



Sektorenübergreifend in die Zukunft: Status quo und Perspektiven der ambulanten und klinischen Lungenmedizin in Rheinland-Pfalz

02.01.2025

Schmitz:

Ich freue mich über die Möglichkeit, mit Eric Rößner und Michael Kreuter über die aktuelle Versorgungssituation, aber auch mögliche Perspektiven in der Versorgung von Lungenpatientinnen und -patienten in Rheinland-Pfalz ins Gespräch zu kommen - zumal uns perspektivisch Veränderungen im Gesundheitssystem großer Dimension und Tragweite bevorstehen.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland gab es seit jeher nur wenige große lungenmedizinische Zentren - zwei davon waren in unserer Landeshauptstadt angesiedelt: In Mainz hat man sich medizinisch und politisch schon früh für eine Stärkung der Lungenmedizin entschieden. Fast 20 Jahre wurde über eine Kooperation oder sogar Fusion der Pneumologien des damaligen Hildegardis Krankenhaus, d.h. der Lungenklinik am späteren Marienhausklinikum und der Universitätsmedizin Mainz gesprochen. So richtig Fahrt aufgenommen hat es aber erst, als Eric Rößner den Ruf auf eine neu geschaffene Professur für Thoraxchirurgie angenommen hat und Michael Kreuter neben der Chefarztstelle der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin am MKM auch dem Ruf auf die Professur für Pneumologie verbunden mit der Leitung der Uni-Pneumologie gefolgt ist. Ihr seid beide international ausgewiesene Experten auf Euren Gebieten und dennoch erfreulich nahbar für uns niedergelassene Kolleginnen und Kollegen.

Bereits im Frühjahr 2023 wurde das Lungenzentrum Mainz gegründet - eine enge Kooperation von Universitätsmedizin Mainz und Marienhausklinikum Mainz. Die Idee war und ist, Kompetenzen zu bündeln, Leistungen miteinander zu verzahnen und Synergien zu nutzen, um eine bestmögliche und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten zu garantieren - eigentlich sehr gut passend zu dem Motto, das Michael im letzten Jahr als Kongresspräsident der DGP in Mannheim definiert hat: „sektorenübergreifend, modern und lebendig“.

Der Berufsverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin unterstützt von Anfang an

diese Schwerpunktbildung, die Optimierung der Behandlungspfade und die enge intersektorale Kooperation zwischen ambulanter und klinischer Medizin.

Lasst uns ein wenig ins Detail gehen...

Schmitz:

Das Zentrum besteht nun seit mehr als 1,5 Jahren. Wie würdet Ihr diese erste Zeit rückwirkend beschreiben? Welche Hürden mussten genommen oder welche Steine aus dem Weg geräumt werden?

Kreuter:

Zunächst einmal danke an alle, vor allem die niedergelassenen Kolleginnen für den netten und herzlichen Empfang – für mich war und ist ja Mainz als gebürtiger Rheinland-Pfälzer ein „nach Hause kommen“. Die mit mir an beiden Häusern tätigen KollegInnen haben mir das Ankommen ebenfalls angenehm gemacht, menschlich und fachlich. Sicherlich ist es in den aktuellen gesundheitspolitisch komplexen Zeiten nicht immer einfach, ein neues medizinisches Schwerpunktzentrum aufzubauen, vor allem auch wenn es zwischenzeitlich an beiden Häusern zu Wechseln in der Führung kam. Dazu kommen Bestimmungen des Datenschutzes, die mit meinem Anspruch einer hochqualitativen, aber gleichzeitig pragmatischen und der Sache dienenden Patientenversorgung zwischen zwei Häusern in Einklang zu bringen sind. Wenn ich eines gelernt habe ist es, dass die Bürokratie in Rheinland-Pfalz schwieriger als in Baden- Württemberg ist, wo ich lange gearbeitet habe – aber es gibt auch viele, die helfen, Steine aus dem Weg zu räumen.

Schmitz:

Lieber Eric, zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Lungenkarzinompatienten hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften vor einiger Zeit neue Kriterien für „Lungenkrebszentren“ erlassen. Wie bewertest Du die Stellung der Mainzer Einrichtungen in diesem Zusammenhang? Können die Fallzahlen erreicht werden?

Rößner:

Die größte Bewegung in der thoraxchirurgischen Welt hat sich durch den G-BA-Beschluss zur Mindestmengenregelung für die chirurgische Behandlung von Lungenkrebs ergeben. Das expressis verbis formulierte Ziel des Beschlusses ist drei von vier thoraxchirurgisch aktiven Einheiten zu schließen. Hauptziel ist es aber, eine qualitativ hochwertige Versorgung durch spezialisierte Einheiten zu schaffen. Man muss bedenken, dass nach wie vor die Mehrheit aller Lungenkrebseingriffe von Visceral- und Allgemeinchirurgien durchgeführt werden. Die geforderten Mindestmengen hatten wir an der Universitätsmedizin (UM) seit 2020 erreicht. Dies war nur durch eine große Unterstützung des UM-Vorstandes möglich, für dessen Vertrauen ich mich an dieser Stelle bedanken möchte. Diese Entwicklung ist natürlich auch im Gesamtkonzept der UM zu sehen. Als Universitätsmedizin mit einem Hauptschwerpunkt Immunonkologie, mit Tron und Biontech an der Seite, wäre es fatal gewesen, die chirurgische und medizinische Versorgung des Lungenkrebses nicht als Schwerpunkt zu sehen.

Ich glaube mit all den medizinischen und technologischen Möglichkeiten des Supramaximalversorgers kann die Klinik für Thoraxchirurgie der UM eine überregional konkurrenzfähige Versorgung der Mainzer Bevölkerung anbieten, aber auch für die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz und des Rhein-Main-Gebietes. Für die Zukunft würde ich mir wünschen, dass wir Versorgungsqualität nicht nur an Quantität messen, sondern auch Strukturqualität und Ergebnisqualität messen und auch veröffentlichen. Über die Situation am MKM kann Michael sicher fundierter berichten.

Kreuter:

Vielleicht kann ich das ergänzen – Mainz ist in Deutschland seit Jahrzehnten eine DER Top-Adressen in der Versorgung des Lungenkrebses; schon 2009 hatte Mainz eines der ersten Lungenkrebszentren in Deutschland am damaligen Hildegardis, dem heutigen Marienhausklinikum. Viele der heute niedergelassenen PneumologInnen haben dort gearbeitet und können das sicherlich bestätigen. Gleichzeitig hat sich in der Universitätsmedizin ebenfalls eine hohe Expertise in der Lungenkrebsdiagnostik und -therapie entwickelt. Und ich glaube, alle Erfahrungen und Evidenzen bestärken, dass in Krebszentren im Allgemeinen und damit auch in Lungenkrebszentren eine sehr hohe qualitative Versorgung angeboten wird – ein Grund, warum sich jetzt auch die Kliniken als gemeinsames Lungenkrebszentrum aufstellen.

Schmitz:

Wir konnten der Presse entnehmen, dass die Thoraxchirurgie am Marienhaus Klinikum geschlossen wurde. Was bedeutet das für die Versorgung der Patienten? Oder andersherum gefragt: Was macht die neue Thoraxchirurgie an der Universitätsmedizin besonders, gibt es Stärken und vielleicht auch Schwächen der Einheit?

Rößner:

Ich denke, die Konsolidierung, die der G-BA Beschluss erreichen wollte (s.o.), zeigt sich hier. Das wirklich Besondere an der Thoraxchirurgie der UM ist das Team, das ich führen darf. Wir haben eine großartige Pflege, die sich unglaublich schnell in die für sie neue Thematik eingearbeitet hat und zusammen mit unserer Atemtherapeutin dem gesamten ERAS (enhanced recovery after surgery) Konzept einen unheimlichen Push gibt. Unsere OP-Pflege unterstützt uns hochmotiviert in der Umsetzung der minimalinvasiven Techniken bis hin zur intraoperativen Navigation und Robotik. Meine ärztlichen Mitarbeitenden, die mir zum Teil aus meiner alten Wirkungsstätte gefolgt sind und die ich zum Teil neu rekrutieren konnte, sind wirklich zu einem schlagkräftigen Team zusammengewachsen. Mit diesem Team im Rücken ist es gelungen, eine Einheit aufzubauen, die sich die 4 Behandlungsschwerpunkte Lungenkrebs, Lungenmetastasen, Mediastinaltumoren und thorakale Sarkome gegeben hat.

Mit unserer Affinität zu modernen Methoden und Technologien im operativen und perioperativen Bereich sind wir in der Lage, auch komplexe Lungenkrebs-Operationen komplikationsarm durchzuführen. Liegezeiten von 3 Tagen nach Lobektomie sind Standard geworden. Damit stehen wir im Bundesdurchschnitt sehr gut da. Hier helfen Technologien wie KI unterstützte 3D OP Planung, robotische OP Techniken, aber auch die Einführung von „non-intubated“ Eingriffen beim spontanatmeten Patienten. Doch letztlich ist der Garant für den Heilungserfolg das hoch engagierte Team.

Wir teilen aber die Schwäche aller Zentren, die aus der Konsolidierungsphase entstehen und das sind die limitierten Ressourcen - für uns Chirurgen in erster Linie OP- aber auch Intensivkapazitäten. Durch weitere Optimierung der Prozessabläufe und Kapazitätszuweisung sind wir allerdings in der Lage, der gestellten Aufgabe gerecht zu werden. Nicht zuletzt erfahren wir hier auch große Unterstützung der anderen chirurgischen Einheiten der UM, mit denen wir ja in naher Zukunft das Department Operative Medizin bilden. Personell

konnten wir uns durch die Übernahme von zwei erfahrenen Chirurgen aus dem MKM verstärken.

Schmitz:

Rheinland-Pfalz besitzt noch kein zertifiziertes Lungenzentrum unter den Rahmenbedingungen des Gemeinsamen Bundesausschuss, d.h. ein übergeordnetes, großes pneumologisches Referenzzentrum. Es ist unbestritten, dass wir dies in unserem Bundesland brauchen. Wie sieht es damit mittlerweile aus?

Kreuter:

Der G-BA Beschluss, d.h. eine deutschlandweite Initiative, Behandlungszentren im Sinne eines Kompetenz- und Koordinierungszentrums mit überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgaben zu bilden, ist wie auch die Stärkung von Lungenkrebszentren meiner Meinung nach ein wichtiger Punkt, um das Management von Menschen mit komplexen Erkrankungen zu verbessern – und das in einem integrativen und sektorenübergreifenden Ansatz. Wusstest Du, dass Mainz im Übrigen eine sehr lange pneumologische Tradition hat? Nicht nur ist der Erfinder der Bronchoskopie, Gustav Killian, ist gebürtiger Mainzer, sondern auch der Lehrstuhl Pneumologie in Mainz feiert bald seinen 50. Geburtstag! Neben dieser Historie ist die pneumologische Expertise in vielen Bereichen sehr hoch. Daher bin ich sehr froh, hier in Mainz Voraussetzungen vorgefunden zu haben, die die Beantragung als ein solches Schwerpunktzentrum ermöglichen. Der Antrag wurde im Sommer eingereicht und wird aktuell geprüft. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir mit einem positiven Bescheid zur verbesserten Versorgung zusammen mit allen in der Pneumologie tätigen KollegInnen beitragen könnten.

Schmitz:

Wie seht Ihr die Rolle der niedergelassenen, ambulant tätigen Lungenspezialisten und anderer Mitbehandler in Bezug auf das Lungenzentrum?

Kreuter:

Florian – Du kennst mich ja mittlerweile sehr gut. Nicht umsonst wollte ich damals unbedingt zusammen mit Hubert Schädler, der in Heidelberg als Pneumologe niedergelassen ist, den DGP Kongress mit dem Motto „Sektorenübergreifende Versorgung“ veranstalten. Und ich glaube, das ist Hubert und mir und allen Mitorganisatoren gut gelungen – wir hatten viele tolle Symposien, gute Stimmung und ein gutes Miteinander. Genauso stelle ich mir eine optimale Zusammenarbeit vor –

ZUSAMMEN für die Betroffenen. Die Pneumologie sollte und muss zusammenstehen, diese künstliche Trennung stationär – ambulant überwinden, wir müssen einfach miteinander reden, uns austauschen, zusammenarbeiten. Denn wir werden, obwohl wir Volkserkrankungen betreuen, als kleines Fach abgestempelt – was wir überhaupt nicht sind; wir tragen erheblich zur Versorgung der Gesamtbevölkerung bei. Lies gerne mal den Artikel „Pneumologie erblühe: selbstbewusst, zukunftsorientiert & präventiv orientiert“, den Hubert Schädler, Wolfram Windisch und ich als Kongressnachlese geschrieben haben. Das ist der Weg, den ich mir zusammen mit allen niedergelassenen Fach- und Hausärzten, aber auch allen anderen Mitbehandelnden vorstelle!

Rößner:

Ich denke wir sind es unseren Patienten schuldig, viel enger zusammen zu arbeiten. Dem Patienten, der ja einfach nur gesundwerden will, ist es letztlich egal, in welchem Sektor er sich befindet, aber er erwartet zu Recht, dass alle Behandler im Konsens an einem Strang ziehen. Kommunikation ist der Schlüssel, um einen Konsens zu erreichen. Man kann auf vielen Wegen kommunizieren, schriftlich über Arztbriefe, aber auch in interdisziplinären (Tumor-) Boards oder im persönlichen Kontakt. Ich bin mir der Zeitnot auf beiden Seiten bewusst, aber es lohnt sich. Ganz besonders freue ich mich über Eure Einladung zum *Pneumologischen Praxis Kongress 2025 des BdP in Mainz* und ganz besonders, dass ich Euch an einen Operationsroboter und eine robotische Bronchoskopie-Einheit heranführen darf, beide Maschinen werden Euch dort „hands-on“ zur Verfügung stehen.

Schmitz:

Da das Lungenzentrum Mainz aus mehreren eng kooperierenden Standorten und Institutionen besteht, stellt sich bei uns Zuweisern natürlich schon die Frage, wo und wie ich meine Patientinnen und Patienten zeitnah bei Euch anbinden kann? Gibt es eine Koordinierungsstelle oder kann ich Euch als Direktoren und Chefärzte auch direkt ansprechen?

Kreuter:

Eigentlich ganz simpel – wir haben Anlaufstationen in beiden Häusern, die sich, soweit es der Datenschutz erlaubt, eng abstimmen.

Rößner:

Thoraxchirurgie gibt es im Zentrum nur an der UM. Offensichtlich operative Fälle können uns natürlich direkt zugewiesen werden. Wir haben eine 24/7

Arzt zu Arzt Hotline eingerichtet, die auf unserer Seite beim Dienst-Oberarzt aufläuft. Die meisten Kollegen haben darüber hinaus meine persönliche Mobilnummer und falls nicht, darfst Du sie gerne verteilen. Ansonsten sortieren Michael und ich alle Patienten über die gemeinsamen Boards in beiden Häusern in die entsprechende Diagnostik und Therapiekonzepte. Die Boards in beiden Häusern sind übrigens offen für alle Zuweiser, online und in persona.

Schmitz:

Zeit ist im Allgemeinen bei uns allen knapp. Welchen Service bietet uns das Lungenzentrum bei der Konzipierung, Diagnostik und Weiterbehandlung unserer Patienten?

Kreuter:

Mein Anspruch ist, ein unkompliziertes und pragmatisches Angebot zu unterbreiten – da ist noch Verbesserungspotenzial, an dem wir arbeiten. Aber wir haben schon gemeinsam z.B. auch mit Euch als Verband Konzepte auf den Weg gebracht, haben die Standards in der Diagnostik komplexer Erkrankungen entwickelt wie ILD und Bronchiektasen und uns gemeinsam über Weiterbehandlungen Gedanken gemacht – Angebote, Patienten in Spezialambulanzen mitzubetreuen, für 2. Meinungen zur Verfügung zu stehen, virtuelle Boards auf den Weg zu bringen und vieles mehr...

Rößner:

Im Bereich der thorakalen chir. Onkologie und Rundherdabklärung bieten wir an, uns umfassend um Eure Patienten zu kümmern. Wir können Euch eine ambulante Vorstellung am nachfolgenden Freitag nach der Anmeldung garantieren. Durch den Background eines Supramaximalversorgers können wir sämtliche Diagnostik und Therapie zeitnah anbieten. Vom Indikations-Tumorboard bis zum Schnitt haben wir und garantieren wir in Zukunft weniger als 14 Tage.

Schmitz:

Gibt es schon erste Konzepte für das kommende Lungenkrebscreening?

Kreuter:

Innerhalb unseres CCC spielt neben der onkologischen Therapie auch die Vorsorge eine wichtige Rolle, damit auch das Lungenkrebscreening. Auch wenn seit dem 1.7. das Lungenkrebscreening formal möglich ist, müssen sich Radiologen erst einmal akkreditieren lassen. Noch kann meines Wissens niemand in

Deutschland ein Screening anbieten, nicht nur weil der G-BA noch nicht final entschieden hat, sondern auch weil es noch Formalien gibt, die erfüllt werden müssen. Aber wenn das Lungenkrebscreening kommt, müssen wir als Pneumologen eng zusammenarbeiten, denn die Patienten sollen ja zuerst zu uns.

Rößner:

Das Lungenkrebscreening, das zeigt sich ja bereits in den Ländern, die es bereits eingeführt haben, wird zur vermehrten chirurgischen Rundherdabklärung führen. Hierbei spielen parenchymsparende minimal invasive Methoden, wie uniportale thorakoskopische oder robotische Segmentektomien eine wesentliche Rolle. Beides bieten wir als Routineeingriffe bereits heute an. Wie sich nicht zuletzt an der Mainz European School of Minimally Invasive Thoracic Surgery zeigt, nehmen wir auf diesem Feld sogar eine Vorreiterrolle ein. Dies gilt hoffentlich auch bei der Einführung der robotischen Bronchoskopie, hier wollen wir eine der ersten Einheiten sein, die dies anbietet. Dies ist durchaus ein kleiner Wink mit dem Zaunpfahl zum Vorstand. Es wird ein großes Investment sein, aber auch ein echter game changer in der Rundherdabklärung, - markierung und intraoperativen Navigation.

Schmitz:

Lieber Michael, abgesehen von Tumorerkrankungen der Lunge und des Thorax. Welche Schwerpunkte werden ansonsten im Lungenzentrum Mainz angeboten?

Kreuter:

Wie Du weißt, komme ich ja aus einer großen Lungenklinik die den Anspruch hat, das gesamte Spektrum der Lungenheilkunde abzubilden. Das ist quasi in meiner pneumologischen DNA. Daher haben wir mit meinem Eintritt nach Mainz angefangen, weitere Schwerpunkte zu etablieren. Andreas Budahn ist am MKM sehr erfolgreich in der ELVR bei Lungenemphysem, die ILD Ambulanz ist mittlerweile so groß wie meine ehemalige, was Neudiagnosen oder die Versorgung seltener Erkrankungen wie der LAM angeht. Wir kümmern uns um Bronchiektasen und CF, auch zusammen mit den Pädiatern, wir setzen einen Schwerpunkt in der infektiologischen Pneumologie, haben die Versorgung des schweren Asthmas auch weiterhin als einen unserer Schwerpunkte im Visier, arbeiten eng mit dem Schwerpunkt PH zusammen und bauen diesen Bereich gemeinsam weiter aus. Zudem bieten wir Studien in unserem neuen Studienzentrum an und stimmen uns hierbei auch mit anderen Studienzentren wie der Kollegin

Stephanie Korn ab. Und das unbedingt alles zusammen mit Euch, den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Schmitz:

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde im Bundestag verabschiedet und - fast erstaunlich - der Bundesrat hat nicht den Vermittlungsausschuss angerufen. Wie bewertet ihr die Inhalte der Gesundheitsreform für Rheinland-Pfalz aus klinischer Sicht?

Rößner:

Egal welcher politische Akteur die Reform umsetzt, es besteht die dringende Notwendigkeit dazu. Wir werden auf der einen Seite vermehrte Zentrenbildung sehen, auf der anderen Seite werden die Zentren, dann aber auch etwas von der

Grund- und Regelversorgung abgeben müssen/sollen/dürfen.

Wahrscheinlich kommt Rheinland-Pfalz mit 4,2 Millionen Einwohner mit 3 großen onkologischen Zentren aus, aber nur, wenn wir auch eine exzellente Verknüpfung der Sektoren hinbekommen. Ich persönlich hoffe auf die Einführung von Qualitätskriterien, die auch Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität messen und nicht nur Fallzahlen, vielleicht sogar sektorenübergreifend.

Kreuter:

Dass wir eine Krankenhausreform brauchen, ist glaube ich vollkommen unstrittig, aber wir brauchen eine, aus der die Pneumologie gestärkt rausgeht und sich besser mit dem ambulanten Bereich verzahnt. Daran sollten wir alle gemeinsam arbeiten

Das Gespräch führte **Florian Simon Schmitz**. Er ist Vorsitzender des Berufsverbands der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin in Rheinland-Pfalz und Saarland sowie kommissarischer Finanzvorstand im Bundesverband. Schmitz leitet das Atemwegszentrum Kaiserslautern.

Seit 2023 ist **Univ.-Prof. Dr. Michael Kreuter** als Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin des Marienhaus Klinikum Mainz und Direktor der Klinik für Pneumologie an der Universitätsmedizin tätig und hat zudem die Universitätsprofessur für Pneumologie an der Universitätsmedizin Mainz inne. Er ist Direktor des übergeordneten Lungenzentrums Mainz und ausgewiesener Experte im Bereich der interstitiellen und seltenen Lungenerkrankungen sowie des Lungenkarzinoms, vertritt aber in Patientenversorgung, Lehre und Forschung das gesamte Spektrum der Pneumologie.

Univ.-Prof. Dr. Eric Rößner ist seit 2019 Ordinarius für Thoraxchirurgie an der Universitätsmedizin Mainz und leitet die Klinik für Thoraxchirurgie. Seine Schwerpunkte sind neben der Tumorchirurgie des Lungenkarzinoms und Lungenmetastasen, die thorakale Sarkomchirurgie und die Chirurgie des vorderen Mediastinums. Die Nutzung und Weiterentwicklung minimalinvasiver und Roboter-assistierter Methoden stehen hierbei im Vordergrund. An der Thoraxchirurgie Mainz wird das ERAS-Konzept (=enhanced recovery after surgery) und die Same Day Surgery (Operationen am Aufnahmetag) konsequent umgesetzt.



Berufsverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.
Rheinland-Pfalz und Saarland

**Berufsverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
in Rheinland-Pfalz und Saarland**

Ein Landesverband im Bundesverband der Pneumologie, Schlaf-
und Beatmungsmedizin
Unter den Linden 10 | 10117 Berlin
T: +49 151 64091173 (mobil) oder +49 30 700 140 445
E: info@pneumologeverband.de