



# endoscopy campus

> magazin 02.2025 · 11. Jhg.



scan me!

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



**Endoskopische  
Gastroplikat**



**Luschka-  
Klassifikation**



**Image  
Challenge**

Welcome to the Future of Endoscopy

# ELUXEO 8000

Tomorrow is more exciting than ever



Scan the QR code  
to find out more

**FUJIFILM**  
Value from Innovation

# Endoscopy Unlimited – der neue endoscopy campus!

## Liebe Endoskopierende!

Herzlich darf ich Sie zum Lesen der Herbst-Print-Ausgabe des „endoscopy campus Magazins“ einladen.

Ich hoffe, dass Sie neben unseren „Klassikern“ CIRS-Fall und Quiz die Beiträge zur Gastroplicatur und Klassifikation der subvesikalen Gallengänge interessant finden. Zudem bekommen Sie alle Informationen zur Jahrestagung der DGE-BV und der DGD vom 25. – 27. März 2026 in Leipzig.

Dies, aber auch andere, stets aktuelle Nachrichten und Infos finden Sie auch auf unserer Homepage [www.endoscopy-campus.com](http://www.endoscopy-campus.com) – und das nun schon seit 10 Jahren! Ein Jubiläum auf das wir als „Campus-Team“ sehr stolz sind und es dementsprechend auch auf der letzten Jahrestagung in Würzburg zelebriert haben. Ebenfalls als kleines Jubiläum kann die im August gestartete 5. Jahresstaffel des Podcasts „Good Morning Endoscopy“ erachtet werden. Auch hier gilt seit mehr als 100 Folgen: alle 14 Tage ein neues und interessantes Thema mit unterschiedlichen Gesprächspartner. Soviel zum Alten, aber was ist neu? Sicherlich das Videomagazin „Endoskopie Aktuell – on tour“! Vier Folgen sind bereits im Kasten, aufgenommen in Hamburg, Würzburg, Ludwigshafen, Tübingen. Schauen Sie doch mal rein. Wir wollten Ihnen mal ein neues und anderes Format bieten, das Sie so wahrscheinlich noch nicht kennen.

Ob wir damit Ihren Nerv getroffen haben? Was halten Sie von all dem Neuen und Alten? Was für Themen und Formate hätten Sie gerne stärker in den Focus gerichtet? Schreiben Sie uns doch unter: [www.endoscopy-campus.com/kontakt/](http://www.endoscopy-campus.com/kontakt/)

Somit verbleibe ich bis zum nächsten Mal  
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

**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**

Rainer Dziewas, Osnabrück

**Geschäftsstelle**

endoscopy campus GmbH  
Goethestraße 43 · 80336 München  
Heike Kupetz  
E-Mail: [kupetz@endoscopy-campus.com](mailto:kupetz@endoscopy-campus.com)



|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Editorial</b>                                                                       | 3  |
| <b>endoscopy campus</b>                                                                | 4  |
| <b>Paper</b>                                                                           |    |
| Endoskopische Gastroplicatur – ein Einblick in die endoskopischen Adipositasstherapien | 6  |
| <b>Klassifikation</b>                                                                  |    |
| Subvesikaler Gallengang als Risiko für eine postoperative Galle-Leckage/Luschka-Gang   | 12 |
| <b>Case Report</b>                                                                     |    |
| CIRS                                                                                   | 14 |
| <b>Image Challenge</b>                                                                 | 16 |
| <b>DGE-BV aktuell</b>                                                                  |    |
| Einladung Beirat                                                                       | 18 |
| Einladung Jahrestagung                                                                 | 20 |
| <b>DEGEA live</b>                                                                      | 22 |
| <b>DGD aktuell</b>                                                                     |    |
| Update TKM-Curriculum                                                                  | 24 |
| Einladung Jahrestagung                                                                 | 26 |
| <b>AG Junge Endoskopie</b>                                                             |    |
| Upcoming Events                                                                        | 28 |
| <b>Sponsoren</b>                                                                       | 31 |
| <b>Image Challenge Auflösung</b>                                                       | 32 |
| <b>Impressum / Haftung</b>                                                             | 33 |
| <b>Inserentenverzeichnis / Kongressankündigung</b>                                     | 34 |

# Endoskopische Gastroplicatur – ein Einblick in die endoskopischen Adipositastherapien

PD Dr. med. D. Wichmann, Weight Doctors GmbH Dortmund -  
Nationalklinik Wertheim; Institut für klinische Anatomie und Zellanalytik des  
Universitätsklinikums Tübingen

Dr. med. O. Scheffel, Weight Doctors GmbH Dortmund – Nationalklinik Wertheim

Die Adipositas wurde 2022 von der WHO als epidemische Erkrankung mit Maximum im europäischen und gesamt-amerikanischen Raum bezeichnet [1]. Laut dem Sachstandsbericht Adipositas 2022 waren in Europa 59% der Erwachsenen und knapp ein Drittel aller Kinder und Jugendlicher übergewichtig (BMI > 25kg/m<sup>2</sup>) bzw. adipös (BMI > 30kg/m<sup>2</sup>). Dabei werden Übergewicht und Adipositas in der europäischen Region mit 1,2 Mio. assoziierten Todesfällen für ca. 13% der Gesamtsterblichkeit verantwortlich gemacht [1, 2]. In Deutschland stellen sich die Zahlen laut dem RKI wie folgt dar: 46,6% der Frauen und 60,5% der Männer sind von Übergewicht und Adipositas betroffen [3].

Eine reine diätetische Optimierung bei bestehender Adipositas ist nur selten erfolgreich. Lebensstil-Interventionen mit Ernährungsberatung, körperlichem Training und psychologischer Betreuung erzielen bessere Resultate, schwanken aber individuell erheblich und liegen bzgl. des Abnehmerfolges im Bereich von 3-10% Gewichtsverlust (Total Body-Weight-Loss = TBWL) [4].

Medikamentöse Therapien der Adipositas sind auf dem Vormarsch. Die Glukagon-like-Peptid-1 (GLP-1)-Analoge haben, ursprünglich als Antidiabetika entwickelt, durch einfache Anwendung (1x wöchentlich s.c. Applikation bzw. 1x/d p.o.) und erschwingliche Kosten eine weite Verbreitung gefunden [5, 6]. Die erreichbaren Resultate durch die GLP-1-Analoge sind beträchtlich. Es können bis zu 15% bis 21% TBWL erreicht werden [7]. Wie sich das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil in der Langzeitanwendung verändert und was die Langzeitfolgen sind, ist aktuell Forschungsgegenstand. Es gibt die Kehrseite der nicht ärztlich betreuten Therapieanwendungen, die durch vielfältige Online-Angebote begünstigt werden. Die Leitlinie „Therapie und Prävention der Adipositas“ empfiehlt ganz klar eine Kombination der medikamentösen Therapie mit der multimodalen Basistherapie zur Gewichtsreduktion [8].

Die Leitliniengerechte Behandlung der Adipositas ist Inhalt der „S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ in letzter Bearbeitung von 2018 [9]. Hier wurden der Magen-Ballon (MB) und endoskopische Nahtverfahren

endoskopisch-bariatriische Verfahren benannt, jedoch aufgrund der geringen Datenlage (außer MB) nicht empfohlen und in ihrer Anwendung und Wirkweise nicht dargestellt. Empfohlene Therapie-Optionen sind entsprechend der S3-Leitlinie von 2018 der laparoskopische Schlauchmagen (Laparoscopic Sleeve-Gastrectomy = LSG) mit 25% bis 30% TBWL und der Roux-en-y-gastric Bypass (RYGB) mit 31% bis 45% TBWL [9-11].

Für die primäre endoskopische, bariatriische Therapie existieren zahlreiche Optionen, die in Deutschland aufgrund der genannten Empfehlungen durch die Fachgesellschaften, nur eine untergeordnete bis keine Rolle spielen. Eine detaillierte Vorstellung der zugelassenen endoskopischen Therapieoptionen für die primäre, bariatriische Anwendung ist in dem gemeinsamen Positionspapier von ASGE und ESGE von 2024 zu finden [12]. Angemerkt sei hier, dass im Bereich der primären endoskopischen Therapie aktuell weitere Produkte und neue Prozeduren zu erwarten sind (z. Bsp. der EndoZip [13] und ablative Verfahren).

In dem vorliegenden Artikel soll der Fokus auf der endoskopischen Gastroplicatur liegen, die durch eine Volumenreduktion und Anpassung der Anatomie zu einem schnelleren Sättigungsgefühl und verzögerter gastral Passage und somit zur Gewichtsreduktion führen kann. Die Gastroplicatur wird auch als gastrales Remodeling bezeichnet. Essentielle Schritte für die Durchführung der endoskopischen Gastroplicatur wurden im Rahmen eines Delphi-Konsensus kürzlich publiziert [14].

### **Es stehen aktuell drei Verfahren für die endoskopische Gastroplicatur in Deutschland zur Verfügung.**

**1.)** Die Firma Boston Scientific Corporation (BSC, Marlborough, Mass; USA) bietet das vormals durch Apollo Endosurgery verbreitete, nun optimierte Overstitch System NXT an. Das NXT-System ist kompatibel mit jedem diagnostischen Gastroskop (Abbildung 1A). Es bietet für die Prozedur zwei zusätzliche Arbeitskanäle, durch die das dazugehörige Armamentarium eingeführt und bedient werden kann. Hierbei handelt es sich um eine endoskopische Nähvorrichtung. Ein Wechsel-Nadelhalter und eine Spirale werden zum Greifen des Gewebes eingeführt. Es werden 6-12 vollwandige Stiche pro Faden durch die Magenwand ausgeführt in geradem Verlauf und als U-Nähte. Wenn diese Naht dann angezogen wird, kommt es zu einer Lumenreduktion und Verkürzung des gesamten Magens. Hierfür werden zumeist 3-5 Nähte verwendet. Die Kollegen der Mayo-Clinic haben das sogenannte MERIT-Protokoll für den endoskopischen Schlauch-Magen (endoscopic sleeve-gastroplication = ESG) publiziert, an welches sich die meisten Anwender halten [15]. Der ESG erzielt in aktuellen Publikationen eine Gewichtsreduktion von 15-20% (TBWL) [15, 16].

**2.)** Durch USGI Medical (San Clemente, CA; USA) wird das POSE 2.0 Double-Helix-System bzw. POSE 3 oder Mega-POSE vermarktet, eine Weiterentwicklung des POSE-Systems [17]. POSE (primary obesity surgery endoluminal) ist in der Zeit von NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery) entwickelt worden. Es besteht aus der über typische Handräder abwinkelbaren Basis-Plattform (TransPort), über welche durch 4 integrierte Arbeitskanäle ein Stenose-Gastroskop (bis 6,0 mm AD), zwei Helices und ein Greif-, Stich- und Schneide-Element, der sogenannte G-Prox, eingeführt werden kann (Abbildung 1B). Es resultiert eine Lumen-Reduktion sowie Verkürzung des Gesamt-Magens durch Applikation von 6-8 Fäden durch die Kreation von sogenannte Riesenfalten. Die Stiche werden ebenfalls vollwandig ausgeführt, es soll möglichst Serosa auf Serosa liegen. Die applizierten Fäden reißen bei dem POSE-Verfahren nicht aus, da sie durch eine spezielle Sicherung (Schneeschuhen) in ihrer Position dauerhaft fixiert werden. Es wird eine Gewichtsreduktion von 15-20% TBWL berichtet [17-19].

**3.)** Das dritte Device für eine endoskopische Gastroplicatur ist das Endomima-System von EndoTools Therapeutics (Charleroi; Belgien). Die resultierende Prozedur wird als E-ESG bezeichnet (Endomima-ESG). Das System ist seit 2019 CE-zertifiziert und für die primäre bariatrische Endoskopie zugelassen. Das System wird im Magen platziert mit dem therapeutischen Gastroskop konnektiert. Es bietet zwei zusätzliche Arbeitskanäle. Auch die Nähte des E-ESG sollen vollwandig Serosa auf Serosa ausgeführt werden (Abbildung 1C). In der multizentrischen Zulassungsstudie von Matteo und Boskoski wurden bei den 142 eingeschlossenen Patienten zwischen 3 und 12 Nähte appliziert, im Mittel 6 Nähte [20]. Die erzielte Gewichtsreduktion nach einem Jahr wurde mit 10-15% TBWL angegeben [20].

Die Komplikationsraten für die endoskopische Gastroplicatur liegen mit 0-5% im niedrigen Bereich (SAE laut IFSO 1,25% [21]). Abdominelle Schmerzen und Oberbauch-Krämpfe zählen zu den häufigsten Komplikationen, ein iatrogenes Blutungsereignis tritt in 0-3% der Prozeduren auf. Die endoskopische Gastroplicatur wird oft als Tages-stationärer Eingriff durchgeführt. Im Sektor von Privatpatienten und Selbstzahlern weisen die Patienten ein geringes Potential für schwerwiegende Komplikationen auf. Empfohlen wird die endoskopische Gastroplicatur für Patienten mit Adipositas Grad I und II, also einem BMI < 3 [12, 21].

Für die nachbetreuenden, endoskopierenden Kollegen ist die Information über eine vorangegangene Gastroplicatur essentiell. Durch die benannten Aspekte der verzögerten Nahrungspassage muss auf eine verlängerte Nüchternzeit hingewiesen werden bei bestehendem Aspirationsrisiko. Der endoluminale Befund nach Gastroplicatur kann stark variieren. Teilweise freies Nahtmaterial oder das Auffinden der Fixierungs-Elemente ist möglich [22]. Relevant für die

nachbefundenden Kollegen ist die Volumenreduktion und Verkürzung des Magens. Es wird stets die große Kurvatur „gerafft“. Der Fundus bleibt bei dem aktuellen Verfahren unangetastet. Grundsätzlich bleibt die Regelanatomie bei allen Gastroplicatur-Verfahren unverändert vorhanden und es resultiert keine Malabsorption.

Eine Kombination der nebenwirkungs- und komplikations-armen endoskopischen Gastroplicatur und der medikamentösen Adipositas-Therapie kann zu gleichwertigen Resultaten im Vergleich zur klassischen operativen Adipositaschirurgie führen [10, 21, 23, 24]. Entsprechend den NOTES-Kriterien wird die Bauchhöhle bei den geschilderten Verfahren nicht eröffnet und potentielle Operationsassoziierte Risiken sind ausgeschlossen.

Die Frage, wie sich zukünftig die Therapien von übergewichtigen und adipösen Patienten gestaltet werden, kann aktuell nicht abschließend beantwortet werden. Da ein Großteil der Patienten mit Übergewicht und Adipositas < 3 nicht operiert werden können und die Krankheitslast stetig weiter steigt, wird eine Zunahme der endoskopischen und medikamentösen Therapieoptionen erwartet.



**Abbildung:**  
Entsprechend [12] dargestellte Gastroplicatur-Systeme und deren Wirkweise

Abbildung aus:

- A) <https://www.bostonscientific.com/en-EU/products/bariatric-endoscopy/overstitch-nxt.html>
- B) <https://www.usgimedical.com/products>
- C) <https://www.endotools.be/endomina/>

#### Quellenverweise:

1. WHO. WHO European Regional Obesity Report 2022. 2022; Available from: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289057738>.
2. Abu Dayyeh, B., C. Stier, and I.B.E. Committee, Obesity in Adolescents. N Engl J Med, 2023. 389(14): p. 1343.
3. Koch-Institut, R., Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. 2022: Berlin.

4. Chan, K.S., et al., Comparison of Weight Loss and Improvement in Metabolic Comorbidities Between Endoscopic Gastroplasty and Lifestyle Modifications: A Meta-analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2025. 35(3).
5. Moiz, A., et al., Mechanisms of GLP-1 Receptor Agonist-Induced Weight Loss: A Review of Central and Peripheral Pathways in Appetite and Energy Regulation. *Am J Med*, 2025. 138(6): p. 934-940.
6. Kachmar, M., et al., Multi-modal neo-adjuvant anti-obesity medications may be more effective than medically supervised weight loss or GLP-1 therapy alone in preparing BMI>=70 patients for metabolic surgery. *Int J Obes (Lond)*, 2025.
7. Singh, A. and S.E. Nissen, Contemporary Management of Obesity: A Comparison of Bariatric Metabolic Surgery and Novel Incretin Mimetic Drugs. *Diabetes Technol Ther*, 2024. 26(9): p. 673-685.
8. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. 2024, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>: Germany.
9. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 2018, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/088-001>: Germany.
10. Dankar, R., et al., Endoscopic Sleeve Gastroplasty Versus Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Comparison in Effectiveness and Safety Profile. *Asian J Endosc Surg*, 2025. 18(1): p. e70050.
11. Thobie, A., et al., Comparison between total weight loss and other metrics after bariatric surgery using a multilevel mixed-effects linear regression model. *Surg Endosc*, 2024. 38(7): p. 3684-3690.
12. Jirapinyo, P., et al., American Society for Gastrointestinal Endoscopy-European Society of Gastrointestinal Endoscopy guideline on primary endoscopic bariatric and metabolic therapies for adults with obesity. *Endoscopy*, 2024. 56(6): p. 437-456.
13. Sharaiha, R.Z., EndoZip: Are we ready for robotic systems in obesity? *Gastrointest Endosc*, 2025. 101(4): p. 828-829.
14. Joseph, S., et al., Endoscopic sleeve gastroplasty: the identification of the key procedural steps through a modified Delphi method. *J Gastrointest Surg*, 2024. 28(7): p. 1132-1136.
15. Abu Dayyeh, B.K., et al., Endoscopic sleeve gastroplasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. *Lancet*, 2022. 400(10350): p. 441-451.
16. Hanscom, M., et al., Endoscopic Sleeve Gastroplasty for the Treatment of Metabolic Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*, 2025. 35(6): p. 2092-2100.
17. Jense, M.T.F., et al., The POSE-2 Procedure for People with Obesity: A Safe and Effective Treatment Option. *Obes Surg*, 2024. 34(10): p. 3686-3693.
18. Finze, A., C. Stier, and C. Reissfelder, [POSE-2 for patients with obesity: a safe and effective treatment option]. *Chirurgie (Heidelb)*, 2024. 95(11): p. 934-936.
19. Al Khatry, M. and B.K. Abu Dayyeh, The Primary Obesity Surgery Endoluminal 2.0 Enfolding Technique (POSE 2.0et): Modification to Enhance Efficiency and Increase Restriction. *Obes Surg*, 2023. 33(6): p. 1953-1954.
20. Matteo, M.V., et al., Prospective, single-arm multicenter, international, observational postmarket study to assess the safety and efficacy of a triangulation platform for treating patients requiring endoscopic gastroplasty. *Gastrointest Endosc*, 2025. 101(1): p. 106-116 e1.
21. Dayyeh, B.K.A., et al., IFSO Bariatric Endoscopy Committee Evidence-Based Review and Position Statement on Endoscopic Sleeve Gastroplasty for Obesity Management. *Obes Surg*, 2024. 34(12): p. 4318-4348.
22. Bove, V., et al., Stalactites and Stalagmites in the Stomach after Endoscopic Sleeve Gastroplasty. *J Gastrointest Liver Dis*, 2022. 31(3): p. 269.
23. Haseeb, M., et al., Semaglutide vs Endoscopic Sleeve Gastroplasty for Weight Loss. *JAMA Netw Open*, 2024. 7(4): p. e246221.
24. Jirapinyo, P., A. Jaroenlapnopparat, and C.C. Thompson, Efficacy of anti-obesity medication (AOM) and endoscopic gastric remodeling (EGR): Analysis of combination therapy with optimal timing and agents. *Endosc Int Open*, 2024. 12(12): p. E1458-E1464.

# endoscopy unlimited!

Seit 10 Jahren 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.



# Subvesikaler Gallengang als Risiko für eine postoperative Galle-Leckage / Luschka-Gang

Dr. med. Ulrike Schempf, Zentrale Endoskopie-Einheit des Universitätsklinikums Tübingen, Medizinische Klinik 1

Maren Peters, Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Tübingen

PD Dr. med. Dörte Wichmann, Weight Doctors GmbH Dortmund – Nationalklinik Wertheim, Institut für Klinische Anatomie und Zellanalytik des Universitätsklinikums Tübingen

Eine postoperative Galleleckage ist stets eine interdisziplinäre Herausforderung, sie kann unterschiedliche Gründe haben. Der Verdacht liegt zumeist auf einem insuffizienten Verschluss des Dct. Cysticus zum Beispiel durch eine Clip-Fehlfunktion. Das Vorgehen bei dem Verdacht auf eine postoperative Galleleckage enthält entsprechende der aktuell zu überarbeitenden S3-Leitlinie zur „Prävention, Diagnostik und Therapie von Gallensteinen“ von 2018 eine endoskopische retrograde Cholecho-Pankreatikographie (ERCP) zur Visualisierung der Leckage und Sphinkterotomie zumeist mit Implantation einer Gallengangs-Prothetik zur Senkung des Druckgefälles zwischen Bauchhöhle und Dünndarm [1]. In der zitierten Leitlinie wird eine Gallengangsverletzung fokussiert. Durch Sicherung des Abflusses der Gallenflüssigkeit in den Darm, kommt es zu einem sekundären Verschluss der postoperativen Leckage. Je nach Menge der ausgetretenen Galle-Flüssigkeit muss ggf. eine Re-Laparoskopie mit Lavage und ggf. Drainagen-Anlage indiziert werden [2].

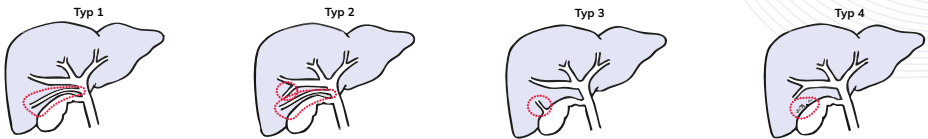
Was aber, wenn die Leckage nicht im Bereich des Absetzungs-Areals am Dct. Cysticus zu finden ist? Im Jahr 1863 gab der deutsche Anatom Hubert von Luschka in dem Buch „Die Anatomie des Menschen in Rücksicht auf die Bedürfnisse der praktischen Heilkunde, Die Anatomie des menschlichen Bauches“ einen Überblick über verschiedene Gang-Varianten von Veränderungen des Gallenblasen-Bett mit der Beschreibung von im Gallenblasenbett verlaufenden, kleinkalibrigen Gänge. Mit Einzug der Laparoskopie wurden vermehrt Galleleckagen aus dem Gallenblasen-Bett als „Luschka-Gänge“ bezeichnet. Klinisch relevante postoperative Galleleckagen treten in 0,4-1,2% der cholecystektomierten Patienten auf [3-5]. Hiervon sind in ca. einem Drittel der Patienten die Eröffnung von subvesikalen Gallengängen intraoperativ begründet [3, 6].

In der Abbildung 1 ist eine Übersicht der subvesikalen Gallengänge entsprechend dem Review von Schnellrdorfer et al. gezeigt [3]. Die Autoren analysierten 116 Publikationen unter Einschluss von knapp 4000 Patienten, von denen 156 Patienten subvesikale Gallengänge aufwiesen. Die Einteilung umfasst die anatomischen Beziehungen zwischen Gang und Gallenblase und somit auch potentielle cholangiographische Darstellungen. Die Autoren erarbeiteten die Klassifikation der subvesikalen Gallengänge, die nachfolgend in der Tabelle 1 dargestellt ist.

Merke: Der oder die Luschka-Gänge entsprechen Typ 1 der subvesikalen Gallengänge, sie haben keine Verbindung zur GB, sondern verlaufen blind endend im GB-Bett. Eine Verletzung dieses Gang-Typs kann durch die Präparation im Gallenblasen-Bett resultieren [3, 6].

Für die richtige Einordnung des cholangiographischen Bildes, muss die Anatomie des intra-hepatischen Gallengangssystems bekannt sein. Bei unklarem Befund sollten die Operateure hinzugezogen werden.

**Abbildung 1:**  
Schematische Darstellung der subvesikalen Gallengänge entsprechend Schnelldorfer et al.



**Tabelle 1:**  
Klassifikation der subvesikalen Gallengänge entsprechend Schnelldorfer et al.

| Typ | Definition                               | Definition                                                            | Lokalisation                                                                 | Häufigkeit |
|-----|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1   | Segmentaler bzw. sektorieller Gallengang | Ein oberflächlich verlaufender Gallengang bei sonst normaler Anatomie | Rechter Leberlappen kaudal                                                   | Oft        |
| 2   | Azessorischer, subvesikaler Gallengang   | Zusätzlicher Gallengang, kann subvesikal verlaufen                    | Kommunizierender Gang zwischen Haupt- und Nebengängen im rechten Leberlappen | Oft        |
| 3   | Hepato-cholecystischer Gallengang        | Isolierter Gallengang mit direkter Drainage in die GB                 | Gallengang des rechten Leberlappens drainiert direkt in die GB               | Selten     |
| 4   | Abberanter Gallengang                    | Multiple, kleine Gallengänge im GB-Bett ohne Drainage in die GB       | Oberflächliche Lage im GB-Bett, blind endend                                 | Selten     |

Quellenverweise:

- Gutt, C., et al., [Updated S3-Guideline for Prophylaxis, Diagnosis and Treatment of Gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and German Society for Surgery of the Alimentary Tract (DGAV) - AWMF Registry 021/008]. Z Gastroenterol, 2018. 56(8): p. 912-966.
- Lien, H.H., et al., Management of bile leakage after laparoscopic cholecystectomy based on etiological classification. Surg Today, 2004. 34(4): p. 326-30.
- Schnelldorfer, T., M.G. Sarr, and D.B. Adams, What is the duct of Luschka?--A systematic review. J Gastrointest Surg, 2012. 16(3): p. 656-62.
- Ord, J.R., et al., Duct of Luschka Bile Leak Following Deceased Donor Liver Transplant. Am J Case Rep, 2021. 22: p. e933505.
- Neumann, H., et al., Bile leak from the duct of Luschka. Z Gastroenterol, 2010. 48(2): p. 256-7.
- Van Wieren, A. and A. Haseeb, Duct of Luschka leak: A postoperative complication of cholecystectomy. JAAPA, 2024. 37(11): p. 1-3.



## CIRS: Komplikationen nach Bronchoskopie

[www.dgvs-cirs.de](http://www.dgvs-cirs.de)

**Patient mit neuem, chronischem Husten ohne pulmonale Raumforderung soll eine Bronchoskopie und nachfolgend ÖGD erhalten.**

In der Einleitungsphase der Bronchoskopie kommt es zu einem Abfall der Sauerstoffsättigung. Es wird ein Wendeltubus platziert und mit einem Be-atmungsbeutel mittels Mund-Nase-Maske kurzfristig beatmet. Die erweist sich auch als effizient. Die Bronchoskopie wird ohne weitere respiratorische Probleme unter Sauerstoffgabe über den Wendeltubus durch die Pneumologie durch-geführt. Anschließend erfolgt die Gastroskopie durch die Gastroenterologie. Dieser fällt zunächst vor der Untersuchung auf, dass der Patient blass und hypoton ist, bei einer Sättigung von über 90% unter O<sub>2</sub>-Gabe. Bei Intubation des Magens lässt sich dieser nicht entfalten, ohne dass etwa CO<sub>2</sub> via Kardia nach oral entweicht. Kein Blut im Magen, aber bei weiterer Inspektion in Inversion Nachweis einer Perforation. Parallel zu dieser insgesamt kurzen Phase kommt es zu weiterem Abfall der O<sub>2</sub>-Sättigung.

### Nach Meinung der Beteiligten gut gelaufen:

Die Perforation wurde umgehend erkannt. Eine weitere Diagnostik wurde vermieden und der Patient sofort in den OP verlegt. Die respiratorische und Kreislaufsituation waren mit der Eröffnung der Bauchhöhle umgehend behoben. Es fand sich eine reizlose Perforationsstelle die übernährt wurde. Keine entzündliche Reaktion im Peritoneum, kein Mageninhalt in der Bauchhöhle, keine Infektion im Verlauf.

### Wie hätte das Ergebnis nach Meinung der Beteiligten verhindert werden können?

Es gibt ein Bilddokument aus der Bronchoskopie, bei dem man die Spitze des Wendeltubus neben dem Trachealzugang bereits am Übergang zum Ösophagus sieht. Damit könnte ein relevanter Anteil der über den Ambubeutel insufflierten Luft in den Magen gelangt sein und zu einer Perforation geführt haben (möglicherweise bei Relaxationsstörung der Kardia, was Ursache des Reizhustens sein könnte). Hämodynamisch wirksam wurde die Situation mit der weiteren CO<sub>2</sub>-Insufflation während der ÖGD, bei der die richtige Diagnose gestellt wurde. Es gibt in der Literatur Einzelfallbeschreibungen mit ähnlichem Hergang.

### Feedback des CIRS-Teams

Ein sehr spannender Fall. Im Fallbericht ist die Perforationsstelle nicht im Detail beschrieben. Die Identifikation in Inversion spricht für eine subkardiale oder im Fundus gelegene Perforation. Im Rahmen von Reanimationen mit Beatmung sind Perforationen in Fallberichten beschrieben. Werden sie unmittelbar erkannt, ist ein rascher chirurgischer Verschluss, in Einzelfällen auch ein konservatives Management möglich. Im hier berichteten Fall war es günstig, dass auch eine Gastroskopie geplant war und so die Perforation evident wurde. Bei verzögerter Diagnose können intrabdominelle Infekte und Abszesse die Folge sein.

### Quellenverweise:

1. Park YS. A Case of Gastric Perforation Caused by Excessive Insufflation during Upper Gastrointestinal Endoscopy: Nonoperative Management. Case Rep Gastroenterol. 2023 Nov 15;17(1):327-332. doi: 10.1159/000534866. PMID: 38020464; PMCID: PMC10651181.
2. Butterfield M, Peredy T. On-Scene Rescue Breathing Resulting in Gastric Perforation and Massive Pneumoperitoneum. Prehosp Disaster Med. 2017 Dec;32(6):682-683. doi: 10.1017/S1049023X17006653. Epub 2017 Jul 3. PMID: 28669373.
3. Chen GF, Chen KB, Chen J. A young male with abdominal distention and fever after cardiopulmonary resuscitation treatment. World J Emerg Med. 2022;13(5):409-411. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2022.075. PMID: 36119763; PMCID: PMC9420671.

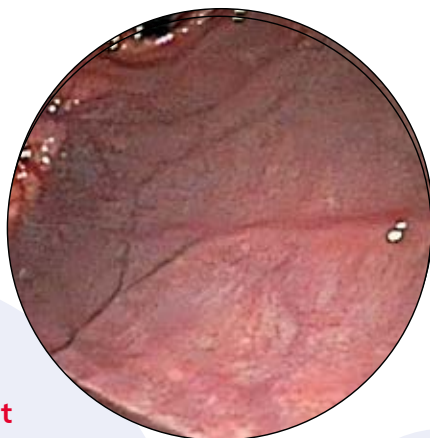
# Image Challenge

Das endoscopy campus Bilderrätsel

## Wie lautet die treffendste Beurteilung?

- 1** Rechte Flexur mit Impression der Leber bei Ogilvie-Syndrom
- 2** Gespannte Leberkapsel mit vergrößerten Gefäßen und Umgehungskreisläufen
- 3** Atrophische Gastritis im Fundus mit sichtbarem Gefäßmuster
- 4** Milzrupturverdacht - keine Biopsie wegen starker Vaskularisation

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 monatlich auf  
unseren Social Media Kanälen.



#HPB

BeyondLimits



## HPB Endoscopy Beyond Limits

**Elevate Patient Outcomes with our Advanced Solutions**

Jeder HPB-Fall ist einzigartig – und oft komplex. Um eine optimale Versorgung sicherzustellen, brauchen Sie die passende Unterstützung.

Mit den innovativen Bildverbesserungstechnologien des EU-ME3 und des Aplio i800 EUS erweitert Olympus die Möglichkeiten für eine präzise Diagnose hepato-pankreato-biliärer Erkrankungen.

Für therapeutische Eingriffe bieten unsere TJF-Q190V Duodenoskope sowie die Endo-Therapie-Instrumente maßgeschneiderte Lösungen, um all Ihren Anforderungen gerecht zu werden.

Darüber hinaus unterstützen wir Sie mit erstklassigen Schulungen, geleitet von erfahrenen medizinischen Experten und begleitet von unserem engagierten Fortbildungsteam. Persönliche Anleitung erhalten Sie zudem durch unsere klinischen Anwendungsspezialisten und INFOCUS-Servicepartner – damit Ihre Geräte jederzeit optimal einsatzbereit sind.

**Denn mit Ihrer Expertise und unserer HPB-Komplettlösung können Sie die Versorgung Ihrer Patienten auf ein neues Niveau heben.**

Nähere Informationen finden Sie unter

 [www.olympus.eu](http://www.olympus.eu)

### OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH

Wendenstraße 20  
20097 Hamburg, Deutschland  
Telefon: +49 40 23773-4777  
Fax: +49 40 23773-503303  
E-Mail: [customer care@olympus.de](mailto:customer care@olympus.de)  
[www.olympus.de](http://www.olympus.de)

### OLYMPUS AUSTRIA GES.M.B.H.

Shuttleworthstraße 25  
1210 Wien, Österreich  
Telefon: +43 1 29101-500  
Fax: +43 1 29101-400  
E-Mail: [endoskopie@olympus.at](mailto:endoskopie@olympus.at)  
[www.olympus.at](http://www.olympus.at)

### OLYMPUS SCHWEIZ AG

Richtiring 30  
8304 Wallisellen, Schweiz  
Telefon: +41 44 94766-81  
Fax: +41 44 94766-54  
E-Mail: [medical.ch@olympus.ch](mailto:medical.ch@olympus.ch)  
[www.olympus.ch](http://www.olympus.ch)



Jürgen Hochberger



Till Wehrmann

## DGE-BV aktuell

### Ausschreibung Beiratswahl, Amtsperiode 2026 – 2031 Wahl am 26. März 2026, DGE-BV-Kongress Leipzig

#### Liebe Mitglieder (m/w/d) der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV),

Auch in diesem Jahr können Sie sich schriftlich für eine Beiratskandidatur beim Vorstand bewerben, wenn Sie im Jahr 2025 ordentliches Mitglied unserer Gesellschaft sind und aktuell nicht dem Vorstand oder Beirat unserer Gesellschaft angehören.

Mitglieder des aktuellen Beirats, deren Amtsperiode im Jahr 2025 endet, können sich um eine Wiederwahl für eine erneute Amtsperiode bewerben.

Wir weisen schon jetzt vorsorglich darauf hin, dass alle vom Vorstand angenommen Bewerber/-innen persönlich zur Wahl bei der Mitgliederversammlung in Leipzig, am 26.03.2026, erscheinen müssen, andernfalls ist eine Wahl nicht möglich (auch ein entschuldigtes Fehlen macht eine Wahl unmöglich).

Wir bitten um eine **schriftliche Bewerbung** unter Hinzufügung eines tabellarischen Lebenslaufs sowie der Angabe eines möglichen Schwerpunkts (z.B. Angabe eines speziellen Themenfelds), mit dem Sie sich in die Arbeit des Beirates unserer Gesellschaft einbringen wollen.

Die Bewerbungsvorlage finden Sie unter **[www.dge-bv.de](http://www.dge-bv.de)**.

Bitte reichen Sie Ihre Bewerbung bis spätestens **31. Dezember 2025** ein.

Der Vorstand wird anschließend eine Vorauswahl möglicher Kandidatinnen und Kandidaten treffen und Sie werden voraussichtlich Ende Januar 2026, über die Annahme oder Ablehnung Ihrer geschätzten Bewerbung informiert.

Noch zu Ihrer Information: Im Rahmen der Beirats-Wahl 2026 sind insgesamt  $n=5$  vakante Sitze zu besetzen.

München, September 2025

Für den Vorstand der DGE-BV

Ihr

Prof. Dr. Jürgen Hochberger  
Schatzmeister

Prof. Dr. Till Wehrmann  
Generalsekretär

# BEIRAT



Ulrike Denzer

## DGE-BV aktuell

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,**

ich freue mich sehr, Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV) ganz herzlich zur 55. Jahrestagung nach Leipzig einzuladen!

Unter dem Motto „Together to the next level“ möchten wir gemeinsam mit Ihnen neue Wege gehen, den interdisziplinären Austausch weiter stärken und unser Fachgebiet mit frischem Blick in die Zukunft führen.

Ein besonderes Augenmerk liegt in diesem Jahr auf folgenden Themenschwerpunkten:

- gelebte Diversität – mit Fokus auf Ärzt:innen, Pflegeassistenten und Patient:innen,
- aktuelle Entwicklungen in der diagnostischen und interventionellen Endoskopie,
- Updates zu praxisrelevanten Alltagsthemen,
- sowie die Rolle der Endoskopie im Spannungsfeld von Ambulantisierung, Ökonomie, Qualität und Weiterbildung.

Die Kongresshalle am Zoo Leipzig bietet uns dazu nicht nur eine moderne und professionelle Plattform, sondern auch ein außergewöhnliches Ambiente: In unmittelbarer Nähe zu einem der artenreichsten Zoos Europas stehen nicht nur biologische Vielfalt, sondern auch die Vielfalt unserer fachlichen Perspektiven, der beteiligten Fachdisziplinen und der persönlichen Begegnungen im Mittelpunkt.

Freuen Sie sich auf ein hochkarätiges wissenschaftliches Programm, lebendige Diskussionen und zahlreiche Gelegenheiten zum kollegialen und interdisziplinären Austausch.

Gemeinsam mit dem Team der Congress Organisation C. Schäfer (COCS) freuen wir uns sehr, Sie 2026 in Leipzig begrüßen zu dürfen.

Herzlichst aus Marburg

Ihre

Ulrike Denzer  
Vorsitzende DGE-BV 2026



Vorsitzende

Kongresssekretäre

Tagungsort

Kongressorganisation



www.dge-bv.de

apl Prof. Dr. med. Ulrike Denzler  
Universitätsklinik für Gastroenterologie  
Baldingerstr. 350A, Marburg

Dr. Petros Stathopoulos  
PD Dr. Konstantinos Kouladouros  
Dr. Dorothea Henniger

KONGRESSHALLE am Zoo, Leipzig  
Pfaundlerstr. 31 · 04105 Leipzig

COCS GmbH · Congress Organisation C. Schäfer  
Goethestr. 43 · 80336 München  
Telefon: 089 / 89 0677-0  
E-Mail: [martina.wiederkrantz@coocs.de](mailto:martina.wiederkrantz@coocs.de)  
Internet: [www.coocs.de](http://www.coocs.de)

KALENDEREINTRAG



COCS-GmbH

CALL FOR ABSTRACTS



## ONLINE-SEMINARE jeweils ab 18 Uhr

**Jetzt kostenfrei anmelden!**  
**[www.endoscopy-campus.com](http://www.endoscopy-campus.com) oder [www.degea.de](http://www.degea.de)**



### DEGEA Live-Stream Webinar

#### **Qualitätssicherung, Ausblick und digitale Transformation**

Erfahren Sie am 08.10.2025 (18:00 – 20:00 Uhr) mehr über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung und die Bedeutung der ESG Guidelines. In diesem Webinar entdecken Sie, wie künstliche Intelligenz und die digitale Transformation die medizinische Praxis revolutionieren.

#### **„Von der Idee zum Produkt“ – Entwicklungs- und Produktionsschritte von Einmalprodukten mit Hands-On**

Wie wird aus einer Idee ein marktreifes Einmalprodukt?

Antwort gibt's am 12.11.2025 (18:00 – 19:30 Uhr) im DEGEA Live-Stream – dieses Mal direkt vor Ort bei Micro-Tech Europe GmbH. Mit echten Einblicken in Entwicklung, Produktion und MDR. Hands-On inklusive.

#### **„Der große DEGEA-Winterputz“ – Manuelle Vorreinigung, mikrobielle Beprobung und Auswertung LIVE!**

Am 10.12.2025 (18:00 – 19:30 Uhr) nehmen wir die manuelle Vorreinigung, die mikrobielle Beprobung und die mikroskopische Auswertung unter die Lupe – verständlich, praxisnah und direkt aus dem Hauptquartier von Olympus.

PFLEGE FÜHRT REGIE

# degea live

DER LIVE-STREAM FÜR ENDOSKOPIEFACHPERSONAL

## AUSZUG TERMINE

- 08.10.25 Fortbildungsreihe für Medizinisches Fachpersonal – Fortbildung III: Qualitätssicherung, Ausblick und digitale Transformation
- 12.11.25 „Von der Idee zum Produkt“ Entwicklungs- und Produktionsschritte von Micro-Tech-Einmalprodukten mit Hands-On
- 10.12.25 „Der große DEGEA-Winterputz“ Manuelle Reinigung, mikrobielle Beprobung und Auswertung LIVE!



Rainer Dziewas  
1. Vorsitzender DGD



Ulrike Frank  
Vorstandsmitglied

## DGD aktuell

### Update TKM-Curriculum

Das Curriculum "Trachealkanülen Management in der Dysphagietherapie" bietet seit Januar 2024 eine Weiterbildungsmöglichkeit zum Erwerb eines Anwendungs- oder Ausbildungszertifikats, mit dem die Qualifikation für die Behandlung im Bereich Dysphagietherapie bei Tracheotomie nachgewiesen werden kann. Das Curriculum wurde gemeinsam mit 14 medizinischen Fachgesellschaften entwickelt und konsentiert.

#### TKM-Zertifikat



#### TKM-Ausbildungs-Zertifikat



## Stufen zum Erwerb der Zertifikate im Curriculum "Trachealkanülenmanagement in der Dysphagietherapie"

Im Rahmen der Übergangsregelung für bereits erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten, die im Januar dieses Jahres auslief, konnten bereits 286 TKM-Zertifikate und 340 TKM-Ausbildungszertifikate vergeben werden, sofern eine ausreichend lange und umfangreiche Erfahrung im TK-Management nachgewiesen wurde.

Parallel dazu wurden im Rahmen des regulären Weiterbildungs-Curriculums 13 TKM-Basiskurse angeboten, weitere 14 wurden akkreditiert. Nähere Informationen zu Zeitpunkt und Anbietern der TKM-Basiskurse werden regelmäßig auf der Webseite der DGD veröffentlicht: [www.dgd-tk-curriculum.de](http://www.dgd-tk-curriculum.de)



Im Rahmen der DGD-Tagung in Würzburg vom 19. - 21.03.2025 fand ein erstes persönliches Treffen der TKM-Ausbilderinnen und Ausbilder statt, hier wurden Fachgruppen zu den folgenden Themen im TK-Management gegründet:

1. Basiskurse im TKM-Curriculum
2. Supervision der Behandlungen im TKM-Curriculum
3. Handlungsempfehlungen
4. Notfallmanagement
5. TKM in der Pädiatrie
6. 'Train the Trainer'

Vom 07.-11. Oktober dieses Jahres steht die Jahrestagung der European Society for Swallowing Disorders (ESSD) an, die in diesem Jahr in Athen stattfinden wird. Wir freuen uns auf einen Austausch zu Themen rund um das Thema TK-Management und mehr.



Johannes Weßling

## Einladung zur 15. Jahrestagung der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine große Freude, Sie zur 15. Jahrestagung der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie e.V. einzuladen, die vom 25. bis 27. März 2026 in der traditionsreichen wie lebendigen Musik- und Kulturmétropole Leipzig stattfinden wird.

### Der diesjährige Kongress steht unter dem Motto:

- **Diagnose Dysphagie - Interdisziplinär denken, gemeinsam handeln, Innovation gestalten**  
(Diagnosis Dysphagia - think interdisciplinary, act together, shaping innovation)

und bietet uns in der Kongresshalle am Zoo eine optimale Plattform für einen regen interdisziplinären wissenschaftlichen und klinischen Austausch.

Neben neuesten Entwicklungen werden Herausforderungen und Perspektiven in der Optimierung der Patientenbetreuung unter folgenden Schwerpunktthemen beleuchtet: „**Diagnostik im Dialog – VFSS trifft FEES**“, „**Akute versus chronische Dysphagie**“, „**Schlucken im Säuglings-, Kinder- und hohem Alter**“, „**Dysphagie im Akutsetting und auf der Intensivstation**“, „**Innovative Therapieverfahren und Konzepte**“.

Praxisorientierte Workshops im kompakten Kleingruppenformat bieten Ihnen die Möglichkeit, tiefer in spezifische Themen einzutauchen. Sie können sich nicht entscheiden oder haben eine Terminüberschneidung? ... kein Problem, gleich drei Workshops werden nun zweimal täglich angeboten.

Der Workshop „Grundlagen der Videofluoroskopie (VFSS)“ wird Ihnen zeigen, wie dieses Verfahren Befunde aus anderer apparativer Diagnostik komplementär ergänzen und Ihre individuelle Therapiekonzepte sinnvoll verbessern kann.

### Freuen Sie sich auf die weiteren Workshopthemen:

- Diagnostik mit DIGEST-FEES und DIGEST-MBS
- Hustenfunktion: Diagnostik und Therapie
- TK- Weaning - Clearance und Kommunikation bei beatmeten und nicht-beatmeten tracheotomierten Patienten
- Schlucken im Schatten des Tumors
- Dysphagie und Ernährung bei Demenzerkrankungen/degenerativen Erkrankungen
- Hirnnervenstatus

Ein **Round Table "Dysphagiediagnostik im Schatten der Zertifizierung?"** wird uns Gelegenheit geben einen interdisziplinären und kritischen Blick auf die Versorgungssituation und Qualität in Deutschland zu werfen. Gemeinsam mit unseren Partnern dem DBL, DBS und der DGE-BV werden zudem Joint Sessions abgehalten, die die Zusammenarbeit vertiefen und innovative Ideen entstehen lassen.

Entspannt zurücklehnen und inspirieren lassen können Sie sich bei den **Keynote lectures** u.a. von Frau Prof. Martina Scharitzer (Videofluoroskopie) und Frau Prof. Emilia Michou (Neurostimulation).

Aktiv werden heißt es wiederum für den mit 500,- Euro dotierten Preis der AG Dysphagie München e.V. für den besten Vortrag sowie bei Ihrer Bewerbung für das Reisekostenstipendium der DGD von 500,- pro Person.

Alte Bekannte treffen, neue Kontakte knüpfen, sich auf Augenhöhe austauschen - Wir freuen uns auf spannende Vorträge und Workshops, inspirierende Diskussionen und viele persönliche Gespräche in Leipzig 2026.

Mit herzlichen Grüßen aus Münster

Ihr

Johannes Wessling

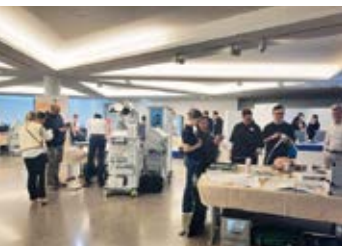
Leiter und Chefarzt des Zentrums für Radiologie und Neuroradiologie,  
Clemenshospital und Raphaelsklinik Münster

Tagungspräsident 2026



Deutsche interdisziplinäre  
Gesellschaft für Dysphagie e.V.

## AG Junge Endoskopie der DGE-BV



### AG Junge Endoskopie

Liebe AG Junge Endoskopie,

wir würden gerne auf die kommenden Aktivitäten der AG Junge Endoskopie hinweisen. Wie immer ist die Teilnahme nur für Mitglieder. Die Workshops sind kostenfrei, wobei die Plätze limitiert sind, daher solltet ihr euch **rasch registrieren**.

Wir freuen uns auf euch,



Julika, Armin und Martin

## Upcoming Events

**Donnerstag 06. November 2025,  
09.00 - 13.00 Uhr**

**ENDOSKOPISCHES KOMPLIKATIONS-  
MANAGEMENT – AG JUNGE ENDOSKOPIE  
DER DGE-BV**



**Hier  
anmelden !**

**04.-06. Dezember 2025**

**SYMPOSIUM DER AG JUNGE ENDOSKOPIE &  
HANDS-ON KURS**  
im Rahmen des endo-update® 2025  
in Augsburg



**Programm**



**Hier  
anmelden !**

**DGE-BV**

**SAVE THE DATE**

**TAG DER AG JUNGE ENDOSKOPIE  
AM 24. MÄRZ 2026**

im Rahmen des 55. Kongresses der Deutschen  
Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende  
Verfahren e.V.

**Onlineanmeldung wird ab Dezember 2025  
geöffnet.**



**Vor-  
programm**

# AUTHORS

# WANTED!

## Gestalten Sie die Zukunft der Endoskopie mit!

Der endoscopy campus lebt von starken Autor:innen. Ob **Fachartikel, Lehrvideos, Klassifikationen oder Bildbeiträge** – Ihre Expertise erreicht eine internationale Community (ca. 20.000 Besucher:innen monatlich) und unterstützt die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Studierenden.

- **Sichtbarkeit** auf einer führenden Fachplattform
- **Veröffentlichung** im ec Magazin, auf der Website und auch auf Social Media
- **Wissenschaftliche Anerkennung &** internationales Netzwerk
- **Faire Vergütung**



Alle Infos & Einreichung über den  
QR-Code oder unter:

[endoscopy-campus.com/autorenrichtlinien](https://endoscopy-campus.com/autorenrichtlinien)

# 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



PENTAX Europe GmbH



STERIS Endoscopy, STERIS Deutschland GmbH



## Silber

COOK Deutschland GmbH



ERBE Elektromedizin GmbH



Stand bei Drucklegung – ohne Gewähr.

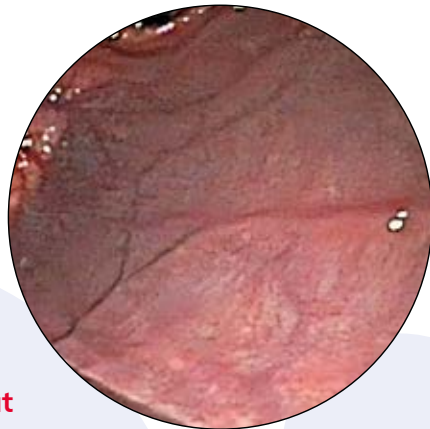
# Image Challenge: Diagnose

## Richtige Antwort:

### **3 Atrophische Gastritis im Fundus mit Gefäßmuster**

Die Aufnahme zeigt eine verdünnte Schleimhaut im Fundus - typisch für eine atrophische Gastritis.

Durch den Schleimhautverlust treten darunterliegende Gefäße deutlich hervor, was das typische Gefäßmuster sichtbar macht.



**Jetzt auch als neues Format  
auf Instagram & Facebook!**

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

## 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

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| FUJIFILM Deutschland, Niederlassung der FUJIFILM Europe GmbH | U2    |
| endoscopy campus                                             | S. 11 |
| OLYMPUS Deutschland GmbH                                     | S. 17 |
| degea live                                                   | S. 22 |
| Authors wanted!                                              | S. 30 |
| Ovesco Endoscopy AG                                          | U3    |
| Micro-Tech Europe GmbH                                       | U4    |

## Kongressankündigung

### endoupdate 2025

4. – 6. Dezember 2025, Augsburg  
[www.endoupdate.de](http://www.endoupdate.de)



### 28. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

5. – 7. Februar 2026, Düsseldorf  
[www.endo-duesseldorf.com](http://www.endo-duesseldorf.com)



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

#### 15. Jahrestagung der DGD

25. - 27. März 2026, Leipzig  
 Tag der AG Junge Endoskopie & DGD Workshops  
 am 24. März 2026  
[www.dge-bv.de](http://www.dge-bv.de)

**DGE-BV**

# AWC® duo

2-in-1 for dynamic resection



## The fusion of ESD cap and additional working channel

Setzen Sie mit AWC®duo auf maximale Flexibilität: Die Kombination aus zusätzlichem Arbeitskanal und flexibler Abstandskappe bietet optimale Unterstützung für EMR und ESD. Im Gegensatz zu konventionellen Techniken ermöglicht der AWC®duo den dynamischen Wechsel zwischen verschiedenen Instrumentenkombinationen und der klassischen Kappen-ESD. Erfahrene Anwender und Anfänger profitieren so von bimanuellem Arbeiten und Traktion mit Einkanal-Endoskopen.

Die transparente Kappe bietet eine hervorragende Sicht, während über den Arbeitskanal ein zusätzliches Instrument verwendet werden kann. Der AWC®duo vereinfacht komplexe Resektionstechniken und spart wertvolle Zeit.

Starten Sie mit dem AWC®duo in eine neue Ära der Resektion.





MICRO·TECH  
ENDOSCOPY

# EYEMAX

DIE LÖSUNG FÜR IHRE CHOLANGIOSKOPIE



ENTDECKEN SIE  
WEITERE VORTEILE