



Landtag des Saarlandes
Ausschuss für Arbeit, Soziales, Frauen und
Gesundheit
Franz-Josef-Röder-Straße 7
66119 Saarbrücken

Ansprechpartner:innen:

vdek-Landesvertretung Saarland
Angela Legrum
Telefon: 0681 / 9 26 71 -17
Mail: angela.legrum@vdek.com

AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland
Alexander Wildberger
Telefon: 06351 / 403-303
Mail: alexander.wildberger@rps.aok.de

IKK Südwest
Mathias Gessner
Telefon: 0681 / 38 76 -1163
Mail: mathias.gessner@ikk-sw.de

1. September 2023

Gemeinsame Stellungnahme der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, der IKK Südwest, der KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken, des BKK Landesverband Mitte, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)– Landesvertretung Saarland zur Anhörung zur Evaluation des Corona Pandemie Managements im Saarland

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender,
sehr geehrte Abgeordnete,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung zur Evaluation des Corona Pandemie Managements im Saarland Stellung nehmen zu dürfen.

Die Corona Pandemie hat das private und öffentliche Leben seit März 2020 auf den Kopf gestellt und erhebliche Auswirkungen auf eine Vielzahl von Bereichen gehabt. Die Bewältigung der Pandemie stellte das Gesundheitswesen und die Gesellschaft vor

weitreichende Herausforderungen. Vor allem aber fehlten Erfahrungen und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse. Und: Die Coronaimpfung stand erst im Laufe der Pandemie zur Verfügung.

Neben den Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus (SARS-CoV-2) waren in der Hochzeit der Pandemie auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und deren Vertragspartner neue Lösungen erforderlich, damit die finanziellen und wirtschaftlichen Folgen der Corona Pandemie nicht zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung führt. Hierfür wurde auf Bundesebene eine Vielzahl von Regelungen (Bevölkerungsschutzgesetz I, Bevölkerungsschutzgesetz II, Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2, COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung, Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung, Verordnung zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte, DIVI Intensivregister-Verordnung, SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, Verordnung zur Beschaffung von Medizinprodukten und persönliche Schutzausrüstung, Verordnung zur Änderung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Corona-Virus SARS-CoV-2) getroffen, die in kürzester Zeit auch in den Ländern umgesetzt werden mussten. Dies betraf neben einer Vielzahl von Maßnahmen und Initiativen der Landesregierung auch Regelungsbereiche der Kranken- und Pflegekassen im Saarland. Hier gab es die ein oder andere saarlandspezifische Umsetzung der bundesweiten Vorgaben, die sich durch individuelle Strukturen aber auch durch das jeweilige pandemische Geschehen zu dem jeweiligen Zeitpunkt begründen lassen. Alle beteiligten Krankenkassen möchten mit ihren Erkenntnissen aus der Corona-Pandemie ihren Teil für eine erfolgreiche „Evaluation des Corona Pandemie Managements im Saarland“ beitragen.

1. Antiepidemische Maßnahmen

a) Nicht pharmazeutisch (Management und Steuerung, Beispiele: Lockdown, 2G-/3G-Regeln, Masken)

Insbesondere zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus wurden auf Bundes- sowie auf Landesebene zahlreiche Regelungen und Verordnungen erlassen.

Eine große Herausforderung stellte für die gesetzliche Krankenversicherung unter anderem die bundesweite „Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus-CoV-2“ vom 15.12.2020 dar. Die Krankenkassen waren verpflichtet, innerhalb kurzer Zeit alle berechtigten Versicherten über den Anspruch und die Möglichkeit der Abholung von Schutzmasken in Apotheken zu informieren. Den Schreiben waren die vom Bundesgesundheitsministerium vorgegebenen Voucher beizufügen. Die

Zurverfügungstellung der ICD-Codes durch das Bundesgesundheitsministerium wie auch die Logistik der Voucher über die Bundesdruckerei bedurfte mehrerer Korrekturen, was den zeitlichen Druck auf die Krankenkassen verschärfte.

b) Pharmazeutisch (v.a. Impfung, sekundär Medikamente)

Zur Evaluation der antiepidemischen Maßnahmen im pharmazeutischen Bereich verweisen wir auf die nationale Impfstrategie. Die gesetzlichen Krankenkassen waren bis April 2023 nicht in die Finanzierung von Coronaimpfungen einbezogen. Die Überführung der COVID-19-Impfung in die gesetzliche Krankenversicherung erfolgte erst nach der pandemischen Phase – die Impfstoffe werden vom Bund beschafft und finanziert.

Bezogen auf Arzneimittel sind die Krankenkassen zu bestimmten Coronaarzneimitteln erst seit Mitte 2022 in der Finanzierungsverantwortung. Die Zulassung von Medikamenten zur (vorbeugenden Gabe) erfolgte erst mitten in der Pandemie. Daher liegen hierzu keine detaillierten Erkenntnisse vor.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Auswirkungen der Corona Pandemie im Saarland auf den ambulanten Bereich vielschichtig waren. Die Bewältigung der Herausforderungen während der Corona Pandemie im ambulanten Bereich wurde zunächst zentral auf Bundes- und Landesebene gelenkt und unter anderem über die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärzteschaft sowie die Partner:innen im Gesundheitswesen abgewickelt. Hinzu kamen privat betriebene Testzentren.

Die Evaluation der antiepidemischen Maßnahmen im pharmazeutischen und nicht pharmazeutischen Bereich bleibt daher generell den Trägern staatlichen Handelns vorbehalten. Die Überführung der COVID-19-Impf- und Testleistung in die gesetzliche Krankenversicherung erfolgte erst nach der pandemischen Phase, ebenso die Zulassung von Medikamenten zur Behandlung bei einer SARS-CoV-2.

Generell lässt sich feststellen, dass im Verlauf der Pandemie die Angebote im Saarland immer wieder im Sinne des Schutzes der Bürger:innen an die jeweilige Situation angepasst wurden (z. B. vorübergehender Einsatz der Coronafahrdienste, Coronaabstrichpraxen). Die gesetzliche Krankenversicherung hat zudem Zusatzkosten übernommen, unter anderem Schutzausrüstungen wie Schutzmasken, Schutzkittel, Schutzhandschuhe, Schutzschirme im ambulanten Bereich – auch im extrabudgetären Bereich der vertragsärztlichen Vergütung – sowie Botendienste der Apotheken.

Zahlreiche Sonderregelungen auf Grund von SARS-CoV-2 sorgten dafür, dass die ambulante Versorgung auch in der Pandemie gut funktionierte. Hierzu gehörten zeitlich befristete Abweichungen von vertraglichen Regelungen im vertragsärztlichen Bereich inkl. der Arzneimittelversorgung. Befristet mögliche Verordnungen über den Quartalsbedarf hinaus reduzierten Kontakte und das Risiko einer Infektion.

2. Versorgung

a) **Ambulant**

Die gesetzlichen Krankenkassen im Saarland, die Landesregierung und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) hatten in der gesamten Corona Pandemie Hand in Hand zusammengearbeitet, um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Dies ist im Saarland sehr gut gelungen. Die in diesem Punkt beschriebenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung gingen auf Bundesinitiativen zurück, mussten aber in den überwiegenden Fällen lokal abgestimmt und zum Teil verhandelt werden.

Schutzschirm und Schutzausrüstung Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

In der Corona Pandemie zeigte sich das veränderte Verhalten der Patient:innen bundesweit vor allem in sinkenden Fallzahlen und einem verminderten Leistungsbedarf in den Arztpraxen. Wenn gesetzlich Versicherte, Privatpatient:innen und Selbstzahler aus Sorge vor einer Infektion ausbleiben, hatte dies natürlich auch finanzielle Auswirkungen auf die Praxen. Neben anderen Unterstützungsmaßnahmen für Unternehmen (Förderung für Soloselbstständige, KfW-Kredite) hatte der Bundesrat 27. März 2020 dem Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen in Gesundheitseinrichtungen infolge von Corona – COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – zugestimmt. Ziel des in diesem Gesetz vorgesehenen Schutzschirms war es, drohende Praxisschließungen abzuwenden und damit gleichzeitig die ambulante Versorgung der Patient:innen während der Coronakrise zu sichern. Der Schutzschirm sah vor, dass trotz reduzierter Leistungsmenge die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) im regulären Umfang ausgezahlt wird. Das heißt, dass die Krankenkassen genauso viel Geld für die Versorgung der Patient:innen bereitstellen mussten wie zu normalen Zeiten. Voraussetzung für die Ausgleichszahlung war eine Fallzahlminderung in einem Umfang, die die Fortführung der Arztpraxis gefährdet hätte. Ebenso hatten Ärzte Anspruch auf Ausgleichszahlungen für extrabudgetäre Leistungen. Voraussetzung hier war, dass der Gesamtumsatz der Praxis um mindestens zehn Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal gesunken und die Fallzahl zurückgegangen war.

Im Rahmen der Pandemie haben Ärzt:innen zusätzlich ***individuelle Schutzausrüstung***, z. B. FFP2- und FFP3-Masken, Einmalschutzkittel und Schutzbrillen, für die Praxismitarbeiter:innen und Ärzt:innen erhalten. Die Rechtsgrundlage dazu wurde mit dem § 105 Abs. 3 SGB V geschaffen. Die zentral beschaffte Schutzausrüstung des Bundes ist nur schleppend in den saarländischen Arztpraxen angekommen, und konnte den Bedarf in den Praxen daher nicht alleine decken. Zusätzlich musste über die Vereinbarung auf Bundesebene hinaus Material besorgt werden, insbesondere wurden hierüber

Mittel für die Schutzausrüstung bereitgestellt. Im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden im Saarland hat die KVS die Beschaffung des Schutzmaterials und die Weitergabe an die Ärzteschaft an den tatsächlichen Schutzbedarf angepasst. Insgesamt wurden 708.000 Euro von den gesetzlichen Krankenkassen im Saarland erstattet.

Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVS waren unter anderem sechs Corona-Teststationen, die Ausweitung der Kapazitäten der Terminservicestelle und der 116117-Hotline sowie die Einrichtung zentraler Coronapraxen, die den Großteil der COVID-19-Patient:innen versorgt, und so die Versorgung der anderen Patient:innen in den vertragsärztlichen Praxen im Saarland ermöglicht haben. Natürlich waren auch diese Maßnahmen mit zusätzlichen Kosten für die KVS verbunden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgte nach den gesetzlichen Vorgaben über das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS). Darüber hinausgehende Infrastrukturkosten wurden von der GKV in Höhe von 352.000 Euro finanziert.

Heilmittelschutzschirm (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)

Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) hatte die Bundesregierung einen Schutzschirm unter anderem auch für die Heilmittelbringer aufgespannt. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellte in dem Zuge für die Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln und die Unterstützung der Heilmittelerbringer rund eine Milliarde Euro zur Verfügung. In der COVID-19-VSt-SchutzV werden unter anderem die Einzelheiten zur Berechnung der Auszahlungssummen und die Bedingungen für die Antragsteller im Bereich der Heilmittel genau formuliert. Für die etwa 70.000 Heilmittelerbringer in Deutschland – dazu zählen Physiotherapeut:innen, Sprachtherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und Podolog:innen sowie Ernährungstherapeut:innen – bedeutete die Regelungen eine große finanzielle Unterstützung in der Pandemie. Im Saarland wurden insgesamt 844 Anträge gestellt und eine Gesamtsumme von knapp 11 Millionen Euro ausgezahlt. Damit haben gut 76 Prozent der Heilmittelerbringer im Saarland den Heilmittelschutzschirm in Anspruch genommen.

b) Stationär (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen)

In den verschiedenen Staaten wurde unterschiedlich schnell und intensiv auf das Pandemiegeschehen reagiert und selbst innerhalb von Deutschland waren trotz einheitlicher Rahmengesetzgebung Unterschiede in den landesspezifischen Maßnahmen erkennbar. Die entsprechenden öffentlichkeitswirksamen Diskussionen, insbesondere zwischen Bundes- und Landespolitik, sind uns noch in Erinnerung.

Jetzt, nachdem die Pandemie als offiziell beendet gilt, kann die Feststellung zu Beginn der Pandemie für die gesamten drei Pandemiejahre bekräftigt werden: Alle Beteiligten können stolz auf das Geleistete sein. Land, Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung, gesetzliche Krankenversicherung und sonstige Leistungserbringer zogen unbürokratisch im Sinne der Patient:innen an einem Strang. Deutschland kann gut mit ungewohnten Problemsituationen umgehen und verfügt über eines der besten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme. Auch das Saarland im Speziellen war gut aufgestellt: Die elektiven Fälle wurden sehr schnell herunter- und die Intensivkapazitäten heraufgefahren. Daneben war sogar eine Behandlung von europäischen Intensivpatienten möglich.

Dabei ist das Engagement der saarländischen Planungsbehörde, insbesondere auch im Vergleich zu anderen Bundesländern explizit positiv hervorzuheben. Bereits sehr frühzeitig nahm das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Kontakt zu den an der Krankenhausplanung Beteiligten auf und erarbeitete das COVID-19-Versorgungskonzept der gestuften Versorgung durch kooperierende Krankenhäuser und Versorgungszentren. Notfallszenarien waren durchdacht und hätten kurzfristig umgesetzt werden können. Eine flexible Kapazitätsausweitung war durch Landesrecht bedarfsabhängig und befristet ermöglicht worden. Dabei ist besonders die Zusammenarbeit und Transparenz herauszustellen, mit der das Ministerium von Anfang an die Beteiligten in den Planungsprozess einbezog. Insofern waren die schnellen, unbürokratischen Maßnahmen der Kassen logische Konsequenz der gemeinsamen Anstrengungen, die Saarländer:innen in diesen Notzeiten so gut wie möglich zu versorgen.

Während der Hochphase der SARS-CoV-2-Pandemie hat die GKV, vertreten durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, im Auftrag des saarländischen Ministeriums die Ausgleichszahlungen an die Rehabilitationseinrichtungen (Rettungsschirm) übernommen. Die entsprechenden Einrichtungen erhielten Ausgleichszahlungen für Ausfälle der Einnahmen, die dadurch entstanden sind, dass Betten nicht belegt werden konnten. Damit konnten die etablierten Strukturen im Bereich der Rehabilitation aufrechterhalten und nach Corona die Aufgabe mit dem Ziel, die Teilhabe von kranken und chronisch kranken Menschen am Leben in der Gesellschaft und ihre Selbstbestimmung zu fördern, wieder aufgenommen werden.

Über die Länder wurden im stationären Bereich zudem Zahlungen für die Versorgung von Coronapatient:innen und (Versorgungspauschalen) sowie Leerstandsunterstützungen für ausgebliebene Bettenauslastungen geleistet. Diese Gelder sollten als Hilfestellung dienen und sicherstellen, dass Krankenhäuser insbesondere wegen ausgebliebener Fälle weiterhin zahlungsfähig

blieben. Die finanzielle Situation sollte sich gegenüber dem Jahr 2019 nicht verschlechtern. Ist dies jedoch im Rückblick der Fall, erhalten Krankenhäuser von den Kostenträgern für die Jahre 2020 bis 2022 einen zusätzlichen Ausgleich, den sogenannten Coronaausgleich. Die Verhandlungen hierzu laufen derzeit mit den einzelnen Häusern. Dabei können Krankenhäuser, die eine „Leerstandsunterstützung“ nicht beanspruchen konnten, dennoch einen Coronaausgleich erhalten. Auch hierfür konnte während der Pandemie Abhilfe geschaffen werden, indem Krankenhäuser, die keinen Anspruch auf eine „Leerstandsunterstützung“ hatten, einen Abschlag auf den Coronaausgleich beantragen konnten.

Neben der Finanzierung der Akutbehandlungen unterstützten die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhäuser weiterhin durch die Finanzierung der notwendigen PCR- und Antigen-Tests. Auch zusätzliche Aufwendungen der Kostenträger wie beispielsweise die „Coronamehrkosten“ für z. B. zusätzliche Schutzanzüge, Desinfektionsmittel, die pauschal pro Fall und differenziert nach Indikation (Coronainfektion) erbracht wurden, trugen zusätzlich zur Stabilisierung bei. Folglich gelang es über den gesamten Zeitverlauf der Pandemie, durch die gemeinsamen Präventions-, Testungs- und Hygienemaßnahmen sowie umfassende Information der Bevölkerung und nicht zuletzt die Umsicht der Beschäftigten in den Krankenhäusern, das Gesundheitswesen weiter funktionsfähig zu halten.

Betrachtet man die Daten zu den stationären Krankenhausaufnahmen während der Pandemie, so muss COVID-19 betreffend zwischen zwei Patient:innengruppen unterschieden werden. Es gab sowohl Menschen, die aufgrund einer Erkrankung an COVID-19 stationär behandlungsbedürftig waren, wie auch solche, die „mit“ Corona eines stationären Aufenthalts bedurften. Von den aufgrund von Corona stationär im Krankenhaus behandelten Patient:innen befanden sich die Schwerstkranken auf den Intensivstationen. Die uns zur Verfügung stehenden Daten belegen, dass es sich bei ca. 70 Prozent der COVID-19-Infizierten im Krankenhaus, um stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose COVID-19 handelte. Es lagen in solchen Fällen folglich andere Aufnahmegründe vor. D. h. die COVID-19-Erkrankung hat andere bzw. bereits vorhandene Grunderkrankungen ergänzt oder verschlechtert, wobei letztere jedoch primär behandlungsbedürftig blieben. Nur ca. 30 Prozent der an Coronaerkrankten wurden explizit ursächlich „wegen“ ihrer Corona-Erkrankung stationär aufgenommen.

Im Saarland konnten von März 2020 bis Dezember 2022 insgesamt sechs Wellen festgestellt werden, in denen die Intensivkapazitäten stark in Anspruch genommen wurden. Diese stärkere Inanspruchnahme bewirkte im Saarland jedoch zu keinem Zeitpunkt eine akute Gefährdung der Sicherstellung der

Versorgung weiterer intensivbedürftiger Patient:innen mit anderen schweren Erkrankungen. Im Saarland sind ca. 590 Intensivbetten kurzfristig verfügbar. Davon sind 380 Betten im Regelbetrieb und ca. 210 Betten in Reserve innerhalb weniger Tage betriebsbereit. Diese waren in den „schlimmsten Tagen der Pandemie“ im Saarland maximal zu ca. 20 Prozent von Coronapatient:innen belegt.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz schnell Maßnahmen ergriffen werden sollten, um genügend Ressourcen für die notwendige Versorgung der an COVID-19 erkrankten Patient:innen zur Verfügung zu stellen. Das Saarland wies im Vergleich zu anderen Bundesländern durchgängig die höchsten freien Kapazitäten für COVID-Patient:innen auf den Intensivstationen auf. Die „Krankenhäuser wurden verpflichtet, planbare Operationen und Eingriffe zu verschieben und Intensivbetten aufzustocken, um Behandlungskapazität zu erhöhen und eine Überlastung der Krankenhäuser zu vermeiden.“ Das Saarland hatte daraufhin durchgehend eine Spitzenposition in Bezug auf den Rückgang der Fallzahlen – sowohl bei planbaren Eingriffen, als auch bei Notfällen. Dieser Trend ist (bundesweit) auch nach dem Lockdown weiterhin tendenziell festzustellen, und Erkenntnisse aus der Pandemie sollten bei der Umsetzung der künftigen Krankenhausreform in geeignetem Umfang Berücksichtigung finden.

c) Rettungsdienst und Krankentransport

Genehmigungsvorbehalt bei Coronapatient:innen teilweise ausgesetzt

Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung für Patient:innen, die an COVID-19 erkrankt sind, oder nach behördlicher Anordnung unter Quarantäne stehen, waren vorübergehend genehmigungsfrei. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen mussten hierfür einen Nachweis der COVID-19-Erkrankung beim Einreichen des Formulars für die Krankenförderung nachweisen. Natürlich mussten solche Krankenfahrten auch weiterhin „zwingend medizinisch notwendig und nicht aufschiebbar“ sein. So wurden Krankentransporte am Anfang der Pandemie, trotz einer COVID-19-Erkrankung auch im Rahmen der Lockdowns ermöglicht.

Grenzüberschreitender Rettungsdienst

Im Rahmen der MOSAR-Vereinbarung war eine stationäre Versorgung von französischen Patient:innen bei einem kardiologischen (SHG Kliniken Völklingen) oder neurochirurgischen (Klinikum Saarbrücken Winterberg) Notfall möglich. Im Rahmen des ersten Lockdowns im März 2020 kam – mit Schließung der Grenzen – diese grenzüberschreitende Notfallversorgung zum Erliegen. Als zum ersten

Mal ein französischer Patient an der Grenze angehalten wurde und nicht in das naheliegende deutsche Krankenhaus weiterfahren durfte, bestand akuter Handlungsbedarf. Dieser Fall war Anlass einer Regelung zwischen dem saarländischen Innenministerium und den zuständigen Stellen auf französischer Seite mit dem Ziel trotz einer Schließung der Grenzen den grenzüberschreitenden Rettungsdienst weiter zu ermöglichen. Weitere gemeinsame Maßnahmen, wie das deutsch-französische Testzentrum an der Golden Bremm, sollten im Verlauf der Pandemie noch folgen. Diese waren stets eine Reaktion auf das pandemische Geschehen diesseits und jenseits der Grenze. Ein wichtiges Signal der grenzüberschreitenden Solidarität in der Corona Pandemie war auch die Behandlung von französischen Patient:innen als die lothringischen Krankenhäuser an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen sind. Insgesamt 28 französische Corona-Patient:innen wurden 2020 in Kliniken im Saarland behandelt.

Übernahme der Fahrtkosten zum Impfzentrum

Die Gesetzlichen Krankenkassen kamen überein, einen Fahrtkostenanspruch nach § 60 SGB V in Verbindung mit der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) zum nächsterreichbaren Impfzentrum für Versicherte anzuerkennen, obwohl es sich im eigentlichen Sinne dabei nicht um eine Leistung der GKV handelte. Die Regelung galt für alle gesetzlich versicherten Personen, die auch sonst zu ambulanten Behandlungen einen Anspruch auf Fahrtkostenübernahme gegenüber der GKV hatten.

Maßnahmen der Vertragspartner zum Erhalt der Einsatz- und Leistungsfähigkeit

Die Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienst und Krankentransport konnte während der gesamten Corona Pandemie jederzeit vollumfänglich aufrechterhalten werden. Durch die enge und flexible Abstimmung der Krankenkassen (als Kostenträger) mit den Rettungsdienstorganisationen und Transportunternehmen gelang es, das Angebot an die Gegebenheiten anzupassen und die Refinanzierung zu sichern. Landesweit gab es eine Vorhalteeerweiterung an Rettungsmitteln von fünf Krankentransportwagen und einem Rettungswagen. Zusätzliche Transportkapazitäten aus der Luft für die Region boten die in Rheinland-Pfalz stationierten Rettungshubschrauber Christoph 66 und der temporäre Zusatzhubschrauber Christoph 112. Rettungsdienste, wie auch Anbieter von Krankenfahrten, hatten erhöhte organisatorische und finanzielle Aufwendungen für persönliche Schutzausrüstung und die regelmäßige Desinfektion der Fahrzeuge. In der

Pandemie waren Abläufe, wie Patientenunterschrift, die Abholung in Pflegeheimen oder Krankenhäusern, zeitaufwändiger und nicht zuletzt auch personalintensiver. Dies konnte zum größten Teil nur durch eine hohe Eigenbereitschaft der Mitarbeiter:innen kompensiert werden, und dies bei einem gleichzeitig hohen Krankenstand in der Belegschaft. Um die höheren Aufwände, wie auch die stark verringerten Umsätze – insbesondere während der Lockdowns – auszugleichen, wurden mit den Vertragspartnern in unterjährigen außerplanmäßigen Verhandlungen landesspezifische Zuschlagsregelungen vereinbart.

d) Pflege (Alten- und Pflegeeinrichtungen)

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ging der Frage nach, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf Menschen über 80 Jahre hatte. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Auswirkungen sehr unterschiedlich wahrgenommen wurden, was sicher auch an der Heterogenität der Hochbetagten liegt. Dabei geben die meisten Hochbetagten an, dass sich ihre Lebenssituation in wichtigen Lebensbereichen durch die Pandemie nur wenig verändert hat. Am belastetsten für die Hochbetagten waren die Abstandsregelungen und Kontaktbeschränkungen.¹ Im Saarland fand – vor allem zwischen 2020 und 2022 – ein regelmäßiger Austausch zur pflegerischen Versorgung im Saarland statt. Viele der Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung waren bundesweit festgelegt worden, mussten aber in den Ländern jeweils auf die Strukturen und/oder pandemischen Gegebenheiten angepasst werden. Gerade vor dem Hintergrund, dass ältere pflegebedürftige Menschen ein erhöhtes Risiko hatten einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu erleiden, stand bei allen Maßnahmen der Landesregierung, der Saarländischen Pflegegesellschaft, den Trägern sowie der Kranken- und Pflegeversicherung der Schutz dieser vulnerablen Zielgruppe im Vordergrund.

Zur Sicherstellung der Versorgung erfolgte die Abstimmung von Maßnahmen und Empfehlungen mit der PflegeGesellschaft (bspw. Verzicht auf Originalverordnung, Verlängerung von Fristen, Absenkungen der Qualifikationsanforderungen und Delegation an geeignete aber weniger qualifizierte Kräfte und Aussetzen der Beratungsbesuche). Zur Sicherstellung der Leistungserbringung in der Pflege haben das Sozialministerium und die Heimaufsicht gemeinsam mit den Krankenkassen frühzeitig enge Kommunikationswege zwischen den Beteiligten implementiert.

¹ Quelle: Bericht im Rahmen der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ gefördert durch BMFSFJ: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/in-der-pandemie-nehmen-hochbetagte-ihre-lebenssituation-unterschiedlich-wahr-187178> [Abrufdatum 10.08.2023]

Arbeitsschutzstandards in der ambulanten und der stationären Pflege

2022 wurde der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für die ambulante Pflege, Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen für die Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen aktualisiert. Daraufhin wurden Einrichtungen durch den Medizinischen Dienst (MD) Saarland zur Erstellung eines individuellen Hygienekonzepts beraten. Durch die Erfahrungen der Pandemie hat das Thema Hygiene und ein individueller Infektionsschutz eine wesentlich größere Bedeutung bekommen. Dies hat auch positive Auswirkungen auf die Patientensicherheit sowie individuelle Schutzverfahren der Mitarbeiter:innen in den saarländischen Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten.

Sonderleistung nach § 35 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 150c SGB XI

Zum 16.09.2022 ist ein Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) in Kraft getreten. Für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sollten im Zeitraum vom 1.10.2022 bis einschließlich 7.04.2023 eine oder mehrere verantwortliche Personen zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz, sowie zur Koordinierung von entsprechenden Verfahren und Maßnahmen im Rahmen der Corona Pandemie, benennen. Die benannten Personen stellen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen und Testen von Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen sicher. Die beauftragten Personen hatten zudem nach § 150c SGB XI Anspruch auf eine nach Einrichtungsgröße gestaffelten Sonderleistung. Die Auszahlung der Sonderleistungen erfolgte im Zeitraum vom 1.10.2022 bis zum 30.04.2023 monatlich. Zusätzlich erhielten die Pflegeeinrichtungen einen monatlichen Förderbetrag in Höhe von 250 Euro, sofern eine entsprechende Person für die Umsetzung der Aufgaben an die Pflegekassen gemeldet wurden. Die Auszahlung der Sonderleistungen und des Förderbetrags erfolgt durch die zuständige Pflegekasse

Meldungen von wesentlichen Beeinträchtigungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 150 Abs. 1 SGB XI)

Pflegeeinrichtung und Pflegedienst konnten wesentliche coronabedingte Beeinträchtigungen zur Sicherstellung der pflegerischen Vorsorgen der zuständigen Pflegekasse melden (§ 150 Abs. 1 SGB XI). Hierfür wurde nach dem Federführerprinzip eine Erreichbarkeit für die Einrichtungen gewährleistet. An Wochenenden und Feiertagen wurde ein Notdienst eingerichtet. Diese Regelung

war bis zum 31. Dezember 2022 gültig und hat eine schnelle Reaktion auf pandemiebedingte Probleme bei der pflegerischen Versorgung ermöglicht.

Coronaprämie für Pflegekräfte

Coronaprämie für Beschäftigte in der Altenpflege: Die Corona Pandemie hat die Altenpflegeheime sowie ambulante Pflege vor eine besondere Herausforderung und Belastung gestellt. Um die Arbeit zu würdigen, hatte der Bundestag einen Bonus für alle beschlossen, die in der Altenpflege arbeiten. Je nach Art und Umfang der Tätigkeit erhielten die Beschäftigten bis zu 1.500 Euro Prämie. Auch Auszubildende, Freiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Leiharbeiter sowie Mitarbeiter:innen in Servicegesellschaften haben einen Bonus erhalten. Ein Bonus bis zu einer Höhe von 1.500 Euro waren durch Länderzuschüsse insgesamt steuer- und abgabenfrei möglich. Die Landesregierung hatte den Landesanteil zeitnah zugesagt, so dass bis zu 1.500 Euro ausgezahlt werden konnten. Im Saarland wurde der Pflegebonus von der Pflegekasse, die die jeweilige Federführung der Einrichtung hat, ausgezahlt. Der Landesteil wurde vom Land direkt ausgezahlt.

Coronaprämie für Pflegekräfte im Krankenhaus: Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben am 3.09.2020 ein Konzept für eine Coronaprämie für Pflegekräfte im Krankenhaus vorgestellt. Es sieht die Bereitstellung von 100 Millionen Euro für die Zahlung von Prämien von bis zu 1.000 Euro an durch die Versorgung von COVID-19-Patienten besonders belastete Pflegekräfte vor.

Pflege-Schutzschirm (§ 150 SGB XI)

Mit dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz (§ 150 SGB XI) wurden zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallende außerordentliche Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung erstattet, die nicht anderweitig finanziert wurden. Dies geschah aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Voraussetzung für eine solche Erstattung war ein Antrag. Darin waren Mehraufwendungen sowie Mindereinnahmen anzugeben. Auf dieser Grundlage zahlten die jeweils zuständigen Pflegekassen die entsprechenden Erstattungsbeträge aus. Mit diesem finanziellen "Rettungsschirm" unterstützte die Pflegeversicherung die Versorgung der Pflegebedürftigen und stabilisierte die bestehende Pflegeinfrastruktur auch während der Corona Pandemie. Insgesamt wurden im Saarland (mit Stand 31.10.2022) über 104 Millionen Euro

(104.704.782 Euro) an die antragsberechtigten Institutionen (ambulante Pflegedienste, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege, Hospizdienste und Anbieter von AUA-Leistungen) ausgezahlt. Insgesamt wurden fast 6.900 Anträge zum Pflege-Schutzschirm bearbeitet.

Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten

Auch während der Pandemie hat die individuelle Pflegeberatung durch die Mitarbeiter:innen in den saarländischen Pflegestützpunkten stattgefunden. Da die Pflegeberater:innen der saarländischen Pflegestützpunkte mit älteren, meist auch pflegebedürftigen, Personen in Kontakt waren, war es besonders wichtig dieses oft sehr vulnerable Klientel vor einer Infektion mit dem Coronavirus zu schützen. Auch wenn einige Beratungen telefonisch stattfinden konnten, so haben die Mitarbeiter:innen weiterhin die Klient:innen der Pflegestützpunkte individuell bei ihren Fragen rund um das Thema Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit unterstützt. Dies auch vor Ort im direkten Austausch mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Daher haben die Anstellungsträger der Pflegestützpunkte (Landkreise sowie der Regionalverband Saarbrücken und die Kranken- und Pflegekassen) es sehr begrüßt, dass die Pflegeberater:innen der saarländischen Pflegestützpunkte von der Landesregierung eine Impfpriorisierung erhalten haben und sich so sehr früh im Pandemiegeschehen impfen lassen konnten.

e) Alltagsleben

Kinder und Jugendliche

Schon vor der Corona Pandemie hatte sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen verändert. Unter dem Begriff der „Neuen Morbidität“ wurde in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung eine Entwicklung hin zu chronischen, mitunter lebensstilbedingten Erkrankungen sowie zu entwicklungsbedingten psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Diese werden insbesondere durch einen Mangel an häuslicher und familiärer Stimulation und Förderung begünstigt. Das Risiko dafür korreliert stark mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familie. Die Corona Pandemie hat typische psychosoziale Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche und deren Familien in vielfacher Weise verstärkt. Dies führte auch unmittelbar zu einer vermehrten Nachfrage und Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen, z. B. im Bereich der kinder- und jugendmedizinischen, aber auch der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Hier ist der in Deutschland etablierte niedrigschwellige und frühzeitige Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen von großer Bedeutung für die diagnostische Einordnung und die im Bedarfsfall notwendige frühzeitige ärztliche oder

psychotherapeutische Behandlung.² Die gesetzlichen Krankenkassen haben als Reaktion des gestiegenen Bedarfs in mehrfacher Hinsicht reagiert: Zum einen im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung: So sind die Vertagsitze für Psychotherapeut:innen in den letzten Jahren im Saarland kontinuierlich gestiegen. Zusätzlich versucht die GKV zusammen mit der KVS und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes weitere Ressourcen in den bestehenden Strukturen zu heben (Sitzteilung, Gruppensitzungen und auch Online-Sitzungen). Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen im Saarland gibt es hier weiteres Potential, sei es durch eine bessere Strukturierung der Praxisabläufe durch eine Delegation der Terminabstimmung an eine Verwaltungskraft, die durch die GKV refinanziert wird, oder durch die Durchführung weniger stundenintensiver Behandlungsformen oder der Möglichkeit der Gruppentherapie. Die relativ neue Möglichkeit einer Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendung (DiGa) kommt zu den bisherigen Versorgungsformen hinzu. Einen großen Stellenwert für die gesetzlichen Krankenkassen im Saarland nimmt die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (nach § 20a SGB V) ein. Durch landesweite Präventionsprojekte, wie „YOGA mit Kindern in Kita und Schule“ zusammen mit dem Landesinstitut für Pädagogik und Medien (LPM) und dem FREUNDE-Projekt („Starke Kinder – gute FREUNDE“) in Kindertageseinrichtung, fördern die Krankenkassenverbände im Saarland zusammen mit ihren Partnern gezielt die psychische Gesundheit und Resilienz von Kindern. Mit dem Projekt „Generation Z – Z wie Zukunft“ ist seit Anfang 2023 auch ein Projekt für Jugendliche und junge Erwachsene, welches die psychische Gesundheit und ein individuelles Stressmanagement fördert, hinzugekommen.

Kinderkrankengeld

Durch das Krankenhauszukunftsgesetz vom 23.10.2020 wurde der gesetzlich vorgesehene Anspruch auf Kinderkrankengeld erstmalig aufgrund der Corona Pandemie für das Kalenderjahr 2020 erhöht. Damit konnten Versicherte für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage und für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage ein Kinderkrankengeld erhalten. Bei mehreren Kindern war der Anspruch auf 35 Arbeitstage begrenzt, für alleinerziehende Versicherte auf 70 Arbeitstage. Aufgrund der andauernden Corona Pandemie und die in diesem Zusammenhang häufigere Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes wurden im Kalenderjahr 2021 durch das GWB-Digitalisierungsgesetz vom 18.01.2021 und das 4. Bevölkerungsschutzgesetz vom 22.04.2021 die Anspruchstage erneut rückwirkend zum 5.01.2021 ausgeweitet. Danach bestand im Jahr 2021 je Elternteil für jedes Kind ein Anspruch auf Kinderkrankengeld von bis zu 30 Arbeitstagen, für Alleinerziehende von bis zu 60 Arbeitstagen. Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der

² Quelle: Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“; Abschlussbericht
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf> [Abrufdatum 10.08.2023]

Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021 sowie dem Gesetz zur Verlängerung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes und weiterer Regelungen vom 18.03.2022 wurden die Regelungen zum Kinderkrankengeld des Jahres 2021 weitestgehend auch im Kalenderjahr 2022 fortgeführt. Der Anspruch auf ein pandemiebedingtes Kinderkrankengeld (z. B. bei Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen) wurde zunächst bis zum 23.09.2022 verlängert. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022 hat der Gesetzgeber die erweiterten Anspruchstage aus 2022 für das gesamte Kalenderjahr 2023 sowie den Anspruch auf ein pandemiebedingtes Kinderkrankengeld nochmals bis zum 07.04.2023 verlängert.

Erwerbstätige in der Pandemie

Kaum ein gesellschaftlicher Bereich war und ist von der Corona Pandemie so geprägt worden wie die Arbeitswelt. Ein Arbeiten ohne Home-Office und Videokonferenzen ist in vielen Bereichen kaum mehr vorstellbar. Diese Veränderungen bringen aber auch mitunter neue Herausforderungen mit sich. Eine von vielen empfundene höhere „Schlagzahl“ im Arbeitsalltag und auch ein Überdruß der neuen Formate, wie das sogenannte „Zoom-Fatigue“, haben mitunter auch Auswirkung auf die Gesundheit der Erwerbstätigen in der Post-Coronazeit.³ Dabei bleiben viele Fragen, z. B. zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, noch ungeklärt. Auch die Frage, wie man die „neue Arbeitswelt“ mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement zusammendenken kann, muss noch abschließend diskutiert werden. Ein Zurück zu alten Strukturen ist bisher nicht absehbar, daher gilt es nun zusammen mit den Arbeitgeber:innen, den Arbeitnehmer:innen, der Politik und den gesetzlichen Krankenkassen gesundheitsförderliche Strukturen zu finden, die ein gesundes Arbeiten auch unter den neuen Rahmenbedingungen ermöglichen.

Ältere Menschen und Hochbetagte (Menschen über 80 Jahre)

Ältere Menschen und hochaltrige Menschen über 80 Jahre erleben die Veränderungen durch die Corona-Pandemie zumeist als Belastung – aber sie machen auch positive Erfahrungen. Die Erfahrungen reichen von Angst und Hilflosigkeit bis zum Aufrechterhalten des eigenen Wohlbefindens durch individuelle Bewältigungsmechanismen. Damit sind die Erfahrungen und die Auswirkungen der Pandemie bei dieser Zielgruppe genauso heterogen wie die Zielgruppe selbst. Bei den älteren und hochaltrigen Menschen, die gut durch die Pandemie gekommen sind, hängt dies sicher mit der langen Lebenserfahrung und biographische Ereignisse, wie Kriegs- und Nachkriegszeit, zusammen, die

³ Herg. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie; „Das neue Normal? Die Arbeitswelt nach der Corona-Pandemie: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Industrie/industrie-4-0-impulspapier-die-arbeitswelt-nach-der-corona-pandemie.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [Abrufdatum 10.08.2023]

dieser Gruppe geholfen haben Erkrankungen und Einschränkungen besser zu bewältigen. Als besonders belastend wurden dennoch bei dieser Zielgruppe die Abstandsregelungen und Kontaktbeschränkungen empfunden. Die Studie im Auftrag des BMFSFJ wurde vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (ceres) sowie dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) durchgeführt und gibt detaillierte Rückmeldungen zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf hochaltrige Menschen.⁴

3. Kommunikation und Information (was hat gut geklappt bzw. funktioniert, was nicht?)

- a) Positive Aspekte**
- b) Negative Aspekte**

Bevölkerungsnaher Kommunikation und Information während der Corona Pandemie stellt im Allgemeinen und im wissenschaftlichen Kontext eine Form der Krisenkommunikation dar. Hierbei sei eine Krise als negativ bewertetes Ereignis zu verstehen, das unerwartet eintritt. Dazu ist es dienlich, das entsprechende Ereignis zu erklären, Konsequenzen zu identifizieren und zu erläutern sowie diese der Bevölkerung über verschiedene Kommunikationskanäle zur Verfügung zu stellen. Aus Sicht der GKV steht dabei für die Akteur:innen des Gesundheitswesens im Saarland eine zeitnahe, transparente, umfassende sowie verständliche und dialogorientierte Darstellung der Sachverhalte, um kommunikativ deeskalierend zu handeln und einer zunehmenden Verunsicherung vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken, im Mittelpunkt.

Vor den genannten Hintergründen hat die GKV im Saarland größtenteils individuelle Aufklärungskampagnen verfolgt, die sich am gesetzlichen Auftrag der Aufklärung, im Besonderen dem Schwerpunktthema Vorsorge/Impfung, orientiert haben. Insofern stand die Kommunikation in der Phase der Prävention im Vordergrund, später die Phase der Information für den akuten Krankheitsfall, bspw. in Form der Aufklärung zur COVID-19-Symptomatik. Eine Bereitstellung der Information erfolgte vielfach über eigene Kommunikationskanäle, wie bspw. Website und Social Media. Eine gemeinsame, Kommunikation erfolgte anlassbezogen, bspw. zur Information über die finanzielle Abwicklung beim Heilmittelschutzschirm.

Es erfolgte im Saarland keine übergeordnete gemeinsame Kommunikation der GKV zusammen mit der saarländischen Landesregierung, sondern jeweils ein individueller anlassbezogener bzw. punktueller Austausch. Zusätzlich informierte die Landesregierung nur zu wichtigen Ereignissen bzw. zu gesetzlichen Anpassungen/Entwicklungen der Inzidenzen etc. über die Presseverteiler. In Rheinland-

⁴ Quelle: Bericht im Rahmen der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ gefördert durch BMFSFJ: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/in-der-pandemie-nehmen-hochbetagte-ihre-lebenssituation-unterschiedlich-wahr-187178> [Abrufdatum 10.08.2023]

Pfalz, wo zahlreiche der gesetzlichen Krankenkassen im Saarland ebenfalls Versicherte bzw. Mitglieder und Betriebe betreuen, erfolgte eine kontinuierliche, regelmäßige Information über den Presseverteiler des zuständigen Ministeriums. Wöchentlich wurde über Inzidenzen und weitere Themen der Versorgung berichtet.

Dies führt zum Kritikpunkt fehlender gemeinsamer Kommunikationsaktivitäten zum Zwecke der Information der Bevölkerung – also eine Kommunikation in Abstimmung zwischen Landesregierung und der GKV im Saarland. Hier hätte nach Ansicht der Krankenkassenverbände im Saarland insbesondere in Bereichen, die den individuellen als auch den kollektiven Vertrags- und Arbeitsbereich der GKV bei wichtigen Anlässen betreffen, eine bessere gemeinsame Verständigung erfolgen können. Beispielhaft sei hier die pressewirksame Kommunikation zur Aufrechterhaltung der ambulanten pflegerischen Versorgung zu nennen, die in Rheinland-Pfalz gemeinsam mit der Landesregierung erfolgte, im Saarland mit Hinweis auf Zuständigkeit der Pflegekassen abgelehnt wurde.

Die Bewältigung der Pandemie ist eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten und kann nur solidarisch gelingen. Es gilt weiterhin, diese Verantwortung gemeinsam zu übernehmen und vorausschauend zu handeln. Daher erkennt die GKV im Saarland die Wichtigkeit der Aufklärung und Kommunikation auch in der derzeitigen Phase der Nachsorge – insbesondere für die Erscheinungsformen von Long-/bzw. Post-COVID-Erkrankungen als auch in Bezug auf die Aufklärung zu gesundheitlichen Einschränkungen/Folgen bei vulnerablen Gruppen, wie bspw. Kindern und Jugendlichen.

Die gesetzlichen Krankenkassen im Saarland werden weiterhin ihrer Verantwortung gegenüber ihren Versicherten gerecht und so verlässlich, flexibel, konstruktiv und versichertenorientiert weiteren Herausforderungen in Zusammenhang mit der Pandemie und deren Folgen begegnen.

4. Logistik (Was hat gut geklappt bzw. funktioniert? Was nicht? Dieser Punkt soll auch die anfänglichen Schwierigkeiten z. B. bei der Beschaffung von Masken oder Verfügbarkeit von Diagnostika – auch als Folge der Grenzschließungen – abdecken. Damit verbunden ist auch die Komponente der mobilen Testzentren.)

- a) Positive Aspekte
- b) Negative Aspekte

Gerade in der Anfangszeit war Schutzmaterial für Fachkräfte, die die medizinische Versorgung in allen Bereichen sicherstellen mussten, knapp. Dies war besonders für die Menschen belastend, die tagtäglich Kontakt mit Menschen, oder sogar COVID-19-Patient:innen, hatten. Im Saarland wurde dennoch, unter Einsatz aller Verantwortlichen, in den meisten Fällen eine logistische Lösung für diese Bedarfe gefunden. Bis auf die Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) zur

Schutzausrüstung in der vertragsärztlichen Versorgung und Regelungen zu Pflegehilfsmitteln waren die Krankenkassen in eine Vielzahl von logistischen Lösungen nicht eingebunden und können daher keine abschließende Einschätzung treffen. In den genannten Regelungsbereichen war die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Saarland konstruktiv und stets lösungsorientiert.

5. Rechtliche Aspekte (Verfügbarkeit, aber auch Umgang mit den Rechtsinstrumenten IfSG und Rechtsverordnungen)

- a) **Positive Aspekte**
- b) **Negative Aspekte**

Die zahlreichen Verordnungen und Rechtsnormen, die erlassen wurden, waren vielfältig und umfangreich. Zur Auseinandersetzung mit den Regelungen blieb meist nur wenig Zeit, was jedoch den Anforderungen der Pandemie geschuldet war. Dennoch ist es im Saarland allen Beteiligten gelungen, die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung innerhalb kurzer Zeit umzusetzen.

6. Datenmanagement (Dies schließt das Vorhandensein und die Verwertbarkeit von aussagekräftigen (!) Daten, inkl. des Meldewesens nach IfSG ein.)

- a) **Verfügbarkeit aussagekräftiger Daten**
- b) **Bedarfe**

Gerade hinsichtlich des Datenmanagements gab es im Rahmen der Pandemie Erwartungen der Politik an die gesetzliche Krankenversicherung, die diese strukturell und auch aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht erfüllen konnte. Ein Beispiel hierfür war die Abfrage des Impfstatus der gesetzlich Versicherten. Diese Information lag den gesetzlichen Krankenkassen nur in Teilen vor, da die meisten Versicherten über die zentralen Impfzentren der Länder geimpft wurden. Darüber hinaus dürfen die Krankenkassen nur solche Daten ihrer Versicherten verarbeiten, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben notwendig sind.

7. Konsequenzen (Hier sollen zwar auch positive Aspekte eingehen, aber vor allem die negativen Erscheinungen – z. B. als Folge der Altenheim-/Pflege- sowie Schulschließungen abgebildet werden.)

- a) **politisch**
- b) **verwaltungstechnisch**

Durch die enge Verbindung zwischen politischen und verwaltungstechnischen Aspekten werden a) und b) gemeinsam beantwortet.

Die Pandemie hat nicht nur der Gesellschaft Grenzen aufgezeigt, auch der politische Wille und das verwaltungstechnisch Mögliche kamen in der Pandemie an einigen Stellen an seine Grenzen. Als Beispiel für den Regelungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen ist die Ansprache von vulnerablen Gruppen zur Impfpriorisierung zu nennen. Viele solcher durchaus sinnvollen politischen Forderungen an die gesetzlichen Krankenkassen sind daran gescheitert, dass die Krankenkassen in vielen Fällen die Gesundheitsdaten ihrer Versicherten nicht erheben bzw. nutzen dürfen. Auch die Verfügbarkeit notwendiger Daten zur Umsetzung des politisch Gewollten, war nicht immer gegeben. Als eine Konsequenz dieser Erfahrungen in der Pandemie kann daher der aktuelle als Referentenentwurf vorliegende Gesetzesentwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), welcher eine gezielte Nutzung von Gesundheitsdaten zur Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen ermöglichen soll, gewertet werden.

8. Konkrete Handlungsoptionen

- a) für das Saarland (Zielsetzung dabei sind Vorschläge, die vom Saarland in Eigenregie umsetzbar sind)
- b) für den Bund (im Sinne von Vorschlägen an die Bundesregierung)

Sofern Handlungsoptionen gesehen wurden, erfolgte die Darstellung in den einzelnen Themenfeldern.

9. Sonstiges (Dieser Punkt soll als Auffang dienen, falls die anderen Oberpunkte nicht einschlägig sein sollten.)

Prävention und Selbsthilfe

Grundsätzlich konnten die kassenindividuellen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote unter den einschränkenden Rahmenbedingungen fortgesetzt werden, insb. durch Umstellung/Ausweitung der Kontakte und Beratungen über digitale Kanäle (z. B. Videokonferenzen) als auch durch Umstellung/Ausweitung der Angebote auf digitale oder hybride Formate. Inhaltlich entwickelte sich dahingehend ein deutlich verstärkter Trend zum Bedarf an psychosozialen Angeboten, den die gesetzlichen Krankenkassen im Saarland individuell als auch kassenübergreifend abdecken konnten.

In allen Settings, insbesondere in den nichtbetrieblichen Lebenswelten und der Selbsthilfe haben sich einige Projekte verzögert oder wurden zurückgestellt (z. B. wegen der Kontaktbeschränkungen, fehlender technischer Ausstattung, hohem Krankenstand bei den Settingpartner:innen und Organisationen, Vorrang anderer Themen in den Betrieben). Aus Sicht der GKV im Saarland hat die Pandemie das Bewusstsein für die Bedeutung von Prävention/Gesundheitsförderung und deren Stellenwert gestärkt. Es zeigten sich aber auch während der Pandemie die grundsätzlichen Herausforderungen der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen und der Vermeidung der Exklusion digital

weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“). Durch die neuen Formate wurden aber auch Personen erreicht, die man mit den ursprünglichen Formaten nicht angesprochen hat. In einigen Projekten gab es sogar positive Auswirkungen der Pandemie, so konnten über das Homeschooling im Projekt „YOGA mit Kindern in Kita und Schule von 5–12 Jahren“, welches die GKV mit dem Landesinstitut für Pädagogik und Medien (LPM) umgesetzt hat, Eltern stärker als bisher einbezogen werden. Ältere Menschen (bspw. in Pflegeeinrichtungen) konnten vermehrt an digitale Formate (z.B. Videotelefonie) herangeführt werden und diese im Alltag nutzen. Gleichmaßen stärkte die Pandemie das Bewusstsein dafür, dass Präsenzveranstaltungen, und damit der direkte Kontakt mit den Betroffenen, oftmals unabdingbar zum Erfolg der Maßnahmen beiträgt

Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch die mit der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG), dem saarländischen Gesundheitsministerium, dem Verein PuGiS e. V. sowie allen Krankenkassen im Jahr 2021 durchgeführte Fitmach-Aktion, bei der 1.000 Probanden kostenfrei in Gesundheits- und Fitnessanlagen trainieren konnten.

Langzeitfolgen, insb. Long/Post-COVID:

In Bezug auf die Bekämpfung der Langzeitfolgen der Pandemie – im Sinne der Krankheitsfolgen – erweisen sich die Sektorengrenzen vor allem zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiterhin als ein Hindernis für Patient:innen.

Die Pandemie untermauert die Notwendigkeit einer populationsorientierten Planung der Versorgungsstrukturen. Gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen sind aus Sicht der GKV dabei zu stärken.

Beispiel LongCOVID-Behandlung – schlechte Datenlage, mangelnde Abstimmung unter den medizinischen Professionen und Sektoren führt zu einer mangelhaften Versorgungslage für Betroffene LongCOVID-Patienten.

Außerdem ist die Erkenntnislage zu Häufigkeit, Ausmaß und Art der längerfristigen Beeinträchtigung auch nach drei Jahren immer noch sehr unsicher. In verfügbaren Studien wird demnach deutlich, dass auch die Häufigkeit von persistierenden Symptomen einer erheblichen Spannweite unterliegt sowie unterschiedlich intensive Ausprägungen aufweist. Die gesetzlichen Krankenkassen sehen weiterhin eine Notwendigkeit im Aufbau interdisziplinärer Strukturen. Hierzu muss geprüft werden, wie möglichst schnell ggf. auch regionale, sektorenübergreifende Netzwerke aufgebaut werden können, um die Situation für Long- und PostCOVID-Patient:innen zu verbessern. Beispielhaft vorbildlich ist hier die Post-COVID-19-Sprechstunde am Universitätsklinikum des Saarlandes hervorzuheben.

Außerdem besteht weiterhin die Notwendigkeit Forschung und Entwicklung auszubauen und entsprechende Investitionsmittel seitens des Gesetzgebers hierfür, und damit für eine bessere Versorgung Betroffener, bereitzustellen.

Alle Beteiligten im Saarland sollten auch zukünftig weiterhin bestrebt sein, die Bevölkerung durch gesundheitsbezogene Aufklärung zu unterstützen und neben individuellen, wenn nötig, auch übergreifende Versorgungsprojekte etablieren. Hinsichtlich der Langzeitfolgen betrifft dies im Besonderen auch die psychische Gesundheitssituation vulnerabler Gruppen, hier insbesondere der Kinder und Jugendlichen, die es mit besonderem Augenmerk zu verfolgen gilt.

An dieser Stelle sei der Hinweis auf eine aktuell gestartete Studie der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG), gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Saarlandes, dem Vereins PuGiS e. V., dem Universitätsklinikum des Saarlandes sowie den im Saarland vertretenen gesetzlichen Krankenkassen gestattet. Ziel dieser Studie ist die Überprüfung der Effekte eines achtwöchigen individualisierten Fitnessstrainings auf ausgewählte Langzeitsymptome bei Post-COVID-Betroffenen gestartet. Der Betrachtungsschwerpunkt liegt dabei auf der Post-COVID-Fatigue.

Diese Stellungnahme ergeht namens und im Auftrag der

- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland- Die Gesundheitskasse
- BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland
- IKK Südwest
- KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Saarbrücken
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Saarland.