



endoscopy campus

> magazin 02.2026 · 12. Jhg.



scan me!

Einladung:
zur Jahrestagung
DGE-BV & DGD
mit Call for
Abstracts

>>

**GLP-1: Was gibt's
zu beachten?**

>>

**AGREE-
Klassifikation**

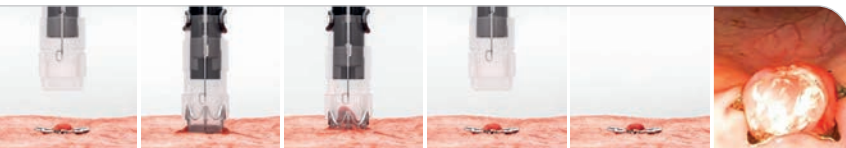
>>

**Image
Challenge**

MINIMALER AUFWAND MAXIMALER HALT

mit dem PADLOCK CLIP™ Defektverschluss-System

HANDS-ON
beim DEGEA
Herbstkongress



360°-GEWEBEVERSCHLUSS:

- Vormontierter, **selbstgreifender Clip**
- Schnelle und **einfache Befestigung** am Endoskop
- **Einfache Auslösung** per Daumendruck
- **Chirurgische Verschlussqualität** bei minimalinvasiven Eingriffen



Kontaktieren Sie uns:

Tel: +49 (0) 221 466120-30

E-Mail: csde@steris.com

 STERIS

healthcare.steris.com/de

©2026 STERIS. Alle Rechte vorbehalten.

editorial

Endoskopie im Wandel – und wir mittendrin?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie die gesamte Medizin, so entwickelt sich auch die Endoskopie rasant weiter. Neue Techniken, künstliche Intelligenz, aber auch veränderte Versorgungskonzepte und knapper werdende Kassen stellen uns täglich vor neue Fragen.

Gemeinsam mit der DGE-BV und der DGD wollen auch wir vom endoscopy campus diese Veränderungen beleuchten – im Positiven, aber auch im Negativen. So finden Sie in dieser Ausgabe des endoscopy campus Magazins eine Auswahl von Neuem und Bewährtem.

Die Beiträge reichen von einem ganz aktuellen Thema wie dem Umgang mit GLP-1-Rezeptoragonisten vor endoskopischen Untersuchungen über die neue AGREE-Klassifikation unerwünschter Ereignisse bis hin zu einem CIRS-Fall, der eindrücklich zeigt, wie wichtig eine offene Fehlerkultur und gemeinsames Lernen sind.

Wichtig sind auch die Hinweise der DGE-BV und der DGD zum anstehenden Kongress im Februar 2027 in Augsburg. Ich bin mir sicher, dass uns ein hervorragender Kongress erwartet. Seien Sie dabei!

Doch auch ein endoscopy campus lebt weiter, und das nicht allein von Texten. Aktuell sind wir etwas in der Findungsphase. Die finanziell angespannte Marktsituation macht es nicht leicht. Aber wir bleiben zuversichtlich und informieren Sie weiterhin mit unterschiedlichen Formaten auch im 12. Jahr des campus. Dabei möchten wir vor allem eines wissen: Was interessiert Sie? Was brauchen Sie für Ihren klinischen Alltag? Und welche Themen sollten wir künftig noch stärker aufgreifen?

Schreiben Sie uns, diskutieren Sie mit uns und bringen Sie Ihre Erfahrungen ein. Denn gute Endoskopie entsteht nicht nur durch technische Innovation, sondern vor allem durch Menschen, die ihr Wissen teilen und bereit sind, voneinander zu lernen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre, spannende Diskussionen und vor allem viele praktische Impulse für Ihre tägliche Arbeit.
Herzlichst

Ihr

Alexander Meining

endoscopy campus

Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV)

Deutsche Gesellschaft für Endoskopiefachberufe e.V. (DEGEA)

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD)

AG Junge Endoskopie der DGE-BV

DGE-BV

Deutsche Gesellschaft für
DEGEA
Endoskopiefachberufe e.V.

 **DGD**

Wissenschaftliche Redaktion

Alexander Meining, Würzburg
Alexander Hann, Würzburg

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV)

Till Wehrmann, Wiesbaden

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie-fachberufe e.V. (DEGEA)

1. Vorsitzende

Ulrike Beilenhoff, Ulm

Vorstand der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD)

1. Vorsitzender

Christian Ledl, Bad Aibling

Geschäftsstelle

endoscopy campus GmbH
Goethestraße 43 · 80336 München
Heike Kupetz
E-Mail: kupetz@endoscopy-campus.com

Editorial

3

endoscopy campus

4

Paper

GLP-1 in der endoskopischen Praxis

6

DEGEA live

9

Klassifikation

AGREE-Klassifikation

10

Case Report

CIRS

12

Image Challenge

14

DGE-BV aktuell

Ausschreibung Beiratskandidatur

16

Einladung Jahrestagung

18

DGD aktuell

Update TKM-Curriculum

20

Einladung Jahrestagung

22

AG Junge Endoskopie

Upcoming Events

24

Sponsoren

27

Image Challenge Auflösung

28

Impressum / Haftung

29

Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung

30



GLP-1 in der endoskopischen Praxis – Was gibt es zu beachten?

Priv.-Doz. Dr. Dörte Wichmann, Tübingen

Die Glukagon-like-Peptid-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) sind effektive, blutzuckersenkende Medikamente für die Therapie von Insulinresistenz und zur Gewichtsreduktion [1, 2]. Als Inkretine steigern sie die Insulinausschüttung und vermindern die Glukagon-Sekretion. GLP-1-RA verlangsamen die Magenentleerung und tragen somit zu einem längeren Sättigungsgefühl bei. Sie stehen zum Zweck der Gewichtsregulation als subkutane (s.c.) Präparate (Semaglutid = Ozempic, Wegovy) oder neu als orales Präparat (Semaglutid = Rybelsus) zur Verfügung. Eine Kombination aus GLP-1- und Glukose-abhängigen insulinotropen Polypeptid (GIP)-Rezeptoragonisten (GLP-1/GIP-RA) bewirkt durch zentralnervöse Effekte auf die Sättigungsregulation eine Erhöhung der Gewichtsabnahme. Die GLP-1/GIP-RA-Kombination ist aktuell in der s.c.-Applikationsform erhältlich (Tirzepatid = Mounjaro).

Aufgrund intensiver Bewerbung der Präparate als „Abnehm-Spritzen ohne Nebenwirkungen“ werden GLP-1-RA und GLP-1/GIP-RA hochfrequent auf Privatrezepten verschrieben. Durch diverse Online-Portale können Patienten diese Rezepte erhalten. Nicht immer wird die Verwendung von Inkretinen in der hausärztlichen Praxis thematisiert. Entsprechend können diese auf den Medikationsplänen fehlen. Natürlich beinhaltet auch die Therapie mit GLP-1-RA oder GLP-1/GIP-RA die Gefahr von Nebenwirkungen, die sich entsprechend dem Wirkprofil der Medikamente vornehmlich im Gastrointestinaltrakt manifestieren können [3, 4]. Am häufigsten sind Sodbrennen, Völlegefühl, Erbrechen, Magenkrämpfe, Durchfälle und Obstipation sowie die Entwicklung einer Pankreatitis beschrieben [4].

Für die Planung von endoskopischen Prozeduren sollte im Rahmen der Medikamenten-Anamnese die Einnahme/Applikation von GLP-1-RA oder GLP-1/GIP-RA stets neben gerinnungshemmenden oder blutdruckregulierenden Medikamenten abgefragt werden. Wird die Einnahme bejaht, sollten die Patienten die orale Einnahme für mindestens einen Tag bzw. die s.c.-Applikation für eine Woche pausieren [5].

Die Empfehlung basiert auf den Vorgaben der amerikanischen anästhesiologischen Gesellschaft (ASA) von 2023, die aufgrund der verlangsamten Magenpassage durch die GLP-1-RA- und GLP-1/GIP-RA-Therapie zu einer entsprechenden Pause raten [5, 6]. Zahlreiche retrospektive Fallserien stützen dieses Vorgehen [7–10]. Mittlerweile wurde die ASA-Empfehlung überarbeitet und ein individuelles Vorgehen entsprechend möglicher Risikoaspekte empfohlen. Die Publikation einer nun prospektiven, klinischen Studie bestätigt einmal mehr das bewusste Abfragen

einer möglichen gewichtsmodulierenden medikamentösen Therapie im Setting der Endoskopie [11].

Ahmad et al. untersuchten an insgesamt 60 Patienten unter GLP-1-RA- bzw. GLP-1/GIP-RA-Therapie, ob eine Pausierung der Medikation zu einer Abnahme des residuellen Mageninhalts (residual gastric volume = RGV) führt [11]. Von den eingeschlossenen Patienten pausierten $n = 32$ vor der geplanten Endoskopie die Medikation, $n = 28$ nahmen die Medikamente ohne Unterbrechung weiter. Die Autoren fanden eine signifikante Steigerung der RGV in der Patientengruppe, die die Medikamente nicht pausiert hatte (3,1 % zu 25 %, $p = 0,003$). Bei den Patienten, die zu einer Kombinationsuntersuchung im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt geplant waren, fanden die Autoren keine Steigerung der RGV-Rate. Dies wird auf die konsequente Einhaltung von Flüssigkost am Tag vor der Untersuchung zurückgeführt.

In der Studie sollten in der Planung 120 Patienten eingeschlossen werden. Es wurden geplante Interimsanalysen nach 20 % und 50 % Falleinschlüssen durchgeführt. In der 50%-Interimsanalyse wurde die vorher festgelegte Abbruchgrenze überschritten, sodass die Studie vorzeitig abgebrochen wurde. Die Autoren betonen, dass während der Untersuchungen keine Aspirationsereignisse aufgetreten sind [11].

Eine eingeschränkte Güte der Dickdarm-Vorbereitung unter GLP-1-RA- und GLP-1/GIP-RA-Therapie wurde in retrospektiven Fallserien diskutiert. Hierzu fehlen aktuell aussagekräftige, prospektive Studien [12–14].

Zusammenfassend findet sich bei Patienten mit GLP-1-RA- bzw. GLP-1/GIP-Therapie häufiger ein verbleibendes Füllungsvolumen trotz angestrebter Nüchternheit im oberen Gastrointestinaltrakt, ohne dass es in Studien zu vermehrten Aspirationsereignissen kam [1, 11, 15]. Empfehlen Sie also Ihren Patienten das Pausieren bzw. seien Sie, wie immer, vorsichtig und aufmerksam während Ihrer endoskopischen Untersuchungen.

Literatur:

1. Khan SA, Marasini A, Shrestha A et al. Impact of GLP-1 Analogue Therapy on Gastrointestinal Outcomes in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Real-World TriNetX Analysis. *Dig Dis Sci* 2026. doi:10.1007/s10620-026-10171-w. doi:10.1007/s10620-026-10171-w
2. Chang S, Tang Y, Wang M et al. Impact of Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists (GLP-1 RAs) on Increased Residual Gastric Content in Patients With and Without Concurrent Colonoscopy: A Retrospective Case-Control Study. *J Clin Med* 2026; 15. doi:10.3390/jcm15062121
3. Manne-Goehler J, Franco J. Side effects of GLP-1 receptor agonists. *BMJ* 2025; 390: r1606. doi:10.1136/bmj.r1606
4. Wharton S, Davies M, Dicker D et al. Managing the gastrointestinal side effects of GLP-1 receptor agonists in obesity: recommendations for clinical practice. *Postgrad Med* 2022; 134: 14–19. doi:10.1080/00325481.2021.2002616

5. Hashash JG, Thompson CC, Wang AY. AGA Rapid Clinical Practice Update on the Management of Patients Taking GLP-1 Receptor Agonists Prior to Endoscopy: Communication. Clin Gastroenterol Hepatol 2024; 22: 705–707. doi:10.1016/j.cgh.2023.11.002
6. Ushakumari DS, Sladen RN. ASA Consensus-based Guidance on Preoperative Management of Patients on Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists. Anesthesiology 2024; 140: 346–348. doi:10.1097/ALN.0000000000004776
7. Patel Y, McDonald A, Taylor GM et al. A single-center retrospective review of food retention during upper endoscopy following GLP-1 receptor agonist usage and introduction of the Tampa Intraluminal Gastric Residue (TiGR) grading scale. Surg Endosc 2026; 40: 3454–3460. doi:10.1007/s00464-026-12640-9
8. Kalsi H, Bassi R, Noureldine H et al. Peri-Procedural Safety of GLP-1 Receptor Agonists in Elective Endoscopy: A Multicenter Retrospective Cohort Study. J Clin Med 2025; 14. doi:10.3390/jcm14176147
9. Elmati PR, Jagirdhar GSK, Qasba RK et al. GLP-1 Agonists and the Risk of Pulmonary Aspiration during Elective Upper Endoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. Open Respir Med J 2025; 19: e18743064372550. doi:10.2174/0118743064372550250603061720
10. Beig J, Ta J, Jones S et al. GLP-1 Receptor Agonists and Endoscopy: Understanding Gastric Stasis, Aspiration Risk, and Contemporary Peri-Procedural Guidance. Chronic Dis Transl Med 2026. doi:10.1002/cdt3.70059. doi:10.1002/cdt3.70059
11. Ahmad AI, Garg S, Jacobs J et al. Holding vs Continuing GLP-1/GIP Agonists Before Upper Endoscopy: The OCULUS Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2026; 186: 578–584. doi:10.1001/jamainternmed.2026.0027
12. Burke CA, Gagneja HK. Colonoscopy preparation adequacy in glucagon-like peptide-1 receptor agonist users: the jury is still out. Endoscopy 2025; 57: 134–136. doi:10.1055/a-2461-3899
13. Yao R, Gala KS, Ghush W et al. Effect of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists on Bowel Preparation for Colonoscopy. Am J Gastroenterol 2024; 119: 1154–1157. doi:10.14309/ajg.0000000000002564
14. Abu-Freha N, Yitzhak A, Shirin H et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists significantly affect the quality of bowel preparation for colonoscopy. Endoscopy 2025; 57: 126–133. doi:10.1055/a-2419-3875
15. Anazco D, Fansa S, Hurtado MD et al. Low Incidence of Pulmonary Aspiration During Upper Endoscopy in Patients Prescribed a Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonist. Clin Gastroenterol Hepatol 2024; 22: 1333–1335 e1332. doi:10.1016/j.cgh.2023.11.024

PFLEGE FÜHRT REGIE



degea live

DER LIVE-STREAM FÜR ENDOSKOPIEFACHPERSONAL

ONLINE-SEMINARE
jeweils ab 18 Uhr

Jetzt kostenfrei anmelden!
www.endoscopy-campus.com oder www.degea.de



AUSZUG TERMINE

- **09.09.2026** Validierung von Aufbereitungsprozessen in der flexiblen Endoskopie
- **07.10.2026** Optimierung der Koloskopievorbereitung: Wie wir Patient*innen besser begleiten können?
- **18.11.2026** Hinter den Kulissen eines Stents: Wie Qualität aus Irland den Weg in die Endoskopie findet.

AGREE-Klassifikation von unerwünschten Ereignissen in der gastrointestinalen Endoskopie

Priv.-Doz. Dr. Dörte Wichmann, Tübingen

Die gastrointestinale Endoskopie bietet zunehmend mehr invasive Therapieoptionen an. Die Folge kann ein erhöhtes Aufkommen von unerwünschten Ereignissen sein. Für die Chirurgie existiert mit der Clavien-Dindo-Klassifikation von 2003 eine einheitliche Nomenklatur für unerwünschte postoperative Ereignisse [1]. Eine entsprechende einheitliche Erfassung von unerwünschten Ereignissen, die im Zusammenhang mit der endoskopischen Prozedur stehen, ist wünschenswert. Die Arbeitsgruppe um Nass und Fockens haben die AGREE-Classification (Adverse Events in Gastrointestinal Endoscopy) aus einem Experten-Konsensus mit 166 fortgeschrittenen, interventionellen Endoskopierenden zu diesem Zweck entwickelt. Ihre Anwendbarkeit wurde durch Ärzte, Pflegende und Patienten getestet [2]. Die AGREE-Klassifikation orientiert sich an der vorbekannten chirurgischen Komplikations-Klassifikation, der betrachtete Zeitraum für die AGREE-Klassifikation umfasst ebenso 30 Tage postinterventionell.

Die Validierung der AGREE-Klassifikation erfolgte durch Crispino et al., in deren Analyse anhand von 226 Patientendaten zeigte sich die AGREE-Klassifikation als einfach anzuwenden und die Interobserver-Variabilität war im Vergleich mit der Klassifikation unerwünschter Ereignisse der American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) geringer [3]. Es liegen zwischenzeitlich zahlreiche Studien vor, in denen die AGREE-Klassifikation zur Beschreibung der postinterventionellen Patientenverläufe angewendet wurde [3-7].

Tabelle 1:
Übersicht der AGREE-Klassifikation

Grad	Beschreibung
Kein unerwünschtes Ereignis	Telefonischer Kontakt mit dem Hausarzt, der Ambulanz oder dem Endoskopie-Dienst ohne jegliche Intervention oder verlängerte Überwachungszeit des Patienten nach dem Eingriff (< 3 Stunden) ohne jegliche Intervention
I	Auftreten eines unerwünschten Ereignisses ohne Beeinträchtigung des postinterventionellen Ablaufes, keine medikamentöse, endoskopische, radiologische oder chirurgische Intervention notwendig - Medikamente: Analgesie, Antiemesis, Antipyrese, Elektrolyte - Entlassung zum geplanten Zeitpunkt möglich - Diagnostische Bildgebung
II	Unerwünschte Ereignisse, die eine pharmakologische Behandlung mit anderen als den für unerwünschte Ereignisse des Grades I zulässigen Medikamenten (d. h. Antibiotika, Antithrombotika usw.) erfordern - Transfusionen von Blut oder Blutprodukten - Krankenhausaufnahme für mehr als 24 Stunden
III	Unerwünschte Ereignisse, die einen endoskopischen, radiologischen oder chirurgischen Eingriff erfordern
IIIa	Endoskopischer oder radiologischer Eingriff
IIIb	Chirurgischer Eingriff
IV	Unerwünschte Ereignisse, die eine Aufnahme auf die Intensivstation erfordern
IVa	Dysfunktion eines einzelnen Organs (einschließlich Dialyse)
IVb	Multi-Organversagen
V	Tod des Patienten

Quellenverweise:

1. Dindo, D., et al., Obesity in general elective surgery. Lancet, 2003. 361(9374): p. 2032–5.
2. Nass, K.J., et al., Novel classification for adverse events in GI endoscopy: the AGREE classification. Gastrointest Endosc, 2022. 95(6): p. 1078–1085 e8.
3. Crispino, F., et al., Adverse events in gastrointestinal endoscopy: Validation of the AGREE classification in a real-life 5-year setting. Dig Liver Dis, 2023. 55(7): p. 933–937.
4. Corsi, O., et al., Application of a novel adverse event classification scale in a Latin American gastrointestinal endoscopy unit. World J Gastrointest Endosc, 2026. 18(1): p. 111384.
5. Goubert, K., et al., Factors Associated with the Severity of ERCP-Related Complications: A Retrospective Single-Centre Study. J Clin Med, 2024. 13(23).
6. Verhoeve, S., et al., Efficacy of EUS-guided keyhole biopsies in diagnosing subepithelial lesions of the upper gastrointestinal tract. Endosc Int Open, 2024. 12(10): p. E1183–E1189.
7. Wessels, E.M., et al., Efficacy and safety of peroral endoscopic myotomy for esophageal diverticula. Endosc Int Open, 2023. 11(5): p. E546–E552.



CIRS: Komplikation nach schwieriger ERCP

www.dgvs-cirs.de

Patient in gutem AZ und EZ. Zum Wochenende vom Hausarzt eingewiesen, bei schmerzlosem Ikterus.

ERCP wurde im Anschluss zur Labordiagnostik noch am Aufnahmetag durchgeführt, allerdings mit reduziertem Personal nach langem Routine-Endoskopieprogramm. Papille in einem Duodenaldivertikel, schwer sondierbar.

Nach der Papillotomie ist der Draht disloziert. Der neueingelegte Draht lag trotz radiologisch korrekter Position nicht im DHC, was dazu führte, dass der Stent retroperitoneal plazierte wurde.

Ansteigende Cholestaseparameter und Inflammationsparameter, Verlegung der Pat. in andere Klinik notwendig. Dort Stententfernung, Neuanlage nicht möglich. Protrahierter Krankheitsverlauf mit intensivmedizinischer Behandlung, Drainagen-einlage, Reha.

Was war besonders gut?

Hilfestellung durch Vorgesetzte/-n, die/der geholfen hat das Geschehene zu verarbeiten und keine Schuldzuweisungsvorwürfe gemacht hat. Gemeinsam wurden die ganzen Schritte der Befunderhebung und Untersuchung durchgegangen und die Fehler in der Durchführung und Bewertung analysiert. Die offene Haltung im Fehlermanagement hat der Person und dem gesamten Team gutgetan und den Blick geschärft.

Was war besonders ungünstig?

Freitag nachmittags, langes Routineprogramm vorher, ausgedünnte Personaldecke. In der Nachbeobachtung: Wochenende mit reduzierter Wahrnehmung von Laborwerten und einzelnen Patienten, da nur ein Dienstarzt im Haus ist.

Die Rückmeldung des CIRS Teams

Ein Fall, vor dem jede*r Endoskopiker*in Angst hat. Am Ende eines langen Untersuchungstags muss eben noch schnell die letztlich anspruchsvollste Untersuchung durchgeführt werden. Erschwerend hier auch noch die Lage der Papille in einem Divertikel, was bereits an sich die Perforationsgefahr erhöht.

Die Perforation i.R. der ERCP ist glücklicherweise eine seltene Komplikation, welche in der Literatur mit einer Inzidenz von < 1 % angegeben wird. T. Rabenstein und H.J. Schulz haben ein sinnvolles Verhalten diesbezüglich in einem lesenswerten Artikel beschrieben. [1]

Die/der Meldende gab an, dass bereits im Krankenhaus eine eingehende Aufarbeitung des Falls stattgefunden hat, was vorbildlich ist.

Quellenverweise:

1. Rabenstein T, Schulz HJ (2014) Komplikationen nach ERCP. Gastroenterologie 9:222–236. <https://doi.org/10.1007/s11377-014-0873-8>

Image Challenge

Das endoscopy campus Bilderrätsel

Wie lautet die treffendste Beurteilung des manometrischen Befundes?

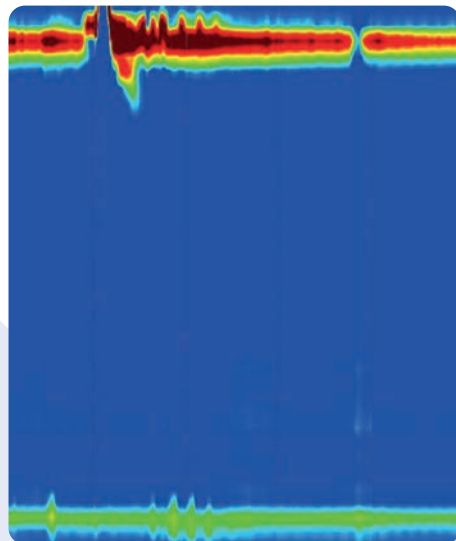
- 1 Achalasie Typ I
- 2 Achalasie Typ II
- 3 Achalasie Typ III
- 4 Fehlende Kontraktilität (Absent Contractility)

Auf S. 32 finden Sie die Auflösung: die Diagnose.

Jetzt auch als neues Format
auf Instagram & Facebook!

Weitere spannende Image Challenges
zum Mitraten erscheinen auch auf
unseren Social Media Kanälen.

@endoscopycampus



Wenn es um exzellente
Darmreinigung geht,



ist der Unterschied klar.¹



*Eine exzellente Darmreinigung sollte bei der Darmvorbereitung
Priorität haben, da Patienten mit einer exzellenten Darmreinigung
eine bessere Darmkrebsprävention erhalten.¹*

PLENVU®, Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen

Zusammensetzung: Dosis 1: Macrogol 3350 100 g, Natriumsulfat 9 g, Natriumchlorid 2 g, Kaliumchlorid 1 g; Dosis 2: Beutel A enthält: Macrogol 3350 40 g, Natriumchlorid 3,2 g, Kaliumchlorid 1,2 g; Beutel B enthält: Natriumascorbat 48,11 g, Ascorbinsäure 7,54 g. Sonstige Bestandteile: Sucralose (E955), Aspartam (E951). Mango-Aroma enthält Glycerol (E422), Aromazubereitungen, Arabisches Gummi (E414), Maltodextrin (E1400) und natürliche Aromastoffe. Fruchtpunsch-Aroma enthält Aromazubereitungen, Arabisches Gummi (E414), Maltodextrin (E1400) und Aromastoffe. **Anwendungsgebiete:** Zur Darmvorbereitung vor klinischen Maßnahmen, die einen sauberen Darm erfordern. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der arzneilich wirksamen Bestandteile oder einen der sonstigen Bestandteile, Gastrointestinale Obstruktion oder Perforation, Ileus, Störungen der Magenentleerung, Phenylketonurie (enthält Aspartam), Glukose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel (enthält Ascorbat), toxisches Megakolon. **Nebenwirkungen:** Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: Häufig: Erbrechen, Übelkeit. Gelegentlich: abdominale Aufblähung, Analreizungen, Abdominalschmerz, Abdominalschmerzen im Oberbauch, Abdominalschmerzen im Unterbauch. Nicht bekannt: Ösophagusperforation (Boerhaave-Syndrom). Erkrankungen des Immunsystems: Gelegentlich: Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen. Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen: Häufig: Dehydratation. Erkrankungen des Nervensystems: Gelegentlich: Kopfschmerzen, Migräne, Somnolenz. Nicht bekannt: Krampfanfälle. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Gelegentlich: Durst, Fatigue, Asthenie, Schüttelfrost, Schmerzen. Herzerkrankungen: Gelegentlich: Palpitationen, Sinustachykardie. Gefäßerkrankungen: Gelegentlich: Vorübergehender Anstieg des Blutdruckes, Hitzewallungen. Untersuchungen: Gelegentlich: Vorübergehender Anstieg der Leberenzyme, Hyponatriämie, Hyperkalziämie, Hypophosphatämie, Hypokaliämie, erniedrigtes Bicarbonat, Anionenlücke vergrößert/verkleinert, hyperosmolarer Zustand. **Handelsformen:** Eine Anwendung besteht aus 3 Beuteln: Dosis 1, Dosis 2 Beutel A und B. Packungsgrößen von 1 (N 1), 40, 80, 160 und 320 Packungen einer einzelnen Anwendung. Klinikpackung mit 40 einzelnen Anwendungen. Apothekenpflichtig. Stand 07/2025



Referenz

1. Hassan C, et al. Endosc Int Open. 2020;08:E928–E937.

PLENVU, NORGINE und das Norgine-Siegel sind eingetragene Marken der Norgine-Unternehmensgruppe. Alle Bilder dienen nur illustrativen Zwecken.
Norgine GmbH, Im Westpark 14, D-35435 Wetztenberg, Internet: www.norgine.de, E-Mail: info@norgine.de.

DGE-BV aktuell



Jürgen Hochberger

Till Wehrmann

Ausschreibung Beiratskandidatur, Amtsperiode 2027 – 2032 Wahl am 18. Februar 2027, DGE-BV-Kongress Augsburg

Kandidatur für den Beirat – Jetzt bewerben

Sie möchten die Zukunft unserer Gesellschaft aktiv mitgestalten? Dann bewerben Sie sich für eine Kandidatur zum Beirat.

Bewerben können sich alle ordentlichen Mitglieder unserer Gesellschaft, die im Jahr 2026 Mitglied sind und derzeit weder dem Vorstand noch dem Beirat angehören.

Auch die Mitglieder des aktuellen Beirats, deren Amtszeit im Jahr 2027 endet, sind herzlich eingeladen, sich für eine weitere Amtsperiode zur Wiederwahl zu bewerben.

Bitte beachten Sie: Die Wahl findet im Rahmen der Mitgliederversammlung am 18. Februar 2027 in Augsburg statt. Voraussetzung für eine Kandidatur ist die persönliche Anwesenheit aller vom Vorstand zugelassenen Bewerberinnen und Bewerber. Eine Wahl ist bei Abwesenheit – auch im entschuldigten Fall – leider nicht möglich.

Für Ihre Bewerbung benötigen wir:

- ein Bewerbungsschreiben,
- einen tabellarischen Lebenslauf sowie
- eine kurze Beschreibung des fachlichen Schwerpunkts oder Themengebiets, mit dem Sie die Arbeit des Beirats künftig unterstützen möchten.

Die Bewerbungsvorlage steht unter www.dge-bv.de zum Download bereit.

Bitte reichen Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis spätestens 31. Dezember 2026 beim Vorstand ein.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist trifft der Vorstand eine Vorauswahl der eingegangenen Bewerbungen. Über die Annahme oder Ablehnung Ihrer Bewerbung werden Sie voraussichtlich Ende Januar 2027 informiert.

Im Rahmen der Beiratswahl 2027 sind insgesamt sieben Beiratssitze neu zu besetzen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

München, September 2026

Für den Vorstand der DGE-BV

Ihr

Prof. Dr. Jürgen Hochberger
Schatzmeister

Prof. Dr. Till Wehrmann
Generalsekretär

BEIRAT



Alanna Ebigbo

DGE-BV aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV) möchte ich Sie ganz herzlich zur 56. Jahrestagung der DGE-BV nach Augsburg einladen.

Unter dem Motto „Grenzen neu denken“ möchten wir gemeinsam mit Ihnen fachliche, menschliche und interdisziplinäre Grenzen thematisieren und darüber diskutieren, wie sich diese in Zukunft verändern werden. Unser Ziel ist es, Bewährtes zu hinterfragen, neue Perspektiven zu eröffnen und die Zukunft der Endoskopie gemeinsam zu gestalten.

Ganz im Sinne eines „grenzenlosen“ Kongresses werden wir folgende Schwerpunkte in den Mittelpunkt stellen:

- Grenzen erkennen – in Diagnostik und Therapie
- Grenzen verschieben – durch Innovation und Wissenschaft
- Grenzen überwinden – durch persönliche Erfahrung, Diversität und die Komplexität neuer Techniken
- Grenzen verbinden – durch Interdisziplinarität und Zusammenarbeit
- Grenzen der Zukunft – mit Blick auf Künstliche Intelligenz, Robotik und neue Konzepte in der Aus- und Weiterbildung

Ein besonderes Highlight werden unsere zukunftsweisenden Live-Endoskopien aus dem Universitätsklinikum Augsburg sein.

Das Kongresszentrum am Hotelturn in Augsburg bietet den idealen Rahmen für ein immersives und zukunftsgerichtetes Kongresserlebnis. Reichen Sie Ihre Abstracts ein und gestalten Sie mit uns einen Kongress, der den interdisziplinären Austausch fördert und neue Impulse für unser Fachgebiet setzt.

Gemeinsam mit dem Team der Congress Organisation C. Schäfer (COCS) freue ich mich sehr darauf, Sie 2027 in Augsburg begrüßen zu dürfen.

Herzliche Grüße aus Bochum

Ihr

Alanna Ebigbo
Vorsitzender der 56. Jahrestagung der DGE-BV 2027



DGD aktuell



Christian Ledl
1. Vorsitzender DGD



Ulrike Frank
Schatzmeisterin

Update TKM-Curriculum in der Dysphagietherapie

Das „Curriculum Trachealkanülenmanagement in der Dysphagietherapie“ ist inzwischen implementiert und die Basiskurse, Behandlungssupervisionen und Zertifizierungen können im Regelfall durchgeführt werden. Die aktuellen Entwicklungen und Fortschritte wurden auf der Jahrestagung der DGD im März 2026 vorgestellt.

Mit dem Ende der Übergangsregelung konnten insgesamt 760 Personen erfolgreich zertifiziert werden, darunter 360 Anwenderinnen und Anwender sowie 400 Ausbilderinnen und Ausbilder. Darüber hinaus wurden bereits 30 Basiskurse akkreditiert. Ein wichtiger Meilenstein ist die erstmalige Integration eines TKM-Basiskurses in die grundständige Ausbildung am Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe.

Das Konsentierungsteam wurde durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) erweitert. Zudem werden die akkreditierten Basiskurse künftig auch auf der Webseite der DGNiR veröffentlicht. Als weiterer Schritt zur Qualitätssicherung wurden Compliance-Regelungen zur Offenlegung von Interessenkonflikten (COI) formuliert, die ab sofort für alle Referierenden in Basiskursen, Prüferinnen und Prüfer, Supervisorinnen und Supervisoren sowie Mitglieder des Prüfungs- und Steuerungskomitees gelten. Auf der DGD-TKM-Webseite www.dgd-tk-curriculum.de wurden alle neue Informationen zu Akkreditierungen sowie zu den Compliance-Vorgaben bereitgestellt.



DGD aktuell

Die inhaltliche Weiterentwicklung des TKM-Curriculums erfolgt in spezialisierten TKM-Fachgruppen, die aktuell in den Bereichen 1) Notfallmanagement, 2) Pädiatrie, 3) Supervisionen, 4) Basiskurse, 5) „Train the Trainer“ sowie 6) Handlungsempfehlungen arbeiten. Die Fachgruppen entwickeln Materialien und Strukturen und konnten ihre ersten Ergebnisse bereits im Rahmen der DGD-Tagung 2026 vorstellen.

Wir bedanken uns ausdrücklich für das Engagement der Fachgruppen zur weiteren Implementierung und Qualitätssicherung des TKM-Curriculums.

Webinare

Wir freuen uns sehr, dass unsere Webinarreihe immer wieder auf großes Interesse stößt. In Kooperation mit der European Society for Swallowing Disorders (ESSD) bieten wir spannende Online-Veranstaltungen mit aktuellen Fachthemen und wertvollen Impulsen für die Praxis.

Die aktuellen Termine und weitere Informationen zur Anmeldung finden Sie hier: <https://dg-dysphagie.de/webinare/>



Zur Anmeldung



Marco Gerschke

Einladung zur 16. Jahrestagung der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie e.V.



Deutsche interdisziplinäre
Gesellschaft für Dysphagie e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Tagungspräsident freue ich mich sehr, Sie zur **16. Jahrestagung der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie e.V.** vom **17. bis 19. Februar 2027** nach Augsburg einzuladen.

Die Jahrestagung der DGD ist seit vielen Jahren ein fester Treffpunkt für den wissenschaftlichen und klinischen Austausch in unserem Fachgebiet. Sie lebt von der Vielfalt der beteiligten Disziplinen und dem gemeinsamen Ziel, Diagnostik, Therapie und Versorgung von Menschen mit Dysphagie kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Schwerpunkte der nächsten Tagung sind:

- Spektrum Dysphagie
- Trachealkanülenmanagement
- Außerklinische Versorgung
- Diagnostik und Therapie
- Innovationen
- Pädiatrie

Wir freuen uns besonders, dass wir für die Keynote-Vorträge renommierte nationale und internationale Referentinnen und Referenten gewinnen konnten:

- Dr. Inessa Humbert
- Prof. Sarah Wallace
- Dr. Veronika Kranebitter
- Dr. Maria Dietrich

Ergänzt wird das wissenschaftliche Programm durch praxisorientierte Workshops:

- Swallowing is the best treatment for swallowing: Neuroplasticity and common sense in dysphagia rehabilitation
- FDI und DIGEST-FEES - neue FEES-Scoringssysteme in der Praxis
- Wenn Dysphagien nicht ins Schema passen – vom Symptom zur Diagnose und gemeinsamen Therapie
- Mehr als Sodbrennen - Reflux interdisziplinär
- Troubleshooting Trachealkanülenmanagement
- IDDSI implementieren - Strategien für unterschiedliche Versorgungskontexte

Neben den wissenschaftlichen Sitzungen bietet die Jahrestagung zahlreiche Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und zur persönlichen Begegnung. Ich freue mich darauf, Sie im Februar 2027 in Augsburg willkommen zu heißen.

Mit herzlichen Grüßen

Marco Gerschke



AG Junge Endoskopie der DGE-BV



AG Junge Endoskopie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch in diesem Jahr setzt die AG Junge Endoskopie wieder besondere Akzente und Schwerpunkte mit praxisnahen und interaktiven Workshops. In kleinen Gruppen stehen der gemeinsame Austausch, klinische Entscheidungsfindung und die praktische Umsetzung im Mittelpunkt.

Die Plätze sind wie immer limitiert. Wir empfehlen daher eine frühzeitige Anmeldung.

Wir freuen uns auf euch!



Martin, Julika und Florian

Workshops/Termine

ENDOCLUB
NORD 2026

5. November 2026
im Olympus Trainingszentrum Hamburg

**WORKSHOP ENDOSKOPISCHES
KOMPLIKATIONSMANAGEMENT**

Schwerpunkte: Komplikationen erkennen
und behandeln



Hier anmelden!



Programm



26. November 2026
Im Rahmen des endo-update 2026

**SYMPOSIUM DER AG JUNGE
ENDOSKOPIE UND HANDS-ON
WORKSHOPS**

Schwerpunkte: Polypektomie, ERCP,
Blutstillung, Simulatortraining



Hier anmelden!



Programm

DGE-BV

17. Februar 2027

SAVE THE DATE
**DGE-BV 2027 - WORKSHOP
DAY UNITED (NEU UND INTERAKTIV)**

Schwerpunkte: Polypenmanagement,
Blutstillung, Komplikationsmanagement,
ERCP, EUS und Simulatortraining



Vorprogramm



23.-24. April 2027

SAVE THE DATE
**SPRING SCHOOL DER AG JUNGE
ENDOSKOPIE DER DGE-BV**

Weitere Informationen folgen

endoscopy unlimited!

Die führende Plattform für digitale Fortbildung in der Endoskopie.

Ob Klassifikationen, Videos, Podcast, ec Magazin, Fortbildungswebinare und interaktive Social Media Formate – der endoscopy campus bietet Fortbildung multimedial, praxisnah und fundiert.



Sponsoren

Wir möchten uns sehr herzlich bei unseren Partnern für die langjährige Unterstützung bedanken:

Gold

Boston Scientific Medizintechnik GmbH



FUJIFILM Deutschland, Niederlassung der FUJIFILM Europe GmbH



Micro-Tech Europe GmbH



Norgine GmbH



OLYMPUS Deutschland GmbH



Ovesco Endoscopy AG



STERIS Endoscopy, STERIS Deutschland GmbH



Silber

COOK Deutschland GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



PENTAX Europe GmbH



Stand bei Drucklegung – ohne Gewähr.

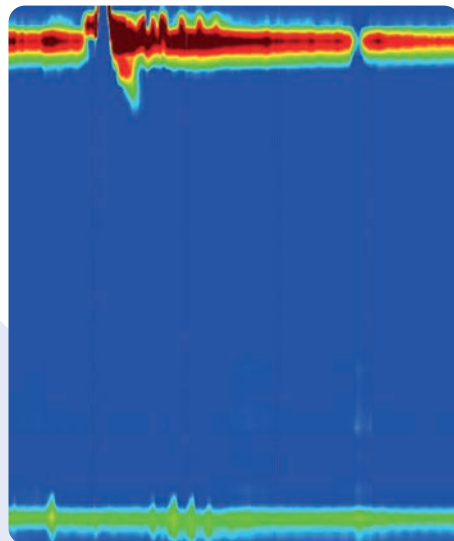
Image Challenge: Diagnose

Richtige Antwort:

1 Achalasie Typ I

Der Befund zeigt eine fehlende propulsive ösophageale Motilität bei erhöhtem Druck und fehlender regelrechter Relaxation des unteren Ösophagusphinkters. Das entspricht dem typischen manometrischen Bild einer Achalasie Typ I.

Die Abgrenzung passt auch zur Chicago-Klassifikation: Typ I ist durch einen erhöhten IRP und fehlende Peristaltik ohne relevante panesophageale Druckbildung gekennzeichnet. Typ II weist zusätzlich eine panesophageale Druckbildung auf, Typ III spastische bzw. vorzeitige Kontraktionen. Bei „Absent Contractility“ fehlt zwar ebenfalls die Peristaltik, der IRP ist jedoch normal.



Jetzt auch als neues Format
auf Instagram & Facebook!

Weitere spannende Image Challenges
zum Mitraten erscheinen auch auf
unseren Social Media Kanälen.

@endoscscopycampus



Impressum

Verlag

endoscopy campus GmbH · Goethestrasse 43, 80336 München

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse des Verlags:

Prof. Dr. med. Alexander Meining, Würzburg
Prof. Dr. med. Till Wehrmann, Wiesbaden
Claudia Schäfer, Geschäftsführerin, München

Druck

WIRmachenDRUCK GmbH · Mühlbachstr. 7 · 71522 Backnang

Verantwortliche Redakteure

– für den Wissenschaftsteil

Prof. Dr. med. Alexander Meining
Prof. Dr. med. Alexander Hann
Universitätsklinikum Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2 · 97080 Würzburg

– für den Anzeigenteil

Heike Kupetz
c/o endoscopy campus GmbH
Goethestrasse 43, 80336 München

Layout, Satz und Herstellung

COCS media GmbH, München

Wichtiger Hinweis

Im Besonderen möchten wir darauf hinweisen, dass die im Magazin verbreiteten wissenschaftlichen Inhalte durch die ständigen Entwicklungen in Forschung und klinischen Erfahrungen einem ständigen Wandel unterliegen und daher nicht ungeprüft für jeden Einzelfall übernommen oder als universelle Behandlungsanweisung verstanden werden dürfen. Die Fachbeiträge stellen die persönliche ärztliche und wissenschaftliche Ansicht des jeweiligen Autors dar und der Leser kann davon ausgehen, dass die Autoren die Inhalte sorgfältig anhand des Standes der Wissenschaft und der geltenden Leitlinien zum Zeitpunkt der Veröffentlichung geprüft haben.

Urheberrecht

Die durch den Herausgeber erstellte Inhalte und Werke auf diesen Seiten unterliegen dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung des jeweiligen Autors bzw. Erstellers. Soweit die Inhalte auf dieser Seite nicht vom Herausgeber erstellt wurden, werden die Urheberrechte Dritter beachtet. Insbesondere werden Inhalte Dritter als solche gekennzeichnet. Sollten Sie trotzdem auf eine Urheberrechtsverletzung aufmerksam werden, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Inhalte umgehend entfernen.

Inserentenverzeichnis

STERIS Endoscopy, STERIS Deutschland GmbH	U2
Norgine GmbH	S. 13
authors wanted	S. 28
Boston Scientific Medizintechnik GmbH	U3
OLYMPUS Deutschland GmbH	U4

Kongressankündigung

endoudate 2026

26. – 28. November 2026, Augsburg
www.endoudate.de



29. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

28. – 30. Januar 2027, Düsseldorf
www.endo-duesseldorf.com



56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V.

16. Jahrestagung der DGD

17. – 19. Februar 2027, Augsburg
 Tag der AG Junge Endoskopie & DGD Workshops
www.dge-bv.de

DGE-BV



Expanding the boundaries of cholangioscopy

COMING SOON

Scivita Medical Single-use Video Cholangioscope
 Slim 7.5Fr Profile



Outer Diameter
 7.5Fr / 2.80mm*



Working channel diameter: 1.2 mm



220cm working length

*distal insertion portion OD is 2.5mm

Products shown for informational purposes only – not meant as a promotion or offer for sale.
 CAUTION: The law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings, and instructions for use can be found in the product labelling supplied with each device or at www.BSCI.com. Products shown for INFORMATION purposes only and may not be approved or for sale in certain countries. This material not intended for use in France.
 ©2026 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved. ENDO-2494403-AA

CE 0123 Scivita Medical Single-use Video Cholangioscope



OLYMPUS

Jetzt die Leistungsfähigkeit der intelligenten Endoskopie in vollem Umfang nutzen

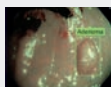
OLYSENSE™ CAD/AI ist eine Cloud-basierte Suite KI-gestützter Tools, die in das Olympus Ökosystem integriert sind. Sie unterstützen zuverlässige klinische Entscheidungen, indem sie dabei helfen, gastrointestinale Erkrankungen früher zu erkennen.

CADDIE™: Präzise Erkennung kolorektaler Karzinome

Mit CADDIE™ kommt zur Identifikation schwer erkennbarer kolorektaler Hoch-Risiko-Läsionen KI zum Einsatz – nahtlos in das Olympus Bildgebungssystem integriert sorgt es für eine bessere Sicht und höhere Zuverlässigkeit.



KI-gestützte Erkennung von Polypen
+7,4 % absoluter Anstieg der ADR¹.



KI-gestützte Charakterisierung von Polypen
Erkenntnisgewinn in Echtzeit für zuverlässige gastrointestinale Entscheidungen.



Früherkennung von Hoch-Risiko-Läsionen
Früher handeln. Ergebnisse optimieren.

CADU™ und SMARTIBD™: Weiterentwicklung der gastrointestinalen Versorgung

CADU™ hebt Dysplasien hervor und SMARTIBD™ bewertet die Krankheitsaktivität bei Colitis ulcerosa – damit erhalten Sie ein intelligentes zweites Paar Augen, das Ihnen hilft, die gastrointestinale Versorgung zu standardisieren.

Erleben Sie die Zukunft der Endoskopie mit OLYSENSE™ CAD/AI – wo fortschrittliche Bildgebung auf moderne Cloud-basierte KI trifft.



OLYSENSE



www.olympus.de/olydense

¹) Daten liegen vor bei Odin Medical Ltd., CADDIE AI Trial - NCT04325815

²) Daten liegen vor bei Odin Medical Ltd., ODIN-CADU-TCP-027

³) Daten liegen vor bei Odin Medical Ltd., ODIN-IBD-TCU-001 Validation Report V1.0.1, ODIN-IBD-TCP-023 Verification Report V1.0.1, ODIN-IBD-TCP-006 Verification Report V1.0.1, ODIN-IBD-TCP-025 Verification Report V1.0.1.

Ausführliche Informationen zu Gebrauchsanweisungen, Kontraindikationen, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen.