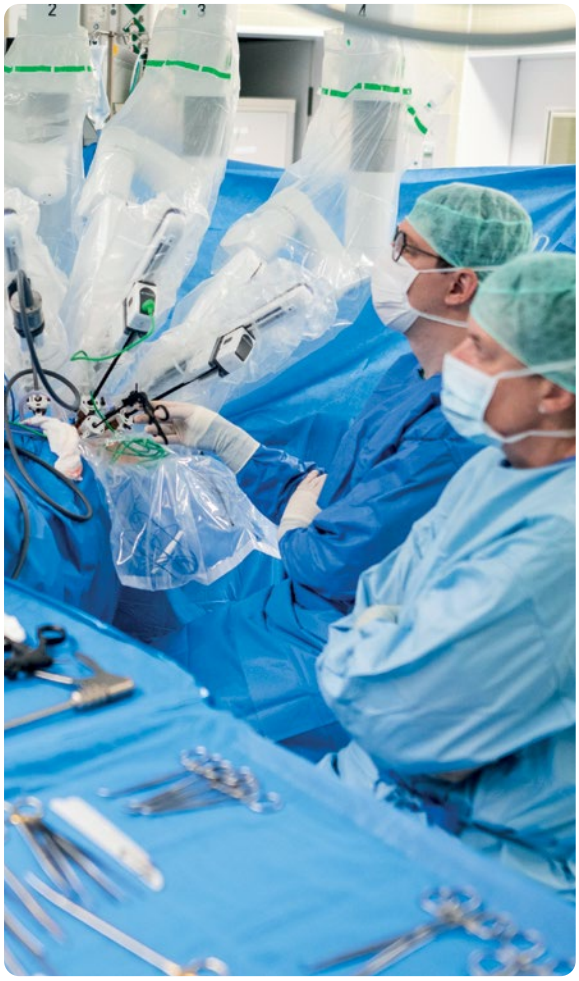
FRANZISKUS
STIFTUNG

FORSCHUNGSBERICHT
2025 | 2026





MENSCHEN. FORSCHUNG. FORTSCHRITT.

ST. FRANZISKUS-STIFTUNG MÜNSTER

KONTAKT

St. Franziskus-Stiftung Münster
St. Mauritz-Freiheit 46
48145 Münster

www.st-franziskus-stiftung.de

IMPRESSUM

Herausgeber
St. Franziskus-Stiftung Münster
St. Mauritz-Freiheit 46
48145 Münster

Redaktion
Claudia Dirks (V.i.S.d.P.), Jeannie McCoy, Philipp Potratz

Gestaltung
Anna Winker, mail@annawinker.de

Fotografie
St. Franziskus-Stiftung Münster
Jan Northoff

Druck
Druckhaus Sportflieger, Berlin

Stand: Oktober 2026
© St. Franziskus-Stiftung Münster – Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung.

INHALT

04 **Vorwort**

06 **St. Franziskus-Stiftung**

08 **Zentrum für Klinische Studien und angewandte Versorgungsforschung**
Patientenzentrierte Forschung: Wie die Franziskus Stiftung innovative Versorgungsformen möglich macht

11 **Forschung in Zahlen**

12 **Marien Hospital Düsseldorf**
Wir wollen bei neuen Entwicklungen dabei sein!

16 **St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank**
Verantwortung übernehmen: Wie Meerbusch zum Studienstandort wurde

20 **Maria-Josef-Hospital Greven**
Kleines Haus, große Strahlkraft: Wie Greven Forschung und Nachwuchs zusammenbringt

23 Doktorand Paul Ehrchen im Gespräch zur StopX-Studie im Amateur-Bouldersport

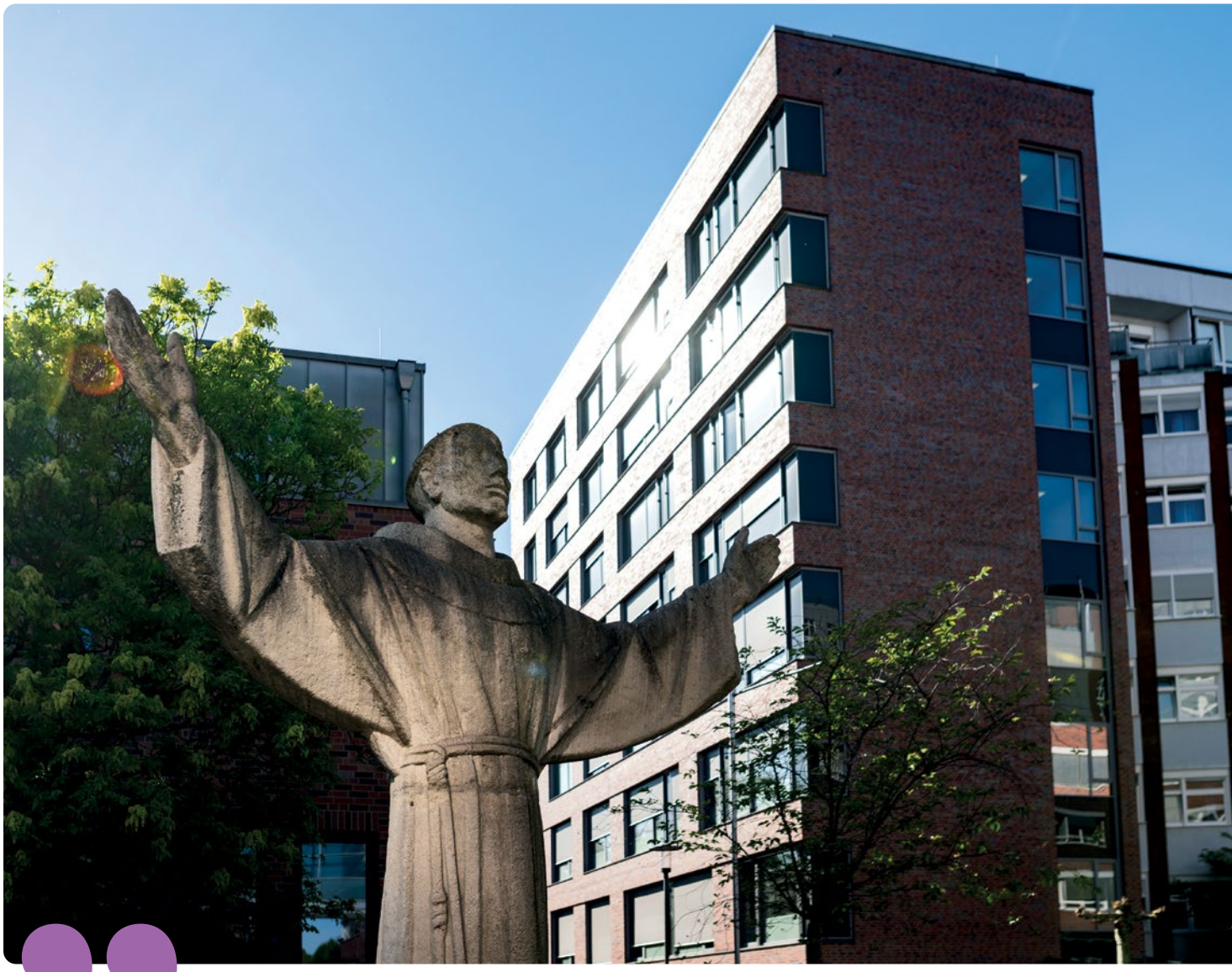
24 **St. Franziskus-Hospital Münster**
Zahl des Anstoßes: Wie eine Intensivstation die Lungenentzündung besiegte

28 Vom offenen Schnitt zur endovaskulären Präzision: Forschung als Grundprinzip der Gefäßchirurgie

31 **St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen**
Die jungen Leute wollen forschen – das unterstützen wir gerne.

36 **Publikationen**

42 **Vorschau**
Ein Blick voraus auf unsere zweite Ausgabe – Wenn Daten zu Wegweisern werden



Denn eine Behandlung ohne Wissenschaft ist nutzlos, so wie Wissenschaft ohne Fürsorge steril ist. Beides gehört zusammen, und nur so wird die Medizin zu einer Kunst, einer Kunst, die Kopf und Herz, Wissen und Mitgefühl, Professionalität und Mitleid, Kompetenz und Empathie verbindet.“

Papst Franziskus, 2021

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Gute medizinische Versorgung entsteht heute nicht mehr allein am Krankenbett. Sie entsteht dort, wo Beobachtungen aus dem klinischen Alltag systematisch aufgegriffen, überprüft und weiterentwickelt werden. Diese Verbindung von Versorgung und Forschung ernst zu nehmen, empfinden wir als Stiftung als gesellschaftlichen Auftrag. Wer, wenn nicht Krankenhäuser mit einem so großen Fundus an Patientinnen und Patienten, sollte die daraus entstehenden Erkenntnisse für eine bessere, datenbasierte Versorgung nutzbar machen?

In unseren Häusern arbeiten Kolleginnen und Kollegen auf hohem wissenschaftlichem Niveau – nicht im Sinne klassischer Grundlagenforschung, aber mit sehr guter klinischer, Versorgungs- und Anwendungsforschung. Ob es um die Weiterentwicklung operativer Verfahren geht, um neue Ansätze in der Prävention oder um die systematische Auswertung großer Behandlungsdaten: Was in unseren Häusern an Forschung entsteht, ist eng mit der tatsächlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten verbunden – und wirkt oft unmittelbar auf sie zurück.

Bislang ist diese Arbeit überwiegend aus individueller Initiative gewachsen. Einzelne Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegende haben sich ihre eigene Infrastruktur aufgebaut, Anträge gestellt, Kooperationen gesucht, häufig neben dem klinischen Alltag und mit hohem persönlichem Einsatz. Das verdient Respekt – und es macht zugleich deutlich, wo wir als Stiftung ansetzen können. Unser Ziel ist es, genau diese Eigeninitiative durch zentrale Unterstützung zu stärken: durch die Finanzierung von Study Nurses, durch Hilfe bei administrativen und regulatorischen Fragen, durch eine bessere Vernetzung der Häuser untereinander. Niemand sollte in jedem einzelnen Haus wieder von vorne beginnen müssen, wenn es um Fragen geht, die andernorts bereits gelöst wurden.

Dieser Bericht zeigt deshalb zweierlei: Er gibt exemplarische Einblicke, was in unseren Häusern an wissenschaftlicher Arbeit bereits geleistet wird – und ist gleichzeitig ein Bekenntnis dazu, dass wir diesen Weg konsequent(er) weitergehen wollen. Wir stehen dabei am Anfang einer Entwicklung, die noch viel Ausbaupotenzial hat. Wir wollen unsere Forschungsstrukturen



Dr. med. Ulrich Knopp,
Vorstand Medizin der
St. Franziskus-Stiftung.



Einfach Franziskus:
Menschlich + Modern

in den kommenden Jahren professionalisieren, sichtbarer machen und stärker miteinander verzahnen. Was heute noch stark von Einzelnen abhängt, soll künftig auf einer verlässlicheren, gemeinsamen Grundlage stehen.

Warum uns das wichtig ist, hat auch mit dem Selbstverständnis der St. Franziskus-Stiftung und unserer Häuser zu tun. Wir verstehen es als Teil unseres Auftrags, aus der Versorgung, die wir täglich leisten, Erkenntnisse zu gewinnen, die über den einzelnen Behandlungsfall hinausweisen. Die schiere Patientenzahl, die wir als Stiftung versorgen, bedeutet ein großes Potenzial an Daten und Erfahrungen – ein Potenzial, das wir nutzen wollen, unter Beachtung ethischenrund rechtlicher Rahmenbedingungen.

Diese Haltung richtet sich nicht zuletzt an den medizinischen und pflegerischen Nachwuchs. Für junge Ärztinnen und Ärzte, für Pflegefachkräfte, die wissenschaftlich arbeiten möchten, soll deutlich werden: Wer sich für ein Haus unserer Stiftung entscheidet, muss sich nicht zwischen guter Patientenversorgung und wissenschaftlicher Neugier entscheiden. Beides gehört für uns zusammen. Forschung entsteht bei uns dort, wo sie unmittelbar gebraucht wird – aus konkreten Fragestellungen der Praxis.

Dieser erste Forschungsbericht ist damit mehr als eine Momentaufnahme. Er ist Ausdruck des Anspruchs, moderne, datenbasierte Versorgung nicht nur zu leisten, sondern aktiv mitzugestalten – heute mit dem, was bereits gewachsen ist, und in Zukunft mit dem, was wir gemeinsam daraus noch machen wollen.

Mein herzlicher Dank gilt ganz besonders all jenen, die innerhalb der Stiftung mit ihrer wissenschaftlichen Arbeit und ihrem persönlichen Engagement unsere Arbeit bereichern und auch denen, die zur Entstehung dieses ersten Forschungsberichts beigetragen habe. Denn die Medizin von morgen entsteht nicht irgendwann. Sie entsteht heute – mit jedem Patienten, jeder Frage, jeder neuen Erkenntnis.



Ihr
Dr. Ulrich Knopp

MENSCHEN. FORSCHUNG. FORTSCHRITT.

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster

>18.800

Mitarbeiter*innen, die das möglich machen

Patient:innen

ambulant	511.000
stationär	196.000

18 Krankenhäuser

>168.000 CMP[1]

5.089 Betten

49/64 NRW-Leistungsgruppen

10

Einrichtungen Eingliederungshilfe & Altenpflege

1.015 Plätze

2

medicalORDER-center

8

MVZ

33 Arztsitze

4

Krankenhaus-apotheken

16 ASV-Ambulanzen

1,69 Mrd. €

Konzern-Umsatz

Ist 2025 (konsolidiert)

[1] Case-Mix-Punkte aG-DRG

STANDORTE



- Krankenhäuser
- medicalORDERcenter
- Einrichtungen Eingliederungshilfe & Altenpflege



PATIENTENZENTRIERTE FORSCHUNG: WIE DIE FRANZISKUS STIFTUNG INNOVATIVE VERSORGUNGSFORMEN MÖGLICH MACHT

Die Leitfragen moderner Gesundheitsversorgung werden unterschiedlich formuliert, fokussieren aber das gleiche Ziel: „Was hilft Patientinnen und Patienten wirklich?“ Welche Behandlungen sind am erfolgversprechendsten? Wie lassen sich Abläufe verbessern und wie können neue medizinische und pflegerische Ansätze sicher in den Versorgungsalltag gelangen?

Die Förderung von Wissenschaft und Forschung ist ein satzungsgemäßer Zweck der St. Franziskus-Stiftung Münster.

Antworten auf diese Fragen entstehen nicht allein in Lehrbüchern oder Forschungslaboren. Sie entstehen vor allem mitten in der Versorgung – dort, wo Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsberufe jeden Tag erleben, was Menschen brauchen, und wo Versorgung besser werden kann.

Als Zentrum für Klinische Studien und angewandte Versorgungsforschung (ZKSV) der St. Franziskus-Stiftung Münster wollen wir genau dieses Potenzial heben. Wir verstehen Forschung als Teil einer modernen Medizin und Pflege. Denn wissenschaftliche Erkenntnisse sowie Versorgungserfahrung bilden die Grundlage dafür, Diagnostik, Therapie und Versorgung unter realen Bedingungen weiterzuentwickeln – mit unserem klar formulierten Ziel, die Behandlungsergebnisse für Patientinnen und Patienten zu verbessern.

„Das größte Forschungspotenzial liegt in der außeruniversitären Gesundheitsversorgung.“



Philipp Potratz leitet das Zentrum für Klinische Studien und angewandte Versorgungsforschung.

FORSCHUNG ENTSTEHT DORT, WO VERSORGUNG STATTFINDET.

Forschung hilft uns dabei, Erfahrungen systematisch zu überprüfen und klinische Entscheidungen aufgrund von Evidenz und nicht etwa gefühltem Wissen zu treffen. Sie untersucht, welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren tatsächlich einen Nutzen bringen, wie Versorgungskonzepte unter Alltagsbedingungen funktionieren und wie die Translation von Innovationen in die Praxis sicher und nachhaltig funktioniert.

Gerade die Versorgungsrealität gibt dabei entscheidende Hinweise. Patientinnen und Patienten sind unterschiedlich, Abläufe komplex, Ressourcen begrenzt und die Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Bereich vielfältig. Was unter idealen Studienbedingungen funktioniert, muss sich deshalb im Alltag erst bewähren.

GROßES POTENZIAL AUßERUNIVERSITÄRER FORSCHUNG

Hier liegt eine besondere Stärke außeruniversitärer Forschung. Sie ist nah am Menschen und nah an der Versorgungsrealität. Fragestellungen entstehen aus konkreten Erfahrungen und Herausforderungen; Erkenntnisse wiederum fließen unmittelbar dahin zurück, wo sie gebraucht werden. Das gilt für medizinische Therapien ebenso wie für pflegerische Konzepte, organisatorische Abläufe, IT-Anwendungen und neue Versorgungsstrukturen. Die außeruniversitäre Forschung ergänzt die universitäre Forschung um diese Perspektive, die für das Gesundheitswesen unverzichtbar ist – die breite Versorgungspraxis.

Rund 90 Prozent der stationären Behandlungsfälle in Deutschland finden außerhalb der Universitätsmedizin statt. Genau hier werden neue Verfahren im Alltag angewendet, Versorgungskonzepte erprobt und die Fragen sichtbar, die den Großteil unserer Bevölkerung betrifft und auf die das Gesundheitssystem Antworten braucht.

Die Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung bieten dafür besondere Voraussetzungen. Als einer der größten konfessionellen

Krankenhausträger Deutschlands verbinden wir unterschiedliche Standorte, Fachbereiche und regionale Versorgungsrealitäten. Wir praktizieren in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen, in der Stadt und auf dem Land. Darin steckt ein enormes Forschungspotenzial – dank vieler Patientinnen und Patienten, vielfältiger Behandlungssituationen, unterschiedlicher Erfahrungen und einer hohen fachlichen Expertise.

Was heute an einem Standort als einzelne Forschungsfrage beginnt, kann morgen eine verbundweite Umsetzung erfahren. Gemeinsame Projekte und größere Patientenkohorten können Erkenntnisse ermöglichen, die ein einzelnes Haus allein nur schwer gewinnen könnte. Dieses Potenzial wollen wir in Zukunft noch stärker adressieren.



90%

der Versorgung findet abseits der Unikliniken statt – darin liegt das Potenzial patientennaher Forschung.

FORSCHUNG BRAUCHT STRUKTUREN, UM ANDEREN DEN RÜCKEN FREIZUHALTEN.

Wir wissen, dass das Engagement jeder einzelnen Person ein echter Schatz ist. Aber erfolgreiche Forschung benötigt auch eine zuverlässige Infrastruktur, die unterstützt und ermöglicht.

Aus dieser Erkenntnis ist der Anspruch des ZKSV entstanden, Strukturen schaffen zu wollen, die helfen, Forschung noch selbstverständlicher zu machen. Forschende sollen sich möglichst auf ihre wissenschaftliche Fragestellung und die Bedeutung ihrer Ergebnisse für die Versorgung konzentrieren können. Dafür braucht es Unterstützung bei den vielen Aufgaben, die hinter einem Forschungsprojekt stehen: bei der Entwicklung einer Studienidee, der methodischen Planung, der Antragstellung, Verträgen und Finanzierung, bei Datenschutz und Dokumentation ebenso wie bei der Koordination und qualitätsgesicherten Durchführung.

Damit ist nicht gemeint, dass wir Forschung zentralisieren wollen. Im Gegenteil: Wir wollen Forschung dort stärken, wo Gesundheitsversorgung stattfindet und Fragen entstehen – und den Menschen, die sie stellen, die passende Unterstützung geben.

Das ZKSV versteht sich deshalb als zentrale Unterstützungseinheit für die Einrichtungen der Stiftung. Wir bringen Expertise ein, vernetzen Forschende über Standortgrenzen hinweg und schaffen Strukturen, die aus einer guten Idee ein tragfähiges Forschungsvorhaben machen können.

VON DER IDEE ZUR WIRKUNG

Dass dieses Potenzial bereits heute sichtbar wird, zeigen die erfolgreich eingeworbenen Fördermittel öffentlicher und privater Partner für klinische Studien, Versorgungsforschung und Versorgungsstrukturentwicklung. Unsere Projekte werden unter anderem durch das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR), das Land Nordrhein-Westfalen, den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie Sponsoren aus der Pharma- und Medizintechnikbranche unterstützt.

Solche Förderungen sind weit mehr als eine finanzielle Unterstützung. Sie ermöglichen es, relevante Fragen systematisch zu untersuchen und innovative Ansätze unter realen Bedingungen auf den Prüfstand zu stellen. Sind sie wirksam? Sind sie im Alltag umsetzbar? Welchen Nutzen haben sie für Patientinnen und Patienten? Und können sie dazu beitragen, die Versorgung nachhaltig zu verbessern?

Genau diese Verbindung ist für uns entscheidend. Forschung soll gerade nicht in einer Publikation enden. Sie soll in der Versorgung ankommen.

GEMEINSAM FORSCHUNG WEITERDENKEN

Die Förderung von Wissenschaft und Forschung ist ein satzungsgemäßer Zweck der St. Franziskus-Stiftung Münster. Dahinter steht eine klare Überzeugung: Wer Versorgung patientenzentriert und zukunftsfähig gestalten will, muss bereit sein, bestehende Wege zu hinterfragen und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Jetzt geht es darum, diese Potenziale noch besser miteinander zu verbinden und Forschungsstrukturen weiterzuentwickeln, die Forschende entlasten und ihnen den Rücken freihalten. Wir bringen Kompetenzen und Erfahrungen über Standorte und Sektoren hinweg zusammen und zeigen, dass Forschung auch außerhalb der Universität einen festen Platz in einer modernen medizinischen und pflegerischen Laufbahn hat.

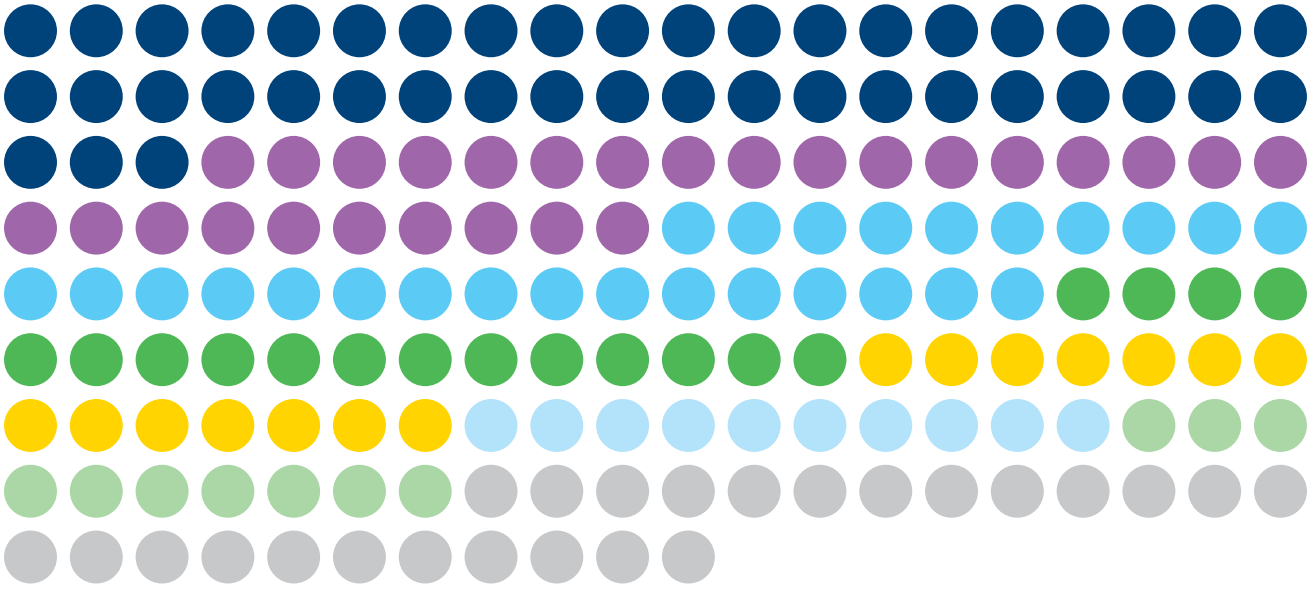
Darin liegt für uns das Potenzial patientenzentrierter Forschung – und darin liegt unsere Motivation im Zentrum für Klinische Studien und angewandte Versorgungsforschung.

Autor: Philipp Potratz

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster

171 Studien- und Forschungsprojekte





Onkologie/Hämatologie	26%	Gynäkologie/Brustzentrum/Geburtshilfe	16%
Gefäßchirurgie	15%	Rheumatologie	10%
Unfallchirurgie/Orthopädie	8%	Allgemein-/Viszeralchirurgie	6%
Pneumologie	6%	Weitere Fachbereiche*	14%

75%
prospektiv
(129 Studien)

52%
interventionell
(90 Studien)

30%
Investigator Initiated
Trials (IITs)
(50 Studien)

115
Publikationen 2025

** Kardiologie (5), Innere Medizin (4), Diabetes (4), Digitalisierung/IT (4), HR/Pflegeaus- und -fortbildung (3), Pädiatrie (2), Radiologie (1), Psychiatrie (1).*
Quelle: Erfassung Studien- und Forschungsdaten St. Franziskus-Stiftung, Kalenderjahr 2025. Anteile je Kategorie beziehen sich auf alle 171 Studien.



Neue Technologien müssen ihren tatsächlichen Mehrwert für Patient:innen gegenüber Standards erst einmal in Studien beweisen.

WIR WOLLEN BEI NEUEN **ENTWICKLUNGEN DABEI SEIN!**

Wie kommen neue, vielversprechende Medikamente möglichst früh zu den Patient:innen, die davon profitieren könnten? Prof. Dr. Aristoteles Giagounidis leitet das onkologische Studienzentrum am Marien Hospital Düsseldorf, mit aktuell rund 25 aktiven Studien. Im Gespräch erklärt er, warum außeruniversitäre Forschung Patient:innen nachweislich hilft, wie professionelle Strukturen entstehen – und weshalb sich Studienarbeit auch für ein Krankenhaus wirtschaftlich rechnet.

INTERVIEW MIT PROF. DR. ARISTOTELES GIAGOUNIDIS

Was ist der Kern Ihrer Arbeit als Studienzentrum des Marien Hospitals Düsseldorf?

Wir versuchen, unseren Patient:innen Medikamente zur Verfügung zu stellen, die häufig erst zwei bis drei Jahre später kommerziell verfügbar sind – aber von denen wir schon heute ahnen, dass sie ihnen erhebliche Vorteile bieten können. Aus diesem Grund haben wir derzeit vor allem Studien in der Onkologie aktiviert, und hier in den großen Indikationen: Leukämie, Brustkrebs, Lungenkrebs, Knochenkrebs.

Wie sind Sie für diese ‚Extraarbeit' aufgestellt?

Aktuell haben wir etwa 25 aktive Studien, die wir mit unserem Studienteam betreuen. Dazu gehören sechs Studiendokumentar:innen, eine extra dafür eingestellte Studienärztin, vier studienakkreditierte Ärzte und entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte. Wir haben sogar einen eigenen Apotheker für diesen Bereich eingestellt. Wir nehmen das sehr ernst und werden regelmäßig von der Bezirksregierung, der Ethikkommission und gelegentlich vom Bundesinstitut für Arzneimittel, der US-FDA oder der europäischen Arzneimittelbehörde überprüft.

Wer entscheidet, welche Studien in Ihrem Zentrum angeboten und durchgeführt werden?

Wir haben ein eigenes Auswahlkomitee, das die Studien auswählt. Unser Studiensekretariat schaut zunächst, wie hoch der Aufwand ist. Unser Apotheker prüft, aus welcher Substanzgruppe das Medikament kommt, welche Interaktionen es gibt und worauf wir bei der Anwendung achten müssen. Anschließend bewerten wir Ärzte die Anzahl und Erkrankungsschwere der Patient:innen, die für die Studie in Betracht kommen. Ist es nur eine weitere Option neben bereits bestehenden Medikamenten oder handelt es sich um eine ganz neue Medikamentenklasse, die einen großen Unterschied in der Behandlung machen würde? Seltene Erkrankungen, sogenannten Orphan Diseases, für die es kaum Behandlungsoptionen gibt, haben unser besonderes Interesse.

Welche Kriterien entscheiden darüber, ob eine Person an einer Studie teilnehmen kann bzw. darf?

Zunächst einmal muss die Diagnose stimmen, für die das Medikament entwickelt wurde. Die Patient:innen kommen ja nicht mit der Aussage: „Ich habe Lungenkrebs im Stadium XYZ." Sie kommen beispielsweise, weil sie Blut gehustet haben und die Hausärztin sie einweist.

„Wir haben an verschiedenen Studien teilgenommen, die später zu Medikamentenzulassungen führten. Davon profitieren letztlich alle Patient:innen, weil diese Therapien dann zum Standard geworden sind. Und unsere Patient:innen konnten im Rahmen der Studie von Medikamenten profitieren, die oft erst nach Jahren Eingang in die Standardbehandlung gefunden haben."



Prof. Dr. Aristoteles Giagounidis, Chefarzt der Klinik für Onkologie, Hämatologie + Palliativmedizin am Marien Hospital Düsseldorf





Dr. med. Stefanie Gröpper (links) und Dr. med. Maika Klaiber-Hakimi sind Ober- und Studienärzt:innen im Studienzentrum und zeichnen für die Koordination verantwortlich.

In unserer morgendlichen Frühbesprechung, mit den Ergebnissen vor Augen, stellt sich dann die Frage, ob wir eine passende Studie für diesen einen, ganz individuellen Fall haben. Bei seltenen Indikationen wissen wir das manchmal nicht sofort. Aber unser Studiensekretariat liefert Antworten, ob derzeit eine Studie aktiv ist, ob die Ein- und Ausschlusskriterien stimmen und welche Voruntersuchungen noch nötig sind.

Finden wir eine passende, aktive Studie, besprechen wir dies sorgfältig mit den Patient:innen. Wir erklären, welche Unterschiede die Studienbehandlung machen und welche Wirkung wir uns erhoffen.

Welche Rolle spielt die Aufklärung innerhalb des Prozesses?

Das ist relativ stark reguliert. Für jede Studie gibt es eine individuelle, von der Ethikkommission freigegebene Aufklärung, die nicht selten anderthalb bis zwei Stunden dauert, inklusive Aufklärungsprotokoll. Wir gehen mit den Patient:innen Seite für Seite durch. Sie erfahren, dass sie jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie austreten können, welche etwaigen Nebenwirkungen auftreten und welche Untersuchungen notwendig werden. Sie erhalten kein Geld für die Teilnahme, aber die Transportkosten zum und vom Studienzentrum werden in der Regel erstattet. Da die Medikamente von der Pharmafirma zur Verfügung gestellt werden, die die Studie aufgelegt hat, werden auch die Krankenkassen nicht belastet.

150

Internationale Publikationen kommen mittlerweile aus dem nicht-universitären Studienzentrum des Marien Hospitals – einige davon veröffentlicht in Zeitschriften wie dem New England Journal of Medicine oder Lancet Oncology.

Wie geht es bei einem positiven Votum aus Ihrem Team für die Patient:innen weiter?

Das ist dann der Beginn eines kleinen Untersuchungsmarathons, an dessen Ende steht, ob jemand überhaupt in die entsprechende Studie aufgenommen werden kann. Herz-, Nieren- und Leberfunktion werden überprüft und andere Parameter, die das Studiendesign vorsieht. Auch hier kann sich noch herausstellen, dass jemand aus medizinischen Gründen nicht teilnehmen kann.

Erklären Sie bitte den zusätzlichen Nutzen einer Studienteilnahme für Patient:innen?

Für die Patient:innen bedeutet eine Studienteilnahme natürlich vor allem, dass sie Zugang zu neuen Behandlungsmöglichkeiten bekommen. Dabei sitzen sie selbst am Steuer: Sie sagen, ob sie mitmachen wollen oder im Verlauf eventuell auch, dass sie nicht weitermachen möchten. Das vermittelt auch ein Gefühl der Sicherheit und Eigenverantwortung, was oft als sehr positiv wahrgenommen wird.

Interessanterweise haben Studien wiederholt gezeigt, dass Patient:innen, die in klinischen Studien behandelt werden, grundsätzlich eine bessere Behandlungsprognose haben als Patient:innen, die außerhalb von Studien therapiert werden. Schon der Umstand, dass sie regelmäßig von speziell geschultem Personal überwacht werden, führt grundsätzlich zu Vorteilen, denn Nebenwirkungen oder andere Probleme werden schnell(er) erkannt.

Was bedeutet das für Sie persönlich?

Sehen Sie, natürlich ist es schön, wenn international gelesene Publikationen in unserem Haus entstehen. Aber entscheidend ist in erster Linie, wie viele Patient:innen wir bestmöglich behandeln können – nach den allerneuesten Erkenntnissen und unseren besten Möglichkeiten.

Ich habe heute eine Patientin gesehen, die 2017 in eine klinische Studie beim Mammakarzinom aufgenommen wurde. Sie nimmt seitdem eben dieses Medikament weiter ein und ist bei ehemals metastasierter Erkrankung krankheitsfrei. (Klopft auf Holz.) Das ist es, wieso wir hier sind und wieso mein Team und ich so viel Energie in unsere Arbeit stecken.

Wie konnte sich das konfessionelle Marien Hospital jenseits der Universitätsmedizin zu diesem anerkannten onkologischen Studienzentrum entwickeln?

Ich hatte bereits in meiner vorherigen Klinik begonnen, bei großen internationalen Studien mitzuarbeiten. Die Leute, mit denen ich das damals bewerkstelligen konnte, habe ich dankenswerterweise motivieren können, mitzukommen, als ich 2012 Chefarzt geworden bin. Seitdem sind in unserem Haus rund 150 internationale Publikationen entstanden, darunter auch einige in den wichtigsten internationalen Zeitschriften wie dem New England Journal of Medicine und in Lancet Oncology. Daraus hat sich eine hohe Sichtbarkeit des Klinikums ergeben. Und so ergibt sich manchmal das eine aus dem anderen – zum Wohle der Patient:innen.

Sie beschreiben den Patientennutzen, aber auch den immensen Aufwand. Welche Gründe sprechen dennoch für den Betrieb eines Studienzentrums?

Erstens: Es ist gut für die Patient:innen. Zweitens: Es schafft Reputation. Wenn Sie Behandlungserfolge mit neuen Medikamenten aufweisen können, gehören Sie zu den wenigen Zentren mit umfangreicher Erfahrung. Diese Erfahrungen können Sie an andere Kolleg:innen weitergeben.

Und drittens: Wer viel macht, macht am Ende auch mehr. Im Wettbewerb der Krankenhäuser überlebt, wer gut aufgestellt ist. Das ist eine Win-Win-Win-Situation: Die Patient:innen profitieren, wir Ärzte erlangen eine gewisse Reputation und auch das Krankenhaus erhält einen reputativen Vorteil. Durch die Einnahmen aus den Studien können wir uns zusätzliches Personal leisten, etwa einen weiteren Studienarzt. Während in einem normalen Krankenhaus ein Oberarzt nach vierzehn Stunden Dienst andere Sorgen hat, als Patient:innen in klinische Studien einzuschließen, ist eine eigens dafür eingestellte Studienärztin natürlich in einer viel komfortableren Situation, die ihr auch die umfangreiche Zeit gibt, sich individuell zu kümmern!

Über uns

Das Marien Hospital Düsseldorf ist ein modernes Akutkrankenhaus, das jährlich rund 71.000 Menschen ambulant und stationär in seinen Fachkliniken und Kompetenzzentren behandelt. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf verbindet es klinische Erfahrung mit aktueller Forschung und modernen Behandlungsmethoden. Patient:innen mit Krebserkrankungen werden im Studienzentrum des Hospitals interdisziplinär betreut. Als spezialisierte Klinik für Blut- und Lymphdrüsenkrebs übernimmt das Haus einen zentralen Versorgungsauftrag in der Region.

MARIEN HOSPITAL DÜSSELDORF

Andere Mediziner:innen stemmen solche Studien oft nachts und am Wochenende, aus persönlichem Engagement.

Und das funktioniert auch eine Zeit lang mit sehr viel persönlichem Ehrgeiz. Aber ohne eine wirkliche Dokumentationsunterstützung hängt es dann doch meist zu sehr an einer einzelnen Person – ist die im Urlaub oder krank, läuft nichts mehr. Bei uns übernehmen andere, wenn einer nicht da ist. Wir haben einen gewissen Personalstock und finanzielle Reserven aufgebaut. Das ist der entscheidende Unterschied zwischen einer Struktur, die auf Dauer trägt, und einem Engagement, das an einzelnen Personen hängt.

Was ist für Sie der wichtigste Grund, diese Studienarbeiten weiterzuführen?

Dass wir bei den neuesten Entwicklungen dabei sind. Wir wollen unseren Patient:innen die neuen Möglichkeiten anbieten, bevor daraus in ferner Zukunft Standardtherapien werden. Und wenn dann tatsächlich ein Medikament zugelassen wird und man weiß, dass diese Patientin seit Jahren davon profitiert und weiterhin krankheitsfrei ist – dann ist das natürlich das Entscheidende. Das ist doch der eigentliche Grund, warum ich Arzt geworden bin.

Interview: Claudia Dirks

Fotos: St. Fransikus-Stiftung Münster

VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN: **WIE MEERBUSCH ZUM STUDIENSTANDORT WURDE**

Mit dem Aufbau eines eigenen Studienzentrums hat das St. Elisabeth Hospital, Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie in Meerbusch-Lank einen wichtigen Schritt vollzogen. Nach intensiver Vorbereitungszeit laufen aktuell bereits sechs klinische Studien. Für die Patient:innen bedeutet das Zugang zu innovativen Therapien, für die Klinik mehr Sichtbarkeit in der Fachwelt und für die Stiftung die aktive Mitgestaltung medizinischen Fortschritts.



Das Team der Studienambulanz (v. l.) Prof. Dr. Stefan Vordenbäumen, Olga Kavchenko, Dr. Türker Kurt und Dr. Martin Kleefisch erschließen neue Behandlungsmöglichkeiten.

Als die ersten Überlegungen für ein Studienzentrum in Meerbusch entstanden, war die Vision klar: Die Klinik sollte nicht nur moderne Rheumatologie anbieten, sondern auch an der Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten mitwirken. Doch zwischen Idee und Umsetzung lagen zunächst aufwendige Vorbereitungen.

„Angefangen haben wir vor etwa zwei Jahren mit der Planung", erinnert sich Prof. Dr. Stefan Vordenbäumen, Chefarzt und ärztlicher Leiter. Neben der Erstellung von Verfahrensanweisungen, der Anpassung von IT-Strukturen und organisatorischen Abläufen mussten auch räumliche und personelle Voraussetzungen geschaffen werden. Erst nachdem diese Grundlagen standen, konnte der erste Patient im Oktober 2025 in eine erste Studie eingeschlossen werden.

VON DER VERSORGUNG ZUR FORSCHUNG

Die Idee, die Klinik stärker wissenschaftlich auszurichten, reicht dabei weiter zurück. Vordenbäumen sollte ursprünglich als neuer Chefarzt die Organisation der Klinik neu aufstellen. Dann kam die Corona-Pandemie und bremste viele Entwicklungsprojekte aus. „Wir mussten zunächst unsere Klinik durch die Corona-Zeit manövrieren und die Patientenversorgung stabilisieren", erinnert sich Vordenbäumen. „Erst nachdem die Versorgung wieder auf einem verlässlichen Niveau angekommen war, haben wir als Team das Projekt Studienzentrum erneut aufgegriffen."

Die Motivation dahinter war vielschichtig. Die Rheumaklinik versorgt jährlich rund 20.000 ambulante Patienten sowie etwa 1.200 stationäre und tagesklinische Fälle. Mit dieser Versorgungsleistung gehe, so die Überzeugung des Teams, auch eine Verantwortung einher. „Unsere Patient:innen und auch wir selbst profitieren vom medizinischen Fortschritt. Deshalb haben wir auch eine moralische Verpflichtung, daran mitzuwirken."

Besonders wichtig sei dies für Menschen mit seltenen oder komplexen rheumatischen Erkrankungen. Für viele dieser Patient:innen stünden bislang nur begrenzte Therapieoptionen zur Verfügung. Klinische Studien eröffneten die Möglichkeit, innovative Medikamente bereits vor einer breiten Zulassung zu nutzen.

VERTRAUENSAUFBAU ALS SCHLÜSSEL

Der Aufbau eines Studienzentrums ist jedoch weit mehr als eine organisatorische Aufgabe. Entscheidend ist auch die Anerkennung durch Pharmaunternehmen und wissenschaftliche Partner. „Die Unternehmen müssen davon überzeugt sein, dass man die Studien qualitativ hochwertig durchführt und keine wesentlichen Fehler macht", erklärt



Prof. Dr. Stefan Vordenbäumen, Chefarzt der Rheumatologischen Fachklinik, hat das Studienzentrum aufgebaut.

„Wir versorgen jährlich rund 20.000 ambulante Patienten und etwa 1.200 stationäre beziehungsweise tagesklinische Patienten. Das ist eine sehr große Zahl, aus der sich für uns auch die Verantwortung ergibt, an medizinischem Fortschritt mitzuwirken."

Die Beteiligung an Forschung entspricht dem Selbstverständnis der St. Franziskus-Stiftung. „Medizinischen Fortschritt nicht nur anzuwenden, sondern aktiv mitzugestalten, ist ein wichtiger Teil unseres Auftrags."

Dr. Türker Kurt, Leiter der Studienambulanz am Zentrum. „Also nahezu fehlerfrei", fügt er schmunzelnd hinzu.

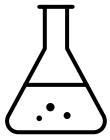
Dafür wurden in Meerbusch klare Prozesse etabliert. Sämtliche Abläufe werden über standardisierte Verfahrensanweisungen geregelt. Studienärzte, Studienkoordinatorinnen und Pflegekräfte bilden ein spezialisiertes Kernteam. Regelmäßige Schulungen und definierte Vertretungsregelungen sorgen dafür, dass die Anforderungen der Good Clinical Practice zuverlässig eingehalten werden.

Der Aufwand zahlt sich aus. Nach erfolgreichen ersten Projekten stieg die Zahl neuer Anfragen deutlich an. „Mittlerweile haben wir sechs Studien laufen und etwa 50 Patienten eingeschlossen", freut sich Vordenbäumen, „teilweise mussten wir sogar Angebote ablehnen, weil wir die Kapazitäten personell nicht mehr hätten abbilden können."

MEHRWERT FÜR PATIENT:INNEN

Für die Teilnehmer:innen bedeutet eine Studienteilnahme vor allem die engmaschige Betreuung und den Zugang zu neuen Therapien. Je nach Studie finden zusätzliche Kontrolltermine statt. Laborwerte werden häufiger kontrolliert, Fragebögen ausgewertet und Krankheitsverläufe detailliert dokumentiert. Die Teilnahme erfolgt ausschließlich nach umfassender Aufklärung und ist jederzeit freiwillig – und kann ohne Anführung von Gründen beendet werden. Natürlich werden Patient:innen, die eine Studienteilnahme nicht in Betracht ziehen, weiter regulär in der Klinik behandelt.

Auch diese Patient:innen profitieren in der Regel davon, dass neue Erkenntnisse hier schneller in die klinische Regelversorgung einfließen. Die Nähe zwischen Forschung und Praxis schafft kurze Wege und ermöglicht einen direkten Wissenstransfer.



50

Patient:innen konnten bereits in sechs aktuell laufende Studien eingeschlossen werden.

EIN EIGENES TEAM FÜR FORSCHUNG

Um die zusätzlichen Anforderungen bewältigen zu können, wurde in Meerbusch Forschung organisatorisch als eigenständiger Bereich etabliert. Die Studienarbeit erfolgt nicht „nebenbei", sondern wird gezielt personell unterstützt. „Wir haben Stellen vorgesehen, die speziell für die Studienambulanz geschaffen wurden. Anders lässt sich aus unserer Sicht die notwendige Qualität nicht sicherstellen."

Eine zentrale Rolle spielen dabei die Studienkoordinatorinnen und sogenannten Study Nurses. Sie organisieren Termine, überwachen Fristen, betreuen digitale Studienplattformen und koordinieren die Kommunikation mit Sponsoren und Prüfstellen.

Gerade in diesem Bereich sieht die Klinik eine der größten Herausforderungen. Qualifizierte Fachkräfte seien schwer zu finden, zugleich entstünden allerdings gerade hier attraktive Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeitende. „Die Weiterbildung zur Studienkoordinatorin oder Study Nurse ist eine echte Perspektive für unsere Beschäftigten", erläutert Olga Kravchenko, Studienkoordinatorin des Zentrums.

DIGITALE PROZESSE MIT GRENZEN

Die Studienarbeit ist heute weitgehend digitalisiert. Viele Sponsoren arbeiten mit Tablets und elektronischen Dokumentationssystemen. Patient:innen können teilweise sogar

von zu Hause aus Daten erfassen. Dennoch bleibt der Aufwand erheblich. Unterschiedliche Studien nutzen unterschiedliche Plattformen, die jeweils eigene Schulungen und Zugänge erfordern.

„Für manche Studien arbeiten wir parallel mit mehreren digitalen Systemen", klärt Kravchenko auf, „das muss sorgfältig überwacht werden, damit keine Fristen versäumt werden." Während die medizinische Dokumentation zunehmend digital erfolgt, sind Vertragsprozesse und regulatorische Abläufe häufig weiterhin papiergebunden.

GEWINN FÜR KLINIK UND STIFTUNG

Aus Sicht der Verantwortlichen hat sich die Investition, und diese ist erheblich, bereits heute gelohnt. Die Klinik ist innerhalb der rheumatologischen Fachwelt deutlich sichtbarer geworden und wird zunehmend als kompetenter Studienpartner wahrgenommen. Darüber hinaus entspricht die Beteiligung an Forschung dem Selbstverständnis der Stiftung: „Medizinischen Fortschritt nicht nur anzuwenden, sondern aktiv mitzugestalten, ist ein wichtiger Teil unseres Auftrags."

Damit profitiert letztlich nicht nur die Einrichtung selbst. Auch Patient:innen, wissenschaftliche Partner und der Forschungsstandort Deutschland gewinnen durch die stärkere Einbindung großer Versorgungseinrichtungen in klinische Studien.

Oder, wie Prof. Vordenbäumen es zusammenfasst: „Der Aufbau hat Zeit, Ressourcen und Überzeugungsarbeit gekostet. Aber heute sehen wir, dass sich dieser Einsatz für alle Beteiligten – allen voran die Patient:innen – gelohnt hat und lohnt."

Claudia Dirks

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster



Die Erkenntnisse des Forschungszentrums Meerbusch-Lank werden auch auf Konferenzen, hier von Dr. Clemens Aden, prominent präsentiert.

Über uns

Das St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank ist eine Fachklinik für Orthopädie, Endoprothetik, Rheumatologie sowie Konservative Orthopädie und Schmerztherapie und bietet modernste, individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie. In enger Zusammenarbeit mit der Anästhesie wird eine umfassende Versorgung aus einer Hand angeboten – mit kurzen Wegen und interdisziplinär abgestimmten Therapien.
Daneben betreibt das Haus eine Studienambulanz, in der Studienärzte, Study Nurse und Studienkoordinatorinnen eng zusammenarbeiten, um die Behandlung, Koordination und Dokumentation gemäß gesetzlicher Vorgaben im Studienumfeld (u. a. EU-Clinical-Trials-Regulation) sicherzustellen.
Für Patient:innen mit gut eingestellter Rheumaerkrankung werden neben den regulären Sprechstunden zusätzlich „Team-Sprechstunden" von erfahrenen Rheumatologischen Fachassistentinnen (RFA) gemeinsam mit Ärzt:innen angeboten.

ST. ELISABETH-HOSPITAL
MEERBUSCH-LANK
FACHKLINIK FÜR ORTHOPÄDIE
UND RHEUMATOLOGIE



KLEINES HAUS, GROßE STRAHLKRAFT: **WIE GREVEN FORSCHUNG UND NACHWUCHS ZUSAMMENBRINGT**

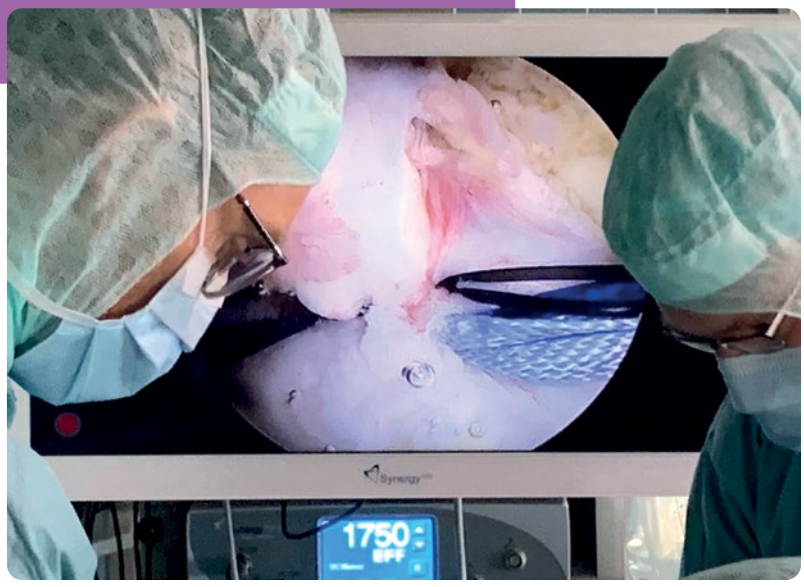
Forschung findet nicht nur an Universitätskliniken statt. Das Maria-Josef-Hospital in Greven führt ebenfalls wertvolle Studien durch, die unmittelbar aus dem klinischen Alltag heraus entwickelt werden. Das Beispiel zeigt, wie personalisierte Chirurgie, Eigeninitiative und Nachwuchsförderung zusammenfinden.

Was braucht es, damit aus einer guten medizinischen Idee eine wissenschaftliche Studie wird? Im Idealfall eine Forschungsinfrastruktur, ausreichend Zeit, administrative Unterstützung und finanzielle Mittel. In der Realität kann es auch anders beginnen: mit einer Beobachtung im OP, einer Frage, die eine:n Mediziner:in nicht mehr loslässt – und mit dem Entschluss, genauer hinzuschauen.

FORSCHUNG LEBT VON BEGEISTERUNG – UND MÖGLICHKEITEN

Als Professor Dr. Clemens Kösters, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Maria-Josef-Hospital, 2018 an das konfessionelle Krankenhaus nach Greven wechselte, war Forschung für das Haus kein Bestandteil des klinischen Alltags. „In unserem Haus war vorher noch keine

In Greven laufen mehrere klinische Studien – von der Meniskusregeneration über patientenspezifische Prothesen bis hin zu einem Projekt im Umfeld des Boulder-Sports.



Studie durchgeführt worden, demzufolge gab es natürlich auch keinerlei Forschungsinfrastruktur“, erzählt er. Was es gab, war seine Erfahrung aus der Universitätsmedizin, die Lust, bestimmte Themen weiterzuverfolgen, und ein Team, das sich mitnehmen ließ.

„Ich war damals noch im vollen Unisaft“, sagt Kösters rückblickend. „Was ich während meiner Zeit in der Universitätsmedizin entwickelt und erforscht hatte, wollte ich nicht einfach hinter mir lassen. Etwa eine Platte oder ein Kreuzbandnahtverfahren, die ich mitentwickelt hatte, neue operative Verfahren. Das legt man nicht einfach ab, wenn man von der Uni weggeht.“ Er kann also nachvollziehen, was gerade auch junge Mediziner:innen suchen: wissenschaftliche Fragen aus ihrem klinischen Alltag verfolgen zu dürfen.

Was daraus in wenigen Jahren entstanden ist, verdient einen genaueren Blick – gerade, weil es zeigt, wie viel auch abseits der Universitätsmedizin möglich ist, wenn Engagement auf die richtigen Themen trifft. Heute laufen in Greven mehrere klinische Studien – von der Meniskusregeneration über patientenspezifische Prothesen bis zu einem ungewöhnlichen Projekt im Umfeld des Boulder-Sports. Sie zeigen exemplarisch, welchen Wert außeruniversitäre Forschung für die Versorgung von Patient:innen haben kann – und wie viel davon auf dem persönlichen Einsatz Einzelner beruht.

FORSCHUNG BRAUCHT MENSCHEN, DIE FRAGEN STELLEN

Gerade für junge Mediziner:innen kann das ein entscheidender Faktor sein. „Ich persönlich hatte damals im Studium gar nicht auf dem Schirm, dass man eine Doktorarbeit nicht unbedingt an der Uni machen muss“, sagt Dr. Daniel den Toom, ehemaliger Assistenzarzt unter Kösters. Er ist heute zwar an der Universitätsklinik Münster, dem Haus und seinem Mentor aber noch immer eng verbunden – vor allem auch durch die gemeinsame Aufbauzeit. „Über Promotionen entsteht ein erster Kontakt zu Studierenden“, blickt den Toom zurück, „die später möglicherweise als Ärzte an einem Haus arbeiten möchten. Da ist Studientätigkeit an einer nicht-universitären Einrichtung ein echter Wettbewerbsvorteil.“

Dennoch geht es nicht in erster Linie darum, Forschung als Instrument der Personalgewinnung zu verkaufen. Vielmehr entsteht Bindung dort, wo Menschen erleben, dass ihre Interessen und Ideen ernst genommen werden. Wer als Student:in mit erfahrenen Mediziner:innen zusammenarbeiten, die Realität der Patientenversorgung kennenlernen kann und daraus eine eigene Forschungsfrage entwickelt, erhält einen Einblick in die Arbeitswelt, die über den klassischen klinischen Alltag hinausgeht.

Das zeigt auch die sogenannte Boulder-Studie, die aus der Freizeit zweier Beteiligter erwuchs. Der Assistenzarzt Daniel den Toom und der Medizinstudent Paul Ehrchen teilen die Leidenschaft fürs Bouldern und stellten

30

Teilnehmende sind für die Boulder-Studie bereits rekrutiert – mehr, als für die Fallzahlplanung nötig war.

fest, dass die untere Extremität – anders als etwa die Finger – in der Kletter- und Boulderforschung bislang kaum untersucht wurde. Aus einer privaten Idee ist inzwischen eine offiziell genehmigte klinische Studie mit Ethikvotum geworden, für die aktuell in Münsteraner Boulderhallen rekrutiert wird – mit beachtlichem Erfolg: Rund 30 Teilnehmende sind bereits gewonnen, so dass die Studie nun begonnen werden kann.

Nachwuchsmediziner:innen suchen Möglichkeiten, Verantwortung zu übernehmen, sich fachlich weiterzuentwickeln und eigene Schwerpunkte zu setzen. Forschung kann dabei Teil einer attraktiven beruflichen Perspektive sein.

Dass die wissenschaftliche Frage nicht irgendwo weit entfernt vom klinischen Alltag, sondern häufig mitten in der täglichen Arbeit entsteht, macht die Forschung hier besonders greifbar – und auch sichtbar.

SICHTBARKEIT UND RENOMMEE

Die Spongioflex-Studie zum partiellen Meniskusersatz ist dafür ein gutes Beispiel. Durch das wissenschaftliche Engagement des Teams hat sich der Standort über die Region hinaus einen Namen gemacht. Kösters berichtet, dass er „fast jeden Monat von Betroffenen, aber auch von Kolleg:innen angeschrieben“ werde – teilweise sogar aus den USA. Patient:innen kommen dafür aus dem gesamten Bundesgebiet nach Greven.

Forschung wird damit auch zu einem Wirtschaftsfaktor, wie es Kösters formuliert: „Forschung bringt Sichtbarkeit und Renommee fürs Haus – und dadurch Patienten. Das ist mehr als ein Marketingeffekt. Es verändert auch die Wahrnehmung – und natürlich auch die Qualität der Versorgung.“

Die Anfrage von der Universität Dresden, ob Greven als Prüfzentrum für die MesemCart-Studie zur Behandlung fokaler Knorpelschäden im Kniegelenk mit Stammzellen aus Nabelschnurgewebe fungieren könne, ist ein Beleg dafür, dass sich das Haus mittlerweile überregional als Forschungspartner in der Knorpel- und Gelenktherapie einen Namen gemacht hat.

Das ist für ein Haus dieser Größenordnung keine Kleinigkeit. Es hebt Greven spürbar von vergleichbaren Kliniken ab und stärkt die Position im Wettbewerb um Fachpersonal und Zuweisungen gleichermaßen.

DER NÄCHSTE SCHRITT: AUS ENGAGEMENT STRUKTUR MACHEN

Das alles geschieht bisher zum größten Teil aus Bordmitteln und durch Eigeninitiative, doch Weichen für den nächsten Schritt werden gerade gestellt. Nachhaltig tragfähig wird eine Forschungsinfrastruktur erst durch verlässliche Rahmenbedingungen: Zeit, administrative Unterstützung, Finanzierung und professionelle Strukturen. Bspw. eine verbundweite Studienplattform, die laufende Projekte listet, könnte Rekrutierungen erleichtern und eine strukturelle Grenze adressieren, die Kösters klar benennt: „Als mittelgroßes Haus haben wir schier nicht die Größe für eine statistische Aussagekraft. Wir verfügen alleine nicht über ausreichend Patientenzahlen, um kleinere, aber klinisch relevante Unterschiede in den Verfahren nachzuweisen.“ Ein Schlüssel liegt also auch in stärkerer Vernetzung: Ein verbundweites Zusammenspiel würde helfen, Fallzahlen zu erhöhen und Fragestellungen zu untersuchen, die ein einzelner Standort allein nicht beantworten kann.

EINE ANDERE TÜR ZUR FORSCHUNG

Das Beispiel Greven zeigt jedenfalls: Außeruniversitäre Forschung ist nicht die kleine Schwester der Universitätsmedizin, sondern ein eigenständiger Teil der Forschungslandschaft, in dem klinische Erfahrung, innovative Ideen und unmittelbare Patientenorientierung zusammenkommen.

Auch die St. Franziskus-Stiftung selbst profitiert. Ein Forschungsbericht wie dieser wäre ohne die über Jahre gewachsene Substanz gar nicht möglich – und ist zugleich ein Signal, dass sich Engagement in der Fläche lohnt und sichtbar gemacht werden sollte.

Autorin: Claudia Dirks
Mitwirkende: Paul Ehrchen, Prof. Dr. Clemens Kösters, Dr. Daniel den Toom

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster



Prof. Dr. Clemens Kösters, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Maria-Josef-Hospital.

DOKTORAND PAUL EHRCHEN IM GESPRÄCH ZUR STOPX-STUDIE IM AMATEUR-BOULDERSPORT

Paul Ehrchen ist Medizinstudent im siebten Semester. Seine Verbindung zur Grevener Forschung entstand zunächst über ein gemeinsames Hobby mit einem dortigen Assistenzarzt: das Bouldern. Seine Geschichte zeigt, wie Nachwuchs für Forschung gewonnen werden kann: nicht zwingend über eine klassische universitäre Karriere, sondern über die Möglichkeit, eine eigene Idee einzubringen und wissenschaftlich weiterzuentwickeln.

Wie kam es zu Ihrer Promotionsidee?

Ich suchte im vergangenen Jahr nach einem Promotionsthema, das etwas mit meinen medizinischen Interessen und meinem persönlichen Alltag zu tun haben sollte. So kam ich über mein Hobby Bouldern zu dem Komplex „untere Extremitäten".



Wie ging es weiter?

Zusammen mit Dr. Daniel den Toom, der damals noch Assistenzarzt in Greven war, entstand die Idee für eine Studie zu den Auswirkungen des Boulderns auf das Knie – einer noch wenig erforschten Fragestellung. Wobei die wissenschaftliche Datenlage rund um den Sport sowieso noch in den Anfängen steckt. Aber hier passten meine Fragestellung, der Knieschwerpunkt am Maria-Josef-Hospital und die Bereitschaft von Prof. Kösters, mich zu betreuen, zusammen.

Wo stehen Sie heute mit Ihrer Studie?

Ich bin quasi mittendrin. Es sind soweit alle Voraussetzungen erfüllt. Im Mai habe ich die Zusage der Ethikkommission bekommen und konnte anfangen, Studienteilnehmende zu rekrutieren. Das läuft durch meine Vernetzung in die hiesige Boulder-Community hervorragend. Ich freue mich darauf, im nächsten Forschungsbericht die Ergebnisse vorstellen zu können.

Foto: privat

Aktuelle Projekte

Retrospektiv:

- Revisionen nach vorderer Kreuzbandruptur – initiale Naht mit dynamischer intraligamentärer Stabilisierung vs. autologe Sehnenplastik
  Cand. med. Thilo Perau
- Patientenspezifische Mini-Implantate zur Deckung fokaler osteochondraler Läsionen
  Cand. med. Malte Rüter
- Patientenspezifische Mini-Implantate im Vergleich zur patientenspezifischen Totalendoprothese
  Ahmed Yousef
- Allogene Spongiosa als Meniskusteilersatz – eine retrospektive Auswertung
  Karen Habert

Prospektiv:

- Allogene Spongiosa als Meniskusteilersatz – eine prospektive Studie
  Max Flüthe
- StopX im Amateur-Bouldersport – Prävention und Performanceverbesserung?
  Cand. med.Paul Ehrchen
- Dynamische intraligamentäre Stabilisierung vs. rigide intraligamentäre Stabilisierung – ein prospektiv randomisierter Vergleich von zwei kreuzbanderhaltenden Verfahren
  Corinna Klar

Als Prüfzentrum:

- MesemCart – Stammzellen aus Nabelschnurgewebe zur Behandlung fokaler Knorpelschäden im Kniegelenk
  Phase I/ IIa

MARIA-JOSEF-HOSPITAL GREVEN



Beatmungsassoziierte Pneumonien werden in deutschen Krankenhäusern systematisch erfasst.

ZAHL DES ANSTOßES:
WIE EINE INTENSIVSTATION DIE LUNGENENTZÜNDUNG BESIEGTE

Eine unbequeme Zahl machte ein Problem sichtbar: beatmungsassoziierte Pneumonien. Was daraus entstand, zeigt, was Pflege und Medizin gemeinsam bewegen können – und welche Strukturen es dafür braucht.

Manchmal beginnt eine Verbesserung nicht mit einer großen Idee, sondern mit einer unbequemen Zahl. Auf den chirurgischen Intensivstationen des Franziskus-Hospitals in Münster war es genau so: Bei einer der regelmäßigen Besprechungen zwischen Pflegeteam und Oberärzt:innen fiel auf, dass ein bestimmter Wert seit rund zwei Jahren nach oben zeigte – die Rate der beatmungsassoziierten Pneumonien, kurz VAP. Aus dieser einen Beobachtung ist inzwischen ein Projekt geworden, das zeigt, wie viel sich verändern lässt, wenn Pflege und Medizin gemeinsam an einem Problem arbeiten – und was es braucht, damit solche Initiativen nicht an fehlender struktureller Unterstützung scheitern.

DER ANFANG: EINE UNBEQUEME ZAHL, DER NACHGEGANGEN WURDE

Beatmungsassoziierte Pneumonien – also Lungenentzündungen, die sich Patientinnen und Patienten während einer künstlichen Beatmung zuziehen – werden in deutschen Krankenhäusern systematisch erfasst. „Über das sogenannte Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, kurz KISS, fließen diese Daten regelhaft zusammen“, erklärt Matthias Bünte, Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie am St. Franziskus Hospital Münster, „genau hier zeigte sich das Problem zuerst: Die Werte auf den Intensivstationen lagen über dem, was wir als Team erwartet haben. Konkret ging es zwar um überschaubare, aber eben doch beständige Fallzahlen – rund neun bis zehn Fälle pro Jahr über alle Patient:innen hinweg. Das wollten wir so nicht stehen lassen.“

Was auf den ersten Blick nach einer kleinen Zahl aussieht, hat für die Betroffenen erhebliche Folgen: längere Beatmungszeiten, ein höheres Komplikationsrisiko, mehr Belastung für die Patientinnen und Patienten. Und es hat auch wirtschaftliche Konsequenzen, die im Klinikalltag oft unsichtbar bleiben – schließlich kostet ein einzelner Fall bis zu 30.000€. Genug Gründe also, genauer hinzuschauen.



10 → 0

Fälle einer beatmungsassoziierten Pneumonie pro Jahr – erreicht durch ein gezieltes Pflegeprojekt der Intensivstation.

DEN PROZESS ERST VERSTEHEN, DANN VERÄNDERN

Bemerkenswert an diesem Projekt ist neben dem Ergebnis vor allem auch der Weg dorthin. Statt vorschnell neue Maßnahmen einzuführen, entschied sich das Team zunächst für eine gründliche Bestandsaufnahme. „Wir haben uns zuallererst die Literatur einmal vorgenommen und geschaut, was zur Vorbeugung solcher Pneumonien überhaupt bekannt ist“, beschreibt Raphael Dolscheid, ein Kollege Büntes, den Beginn des Projektes. „Das Ergebnis war zugleich ernüchternd und aufschlussreich: Wir hatten die Fälle, obwohl wir auf Station nach aktueller Studienlage bzw. (inter-)nationalen Leitlinien arbeiten.“

Das eigentliche Rätsel lag also woanders: Wenn das Team die bekannten Maßnahmen bereits umsetzte, warum blieben die Ergebnisse dann hinter den Erwartungen zurück? Um das zu klären, tauschte sich das Team mit einem Schwesternhaus der Stiftung in Bremen aus, das sich bereits intensiver mit dem Thema befasst hatte, unter anderem mit spezialisierten Atmungstherapeut:innen. Aus diesem Austausch, der eigenen Literaturarbeit und dem Abgleich der daraus detektierten und der aktuell genutzten Maßnahmen entstand ein Zielbild.

Der entscheidende nächste Schritt war jedoch ein anderer, resümiert Helena Huckenbeck, die ungefähr zu diesem Moment zu dem Projekt dazu stieß: „Bevor wir neue Maßnahmen einführen wollten, haben wir erst einmal geschaut, wie gut die bestehenden Empfehlungen im Alltag tatsächlich umgesetzt wurden. Wurde der Oberkörper der Patientinnen und Patienten regelmäßig genug hochgelagert? Fand die Mundpflege zu den vorgesehenen Zeitpunkten statt? Wie verlief die Reduktion der Sedierung?“ All das wurde über einen Zeitraum von drei Monaten – von

> *„Der erste – und oft schwierigste – Schritt ist nicht die neue Maßnahme selbst, sondern die Überzeugungsarbeit, dass überhaupt ein Problem existiert, das sich zu lösen lohnt.“*
>
> Helena Huckenbeck

August bis Oktober 2024 – systematisch erhoben, mit mehreren hundert einzelnen Messpunkten. Diese Gründlichkeit sorgte für eine belastbare Datengrundlage, mit der sich objektiv zeigen ließ, wo tatsächlich Lücken bestanden – und wo nicht. Aus diesen Vorarbeiten entstand im Ergebnis dann ein Maßnahmenbündel, das nach Konsentierung mit den ärztlichen Kolleg:innen auf die eigene Station zugeschnitten werden konnte.

FEHLERKULTUR OHNE SCHULDZUWEISUNG

Wer im Gesundheitswesen über Fehler und Verbesserungsbedarf spricht, bewegt sich schnell auf heiklem Terrain. Genau hier zeigt das Projekt eine Stärke. „Es ging nie darum, eine einzelne Berufsgruppe oder Person für die erhöhten Zahlen verantwortlich zu machen“, erinnert sich Christina Unland, „was auch daran liegt, dass sich bei einem Maßnahmenbündel wie diesem nicht eindeutig sagen lässt, welcher einzelne Baustein den entscheidenden Unterschied macht.“ Bekannt ist nur, dass das Gesamtpaket wirkt. Diese Unschärfe nahm dem Thema von Anfang an die Schärfe einer Schuldfrage.



~30.000 €

kostet ein einzelner Fall einer beatmungsassoziierten Pneumonie im Schnitt – Geld, das durch Prävention eingespart wird.

Stattdessen wurde die datenbasierte Ausgangslage dem Team zunächst schlicht gespiegelt, ohne Bewertung: So ist die Situation aktuell, hier gibt es Verbesserungspotenzial. Das schuf eine Ausgangsbasis, auf der sich konstruktiv weiterarbeiten ließ, statt in Abwehrhaltung zu verharren.

Diese Herangehensweise deckt sich mit einem in der Versorgungsforschung bekannten Modell, den sogenannten „Ten Challenges“ nach Dixon und Woods zur Einführung von Veränderungen im Gesundheitswesen. „Der erste – und oft schwierigste – Schritt ist nicht die neue Maßnahme selbst, sondern die Überzeugungsarbeit, dass überhaupt ein Problem existiert, das sich zu lösen lohnt“, wirft Huckenbeck ein.



Helena Huckenbeck, Christina Unland, Raphael Dolscheid, und Matthias Bünte Mitglieder des Advanced Nursing Practice-Teams am St. Franziskus Hospital Münster

ZUSAMMENSPIEL DER BERUFSGRUPPEN

Dass dieser Prozess funktionierte, lag am engen Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen. Ärztliche Kolleg:innen und Pflegeteam saßen von Anfang an gemeinsam am Tisch, Kolleg:innen aus der Hygieneabteilung, ergänzt durch Atmungstherapeut:innen, die bei praktischen Fragen wie dem Einsatz geschlossener Absaugsysteme eingebunden wurden. Diese Systeme kommen inzwischen bei allen beatmeten Patientinnen und

Patienten regelhaft zum Einsatz, statt wie zuvor nur selektiv – ein Beispiel dafür, wie aus der Analyse konkrete, im Alltag spürbare Veränderungen wurden, bei vergleichsweise geringem zusätzlichem Materialaufwand.

Getragen wurde dieses Advanced-Nursing-Practice-Projekt (ANP) von einer im Pflegebereich angesiedelten Struktur, die im Franziskus-Hospital – im Unterschied zu vielen anderen Häusern – über eine anteilige Freistellung von insgesamt 1,6 Vollzeitstellen verfügt. „Diese Freistellung ist keine Nebensache, sondern ist auch – ehrlich gesagt – die Voraussetzung dafür, dass wir ein solches Projekt überhaupt in dieser Tiefe und über einen so langen Zeitraum durchführen können“, ergänzt Bünte. „Ohne solch verbindliche Rahmenbedingungen und das entgegengebrachte Vertrauen in die Arbeit des ANP-Teams lässt sich ein solcher Prozess kaum allein mit Engagement und Motivation stemmen.“

Ein weiterer Erfolgsfaktor: Weil die verantwortlichen Personen selbst anteilig auf Station arbeiten, sind sie ihre eigenen Multiplikatoren. Sie müssen sich nicht darauf verlassen, dass andere ihre Ideen weitertragen – sie sind selbst Teil des Alltagsbetriebs und können neue Standards direkt vorleben und einfordern.

WISSENSTRANSFER ALS BAUSTEIN DES ERFOLGS

Damit aus einer punktuellen Verbesserung eine dauerhafte Veränderung wird, reichte eine einmalige Schulung nicht aus. Das Team etablierte deshalb mehrere Bausteine, um das neue Wissen im Alltag zu verankern – den Anfang machte eine zweiwöchige Intensiv-Maßnahme. Heute ist es Teil der wöchentlichen Fortbildungsreihe, die bewusst in die Überlappungszeit von Früh- und Spätdienst gelegt wurde, sodass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen erreicht werden. „Ein besonders anschauliches Format war unser simulationsbasiertes Training“, so Dolscheid. „In einem sogenannten ‚Room of Horrors‘ mussten unsere Teammitglieder in einem realitätsnahen intensivmedizinischen Setting u. a. an einem Simulator gezielt eingebaute Fehler erkennen und gegensteuern.“ Ein spielerischer, aber wirkungsvoller Weg, theoretisches Wissen in praktische Handlungssicherheit zu übersetzen.

Um die Wirkung der Maßnahmen zu überprüfen, wiederholte das Team von April bis Juni 2025 die Datenerhebung mit identischer Methodik wie zuvor. Der Vergleich zeigte einen klaren Effekt: Die Fallzahlen sanken von zuvor rund zehn Fällen im Jahr auf fünf im vergangenen Jahr – und in diesem Jahr bislang auf keinen einzigen Fall.

Damit das Wissen auch über Personalwechsel hinaus erhalten bleibt, wurde der entwickelte Standard schriftlich festgehalten und in das interne Qualitätsmanagement überführt. Er ist heute im Intranet abrufbar und fester Bestandteil der Einarbeitung neuer Mitarbeitender. Aktuell wird das Projekt zudem an die Atmungstherapeuten übergeben, damit es dauerhaft in deren Routinearbeit eingebettet bleibt, statt von einzelnen Personen abhängig zu sein.

VERBUNDWEITES LERNEN ERHÖHT DIE PATIENTENSICHERHEIT

Der Erfolg blieb nicht unbemerkt. Im Austausch mit dem Stiftungshaus in Bremen wurde das Simulationstraining im Rahmen eines Intensivkongresses in angepasster Form übernommen. Auch der jährlich an wechselnden Standorten stattfindende „Fachkreis Intensivpflege“ – eine stiftungsinterne Austauschplattform – bot die Gelegenheit, das Projekt vorzustellen, woraus wiederum an weiteren Häusern Interesse entstand. Patientensicherheit (und Kostensenken) ist eben ein Thema, das überall Aufmerksamkeit generiert.

Autorin: Claudia Dirks
Mitwirkende: Matthias Bünte, Raphael Dolscheid, Helena Huckenbeck,Christina Unland, Mitglieder des Advanced Nursing Practice-Teams der Intensivstationen, allesamt Fachgesundheits- und Krankenpfleger:innen für Intensivpflege und Anästhesie am St. Franziskus Hospital Münster.
Fotos: Privat

Prävention: Investition mit unsichtbarer Rendite

Prävention hat ein Problem: Ihr Erfolg zeigt sich oft darin, dass etwas nicht passiert. Das sogenannte Präventionsparadox macht Erfolge deshalb schwer sichtbar. Doch das Beispiel zeigt: Investitionen lohnen sich. In diesem Jahr ist bislang kein einziger Fall einer beatmungsassoziierten Pneumonie (VAP) aufgetreten. Hinter dieser Zahl stehen nicht nur vermiedene Erkrankungen und Belastungen für Patient:innen, sondern auch erhebliche eingesparte Behandlungskosten. Die 1,6 Freistellungsstellen, die dieses ANP-Team ermöglichen, sind ein klares Signal der Pflegedirektion für ihre Bereitschaft, in sinnvolle Strukturen zu investieren. Prävention hat einen Wert, der sich zeigt, wenn das Verhindern mitgedacht wird.

ST. FRANZISKUS-HOSPITAL MÜNSTER



VOM OFFENEN SCHNITT ZUR ENDOVASKULÄREN PRÄZISION: **FORSCHUNG ALS GRUNDPRINZIP DER GEFÄßCHIRURGIE**

Seit ihrer Gründung 1997 stellt die Klinik für Gefäßchirurgie und Phlebologie des St. Franziskus-Hospitals Münster neue Verfahren dem wissenschaftlichen Vergleich – und macht daraus einen festen Bestandteil ihrer klinischen Arbeit.



Die Verbindung von klinischer Erfahrung, wissenschaftlicher Arbeit und technischer Innovation prägt das Selbstverständnis der Gefäßchirurgischen Klinik.

Als unsere Klinik 1997 gegründet wurde, zeichnete sich bereits ab, dass die konventionelle, offene Gefäßchirurgie zunehmend durch minimalinvasive, endovaskuläre Verfahren ergänzt werden würde. Klar war für uns von Anfang an: Neue Methoden müssen sich am etablierten Standard messen lassen. Diese Haltung hat unsere wissenschaftliche Arbeit von Beginn an geprägt und ist bis heute fester Bestandteil unserer klinischen Tätigkeit. Unser Ziel bleibt, Erfahrungen aus der täglichen Patientenversorgung systematisch zu erfassen, kritisch zu hinterfragen und daraus konkrete Beiträge zur Weiterentwicklung der Gefäßchirurgie abzuleiten.

DREIKLANG AUS KLINIK – EXPERIMENT – EVALUATION

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Behandlung komplexer Aortenerkrankungen – etwa mit fenestrierten und gebranchten Endoprothesen (FEVAR und BEVAR), Bridging-Stentgrafts sowie neuen technischen Konzepten zur endovaskulären Versorgung thorakoabdomineller Aortenpathologien. Klinische Untersuchungen verbinden wir dabei mit experimentellen Arbeiten und der systematischen Evaluation neuer Verfahren und Implantate. Auch die Standardisierung operativer Abläufe verstehen wir als integralen Teil unserer klinischen wie wissenschaftlichen Arbeit.

Gerade bei komplexen und seltenen Gefäßerkrankungen sind multizentrische Register sowie nationale und internationale Kooperationen für uns von zentraler Bedeutung: Sie erlauben größere Patientenkollektive und damit belastbarere Aussagen über Behandlungsergebnisse. Unsere eigenen klinischen Erfahrungen bringen wir aktiv in solche Kooperationen ein – und profitieren umgekehrt vom fachlichen Austausch mit anderen spezialisierten Zentren.

Über die komplexe Aortenchirurgie hinaus widmen wir uns weiteren Fragestellungen der modernen endovaskulären Gefäßchirurgie: der Behandlung peripherer arterieller Verschlusskrankheiten, der Thrombektomie bei akuten und subakuten Gefäßverschlüssen sowie der endovaskulären Versorgung reno-viszeraler und anderer komplexer Gefäßpathologien.

ENTSCHEIDEND IST DER NACHWEISBARE NUTZEN

Für uns sind Forschung und klinische Versorgung untrennbar miteinander verbunden. Wissenschaftliche Arbeit verstehen wir nicht als separaten Bereich, sondern als Werkzeug, um unsere Behandlungen kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Neue Verfahren und Technologien begegnen wir deshalb mit Interesse, aber ebenso mit der nötigen kritischen Distanz. Entscheidend sind für uns technische Sicherheit, Reproduzierbarkeit und vor allem der nachweisbare Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten.

GROßES PLUS FÜR WISSENSCHAFTLICHEN NACHWUCHS

Diese wissenschaftliche Arbeit ist zugleich eng mit unserer Aus- und Weiterbildung verzahnt: Wir möchten junge Kolleginnen und Kollegen frühzeitig an wissenschaftliches Arbeiten heranführen und ihnen Raum geben, eigene klinische Fragestellungen zu entwickeln und zu bearbeiten. Der Austausch innerhalb unseres Teams sowie mit nationalen und internationalen Partnern trägt diese Arbeit maßgeblich mit.

Ihr institutionelles Zuhause findet unsere Forschung im Institut für vaskuläre Forschung (IVF). Gemeinsam mit zwei Study Nurses erfassen wir dort prospektiv unsere eigenen Behandlungsergebnisse – die Grundlage für die systemati-

„Wir möchten junge Kolleginnen und Kollegen frühzeitig an wissenschaftliches Arbeiten heranführen und ihnen Raum geben, eigene klinische Fragestellungen zu entwickeln und zu bearbeiten."

sche Auswertung und Weiterentwicklung unserer klinischen Arbeit. Ergänzend beteiligen wir uns an zahlreichen multizentrischen Studien und bringen unsere Erfahrungen in nationale wie internationale Forschungskooperationen ein.

INTERNATIONALE KOOPERATIONEN UND LIVE-STREAMS

Alle zwei Jahre laden wir zu den Münsteraner Strategiegesprächen, unserer „Masterclass" ein, bei der wir uns mit Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland über aktuelle Fragestellungen der Gefäßchirurgie austauschen. Im Zentrum stehen konkrete Fälle aus den teilnehmenden Zentren, die gemeinsam diskutiert werden – ergänzt durch Live-Übertragungen aus unseren drei Operationssälen, die einen unmittelbaren Einblick in unsere operative und endovaskuläre Arbeit ermöglichen.

Seit über 15 Jahren sind wir außerdem regelmäßig als Live-Case-Zentrum in den internationalen Leipzig Interventional Course (LINC) eingebunden, zu dem jährlich rund 5.000 Teilnehmende aus aller Welt kommen. Dort übertragen wir ausgewählte Eingriffe live und geben Einblicke in neue operative und endovaskuläre Techniken. Der internationale Austausch funktioniert dabei in beide Richtungen: Wir geben eigene Erfahrungen weiter und lernen zugleich neue Entwicklungen und Behandlungskonzepte anderer Zentren kennen, die wir kritisch diskutieren.

Wissenschaftliche Tätigkeit begreifen wir so als kontinuierlichen Prozess: aus klinischer Erfahrung lernen, etablierte Konzepte kritisch prüfen und neue Möglichkeiten dort einsetzen, wo sie unseren Patientinnen und Patienten einen tatsächlichen Fortschritt bringen. Diese Verbindung von klinischer Erfahrung, wissenschaftlicher Arbeit und technischer Innovation prägt bis heute unser Selbstverständnis als Gefäßchirurgische Klinik.

Autor: Chefarzt PD Dr. med. Martin Austermann

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster

Über uns

In der Klinik für Gefäßchirurgie werden jährlich rund 3.000 Patientinnen und Patienten behandelt. Gemeinsam mit radiologischen und internistischen Partnern werden Erkrankungen der Arterien und Venen mit modernsten offenen, interventionellen und hybriden Verfahren behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der minimalinvasiven Therapie komplexer Aortenerkrankungen, Durchblutungsstörungen und Gefäßerkrankungen. Forschung und kontinuierliche Ergebnisanalyse gehören dabei fest zum eigenen Anspruch: Die Klinik beteiligt sich an Studien, entwickelt innovative Techniken weiter und prüft eingesetzte Implantate im eigenen Labor – für eine sichere und individuell abgestimmte Behandlung.

ST. FRANZISKUS-HOSPITAL MÜNSTER



PD Dr. med. Martin Austermann leitet seit 2020 die Klinik für Gefäßchirurgie des St. Franziskus-Hospitals Münster.

DIE JUNGEN LEUTE WOLLEN FORSCHEN – **DAS UNTERSTÜTZEN WIR GERNE.**

Forschung und klinische Versorgung gehören für Prof. Dr. Christian Ewelt, Chefarzt der Neurochirurgie an der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen, eng zusammen. Bei ihm entstehen wissenschaftliche Projekte aus konkreten Fragen des Alltags – von Virtual Reality in der Operationsplanung bis zu einer kostengünstigen Exoskop-Lösung für den Einsatz in Ländern mit begrenzten Ressourcen. Was es dafür braucht? Vor allem neugierige Menschen, Freiräume und Strukturen, die Forschung im klinischen Alltag möglich machen.



Neue Technologien müssen ihren tatsächlichen Mehrwert für Patient:innen gegenüber Standards erst einmal in Studien beweisen.

INTERVIEW MIT
PROF. DR. CHRISTIAN EWELT

Was steht für Sie im Mittelpunkt wenn Sie auf die Forschungsaktivitäten Ihrer Klinik schauen?

Forschung entsteht bei uns häufig sehr unmittelbar aus der klinischen Arbeit heraus. Wir sind als akademisches Lehrkrankenhaus eng mit der Universitätsklinik in Münster verbunden, aber wir sind eben keine Universitätsklinik mit einem eigenen Forschungsauftrag und einer entsprechenden Forschungsfinanzierung. Vieles entsteht deshalb aus der Eigeninitiative unserer Mitarbeitenden. Und genau das finde ich bemerkenswert: Die jungen Kolleg:innen kommen selbst mit Ideen. Da ist zum Beispiel ein Assistenzarzt, der sich mit intrakraniellen Blutungen beschäftigt. Ein anderer hat die Idee entwickelt, mit einem Smartphone ein Exoskop

„Für uns ist nicht allein die Technik der entscheidende Punkt. Entscheidend ist immer die Frage: Was bringt eine neue Technik, eine neue Methode unseren Patient:innen?“

zu realisieren. Das ist für mich ein schönes Beispiel dafür, was Forschung bei uns bedeuten kann: Jemand sieht ein Problem, überlegt sich eine Lösung und sucht sich Partner, um daraus ein wissenschaftliches Projekt zu machen.

Was steckt hinter der Exoskop-Idee?

In der Neurochirurgie arbeiten wir bei bestimmten Eingriffen mit hochspezialisierten Mikroskopen. Solche Systeme kosten sehr viel Geld und stehen deshalb nicht überall zur Verfügung. Der Kollege hatte die Idee, mit vergleichsweise einfachen technischen Mitteln eine Alternative zu entwickeln, die perspektivisch auch in Ländern mit geringeren Ressourcen eingesetzt werden könnte.

Dafür hat er sich einen Informatiker aus seinem persönlichen Umfeld gesucht. Die Idee wurde inzwischen auf einer Sektionstagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie als Abstract eingereicht und ist auch bei einem internationalen Kongress berücksichtigt worden.

Das ist genau die Art von Forschung, die ich spannend finde. Sie kommt aus dem Team selbst. Und sie zeigt, dass wissenschaftliches Arbeiten nicht immer mit einem großen Forschungsapparat beginnen muss. Manchmal beginnt es mit einer guten Idee.

NEUGIER TRIFFT AUF TECHNIK

Inwiefern ist die Technikaffinität Ihrer Klinik dabei ein besonderer Vorteil?

Wir Neurochirurgen sind in der Tat überwiegend technikaffin. Das liegt in unserem Fachgebiet. Wir arbeiten mit Navigation, Bildgebung, Mikroskopen, Fluoreszenzverfahren, Virtual Reality und vielen anderen technischen Verfahren. Aber die Technik allein ist nicht der entscheidende Punkt. Entscheidend ist die Frage: Was bringt sie unseren Patient:innen?

Wir haben beispielsweise vorwiegend mit meinem leitenden Oberarzt PD Dr. Zawy Alsofy verschiedene Arbeiten zur Nutzung von Augmented und Virtual Reality für die präoperative Planung durchgeführt. Solche Ergebnisse bleiben nicht irgendwo in einer Publikation stehen. Sie fließen in die tägliche Diskussion ein. Wenn wir morgens über einen Eingriff sprechen, kann ein:e Kolleg:in etwas über die Datenbasis sagen, auf der wir Entscheidungen diskutieren. So verändern wissenschaftliche Erkenntnisse sehr konkret die Art und Weise, wie wir einen Eingriff planen. Das ist für mich der eigentliche Wert von Forschung: Sie macht aus Erfahrung belastbares Wissen.

Also Forschung als Bestandteil der Versorgung?

Genau. Natürlich kann man nicht jede Entscheidung mit einer eigenen Studie absichern. Es gibt Leitlinien und den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Fachgesellschaften. Aber Forschung zeichnet verantwortlich für Leitlinien und deren Weiterentwicklung.



Prof. Dr. Christian Ewelt, Chefarzt der Neurochirurgie an der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen

Und auch innerhalb einer Klinik verändert sie die Diskussion. Es ist ein Unterschied, ob jemand sagt: „Das haben wir immer so gemacht“, oder „Wir haben diese Fragestellung untersucht und wissen mehr darüber.“

FORSCHUNG DARF NICHT BEI DER PUBLIKATION ENDEN.

Was geht es klinikintern dann weiter?

Wenn Forschung gut funktioniert, wird sie Teil des klinischen Handelns. Die Ergebnisse werden diskutiert, in die Planung einbezogen und können langfristig auch in Standards und Leitlinien einfließen. Dabei muss man allerdings immer differenzieren. Nicht alles, was technisch möglich ist, ist automatisch besser. Und nicht jede Innovation reicht zu einem neuen Standard. Genau deshalb braucht es Forschung. Sie hilft, zwischen einer neuen technischen Möglichkeit und tatsächlichem medizinischen Nutzen zu unterscheiden.

Gerade bei neuen Technologien ist das wichtig. Navigation, robotische Systeme, Exoskope oder Virtual-Reality-Anwendungen können große Chancen bieten. Sie kosten aber auch Geld. Deshalb müssen wir zeigen können, welchen Mehrwert sie für die Behandlung haben.

Das heißt: Forschung hilft konkret dabei, Investitionen in moderne Ausstattung zu begründen?

Ja. Wenn wir beispielsweise eine neue Technologie anschaffen, sollte das nicht nach dem Motto „Haben wollen“ passieren. Wir müssen zeigen, wie wir sie für die Patientenversorgung nutzen können und welchen zusätzlichen Nutzen sie bringt. Wir nutzen die Technik in der Versorgung, untersuchen ihre Anwendung wissenschaftlich und gewinnen daraus wiederum Erkenntnisse für die Weiterentwicklung unserer Arbeit. Das schafft einen Kreislauf zwischen Innovation, Forschung und Versorgung.

JUNGE MENSCHEN BRINGEN NEUE FRAGEN MIT.

Sie haben mehrfach die jungen Kolleg:innen angesprochen. Welche Rolle spielt Forschung für den Nachwuchs?

Eine sehr große. Junge Ärzt:innen haben Lust, wissenschaftlich zu arbeiten. Die beiden angesprochenen Projekte sind dafür gute Beispiele. Ich muss die Kollegen dabei nicht ständig antreiben. Meine Aufgabe ist es eher, zu schauen, wie wir Ideen vernünftig unterstützen können.



Forschung entsteht in Hamm oft direkt aus der Versorgung. Prof. Dr. Christian Ewelt (links) und sein leitender Oberarzt PD Dr. Samer Zawy Alsofy sind sich einig, dass es diese Verbindung zu stärken gilt.

Das ist eine wichtige Veränderung. Früher war wissenschaftliche Arbeit noch stärker mit persönlichem Einsatz verbunden. Man hat sich abends und am Wochenende hingesetzt und zusätzlich zur klinischen Tätigkeit geforscht. Ich selbst habe meine Professur im Grunde auch auf diese Weise aufgebaut.

Das hat funktioniert, aber ich glaube nicht, dass wir dieses Modell einfach an die nächste Generation weitergeben können – und sollten.

Zwei Projekte, zwei innovative Ansätze

Kostengünstiges Exoskop: Ein Assistenzarzt arbeitet aktuell gemeinsam mit einem Informatiker an der Idee, mit einem Smartphone im Grunde ein Exoskop nachzubauen und als Alternative zu teuren OP-Mikroskopen einzusetzen. Das Projekt wurde bereits bei der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie vorgestellt und auch international präsentiert.
Intrakranielle Blutungen: Ein weiteres Projekt untersucht die intensivmedizinische Versorgung bei intrakraniellen Blutungen und wurde ebenfalls vom Deutschen Chirurgenkongress als Abstract angenommen und konnte dort präsentiert werden.

Warum nicht?

Weil sich die Arbeitswelt verändert hat. Und weil wir heute andere Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben haben. Vor allem aber haben wir als Arbeitgeber auch eine Verantwortung dafür, wie wir wissenschaftliches Engagement ermöglichen.

Wenn eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt bspw. für einen Kongress oder ein wissenschaftliches Gremium freigestellt wird, muss die Arbeit auf der Station trotzdem weitergehen. Das muss man organisatorisch auffangen. Es reicht also nicht zu sagen: „Forschung ist uns wichtig." Man muss auch überlegen, welche konkreten Strukturen dafür notwendig sind.

„FORSCHUNG DARF NICHT NUR NEBENBEI STATTFINDEN."

Was hilft Ihren Forschenden konkret im Alltag?

Eine Study Nurse oder eine Studienkoordinatorin könnten bspw. bei der Dokumentation und Organisation unterstützen. Auch digitale Strukturen wären eine große Hilfe. Eben genau diese Ressourcen, die nun zentral aufgebaut werden. Es geht gar nicht darum, dass jemand jeden Tag vollständig aus der klinischen Arbeit herausgenommen wird. Aber bestimmte Aufgaben könnten andere übernehmen, sodass mehr Zeit für die eigentliche wissenschaftliche Arbeit bleibt.

Aus meiner Sicht ein entscheidender Punkt. Wenn Forschung immer nur zusätzlich stattfindet, hängt sehr viel von individueller Motivation ab. Und natürlich haben wir motivierte Menschen. Aber wir sollten Motivation nicht dadurch belohnen, dass diese Menschen dauerhaft zusätzliche Arbeit leisten müssen.

Welche konkreten übergeordneten Strukturen wären für Sie hier hilfreich?

Ich begrüße sehr, dass wir schrittweise Strukturen schaffen, die Forschung in unseren Häusern zu unterstützen. Das muss nicht immer finanzieller Natur sein, auch ein gemeinsamer Pool für Forschungsprojekte, Support bei der Studienorganisation oder entsprechende personelle Ressourcen helfen.

Wichtig ist zunächst einmal die Anerkennung. Dass unsere Stiftung sagt: „Forschung ist uns wichtig", ist ein starkes Signal. So wie dieser Forschungsbericht ein schönes Signal ist.

Wie Forschung den OP-Alltag verändert

An der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen fließen Studienergebnisse direkt in die Praxis ein – etwa aus der eigenen Forschung zu Augmented und Virtual Reality in der präoperativen Planung, wozu die Beteiligten auch publizierten. Die eigenen Studien zeigten bspw., dass ein bestimmtes Vorgehen bei der Knochendeckel-Reimplantation bessere Ergebnisse lieferte als bisherige Standards. Also wird genau dieses Vorgehen zum neuen Standard im Team. So verändert wissenschaftliche Arbeit nicht nur Fachartikel, sondern konkret die tägliche Fallbesprechung – und damit die Versorgung der Patient:innen.

FORSCHUNG SCHAFFT SICHTBARKEIT – ABER NICHT UM IHRER SELBST WILLEN

Welche Bedeutung hat Forschung für das Krankenhaus über die konkrete Studie hinaus?

Natürlich schafft sie Reputation und Sichtbarkeit. Wenn Mitarbeiter:innen auf Kongressen ihre Forschung präsentieren, vertreten sie dabei nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Klinik und die Stiftung. Das ist für ein Haus außerhalb der Universitätsmedizin nicht unwichtig. Wir müssen zeigen, dass wir wissenschaftlich arbeiten, dass wir moderne Verfahren einsetzen und dass bei uns interessante Projekte entstehen.

„Die Fragestellungen müssen dort entstehen, wo die Versorgung stattfindet. Aber die Forschenden brauchen jemanden, der ihnen bei den administrativen Dingen hilft, die neben der eigentlichen Forschung notwendig sind."

Aber ich sehe Forschung nicht als reine Außendarstellung. Das wäre zu kurz gegriffen. Der eigentliche Wert liegt darin, dass wir uns wissenschaftlich mit unserer Arbeit auseinandersetzen und dadurch besser werden.

Wenn daraus zusätzlich Sichtbarkeit entsteht, ist das natürlich positiv. Und es ist ganz sicher vor allem auch für unsere Patient.innen relevant. Wenn Menschen sehen, dass eine Klinik moderne Verfahren einsetzt und wissenschaftlich arbeitet, schafft das Vertrauen.

DAS POTENZIAL LIEGT IM VERBUND.

Welche zusätzlichen Vorteile sehen Sie in einer verbundweiten Forschungsaktivität?

Da sehe ich großes Potenzial. Wir haben viele Häuser, unterschiedliche Fachbereiche und sehr viele engagierte Menschen. Wenn diese Menschen voneinander wissen und sich austauschen, können daraus ganz neue Projekte entstehen.

Eine einzelne Klinik kann eine interessante Fragestellung haben. Aber vielleicht fehlen ihr die Fallzahlen, um sie ausreichend zu untersuchen. Wenn mehrere Häuser zusammenarbeiten, sieht das schon anders aus.

Deshalb sehe ich in einer stärkeren Vernetzung auch ein hohes Potenzial. Nicht jeder muss alles selbst machen. Es ist nur wichtig, zu wissen, wer welche Expertise hat, welche Projekte bereits laufen und wo man gemeinsam weiterkommen kann.

„DER SPAß DARAN IST DER BESTE MOTIVATOR."

Was motiviert Sie persönlich, die Forschung voranzutreiben?

Für mich ist es ganz einfach: Es macht Spaß, wenn aus einer Idee etwas entsteht. Wenn junge Kolleg:innen eine Idee haben, daraus ein Projekt entwickeln, auf einem Kongress stehen und Ergebnisse präsentieren – das ist doch großartig.

Was würden Sie jungen Ärzt:innen mitgeben, die bei Ihnen in der Neurochirurgie anfangen, aber auch wissenschaftlich arbeiten möchten?

Dass sie ihre Ideen mitbringen sollen. Und wir als Klinik überlegen, wie wir es möglich machen. Darin liegt eine große Chance für ein akademisches Lehrkrankenhaus. Wir können klinische Erfahrung und wissenschaftliche Neugier zusammenbringen. Wir können jungen Menschen ermöglichen, eigene Ideen zu verfolgen. Und wir können ihnen zeigen, dass Forschung nicht nur an einer Universität stattfindet.

FORSCHUNG ALS TEIL EINER MODERNEN KLINIK

Wenn Sie nach vorne schauen: Was soll sich in den kommenden Jahren verändern?

Ich wünsche mir, dass Forschung künftig noch selbstverständlicher zu unserem klinischen Alltag gehört – nicht als zusätzliche Aufgabe, sondern als fester Bestandteil unserer Weiterentwicklung. Das sollte auch die Politik anerkennen. Dafür schaffen wir die technischen Möglichkeiten und bauen die Strukturen weiter aus, die Forschung im Alltag unterstützen und zusammenbringen. Gleichzeitig möchten wir die Zusammenarbeit über Klinik- und Standortgrenzen hinweg stärken und die bereits vorhandenen Forschungsaktivitäten noch sichtbarer machen.

Denn letztlich verbindet uns alle eine zentrale Frage: Wie können wir die Versorgung unserer Patient weiter verbessern? Genau daran orientiert sich unser aller Forschungswunsch.

Interview: Claudia Dirks

Fotos: St. Franziskus-Stiftung Münster

Über uns

Die Klinik für Neurochirurgie ist eine der größten ihrer Art in Deutschland, außerhalb der Universitätsmedizin. Ein erfahrenes Ärzteteam und eine moderne apparative Ausstattung ermöglichen eine Behandlung auf hohem qualitativem Niveau. In enger Zusammenarbeit mit Neuroradiologie, Neurologie, Anästhesie, HNO, Onkologie und Strahlentherapie entstehen individuelle und interdisziplinär abgestimmte Therapiepläne. Das operative Spektrum umfasst unter anderem fluoreszenz- und ultraschallgestützte Verfahren bei Hirntumoren und Metastasen, minimalinvasive Techniken wie die endoskopische Schädelbasischirurgie und die perkutane Wirbelsäulenstabilisierung sowie mikrochirurgische Bandscheibenoperationen und die Dekompression spinaler und peripherer Nerven. Eine sorgfältige Indikationsstellung und die Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen tragen dazu bei, unnötige Eingriffe zu vermeiden.

ST. BARBARA-KLINIK
HAMM-HEESSEN



INNERE MEDIZIN

- Thölking, G., Hüls, S., Schütte-Nütgen, K., Jehn, U., Pavenstädt, H., Reuter, S., & Koch, R. (2025). Optimization of the tacrolimus concentration-to-dose ratio cut-off value to define metabolism groups. Journal of Clinical Medicine, 14(8), 2542. https://doi.org/10.3390/jcm14082542
- Thölking, G., Sommerer, C., Guthoff, M., Weinmann-Menke, J., Hesselink, D., Kurschat, C., Halleck, F., Westhoff, T. H., Karakizlis, H., Evans, R., & Reuter, S. (2025). Final results of the protection of renal function after conversion of fast ir-tac metabolizers to envarsus study (The protect renvarusus study). American Journal of Transplantation, 25(8), S427. https://doi.org/10.1016/j.ajt.2025.07.981
- Rademacher, J., Ewig, S., Grabein, B., Nachtigall, I., Abele-Horn, M., Deja, M., Gaßner, M., Gatermann, S., Geffers, C., Gerlach, H., Hagel, S., Heußel, C. P., Kluge, S., Kolditz, M., Kramme, E., Kühl, H., Panning, M., Rath, P.-M., Rohde, G., ... Pletz, M. W. (2025). Kurzfassung des updates der s3-leitlinie: Epidemiologie, diagnostik und therapie erwachsener patienten mit nosokomialer pneumonie. Pneumologie, 79(11), 863–865. https://doi.org/10.1055/a-2606-1761
- Rademacher, J., Ewig, S., Grabein, B., Nachtigall, I., Abele-Horn, M., Deja, M., Gaßner, M., Gatermann, S., Geffers, C., Gerlach, H., Hagel, S., Heußel, C. P., Kluge, S., Kolditz, M., Kramme, E., Kühl, H., Panning, M., Rath, P.-M., Rohde, G., ... Deutsche Sepsis-Hilfe e.V. (DSH). (2025). Update der s3-leitlinie: Epidemiologie, diagnostik und therapie erwachsener patienten mit nosokomialer pneumonie. Pneumologie, 79(11), e3–e57. https://doi.org/10.1055/a-2541-9872
- Schomäcker, K., Fischer, T., Sudbrock, F., Strohe, D., Weber, S., Zimmermanns, B., Dietlein, F., Krapf, P., Schicha, H., Dietlein, M., & Drzezga, A. (2025). Radioiodine exhalation following oral i-131 administration in a mouse model. Biomedicines, 13(4), 897. https://doi.org/10.3390/biomedicines13040897
- Esot Congress (Hrsg.). (2025). Abstract book: 22nd congress of the european society for organ transplantation. Frontiers Media SA. Thölking, G., Jehn, U., ... Reuter, S. INTERIM ANALYSIS OF THE PROTECT RENVARSUS STUDY. Abstract ebook PP400. https://doi.org/10.3389/978-2-8325-6554-4
- Esser, J., Sieske, L., Loyen, M., & Hofmann, J. (2025). Confusing variety of symptoms: Lyme carditis coinciding with Puumala hantavirus infection. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, 112(2), 116784. https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2025.116784
- Loyen, M., Corman, V. Hofmann, J.,Thölking, G. Plötzlich alles unscharf – Über die akute Myopie zur renalen Diagnose. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN), Supplement 01/2025 Kongress für Nephrologie 2025, 2025: S41, P017 [Posterpreis der DfGN)
- Braune, S., Rieck, M., & Ginski, A. (2025). Hypovolämer und hämorrhagischer Schock. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 150(07), 347–358. https://doi.org/10.1055/a-2295-1929
- Choudhury, A. (2025). Alterstraumatologie – die geriatrische Perspektive. Osteologie, 34(02), 96–104. https://doi.org/10.1055/a-2462-2303
- Rendel, M. D. (2025). Einfluss einer Genvariante im ERLIN1 Gen (Rs2862954) auf den metabolischen Phänotyp und die Entwicklung einer metabolischen Dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung (Masld) [RWTH Aachen University]. https://doi.org/10.18154/RWTH-2025-11153 (Doktorarbeit)
- Gross, B. (2025) Auswirkungen von Materialfehlern auf die Narkosesicherheit in der Allgemeinanästhesie sowie Möglichkeiten der Fehlerdetektion durch derzeitig empfohlene Sicherheitstests [Universitätsklinik Münster] (Doktorarbeit)

ANÄSTHESIE, INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZIN

- Herrmann, J., Schade, J., Meybohm, P., Paschke, N., Hübsch, M. E., Notz, Q., Groene, J., Röder, D., Kranke, P., Merten, M. L., Landoll, M., Spieth, P., Kluge, S., Jarczak, D., Roedl, K., Sonntagbauer, M., Putensen, C., Schewe, J.-C., Ehrentraut, S. F., ...Braune, S... Lotz, C. (2025). Impact of bleeding and thrombosis on outcome of 945 COVID-19 VV-ECMO cases from a German registry. Frontiers in Medicine, 12, 1649217. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1649217
- DGIIN, DGIM, BDI, DGA, DGE, DGVS, DGG, DGHO, DGI, DGK, DGfN, DGP*, DGP**, DGRh, DGIIN und DGHO, Michels, G., John, S., Busch, H.-J., Baumgärtel, M., ... Braune, S., ... Werdan, K. (2025). Curriculum „internistische intensivmedizin und notfallmedizin“. Medizinische

Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 120(S4), 269–334. https://doi.org/10.1007/s00063-025-01337-x

- Molinnus, D., Mainz, A., Kurth, A., Lowitsch, V., Nüchter, M., Bloos, F., Wendt, T., Potratz, P., Marx, G., Meister, S., & Bickenbach, J. (2025). Mobile applications for longitudinal data collection: Web-based survey study of former intensive care patients. Journal of Medical Systems, 49(1), 18. https://doi.org/10.1007/s10916-025-02151-w
- Bohn, A., & Brune, M. (2025). Vasoaktive Substanzen via periphervenösem Zugang. NOTARZT, 41(04), 199–199. https://doi.org/10.1055/a-2619-1739
- Bohn, A., & Brune, M. (2025). Notfallnarkose: Team-Checkliste. NOTARZT, 41(04), 11.
- Bohn, A., & Brune, M. (2025). Stenosierende laryngotracheitis – pseudokrupp. NOTARZT, 41(03), 137–137. https://doi.org/10.1055/a-2564-3364
- Braune, S., Rieck, M., & Ginski, A. (2025). Hypovolämer und hämorrhagischer Schock. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 150(07), 347–358. https://doi.org/10.1055/a-2295-1929
- Brune, M., & Bohn, A. (2025). Thiamin in der Notfallmedizin. NOTARZT, 41(05), 263–263. https://doi.org/10.1055/a-2600-1024
- Brune, M., & Bohn, A. (2025). Kindlicher fieberkrampf. NOTARZT, 41(06), 319–319. https://doi.org/10.1055/a-2688-7159
- Brune, M., & Bohn, A. (2025). Therapie der Anaphylaxie. NOTARZT, 41(02), 67–67. https://doi.org/10.1055/a-2512-5240
- Wuerdemann, T., Jakob, M., Juhra, C., Asmus, J., Brune, M., Raters, S., Wingler-Scholz, G., Zarbock, A., & Bohn, A. (2025). Telenotfallmedizin: Mehr Technik und komplexere Fragestellungen – Einfluss der Funktionalität auf das Nutzungsverhalten. NOTARZT, 41(05), 277–282. https://doi.org/10.1055/a-2600-8033

KARDIOLOGIE

- Kluge, S., Sander, M., Hoffmann, F., & Waydhas, C. (Hrsg.). (2026). Divi jahrbuch 2025/2026: Schwerpunkt: globale und nationale gesundheitsbedrohungen hot topic: end-of-life care in der intensivmedizin. Reith, S. Kapitel: Akutes Koronarsyndrom. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Milzi, A., Landi, A., Dettori, R., Burgmaier, K., Reith, S. & Burgmaier, M. (2024). Multimodal intravascular imaging of the vulnerable coronary plaque. Echocardiography, 41(12), e70035. https://doi.org/10.1111/echo.70035
- Rudolph, F., Geyer, M., Baldus, S., De Luca, V. M., Doenst, T., Pfister, R., Gummert, J., Kessler, M., Boekstegers, P., Lubos, E., Schröder, J., Thiele, H., Walther, T., Kelm, M., Hausleiter, J., Eitel, I., Fischer-Rasokat, U., Bufe, A., Schmeisser, A., Reith, S.... Iliadis, C. (2025). Transcatheter repair versus surgery for atrial versus ventricular functional mitral regurgitation: A post hoc analysis of the matterhorn trial. Circulation, 151(6), 418–420. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.072648
- Volleberg, R. H. J. A., Rroku, A., Mol, J.-Q., Hermanides, R. S., Van Leeuwen, M., Berta, B., Meuwissen, M., Alfonso, F., Wojakowski, W., Belkacemi, A., Roleder, T., Kedhi, E., Van Royen, N., Kedhi, E., Berta, B., Roleder, T., Hermanides, R. S., Fabris, E., Ijsselmuiden, A. J. J., Reith, S., ... Van Royen, N. (2025). Ffr-negative nonculprit high-risk plaques and clinical outcomes in high-risk populations: An individual patient-data pooled analysis from combine (Oct-ffr) and pectus-obs. Circulation: Cardiovascular Interventions, 18(2). https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.124.014667
- Schnieder, A. L., Zellerhoff, S., Bremer, C., & Özgün, M. A. (2025). A case of cardiac involvement in Fabry disease caused by the p.D313Y variant of the GLA-gene. European Heart Journal - Case Reports, 9(12), ytaf586. https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaf586

GEFÄßCHIRURGIE

- Al Haj, B., Ritonga, I. T., Austermann, M. J., & Usai, M. V. (2025). The rheolytic thrombectomy AngioJetTM is a safe and technically feasible method for treating acute and sub-acute occluding lesions in the visceral arteries. International Angiology, 43(6). https://doi.org/10.23736/S0392-9590.24.05326-4
- Antoniades, S., Donas, K. P., Lee, J. T., Andrassy, M., Kotelis, D., Usai, M. V., Avranas, K., D'Oria, M., Coscas, R., Troisi, N., Nasr, B., Saratzis, A., Zayed, H., & Korosoglou, G. (2026). Adjunct medical therapy and its impact on survival and reintervention rates in patients with common femoral artery disease undergoing endovascular revascularization or open repair. Vasa, 55(4), 281–290. https://doi.org/10.1024/0301-1526/a001246
- Al Haj, B., Ritonga, I. T., Usai, M. V., & Austermann, M. J. (2025). Comparison of endovascular aspiration thrombectomy vs. rheolytic thrombectomy for occluded reno-visceral arteries: A single center experience. The Journal of Cardiovascular Surgery, 66(6). https://doi.org/10.23736/S0021-9509.25.13355-7
- Francesco Squizzato, D'Oria, M., Antonello, M., Trimarchi, S., Mani, K., Holden, A., Kölbel, T., Haulon, S., Verhoeven, E., Böckler, D., Resch, T., Azizzadeh, A., Lombardi, J., Piazza, M., Fargion, A. T., Zimmermann, A., Azizzadeh, A., Wanhainen, A., Holden, A., ... Tshomba, Y. (2026). Editor's choice – international expert consensus on the management of acute aortic type b intramural haematoma and penetrating ulcer. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 71(3), 402–412. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2025.09.045
- Franke, P., Ritonga, I. T. P., Al Haj, B., Shehada, Y., Austermann, M., & Usai, M. V. (2025). Rethinking access in bevar: Single-center experience of the feasibility of upward-facing branches. Journal of Clinical Medicine, 14(17), 6106. https://doi.org/10.3390/jcm14176106
- Herbers, O., Höltke, C., Usai, M. V., Hochhalter, J., Mallik, M., Wildgruber, M., Helfen, A., & Stölting, M. (2025). Influence of atherosclerosis-associated risk factors on expression of endothelin receptors in advanced atherosclerosis. International Journal of Molecular Sciences, 26(5), 2310. https://doi.org/10.3390/ijms26052310
- Kolet, R., Usai, M. V., Shehada, Y., Berekhoven, B., Weyer-Elberich, V., & Austermann, M. (2025). Three year data on the performance of three renal artery bridging stent grafts in branched endovascular repair of thoraco-abdominal pathologies. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 70(3), 318–325. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2025.02.034
- Korosoglou, G., Lee, J. T., Andrassy, M., Kotelis, D., Usai, M. V., D'Oria, M., Coscas, R., Troisi, N., Nasr, B., Saratzis, A., Antoniades, S., & Donas, K. P. (2025). Atherectomy-assisted endovascular therapy versus open repair for atherosclerotic common femoral artery disease: The multicenter ARISTON study. Vascular Medicine, 30(2), 170–182. https://doi.org/10.1177/1358863X251323508

- Opulskis, D., Ritonga, I. T. P., Franke, P., Austermann, M. J., & Usai, M. V. (2025). Use of branched evar in treatment of juxtarenal aortic aneurysm and essential accessory renal artery: Another tool on the shelf? A case report. Vascular and Endovascular Surgery, 59(3), 303–308. https://doi.org/10.1177/15385744241290011
- Ritonga, I. T. P., Asciutto, G., Mani, K., Shehada, Y., & Usai, M. V. (2025). Endovascular therapy for iatrogenic occlusion of the popliteal artery after complex total knee arthroplasty: A case report. Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques, 11(2), 101695. https://doi.org/10.1016/j.jvscit.2024.101695
- Suriano, M., Ritonga, I. T. P., Donas, K. P., Austermann, M. J., & Usai, M. V. (2025). Drug eluting stents below the knee: Patency, amputation-rate, and mortality—a systematic review of the literature. Journal of Endovascular Therapy, 15266028251324809. https://doi.org/10.1177/15266028251324809
- Troisi, N., Bertagna, G., Lepidi, S., Berchiolli, R., Badalamenti, G., D'Oria, M., Adami, D., Scarati, V., Andreini, M., Pulli, R., Dorigo, W., Pratesi, C., Speziali, S., Biancofiore, B., Grego, F., Antonello, M., Piazza, M., Squizzato, F., Colacchio, E. C., PARADE Study Collaborative Group, … Del Canto Peruyera, P. (2025). Late outcomes of Viabahn self-expandable covered stent for the elective treatment of popliteal artery aneurysms. Journal of Vascular Surgery, S0741521425013989. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2025.06.049
- Troisi, N., Bertagna, G., Andreini, M., Scarati, V., Berchiolli, R., Adami, D., Pulli, R., Dorigo, W., Pratesi, C., Speziali, S., Biancofiore, B., Grego, F., Antonello, M., Piazza, M., Squizzato, F., Colacchio, E. C., Ruffino, M. A., Prouse, G., Robaldo, A., PARADE Study Collaborative Group, … Peruyera, P. D. C. (2025). Great saphenous vein versus expanded polytetrafluoroethylene graft in patients undergoing elective treatment of popliteal artery aneurysm with a posterior approach. Journal of Vascular Surgery, S0741521425009449. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2025.04.011
- Squizzato, F., Colacchio, E.C. (2025) Bridging stents in complex endovascular aortic repair. Buchkapitel: Usai, M. V., Ritonga, I. T. P., Austermann, M. J. SECTION 2: BRANCHED ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR (BEVAR) - The VBX bridging stent in branched endovascular repair with outer branches. Minerva Medica (2025)
- Usai, M. V., Ritonga, I. T. P., Sagban, T. A., Gunaseelan, M., Khatatba, Y., Austermann, M. J., & Youssef, M. (2026). Needle INsitu Fenestration Aortic repair (Ninfa) – Short term results of a multicentre registry. Vasa, 55(2), 127–134. https://doi.org/10.1024/0301-1526/a001235. epub 04Sep2025
- Usai, M. V., Palma, F., Ritonga, I. T. P., Al Haj, B., Imperatore, G., & Austermann, M. J. (2025). Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic pathologies in the fourth segment with branched custom-made devices with a short proximal sealing zone. Annals of Vascular Surgery, 118, 129–137. https://doi.org/10.1016/j.avsg.2025.03.022
- Usai, M. V., Gargiulo, M., Haulon, S., Tielliu, I., Böckler, D., Verhagen, H., Fernández, A. M., & Austermann, M. J. (2025). A three-year experience with the balloon expandable GORE VIABAHN VBX in the treatment of thoraco-abdominal aortic aneurysms within the EXPAND trial. Journal of Vascular Surgery, 81(2), 319-323.e1. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2024.10.002
- Walczak, S., Koch, R., Usai, M. V., Shehada, Y., Berekhoven, B., & Austermann, M. (2025). Positive impact of standardized perioperative management on spinal cord ischemia rate during endovascular repair of thoracoabdominal aneurysms. Journal of Vascular Surgery, 82(1), 53–60. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2025.02.047

NEUROLOGIE

- Plazzi, G., Mayer, G., Bodenschatz, R., Bonanni, E., Cicolin, A., Della Marca, G., Dolso, P., Strambi, L. F., Ferri, R., Geisler, P., Happe, S., Heidbreder, A., Herold, J., Kallweit, U., Leclair-Visonneau, L., Lederer, K., Liguori, C., Meurling, J., Parrino, L., … Dauvilliers, Y. (2025). Interim analysis of a post-authorization safety study of pitolisant in treating narcolepsy: A real-world European study. Sleep Medicine, 129, 20–30. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.02.012
- Happe, S., Evers, S. Wie Kopfschmerz und gestörter Schlaf zusammenhängen. Pathophysiologie relevanter Erkrankungen und ihre Behandlung. Schmerzmed. 41, 8–14 (2025). https://doi.org/10.1007/s00940-025-4990-x
- Lee, J.-I., Jansen, R., Cornelius, J. F., Schelzig, H., Turowski, B., Seitz, R. J., Menge, T., Albrecht, P., Jander, S., Sobesky, J., Von Giesen, H.-J., Dihné, M., Wojtecki, L., Kölsche, T., Muhammad, S., Ruck, T., Meuth, S. G., & Gliem, M. (2025). Stroke aftercare in Germany: Findings from an online survey in the outpatient setting of a neurovascular network. Frontiers in Neurology, 16, 1507003. https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1507003
- Kaleschke, J., Evers, S., Happe, S. Chronotypen bei Menschen mit verschiedenen Arbeitszeiten und Händigkeit. Somnologie. 29 (S1), S32 (2025). (2. Posterpreis bei der DGSM-Tagung 2025)

NEUROCHIRURGIE

- Stroop, A., Stroop, T., Alsofy, S.Z., Wegner, M., Nakamura, M., & Stroop, R. (2025). Assessing GPT-4's accuracy in answering clinical pharmacological questions on pain therapy. British Journal of Clinical Pharmacology, 91(8), 2294–2303. https://doi.org/10.1002/bcp.70036
- Becker, J.-N., Fischer, M., Christiansen, H., Schwake, M., Stummer, W., Ewelt, C., Pepper, N. B., Eich, H. T., & Müther, M. (2025). Radiation treatment planning after minimum metallic instrumentation for patients with spinal metastases: A case series. Medicina, 61(2), 269. https://doi.org/10.3390/medicina61020269
- Cinibulak, Z., Poggenborg, J., Schliwa, S., Alsofy, S. Z., Fortmann, T., Lewitz, M., Manu, M., Ostovar, N., Zepa Yotedje, J. L., & Nakamura, M. (2025). Impact of sigmoid sinus anatomy on assessing the feasibility of the retrofacial access to the entire jugular fossa before surgery. Operative Neurosurgery, 28(5), 677–686. https://doi.org/10.1227/ons.0000000000001331
- Unnewehr, M., Siemen, L., Friederichs, H., Windisch, W., Zawy Alsofy, S., & Schaaf, B. (2025). What do readers need? Qualitative requirements of medical discharge summaries from the recipients' perspective. Archives of Public Health, 83(1), 104. https://doi.org/10.1186/s13690-025-01582-8
- Klessinger, S., Ahmadi, R., Büttner, C., Casser, H.-R., Ewelt, C., Fessl, R., Koepp, H., Norda, H., Petereit, H.-F., Pieroh, P., Pumberger, M., Rittner, H., Schneider, M., Trumm, C., Tumani, H., Weidle, P., Weiss, D. A., & Wiechert, K. (2026). Time to standardize: The German Spine Society national clinical guideline on epidural injections. Interventional Pain Medicine, 5(1), 100720. https://doi.org/10.1016/j.inpm.2025.100720
- Albanese, A., Schnitzler, A., Kuehn, A., Arkadir, D., Ledingham, D., Pedrosa, D., Newman, E., Loret, G., Regidor, I., Volkmann, J., Rudas, M., Contarino, M. F., Sensi, M., Barbe, M., Pötter-Nerger, M., Kovacs, N., Lehrke, R., Huh, R., Paschen, S., … Krauss, J. (2025). O020 prospecti-

ve, multicenter, international registry of deep brain stimulation for dystonia: Sub-analysis of cervical dystonia patients. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface, 28(1), S64. https://doi.org/10.1016/j.neurom.2024.09.121

- Sockel, K., Röllig, C., Mütherig, A., Crysandt, M., Zukunft, S., Herbst, R., Noppeney, R., Schäfer-Eckardt, K., Kaufmann, M., Oelschlaegel, U., Fiebig, F., Giagounides, A., Götze, K., Scholl, S., Lück, A., Rieger, K., Geer, T., Kiewe, P., Müller-Tidow, C.,... Dürk, H. ... Platzbecker, U. (2025). Hypomethylating therapy with or without eltrombopag in elderly patients with acute myeloid leukemia: Results from the randomized, placebo-controlled phase 2 delta trial. American Journal of Hematology, 100(12), 2436–2441. https://doi.org/10.1002/ajh.70091

CHIRURGIE

- Kooij, C. D., De Jongh, C., Kingma, B. F., Van Berge Henegouwen, M. I., Gisbertz, S. S., Chao, Y.-K., Chiu, P. W., Rouanet, P., Mourregot, A., Immanuel, A., Mala, T., Van Boxel, G. I., Carter, N. C., Li, H., Fuchs, H. F., Bruns, C. J., Giacopuzzi, S., Kalff, J. C., Hölzen, J.-P., ... Bremer A., Glasbrenner B., Brüwer M. ... UGIRA Study Group. (2025). The current state of robot-assisted minimally invasive esophagectomy (Ramie): Outcomes from the upper gi international robotic association (Ugira) esophageal registry. Annals of Surgical Oncology, 32(2), 823–833. https://doi.org/10.1245/s10434-024-16364-9
- Zarras, K., Plambeck, J., Kankam, J., Hukauf, M., & Köckerling, F. (2025). Do we have to rethink slit-mesh technique in endoscopic inguinal hernia repair? – A matched pair analysis. Hernia, 29(1), 214. https://doi.org/10.1007/s10029-025-03394-9
- Braumann, C., Meurer, K., Niedergethmann, M., Bauer, K.-H., Ulrich, A., Gebauer, F., Rijcken, E., Bultmann, U., Held, F. G., Schmitz, B., Hahn, J., Schilling, A., Pascher, A., Zarras, K., & Uhl, W. (2025). Riskanter krankenhausplan – eine umfrage unter chefärztinnen in nrw: Dramatische auswirkungen in der viszeralchirurgie. Die Chirurgie, 96(3), 222–231. https://doi.org/10.1007/s00104-025-02253-8
- Köckerling, F., Schwab, R., Zarras, K., Lammers, B., Adolf, D., Stechemesser, B., Mayer, F., Reinpold, W., Niebuhr, H., & Riediger, H. (2025). What is the relationship between hospital caseload and outcome in incisional hernia repair?—A registry-based analysis of 55,584 patients. Langenbeck's Archives of Surgery, 410(1), 244. https://doi.org/10.1007/s00423-025-03836-z
- Köckerling, F., Zarras, K., Schwab, R., Niebuhr, H., Reinpold, W., Riediger, H., Mayer, F., Stechemesser, B., Conze, J., Lorenz, R., & Fortelny, R. (2025). What is the association between BMI classes and the outcome in incisional hernia repair? Hernia, 29(1), 278. https://doi.org/10.1007/s10029-025-03437-1
- Köckerling, F., Reinpold, W., Niebuhr, H., Schwab, R., Zarras, K., Kuthe, A., Conze, J., Riediger, H., Stechemesser, B., Lorenz, R., Hoffmann, H., & Fortelny, R. (2025). Surgical treatment of rectus abdominis diastasis with concomitant abdominal wall hernias—Perioperative outcomes of 11,658 cases from the Herniamed Registry. Hernia, 29(1), 294. https://doi.org/10.1007/s10029-025-03457-x
- Kröger, K., Pepper, N. B., Ventura, D., Troschel, F. M., Backhaus, P., Rahbar, K., Glasbrenner, B., Brüwer, M., Pascher, A., Schäfers, M., Eich, H. T., & Roll, W. (2025). FAPI-PET/CT guided radiotherapy for patients with esophageal cancer. Radiation Oncology, 20(1), 29. https://doi.org/10.1186/s13014-025-02606-x

ORTHOPÄDIE

- Schnurr, C., & Lüring, C. (2025). Adipositas in der Orthopädie. Die Orthopädie, 54(4), 241–243. https://doi.org/10.1007/s00132-025-04608-9
- Schnurr, C. (2025). Perioperative antibiotikaprophylaxe bei adipositas. Die Orthopädie, 54(4), 253–260. https://doi.org/10.1007/s00132-025-04611-0
- Reckermann, I., Orth, P., Götze, C., Migliorini, F., Sönmez, C., & Koettnitz, J. (2025). Perioperative and follow-up analyses of primary posterior stabilized and cruciate retaining knee arthroplasty. Journal of Clinical Medicine, 14(11), 3752. https://doi.org/10.3390/jcm14113752

ONKOLOGIE

- Mai, E. K., Bertsch, U., Pozek, E., Fenk, R., Besemer, B., Hanoun, C., Schroers, R., Von Metzler, I., Hänel, M., Mann, C., Leypoldt, L. B., Heilmeier, B., Huhn, S., Vogel, S. K., Hundemer, M., Scheid, C., Blau, I. W., Luntz, S., Weinhold, N., ... Klaiber-Hakimi, M., ... Ziske, C. (2025). Isatuximab, lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone induction therapy for transplant-eligible newly diagnosed multiple myeloma: Final part 1 analysis of the gmmg-hd7 trial. Journal of Clinical Oncology, 43(11), 1279–1288. https://doi.org/10.1200/JCO-24-02266
- Bresser, H., Schmoor, C., Grishina, O., Pfeifer, D., Thomas, J., Rehman, U., Crysandt, M., Jost, E., Thol, F., Heuser, M., Götze, K. S., Schlenk, R. F., Salih, H. R., Schittenhelm, M. M., Heil, G., Schwaenen, C., Müller-Tidow, C., Brugger, W., Kündgen, A., Giagounidis A ... Lübbert, M. (2025). Impact of tp53 mutation status in elderly aml patients when adding all- trans retinoic acid or valproic acid to decitabine. European Journal of Haematology, 114(2), 231–237. https://doi.org/10.1111/ejh.14304
- Giagounidis, A. (2025). Endometrium-karzinom. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 150(06), 266–272. https://doi.org/10.1055/a-2481-0958
- Löffler, H., Braun, M., Reinhardt, H., Rösner, A., Ihorst, G., Räder, J., Wenger, S., Brioli, A., Von Lilienfeld-Toal, M., Klaiber-Hakimi, M., Fehr, E.-M., Munder, M., Epp, K., Trautmann-Grill, K., Decker, S., Hoff, H., Wäsch, R., & Engelhardt, M. (2025). Ixazomib-lenalidomid-dexamethasone (Ird) in relapsed refractory multiple myeloma (Rrmm)—Multicenter real-world analysis from Germany and comparative review of the literature. Annals of Hematology, 104(7), 3713–3722. https://doi.org/10.1007/s00277-025-06441-8
- Nachtkamp, K., Schulz, F., Kasprzak, A., Strupp, C., Hildebrandt, B., Pfeilstöcker, M., Valent, P., Blum, B., Giagounidis, A., Götze, K., Flatten, V., Dietrich, S., Kobbe, G., Haase, D., Gattermann, N., & Germing, U. (2025). Refinement of intermediate-risk Karyotypes according to the IPSS-R in patients with myelodysplastic neoplasms (Mds). Annals of Hematology, 104(6), 3251–3259. https://doi.org/10.1007/s00277-025-06443-6
- Rauhe, K. A., Kasprzak, A., Schulz, F., Nachtkamp, K., Strupp, C., Kündgen, A., Dietrich, S., Mayer, K., Götze, K. S., Hofmann, W.-K., Giagounidis, A., Gattermann, N., & Germing, U. (2025). Non-curative therapies and their impact on the prognosis of patients with myelodysplastic syndromes– a retrospective matched-pairs analysis. Annals of Hematology, 104(6), 3281–3288. https://doi.org/10.1007/s00277-025-06485-w

- Ruhnke, L., Bill, M., Zukunft, S., Eckardt, J.-N., Schäfer, S., Stasik, S., Hanoun, M., Schroeder, T., Fransecky, L., Steffen, B., Krause, S. W., Scholl, S., Hochhaus, A., Sauer, T., Kraus, S., Schäfer-Eckart, K., Kaufmann, M., Jost, E., Brümmendorf, T., ... Giagounidis, A., ... Röllig, C. (2025). Validation of the revised 2022 European LeukemiaNet risk stratification in adult patients with acute myeloid leukemia. Blood Advances, 9(6), 1392–1404. https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2024013304
- Selimoglu-Buet, D., Chevret, S., Santini, V., Thépot, S., Morabito, M., Adès, L., Laplane, L., Giagounidis, A., Droin, N., Lübbert, M., Sapena, R., Nimubona, S., Torregrosa-Diaz, J. M., Germing, U., Pelizzari, A. M., Park, S., Jaekel, N., Metzgeroth, G., Onida, F., ... Giagounidis, A., ... Itzykson, R. (2026). Does stringent cytoreduction improve survival in advanced proliferative chronic myelomonocytic leukemia? Leukemia, 40(4), 806–815. https://doi.org/10.1038/s41375-026-02901-w
- Steike, D. R., Pepper, N. B., Gravemeyer, S., Bremer, A., Glasbrenner, B., Brüwer, M., Pascher, A., Domagk, D., Biermann, L., Lenz, P., Eich, H. T., & Reinartz, G. (2026). Total neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer: Barriers to implementation in real-world practice. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 152(1), 31. https://doi.org/10.1007/s00432-025-06412-6
- Ebert, M. P., Reichermeier, S., Klug, L., Jansen, P. L., & Pox, C. (2025). Colorectal cancer—Diagnosis, treatment, prevention, and long-term follow-up care. Deutsches Ärzteblatt international. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0196
- Soff, J., Benz, S. R., Kowalski, C., Hansinger, J., Gerken, M., Maier, D., Kim-Wanner, S.-Z., Witzmann, J., Reinacher-Schick, A., Pox, C. P., Kleihues-van Tol, K., Franke, B., Schoffer, O., Schmitt, J., Klinkhammer-Schalke, M., Völkel, V., on behalf of onkoFDZ Study Group, Abnaof, K., Baum, F., ... Zeißig, S. (2025). Heterogeneity of treatment preferences in the absence of guideline recommendations – a case vignette study in colorectal cancer tumor boards in Germany, Austria and Switzerland. BMC Gastroenterology, 25(1), 700. https://doi.org/10.1186/s12876-025-04183-5
- Pox, C. Zweites KRK-Screening erst nach 15 Jahren?. MMW Fortschr Med 167, 28–30 (2025). https://doi.org/10.1007/s15006-025-4593-4

DIABETOLOGIE

- Kolb, H., Martin, S., & Kempf, K. (2025). Traditional health practices may promote nrf2 activation similar to exercise. International Journal of Molecular Sciences, 26(23), 11546. https://doi.org/10.3390/ijms262311546
- Aberle, J., Duerschmied, D., Grond, M., Lehrke, M., Martin, S., Tröbs, S.-O., Schultze, M., Kossack, N., Richter, L. M., & Gabler, M. (2025). Treatment and associated outcomes of type 2 diabetes mellitus patients with a cardiovascular comorbidity and comparison with guideline recommendations: A German claims data analysis. Cardiovascular Diabetology, 24(1), 364. https://doi.org/10.1186/s12933-025-02864-9
- Martin, S. (2025). Diabetes mellitus und Adipositas: Risikooptimierung vor operativen Eingriffen. Die Orthopädie, 54(4), 271–277. https://doi.org/10.1007/s00132-024-04604-5
- Lobmann, R., Dörr, S., Suwelack, L. P., & Stürmer, E. K. (2026). Diabetisches Fußsyndrom – Wundinfektion und Wundantiseptik: Strategien für einen rationalen Einsatz von Wundantiseptika beim infizierten diabetischen Fußsyndrom. Die Diabetologie. https://doi.org/10.1007/s11428-026-01430-5
- Kempf, K., Röhling, M., & Martin, S. (2025). What should the doctor prescribe—formula diet or antidiabetics? Effectiveness of formula diet-based lifestyle intervention vs. pharmacological antiglycemic therapy on weight loss and HbA1c reduction in type 2 diabetes patients—a systematic review. Frontiers in Endocrinology, 16, 1644442. https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1644442
- Kempf, K (2025). Benötigen GLP-1-RA Begleitschutz durch Anabolika und Co? Einschätzung: „Meist ist der Verlust der fettfreien Masse und damit auch der Skelettmuskelmasse bei Ernährungsinterventionen geringer als bei pharmakologischen Interventionen.“ Deutsches Ärzteblatt ,2025;122(20):1179.
- Martin, S., Dargatz, T., & Kempf, K. (2025). Blutzucker optimieren - Gewicht reduzieren: Inklusive: wie man jetzt selbst die eigene Fettverbrennung präzise messen und steuern kann! (1. Auflage). Becker Joest Volk Verlag GmbH & Co. KG.
- Martin, S. (2025) Studien zur Ernährung: Verunsicherung durch mathematische „Kaffeesatzleserei“. ÄrzteZeitung, 2025, 13.03.2025.
- Martin, S. (2025) Abnehmspritzen: Muskelmasse durch Fett austauschen. ÄrzteZeitung, 2025, 09.04.2025.
- Martin, S. (2025) Ärztliche Therapiewahl und Medikamentenpreise: Wirtschaftlichkeit funktioniert nur ohne Geheimabkommen! ÄrzteZeitung, 2025, 08.08.2025.
- Martin, S. (2025) Diabetes-Medikation: Welches Inkretin-Mimetikum ist das richtige? ÄrzteZeitung, 2025, 18.08.2025.
- Martin, S. (2025) Adipositas, Diabetes und Co.: Die Prävention kommt bei Union und SPD zu kurz. ÄrzteZeitung, 2025, 28.08.2025.
- Martin, S. (2025) Gesundheitliche Gefährdung durch Fleisch? - je nach Adjustierung der Daten. ÄrzteZeitung, 2025, 28.08.2025.
- Martin, S. (2025 Typ-1-Diabetes hat den großen Teil seines Schreckens verloren. ÄrzteZeitung, 2025, 26.12.2025.

GYNÄKOLOGIE/SENOLOGIE

- Wimberger, P., Braicu, I., Pietzner, K., Goldmann, J., Kubiak, K., Brucker, C., Meyer-Wilmes, P., Radosa, J. C., Aktas, B., Schnelzer, A., Ober, A., Melekian, B., Hofmann, M., Strittmatter, H.-J., Sagasser, J., Hemptenmacher, F., De Gregorio, N., Rose, M., Diemert, S., & Sehouli, J. (2025). 1192P Characterization of patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer not receiving maintenance therapy: Results of a prospective real-world study (NOGGO ov54, SCOUT-1). Annals of Oncology, 36, S728–S729. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2025.08.1827
- Fritsch, H., Schreiber, C., Malter, W., Warm, M., Zinser, M., Bach, A., & Eichler, C. (2025). The impact of blood pressure and blood loss in deep inferior epigastric perforator flap surgery: Insights from 206 retrospective cases. Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open, 13(11), e7163. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000007163
- Ludwig, S., Pfleiderer, M., Püchel, J., Amir-Kabirian, C., Jeschke, J., Ratiu, D., Eichler, C., Morgenstern, B., Mallmann, P., Radosa, J., & Thangarajah, F. (2025). Comparison of open abdominal and laparoscopic bilateral uterosacral ligament replacement: A one-year follow-up study. Journal of Clinical Medicine, 14(6), 1880. https://doi.org/10.3390/jcm14061880
- Rose, M., Wimberger, P., Braicu, E. I., Pietzner, K., Goldmann, J., Kubiak, K., Brucker, C., Meyer-Wilmes, P., Radosa, J., Aktas, B., Schnelzer, A., Ober, A., Melekian, B., Hofmann, M., Strittmatter, H.-J., Sagasser, J., Hemptenmacher, F., De Gregorio, N., Krützfeldt, K., & Sehouli, J.

(2025). Health-related quality of life and symptom burden in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer – baseline patient-reported outcome results from the 3rd interim analysis of the non-interventional scout-1 study(Noggo ov54, nct04830709). International Journal of Gynecological Cancer, 35(2), 100995. https://doi.org/10.1016/j.ijgc.2024.100995

- Chinczewski, L., Mang, C., Kurtz, J.-E., Gost, E., Kaščák, P., Leitner, K., Stanculeanu, D.-L., Berek, J. S., Krause, C., Saner, F., Berton, D., Liebrich, C., Heubner, M., Leseur, J., Müller, C., Braun, C., Kubiak, K., Lukic, S., Schnieders, J., & Sehouli, J. (2025). Patients with endometrial cancer: Exploring comorbidities and quality of life – first results of an international survey(Noggo, engot, gcig - improve/expression xi). International Journal of Gynecological Cancer, 35(2), 100226. https://doi.org/10.1016/j.ijgc.2024.100226
- Fritsch, H., Schreiber, C., Malter, W., Warm, M., Zinser, M., Bach, A., & Eichler, C. (2025). The impact of blood pressure and blood loss in deep inferior epigastric perforator flap surgery: Insights from 206 retrospective cases. Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open, 13(11), e7163. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000007163
- Fritsch H, Schreiber C, Malter W, Warm M, Zinser M, Bach A, Eichler C. (2025) Evaluation of Skin Reactions in Breast Cancer Patients after Application of Essential Oils- Standard Care Compared to Care with Niaöl©. Biomedical Research, 36 (1): 1-12.
- Sehouli, J., Welz, J., Heublein, S., Krajewska, M., Boer, J., Trillsch, F., Alavi, S., Moosmann, N., Heinrich, B. J., Engler, T., Agabejli, S., Ugur, M. C., Witteler, R., Albrecht, O., Müller-Huesmann, H., Oskay-Oezcelik, G., Hettwer, C., Kaiser, S., Arndt, T., & Grabowski, J. P. (2025). 88P Evaluating niraparib use in recurrent ovarian cancer: A NOGGO registry analysis. ESMO Open, 10, 105217. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.105217
- Grabowski, J. P., Welz, J., Heublein, S., Krajewska, M., Boer, J. D., Kraus, F., Arndt, T., Moosmann, N., Heinrich, B., Engler, T., Agabejli, S., Ugur, M. C., Witteler, R., Albrecht, O., Müller-Huesmann, H., Oskay-Özcelik, G., Hettwer, C., Kaiser, S., Braicu, E., & Sehouli, J. (2026). Between research and introduction to clinical routine—Experience with niraparib from the compassionate use program in Germany (Noggo register analysis). Archives of Gynecology and Obstetrics, 313(1), 11. https://doi.org/10.1007/s00404-025-08295-x

PÄDIATRIE/NEONATOLOGIE

- Faust, K. B., Lupatsii, M., Römer, F., Graspeuntner, S., Waschina, S., Zimmermann, S., Humberg, A., Fortmann, M. I., Hanke, K., Böckenholt, K., Dirks, J., Silwedel, C., Rupp, J., Herting, E., Göpel, W., & Härtel, C. (2025). Use of macrogol to accelerate feeding advancement in extremely preterm infants. Neonatology, 122(3), 350–359. https://doi.org/10.1159/000543050
- Lohrmann, F., Doenhardt, M., Diffloth, N., Jakob, A., Hospach, A., Schneider, D. T., Trotter, A., Brunner, J., Goretzki, S., Arens, S., Rank, M., Mauer, R., Armann, J., Berner, R., Hufnagel, M., Adam-Schnepf, L., Adamiak-Brych, G., Aderhold, M., Aggar, S., PIMS-DGPI Working Group ... Zügge, U. (2025). Severity of pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with sars-cov-2 diminished during successive waves of the covid-19 pandemic: Data from a nationwide german survey. The Journal of Pediatrics, 278, 114419. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114419

PFLEGEWISSENSCHAFT

- Schwegmann, H., Huckenbeck, Y. (2025) Alles unter Kontrolle: Kontinuierliche Nierenersatztherapie auf Intensivstation PflegenIntensiv, 2025, 3: 12-16.
- Bünte, M., Wilcke, S., Zumhasch, M. (2025) Sprechen trotz Tubus. Above Cuff Vocalisation, Pflegezeitschrift, 2025, 03: 50-55.
- Bünte, M. (2025) Kritische Balance wahren. Therapie beim akutem Nierenversagen, Pflegezeitschrift, 2025, 03: 4-11.
- Bünte, M. (2025) „Room of VAP“: Auf Spurensuche im Patient:innenzimmer - Risiken erkennen, Sicherheit stärken (Posterpräsentation) Kongressband zum 8.internationalen Kongress: Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice: Garantenstellung, Autonomie und Verantwortungsübernahme der Advanced Practice Nurse, 2025, 59-60.

MIKROBIOLOGIE

- Kintzinger, T., Knaack, D., Schubert, S., Groß, U., Köck, R., & Schaumburg, F. (2025). Antimicrobial susceptibility testing of Dermabacter hominis. Microbiology Spectrum, 13(1), e01827-24. https://doi.org/10.1128/spectrum.01827-24

PSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE

- Batra, A., Wesselmann, U., Philipsen, A., & Berger, M. (Hrsg.). (2025). Verhaltenstherapie: Das Lehrbuch für Medizin und Psychologie (1. Auflage). Oberfeld, S. Kapitel: Psychotherapie im Alter. Verlag W. Kohlhammer.

WEITERE THEMEN

- Molinnus, D., Mainz, A., Kurth, A., Lowitsch, V., Nüchter, M., Bloos, F., Wendt, T., Potratz, P., Marx, G., Meister, S., & Bickenbach, J. (2025). Mobile applications for longitudinal data collection: Web-based survey study of former intensive care patients. Journal of Medical Systems, 49(1), 18. https://doi.org/10.1007/s10916-025-02151-w
- Schawe, K., & Papenbrock, F. (2025). In der Pädiatrie: Berufseinsteigende stärken. Pflegezeitschrift, 78(12), 23–25. https://doi.org/10.1007/s41906-025-2965-0
- Kurth, A., Potratz, P., Schmidt, A., Nüchter, M., Jesser, J., Bickenbach, J. (2025). Digitaler FortschrittsHub DISTANCE: Regional vernetzte Gesundheitsversorgung. One MII Journal; Journal der Medizininformatik Initiative 2025; 40-43.
- Dirks, C. (2025).St. Franziskus Stiftung: Forschung als Strategie: Interview mit Philipp Potratz. One MII Journal; Journal der Medizininformatik Initiative, 2025; 75-76.
- Joest, J. (2025). Fundraising – wie geht das, worauf muss ich achten? Ein Experte gibt Tipps, Interview mit Hugo Pettendrup. Kirche + Leben,, 07.Dez 2025 Nr.49, S.6.
- Goldau, T. (2025). Zwischen Stabilität und finanziellen Nachteilen, Interview mit Hugo Pettendrup. Die Stiftung Magazin für Stiftungswesen und Philanthropie, Juni 2025; 16-19.

EIN BLICK VORAUS AUF UNSERE ZWEITE AUSGABE – **WENN DATEN ZU WEGWEISERN WERDEN**

Was, wenn sich gesundheitliche Rückschläge erkennen ließen, bevor sie überhaupt eintreten? Was, wenn datenbasierte Prävention Krankheitsverläufe entscheidend beeinflussen könnte?

Im kommenden Forschungsbericht widmen wir ein besonderes Spotlight der Forschung mit (medizinischen) Daten. Denn eines zeigt sich immer deutlicher: Nicht jede Zahl erzählt dieselbe Geschichte. Wir zeigen, warum Daten nicht gleich Daten sind, welche Möglichkeiten der datenbasierten Forschung innerhalb der Franziskus Stiftung heute schon zur Verfügung stehen – und welches Potenzial Data Mining und Künstliche Intelligenz für das Gesundheitswesen von morgen bereithalten.

Aber auch abseits dieses Schwerpunkts bleibt die kommende Ausgabe ein Streifzug durch spannende Forschungswelten: Wir blicken erneut in unsere Kliniken und Einrichtungen – und diesmal auch bewusst darüber hinaus, in die weiteren Tätigkeitsfelder der Franziskus Stiftung, wo ebenso engagierte Mitarbeitende an faszinierenden Projekten arbeiten.

Greifbar wird unser Datenschwerpunkt am Beispiel des Projekts DISTANCE:PRO. Es zählt zu nur sieben Digitalen FortschrittHubs Gesundheit bundesweit, gefördert vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) als Ausbaustufe der Medizininformatikinitiative. Im Zentrum steht das Ziel mit direktem Nutzen für Betroffene: die Lebensqualität onko-chirurgischer Patient:innen zu verbessern und Krankheitsverläufe longitudinal so abzubilden, dass sich kritische Entwicklungen frühzeitig erkennen und therapeutische Maßnahmen gezielt optimieren lassen.

Getragen wird das Projekt von einem starken Konsortium: Die Franziskus Stiftung, die St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen, das St. Franziskus-Hospital Münster und weitere Partner arbeiten hier unter der Leitung der Uniklinik Aachen eng zusammen.

Die zweite Ausgabe unseres Forschungsberichts erscheint voraussichtlich Mitte 2027 – das genaue Datum erfahren Sie rechtzeitig über die Infokanäle der Franziskus Stiftung.

Wir freuen uns schon jetzt auf Ihr Interesse!

Gefördert durch:

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

Digitale FortschrittsHubs Gesundheit

DISTANCE:PRO

FRANZISKUS STIFTUNG



Einfach mehr ermöglichen.

Mit Ihrer Spende für praxisnahe Forschung.

Direkt spenden
DKM Darlehnskasse Münster eG
IBAN: DE22 4006 0265 0016 4152 02
Stichwort: „Forschung“

FRANZISKUS STIFTUNG



DEIN TUN ZÄHLT!

Komm ins Team:

www.st-franziskus-stiftung.de