

OLYMPUS

Ausgabe 01 | 2026
Medical Endoscopy Group

Informiert

Das Magazin für flexible medizinische Endoskopie.



Titelinterview

Peripherer EBUS:
Erste Erfahrungen

Aus der Praxis

European Defect Registry

Produkte

Neu: GORE® VIABIL®
biliäre Metallstents

Neues entdecken



Systematische Screeningprogramme kennen wir seit vielen Jahren. Sie haben sich z. B. mit der Mammographie und der Koloskopie für die Früherkennung von Brust- bzw. Darmkrebs bewährt und bieten Chancen auf erhöhte Heilung. Nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Lungenkrebs-screening ein weiteres Programm als Kassenleistung beschlossen. In diesem Zusammenhang kommt ein neues dünneres EBUS-Skop sehr gelegen, das die Möglichkeiten, periphere Lungenrundherde zu entdecken und zu diagnostizieren, erweitern kann. Seit Veröffentlichung der Nelson-Studie 2013 wissen

wir, die Mehrzahl der Lungenrundherde befindet sich in der schwer erreichbaren Peripherie. Nun steht ein neues Tool zur Verfügung, das in Echtzeit Befunde im mittleren Lungendrittel visualisieren hilft und die Diagnosestellung vereinfachen kann. Lesen Sie dazu unser Titelinterview ab Seite 4.

Nicht nur Lungenkrebs wird bisher weitgehend in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert, gleiches gilt auch für maligne Erkrankungen des pankreatobiliären Systems. Umso mehr freuen wir uns, mit der Firma W. L. Gore & Associates GmbH einen Kooperationspartner für den Vertrieb der Viabil® biliären Metallstents für die Überbrückung benignen wie malignen hepato-biliärer Stenosen gefunden zu haben. Details dazu finden Sie auf Seite 18.

Wie in jeder Ausgabe möchten wir Ihnen auch in diesem Heft eine Fülle spannender wie lehrreicher

Fortbildungsformate anbieten. Schnell sein bei der Anmeldung kann sich lohnen, um einen der meist begrenzten Plätze zu ergattern. Programme finden Sie ab Seite 20. Und einen weiteren Aufruf zur Aktion startet Prof. Alanna Ebigbo mit seinem European Defect Registry. Neben SutuArt, dem endoskopischen Nadelhalter von Olympus, haben sich jüngst weitere Systeme zum Defektverschluss entwickelt. Daher ist es naheliegend, zur Verbesserung etablierter Behandlungsmethoden ein Register zu starten. Wie Sie sich beteiligen können, erfahren Sie auf Seite 19.

Eine anregende Lektüre wünscht

Ihre

Barbara Opalka
Businessgroup Coordinator
HCP and Events DACH

Druckfrisch

Lungenkrebs-Screening

Bei starken Raucherinnen und Rauchern demnächst als Kassenleistung

Menschen mit starkem Zigarettenkonsum haben ein hohes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für diese Personengruppe die Lungenkrebs-Früherkennung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen beschlossen. Ziel ist es, eine Krebserkrankung frühzeitig zu erkennen, zeitnah die Behandlung zu ermöglichen und so die Überlebenschancen der Betroffenen zu erhöhen. Das Screening-Angebot kann voraussichtlich ab April 2026 in die Versorgung kommen, wenn das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss nicht beanstandet und auch die Versicherteninformation vorliegt. Starke Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren können dann alle 12 Monate eine Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) wahrnehmen.

Dazu Dr. med. Bernhard van Treeck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Methodenbewertung: „Der G-BA hat sich inhaltlich sehr eng an der ministeriellen Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung vom Juli 2024 orientiert. Um den medizinischen Nutzen des Screenings sicherzustellen, sind hier strenge qualitätssichernde Anforderungen vorgesehen: beispielsweise besondere Qualifikationen für die teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen und für die Zweitbefundung bei kontroll- und abklärungsbedürftigen Befunden.“

Wer kann teilnehmen?

Am Lungenkrebs-Screening können aktive und ehemalige Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren teilnehmen. Berechtig sind Versicherte, die

Inhalt

In dieser Ausgabe

▶ Aus der Praxis

- Titelthema:** Interview
Erste Erfahrungen BF-UCP190F **04**
- „Neue“ Wege** Perkutane Endoskopie Teil 2 **08**
- Hochmoderne Endoskopie-Abteilung**
im Klinikum Straubing Teil 2 **12**
- European Defect Registry**
Evaluation neuartiger Verschlusstechniken **19**

⚙ Service

- INFOCUS Angebot im Gerätemanagement **15**

🏠 Hygiene

- Wissenswertes: Website für Infektionsprävention... **17**

📦 Produkte

- Neu: GORE® VIABIL® biliäre Metallstents **18**

📖 Weiterbildung

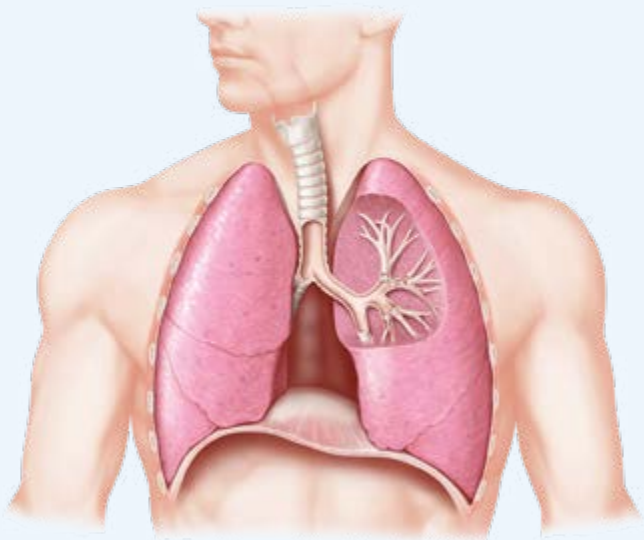
- Endoskopie-Live 2026 Berlin **20**
- POEM-Kurs 2026 Traunstein **21**
- Junge Forschende Endoskopie Hannover **22**
- 20 Jahre EndoAkademie und Kursprogramm 2026... **23**
- ESD-Tutorial und ESD-Workshop Freiburg..... **24**
- Hospitationsworkshop Bochum **27**

📖 Journal Club

- Neuartiger virtueller
Plug-and-Play-Endoskopie-Simulator **25**

Kalender **26**

Impressum **27**



mindestens 25 Jahre geraucht haben – wobei der Zigarettenkonsum noch andauert oder vor weniger als 10 Jahren beendet wurde. Der Umfang muss rechnerisch mindestens 15 Packungsjahre ergeben. Beispielsweise entspricht das Rauchen von 20 Zigaretten pro Tag über ein Jahr lang einem Packungsjahr.

Weitere Informationen

Sie finden die komplette Pressemitteilung des G-BA sowie zusätzliche Details, Tabellen und Grafiken hier:



www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1263/





Erste Erfahrungen aus Heidelberg und Hemer

Neues peripheres EBUS-Bronchoskop BF-UCP190F

Abklärung von Läsionen im mittleren Lungendrittel

Im Rahmen der Aufnahme des Lungenkrebscreenings in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Thema der Abklärung peripherer Läsionen hochaktuell. Insbesondere für Läsionen im mittleren Lungendrittel bietet sich mit dem BF-UCP190F nun eine zusätzliche Möglichkeit der Abklärung.

Welche (bronchoskopischen) Modalitäten nutzen Sie für die Abklärung von peripheren Läsionen in diesem Bereich derzeit? Wie zufrieden sind Sie mit Handhabbarkeit und diagnostischer Ausbeute dieser Modalitäten?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Zur Abklärung von Rundherden kommen derzeit verschiedene Techniken zum Einsatz. Wir verwenden in Kombination dünne und ultradünne Bronchoskope, die altbewährte Durchleuchtung sowie gelegentlich den Guide Sheath und die radiale Ultraschallsonde. Mit diesen Methoden erreichen wir Rundherde in der sogenannten Mid-Zone mit Bronchusanschluss in der Regel gut. Bei weit peripher gelegenen Rundherden oder solchen ohne Bronchusanschluss reichen diese Techniken jedoch gelegentlich nicht aus. Für diese sehr peripheren Rundherde mit oder ohne Bronchusanschluss kommt bei uns die robotisch-assistierte Bronchoskopie mit oder ohne Cone-Beam-CT zum Einsatz. Eine Lücke besteht bei Läsionen in der Mid-Zone ohne Bronchusanschluss: Die „konventionellen“ Methoden sind hier nicht ausreichend und die aufwändigen Navigationsverfahren sind sehr kostenintensiv.

Aus der Praxis

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

In der Lungenklinik Hemer haben wir zur Abklärung peripherer Lungenherde verschiedene Systeme zur Verfügung. Hierzu gehören dünne und ultradünne flexible Bronchoskope, die radiäre Ultraschallsonde, die bronchoskopische virtuelle Navigation (Archimedes), das Cone-Beam-CT und aktuell die robotische Bronchoskopie (ION).

Ein wesentlicher Vorteil der EBUS-Bronchoskopie mit dem BF-UCP190F ist die langjährig bekannte Handhabung des Bronchoskopes, die eine rasche Implementierung in die klinischen Abläufe ermöglicht und zudem die Möglichkeit der Biopsie unter (Ultraschall-) Sicht, neudeutsch „Tool-in-Lesion“-Bestätigung.

Welchen Zugewinn im Vergleich zu diesen Modalitäten sehen Sie beim Einsatz des BF-UCP190F für diesen Zweck?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Im Vergleich zum konventionellen EBUS hat das BF-UCP190F einen kleineren Durchmesser und eine höhere Flexibilität. Dadurch können wir Lymphknoten auf Segment- oder Subsegmentebene erreichen. Auch Rundherde im zentralen und mittleren Drittel der Lunge, je nach Lage auch im peripheren Drittel, können mit dem neuen EBUS-Skop erreicht werden. Dabei bietet das BF-UCP190F als einziges Gerät eine Echtzeit-Konfirmation der Position, d. h., wir sehen während der Biopsie, ob wir an der richtigen Stelle punktieren. Zudem erhoffen wir uns, dass auch Läsionen ohne Bronchusanschluss mit dem BF-UCP190F dargestellt und punktiert werden können. Das BF-UCP190F erweitert daher erheblich das verfügbare Repertoire sowohl in der Lymphknoten- als auch in der Rundherddiagnostik und ist teilweise kostengünstiger als aufwändige Navigationsverfahren.

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Im Vergleich zu anderen Methoden ist insbesondere die bekannte Handhabung ein großer Vorteil und die Kombination aus Bronchoskopie und endosonographischer Bildgebung in einem Gerät. Dies ermöglicht die periphere Herddiagnostik und das Mediastinalstaging mit einem Bronchoskop und erlaubt somit eine sehr zeiteffiziente und ressourcenschonende Diagnostik.



Ein Interview mit:

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Oberärztin, Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH
Universitätsklinikum Heidelberg

Röntgenstr. 1
69126 Heidelberg
Judith.Brock@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Chefarzt Pneumologie
Lungenklinik Hemer

Theo-Funccius Str. 1
58675 Hemer
kaid.darwiche@lkhemer.de



Abklärung von N1-Lymphknoten

Neben der Abklärung von Läsionen im mittleren Lungendrittel könnte das BF-UCP190F auch eine Rolle für die Erreichbarkeit und Punktierbarkeit von weiter peripher gelegenen Lymphknotenstationen spielen.

Welche Relevanz hat die korrekte Abklärung von N1-Lymphknoten im Rahmen des Stagings für das Management von Lungenkrebskrankungen?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Die aktuelle 9. TNM-Klassifikation unterscheidet nicht zwischen einem singulären oder multiplen N1-Lymphknotenbefall, obwohl Mortalitätsunterschiede hinsichtlich dieser zwei Situationen aufgezeigt werden konnten. Dies liegt auch daran, dass die peripheren N1-Lymphknoten bisher bronchoskopisch nicht zugänglich waren. Mit der neuen Verfügbarkeit des BF-UCP190F könnte sich das ändern. Wir haben zudem die Erfahrung gemacht, dass periphere Lymphknoten nicht immer sicher von malignen Läsionen oder Zweitkarzinomen unterschieden werden können. Hier bietet das neue Device nun die Option, diese Läsionen erfolgreich zu biopsieren und damit die Entitäten zu unterscheiden.

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Ein Vorteil, der ganz besonders im linken Oberlappen ausgespielt werden kann. Aber auch generell sind die Lymphknoten der Stationen 12 und größer mit dem BF-UCP190F in der Regel gut zu erreichen.

Wir wissen aus Studien um den prognostischen Unterschied zwischen einer single-level-N1-Situation und einer multi-level-N1-Situation, auch wenn sich dies noch nicht in der aktuellen TNM-Klassifikation widerspiegelt. Eine korrekte Evaluierung der N1-Lymphknoten ist im Zeitalter der neo-adjuvanten Immuntherapie ohnehin von erheblicher Bedeutung.

Wie hat Ihnen das BF-UCP190F in Ihren bisherigen Erfahrungen bei dieser Fragestellung helfen können? Und sehen Sie einen möglichen Einfluss des Geräts auf Ihre klinischen Abläufe für das Staging?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Bei CT-graphisch auffälligen peripheren Lymphknoten oder lymphknotenverdächtigen Läsionen wird das BF-UCP190F zukünftig regulär zum Einsatz kommen. Je nach Lage der Läsion kann die Erreichbarkeit durch Atelektasenbildung beeinträchtigt sein. In diesem Fall muss zuerst die periphere Läsion biopsiert werden, bevor das Lymphknotenstaging erfolgt – und nicht wie üblicherweise in umgekehrter Reihenfolge. Es ist auch denkbar, dass das neue BF-UCP190F nicht nur für die periphere Läsion, sondern auch für die Punktion der zentralen Lymphknoten zum Einsatz kommt. Dies würde keinen Gerätewechsel bedeuten und den bronchoskopischen Ablauf beschleunigen.

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Mit der Evaluierung der intersegmentalen N1-Lymphknoten besteht die Möglichkeit einer noch umfassenderen und präziseren Stadiierung, die in einer einzigen Untersuchung minimalinvasiv durchgeführt werden kann. Grundsätzlich sollte jeder Patient (zumindest mit einer Herdgröße >1cm) auch bei nicht suspekten hilomediastinalen Lymphknoten im CT/PET-CT einer EBUS-Stadiierung zugeführt werden. Da wir dies bereits seit Jahren so handhaben, ist eine Änderung der klinischen Abläufe nicht notwendig.



Einbindung in die klinische Praxis

Abschließend noch ein ganz praktisches Thema: Sie haben langjährige Erfahrung in der Nutzung von EBUS-Bronchoskopen.

Was empfehlen Sie generell Pneumologinnen und Pneumologen für die ersten Einsätze mit dem BF-UCP190F für die Handhabung? Was sollte gegenüber dem Standard-EBUS-Gerät beachtet werden?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Erfreulicherweise unterscheidet sich das BF-UCP190F in der Handhabung nicht von konventionellen EBUS-Devices und erfordert daher keine explizite Übung oder Einweisung. Die Handhabung ist simpel und intuitiv. An die Bilder in der Mid-Zone und Peripherie der Lunge muss man sich erstmal „gewöhnen“, da man Strukturen und Bereiche im Ultraschallbild sieht, die man vorher nicht zu Gesicht bekommen hat.

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Der Umgang mit einem EBUS-Bronchoskop ist jedem pneumologischen Bronchoskopiker gut bekannt. Insofern ist keine große Umstellung notwendig. Für die Untersuchung der mediastinalen Lymphknoten kann etwas Flüssigkeit über den Arbeitskanal auf den Ultraschallkopf gegeben werden. Dann sind auch ohne Ballon eine gute Anlotung und Punktion der Lymphknoten möglich. Zudem sollte man TBNA-Nadeln und andere Biopsieinstrumente bei der peripheren Biopsie nur sehr vorsichtig und ohne aktive Abwinkelung durch den Arbeitskanal des BF-UCP190F führen.

Danke für das Stichwort – mit dem BF-UCP190F sind aufgrund des extraschlanken Designs und dem entsprechend schmalen Arbeitskanal allein die ViziShot 2 Nadeln der Größe 25G kompatibel. Welche weiteren Hinweise haben Sie für die Handhabung dieser dünnen Nadeln, um eine gute Probenqualität zu erzielen?

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Brock

Die Handhabung der 25G-Nadeln unterscheidet sich nicht von derjenigen anderer Nadelgrößen. Aber, wie gerade erwähnt, sollten die Nadeln aufgrund ihrer größeren Flexibilität und ihres schlankeren Durchmessers besonders vorsichtig in den Arbeitskanal eingeführt werden, um ein Abknicken zu verhindern. Und wie bei anderen transbronchialen Nadelaspirationen sollte die Qualität der Probe direkt visuell überprüft werden, um eine ausreichende Ausbeute zu erzielen.

Prof. Dr. med. Kaid Darwiche

Nach unserer Erfahrung kann regelhaft ausreichend Zellmaterial mit der 25G-TBNA-Nadel gewonnen werden. Dies gilt auch für molekularpathologische Untersuchungen. Von Vorteil ist hier die direkte Bewertung des Biopsiematerials durch „rapid onsite evaluation“ (ROSE).

Vielen Dank für dieses Interview,
Frau Dr. Brock und Herr Prof. Darwiche.

„Neue“ Wege

Perkutane Endoskopie — Teil 2



Ein Artikel von:

Dr. med. Marcus Kantowski

Stellvertretender Leiter des
Interdisziplinären Endoskopie Zentrums
Oberarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie

Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
marcus.kantowski@med.uni-heidelberg.de

Dies ist die Fortsetzung des Beitrags von Dr. med. Marcus Kantowski. Den ersten Teil inklusive des ersten Anwendungsbeispiels finden Sie in Ausgabe 2-2025 der „OLYMPUS informiert“.



Nachbehandlung und Überwachung

Die Wund-Spüldrainagen sind sorgfältig durch Nähte kutan zu sichern. Bei der Visite sollte in den folgenden Tagen auf Station das Spülkonzept mit dem Stationsarzt, dem Pflegepersonal und dem Patienten vor Ort besprochen werden. Auf ein Durchwandern der Haltenähte der Drainagen und damit das Risiko eines Drainageverlusts ist im weiteren Verlauf zu achten, wenn der Patient mobil ist. Nach Abschluss der perkutanen Drainage-Behandlung sollte neben der klinischen Kontrolle auch im längeren Abschnitt eine Ultraschallkontrolle oder gegebenenfalls CT-Kontrolle zum Ausschluss eines Rezidivabszesses erfolgen.

Durch die Manipulation im Retroperitoneum, in der Pleura oder in der freien Bauchhöhle ist ein bakterielles Einschwemmen während oder nach der Intervention möglich. Die meisten Patienten sind im Regelfall schon unter Langzeitantibiose. Trifft dies nicht zu, sollte die Intervention in jedem Fall mit einer single-shot-Antibiose erfolgen. Die erste Intervention sollte, wenn irgend möglich, in Intubationsnarkose durchgeführt werden und der Patient mit adäquater Kontrolle auf Nachblutung oder septische Einschwemmung in einer Intermediate-Care-Station weiter überwacht werden. Erst nach adäquater Nachüberwachung sollte der Patient auf die Normalstation zurückverlegt werden.

Patientenselektion und Follow-up

Für perkutane Manöver, wie die hier vorgestellten, sind Patienten geeignet, für die klassische Therapieoptionen der endoluminalen Endoskopie bzw. adäquat adressierte radiologisch gelegte Drainagen nicht möglich sind oder nicht infrage kommen bzw. ein hohes OP-Risiko aufgrund von Komorbiditäten, Verwachsungen oder hohem Alter besteht. Zwischen den PEN sollten bei Mehrfachsitzen mindestens drei bis vier Tage zur Rekonvaleszenz liegen.

Als Ursache für nicht heilende Abszeshöhlen unter bisheriger Drainagetherapie gibt es im Regelfall vier häufige Ursachen:

- a) Am häufigsten sind Nekrosen (z. B. Fett-/Omentum- oder Pankreas), die mechanisch unter endoskopischer Sicht entfernt werden können, um danach eine adäquate Wundheilung zu erreichen
- b) Eine entzündliche oder postoperative Fistel zum Gastrointestinaltrakt, nicht selten bedingt durch eine Anastomoseninsuffizienz
- c) Missverhältnis zwischen Größe der Abszeshöhle, Eitersekretion und unzureichender Spülung oder zu klein gewählter Drainage. In diesen Fällen kann die Abszeshöhle oftmals durch eine perkutane Unterdruck-Therapie rasch verkleinert werden. Ein adäquater Spül-/Drainagenschlauch mit größerem Durchmesser verbessert entscheidend die Wundheilung

Anwendungsbeispiel 2

18-jähriger Patient mit akuter myeloischer Leukämie und multiplen Abszessen bei nekrotisierender Pankreatitis als Komplikation der Chemotherapie.

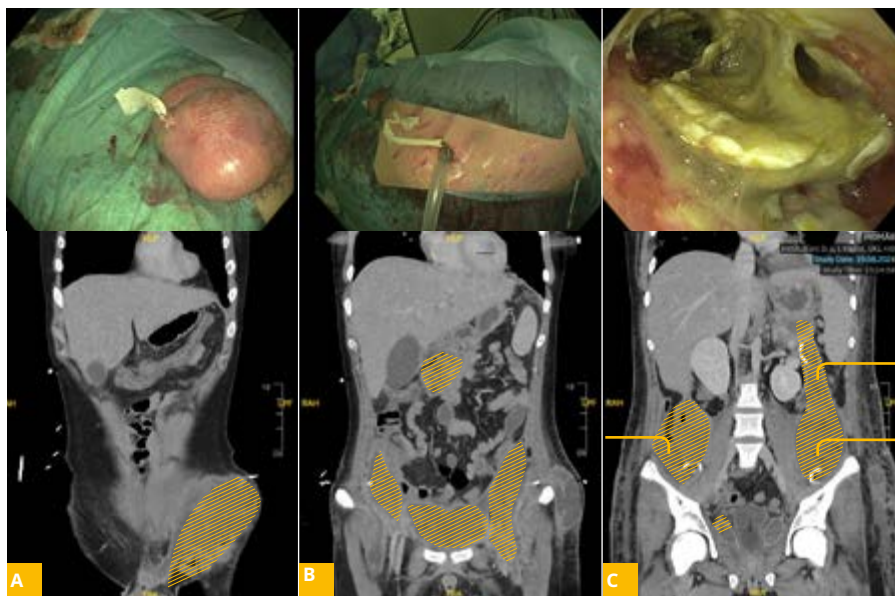


Bild A Entwicklung von einem Senkungsabszess links mit Durchbruch nach subkutan durch die linke Leiste, Abstieg weiter am linken Samenstrang und mit Spontanperforation am Boden des Skrotalfachs links

Bild B Mittig ein konfluierender Beckenabszess von links, über prävesikal nach retrosymphysär rechts

Bild C Daneben noch ein weiterer Senkungsabszess links vom Pankreas durch die Milzloge bis zur linken Leiste, durchs Becken auf die Gegenseite bis hoch nach subhepatisch ziehend. Unter laufender Chemotherapie frustrane Drainageversuche durch CT-gesteuerte Drainagen. Operative Sanierung wegen laufender Immunsuppression nicht erwünscht

Perkutaner Zugang

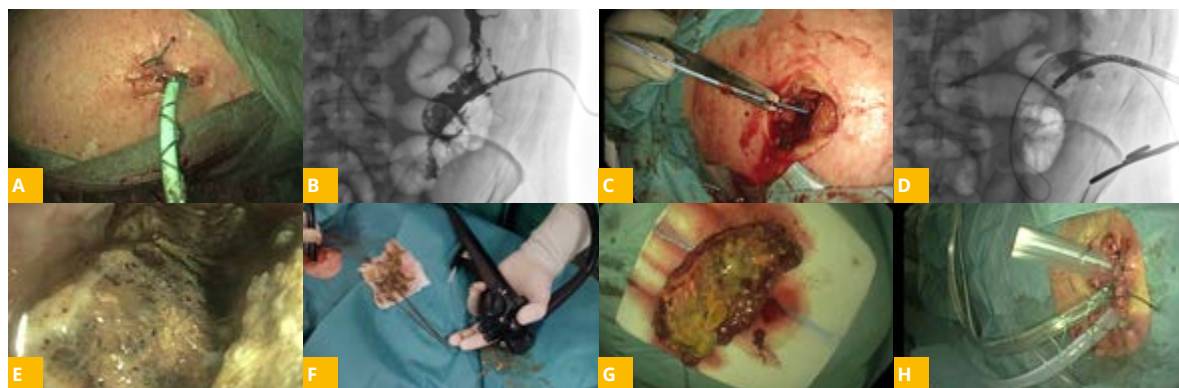


Bild A Nutzung der CT-gesteuerten Drainage für einen perkutanen Zugang

Bild E Weitere Eröffnung des Zugangs durch Ballondilatation, Bougies oder stumpfe Präparation

Bild B Radiologische Darstellung der CT-gesteuerten Drainage mit Senkungsabszess und Markierung links

Bild F Perkutaner Zugang mit dem therapeutischen Gastroskop gelingt jetzt. Beginn der Nekroresektomie in üblicher Weise

Bild C Drahtmarkierung des Abszesses. Hautinzision, stumpfe Präparation durch die Bauchdecke und dann endoskopische Passage initial mit dem Feinkalibrendoskop unter Röntgenkontrolle in den Senkungsabszess von perkutan

Bild G Entfernung von großen Sequesterstücken mit der Schlinge unter endoskopischer Sicht. Spülung der Abszeshöhle

Bild D Absicherung der korrekten Endoskoplage in der Abszesskavität

Bild H Versorgung mit Spül- und Ablaufdrainagen. Es werden mehrere Drainagen gelegt, um den Kanaldurchmesser für weitere Interventionen offen zu halten. Hier komplette und dauerhafte Sanierung der multiplen Abszesse über je einen links- und rechtsseitigen Leistenschnitt mit 2 cm Länge

d) In seltenen Fällen kann endoskopisch ein nicht Röntgen-dichter Fremdkörper in der Abszesshöhle als Ursache für die fehlende Wundheilung gefunden werden (z. B. Komresse ohne Kontrastfaden, Plastikfolie eines Fieberthermometers, Speise- oder Kotreste etc). Nach Entfernung solcher Fremdkörper kann dann bei adäquater Drainage schnell eine suffiziente Wundheilung stattfinden

Ist der Zustand einer sauberen Abszesshöhle ohne Fremdmaterial erreicht und Spülung sowie adäquate Drainage sind gesichert, so kann auf eine weitere endoskopische Therapie der Abszesshöhle verzichtet und die letzte Phase der Wundheilung über klassische Spüldrainagen erreicht werden.

Komplikationen

Bei einem perkutanen Zugang sind folgende Komplikationen beschrieben und denkbar:

- **Blutung**
- **Perforation**
- **Sepsis**
- **Empyem oder Emphysem**

Bei der Dilatation des perkutanen Zugangsweges von der Haut in die Abszesshöhle kann es zu einer **Blutung** kommen. Die oberflächlichen Strukturen von der Haut bis zum Muskel werden unter optischer Kontrolle mit dem Hochfrequenzstrom-Handstück oder, falls nicht zur Hand, dem Precut Papillotom inzidiert. Kleinere kapilläre Blutungen sind die Regel, nicht die Ausnahme. Hierbei ist durch eine suffiziente Koagulation bzw. APC oder bipolare Zange die Hämostase auch bei größeren Gefäßen möglich. Bei sehr adipösen Patienten oder solchen mit einem quer verlaufenden Kanal durch die Leibeswand kann es auch in tieferen Strukturen zu Blutungen kommen. Bei stärkeren Blutungen kann z. B. über eingelegte Kompressen im Sinne eines Packings oder einen geblockten Ballonkatheter über eine längere Zeit meist eine sichere

Anwendungsbeispiel 3

37-jähriger Patient mit initial biliärer Pankreatitis, dann Übergang in nekrotisierende Pankreatitis mit ca. brickettgroßem Sequester im linken Oberbauch und Senkungsabszess bds. Nekrosektomie über Wochen via LAMS nicht ausreichend.

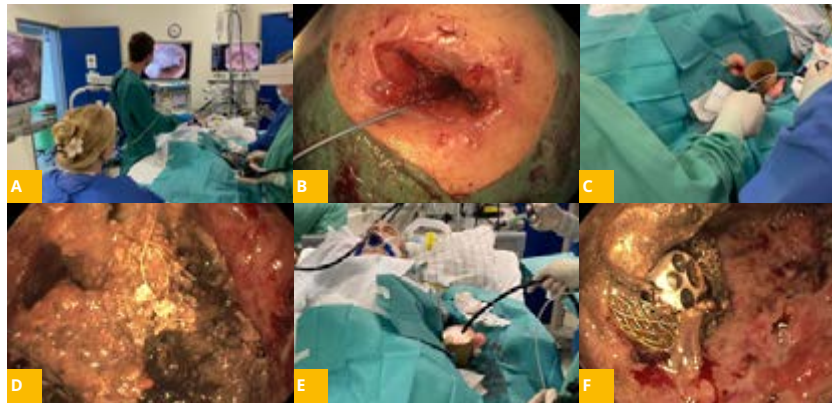


Bild A Patient ist in Intubationsnarkose. Links Team 1 mit Nekrosektomie über den LAMS von transgastral. Rechts im Bild Team 2 mit separatem Turm nekrosektomiert über den perkutanen Zugang links im Mittelbauch

Bild D Am distalen Ende des Overtubes kann durch den Sog ein Prolabieren von frei zugänglichen Nekrosen in den Overtube provoziert werden, die dann gefahrlos mit der Schlinge abgetragen und entfernt werden können

Bild B Markierung des Zugangsweges durch den fuchsbauartigen Abszess zum tiefsten Punkt durch einen steifen Draht

Bild E Synchrones Zusammenarbeiten der beiden Teams

Bild C Sicherung des Weges für den schnellen Zugang in den Abszess mit einem 30 cm langen 13 mm oder 15 mm Overtube (Endo sponge set, Boston Scientific). So kann das Risiko für eine Kontamination oder Blutung durch die häufige Passage durch die Bauchwand reduziert werden. Der Abwurf der Sequesterstücke erfolgt gleich direkt in den Wasserbecher daneben

Bild F Die riesige Abszesshöhle wird so in zwei Sitzungen leer geräumt. Internes Rendezvous der beiden Endoskope am LAMS

Hämostase herbeigeführt werden. Eine Substitution der körpereigenen Gerinnung sollte bei bekannten Problemen im Vorfeld bereits erfolgt sein.

In Ausnahmefällen wäre auch die Implantation eines gecoateten Ösophagusstents zur Kompression bei schon liegendem Führungsdraht möglich. In seltenen Fällen ist bei jeder Nekrosektomie eine Arrosion größerer Blutgefäße möglich. Sollte die Blutung endoskopisch interventionell nicht zu stillen sein, so muss schnell auf ein offen chirurgisches Verfahren gewechselt werden.

Im Zweifelsfall ist es bei kritischen Patienten sinnvoll, in der Lernkurve den ersten Zugang in Intubationsnarkose mit Röntgenkontrolle im Operationssaal durchzuführen. Sollte es zu einer schwerwiegenden Blutungskomplikation kommen, so kann sofort adäquat eingegriffen werden.

Eine weitere mögliche schwerwiegende Komplikation ist die **Perforation** in die freie Bauchhöhle oder Hohlorganperforation. Verläuft der vom Radiologen vorgegebene Zugangsweg sehr eng zum Peritonealblatt, ist beim mechanischen

Eröffnen des Zugangs eine Perforation in die freie Bauchhöhle denkbar. Dann wäre dort eine Ausbreitung der Infektion nicht mehr auszuschließen. In diesem Fall sollte das perkutane Manöver abgebrochen werden und die operative Sanierung des Abszesses mit synchroner Lavage und Drainage der freien Bauchhöhle erfolgen. Eine spontane Penetration des entzündlichen Prozesses in ein Hohlorgan ist ebenfalls denkbar, auch Perforationen bei der Etablierung des Zuganges sind möglich. Sollte dies radiologisch oder endoskopisch nachgewiesen werden, muss der endoskopische Zugang beendet und auf ein chirurgisches Verfahren konvertiert werden.

Ein Problem in diesem Rahmen ist eine **Bakteriämie oder Sepsis**: Durch die Manipulation an der Bauchdecke mit Eröffnung von kleineren Blutgefäßen und der Extraktion von Sequestern, Spülmanöver und Nekrosektomie in der Abszesshöhle ist eine Bakteriämie oder Sepsis möglich. Solche Patienten sind im Regelfall schon über viele Wochen mit Antibiotika abgedeckt. Wie schon oben erwähnt, sollte die Schaffung des perkutanen Zugangs unter Antibiotikenschutz erfolgen. In seltenen Fällen kann bei Patienten Schüttelfrost nach der Intervention beobachtet werden, der schnell und adäquat therapiert werden muss!

In einer ersten Sitzung ist oftmals durch eine diskrete Blutung und große Nekrosemassen die Übersicht eingeschränkt, sodass initial oftmals der Kanal vom radiologischen Drainagekatheter-Durchmesser nur auf 10 mm bis 15 mm aufgedehnt wird. Dann werden für einige Tage Spül- und Ablaufdrainagen gelegt. Bis dahin kann sich der Kanal soweit stabilisieren, dass eine Einschwemmung unwahrscheinlich wird. Im Zweifelsfall kann die Abdominalwand durch die Implantation eines Stents für einige Tage vor Kontamination geschützt werden. Der Stent wird dann nach Nekrosektomie der größeren Anteile wieder entfernt.

Eine weitere sehr seltene Komplikation ist ein **Emphysem** der Bauchwand oder des Retroperitoneums. Eine CO₂-Insufflation ist für ein solches Manöver unabdingbar. Unter Einhaltung eines adäquaten Wartefensters zwischen frisch angelegtem Kanal und perkutaner Endoskopie tritt diese Komplikation extrem selten auf. Die Häufigkeit für das Auftreten eines Emphysems wird in der Literatur auf unter 1 % angegeben [2]*.

* Literaturverzeichnis:

Siehe Ausgabe 2-2025 der „OLYMPUS informiert“

Resümee

Der perkutane Zugang mit dem flexiblen Endoskop im Rahmen der septischen Chirurgie ist eine sichere Methode mit hohen klinischen Erfolgsraten und einer geringen periinterventionellen Morbidität und Mortalität. Dieses Vorgehen bietet sich vor allem für Patienten an, bei denen eine konventionelle Infektsanierung nicht möglich war, radiologische Drainage-Verfahren bisher nicht zum Ziel geführt haben und ein chirurgisches Vorgehen mit einer hohen Komplikationsrate verbunden wäre. Wenn Standardmethoden nicht zum Ziel führen, kann ein Wechsel auf perkutane endoskopische Manöver sinnvoll sein. Der kürzeste Weg ohne große Umwege ist auch in der Medizin manchmal das Beste. In solchen Fällen ist es sinnvoll, die alten zu verlassen und „neue“ Wege zu beschreiten.

Zusammenfassung

Einleitung: Die perkutane flexible Endoskopie bietet vielversprechende Ansätze zur Therapie von Abszessen, postoperativen Leckagen, nekrotisierender Pankreatitis oder Fisteln.

Methoden: Der Zugang für die perkutane Endoskopie kann durch eine neu angelegte Inzision, eine vorbestehende operativ platzierte Drainage, eine bestehende Fistel zur Haut oder

durch einen bereits etablierten CT-Drainage-Kanal geschaffen werden. In geeigneten Fällen kann die Therapie auch kombiniert von luminal und perkutan erfolgen (z. B. schwere nekrotisierende Pankreatitis mit einem Senkungsabszess mit Nekrosektomie über einen LAMS retrogastral auch von perkutan bis in den Unterbauch oder pelvin). Der perkutane Zugang kann für verschiedene endoskopische Therapien je nach Bedarf interventionell genutzt werden (wie z. B. Fibrinklebung, Vakuumtherapie mit Fo-liendrainage oder Schwämmen, Nekrosektomie, endoskopische Platzierung von Spül drainagen, Plugs oder Vicrylnetz-Implantationen etc.).

Ergebnisse: Die Erfolgsrate für einen perkutanen Zugang, z. B. für die nekrotisierende Pankreatitis, liegt nach einer Metaanalyse bei ca. 80 %. Verfahrensbedingte Komplikationen traten dabei sehr selten auf.

Schlussfolgerungen: Ein gut geplanter und ausgeführter perkutaner endoskopischer Zugang ist praktikabel, effektiv und sicher und bietet sich bei komplexen, schweren Erkrankungen im Rahmen eines individualisierten, multidisziplinären Therapiekonzepts an, wenn die konventionellen Therapien nicht zum Ziel führen.

Danksagung des Autors

Besten Dank für die Jahrzehnte lange exzellente Zusammenarbeit und die konstruktive Durchsicht des Manuskripts an Prof. Dr. Karl Ernst Grund.

Seit 18 Monaten erfolgreich im Einsatz

Hochmoderne Endoskopie-Abteilung im Klinikum Straubing — Teil 2



Ein Interview mit:

Prof. Dr. med. Norbert Weigert

Ärztlicher Direktor und Chefarzt
I. Medizinische Klinik BARMHERZIGE BRÜDER
Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH

St.-Elisabeth-Str. 23
94315 Straubing
Norbert.Weigert@klinikum-straubing.de

Kurz vorgestellt

Das Klinikum Straubing der Barmherzigen Brüder ist Klinikum des universitären MedizinCampus Niederbayern und akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München. Mit 475 Planbetten ist es das größte katholische Krankenhaus in Niederbayern und eines von sieben Krankenhäusern im Verbund der Barmherzigen Brüder Bayerns. Die jährlich circa 25.000 stationären und circa 55.000 ambulanten Patienten werden in zwölf Hauptfachabteilungen und mehreren spezialisierten Sektionen versorgt. Das Klinikum ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus mit der höchsten Notfallversorgungsstufe, einem großen zertifizierten onkologischen Zentrum, einem überregionalen Traumazentrum sowie Standort eines der größten Luftrettungsstützpunkte Deutschlands.

Dies ist Teil 2 des Interviews mit Prof. Dr. med. Norbert Weigert über die hochmoderne Endoskopie-Abteilung im Klinikum Straubing. Den ersten Teil finden Sie in Ausgabe 2-2025 der „OLYMPUS informiert“



Auf die Technologie bezogen: welche Verbesserungen schätzen Sie am meisten?

Mit unserer Abteilung für Biomedizintechnik wurde für den Neubau das Prinzip umgesetzt, dass in allen Untersuchungsräumen die modernste Technologie an Prozessoren, Monitoren und endoskopischen Zusatzgeräten installiert wird. Dadurch werden in allen Untersuchungsräumen optimale Untersuchungsbedingungen geschaffen und zugleich eine Einheitlichkeit, die den Einsatz aller Endoskope in jedem Untersuchungsraum und den Mitarbeitenden ein hohes Maß an Routine ermöglicht. Die drei Ultraschall-Räume wurden jeweils mit High-end-Geräten der Firma Olympus und die fünf Endoskopie-Räume jeweils mit dem EVIS X1-System ausgestattet. In die Koloskopie-Räume wurde zusätzlich das KI-Modul ENDO-AID CAde integriert. Ein enormer Zugewinn ist für uns die Etablierung eines geräumigen und auf modernste Weise ausgestatteten ERCP-Raumes mit installiertem C-Bogen und eines separaten Endosonographie-Raumes innerhalb der Funktionsabteilung. Die Ausstattung dieser zwei Untersuchungsräume ermöglicht es uns, alle modernen endoskopischen und endosonographischen sowie viele radiologischen Interventionen unter optimalen Bedingungen durchzuführen. Die großzügige räumliche und technische Ausstattung der Funktionsabteilung ermöglicht nicht nur eine optimale Patientenversorgung, sondern auch eine optimale Ausbildung unserer Ärzt:innen und unserer Mitarbeiter:innen in der Assistenz.

Und bei der Aufbereitung: Welchen Einfluss hat die neue Ausstattung auf Ihre Abläufe? Was wurde verbessert?

Die Aufbereitung, die Lagerung und der Transport der Endoskope ist ein komplexer mehrstufiger Prozess, der hohe Anforderungen an Hygiene und Technik stellt und die Vorgaben des Robert Koch-Instituts und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erfüllen muss. Eine sachgerechte Aufbereitung und Lagerung sind entscheidend für die Patientensicherheit und die Vermeidung von nosokomialen Infektionen. Um höchste hygienische Standards zu garantieren, wurden ein Aufbereitungsbereich mit IT-gestützter Steuerung der vollautomatischen Reinigungs- und Desinfektionsgeräte für die Endoskopie (RDG-E) sowie ein davon abgegrenzter Bereich für spezielle Trocken- und Lagerungsschränke installiert. Sowohl die Steuerung der

Reinigungs- und Desinfektionsprozesse als auch die Dokumentation der Aufbereitung und der Lagerung erfolgen IT-basiert. Die räumliche Trennung zwischen der unreinen und der reinen Seite des Aufbereitungs- und Lagerungsbereiches ermöglicht die Installation von acht Durchlade-RDG-E. Nach der manuellen Vorreinigung verbleiben die Endoskope für die Reinigung in den Maschinen, für die Lagerung in den Trockenschränken und für den Transport in den Untersuchungsraum jeweils in einem eigenen Korbsystem. Dieses System beschleunigt die Arbeitsabläufe und reduziert das Kontaminationsrisiko.

Dem Arbeitsschutz und der Arbeitsergonomie für das Personal wurden durch den Einbau einer leistungsstarken Abluftanlage und durch den Einbau individuell höhenverstellbarer Arbeitsflächen Rechnung getragen. Die Umstellung der Aufbereitung auf Peressigsäure hat zudem zu einer besseren Raumatmosphäre und einer Beschleunigung der Aufbereitungsprozesse geführt. Die Validierung der Reinigungsprozesse in den einzelnen Waschmaschinen und die Anbindung an die IT-Steuerung und die IT-Dokumentation waren sehr aufwändige und zeitintensive Prozesse, die vor der Inbetriebnahme keinesfalls unterschätzt werden sollten.

Sie haben einen Versorgungsvertrag mit Olympus abgeschlossen. Wie zufrieden sind Sie mit dieser Entscheidung? Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile des Vertrags?

Bisher hat das Klinikum Straubing das wirtschaftliche Prinzip vertreten, die für die Patientenversorgung erforderliche Medizintechnik zu kaufen und später anfallende Kosten für Wartung und Reparaturen abzudecken. Mit dem Neubau der Funktionsabteilung wurde dieses Prinzip verlassen und für den Endoskopie-Bereich auf einen Versorgungsvertrag mit der Firma Olympus



umgestellt. Dieser umfasst insbesondere die Lieferung und Finanzierung von Neugeräten mit Eigentumsübergabe am Ende der Vertragslaufzeit sowie die Wartung und Reparatur dieser Geräte inklusive einer unverzüglichen Leihstellung von Ersatzgeräten zur Reparaturüberbrückung. Außerdem erfolgen vor Ort Schulungen des Personals zur Schadensprävention sowie zur Optimierung der Hygiene und der Aufbereitung sowie erforderliche Software-Updates.

Für eine definierte mehrjährige Vertragslaufzeit wurden zwischen dem Klinikum und Olympus Vergütungen kalkuliert und verbindlich festgelegt, sodass für das Klinikum die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die nächsten Jahre fixiert und planbar sind sowie eventuelle Risiken minimiert wurden. Durch diese Rahmenbedingungen konnten von Olympus in allen Untersuchungsräumen zeitgleich die modernste Technologie an Prozessoren und Monitoren installiert und eine Vielzahl an neuen Endoskopen der modernsten Generation angeschafft werden. Ohne diesen Versorgungsvertrag wäre das für die installierte Technik erforderliche Investitionsvolumen in einem Durchgang nicht finanzierbar gewesen. Die

neue Abteilung wurde mit erheblichem finanziellem Aufwand gebaut und ausgestattet. In der Regel folgt auf derartig intensive Investitionen eine mehrjährige Investitionspause, die zu einer langsamen „Alterung“ der verfügbaren Technik führen kann. In unserem Versorgungsvertrag wurde daher festgelegt, dass bereits ab 2026 regelmäßig jährlich mehrere neue Endoskope angeschafft werden. Durch diese geplanten Anschaffungen bleibt die technische Ausstattung kontinuierlich auf höchstem Niveau. Falls Reparaturen erforderlich sind, werden im Bedarfsfall rasch Ersatzgeräte zur Verfügung gestellt, sodass immer eine ausreichende Anzahl an Geräten für das geplante Programm verfügbar ist. Ein Geräteengpass tritt daher nur selten auf.

Welche Tipps geben Sie anderen Endoskopie-Teams für die Gestaltung ihrer neuen Abteilung? Was würden Sie beim nächsten Mal anders machen?

Die Versorgungsqualität einer Funktionsabteilung für Sonographie und Endoskopie hängt sicherlich in hohem Maße von der medizintechnischen und räumlichen Ausstattung ab. Mindestens

genauso wichtig sind aber das Engagement und die Qualität der in dieser Abteilung tätigen Mitarbeiter:innen. Daher halte ich es für äußerst wichtig, bei jedem Neubau unbedingt auf eine Optimierung der Arbeitsbedingungen zu achten. Optimal einstellbare Deckenampeln, höhenverstellbare Tische für die Untersuchungs- und auch Aufbereitungsräume, ausreichend PC-Arbeitsplätze, ein eigenes Büro für die Leitung des Assistenzpersonals sowie schön gestaltete Umkleiebereiche und ein angenehmer Aufenthaltsraum für die Mitarbeiter:innen sollten selbstverständlich sein und in den Planungen optimal berücksichtigt werden. Diese Art der Wertschätzung schafft ein gutes und auch ein erfolgreiches Arbeitsklima.

Als Leiter einer großen Funktionsabteilung und einer großen medizinischen Klinik bin ich nicht nur für eine optimale Patientenversorgung verantwortlich, sondern auch für eine bestmögliche Ausbildung unserer Mitarbeiter:innen. Die großzügige räumliche und technische Ausstattung unserer Funktionsabteilung mit intelligenter Anordnung der Untersuchungsräume ermöglicht auch eine optimale Ausbildung unserer Ärzt:innen und unserer Mitarbeiter:innen in der Assistenz. Die Qualität der Ausbildung ist für den Erfolg einer Abteilung von immenser Bedeutung. Auch dieser Aspekt sollte daher bei Neubaumaßnahmen eine wichtige Rolle spielen.

18 Monate nach Bezug der neuen Funktionsabteilung sind meine Mitarbeiter:innen und ich äußerst zufrieden mit unserem neuen Domizil. Auch unsere Patient:innen fühlen sich in der neuen Abteilung gut aufgehoben, zumal wir durch die Architektur und die Farbgestaltung versucht haben, in diesem Hightech-Bereich ein patientenfreundliches Ambiente zu schaffen, das den Patient:innen auch etwas Geborgenheit vermittelt.

Schon sechs Monate nach Inbetriebnahme war bei uns an den ständig steigenden Untersuchungszahlen zu erkennen, dass diese Abteilung sicherlich nicht zu groß konzipiert wurde. An die steigenden Untersuchungszahlen muss natürlich auch die Zahl der



Mitarbeitenden angepasst werden. Hätten wir mehr Platz für die Funktionsabteilung zur Verfügung gehabt, hätten wir einen zusätzlichen Umkleideraum für unsere Patient:innen, einen größeren Abstellraum für Geräte und einen zusätzlichen Besprechungsraum für unser Personal eingeplant.

Meine Mitarbeiter:innen und ich sind uns bewusst, dass wir in unserer neuen Abteilung den Auftrag unseres Geschäftsführers Herrn Dr. Baumann erfüllen können, den er bei der Inbetriebnahme der Abteilung an uns gestellt hat, was ich an dieser Stelle gerne zitiere: „Hier wurde eine absolute Referenz geschaffen. Wir können bundesweit mit Stolz zeigen, wie unsere Patienten auf höchstem Niveau versorgt werden. Wir machen das nicht für uns, sondern für unsere Patienten, die es in Stadt und

Landkreis verdient haben, auf diesem Niveau diagnostiziert und therapiert zu werden. Diese moderne Abteilung bietet bestens ausgestattete Arbeitsplätze, die optimale pflegerische und medizinische Leistungen ermöglichen.“

Neues Angebot im technischen Gerätemanagement bei der Prospitalia



Ein Interview mit:

Christian Somberg

Geschäftsführer der CoSolvia Krankenhaustechnik GmbH

Ein Unternehmen der Vivecti Group

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an info@prospitalia.de

Kurz vorgestellt



Prospitalia ist der führende Partner für digitale Einkaufsstrategien im deutschen Gesundheitswesen. Zum Leistungsportfolio gehören u. a. Preisverhandlungen, EU-weite Ausschreibungen, digitale Lösungen sowie fundierte Beratung – insbesondere zu Strategie, Regulatorik und Versorgungsprozessen. Darüber hinaus steht Prospitalia ihren Vertragseinrichtungen als zuverlässiger Partner bei der Planung und Beschaffung von Medizintechnik zur Seite.

Ergänzt wird dieses Angebot durch die technische Expertise der CoSolvia – einem erfahrenen Spezialisten für technisches Gerätemanagement und Tochterunternehmen der Vivecti Group. Als Schwestergesellschaften arbeiten Prospitalia und CoSolvia eng zusammen, beispielsweise bei der Analyse und Bewertung von Serviceverträgen. Im Zuge der Aufnahme der INFOCUS Serviceverträge in das Prospitalia-Portfolio sprachen wir mit Christian Somberg, Geschäftsführer der CoSolvia.

Herr Somberg, Sie bieten jetzt auch Olympus INFOCUS Serviceverträge an. Warum haben Sie sich für dieses Servicemodell entschieden?

Mit den INFOCUS Serviceverträgen unterstützen wir unsere Vertragshäuser durch eine sehr hohe Geräteverfügbarkeit und mehr Planungssicherheit bei der wirtschaftlichen Steuerung. Das wirkt sich spürbar aus – etwa durch effizientere Abläufe, eine optimierte Kostenplanung und weniger Betriebsausfälle im Klinikalltag.

Welche Rolle spielen die Themen Patientensicherheit und Herstellerqualität bei Ihrer Entscheidung für INFOCUS Serviceverträge?

Eine große Rolle – Olympus steht für hohe Qualität im Bereich der Serviceleistungen. Gesetzeskonforme Abläufe sowie ein hohes Ausbildungsniveau des Servicepersonals sind eine wichtige Basis für Patientensicherheit – und damit auch für das Vertrauen unserer Kunden.

Welche konkreten Vorteile nehmen Sie bzw. Ihre Kunden bisher durch Leistungen der INFOCUS Serviceverträge im Arbeitsalltag wahr?

Für unsere Kunden ist besonders die gewonnene Planungssicherheit ein Vorteil. Es ist ihnen wichtig, dass ihre Abteilungen durch schnelle Servicereaktionen und einen großen Leihgerätepool versorgt werden können – und somit keine medizinischen Eingriffe aufgrund defekter Geräte verschoben oder abge sagt werden müssen. Hinzu kommt der wirtschaftliche Aspekt: Durch die speziell ausgehandelten Prospitalia-Konditionen profitieren unsere Vertragshäuser von attraktiven Preisen – bei gleichzeitig hoher Leistungsdichte.

Haben Sie hierzu ein erstes Feedback oder ein Beispiel Ihrer Kunden erhalten?

Wir betreuen aktuell einige Kunden, die mit einem hohen Investitionsstau konfrontiert sind. Diese Häuser sind sehr froh darüber, einen INFOCUS Servicevertrag abgeschlossen zu haben und von Olympus optimal betreut zu werden. Der Vertrag verschafft ihnen einen gewissen zeitlichen Spielraum – darüber sind sie sehr dankbar.

Gibt es weitere Punkte im Zusammenhang mit Serviceverträgen, die für Ihre Kunden eine Rolle spielen?

Ja, ein zusätzlicher Aspekt ist die begleitende Vertragsanalyse, die Prospitalia gemeinsam mit CoSolvia anbietet. Viele unserer Kunden nutzen diese Möglichkeit, um bestehende Serviceverträge besser einordnen und bewerten zu können. Das schafft Transparenz, erleichtert die Entscheidungsfindung und trägt dazu bei, Wartungs- und Servicethemen im Klinikalltag strukturierter zu steuern.

Herr Somberg, vielen Dank für Ihre Zeit und für das Interview.

Weitere Informationen

Details zu INFOCUS Serviceverträgen finden Sie über den u. g. Link auf unserer Website oder direkt über Ihren zuständigen Vertragsmanager.



Life Is Better
INFOCUS

#Beyond
WhatYouSee



OLYMPUS

Ihr Partner für Qualität in der Patientenversorgung

Wie können INFOCUS Serviceverträge Ihr medizinisches Fachpersonal unterstützen?

INFOCUS

Bei INFOCUS steht die Patientenversorgung an erster Stelle

Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen, braucht das Krankenhauspersonal die besten Geräte und das größtmögliche Vertrauen in deren Zuverlässigkeit. Geräte, die in einem INFOCUS Servicevertrag abgesichert sind, werden ausschließlich mit Original-Ersatzteilen nach Herstellervorgaben repariert und gewartet. Dadurch werden der Wert und die Funktionsfähigkeit Ihrer Geräte über die gesamte Lebensdauer erhalten.

INFOCUS Serviceverträge sagen Probleme voraus und verhindern sie

Geräteausfälle stören die Arbeitsabläufe. INFOCUS nutzt datenbasierte Erkenntnisse, um die Effizienz in Ihrem Arbeitsalltag zu optimieren.

INFOCUS steht für verlässliche Partnerschaft

Wir wissen, dass jeder Kunde einzigartig ist. INFOCUS bietet ein maßgeschneidertes Servicevertragsportfolio, das Ihren individuellen Anforderungen entspricht – heute und in der Zukunft.

Sprechen Sie noch heute mit einem INFOCUS Spezialisten und erfahren Sie, warum INFOCUS das Leben einfacher macht.

 www.olympus.de/INFOCUS



OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH

Wendenstraße 20, 20097 Hamburg, Deutschland | Tel.: +49 40 23773-4777 | E-Mail: customer-care@olympus.de | www.olympus.de

Ihr Informations-Plus online

Infektionsprävention mit Olympus



Sie kennen Olympus auch im Bereich der Endoskopaufbereitung als Allround- und Lösungspartner: Von der kompletten Palette an Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Endoskope (RDG-E) über Bürsten, Ventile und Adapter bis hin zur zuverlässigen Prozesschemie mit umfassender Materialkompatibilität – hier erhalten Sie als Unterstützung Ihrer täglichen Arbeit viel Know-how, Kompatibilität und Kompetenz aus einer Hand.

Die Informationsquelle für Aufbereitungsthemen

Zusätzlich finden Sie online rund um die Uhr viele maßgeschneiderte Informationen auf unserer Website zum Thema Infektionsprävention, die Ihnen Zugang zu neuesten Entwicklungen, Trainingsangeboten und wertvollen Tipps in punkto Aufbereitung gibt. Nutzen Sie dieses Angebot jederzeit und lassen Sie sich bei der Minimierung von Infektionsrisiken unterstützen! Auf diese Weise können Sie Ihren Patientinnen und Patienten das zusätzliche Plus an Sicherheit und ein hohes Versorgungsniveau bieten.

Wissenschaftliche Evidenz und Wissenswertes

Mit Hilfe der Website für Infektionsprävention können Sie Ihr Fachwissen jederzeit vertiefen. Übersichtlich aufgebaut, erhalten Sie einen umfassenden Überblick über aktuelle Neuigkeiten, Studien und relevante

wissenschaftliche Publikationen, wie z. B. zum Thema Flush Brush Flush zur hygienisch-mikrobiologischen Überprüfung von Endoskopen. Dadurch sind Sie sowohl über die Endoskopaufbereitung im Besonderen als auch über die Infektionskontrolle im Allgemeinen stets auf aktuellem Stand. Zudem wissen Sie, was in einschlägigen Medien und in der Fachliteratur sowie auf Kongressen, Weiterbildungsveranstaltungen und Webinaren diskutiert wird.

Hilfreiche Schulungen und Materialien

Entdecken Sie überdies umfangreiche Trainingsmaterialien zur Aufbereitung und informieren Sie sich über Kompatibilitäten, indem Sie den einfach zu bedienenden Produkt Guide nutzen. Darüber hinaus haben Sie Zugang zu relevanten Checklisten zur Optimierung Ihres Aufbereitungsprozesses sowie zu regionalen Richtlinien und Empfehlungen. Mit wenigen Klicks finden Sie Ihre Anleitungen und Gebrauchsanweisungen von Olympus Produkten.

Somit haben Sie alles Wissenswerte im Bereich Infektionsprävention auf einer Plattform und sind stets über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Endoskopaufbereitung informiert.

Die Website zur Infektionsprävention ist ebenfalls verlinkt zu weiteren hilfreichen Online-Angeboten und Informationen, wie z. B. Olympus Continuum, und fügt sich daher nahtlos in die Olympus Onlinewelt ein.

Hilfreiche Links



<https://infectionprevention.olympus.com/de-de/wissenschaftliche-evidenz/trainings>

Trainingsmaterialien für Olympus Endoskope



<https://infectionprevention.olympus.com/de-de/endoskopaufbereitung/kompatibilitaeten/>

Kompatibilitäten von Endoskopen mit Bürsten, Ventilen, Adaptern



<https://infectionprevention.olympus.com/de-de/wissenschaftliche-evidenz/mikroorganismen/>

Relevante Erreger in der Endoskopie

GORE® VIABIL® biliäre Metallstents

Kontrolle maximieren. Migration minimieren.

Olympus hat kürzlich eine internationale Vertriebsvereinbarung mit dem Medizinproduktegeschäft des US-amerikanischen Unternehmens W. L. Gore & Associates (Gore) abgeschlossen. Mit dieser Vereinbarung erhält Olympus die exklusiven Distributionsrechte für den vollgecoverten biliären GORE® VIABIL® Metallstent.

Durch die Partnerschaft mit W. L. Gore & Associates, Inc. bringt Olympus einen voll gecoverten selbst expandierenden Metallstent für die Behandlung benigner und maligner Obstruktionen auf den Markt. Die Kooperation schließt eine Lücke im Portfolio der Olympus Endo-Therapie-Instrumente für hepatobiliäre endoskopische Eingriffe und ermöglicht es Anwendern, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen. Nachstehend die Vorteile des neuen Stentportfolios:

Anti-Migrations-Flaps

Atraumatische voll gecoverte Flaps an beiden Enden sichern einen zuverlässigen Halt des Stents im Gallengang, minimieren dadurch das Migrationsrisiko und reduzieren so die migrationsbedingte Reinterventionsrate. [1] ‡

Nitinolstent mit haltbarer, nicht poröser FEP- bzw. ePTFE-Beschichtung

Beugt dem Einwachsen des Tumors vor und gewährleistet eine hohe primäre Durchgängigkeit des Stents. [2, 3]

Geweht aus einem fortlaufenden Nitinolfaden, liefert der Stent die ideale Zusammensetzung aus minimaler axialer Aufstellkraft und optimaler radialer Ausdehnung in einem gewundenen Gallengangssystem. [4, 5]

In exklusiver Zugtechnik, ohne Verkürzung zu applizieren, lässt sich der Stent einfach und präzise an der vorgesehenen Position platzieren. Röntgenmarker kennzeichnen die beiden Stentenden.

Optional auch mit transmuralen Öffnungen erhältlich für die zuverlässige Drainage von Seitenästen im Gallengangssystem.

Verfügbare Größen in 8 mm und 10 mm Durchmesser und 4 cm, 6 cm, 8 cm sowie 10 cm Länge.

Applizierbar über langen oder kurzen Draht.



GORE® VIABIL® verkürzt sich beim Legen nicht

Literatur

- [1] O'Neill F, Stevenson A, Swarup VP. Fully covered self-expanding metal stents for endoscopic retrograde cholangiopancreatography and percutaneous cholangiography in the management of malignant biliary obstruction: a U.S. cost-consequence analysis. Presented at DDW 2022 Digestive Disease Week; May 21-24, 2022; San Diego, CA. *Gastrointestinal Endoscopy* 2022;95(6)Supplement:AB293.
- [2] Krokidis M, Fanelli F, Orgera G, Tsetis D, Mouzas I, Bezzi M, Kouroumalis E, Pasariello R, Hatzidakis A. Percutaneous palliation of pancreatic head cancer: randomized comparison of ePTFE-/FEP-covered versus uncovered nitinol biliary stents. *Cardiovascular & Interventional Radiology*. 2011;34(2):352-361.
- [3] Krokidis M, Fanelli F, Orgera G, Bezzi M, Passariello R, Hatzidakis A. Percutaneous treatment of malignant jaundice due to extrahepatic cholangiocarcinoma: covered Viabil stent versus uncovered Wallstents. *Cardiovascular & Interventional Radiology* 2010;33(1):97-106.
- [4] Isayama H, Nakai Y, Toyokawa Y, et al. Measurement of radial and axial forces of biliary self-expandable metallic stents. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;70(1):37-44.
- [5] Isayama H, Mukai T, Itoi T, et al. Comparison of partially covered nitinol stents with partially covered stainless stents as a historical control in a multicenter study of distal malignant biliary obstruction: the WATCH study. *Gastrointestinal Endoscopy* 2012;76(1):84-92.

* If deployed as instructed, the endoprosthesis will not appreciably foreshorten.

† Data on file 2024; W. L. Gore & Associates, Inc; Flagstaff, AZ, USA.

‡ Data on file 2025; W. L. Gore & Associates, Inc; Flagstaff, AZ, USA.

§ Benchtop evaluations are intended to demonstrate relative physical characteristics and may not correlate to clinical results.

Weitere Informationen

Sie möchten mehr wissen? Kontaktieren Sie bitte unsere Kundenberatung, die Ihnen Unterlagen sendet.

Deutschland Tel.: +49 40 23773-4777

Österreich Tel.: +43 1 29101-500

Schweiz Tel.: +41 44 94766-81

European Defect Registry

Evaluation neuartiger endoskopischer Verschlusstechniken



Ein Artikel von:

Prof. Dr. Alanna Ebigo

Direktor Medizinische Klinik I
St. Josef-Hospital
Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Gudrunstr. 56
44791 Bochum
alanna.ebigo@klinikum-bochum.de

Endoskopische Verschlusstechniken sind mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil der therapeutischen Endoskopie und können insbesondere helfen, verzögerte Blutungen und Perforationen zu verhindern.

Aktuelle Daten, wie beispielsweise von der EPOC-Studie, zeigen, dass ein prophylaktischer Defektverschluss das Risiko postprozeduraler Blutungen, insbesondere bei Hochrisikopatienten reduziert (Miyakawa et al., Gut 2025).

Die endoskopische Handnaht, Olympus SuturArt® (EHS), stellt eine innovative, minimalinvasive Methode zum Defektverschluss dar. In den vergangenen Monaten hat EHS insbesondere in Europa zunehmend an Bedeutung gewonnen. In einer Feasibility Arbeit konnten wir zeigen, dass im Durchschnitt vier bis fünf klinische Fälle erforderlich sind, um die initiale Lernkurve zu erreichen (Scheppach et al., GIE 2025).

Vom German zum European Defect Registry

Zur Gewinnung weiterer Daten wurde 2024 das German Defect Registry gegründet, um alle neuartigen endoskopischen Verschlusstechniken, einschließlich SuturArt®, zu evaluieren. Das Register gewann rasch an Dynamik und wurde inzwischen um Daten weiterer europäischer Zentren erweitert.

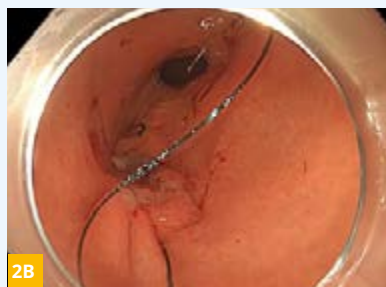
Derzeit sind etwa 400 EHS-Prozeduren aus 14 Zentren eingeschlossen, mit einer technischen und klinischen Erfolgsrate von über 95 % für Defekte mit einer medianen Größe von 35 mm und einer medianen Nahtzeit von 25 Minuten. Weitere Daten sind notwendig, um das Einsatzspektrum und das Potenzial von SuturArt® auch für andere Indikationen zu untersuchen.



Bild 1A, 1B Defektverschluss im Antrum nach ESD



Bild 2A, 2B Defektverschluss nach gastraler POEM



Ihre Daten sind gefragt

Interessierte Endoskopikerinnen und Endoskopiker sind herzlich eingeladen, am European Defect Registry teilzunehmen.

Senden Sie Ihre Anfrage gerne an eine der folgenden E-Mail-Adressen:

katharina.mueller@klinikum-bochum.de

alanna.ebigo@klinikum-bochum.de



Endoskopie-Live 2026

8. und 9. Mai 2026

im Maritim proArte Hotel in Berlin

Erleben Sie unsere hochkarätige Live-Veranstaltung in Berlin hautnah mit und lassen Sie sich von unserem vielfältigen Programm begeistern – Endoskopie-Live, packende Vorträge und besondere Highlights am Samstag. Am Freitag erwarten Sie die traditionellen Live-Übertragungen aus dem Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg.

Entdecken, erleben und dabei sein!

Nutzen Sie die Gelegenheit, von den Erfahrungen und dem Wissen führender Top-Experten zu profitieren und sich mit Kolleginnen und Kollegen aus Ihrem Fachgebiet auszutauschen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



Prof. Dr. Siegbert Faiss

Tagungsleitung

Weitere Informationen

Das vollständige Programm zur Endoskopie-Live 2026 sowie alle Informationen zur Anmeldung finden Sie hier:



www.endoskopie-live-berlin.de



NEU

Exklusive Symposien in den beiden Pausen am Freitagvormittag und -nachmittag!



Fotos © kai abresch photography

Olympus Symposium am Freitag, 8. Mai 2026

Plenarsaal

10:25 Uhr bis 11:05 Uhr

- **Qualitätssicherung bei der Endoskopieaufbereitung & Validierung der Aufbereitungsprozesse**

Moderation: Ulrike Beilenhoff

- **Neue Empfehlungen zu mikrobiologischen Kontrollen – wie können sie umgesetzt werden?**

Ulrike Beilenhoff, Ulm

- **Validierung RDG-E – wie sind die Ergebnisse zu bewerten?**

Olympus Deutschland GmbH

POEM-Kurs 2026

15. und 16. Mai: Third Space Endoscopy
im Klinikum Traunstein

Das Traunsteiner Endoskopieteam um CA Dr. Björn Lewerenz lädt gemeinsam mit dem Bamberger Kollegen CA Prof. Dr. Felix Gundling zum POEM-Kurs am Klinikum Traunstein ein.

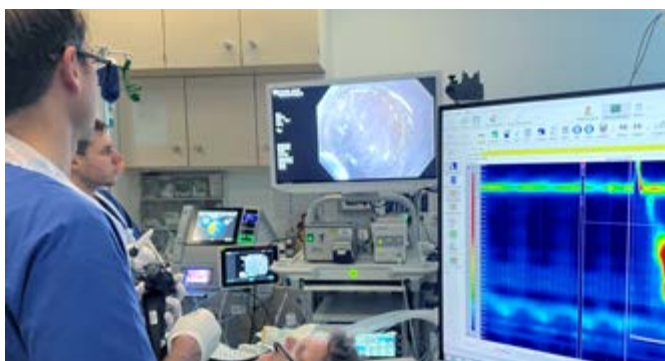
Die Perorale Endoskopische Myotomie (POEM) gilt als präzises und in geübter Hand sicheres Verfahren zur Behandlung von Motilitätsstörungen im oberen Gastrointestinaltrakt. Es zählt zu den interventionellen Verfahren der Third Space Endoscopy. Die Indikationen gehen dabei mittlerweile über die klassische Achalasie hinaus und beziehen Divertikel und Magenentleerungsstörungen mit ein (G-POEM). Dieser Kurs bietet erfahrenen Endoskopierenden das praktische Rüstzeug für den erfolgreichen Einstieg in die POEM-Technik.

Live und Hands-on in 1:3-Anleitung

Der Kurs startet mit den theoretischen Grundlagen über die Indikationen und die Durchführung, einschließlich der High Resolution Manometrie (Standard Instruments) als entscheidendes Diagnostikum bei ösophagealen Motilitätsstörungen. Gezeigt werden live eine Manometrie und eine POEM.

Der zweite Tag ist einem intensiven Hands-on-Training an Ex-vivo-Biomodellen und modernster Ausstattung von Olympus und Erbe gewidmet. Die Teilnehmenden erlernen in einer 1:3-Anleitung von erfahrenen Tutoren die wesentlichen Techniken und Vorgehensweisen.

Die optionale Teilnahme der eigenen Endoskopieassistentenz ist möglich und gewünscht, um den teamorientierten Ansatz der POEM von Beginn an zu stärken und eine sichere Raum- und Untersuchungsvorbereitung zu erlernen. Der Kurs ist zur CME-Zertifizierung eingereicht.



Das Kursprogramm

Freitag, 15.05.2026

11:00 Uhr	Registrierung und Begrüßung
11:30 Uhr	Raumvorbereitung: Was ist wichtig für die Assistenz, Stefan Kraller
12:00 Uhr	Gemeinsames Mittagessen
12:45 Uhr	LIVE: POEM
14:45 Uhr	LIVE: Ösophagus-Manometrie
15:15 Uhr	POEM: Indikationsstellung und Krankheitsbilder, Dr. N. Ostrowitzki
15:45 Uhr	High-Resolution-Manometrie, Dr. F. Schulte-Vorwick
16:15 Uhr	Kaffeepause
16:45 Uhr	POEM: Endoskopische Vorgehensweisen, Dr. G. Füchsl
17:15 Uhr	POEM: Pitfalls und Komplikationsmanagement, Prof. Dr. F. Gundling
17:45 Uhr	Ausblick Third Space Endoscopy, Dr. B. Lewerenz
Ab 19:00 Uhr	Gesellschaftsabend

Samstag, 16.05.2026

09:00 Uhr	Begrüßung & Verteilung an Stationen
09:15 Uhr	Hands-on-Training an Biomodellen
12:00 Uhr	Mittagspause
12:30 Uhr	Hands-on-Training an Biomodellen
15:00 Uhr	Diskussion & Verabschiedung
15:30 Uhr	Ende des POEM-Kurses 2026

Weitere Informationen

Klinikum Traunstein

Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie,
Hepatology und interventionelle Endoskopie
Cuno-Niggel-Straße 3, 83278 Traunstein
Tel.: +49 861 705-1261
www.kliniken-suedostbayern.de

Teilnahmegebühr

650 Euro pro Ärztin / Arzt
50 Euro für Assistenzpersonal

Eine Anmeldung ist unbedingt erforderlich.
Anmeldebestätigung nach Eingang der Kursgebühr.



Junge Forschende Endoskopie

Freitag, 29., und Samstag, 30.05.2026,
in der MH Hannover

Junge Endoskopikerinnen und Endoskopiker sind herzlich zum 13. Treffen „Junge Forschende Endoskopie“ nach Hannover eingeladen. Dieses Treffen bietet eine hervorragende Gelegenheit, junge wissenschaftlich aktive Endoskopierende zusammenzubringen und sich gemeinsam auszutauschen, um die endoskopische Forschung voranzutreiben. In den zwei Tagen besteht die außerordentliche Gelegenheit, gemeinsam mit sehr erfahrenen wissenschaftlich Leitenden und Organisierenden über Studienideen und bereits laufende Projekte zu diskutieren.

Jede Menge Erfahrung und 15 Reisestipendien zu gewinnen

Bei Interesse werden alle Teilnehmenden gebeten, mit der Anmeldung ihre Studienidee in Form eines kurzen Abstracts einzureichen. Unter den eingereichten Ideen werden 15 Reisestipendien vergeben.

Die Durchführung endoskopischer Studien ist herausfordernd. Daher sind zu dieser Veranstaltung erneut ausgewiesene Expertinnen und Experten eingeladen, die während des Treffens von ihren persönlichen Erfahrungen in der Planung und Durchführung von Studien berichten werden und Motivation sowie viel Inspiration geben können. Der enge Austausch untereinander und mit den Experten hilft, Studienideen erfolgreich umzusetzen und mögliche Stolpersteine zu umgehen.

Ziel des zwanglosen Treffens ist es, ein besseres Kennenlernen und Vernetzen zu ermöglichen und mögliche Synergien sowie wissenschaftliche Kooperationen zu fördern bzw. weiter auszubauen.

Die Ausrichter freuen sich auf das Kommen vieler junger Forscher sowie auf eine aktive und lebhaftige Diskussion.

Das Programm

Freitag, 29.05.2026

- | | |
|-----------|--|
| 12:30 Uhr | Eintreffen der Teilnehmenden, Registrierung und Imbiss |
| 13:00 Uhr | Begrüßung und Einführung in die Thematik
Friederike Klein, Klaus Stahl, Thomas von Hahn |
| 13:15 Uhr | Die CURE-Studie – Herausforderungen in der endoskopischen Forschung
Arthur Schmidt |
| 13:45 Uhr | Vorstellung und Diskussion der Projekte |
| 14:45 Uhr | Pause |
| 15:00 Uhr | Unterwasser-EMR – Organisation und Durchführung endoskopischer Studien
Sandra Nagl |
| 15:30 Uhr | Vorstellung und Diskussion der Projekte |
| 16:30 Uhr | Pause |
| 17:00 Uhr | Segmentierte Ösophagusstents bis PURPLE – Planung und Durchführung pragmatischer endoskopischer Studien
Thomas von Hahn |
| 17:30 Uhr | Vorstellung und Diskussion der Projekte |
| 18:00 Uhr | Ende |
| 19:30 Uhr | Treffen zum gemeinsamen Abendessen im Restaurant Loretta's, Culemannstraße 14, 30169 Hannover |

Samstag, 30.05.2026

- | | |
|-----------|--|
| 09:30 Uhr | Weg zur DFG-geförderten Studie in der Endoskopie
Torsten Voigtländer |
| 10:00 Uhr | Vorstellung und Diskussion der Projekte |
| 11:35 Uhr | Pause |
| 12:00 Uhr | Translazionale Forschung in der Endoskopie am Beispiel der PSC
Friederike Klein |
| 12:30 Uhr | Preisverleihung und Verabschiedung
Friederike Klein, Klaus Stahl, Thomas von Hahn |

Weitere Informationen

Dies ist eine zertifizierte ärztliche Fortbildungsveranstaltung in der MH Hannover (Präsenz).

Organisation und Auskunft

Medizinische Hochschule Hannover
Mirjam Schöl, Tel.: +49 511 532-3906
Verena Mehr, Tel.: +49 511 532-6490

kongress-ghe@mh-hannover.de

20 Jahre EndoAkademie

Das Kursprogramm im
Jubiläumsjahr 2026 ist da!

Ein besonderes Jahr begeht der gemeinnützige Verein ENDOAKademie e.V.: Mit zahlreichen unterschiedlichen Kursen wird in den kommenden Monaten bundesweit 20 Jahre praxisnahe endoskopische Fortbildung gefeiert. Dazu Prof. Dr. Dirk Hartmann, Vorsitzender der ENDOAKademie: „Zu diesem Anlass bieten wir für alle Kurse einen Jubiläumsrabatt von 10 Prozent an.“

Neben bewährten Formaten finden Interessierte 2026 auch viel Neues im Programm, so zum Beispiel den Kurs „ENDOAKademie trifft SWDGG Ernährung“ – ein Novum, das endoskopische Fortbildung und ernährungsmedizinische Aspekte erstmals verbindet. Ebenso besonders ist der neueste Kurs-Zugang „Bilio-pankreatische Intervention“, der das Programm um ein hochaktuelles Therapieverfahren erweitert.

Und auch die anderen Veranstaltungen zeichnen sich wieder dadurch aus, eine Ausbildung in der flexiblen Endoskopie in einem modularen Kurssystem mit CME-Punkten und DGVS-Zertifizierung anzubieten. Es umfasst eine theoretische Ausbildung und didaktisch optimierte, präklinische Übungen an Modellen. Neben diesen Hands-on-Trainings werden die Materialien und Methoden neutral von erfahrenen Spezialisten bewertet und dargestellt.

Anmeldung und weitere Informationen

Das komplette Kursprogramm auf einen Blick,
Details im Flyer und online finden Sie hier:

<https://endoakademie.de>



Die Hands-on- Trainingkurse 2026 im Überblick

- 12. und 13.06.2026**
Gastroskopiekurs
KRH Klinikum Region Hannover
Leitung: Prof. Dr. Frank Grünhage
- 26.06.2026**
**EndoAkademie trifft
Südwestdeutsche Gesellschaft
für Gastroenterologie,
Endo-Ernährung**
Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD)
Leitung: Dr. Marcus Kantowski
- 03.07.2026**
Resektionskurs
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Leitung: Prof. Dr. Uwe Weickert,
Prof. Dr. Hans Christian Spangenberg
und Prof. Dr. Arthur Schmidt
- 03. und 04.09.2026**
Endosonographie-Kurs
Klinikum Darmstadt GmbH
Leitung: Prof. Dr. Carl Christoph Schimanski und
Prof. Dr. Arthur Hoffman
- 05. und 06.11.2026**
ERCP-Basiskurs
Universitätsmedizin Frankfurt am Main
Leitung: Prof. Dr. Mireen Friedrich-Rust und
Prof. Dr. Stefan Zeuzem
- 06. und 07.11.2026**
ESD-Kurs
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn
Leitung: Prof. Dr. Franz Ludwig Dumoulin,
Prof. Dr. Jörg G. Albert und PD Dr. Axel Eickhoff

ESD-Tutorial und ESD-Workshop

12. und 13. Juni 2026 in Freiburg im Breisgau

ESD-Tutorial am 12. Juni

Hier werden einer kleinen, exklusiven Teilnehmergruppe besondere Einblicke in den Ablauf der ESD, technische Herausforderungen und Strategien zu deren Bewältigung anhand realer Prozeduren ermöglicht. Neben der Observation von Live-Fällen von Anfang bis Ende werden Sie viel Zeit haben, technische Neuerungen, die prätherapeutische Evaluation, die Klassifikation von Läsionen und möglichen Komplikationen der ESD und deren Management mit den erfahrenen Experten zu diskutieren.

Gerne können Sie auch die Gelegenheit nutzen, eigene Patientinnen und Patienten zu besprechen oder gegebenenfalls auch – nach vorheriger Absprache mit der wissenschaftlichen Leitung – für eine ESD mitzubringen.



ESD-Workshop am 13. Juni

Dieser eintägige Trainingskurs richtet sich an Teilnehmende ohne oder mit geringer Erfahrung im Bereich der ESD. Ziel ist es, die grundlegenden Prinzipien und Abläufe der Methode verständlich und praxisnah zu vermitteln. In einführenden Vorträgen werden die wichtigsten Voraussetzungen, Einsatzgebiete und möglichen Komplikationen der ESD erläutert.

Der Schwerpunkt des Workshops liegt auf dem praktischen Üben am Bio-Modell. Dabei lernen Sie die einzelnen Schritte der Prozedur kennen und üben den sicheren Umgang mit verschiedenen ESD-Messern. Zudem erhalten Sie einen Überblick über die jeweiligen Einsatzmöglichkeiten und Vorteile der unterschiedlichen Instrumente.

Der Teamgedanke steht bei diesem Workshop im Vordergrund: Endoskopie-Assistenz ist also ausdrücklich willkommen. Das gemeinsame Training fördert das Verständnis für Abläufe, Instrumente und die Zusammenarbeit im ESD-Team.

Auch die Fortsetzung dieser sehr erfolgreichen ESD-Fortbildungsveranstaltungen sind als Termine wieder einzeln oder im Paket zu buchen. Schnell sein lohnt sich bei der Anmeldung. Da die Plätze begrenzt sind, werden sie in der Reihenfolge der Anmeldung vergeben. Und selbstverständlich sind die Veranstaltungen für die Zertifizierung bei der Landesärztekammer angemeldet.

Weitere Informationen

Veranstaltungsort

Ev. Diakoniekrankenhaus
Wirthstraße 11
79110 Freiburg
Wissenschaftliche Leitung
Dr. Ingo Steinbrück

Teilnahmegebühren

ESD-Tutorial
300,00 Euro für Ärztinnen und Ärzte

ESD-Workshop
350,00 Euro für Ärztinnen und Ärzte
70,00 Euro für Assistenzpersonal

ESD-Tutorial & ESD-Workshop (Kombi)
600,00 Euro für Ärztinnen und Ärzte
70,00 Euro für Assistenzpersonal

Informationen und Anmeldung

Olympus DACH Akademie
Tel.: +49 40 23773 5433
E-Mail: akademie@olympus.com

Neuartiger virtueller Plug-and-Play-Endoskopie-Simulator

Feasibility, usability and validity assessment of a novel plug-and-play virtual endoscopy simulator

P. Hohlstein, M. Hollenbach et al,
Surgical Endoscopy,

<https://doi.org/10.1007/s00464-025-12396-8>, Springer, Dec. 25

Deutsche Zusammenfassung
von Barbara Opalka,
Olympus Deutschland GmbH

Die Studie evaluierte prospektiv EndoNix®, einen virtuellen Endoskopie-Simulator mit einem 3D-gedruckten Endoskop-Handgriff, der ohne weiteres Zubehör für das Training endoskopischen Handlings bestimmt ist. Dabei wurden Machbarkeit, Benutzerfreundlichkeit und Validität im Einsatz durch Endoskopie-Neulinge, Anfänger und erfahrene Endoskopiker gemessen.

Methode

Besucher zweier Kongresse (DGVS und EndoClubNord) in Deutschland 2024 wurden zur Teilnahme eingeladen. Insgesamt konnten 310 Datensätze ausgewertet werden, nachdem die Teilnehmer zwei unterschiedliche Trainingsmodule durchlaufen und Fragen zur Endoskopieerfahrung, Evaluation des Simulators, Benutzerfreundlichkeit [System Usability Scale (SUS)] und zum Erschöpfungsgrad, gemessen durch den NASA-TLX (National Aeronautics and Space Administration Task Load Index), beantwortet hatten.

Ergebnisse

Der Simulator demonstrierte eine gute "face validity", was eine realistische Darstellung bedeutet. Die "content validity", die die verwendete Konstruktion beschreibt, wurde nur als suffizient von 67,8 % der Teilnehmer beschrieben. Die "construct validity" wurde positiv beurteilt, da erfahrene Endoskopiker beide Module schneller als Neulinge und Anfänger beenden konnten.

Der SUS erhielt 75 von 100 Punkten (korrespondierend mit guter Nutzbarkeit) ohne erkennbaren Unterschied zwischen Neulingen, Anfängern und erfahrenen Endoskopikern.

Der NASA-TLX rangiert zwischen 0 und 600 Punkten und reflektiert das Erschöpfungslevel, das bei Neulingen und Anfängern höher war als bei erfahrenen Endoskopikern (285 vs. 210 vs. 225 Punkte, $P < 0,001$). Nur 16,1% der Teilnehmenden haben in der eigenen Institution Zugang zu einem Simulator, wohingegen 79,4 % sich die Integration eines Simulators in das Endoskopie-training wünschen.

Schlussfolgerung

Die erste Validierung eines neuen virtuellen Endoskopiesimulators zeigte Machbarkeit und Benutzerfreundlichkeit bei weitgehend hinlänglicher Validität. Viele Teilnehmer favorisierten die Implementierung eines Simulators in das Endoskopietraining. Das gilt besonders für die Zielgruppe der Neulinge und Anfänger in der Endoskopie.



Bild A Ohne weiteres Zubehör für das Training endoskopischen Handlings bestimmt: EndoNix®, der virtuelle Endoskopie-Simulator mit einem 3D-gedruckten Endoskop-Handgriff



Bild B Das Prozeduren-Training beinhaltet: Polypendetektion, ESD-Markierung, Biopsie, Blickdiagnostik. Mit dem Basis-Modul können bestimmte Übungen wie Fixierung eines Punktes, Verfolgen einer Linie durchgeführt werden

Möchten Sie EndoNix®
für ein Training nutzen?

Probieren Sie ihn gerne aus!

Auszuleihen unter:
Tel.: +49 40 23773-5433

E-Mail: akademie@olympus.com

Aalen

25.04.26

**4. Aalener
Gastroenterologiegespräch**

Information und Anmeldung:

Ostalb-Klinikum Aalen
Dagmar Raupach, Sekretariat Gastroenterologie
Dagmar.Raupach@kliniken-ostalb.de

Berlin

04. — 06.06.26

**GATE Berliner
Endosonografiekurse
04. und 05.06.: Grundkurs
05. und 06.06.: Aufbaukurs**

Information und Anmeldung:

Schlosspark-Klinik
Innere Medizin / Gastroenterologie Berlin
Tel.: + 49 30 962848-592
k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de
www.gate-berlin-brandenburg.de

Luzern

19.06.26

**3rd Top of Endoscopy
Obere GI-Blutung, Pankreas,
Gallenblase und Gallengang**

Information und Anmeldung:

[www.top-of-symposien.ch/endoscopy/2026/
details-und-anmeldung](http://www.top-of-symposien.ch/endoscopy/2026/details-und-anmeldung)

Dortmund

18. — 19.06.26

**Jahrestagung
Viszeralmedizin NRW**

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Wiesbaden
viszeralmedizin@wikonect.de
<https://viszeralmedizin-nrw.de>

Heidelberg

26.06.26

**EndoAkademie trifft
SWDGG EndoErnährung**
(Phantom-Training enterale Sonden)

Informationen und Anmeldung:

ENDOAKademie e. V., Deidesheim
Katharina Höger
Tel: +49 176 74717431
katharina.hoeger@outlook.de
www.endoakademie.de

Heidelberg

26. — 27.06.26

**36. Jahrestagung der
Südwestdeutschen Gesellschaft
für Gastroenterologie**

Informationen und Anmeldung:

wikonect GmbH
Laurien Kühne, Wiesbaden
Tel.: +49 611 2048090
swddg@wikonect.de
www.wikonect.de

Amberg

04.07.26

**Polypektomie & Co. in
Theorie und Praxis**

Informationen und Anmeldung:

Klinikum St. Marien Amberg
Klinik für Innere Medizin II Endoskopie, Amberg
sekretariat.medklinik2@klinikum-amberg.de

Traunstein

10.07.26

Single Ballon-Endoskopie

Informationen und Anmeldung:

Olympus DACH Akademie
Tel: +49 40 23773-5433
akademie@olympus.com

Bochum

03. — 04.09.26

**EndoRuhr live
meets EndoSummer**

Informationen und Anmeldung:

INTERPLAN Congress,
Meeting & Event Management AG, Hamburg
Christian Reim
c.reim@interplan.de
endoruhrlive@interplan.de

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.

22.04.2026

Hospitationsworkshop Gastroenterologische Endoskopie

Katholisches Klinikum Bochum

St. Josef-Hospital
UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

im Katholischen Klinikum Bochum, St. Josef-Hospital

Das Programm

- 08:45 Uhr **Begrüßung und Einführung**
(Einteilung in Gruppen) A. Ebigo
- 09:00 Uhr **Endoskopie Sitzung I**
(Pausen und Raumwechsel flexibel)
- Gastro-/Koloskopie mit KI
 - Resektionen: EMR, ESD, eFTR
 - Third Space: POEM, G-POEM, (ggf. STER)
 - Diagnostischer und interventioneller EUS
 - ERCP mit Cholangioskopie
- Team der Abteilung Endoskopie
- 12:00 Uhr **Gemeinsames Mittagessen und zwei Impulsvorträge**
- KI in der Koloskopie:
Chancen und Grenzen
A. Ebigo
 - Optimierung der Darmvorbereitung:
Klinische Relevanz von Qualitätsindikatoren und Scoring-Systemen
P. Ewald
- 13:00 Uhr **Endoskopie Sitzung II mit Themen wie o. g.**
- 15:00 Uhr **Falldiskussionen**
- Von Teilnehmern eingereichte komplexe Fälle aus der Praxis
 - Aus den Live-Demonstrationen
Moderation A. Ebigo
- 16:00 Uhr **Abschluss nach Vergabe von Zertifikaten**

Veranstaltungsort

Katholisches Klinikum Bochum,
St. Josef-Hospital
Gudrunstraße 56
44791 Bochum

Anmeldung

Bitte per E-Mail an:
barbara.opalka@olympus.com

Mit Unterstützung durch:



OLYMPUS

Herausgeber:

Olympus Deutschland GmbH
Medical Systems
Wendenstraße 20, 20097 Hamburg

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

Barbara Opalka, Business Group Coordinator
HCP and Events DACH
Barbara.Opalka@Olympus.com

Redakteurin für die Rubrik Hygiene:
Anja Schopenhauer, Market Manager CDS, DACH

Redakteurin für die Rubrik Service:
Sonja Haug, Market Manager Service, DACH,
Professional Expert

Text, Satz und Layoutumsetzung:
plus2 GmbH, Marienstraße 39, 40210 Düsseldorf

**Verantwortlicher Redakteur
bei der plus2 GmbH:**
Robert Timmerberg: rt@plus-2.de

Verantwortliche Grafiker bei der plus2 GmbH:
Petra und Fritjof Wild, servivorschlag.de

Designkonzept:
syntese Design und Kommunikation GmbH

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

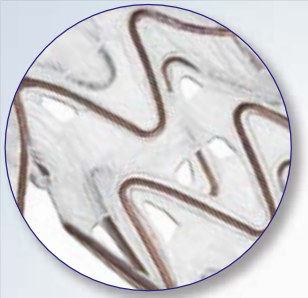
Foto:
© Soenne, Aachen

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 Redaktion. Beiträge Ihrerseits sind nach Absprache mit der Redaktionsleitung jederzeit willkommen. Wir behalten uns Textkürzungen vor. Für unverlangte Einsendungen von Manuskripten, Fotos, Datenträgern übernimmt die Redaktion allerdings keine Verantwortung. Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigungen auch auf Datenträger nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Redaktion und Quellenangabe.

Das Redaktionsteam spricht sich gegen jede Art von Diskriminierung aus. Es verwendet das gelegentlich zu findende generische Maskulinum lediglich im Interesse einer besseren Lesbarkeit der jeweiligen Beiträge.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 08.01.2026

OLYMPUS



Mit Drainage-Öffnungen



Ohne Drainage-Öffnungen



OLYMPUS

Maximale Kontrolle. Minimale Migration.

**GORE® VIABIL® biliärer Metallstent
jetzt über Olympus erhältlich**

Der GORE® VIABIL® biliäre Metallstent ist für die Linderung von Symptomen im Zusammenhang mit benignen und malignen Strikturen im Gallengangsystem indiziert.

Der Stent reduziert nachweislich das Risiko von Migration und Reinterventionen^{†,1} und sorgt für eine präzise Positionierung mit einzigartigen Anti-Migrations-Flaps, langfristige Durchgängigkeit^{‡,2,3} und Anpassungsfähigkeit⁴.



www.olympus.de www.goremedical.com/products/viabil

Consult Instructions for Use eifu.goremedical.com

Eine vollständige Beschreibung aller relevanten Indikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und Kontraindikationen für die Märkte, in denen dieses Produkt erhältlich ist, finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter eifu.goremedical.com.

Die aufgeführten Produkte sind möglicherweise nicht in allen Märkten verfügbar. GORE, VIABIL und Designs sind Marken von W.L. Gore & Associates.

† Data on file 2025; W. L. Gore & Associates, Inc; Flagstaff, AZ.

‡ Data on file 2024; W. L. Gore & Associates, Inc; Flagstaff, AZ.

1. O'Neill F, Stevenson A, Swarup VP. Fully covered self-expanding metal stents for endoscopic retrograde cholangiopancreatography and percutaneous cholangiography in the management of malignant biliary obstruction: a U.S. cost-consequence analysis. Presented at DDW 2022 Digestive Disease Week; May 21-24, 2022; San Diego, CA. Gastrointestinal Endoscopy 2022;95(6) Supplement:AB293.
2. Krokidis M, Fanelli F, Orgera G, Tsetis D, Mouzas I, Bezzi M, Kouroumalis E, Pasariello R, Hatzidakis A. Percutaneous palliation of pancreatic head cancer: randomized comparison of ePTFE/ FEP-covered versus uncovered nitinol biliary stents. Cardiovascular & Interventional Radiology. 2011;34(2):352-361.
3. Krokidis M, Fanelli F, Orgera G, Bezzi M, Passariello R, Hatzidakis A. Percutaneous treatment of malignant jaundice due to extrahepatic cholangiocarcinoma: covered Viabil stent versus uncovered Wallstents. Cardiovascular & Interventional Radiology 2010;33(1):97-106.
4. Isayama H, Nakai Y, Toyokawa Y, et al. Measurement of radial and axial forces of biliary self-expandable metallic stents. Gastrointestinal Endoscopy 2009;70(1):37-44.

OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH

Wendenstraße 20, 20097 Hamburg, Deutschland Telefon: +49 40 23773-4777
Fax: +49 40 23773-503303 | E-Mail: customer@olympus.de | www.olympus.de

W. L. Gore & Associates

10035 W. 100th St., Flagstaff, AZ 86005 | goremedical.com