



# Unterrichtungsvorlage

Vorlage: UV/0250/2020		Datum: 20.07.2020	
<b>Dezernat 2</b>			
Verfasser:	50-Amt für Jugend, Familie, Senioren und Soziales	Az.: 503506	
<b>Betreff:</b>			
<b>Gemeinsamer Antrag der Ratsfraktionen: Linke, Grüne und SPD: elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge</b>			
Gremienweg:			
19.08.2020	Sozialausschuss	<input type="checkbox"/> einstimmig	<input type="checkbox"/> mehrheitl.
		<input type="checkbox"/> abgelehnt	<input type="checkbox"/> Kenntnis
		<input type="checkbox"/> verwiesen	<input type="checkbox"/> vertagt
		<input type="checkbox"/> Enthaltungen	<input type="checkbox"/> Gegenstimmen
	TOP		öffentlich
			ohne BE
			abgesetzt
			geändert

## Unterrichtung:

Stellungnahme der Verwaltung:

Der gemeinsame Antrag der Ratsfraktionen Linke, Grüne und SPD vom 12.09.2019 zum Beitritt zur Rahmenvereinbarung für die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge (eGK) wurde in der Sitzung des Sozialausschusses am 23.10.2019 behandelt (UV/339/2019). Frau Bürgermeisterin Mohrs hat in der Sitzung mündliche Ausführungen zum Antrag gemacht und gleichzeitig zugesichert, dass zunächst im 1. Quartal 2020 ein Gespräch mit der zuständigen BARMER Krankenkasse geführt werden wird, in dem u.a. die Höhe der Verwaltungsausgaben verhandelt werden. Dieses Gespräch mit den Vertreterinnen und Vertretern der BARMER ist am 24.01.2020 erfolgt und die Ergebnisse aus diesem Gespräch wurden in diese fortgeschriebene Stellungnahme eingearbeitet.

### 1) Rechtsgrundlage

Nach § 4 Absatz 1 AsylbLG sind zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Abs.1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Zudem erhalten nach Absatz 2 des § 4 werdende Mütter und Wöchnerinnen ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel. Gemäß § 4 Abs. 3 AsylbLG stellt die zuständige Behörde die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Die Art und Weise ist nicht näher bestimmt und erfolgt in der Regel über die Ausgabe von Behandlungsscheinen. Drei der 36 rheinland-pfälzischen Kommunen haben sich für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach § 264 Abs. 1 SGB V über den Beitritt zu der im Februar 2016 in Kraft getretenen Rahmenvereinbarung des Landes Rheinland-Pfalz mit den rheinland-pfälzischen Krankenkassen entschieden. Das Ziel der eGK liegt gemäß der Rahmenvereinbarung darin, den Zugang zu medizinischer Versorgung zu vereinfachen und zugleich die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und den Verwaltungsaufwand für die Kommunen zu reduzieren.

Der betroffene Personenkreis umfasst dabei nur Leistungsberechtigte nach §§ 1a und 3, 3a AsylbLG, sofern keine vorrangige Pflicht-, Familien- oder freiwillige Krankenversicherung besteht. Leistungsberechtigte, die sich seit mindestens 18 Monaten ohne wesentliche Unterbringung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, haben gemäß § 2 AsylbLG einen Anspruch auf Leistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches analog und werden somit 18 Monate nach der Einreise gemäß § 264 Absatz 2 SGB V bei einer Krankenkasse angemeldet und erhalten eine Versichertenkarte.

## **2) Beschreibung und Vergleich des Verwaltungsaufwandes mit und ohne eGK**

Um den eingeschränkten Anspruch des § 4 AsylbLG zu gewährleisten, wird den Anspruchsberechtigten, die einen Haus- und Kinderarzt, Zahnarzt oder Gynäkologen aufsuchen möchten, in der Regel bei persönlicher Vorsprache ein Behandlungsschein, der jeweils bis zum Ende des laufenden Monats gültig ist, ausgehändigt. Die Arztpraxis, bei der der Behandlungsschein im Original abgegeben wurde, kann in diesem Zeitraum bei Bedarf mehrfach aufgesucht werden. War aufgrund von Eilbedürftigkeit eine Behandlung erforderlich, bevor ein Schein abgeholt werden konnte, kann bei Vorliegen einer entsprechenden Bestätigung auch im Nachgang ein Behandlungsschein ausgestellt werden. Wenn die Vorstellung bei einem Facharzt vorgesehen ist, ist ein Überweisungsschein zur Genehmigung vorzulegen. Sofern aus diesem nicht hervorgeht, dass es sich nicht um einen Akut- oder Notfall handelt, erfolgt eine Beauftragung des Gesundheitsamtes zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit i.S.d. § 4 AsylbLG. Ebenso verhält es sich mit Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel, Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz sowie Verordnungen für geplante Operationen oder stationäre Krankenhausaufenthalte. Das amtsärztliche Gutachten ist in diesen Fällen maßgebend für die Entscheidung über die Genehmigung.

Dies betrifft ausschließlich die nach § 4 AsylbLG krankenhilfeberechtigten Personen, von denen nicht jede regelmäßig Krankenhilfeleistungen in Anspruch nimmt und monatlich einen Krankenschein benötigt, während die eGK für alle Personen ausgestellt wird.

Folgende Aufgaben würden mit Einführung der eGK entfallen:

- Aushändigung der Behandlungsscheine
- Genehmigung von Überweisungen und Verordnungen und Erteilung von Kostenzusagen sowie Beauftragung des Gesundheitsamtes mit einigen Ausnahmen (für einige Leistungen verbleibt die Prüfung in Zuständigkeit der Behörde, z.B. für medizinische Vorsorgemaßnahmen nach §§ 23, 24 SGB V oder Zahnersatz)
- Prüfung der Sammelabrechnung der kassenärztlichen Vereinigung über alle ambulanten Behandlungen und die sich anschließende unmittelbare Zahlung an die Kassenärztliche Vereinigung
- Prüfung und Zahlung der Rechnungen für stationäre Krankenhausaufenthalte sowie Heil- und Hilfsmittel im Einzelfall

Folgende Aufgaben würden mit Einführung der eGK auf die Verwaltung neu hinzukommen:

- Anmeldung bei der beauftragten Kasse
- Beschaffung und Bereitstellung der Lichtbilder (ggf. zusätzliche Kosten)
- Aufklärung der Leistungsberechtigten über Nutzung und Anwendung der Karte
- Um- bzw. Korrekturmeldungen, z.B. bei Korrektur der Namensschreibweise oder Änderung der Anschrift und damit verbundene Neuausstellung einer Karte
- Entgegennahme und Weiterleitung der Meldung von Verlust oder Defekt einer eGK
- Abmeldung bei Ausscheiden aus dem Leistungsbezug oder bei Eintritt eines vorrangigen Krankenversicherungsschutzes z.B. durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Ausreise oder Zuständigkeitswechsel
- Rückforderung der Karten nach Abmeldung, Überwachung der Rückgabe und Rücksendung an die Krankenkasse
- Geltendmachung und Durchsetzung von Erstattungsansprüchen
- Prüfung und Zahlung der Abrechnungen der Krankenkasse

- Prüfung und Erstattung von Aufwendungen, die durch irrtümliche Weiterverwendung nach Abmeldung oder missbräuchliche Verwendung entstanden sind gemäß § 264 Absatz 5 Satz 3 SGB V

### **3) Ergebnis der Verhandlungen mit der BARMER Krankenkasse**

Die Zuständigkeit der BARMER ist eine verbindliche Vorgabe aus der Anlage 5 zur Rahmenvereinbarung. Aus dem Gespräch mit Vertretern der BARMER Krankenkasse am 24.01.2020 gingen folgende Ergebnisse hervor:

- 1) Die BARMER betreut derzeit ausschließlich Kommunen in Nordrhein-Westfalen. Das für Koblenz zuständige Beratungszentrum ist in Frankfurt am Main angesiedelt.
- 2) Die Leistungen der Krankenhilfe, die durch die BARMER beim Einsatz der eGK erbracht werden, orientieren sich nicht am strengeren Leistungsumfang des Asylbewerberleistungsgesetzes, sondern am umfassenderen Leistungsumfang des SGB V.
- 3) Zwischen der Anmeldung der Leistungsempfänger bei der BARMER und der Zurverfügungstellung der Karte vergehen ca. 10 Tage. Die Zwischenzeit müsste weiterhin durch Behandlungsscheine, die die Verwaltung ausstellt, überbrückt werden.
- 4) Die Auftragsfälle nach der Rahmenvereinbarung werden intern bei der BARMER genau wie „eigene“ Versichertenfälle geführt. Dies bedeutet, dass die gleichen internen Prüfmechanismen der BARMER greifen.
- 5) Die BARMER ist nicht bereit, eine geringere, prozentuale Berechnungsgrundlage anzubieten, sodass für die Berechnung der Verwaltungskosten grundsätzlich die in der Rahmenvereinbarung festgelegten 8 % zu Grunde gelegt werden würden.  
Die BARMER ist jedoch bereit, anstelle dieses Prozentsatzes eine „Pauschale je angemeldete Person“ zu vereinbaren. Als monatliche Pauschale würde dann ein Kostenersatzbeitrag je Versichertenmitglied und je Betreuungsmonat zur Anwendung gelangen. Dieser wird jährlich durch die BARMER unter Zugrundelegung der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuletzt veröffentlichten durchschnittlichen Netto-Verwaltungskosten aller Krankenkassen je Versicherten festgelegt. Der sich daraus ergebende dynamische Verwaltungskostenersatz wird jährlich entsprechend angepasst und jeweils für ein Kalenderjahr festgelegt.
- 6) Auf die sonstigen Kosten nach der Rahmenvereinbarung (MDK-Umlage, Gebühren für die Ausstellung der Karte) verzichtet die BARMER nicht.

### **4) Kosten**

Die Rahmenvereinbarung sieht eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 8 % der Aufwendungen, jedoch mindestens in Höhe von zehn Euro pro Person und pro angefangenem Monat vor. Eine Änderung der Rahmenvereinbarung und Anpassung der Verwaltungskostenpauschale ist seit Inkrafttreten nicht erfolgt und auch nicht in Aussicht. Zusätzlich fällt eine Umlage von 0,83 Euro pro Person und Monat für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie ein Betrag von acht Euro für jede Karte an. Die monatliche Verwaltungskostenpauschale sowie die Kartengebühr fällt für alle Personen an und somit auch für die Personen, die keine Krankenhilfe in Anspruch nehmen und die Karte ggf. nicht nutzen.

Anhand des Gesprächsergebnisses wurden die zu erwartenden Kosten unter Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben gemäß der Rahmenvereinbarung den zu erwartenden Kosten unter Berücksichtigung des durch die BARMER benannten Kostenersatzbeitrags gegenübergestellt.

Basisjahr für die Berechnungsmodelle sind die Zahlen der tatsächlichen Aufwendungen in 2018 sowie die Personen des gleichen Zeitraums, um hier eine solide Vergleichbarkeit herbeizuführen. Daher wird auch der Kostenersatzbeitrag des Jahres 2018 zu Grunde gelegt, der nach Mitteilung der BARMER 13,18 € betrug.

### **A) Berechnung der Verwaltungsausgaben nach der Rahmenvereinbarung**

a. Gesamtaufwendungen 529.266,65 € x 8 %	42.341,33 €
b. MDK-Umlage 0,83 € pro Person und Monat (Berechnung siehe Anlage)	2.636,68 €
c. Erstaussstellung der Karten; 8 € Karte/Person 400 Leistungsempfänger im Jahresverlauf 2018	3.200,00 €
<b>Gesamt</b>	<b>48.178,01 €</b>

### **B) Berechnung der Verwaltungsausgaben nach dem Alternativangebot der BARMER**

a. Kostenersatzbeitrag 13,18 €/mtl. Die Zahl der monatlich angemeldeten Personen ist nicht konstant. Die Übersicht ist als Anlage beigefügt.	41.859,68 €
b. MDK-Umlage 0,83 € pro Person und Monat (Berechnung siehe Anlage)	2.636,68 €
c. Erstaussstellung der Karten; 8 € Karte/Person 400 Leistungsempfänger im Jahresverlauf 2018	3.200,00 €
<b>Gesamt</b>	<b>47.696,36 €</b>

Im Ergebnis ist mit Verwaltungskosten in Höhe von rund 48.000,00 Euro zu rechnen.

Kosten, die bei einem erneuten Ausstellen der Karte (z.B. nach Datenkorrektur, Verlust, Defekt usw.) entstehen, sind hier nicht enthalten, da keine belastbaren Zahlen vorliegen, sodass hierzu kein Wert ermittelt werden kann.

Die Vergleichsberechnung zeigt, dass eine Anwendung der von der BARMER angebotenen Berechnungsgrundlage nur sehr geringfügig (491,65 € jährlich) günstiger wäre. Es stellt somit keine Alternative dar, die zu einer deutlichen Minimierung der Verwaltungskosten beiträgt.

### **5) Vor- und Nachteile der eGK**

Vorteile:

- Angleichung der Leistungsempfänger mit gesetzlich Versicherten
  - Die Leistungsempfänger erhalten Scheckkarten ähnliche Karten, die den üblichen Versichertenkarten gesetzlich Versicherter zumindest optisch gleich sind.
- unmittelbare Vorstellung bei Ärzten möglich
  - Vor dem Aufsuchen eines Allgemeinarztes ist im Regelfall keine Rücksprache mit dem Amt erforderlich.
- Fachliche Expertise und Strukturen der Krankenkassen

- Die Krankenkassen verfügen über fachlich qualifizierte Mitarbeiter und Strukturen, wie beispielsweise ein Krankenhaus-Fallmanagement, und möglicherweise individuelle Rabattvereinbarungen.

#### Nachteile:

- weniger Flexibilität und Handlungsspielraum der Verwaltung in Notfällen oder Ausnahmesituationen bedingt durch die einzuhaltenden Prozesse und Bearbeitungszeiten der Krankenkasse
  - beispielsweise wurden aufgrund der Corona-Pandemie für die Monate April und Mai 2020 allen Leistungsempfängern pauschal Behandlungsscheine für den Haus- bzw. Kinderarzt postalisch zugesandt, damit diese im Bedarfsfall umgehend einen Arzt aufsuchen können und durch die Schließung der Verwaltung und die allgemeinen Risiken und Einschränkungen keinen Nachteil erfahren. Wenn die Steuerung über die Art der Krankenhilfegewährung nicht mehr allein in der Hand der Stadtverwaltung liegt, ist die Einflussnahme in derartigen Situation sowie im Falle von Problemen mit der Gesundheitskarte (z.B. Verlust, Defekt o.ä.) durch die Abhängigkeit von den Prozessen und Bearbeitungszeiten der Krankenkasse beschränkt.
- alle Risiken gehen zu Lasten der Verwaltung
  - Wird eine Karte missbräuchlich verwendet oder nach Ende des Leistungsbezuges irrtümlich weiter genutzt, sind die Aufwendungen an die Krankenkasse zu erstatten.
  - Die Krankenkasse trifft Kostenentscheidungen nach eigenen Voraussetzungen. Durch die Krankenkassen erfolgt keine Prüfung der Aufschiebbarkeit nach § 4 AsylbLG.
- zusätzliche Verwaltungskosten von rund 48.000,00 €
- aktuelle Nachteile oder Probleme der Leistungsempfänger durch das System der Behandlungsscheine sind nicht bekannt

### **6) Erfahrungswerte der beigetretenen Kommunen**

#### a) Landkreis Kusel

Im Antrag vom 12.09.2019 wird auf den Landkreis Kusel verwiesen. Aus der Beschlussvorlage des Kreistages Kusel vom 13.08.2018 geht hervor, dass eine Einigung mit der dort zuständigen DAK darüber erzielt werden konnte, dass in Verbindung mit der Verwaltungskostenpauschale nicht das Minimum von zehn Euro pro Person und pro angefangenem Monat gezahlt wird. Die Verwaltungskostenpauschale selbst blieb bei 8 %.

Kusel ist jedoch aufgrund der Größe und Strukturen nicht für einen äquivalenten Vergleich mit der Stadt Koblenz geeignet. Es handelt sich um einen Landkreis mit rund 71.000 Einwohnern und 98 Gemeinden, in denen die zugewiesenen Leistungsempfänger dezentral untergebracht sind. Besser eignen sich die kreisfreien Städte Trier und Mainz für einen Vergleich.

#### b) Stadt Trier

Die Stadt Trier ist zum 01.01.2017 der Rahmenvereinbarung beigetreten.

Seitens des zuständigen Amtes der Stadtverwaltung Trier wurde berichtet, dass die Einführung der eGK gegen den Rat der Verwaltung erfolgte, da nicht mit einer Verringerung des Verwaltungs- und Personalaufwandes gerechnet wurde. Diese Erwartung sei auch zwei Jahre nach Einführung der eGK nicht widerlegt worden, da wesentliche Verbesserungen für die Verwaltung sowie eine Verringerung des Verwaltungsaufwandes nicht festzustellen sind.

Positiv wurde die Annahme der eGK von den Leistungsberechtigten sowie die gute Zusammenarbeit mit der zuständigen Krankenkasse (Kaufmännische Krankenkasse KKH), insbesondere hinsichtlich des Beratungsbedarfs bei Einführung der eGK, erwähnt. Die eGK wird von den Leistungsberechtigten positiv angenommen.

Das Fazit lautete, dass die Gesundheitskarte auf Seiten der Leistungsberechtigten sowie für die Leistungserbringer Vorteile bringt, die Umsetzung und laufende Bearbeitung jedoch weiterhin mit Aufwand und Kosten verbunden ist, sodass keine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes und keine finanziellen Einsparungen festgestellt werden konnten.

#### c) Stadt Mainz

Nachdem sich die Stadt Mainz zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rahmenvereinbarung aufgrund der dort vereinbarten Verwaltungskosten und der Bewährtheit des bestehenden Systems zunächst gegen einen Beitritt ausgesprochen hat, erfolgte der Beitritt aufgrund einer Einigung mit der zuständigen Krankenkasse (IKK Südwest) schließlich zum 01.07.2017. Über den Inhalt dieser Einigung wurde Verschwiegenheit vereinbart, sodass wir hierüber keine näheren Informationen erhalten haben. Wir haben lediglich die Mitteilung erhalten, dass diese Einigung nicht mit einer Absenkung der Verwaltungspauschale begründet wurde, sondern diese weiterhin 8 % beträgt.

Eine Wirtschaftlichkeitsberechnung vor Einführung der eGK habe ergeben, dass sich Mehrausgaben und Einsparungen in etwa die Waage halten. Tatsächliche Vergleichswerte sowie valide Aussagen zur Kostenentwicklung konnte uns die Stadt Mainz nicht zur Verfügung stellen.

### 7) Position der Kommunalen Spitzenverbände und des zuständigen Ministeriums

Die Rahmenvereinbarung wurde zwischen dem Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD), und Vertretern der Krankenkassen geschlossen. Seitens des Ministeriums wird die Einführung der eGK befürwortet und durchweg positiv beurteilt. Dabei führt das Ministerium selbst aus, dass jede Kommune in eigener Zuständigkeit entscheidet, ob sie der Rahmenvereinbarung beitreten möchten oder nicht und dabei die Betrachtung vorzunehmen hat, ob es sich für die Kommunen wirtschaftlich rechnet.

§ 16 der Vereinbarung sieht eine regelmäßige Evaluation und gegebenenfalls eine Anpassung der Höhe der Verwaltungskosten vor. Wie uns durch Mitarbeiter des Ministeriums mitgeteilt wurde, ist diese bisher nicht erfolgt, da durch die geringe Anzahl der teilnehmenden Kommunen sowie die durch abflauende Flüchtlingszahlen sinkende Anzahl an Nutzern der eGK keine ausreichenden Daten vorliegen, um eine aussagekräftige Evaluation durchführen zu können.

Die kommunalen Spitzenverbände haben mit Schreiben vom 21.01.2016 und vom 03.06.2016 einen Beitritt der Landkreise und Städte in Rheinland-Pfalz zur Rahmenvereinbarung nicht empfohlen. In der Kritik stehen vor allem die hohen Verwaltungskosten zu Ungunsten der Kommunen. Eine telefonische Rückfrage beim Städtetag Rheinland-Pfalz ergab, dass seither keine anderslautenden Erkenntnisse eingetreten sind, die die Positionierung des Städtetages zum Beitritt zur Rahmenvereinbarung ändern könnte.

### 8) Ergebnis der Verwaltung:

Durch den Beitritt zur Rahmenvereinbarung ist mit zusätzlichen jährlichen Aufwendungen in Höhe von rund 48.000 Euro zu rechnen. Demgegenüber wird eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes und des Personals nach unserer Einschätzung nicht erwartet. Das Amt für Personal und Organisation (Sozialcontrollerin Frau Maximini) teilt diese Auffassung. Die wenigen Kommunen, die in Rheinland-Pfalz der Rahmenvereinbarung beigetreten sind und bei denen auf Grund ähnlicher Größe und

Struktur eine Vergleichbarkeit möglich ist (die Städte Trier und Mainz), berichten, dass sich der Verwaltungsaufwand durch die Einführung der eGK nicht reduziert hat und es demzufolge nicht zu Personalreduzierungen kam.

Soweit vorgetragen wird, dass sich durch den Beitritt zur Rahmenvereinbarung denkbare finanzielle Vorteile durch die fachliche Qualifikation der Krankenkassen (z.B. Krankenhaus-Fallmanagement sowie individuelle Rabattvereinbarungen der Krankenkassen mit Arznei- und Hilfsmittelherstellern) ergeben könnten, brachte das Gespräch mit der BARMER hierzu keine verwertbaren Ergebnisse. Durch die BARMER wurden diese weder im gemeinsamen Gespräch noch im nachgelagerten Kontakt beziffert. Sie können somit nicht prognostiziert werden. Es ist nach unserer Einschätzung jedoch nicht zu erwarten, dass diese fachliche Qualifikation der Krankenkasse zu spürbaren Einsparmöglichkeiten führt, deren Ausmaß in Umfang und Höhe die Mehraufwendungen ausgleichen oder gar überwiegen.

Die zu befürchtenden Nachteile für die Kommune, insbesondere die finanziellen Nachteile, überwiegen die zu erwartenden Vorteile für die Leistungsberechtigten. Gerade der flexible und unbürokratische Umgang während der Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Hilfestellung „aus einer Hand“ sehr bürgernah, kundenorientiert und somit auch flexibel ist. Aus diesem Grund und aufgrund der geringen Anzahl an Kommunen und dadurch Personen, die die eGK nun seit rund drei Jahren nutzen, vertritt die Verwaltung die Auffassung, die Einführung der eGK weiterhin zurückzustellen und zukünftige Entwicklungen, insbesondere eine Evaluation, abzuwarten. Im Falle einer Evaluation und Anpassung der Rahmenvereinbarung zu Gunsten der Kommunen kann der Beitritt zu der Rahmenvereinbarung, insbesondere in Hinblick auf die prognostizierte Kostenentwicklung, gegebenenfalls erneut geprüft werden.

Abschließend ist zu betonen, dass die Verwaltung keine neuen freiwilligen Leistungen aufgrund der angespannten Haushaltssituation in den Leistungskatalog aufnehmen kann.

**Anlage:**

Errechnung der MDK-Umlage

**Auswirkungen auf den Klimaschutz:**

Nein