zugang für Diagnose und Therapie im Pleuraraum.

Besonders interventionell arbeitende Pneumologen sowie weitere Anwender können damit nun in der Brusthöhle sicher diagnostizieren und präzise therapieren. Anwendungsbeispiele sind die Behandlung von Pleura-Ergüssen, Pleura-Biopsie, Verdacht auf Mesotheliom oder Pleurodese bei Pneumothorax. Von den Möglichkeiten, die eine internistische Thorakoskopie bietet, können sowohl Häuser mit als auch ohne Thoraxchirurgie profitieren.

Das LTF-H290 verfügt im Gegensatz zu starren Thorakoskopen am flexiblen

Distalende über eine große Abwinklung von 180 Grad. Dank dieser ist eine Inspektion der Thoraxhöhle mit einem hervorragenden Rundumblick bis hin zur Eintrittsstelle des Endoskops möglich, Bild 2.

Für große Effektivität und Sicherheit während der Untersuchung sorgt dabei auch der 3 mm große Arbeitskanal. Dieser ermöglicht problemloses Absaugen zum Beispiel von Pleuraflüssigkeit oder Blut nach einer Biopsie. Hierbei lässt sich das Gerät auch bei langwierigen und schwierigen Prozeduren so leicht wie ein flexibles Bronchoskop bedienen, was den Untersucher entlasten kann. Zudem besticht das LTF-H290 durch klare und brillante HDTV-Darstellung.

In Kombination mit dem EVIS X1 Videoprozessor CV-1500 lassen sich die ebenso innovativen wie nützlichen Zusatzfunktionen wie TXI, RDI und NBI verwenden. Damit ist neben der Beobachtung der oberflächlichen und tiefen Strukturen zum Beispiel auch eine verbesserte Abbildung der Pleuraoberfläche möglich.

Vorzüge durch Abwinklung des Distalendes, HDTV-Bildqualität und durch Kompatibilität mit dem Bronchoskopieturm



Im Krankenhaus St. Barbara Halle (Saale) führte Chefarzt Dr. med. Ralf Heine eine der ersten europäischen Untersuchungen mit dem neuen semirigidem Thorakoskop LTF-H290 durch. Er sagte:

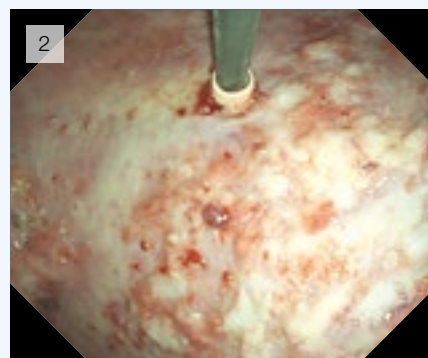


„Am besten fand ich die Bildqualität und dass die Einstichstelle des Trokars zu sehen war. Man sieht, ob es

blutet. Sehr gut ist die Saugleistung. Die Abwinklung ist ausreichend und hervorragend.“



Chefarzt Dr. med. Ralf Heine während einer der Europapremieren mit dem Thorakoskop LTF-H290



Einstichstelle des Trokars, sichtbar dank Abwinklung des neuen semirigidem Thorakoskops LTF-H290

i Weitere Informationen

Mehr über das neue LTF-H290 erfahren Sie unter: 040 23773-4777 und online



➔ Thorakoskopie



Prospektive Beobachtungsstudie (COLDSNAP-1)

Wirksamkeit und Sicherheit der Kaltschlingenpolypektomie von mittelgroßen Polypen (10 – 15 mm)

Autoren:



Ulrich J. D.¹, Rechberger P.¹, Abdelhafez M.¹, von Figura G.¹, Bachmann J.², Wiessner J.¹, Herner A.¹, Lahmer T.¹, Phillip V.¹, Mayr U.¹, Haller B.³, Jesinghaus M.⁴, Schmid R. M.¹, Schlag C.¹

- 1 Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, München, Deutschland
- 2 Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Chirurgie, München, Deutschland,
- 3 Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie, München, Deutschland,
- 4 Technische Universität München, Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, München, Deutschland

Hintergrund

Die Kaltschlingenpolypektomie (CSP) hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und wird in der aktuellen ESGE-Leitlinie als Methode der Wahl für die Resektion von Polypen < 10 mm empfohlen. Im Vergleich zur Heißschlingenpolypektomie (HSP) verzichtet die CSP auf Elektrokauterisation und scheint bei vergleichbaren R0-Resektionsraten weniger unerwünschte Nebenwirkungen zu verursachen. Über die kompletten Resektionsraten der CSP bei Adenomen zwischen 10 und 15 mm ist bisher jedoch noch wenig bekannt. Die vorliegende Studie untersuchte die Effektivität und Sicherheit der CSP für diese Polypen.

Ziele und Methoden

In der vorliegenden prospektiven Beobachtungsstudie untersuchten wir die Wirksamkeit und Sicherheit der CSP mittelgroßer adenomatöser Polypen und sessil serratierter Läsionen (SSL) der Größe 10 – 15 mm. Geeignete Polypen wurden mittels CSP durch eine Hybridschlinge (SnareMaster Plus, Olympus) ohne vorherige Unterspritzung abgetragen. Der primäre Endpunkt war die histologisch komplette Resektion (R0-Resektion), welche durch histopathologisch adenomfreie Ränder des Polypen und residuumfreie Biopsien (4 x) der Abtragungsränder definiert war. Sekundäre Endpunkte

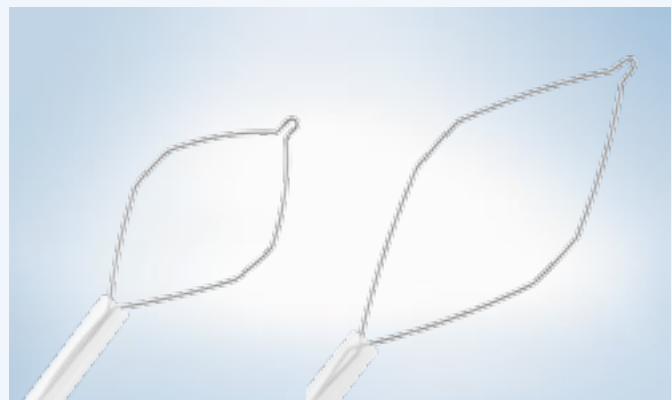
waren die En-bloc-Resektionsrate, Unmöglichkeit der CSP mit Konversion zur HSP und das Auftreten von unmittelbaren und späten Blutungen, Schmerzen und Perforation.

Ergebnisse

Es wurden 39 Patienten mit 61 adenomatösen Polypen bzw. SSL in die Studie eingeschlossen. Die mittlere Polypengröße betrug 11,8 mm. 48 der 61 (78,7 %) Polypen konnten erfolgreich durch die CSP abgetragen werden, in 13 Fällen (21,3 %) war eine CSP nicht möglich und es erfolgte die unmittelbare Konversion auf HSP. Die R0- und En-Bloc-Resektionsraten der CSP betragen 85,4 % (41/48) und 81,4 % (39/48). Insgesamt betrug die R0-Resektionsrate 80,3 % (49/61) bei einer En-Bloc-Resektionsrate von 78,7 % (48/61). Periinterventionelle Blutungen traten bei 28 Patienten auf und wurden durchschnittlich mit 2,1 Hämoclips versorgt. Komplikationen wurden keine beobachtet.

Fazit

Die Kaltschlingenpolypektomie (CSP) scheint ein wirksames und sicheres Verfahren bei der Resektion von Polypen der Größe 10 – 15 mm zu sein. Durch die Verwendung einer Hybridschlinge ist bei erfolgloser CSP eine sofortige Konversion zur HSP sicher möglich.



Snare Master Plus SD-400U: links mit einem Schlingendurchmesser von 10 mm und rechts von 15 mm



DRUCKFRISCH

Felix Burda Award 2021

Preise für Engagement zur
Darmkrebsvorsorge
digital verliehen



Der Felix Burda Award zeichnet die innovativsten und besten Engagements auf dem Gebiet der Darmkrebsvorsorge aus. Die Projekte und Leistungen verfolgen dabei das Ziel, Menschen in Deutschland vor Darmkrebs zu bewahren, das Bewusstsein für die Darmkrebsvorsorge zu stärken oder Betroffenen eine lebenswerte Zukunft zu ermöglichen. Auch anno 2021 konnte die Verleihung nicht im gewohnten Format im Berliner Hotel Adlon stattfinden, und die Preise wurden in den Kategorien ‚Engagement des Jahres‘, ‚Medizin und Wissenschaft‘ und der ‚Ehrenfelix‘ Ende Juli digital verliehen.

Darmkrebs ist in den allermeisten Fällen gut behandelbar, vorausgesetzt, die Diagnose wird rechtzeitig gestellt. Aus diesem Grund ist Darmkrebsvorsorge so wichtig. Bei entsprechender genetischer Vordisposition sind entsprechende Vorsorgegedarmspiegelungen ab einem Alter von bereits 25 Jahren ratsam. Die Felix Burda Stiftung hat es sich vor 20 Jahren zur Aufgabe gemacht, auf diesen Umstand öffentlichkeitswirksam hinzuweisen und vergibt deshalb Preise für besonders gute Vorsorgekampagnen.

Die drei Preisträger 2021

Das Aktionsbündnis „Darmgesund in Moers“ erhält den Felix Burda Award 2021 für das ‚Engagement des Jahres‘ in Form der Kreation des Maskottchens Polly. Mit dem Darmpolypen, der im niederrheinischen Dialekt spricht, gelang es, im Kampagnenzeitraum über 1.100 Menschen für zusätzliche Koloskopien zu gewinnen. Laudatorin Cathy Hummels würdigte bei der Verleihung die „Vielfalt der Kommunikationsmaßnahmen“.



Der ‚Ehrenfelix‘ ist eine Hommage an Felix Burda, den Namensgeber der Stiftung. In diesem Jahr wurde damit Susanna Zsoter ausgezeichnet. Die Laudatio hielt Wayne Carpendale

So diente etwa der Bürgermeister der Stadt Moers nicht nur als Schirmherr der Aktion, sondern ging bei der Vorsorge mit gutem Beispiel voran.


Der Sieg in der Kategorie ‚Medizin und Wissenschaft‘ ging an die Firma Novigenix für „Innovation in Immunotranscriptomics for early detection of colorectal cancer“. Dahinter verbirgt sich die Weiterentwicklung eines Bluttests, der anhand der Reaktion des Immunsystems Darmkrebs und seine Vorstufen mit einer hohen Zuverlässigkeit erkennen kann. Die Laudatio für das Schweizer Biotech-Unternehmen hielt Dr. Berndt Birkner, niedergelassener Gastroenterologe in München. Das nachhaltige Arbeiten von Novigenix zeigt sich unter anderem daran, dass eine neue Testversion, die die Gesamtheit der Gene in den weißen Blutzellen für einen neuen erweiterten Biomarker nutzt, bereits in Arbeit ist.

Den ‚Ehrenfelix‘ erhielt Susanna Zsoter, die selbst an Darmkrebs erkrankt ist und sich für andere Erkrankte stark macht. Für Schauspieler und Laudator Wayne Carpendale ist die Preisträgerin „eine ganz tolle Persönlichkeit und ein echtes Vorbild“. Carpendale engagiert sich selbst bereits länger für das Thema der Darmkrebsvorsorge. So ist er das Gesicht der Kampagne „#Präventiophobie“, die sich mit der Angst vor Vorsorgeuntersuchungen in diesem Bereich beschäftigt.

Stiftung, Laudatoren, Preisträger und unterstützende Unternehmen wie die Olympus Deutschland GmbH hoffen, dass die Preisverleihung des Felix Burda Award im Jahr 2022 wieder in das Berliner Hotel Adlon zurückkehren kann.

Weitere Informationen

Mit Berichten in Print-, Radio-, Online- und TV-Medien und ca. 2,6 Milliarden Mediakontakten überzeugt der Felix Burda Award neben dem Engagement gegen Darmkrebs mit großer medialer Aufmerksamkeit. Auch damit stellen Wettbewerb und Verleihung einen wichtigen Beitrag zum Kampf gegen den Darmkrebs dar.

 www.felix-burda-award.de





WIR ÜBER UNS

Neue Lernplattform für hochwertige Fortbildungen

Zeitgemäßes Lernen mit Olympus Continuum



Mit Continuum baut Olympus als ein führendes Unternehmen von Lösungen in der Medizin, den Biowissenschaften und Industrieanwendungen das weltweite und professionelle Fortbildungsprogramm weiter aus. Die neu eingeführte Bildungsplattform stellt mittels Online-Kursen und E-Learning ein wichtiges Angebot für internationales medizinisches Fachpersonal dar, das von den Vorteilen des digital unterstützten Lernens durch sehr gute Zugänglichkeit auch in entlegenen Regionen der Welt profitieren wird.

Olympus setzt als global arbeitendes Unternehmen seit jeher in allen Arbeitsbereichen auf Innovationen und Know-how bei der Entwicklung neuer Produkte und Lösungen. Um die Ausstattung von Kameras und Laboren sowie die Qualität diagnostischer, therapeutischer und minimal-invasiver Verfahren kontinuierlich zu steigern, bietet Olympus als eines der wenigen Unternehmen konsequent die Vermittlung von Wissen im Umgang mit diesen Lösungen an. Zu diesem Zweck verfügt Olympus weltweit über 15 Trainingscenter und kooperiert mit zahlreichen Kliniken und Laboren. Auf diese Weise profitieren heute jährlich schon 25.000 Teilnehmer in 1.400 Kursen, die sich durch kompetente Referenten sowie Lernen in Kleingruppen und damit einer angenehmen Arbeitsatmosphäre auszeichnen.

Bekenntnis und Engagement von Olympus im Bereich des lebenslangen Lernens fußen auf der Erkenntnis, dass allein gut geschultes medizinisches Fachpersonal die vollständigen Möglichkeiten voll ausspielen kann, die in den medizintechnischen Innovationen liegen. Dabei stehen die Ziele im Vordergrund, die Lebensqualität von Patienten zu erhöhen und die Behandlungsmöglichkeiten von Kliniken und endoskopischen Schwerpunktpraxen zu steigern.

Olympus Continuum für das Lernen in Zukunft

Damit medizinisches Fachpersonal auch in Zukunft auf dem aktuellen Stand bleibt, hat Olympus Europa die neue Plattform Continuum initiiert. Diese baut auf dem bestehenden Fortbildungsprogramm von Olympus auf. Das heißt die Kurse richten sich wie bisher an Ärztinnen und Ärzte sowie an das Assistenz- und Medizintechnikpersonal.

Die Plattform ist unter www.olympuscontinuum.com online. Erste Inhalte sind eingepflegt und werden in den nächsten Wochen und Monaten ausgebaut. Zur optimalen Nutzung der Plattform ist zunächst eine Anmeldung erforderlich. Die Daten-Abfrage erfolgt vornehmlich aus Gründen der Compliance und wegen behördlicher Meldepflichten in bestimmten Ländern. Nach der Anmeldung sind neben aktuellen Kursangeboten von Olympus Europa und der DACH-Region bislang E-Learning-Module in englischer Sprache zu finden.

Continuum bietet künftig eine hochwertige Kombination aus virtuellem Training und Vor-Ort-Training. Zu den Lernmöglichkeiten gehören neben praktischen Kursen und E-Modulen auch Vorträge und Workshops, Peer-to-Peer-Trainings, akkreditierte Weiterbildungen und On-demand-Angebote. Längere Anreizeiten und damit verbundene Reisekosten lassen sich bei Nutzung einsparen. Zudem sind Zugänglichkeit und Teilnahme von entlegenen Regionen aus durch digitalen Zugang leichter, ebenso wie die Einbindung internationaler Fachleute als Referenten. Ein wichtiges Angebot bleibt die sogenannte „On-Demand Library“, welche eine Vielzahl von freizugänglichen Trainingsmaterialien zur Verfügung stellt.

Im deutschsprachigen Bereich ist der bekannte Zugang zu Schulungsangeboten weiterhin erreichbar und wird künftig mit Continuum verknüpft, sodass neben den neuen Online-Inhalten auch bekannte Präsenzveranstaltungen hier zu finden sind.

Das Fazit lautet, online und offline wird es Angebote für Einsteiger wie Fortgeschrittene geben. Continuum stellt als Plattform den neuen, zentralen Dreh- und Angelpunkt für alle Schulungsangebote seitens Olympus dar und ermöglicht weltweit ein selbstbestimmtes Lernen rund um die Uhr.

 Weitere Informationen

OLYMPUS CONTINUUM

 www.olympuscontinuum.com





EBUS-Team-Workshops

Am 18. und 19.11.2021 in der Lungenklinik Hemer



Endobronchialer Ultraschall (EBUS)

Am 18.11.2021 gibt es in Hemer ab 08:45 Uhr die Gelegenheit für Lungenfachärztinnen und -ärzte sowie deren Assistenz, ihre Fertigkeiten hinsichtlich mediastinaler Raumforderungen auszubauen. Diese sind eine wichtige Indikation zur Bronchoskopie entweder im Rahmen der Diagnostik oder des Stagings des Bronchialkarzinoms.

Mit der EBUS-TBNA existiert eine Technik zur gezielten transbronchialen Punktion unter Echtzeit-Ultraschallkontrolle. Wie sich dadurch das Management des Bronchialkarzinoms maßgeblich verbessern lässt, ist ein Thema dieses Workshops. Neben Grundlagenvorträgen wird in Live-Demonstrationen ausführlich auf das Handling und die Durchführung der EBUS-TBNA eingegangen, wobei das Erlernte anschließend am Phantom direkt praktisch trainiert werden kann.

Agenda am 18.11. von 08:45 bis 16:00 Uhr
Registrierung im Großen Saal der Lungenklinik
Begrüßung und Einführung
Live-Demonstration EBUS-TBNA
Technik der EBUS-TBNA
Stellenwert der Zytologie
Sofortzytologie und Probenaufbereitung
Aufbereitung des EBUS-Bronchoskops
Kodierung EBUS
Hands-on am Modell
Vorstellung EBUS-DVD
Abschlussbesprechung und Verabschiedung

Workshop Periphere Diagnostik

Am Folgetag des EBUS-Workshops bietet sich den Teams aus der Pneumologie die Gelegenheit, eine weitere Variante des endobronchialen Ultraschalls beim Workshop Periphere Diagnostik zu erlernen bzw. zu vertiefen. Aufgrund der wachsenden Anzahl peripherer Lungenrundherde rücken der radiale EBUS mittels Minisonde sowie der Einsatz ultradünner Bronchoskope zunehmend ins Blickfeld. Ziel des Kurses ist die Einführung in die Methode EBUS-Minisonde, wobei auch hier der Teamgedanke im Vordergrund steht und sich das Kurskonzept an Ärztinnen und Ärzte sowie an deren Assistenz richtet. Neben Grundlagenvorträgen wird in Live-Demonstrationen ausführlich auf das Handling und die Durchführung eingegangen. Auch bei diesem Workshop besteht unmittelbar die Möglichkeit, das Erlernte am Phantom direkt umzusetzen.

Agenda am 19.11. von 08:45 bis 16:00 Uhr
Registrierung im Großen Saal der Lungenklinik
Begrüßung und Einführung
Live-Demonstration periphere Rundherddiagnostik
Rundherddiagnostik: Bronchoskopische Navigationsverfahren
Technik und Handhabung der EBUS-Minisonde
Probenentnahme und -aufbereitung
Hands-on am Modell
Vorstellung EBUS-DVD
Abschlussbesprechung und Verabschiedung

Anmeldebedingungen, Kosten und Trainingsort

Eine Teilnahme als Team ist ausdrücklich erwünscht, wobei eine separate Anmeldung jedes Teammitgliedes erforderlich ist. Beachten Sie bitte, dass von jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer ein GGG-Nachweis (Geimpft, Genesen oder Getestet) erforderlich ist. Die Zertifizierung für die Kurse wird bei der zuständigen Ärztekammer beantragt.

Die Teilnahmegebühr beträgt 200 Euro pro Team (1 Ärztin/Arzt und 1 Assistenz) inklusive 19 % Mehrwertsteuer, Seminarunterlagen und Verpflegung.

Die Workshops finden in der Lungenklinik Hemer im Konferenzraum statt. Die wissenschaftliche Leitung hat Dr. med. Franz Stanzel, Chefarzt Pneumologie, Lungenklinik Hemer. Er wird unterstützt von den Referentinnen und Referenten, Dr. med. Uta Wülfing, Oberärztin Pneumologie, Dr. Ulrich Klein, Oberarzt Pneumologie, Florian Hofsäß, leitender Endoskopiefachkrankenpfleger Pneumologie, und Sylvia Mioc, Zytologie-Assistentin Zell-Labor, alle tätig in der Lungenklinik Hemer, Theo-Funccius-Str. 1, 58675 Hemer.

Weitere Informationen

Organisation, Anmeldung und Information

Olympus Endoskopie-Akademie
Tel.: +49 40 23773-5433
E-Mail: Endoskopie-Akademie@Olympus.de
www.olympus.de

Fortbildung Pneumologie



Grund- und Aufbaukurse für die ERCP

Am 12.11. in Chemnitz und am 10.12.2021 in Gehrden

ERCP-Aufbaukurs in Chemnitz

Am 12. November ab 9 Uhr stattfindend, richtet sich der Kurs an Ärztinnen und Ärzte sowie deren Assistenzpersonal mit Erfahrungen in der ERCP. Für diese besteht die Gelegenheit, in prägnanten Vorträgen die aktuelle Methodik sowie Tipps und Tricks in der Durchführung der ERCP zu vertiefen. So wird die Entwicklung neuer Methoden und vieler neuer Instrumente zwecks Erweiterung des ERCP-Einsatzspektrums ebenso thematisiert wie die Kombination mit der Endosonografie. Auch neue radiologische Verfahren wie die 3D-Angiografie eröffnen neue Dimensionen und werden beleuchtet. Zudem werden gezeigte Fälle gemeinsam mit den Untersuchungsteams diskutiert. Kurzvorträge und Trainingsmöglichkeiten für die Handhabung des Zusatzinstrumentariums runden das Programm ab.

Auszüge der Agenda am 12.11. von 09:00 bis 16:30 Uhr

Theorie

Unter anderem zur Anatomie des biliopankreatischen Systems, Indikationen und Kontraindikationen, Sondierungstechniken bei schwieriger Anatomie, ERCP bei voroperiertem Magen, Risiken und Komplikationen bzw. deren Vermeidung, ERCP in Verbindung mit EUS

Praxis

Live-ERCP mit Video-Demonstrationen von ausgesuchten Fällen inkl. Vorbesprechung der Indikationen sowie Diskussion und Analyse der Fälle aus ärztlicher und pflegerischer Sicht

Hands-on-Training sowie Feedback, Verabschiedung und Ausgabe der Zertifikate

Das Referententeam des ERCP-Aufbaukurses in Chemnitz besteht aus PD Dr. med. Thaddäus Till Wissniowski, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II, Dr. med. Frank Naser, Oberarzt und Leiter der Zentralen Endoskopie, sowie Marit Kirchberger, leitende Schwester Endoskopie.

ebenso willkommen. Hier werden theoretische und praktische Komponenten miteinander verbunden und ein Überblick über interventionelle ERCP-Verfahren vermittelt. Neben den theoretischen steht das Erlernen der praktischen Fähigkeiten der ERCP-Untersuchung im Mittelpunkt. Simulationsmodelle geben ideale Möglichkeiten, die Technik zu erlernen und bilden die Basis, die Fertigkeiten in der klinischen Routine weiterzuentwickeln. Von der Anatomie des biliopankreatischen Systems über die Indikationsstellung und Durchführung bis zum ausgiebigen Training an Hands-on-Modellen reicht das Tagesprogramm.

Agenda am 10.12. von 09:00 bis 16:00 Uhr

Registrierung, Kaffee und Begrüßung

Einführung in die ERCP mit Live-Demonstrationen, parallel dazu Hands-on-Training am Modell

Pause mit Mittagessen

Hands-on-Training am Modell

Feedback und Verabschiedung

Das Referententeam des ERCP-Grundkurses in Gehrden besteht aus Prof. Dr. Jochen Wedemeyer, Chefarzt der Medizinischen Klinik I, KRK Klinikum Robert Koch Gehrden, sowie Prof. Dr. med. Ahmed Madisch, Centrum Gastroenterologie Bethanien, Frankfurt am Main, die auch die wissenschaftliche Leitung haben.

Anmeldebedingungen und Kosten

Es ist ausschließlich eine Teilnahme als Team möglich, wobei die separate Anmeldung jedes Teammitgliedes erforderlich ist. Beachten Sie bitte, dass ein GGG-Nachweis (Geimpft, Genesen oder Getestet) benötigt wird. Die Zertifizierung wird bei der zuständigen Ärztekammer beantragt. Die Teilnahmegebühr beträgt 350 Euro pro Team (1 Ärztin/Arzt und 1 Assistenz) inklusive 19 % Mehrwertsteuer, Seminarunterlagen und Verpflegung.

Anmeldebedingungen und Kosten

Eine Teilnahme als Team ist erwünscht und eine separate Anmeldung jedes Teammitgliedes erforderlich. Beachten Sie bitte, dass ein GGG-Nachweis (Geimpft, Genesen oder Getestet) benötigt wird. Die Zertifizierung wird bei der zuständigen Ärztekammer beantragt. Die Gebühr beträgt 200 Euro pro Team (1 Ärztin/Arzt und 1 Assistenz) sowie 160 Euro pro Ärztin oder Arzt und 90 Euro pro Endoskopie-Assistenz inklusive 19% Mehrwertsteuer, Seminarunterlagen und Verpflegung.

ERCP-Grundkurs in Gehrden

Dieser am 10. Dezember stattfindende Kurs richtet sich an Neueinsteiger im Bereich ERCP. Kolleginnen und Kollegen, die ihr Wissen und ihre Fähigkeiten auffrischen möchten, sind

Weitere Informationen

Organisation, Anmeldung und Information

Olympus Endoskopie-Akademie

Tel.: +49 40 23773-5433

E-Mail: Endoskopie-Akademie@Olympus.de

www.olympus.de

Fortbildung Endo-Therapie



ESD-Workshops

Am 12. und 13.11.2021 im Diakoniekrankenhaus Freiburg sowie am 05.03.2022 im Gemeinschaftskrankenhaus Bonn



Während der Corona-Pandemie konnten wir keine Live-Trainingskurse anbieten und Sie mussten anderthalb Jahre auf Hands-on-Training verzichten. In den letzten Wochen erreichen uns aber wieder vermehrt Anfragen nach Trainingsterminen. Besonders gefragt sind Übungskurse, um die komplexe Methode ESD zu lernen. So haben wir uns entschlossen, noch im Herbst 2021 wieder mit Hands-on-Workshops für Einsteiger in die ESD zu starten. Diese richten sich an Fortgeschrittene Endoskopiker mit Erfahrungen in der Mukosaresektion sowie deren Assistenzpersonal. Zudem findet im November 2021 ein ESD-Tutorial statt. Die Teilnahme daran empfehlen wir vor allem erfahrenen Endoskopikern mit mindestens 20 ESD oder als modularen Bestandteil zum darauf folgenden Hands-on-Workshop.

Die an die Bedürfnisse der Anwenderinnen und Anwender angepasste Mischung aus Theorie und Praxis stellt in Form beider Hands-on-Workshops sehr gute Gelegenheiten für den Einstieg in die ESD dar. Hierfür wurde der Standort Freiburg für den Termin am 13. November 2021 und Bonn für den ESD-Hands-on-Workshop am 5. März 2022 ausgewählt. Neben einleitenden Vorträgen steht vor allem das Üben am Bio-Modell im Vordergrund dieser Workshops. Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen den Umgang mit verschiedenen ESD-Messern sowie die Vorteile und Einsatzgebiete der einzelnen Messer unterscheiden.

Zusätzlich bietet Olympus Medical Expert Training ein Tutorial für die Ausbildung erfahrener ESD-Anwenderinnen und ESD-Anwender. Im Fokus dessen steht die Behandlung von Patientinnen und Patienten durch einen versierten Tutor. Die verschiedenen Behandlungsschritte und Prozeduren werden vom Teilnehmerkreis live mitverfolgt. Anhand der konkreten praktischen Abläufe während dieses Tutorials am

12. November 2021 in Freiburg bestehen viele Möglichkeiten, den ESD-Experten über die Schulter zu blicken und mit ihnen zu diskutieren.

ESD-Workshops am 13.11.2021 und 05.03.2022, 09:00 bis 16:15 Uhr

Begrüßung
ESD: Indikationen
ESD: Praktisches Vorgehen
Praktische Übungen am EASIE-Trainingsmodell
ESD: Komplikationsmanagement
Praktische Übungen am EASIE-Trainingsmodell
Abschlussbesprechung und Zertifikate

ESD-Tutorial am 12.11.2021 von 09:00 bis 18:30 Uhr

Klinisches ESD-Tutoring anhand von Live-Patientinnen und Live-Patienten
Minisymposium: Diagnostik und Therapie von Frühneoplasien im Gastrointestinaltrakt

Eine Teilnahme an den ESD-Workshops als Team ist möglich, wobei eine separate Anmeldung jedes Teammitgliedes erforderlich ist. Beachten Sie bitte, dass von jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer ein GGG-Nachweis (Geimpft, Genesen oder Getestet) erforderlich ist.

Die Zertifizierung für die Kurse wird bei der jeweils zuständigen Ärztekammer beantragt. Die Teilnahmegebühr beträgt 350 Euro pro Team (1 Ärztin/Arzt und 1 Assistenz) bzw. 300 Euro für Ärztinnen und Ärzte inklusive 19 % Mehrwertsteuer, Seminarunterlagen und Verpflegung für die Workshops sowie 250 Euro für das Tutorial. Die ESD-Hands-on-Workshops finden im Evangelischen Diakoniekrankenhaus Freiburg und im Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth Bonn statt. Die wissenschaftliche Leitung haben in Freiburg Prof. Dr. Hans-Peter Allgaier und Dr. Ingo Steinbrück sowie Prof. Dr. Franz Ludwig Dumoulin in Bonn.

Weitere Informationen

Organisation, Anmeldung und Information

Olympus Endoskopie-Akademie
Tel.: +49 40 23773-5433
E-Mail: Endoskopie-Akademie@Olympus.de
www.olympus.de

Essen

14. – 15. Oktober

**Bronchoskopie Grundkurs
Ruhlandklinik Essen**

Anmeldung und Informationen:

Siehe Beitrag über Olympus Continuum auf Seite 27

➤ <https://learn-emea.olympus-europa.com/learn/course/external/view/classroom/456/grundkurs-bronchoskopie>



Hamburg

05. – 06.

November

**EndoClub Nord
Live und Hybrid**

Anmeldung und Informationen:

➤ <https://endoclubnord.de/registrierung/anmelden>



Augsburg

25. – 27.

November

endo-update 2021

Anmeldung und Informationen:

➤ www.endoupdate.de



Heidelberg

20. – 22. Januar

**23. Workshop Thorakale
Endoskopie**

Anmeldung und Informationen:

Julia Kaus,
Chefarztsekretariat Pneumologie und
Beatmungsmedizin
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH –
Universitätsklinikum Heidelberg
Tel.: +49 6221 396-1201
E-Mail: Julia.Kaus@med.uni-heidelberg.de
➤ www.thoraxklinik-heidelberg.de

Düsseldorf

10. – 12. Februar

**24. Internationales Endoskopie
Symposium****Live und Hybrid**

Anmeldung und Informationen:

➤ <https://endo-duesseldorf.com/de>

**Herausgeber:**

Olympus Deutschland GmbH
Medical Systems
Wendenstraße 20, 20097 Hamburg

Redaktionsleitung (v.i.S.d.P.)**für die Olympus Deutschland GmbH:**

Barbara Opalka, Leitung Marketmanagement
Endo-Therapie, DACH
Barbara.Opalka@Olympus.de
Redakteur für die Rubrik Hygiene:
Christian Roth, Market Manager CDS, DACH
Redakteurin für die Rubrik Service:
Sonja Haug, Produkt Manager Service
Redakteurin für die Rubrik Produkte:
Mona Wagner, Senior Market Manager
Pulmonologie/Anesthesiology, DACH

Verantwortlicher Redakteur**bei der plus2 GmbH,**

Hauptstraße 13, 42929 Wermelskirchen:
Robert Timmerberg: rt@plus-2.de
Redaktionelle Mitarbeit: Pascal Heithorn

Designkonzept:

syntese Design und Kommunikation GmbH

Gestaltung plus2 GmbH:

Georg Mede: gm@plus-2.de

Druck:

Backes Druck GmbH, Hans-Böckler-Straße 5
40764 Langenfeld

Foto:

© Soenne, Aachen

Diese Kundenzeitschrift von

Olympus Deutschland GmbH, Medical Systems,
ist kostenlos. Über Adressänderungen oder den
Wunsch um Aufnahme in den Verteiler unterrichten
Sie bitte die Redaktionsleitung: +49 40 23773-
4145 oder per E-Mail (s. o.).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge sind nicht
unbedingt identisch mit der Meinung der Redak-
tion. Beiträge Ihrerseits sind nach Absprache
mit der Redaktionsleitung jederzeit willkommen.
Wir behalten uns Textkürzungen vor. Für unver-
langte Einsendungen von Manuskripten, Fotos,
Datenträgern übernimmt die Redaktion allerdings
keine Verantwortung. Nachdruck, Aufnahme in On-
line-Dienste und Internet sowie Vervielfältigungen
auch auf Datenträger nur mit vorheriger schriftlicher
Genehmigung der Redaktion und Quellenangabe.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 05.07.2021

OLYMPUS**i OLYMPUS informiert: Kundenmagazin auch online**

Neben den gedruckten Ausgaben,
die Sie weiter per Post erhalten,
ist unser Kundenmagazin
über diese Webadresse
zu finden:



➤ www.olympus.de/medical/de/Olympus-Informiert

Sie können dort jederzeit alle Inhalte der aktuellen und der
vorherigen Ausgaben, die Schwerpunktthemen und
Autorenbeiträge abrufen.





BAI-MAC

Herausragend durch
gleichmäßige
Ausleuchtung



RDI

Der Schutzschild für
die endoskopische Therapie

TXI

Das neue Weißlicht



Let's Be Clear

Wir setzen neue Maßstäbe in der Endoskopie

www.olympus.de/evisx1-bronchoscopy

OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH

Wendenstraße 20
20097 Hamburg, Deutschland
www.olympus.de

OLYMPUS AUSTRIA GES.M.B.H.

Shuttleworthstraße 25
1210 Wien, Österreich
www.olympus.at

OLYMPUS SCHWEIZ AG

Richtiring 30
8304 Wallisellen, Schweiz
www.olympus.ch