Medizinischer Dienst
Bund

Verwaltungsrat Medizinischer Dienst Bund

Präsenzsitzung | 26. August 2026 | Hamburg

Ort:	Medizinischer Dienst Nord Hammerbrookstraße 5 20097 Hamburg
Termin:	Mittwoch, 26. August 2026, 09:00 bis ca. 14:30 Uhr
Leitung:	Sandra Goldschmidt
Beratungsunterlagen:	Stand 12.08.2026

Medizinischer Dienst Bund

Verwaltungsrat Medizinischer Dienst Bund

Präsenzsitzung | 26. August 2026 | Hamburg

Vorläufige Tagesordnung

1. Formalia 09:00 – 09:05 Uhr
   - 1.1. Feststellung der Beschlussfähigkeit und der ordnungsgemäßen Einladung
   - 1.2. Feststellung der Tagesordnung
   - 1.3. Genehmigung der Niederschriften über die Sitzungen des Verwaltungsrates am 23. Juni 2026

2. Bericht des Vorstandes 09:05 – 09:25 Uhr

3. Berichte aus den Ausschüssen 09:25 – 09:35 Uhr
   - 3.1. Bericht aus dem Grundsatzausschuss
   - 3.2. Bericht aus dem Finanzausschuss

4. Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste 09:35 – 10:15 Uhr
   - 4.1. Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI (PruP-RL)
     Beschluss der Richtlinie
   - 4.2. Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (BRi)
     Beschluss der Richtlinie
   - 4.3. Richtlinie Zusammenarbeit der Krankenkassen und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten
     Beschluss der Richtlinie
   - 4.4. Richtlinie zu Rezepturarzneimitteln in der stationären Versorgung
     Eröffnung des Richtlinienverfahrens
   - 4.5. Richtlinie Begutachtungsanleitung Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung
     Empfehlung Eröffnung des Richtlinienverfahrens
   - 4.6. Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RL PBE-GKV)
     Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflege-versicherung (RL PBE-SPV)
     Information über Erlass im beschleunigten Verfahren
   - 4.7. Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste und Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste
     Information über Erlass im beschleunigten Verfahren
   - 4.8. Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-RL)
     Information über Erlass im beschleunigten Verfahren
   - 4.9. Richtlinie Unabhängige Ombudsperson
     Sachstand

Kaffeepause 10:15 - 10:30 Uhr

5. Medizinischer Dienst Nord stellt sich vor 10:30 – 11:25 Uhr

Medizinischer Dienst Bund

Verwaltungsrat Medizinischer Dienst Bund

Präsenzsitzung | 26. August 2026 | Hamburg

6.	Haushalt MD Bund		11:25 – 11:55 Uhr
	6.1. Haushaltseckwerte 2027		
7.	Satzungsänderungen		11:55 – 12:25 Uhr
	7.1. Regelung für Sitzungen im Hybridformat 7.2. Regelungen zur einheitlichen Aufgabenwahrnehmung 7.3. Weiterer Anpassungsbedarf		

Mittagspause 12:25 – 13:10 Uhr

8.	Vorbereitung Wahl Verwaltungsrat MD Bund zur zweiten Wahlperiode – Einsetzen des Wahlausschusses		13:10 – 13:40 Uhr
9.	Vorstandsangelegenheiten	nicht-öffentlich	13:40 – 14:00 Uhr
10.	Besetzung der Stelle der Unabhängigen Ombudsperson beim MD Bund		14:00 – 14:10 Uhr
11.	Beteiligungsbericht MD IT-GmbH		14:10 – 14:20 Uhr
12.	Gremientermine 2027		14:20 – 14:25 Uhr
13.	Sonstiges		14:25 – 14:30 Uhr

Medizinischer Dienst Bund

Verwaltungsrat Medizinischer Dienst Bund

Präsenzsitzung | 26. August 2026 | Hamburg

1 Formalia

1.1 Feststellung der Beschlussfähigkeit und der ordnungsgemäßen Einladung

Sachverhalt

Zur Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund wurde mit Schreiben vom 5. August 2026 eingeladen.

In der Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß eingeladen sind und die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder im Verwaltungsrat in der Sitzung anwesend ist.

Beratungsergebnis

1.2 Feststellung der Tagesordnung

Sachverhalt

Die vorläufige Tagesordnung wurde mit dem Einladungsschreiben zur Sitzung des Verwaltungsrates am 5. August 2026 übersandt.

Beratungsergebnis

1.3 Genehmigung der Niederschrift über die Sitzung des Verwaltungsrates am 23. Juni 2026

Sachverhalt

Die Niederschrift über die Sitzung des Verwaltungsrates am 23. Juni 2026 wurde am 20. Juli 2026 an die Mitglieder des Verwaltungsrates versandt. Wenn innerhalb der vorgesehenen Einwendefrist von vier Wochen (17. August 2026) keine Einwendungen gegen den Inhalt der Niederschrift beim Vorstand eingehen, gilt die Niederschrift als genehmigt und wird in ihren öffentlichen Teilen auf der Homepage des MD Bund veröffentlicht.

Beratungsergebnis

2 Bericht des Vorstandes

Beratungsergebnis

3 Bericht aus den Ausschüssen

3.1 Bericht aus dem Grundsatzausschuss

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	28. Juli 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Der Grundsatzausschuss hat sich in seiner Sitzung am 9. Juli 2026 mit folgenden Richtlinien befasst:

- Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI
- Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI
- Richtlinie Zusammenarbeit der Krankenkassen und Pflegekassen mit den Medizininchen Diensten
- Richtlinie zu Rezepturarzneimitteln in der stationären Versorgung
- Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der GKV und SPV
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste und Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste

Des Weiteren hat der Grundsatzausschuss zu geplanten Satzungsanpassungen, Vorstandsangelegenheiten, zur Vorbereitung der Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund und der Klausurtagung am 25. August 2026 beraten.

In der Sitzung wird mündlich berichtet.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

3.2 Bericht aus dem Finanzausschuss

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	28. Juli 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Der Finanzausschuss hat sich am 4. August 2026 mit den Haushaltseckwerten 2027 befasst.

In der Sitzung wird mündlich berichtet.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

4 Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste

4.1 Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI (PruP-RL)

Verfasst von:	Jürgen Brüggemann [juergen.brueggemann@md-bund.de]
Stand:	24. Juli 2026
Anlage(n):	Entwurf der Richtlinie, Auswertungstabelle Stellungnahmeverfahren

Sachverhalt

Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde § 114c Absatz 1 SGB XI geändert und die Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Pflege auf die Tagespflege und ambulante Pflege- und Betreuungsdienste ausgeweitet. Der neue Anspruch auf einen verlängerten Prüfrhythmus greift ab dem 1. Januar 2027. Bisher war die Verlängerung des Prüfrhythmus nur für stationäre Pflegeeinrichtungen mit einer guten Qualität möglich, die auch am Indikatorenverfahren teilgenommen haben. Grundlage für die Verlängerung des Prüfrhythmus in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten sind die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die ab dem 1. Juli 2026 umgesetzt werden.

Eine Facharbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Medizinischen Dienste, des PKV-Prüfdienstes, des GKV-Spitzenverbandes und des MD Bund hat in mehreren Sitzungen einen Entwurf zur Ergänzung der Richtlinien erstellt. Nach dem Erörterungstermin im Grundsatzausschuss des Verwaltungsrates am 16. April 2026 sind die Mitwirkungs- und das Stellungnahmeverfahren parallel durchgeführt worden. Bis zum 20. Mai 2026 sind insgesamt sieben Rückmeldungen eingegangen (PKV, DPR, BKSB, bpa, VDAB, BAGfW, bad e.V.). Die Fach-AG hat die eingegangenen Stellungnahmen am 10. Juni 2026 ausgewertet.

Von einigen Verbänden wurde gefordert, die bereits in der bisherigen Richtlinie enthaltene Möglichkeit der Einzelfallentscheidung in § 4 Absatz 5 zu streichen, nach der die Landesverbände der Pflegekassen in begründeten Einzelfällen von den Regelungen zur Verlängerung des Prüfrhythmus abweichen können, wenn im Rahmen von Qualitätsprüfungen bei einem Qualitätsaspekt mindestens ein Defizit mit einer eingetretenen negativen Folge für eine versorgte Person festgestellt worden ist. Die Möglichkeit der Einzelfallentscheidung wird aus fachlicher Sicht weiterhin für zwingend erforderlich gehalten, daher wurde dem Vorschlag zur Streichung nicht entsprochen.

Begrüßt wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, dass mit der Anpassung des § 4 Absatz 2 der Richtlinien in Folge der Ausweitung des verlängerten Prüfrhythmus auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen vom verlängerten Prüfrhythmus profitieren können, wenn für diese das Indikatorenverfahren keine Anwendung findet (Kleinsteinrichtungen mit höchstens 14 Bewohnenden, Wachkomaeinrichtungen).

Zum Teil wurde von den Stellungnehmenden kritisiert, dass die Anforderungen für den verlängerten Prüfrhythmus für ambulante Pflegedienste höher liegen als für stationäre Pflegeeinrichtungen. Diese Einschätzung der Stellungnehmenden wird nicht geteilt. Das Qualitätsniveau orientiert sich grundsätz-

lich an den Anforderungen bei voll- und teilstationärer Pflege, wobei Besonderheiten in der ambulanten Pflege berücksichtigt werden. Weiterhin wurde bemängelt, dass die Anforderungen kumulativ einzuhalten sind und dass sich hierdurch das Niveau der Anforderungen erhöht. Dieser Einwand wurde zum Teil berücksichtigt. In § 4 Absätze 4 und 5 wurden verschiedene Typen von Qualitätsaspekten zusammengefasst, so dass zusammen und nicht gesondert bei höchstens 20 v. H. der betreffenden Qualitätsaspekte das Qualitätsniveau im jeweils definierten Rahmen unterschritten werden kann.

Die vollständigen Ergebnisse der Auswertung der Stellungnahmen können der beigefügten Auswertungstabelle und den aktuellen Entwürfen der Richtlinien entnommen werden.

Der GKV-Spitzenverband hat am 24. Juni 2026 sein Benehmen mit den angepassten Richtlinien erklärt. Das zustimmende finale Votum der Medizinischen Dienste liegt vor.

Der Grundsatzausschuss hat sich in seiner Sitzung am 9. Juli 2026 ausführlich mit der PruP-RL befasst. Er hat sich dafür ausgesprochen, nach einem angemessenen Zeitpunkt eine Evaluation zur Häufigkeit der Einzelfallentscheidung durchzuführen. Zu einer solchen Erhebung ist der GKV-Spitzenverband mit dem Genehmigungsbescheid des BMG zur PruP-RL vom 22. August 2024 allerdings bereits aufgefordert worden. Der GKV-Spitzenverband stellt Anzahl und Begründungen für entsprechende Einzelfallentscheidungen in seinen Berichten nach § 114c Absatz 3 Satz 1 SGB XI regelmäßig dar, zuletzt im Bericht vom 24. März 2026. Der MD Bund wird hierüber im Verwaltungsrat zu gegebener Zeit berichten.

Der Grundsatzausschuss empfiehlt dem Verwaltungsrat, dem Vorstand des MD Bund zu empfehlen, die „Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI (PruP-RL)“ gemäß § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V zu erlassen.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat empfiehlt dem Vorstand des MD Bund, die „Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI (PruP-RL)“ gemäß § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V zu erlassen.

Beratungsergebnis

4.2 Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (BRi)

Verfasst von:	Bernhard Fleer [Bernhard.Fleer@md-bund.de]
	Dr. Helena Bebert-Golmick [helena.bebert-golmick@md-bund.de]
Stand:	5. August 2026
Anlage(n):	Entwurf der Richtlinien, Auswertungstabelle Stellungnahmeverfahren, Hintergrund Begutachtungsalgorithmus

Sachverhalt

Mit den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG Urteile vom 12.12.2024 – B 3 P 9/23 R und B 3 P 2/24 R bei der Begutachtung von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 und BSG Urteile vom 12.12.2024 – B 3 P 1/24 R und B 3 P 7/23 R bei der Begutachtung von Kindern mit Mukoviszidose) ergab sich für die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (BRi) ein Klarstellungs- und damit Überarbeitungsbedarf:

- Die Streichungen in der Einführung zu Modul 3 für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Sie dient der Klarstellung, dass eine durch kindliche Angst vor Injektionen bedingte Abwehr im KF 4.3.8 nicht mit der Begründung unberücksichtigt bleiben kann, das Verhalten sei altersentsprechend. Aufgrund der individuellen Bedingtheit durch die Diabeteserkrankung ist ein Vergleich mit altersentsprechend entwickelten Kindern nur eingeschränkt möglich.
- Die Streichung in Modul 5 unter KF 4.5.16 „Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften“. Damit wurde deutlicher klargestellt, dass bei Vorliegen gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen und hieraus resultierender eigenständiger Unterstützungsbedarfe sowohl beim Essen und Trinken, als auch beim Einhalten von spezifischen Diäten, dies in Modul 4 (KF 4.4.8 „Essen“ und KF 4.4.9 „Trinken“) sowie in Modul 5 (KF 4.5.16 „Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltens-vorschriften“) zu berücksichtigen ist.

Im Rahmen der Überarbeitung der BRi wurden zudem die Definition des Merkmals „überwiegend selbständig“ in den Kriterien 4.6.1 „Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen“ sowie 4.6.4 „Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen“ weiter konkretisiert.
Darüber hinaus wurde Kapitel 5 zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen zur Verbesserung des Verständnisses des altersabhängigen Einbezugs einzelner Kriterien um eine Übersichtstabelle ergänzt und in seiner Struktur moderat angepasst.

Im Sinne der Harmonisierung zu den im Januar in Kraft getretenen Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren gemäß §§ 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 i.V.m. 17 Absatz 1c SGB XI wurden in Bezug auf den Namen der Gutachterin oder des Gutachters sowie auf die Verzögerungsgründe ebenfalls Anpassungen in den Begutachtungs-Richtlinien vorgenommen.

Zusätzlich wurden weitreichende redaktionelle Anpassungen für eine geschlechtergerechte Formulierung in den BRi vorgenommen (z. B. Gutachterinnen und Gutachter, Ärztinnen und Ärzte) sowie die Formulierung Pflegefachperson (vgl. BEEP) für die bisherige Formulierung Pflegefachkraft übernommen.

Mit § 53d Absatz 4 SGB XI hat der Gesetzgeber dem MD Bund die Kompetenz übertragen, Näheres zur digitalen Umsetzung - u. a. in den Begutachtungs-Richtlinien Pflegebedürftigkeit - zu regeln. Diese Kompetenznorm umfasst insbesondere die Befugnis, verbindliche Vorgaben für die Einführung und den Einsatz algorithmischer Instrumente im Rahmen der Pflegebegutachtung zu regeln. Die Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI enthielten bislang keine Regelungen, die der gesetzlichen Kompetenzzuweisung des § 53d Absatz 4 SGB XI Rechnung tragen. Diese Regelungslücke ist vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegewesens sowie der zunehmenden Verfügbarkeit algorithmischer und KI-gestützter Instrumente im Begutachtungskontext zu schließen. Ohne entsprechende Regelungen in den Begutachtungs-Richtlinien Pflegebedürftigkeit besteht das Risiko, dass algorithmische Instrumente bundesweit uneinheitlich oder ohne hinreichende Qualitätssicherung eingesetzt werden (vgl. dazu Anlage). Mit der Aufnahme der Regelung in Kapitel 2.4 im aktuellen Richtlinienentwurf und der Einfügung des Kapitels 4 bei der nächsten Überarbeitung der BRi als eigenständigen Richtlinienteil zu einheitlichen und digitalen Prozessen, wird die Zuständigkeit des MD Bund, Regelungen zu treffen zur digitalen Infrastruktur, zu algorithmischen Entscheidungsunterstützungssystemen oder zu sonstigen digitalen Instrumenten, die unmittelbar in den Begutachtungsprozess eingreifen oder diesen unterstützen, in den Richtlinien festgehalten. Die Ausgestaltung dieses Richtlinienteils soll in der Fach-AG BRi ab Herbst 2026 erfolgen.

Bei der Ergänzung von Ziffer 2.4 handelt es sich nicht um eine eigenständige Regelungsentscheidung des MD Bund, sondern um die deklaratorische Abbildung einer bereits kraft Gesetzes bestehenden Zuständigkeit nach § 53d Absatz 4 SGB XI. Die Zuständigkeit für einheitliche und digitale Prozesse zur Umsetzung der Begutachtungsrichtlinien ist durch den Gesetzgeber dem MD Bund zugewiesen; die Richtlinie stellt dies lediglich klar. Für die Abbildung gesetzlicher Zuständigkeiten besteht kein Beteiligungserfordernis im Sinne des § 53d Absatz 3 Nr. 1 i.V.m. § 17 Absatz 1 SGB XI, da dieses auf die inhaltliche Ausgestaltung der Begutachtung in den Richtlinien ausgerichtet ist.

Der GKV-Spitzenverband hat am 27. Juli 2026 sein Benehmen mit den angepassten Richtlinien erklärt.

Der Grundsatzausschuss hat sich in seiner Sitzung am 9. Juli 2026 ausführlich mit den Begutachtungs-Richtlinien Pflegebedürftigkeit befasst. Er empfiehlt dem Verwaltungsrat, dem Vorstand des MD Bund zu empfehlen, die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) gemäß § 17 Absatz 1 SGB XI zu beschließen.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat empfiehlt dem Vorstand des MD Bund, die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) gemäß § 17 Absatz 1 SGB XI zu erlassen.

Beratungsergebnis

4.3 Richtlinie Zusammenarbeit der Krankenkassen und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten

Verfasst von:	Dr. Helena Bebert-Golmick [helena.bebert-golmick@md-bund.de]
Stand:	5. August 2026
Anlage(n):	Entwurf der Richtlinie, Auswertungstabelle Stellungnahmeverfahren

Sachverhalt

Der MD Bund hat gemäß § 283 Absatz 2 Nummer 1 SGB V und gemäß § 53d Absatz 3 Nummer 6 SGB XI den gesetzlichen Auftrag Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen bzw. der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten zu erlassen. Die bestehenden Zusammenarbeits-Richtlinien aus dem Jahr 1990 sind veraltet. Sie bilden weder die heutigen Begutachtungsfelder noch die technischen Anforderungen an die Kommunikation mit den Krankenkassen angemessen ab. Zudem sind die Begutachtungsbereiche der Sozialen Pflegeversicherung bislang nicht erfasst; eigenständige Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassen fehlen bisher.

Am 26. März 2025 wurden die beiden Richtlinienverfahren zur Erarbeitung der Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen bzw. der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten eröffnet. Die parallel tagenden Unterarbeitsgruppen erarbeiteten zunächst zwei separate Richtlinienentwürfe, die dann zu einer gemeinsamen Richtlinie zusammengeführt wurden. Die Arbeit in den zwei Unterarbeitsgruppen wurde durch vier Präsenzworkshops ergänzt, um zu Beginn der Beratungen Eckpunkte sowie im weiteren Verlauf gemeinsam richtungsweisende Eckpunkte zu den Richtlinieninhalten zu treffen.

Die finale Richtlinie gliedert sich in einen allgemeinen und zwei besondere Teile. Im allgemeinen Teil finden sich Regelungen zu Grundsätzen der Zusammenarbeit und der weiteren Kommunikation, die zukünftig überwiegend über eine zu schaffende digitale Plattform stattfinden soll. Gegenstand der Regelungen im besonderen Teil zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen sind insbesondere die Grundsätze der Auftragsvergabe, die datenschutzkonforme Anforderung von Unterlagen und Datenübermittlung, die effiziente Fallauswahl und Beauftragung, die Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes unter Zugrundelegung des Wohnortprinzips einschließlich hiervon abweichender Regelungen (z. B. Tatortprinzip, Begutachtung bei Wohnsitz im europäischen Ausland), die Gewährleistung eines einheitlichen Verständnisses der Begutachtungs- und Beratungsleistungen (Produkte) sowie die Abläufe der Zusammenarbeit unter Beachtung von Fristen. Der besondere Teil zu den Regelungen in der Zusammenarbeit mit den Pflegekassen ist sehr schlank gehalten, um in dieser Richtlinie keine Inhalte zu wiederholen, die bereits an anderer Stelle detailliert in den spezifischen Richtlinien des MD Bund geregelt sind.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gingen vier inhaltliche Rückmeldungen ein, welche zur Ergänzung einer Formulierung zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Grundlagen im allgemeinen Teil führte sowie weitere Hinweise, die in einer Klarstellung dahingehend resultierten, dass sozialmedizinische, medizinische und pflegefachliche Fragen im Rahmen der Begutachtung behandelt werden.

Die vollständigen Ergebnisse der Auswertung der Stellungnahmen können der beigefügten Auswertungstabelle und dem aktuellen Entwurf der Richtlinie entnommen werden.

Darüber hinaus ist vorgesehen, die Implementierung der Richtlinie im Rahmen einer Anwendungsbegleitung zu unterstützen. Hierbei soll die einheitliche Kommunikation der Inhalte an Krankenkassen, Medizinische Dienste und auch Stakeholder im Vordergrund stehen.

Der GKV-Spitzenverband hat am 3. August 2026 sein Benehmen mit der angepassten Richtlinie erklärt. Der Grundsatzausschuss hat sich in seiner Sitzung am 9. Juli 2026 mit den Zusammenarbeits-Richtlinien befasst. Der Grundsatzausschuss empfiehlt dem Verwaltungsrat, dem Vorstand des MD Bund zu empfehlen, die Richtlinie Zusammenarbeit der Krankenkassen und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten (RL Zusammenarbeit) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V und nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB XI zu erlassen.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat empfiehlt dem Vorstand des MD Bund, die Richtlinie Zusammenarbeit der Krankenkassen und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten (RL Zusammenarbeit) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V und nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB XI zu erlassen.

Beratungsergebnis

4.4 Richtlinie zu Rezepturarzneimitteln in der stationären Versorgung

Verfasst von:	Dr. Helena Bebert-Golmick [helena.bebert-golmick@md-bund.de]
Stand:	5. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Im stationären Bereich besteht hinsichtlich einiger Fragestellungen eine ungeklärte Rechtslage in Bezug auf Rezepturarzneimittel. Insbesondere ist höchstrichterlich nicht abschließend geklärt, ob Rezepturen im Krankenhaus so wie im vertragsärztlichen Bereich zu beurteilen sind. Alternativ könnten sie als Methoden qualifiziert werden und damit einer Methodenbewertung mit Potenzialprüfung unterliegen. Weiterhin bedarf es einer rechtlichen Einordnung und Regelung von Radiopharmaka.

Für den vertragsärztlichen Bereich wurde zum Thema Rezepturarzneimittel ein Begutachtungsleitfaden (BGL) entwickelt, der jedoch für die Medizinischen Dienste und Krankenkassen nicht verbindlich ist. Eine Miteinbeziehung von stationären Sachverhalten wurde aus folgenden Gründen bewusst nicht vorgenommen.

- **Rechtliche Trennschärfe:** Für den stationären Bereich können grundlegend andere rechtliche Voraussetzungen gelten, als im vertragsärztlichen Bereich. Ein Vermischen beider Bereiche würde zu Unklarheiten führen und ein erhebliches rechtliches Risiko darstellen.
- **Umfang und Komplexität:** Im stationären Bereich sind neben Rezepturen auch Radiopharmaka, Eigenherstellungen und weitere besondere Arzneimittelformen zu berücksichtigen. Dies erweitert den Regelungsbedarf erheblich.

Aufgrund der dargestellten Gründe ist die Erarbeitung einer Richtlinie erforderlich. Sie kann bundesweit einheitliche Begutachtungsmaßstäbe vorgeben und die erforderliche Rechtssicherheit für Medizinischen Dienste und Krankenkassen schaffen.

Der Grundsatzausschuss empfiehlt dem Verwaltungsrat, das Richtlinienverfahren zur Erarbeitung der „Richtlinie zu Rezepturarzneimitteln in der stationären Versorgung“ zu eröffnen.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat eröffnet das Richtlinienverfahren zur Erarbeitung der „Richtlinie Rezepturarzneimittel in der stationären Versorgung“ gemäß § 5 Absatz 3 Satz 3 der Satzung des MD Bund.

Beratungsergebnis

4.5 Richtlinie Begutachtungsanleitung Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung

Verfasst von:	Dr. Helena Bebert-Golmick [helena.bebert-golmick@md-bund.de]
Stand:	30. Juli 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Die derzeit gültige Richtlinie Begutachtungsanleitung Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung (BGA Heilmittel) wurde zuletzt im Jahr 2021 überarbeitet. Seitdem haben sich sowohl die rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung, als auch die der Begutachtung zugrunde liegenden Regelungen und Verfahren wesentlich weiterentwickelt. Insbesondere sind jüngere Änderungen der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Einführung der Blankoverordnung nach § 125a SGB V in den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapie sowie die durch das MDK-Reformgesetz bewirkten Anpassungen der Aufgaben, Strukturen und Zuständigkeiten des Medizinischen Dienstes bei der Begutachtung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus soll die Begutachtungsanleitung um ein neues Begutachtungsfeld zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Plausibilität von Blankoverordnungen nach § 125a SGB V erweitert werden. Mit der Einführung und zunehmenden praktischen Bedeutung der Blankoverordnung in der Heilmittelversorgung ergeben sich neue Fragestellungen hinsichtlich der Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Plausibilität der Leistungserbringung sowie den Voraussetzungen für eine einheitliche sozialmedizinische Bewertung. Die BGA Heilmittel soll hierfür geeignete und nachvollziehbare Begutachtungsmaßstäbe sowie Empfehlungen für die praktische Durchführung der Begutachtung enthalten. Ziel ist es, eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise innerhalb der Medizinischen Dienste sicherzustellen und gleichzeitig den Krankenkassen eine verlässliche Grundlage für die Beauftragung der Medizinischen Dienste in entsprechenden Fragestellungen zur Verfügung zu stellen. Dies dient der Rechtssicherheit, der Transparenz sowie einer konsistenten Begutachtungspraxis innerhalb der MD-Gemeinschaft. Die Notwendigkeit der Überarbeitung der BGA Heilmittel wird sowohl vom MD Bund als auch vom GKV-Spitzenverband gesehen.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat eröffnet das Richtlinienverfahren zur Erarbeitung der „Richtlinie Rezepturarzneimittel in der stationären Versorgung“ gemäß § 5 Absatz 3 Satz 3 der Satzung des MD Bund.

Beratungsergebnis

4.6 Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RL PBE-GKV)
Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflegeversicherung (RL PBE-SPV)

Verfasst von:	Tomasz Gawelda [Tomasz.gawelda@md-bund.de]
Stand:	3. August 2026
Anlage(n):	Richtlinien PBE-GKV / PBE-SPV

Sachverhalt

Die aufgabenbezogenen Richtwerte gemäß Anlage 1 der Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung (RL PBE-GKV) sowie der sozialen Pflegeversicherung (RL PBE-SPV) wurden auf Grundlage der von den Medizinischen Diensten gemeldeten direkten Grundzeiten des Erhebungszeitraums 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 neu berechnet.

Die aktualisierten Richtwerte weichen in verschiedenen Anlassgruppen und Produktarten von den bisher gültigen Werten ab. Die Abweichungen sind auf veränderte Begutachtungskomplexitäten, geänderte Auftragsstrukturen sowie Prozessveränderungen bei den Medizinischen Diensten im Jahr 2025 zurückzuführen und bilden die tatsächlichen Zeitaufwände der Begutachtungstätigkeit im Erhebungsjahr 2025 sachgerecht ab.

Die o. g. Richtlinien wurden durch den Vorstand des MD Bund im Benehmen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates durch Beschluss vom 21. Mai 2026 im beschleunigten Verfahren gemäß Abschnitt IV der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung des MD Bund) erlassen.

Die Richtlinien wurden dem BMG am 28. Mai 2026 mit der Bitte um Genehmigung übermittelt. Mit Schreiben vom 3. Juli 2026 hat das BMG die Richtlinie PBE-GKV genehmigt; die Richtlinie PBE-SPV wurde mit Schreiben vom 7. Juli 2026 genehmigt. Beide Richtlinien wurden am 10. Juli 2026 auf der Internetseite des MD Bund veröffentlicht und sind rückwirkend zum 1. Juli 2026 in Kraft getreten.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

4.7 Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste und Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste

Verfasst von:	Tomasz Gawelda [Tomasz.gawelda@md-bund.de]
Stand:	3. August 2026
Anlage(n):	Qualitätsprüfungs-Richtlinien Teil 1a & Teil 1b

Sachverhalt

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste und Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste traten zum 1. Juli 2026 in Kraft.

Zum Zeitpunkt des Richtlinienerlasses (für den Teil 1a am 19. Mai 2025 sowie für den Teil 1b am 19. September 2025) enthielt Ziffer 4 Absatz 2 der Richtlinien die Regelung, dass Qualitätsprüfungen grundsätzlich einen Tag zuvor anzukündigen sind. Diese Formulierung entsprach den damals geltenden gesetzlichen Bestimmungen nach § 114a SGB XI a.F.. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum 1. Januar 2026 wurde diese Frist gesetzlich auf zwei Arbeitstage erhöht.

Zwar wurde in der Fußnote auf die zum jeweiligen Zeitpunkt geltende gesetzliche Regelung hingewiesen. Um bei der praktischen Begutachtung Rechtssicherheit zu gewährleisten und einen Widerspruch zwischen Richtlinientext und geltendem Recht zu vermeiden, wurde jedoch der Richtlinienwortlaut entsprechend angepasst. Es handelt sich somit um eine Anpassung aufgrund einer gesetzlichen Änderung, bei der kein eigener Entscheidungsspielraum des MD Bund zugrunde liegt. Inhaltliche Änderungen darüber hinaus wurden nicht vorgenommen.

Die o. g. Richtlinien wurden durch den Vorstand des MD Bund im Benehmen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates durch Beschluss vom 29. Juni 2026 im beschleunigten Verfahren gemäß Abschnitt IV der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung des MD Bund) erlassen.

Die Richtlinien wurden dem BMG am 29. Juni 2026 mit der Bitte um Genehmigung übermittelt und mit Schreiben vom 27. Juli 2026 genehmigt. Sie wurden am 29. Juli 2026 auf der Internetseite des MD Bund veröffentlicht und sind am 30. Juli 2026 in Kraft getreten.

Beratungs-/Empfehlungsvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

4.8 Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-RL)

Verfasst von:	Trixi Vierock [trixi.vierock@md-bund.de]
Stand:	5. August 2026
Anlage(n):	LOPS-RL 4 sowie Anlagen 4, 12 und 13 zur LOPS-RL

Sachverhalt

Für die regelmäßig stattfindenden Anpassungen der Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-Richtlinie) wurde der Fach-AG LOPS ein Dauermandat erteilt.

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das am 10. Juli 2026 im Bundestag und Bundesrat beschlossen und am 29. Juli 2026 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde, erfolgte die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium der Leistungsgruppen. Damit diese gesetzliche Änderung durch die Medizinischen Dienste möglichst zeitnah und rechtssicher angewendet werden kann, war eine Anpassung der LOPS-Richtlinie erforderlich.

Die Änderungen in der LOPS-Richtlinie 2026, Version 3 (LOPS-RL 4), beschränken sich ausschließlich auf die Streichung der Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen im Richtlinientext sowie in den Anlagen 4, 12 und 13. Es handelt sich somit um eine Anpassung aufgrund einer gesetzlichen Änderung, bei der kein eigener Entscheidungsspielraum des MD Bund zugrunde liegt. Inhaltliche Änderungen darüber hinaus wurden nicht vorgenommen.

Die LOPS-RL wurde durch den Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund in Abstimmung mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates durch Beschluss vom 16. Juli 2026 im beschleunigten Verfahren gemäß Abschnitt IV der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung des Medizinischen Dienstes Bund) vorbehaltlich des Inkrafttretens des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes erlassen.

Die LOPS-RL wurde dem BMG am 16. Juli 2026 mit der Bitte um Genehmigung übermittelt und mit Schreiben vom 29. Juli 2026 genehmigt. Sie wurde am 31. Juli 2026 auf der Internetseite des MD Bund veröffentlicht und ist am 1. August 2026 in Kraft getreten.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

4.9 Richtlinie Unabhängige Ombudsperson

Verfasst von:	Jan Brinkmann [jan.brinkmann@md-bund.de]
Stand:	12. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Die Einrichtung unabhängiger Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten und beim Medizinischen Dienst Bund ist in den §§ 278, 282 und 283 SGB V geregelt. Die Ombudspersonen stehen Versicherten sowie Beschäftigten als unabhängige und vertrauliche Anlaufstellen für Beschwerden über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie für Hinweise auf Unregelmäßigkeiten zur Verfügung.

Rechtsgrundlage für den Erlass einer bundesweit einheitlichen Richtlinie ist § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 SGB V. Auf dieser Grundlage hat der MD Bund die Richtlinie über die unabhängigen Ombudspersonen (UOP-Richtlinie) erlassen, die am 9. Juni 2021 in Kraft getreten ist.

Die seit Inkrafttreten der Richtlinie gewonnenen Erfahrungen haben gezeigt, dass sie in einzelnen Punkten überarbeitungsbedürftig ist. Der Verwaltungsrat hat daher am 27. Mai 2024 das entsprechende Richtlinienverfahren eröffnet. Die Facharbeitsgruppe hat unter Leitung des MD Bund im Jahr 2025 einen Richtlinienentwurf erarbeitet, der im Wesentlichen folgende Änderungen vorsieht:

1. Präzisierung der Aufgaben und Zuständigkeiten

   Die Zuständigkeiten der Ombudsperson werden entsprechend der gesetzlichen Aufgabenverteilung klarer abgegrenzt. Zugleich wird ausdrücklich geregelt, für welche Eingaben die Ombudsperson nicht zuständig ist.

2. Vereinheitlichung der Verfahrensregelungen

   Die Verfahrensregelungen werden weiter vereinheitlicht. Hierzu werden insbesondere Vorgaben zur Eingangsbestätigung, zur Zwischeninformation innerhalb von vier Wochen, zur Abschlussinformation sowie zur Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement aufgenommen, um Doppelbearbeitungen zu vermeiden.

3. Standardisierung von Dokumentation und Berichterstattung

   Die Dokumentation und Berichterstattung werden durch einheitliche Vorgaben für die Erfassung von Eingaben sowie für die Erstellung des Jahresberichts standardisiert. Darüber hinaus werden Fristen und inhaltliche Anforderungen an den Jahresbericht konkretisiert.

4. Neuausrichtung der Vergütungsregelungen

   Die Tätigkeit der Ombudsperson wird ausdrücklich als Ehrenamt ausgestaltet. Die bisherige Regelung einer empfohlenen monatlichen Vergütung beziehungsweise Aufwandspauschale entfällt. An ihre Stelle tritt eine Regelung zur finanziellen Entschädigung der ehrenamtlichen Tätigkeit.

5. Aktualisierung der Organisations- und Rechtsbezüge

   Die Organisations- und Rechtsbezüge der Richtlinie werden an die aktuelle Organisationsstruktur des MD Bund sowie an die geltende Rechtslage angepasst. Darüber hinaus enthält der Richtlinienentwurf zahlreiche redaktionelle Anpassungen.

6. Entsprechend der gesetzlichen Koordinierungsaufgabe des MD Bund wurde eine Koordinierungsfunktion der Ombudsperson beim MD Bund ergänzt.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt den Stand des Verfahrens zur Kenntnis und tauscht sich dazu aus.

Beratungsergebnis

5 Medizinischer Dienst Nord stellt sich vor

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	12. Juli 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Der Medizinische Dienst Nord wird einen Einblick in seine Tätigkeit geben.

Beratungs-/Empfehlungsvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis und tauscht sich dazu aus.

Beratungsergebnis

6 Haushalt MD Bund

6.1 Haushaltseckwerte 2027

Verfasst von:	Torben Diekmann [torben.diekmann@md-bund.de]
Stand:	12. August 2026
Anlage(n):	Haushaltseckwerte MD Bund 2027 u. Finanzplan MD Bund

Sachverhalt

Ausgangslage

Ausgehend von der MDK-Reform wurden dem MD Bund in den vergangenen Jahren schrittweise zusätzliche gesetzliche Aufgaben übertragen und bestehende Aufgaben weiterentwickelt. Ziel dieser Aufgabenzuweisungen ist es, die bundesweit einheitliche Wahrnehmung der medizinischen und pflegerischen Fachaufgaben sowie der organisatorischen Aufgaben der Medizinischen Dienste weiter zu stärken. Hierzu zählen insbesondere die Intensivierung der Koordinierungsfunktion, die Ausweitung der Richtlinienbefugnisse, der Aufbau und Betrieb von Daten- und Informationsplattformen sowie die Entwicklung und Etablierung einheitlicher digitaler Standards. Der MD Bund übernimmt damit eine zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion, um eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und bundesweit einheitliche Aufgabenerfüllung der Medizinischen Dienste sicherzustellen.

In der Folge wurde die Organisation des MD Bund für das erweiterte Aufgabenportfolio konsequent ertüchtigt sowie auf Grundlage der Organisationsuntersuchung 2025 strukturell weiterentwickelt und neu ausgerichtet. Der Haushalt 2027 dient damit nicht nur der Finanzierung zusätzlicher Aufgaben. Er investiert gezielt in nachhaltige Organisations-, Führungs- und Digitalisierungsstrukturen, die die Leistungsfähigkeit des MD Bund langfristig sichern und die Grundlage für eine wirtschaftliche Aufgabenerfüllung in den kommenden Jahren bilden.

Die Haushaltseckwerte 2027 schaffen die Grundlage, um die noch offenen Maßnahmen dieser organisatorischen Weiterentwicklung im Wesentlichen abzuschließen. Sie markieren damit den Übergang von einer Phase des inhaltlichen und organisatorischen Aufbaus zu einer Phase der Konsolidierung und dauerhaften Aufgabenerfüllung. Künftig steht nicht mehr der weitere Ausbau organisatorischer Strukturen im Vordergrund, sondern die leistungsfähige, wirtschaftliche und zukunftsorientierte Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben. Die mit den Haushaltseckwerten verbundenen Investitionen stärken damit nicht nur den MD Bund, sondern ermöglichen, dass die gesetzlichen Aufgaben der MD-Gemeinschaft bundesweit einheitlich, qualitätsgesichert und wirtschaftlich wahrgenommen werden können.

Gesundheitspolitischer Hintergrund und wesentliche Einflussfaktoren auf die Haushaltseckwerte

Die Haushaltseckwerte 2027 sind das Ergebnis mehrerer, teilweise voneinander unabhängiger Einflussgrößen. Neben allgemeinen Kostenentwicklungen wirken sich insbesondere die Erweiterung des gesetzlichen Aufgabenbestands sowie der Abschluss der organisatorischen Weiterentwicklung des

MD Bund auf die Haushaltsplanung aus. Die nachfolgend dargestellten Einflussfaktoren bilden die Grundlage für die Entwicklung der Personal- und Sachkosten sowie der Umlage des MD Bund.

Allgemeine Kostenentwicklungen

Ein wesentlicher Teil der Haushaltsentwicklung ist auf allgemeine Kostensteigerungen zurückzuführen, die außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs des MD Bund liegen. Hierzu zählen insbesondere die tarifliche Entwicklung, die Anpassung der Sozialversicherungsbeiträge, vor allem durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung, sowie allgemeine Preissteigerungen bei Dienstleistungen, Software und Lizenzen.

Erweiterung des gesetzlichen Aufgabenbestands

In den vergangenen Jahren wurden dem MD Bund zusätzliche bundesweite Aufgaben übertragen beziehungsweise bestehende Aufgaben weiter konkretisiert. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Koordinierungsaufgaben innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, Aufgaben im Zusammenhang mit der digitalen Transformation des Medizinischen Dienstes sowie weitere gesetzliche Anforderungen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Aufgaben erfordern dauerhaft zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen.

Mit dem Ausbau der digitalen Zusammenarbeit innerhalb der MD-Gemeinschaft gehen darüber hinaus zusätzliche Aufwendungen für die Entwicklung und den Betrieb gemeinsamer Anwendungen und Plattformen einher. Hierzu zählen insbesondere die Weiterentwicklung des MDQ-Portals (Ergebnisdatenbank Krankenhaus nach KHVVG/KHAG), der Ausbau der MD-Kooperationsplattform, der Einsatz zusätzlicher Softwarelösungen sowie steigende Lizenzkosten. Ebenfalls berücksichtigt werden Aufwendungen für die anstehende Nachbesetzung von Vorstandspositionen.

Abschluss der organisatorischen Weiterentwicklung des MD Bund

Neben der Erweiterung des gesetzlichen Aufgabenbestands bildet die abschließende Umsetzung der Ergebnisse der Organisationsuntersuchung von 2025 einen weiteren wesentlichen Einflussfaktor auf die Haushaltseckwerte 2027. Mit der zum 1. Juli 2026 umgesetzten Aufbauorganisation wurden die wesentlichen organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, um den erweiterten gesetzlichen Auftrag des MD Bund dauerhaft wahrnehmen zu können. Im Haushaltsjahr 2027 werden die noch offenen Maßnahmen der Organisationsentwicklung umgesetzt. Hierzu zählen insbesondere die weitere Stärkung der Führungsorganisation sowie die Weiterentwicklung des projektförmigen Arbeitens.

Mit den Haushaltseckwerten 2027 wird damit die grundlegende Aufbauphase des MD Bund im Wesentlichen abgeschlossen. Der Schwerpunkt der weiteren Organisationsentwicklung verlagert sich künftig auf die kontinuierliche Verbesserung der Aufgabenerfüllung, die Weiterentwicklung digitaler Prozesse sowie die Sicherung von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Übersicht Haushaltseckwerte

Die nachfolgend dargestellten Haushaltseckwerte bilden die finanziellen Auswirkungen der zuvor beschriebenen Einflussfaktoren ab. Sie tragen den dargestellten allgemeinen Kostenentwicklungen, der

Erweiterung des gesetzlichen Aufgabenbestands sowie dem weitgehenden Abschluss der organisatorischen Weiterentwicklung des MD Bund Rechnung. Die daraus resultierenden Mehrbedarfe werden durch eine Kombination aus Umlagemitteln, Fördermitteln und dem Einsatz vorhandener Betriebsmittel finanziert. Gleichzeitig werden Maßnahmen zur Begrenzung des Haushaltsanstiegs und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.

Für das Haushaltsjahr 2027 ist eine **Gesamtumlage** in Höhe von **TEUR 25.802** vorgesehen (Vorjahr: TEUR 22.940). Dies entspricht einer **Steigerung** um **12,48 Prozent**. Die **Kernumlage** erhöht sich von TEUR 17.025 auf **TEUR 19.740** und **steigt** damit gegenüber dem Vorjahr um **15,95 Prozent**.

Die Entwicklung der Kernumlage ist Ausdruck der seit 2025 schrittweise umgesetzten organisatorischen und fachlichen Weiterentwicklung des MD Bund. Sie bewegt sich im Rahmen der hierfür bereits 2025 in der mittelfristigen Finanzplanung dargestellten Finanzperspektive und bildet deren konsequente finanzielle Umsetzung ab. Die Mittel dienen dabei überwiegend dem Aufbau dauerhaft leistungsfähiger Organisations- und Unterstützungsstrukturen sowie der Sicherstellung der Beratungsaufgaben gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

Wie bereits im Vorjahr werden **Fördermittel** nach § 18e SGB XI in Höhe von **TEUR 400** eingeplant. Die Mittel stehen für gesetzlich vorgesehene Projekte des MD Bund zur Verfügung und tragen zur Finanzierung einzelner Aufgaben außerhalb der Kernumlage bei. Außerdem ist eine Förderung von TEUR 162 für die beiden VZÄ für den Beirat Pflege gemäß Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) eingeplant.

Zur Begrenzung des Anstiegs der Umlage werden darüber hinaus vorhandene **Betriebsmittel** in Höhe **TEUR 974** zur Stabilisierung der Umlage verwendet. Der notwendig verbleibende **Betriebsmittelbestand** beträgt **TEUR 1.097** und entspricht einer **0,48-fachen Monatsausgabe**.

<u>Entwicklung der Personalkosten</u>

Der überwiegende Teil der Haushaltsentwicklung entfällt auf die Personalkosten. Deren Entwicklung wird durch folgende Einflussgrößen bestimmt:

- allgemeine tarifliche Steigerungen und Anpassungen,
- gesetzliche Änderungen bei den Sozialversicherungsbeiträgen und Beitragsbemessungsgrenzen,
- zusätzlicher Personalbedarf zur Wahrnehmung erweiterter gesetzlicher Aufgaben sowie zum Abschluss der organisatorischen Weiterentwicklung.

<u>Grundlagen der Personalplanung</u>

Grundlage der Personalplanung bilden die prognostizierten Vergütungswerte des Rechnungsergebnisses 2026, die erwarteten tariflichen und sozialversicherungsrechtlichen Entwicklungen sowie die geplanten Personalverstärkungen für das Haushaltsjahr 2027. Die **Vergütungsaufwendungen erhöhen** sich gegenüber dem Vorjahr um **18,29 Prozent**.

Fortschreibung der Personalbedarfsermittlung

Zur Vorbereitung der Haushaltseckwerte 2027 wurde die im Jahr 2026 mit externer Unterstützung durchgeführte Personalbedarfsermittlung fortgeschrieben und im Rahmen einer konsequenten Aufgabenkritik überprüft. Dies erfolgte als Fortschreibung der von Prognos/Ibo 2025 ermittelten Werte durch den MD Bund unter partieller Einbindung der Firma Ibo, die eine entsprechende digitale Anwendung zur Verfügung gestellt und die Ergebnisse bewertet hat. Die angewandte Methode der Personalressourcensteuerung entspricht der im Organisationshandbuch des Bundes als geeignet anerkannten Methode zur Fortschreibung des Personalbedarfs. Dabei wurden sowohl die zwischenzeitlich hinzugekommenen erweiterten gesetzlichen Aufgaben als auch die tatsächliche Entwicklung der Auftragslast in den Organisationseinheiten berücksichtigt.

Die Fortschreibung bestätigt die Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung 2026. Die im Haushaltsjahr 2026 ausgebrachten Stellen sind – soweit sie bereits besetzt wurden – vollständig in die Aufgabenerledigung eingebunden und ausgelastet. Bis zum Ende des Jahres 2026 werden voraussichtlich alle im Jahr 2025 vorgesehenen Stellen besetzt sein.

Die Ergebnisse der Personalressourcenschätzung wurden im Rahmen einer wirtschaftlichkeitsorientierten Prüfung bewertet. Im Ergebnis wurde dabei ein im Rahmen der Personalbedarfsermittlung festgestellter zusätzlicher Personalbedarf im Umfang von 2 VZÄ in den Fachbereichen Pflege sowie Medizin & Gesundheit zurückgestellt und nicht in den Haushaltseckwerten abgebildet. Hier soll zunächst abgewartet werden, inwieweit durch die angestrebte Entlastung der Facharbeit durch das projektförmige Arbeiten, die Einrichtung eines Projektmanagementoffice (PMO) und den seit Februar 2026 umgesetzten organisationsweiten Einsatz von Anwendungen der Künstlichen Intelligenz bei der Leistungserstellung ggf. auf diese dauerhaften Personalverstärkungen verzichtet werden kann.

Sozialversicherungsaufwendungen

Die **Aufwendungen** für die **Sozialversicherung steigen** gegenüber dem Vorjahr um **38,09 Prozent**. Diese Entwicklung ist nicht allein auf zusätzlich eingeplante Personalstellen zurückzuführen. Sie wird maßgeblich durch die gesetzlichen Anpassungen der Beitragssätze und insbesondere der Beitragsbemessungsgrenzen in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung verursacht. Da ein erheblicher Teil der Beschäftigten des MD Bund aufgrund der tariflichen Vergütungsstruktur oberhalb oder im Bereich der Beitragsbemessungsgrenzen vergütet wird, wirken sich deren Anhebungen unmittelbar auf die Arbeitgeberbeiträge aus. Allein diese **gesetzlichen Änderungen** führen zu zusätzlichen Aufwendungen von rund **TEUR 585** und entziehen sich dem unmittelbaren Einfluss des MD Bund.

Zusätzlicher Personalbedarf

Der zusätzliche Personalbedarf ist unmittelbare Folge des erweiterten gesetzlichen Aufgabenbestands sowie der noch umzusetzenden Empfehlungen der Organisationsuntersuchung 2025. Er dient im Wesentlichen der dauerhaften und qualitativ gesicherten Wahrnehmung der zwischenzeitlich hinzugekommenen Aufgaben. Die vorgesehenen Stellen schaffen dabei überwiegend Kompetenzen, die dauerhaft benötigt werden. Sie dienen insbesondere dem Aufbau eigener Expertise in den Bereichen Digitalisierung, Koordination, Projektsteuerung und Fachberatung und stellen damit eine Investition in die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Organisation sowie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste dar. Den größten Anteil bilden zusätzliche Stellen für erweiterte gesetzliche Aufgaben. Hierzu

gehören insbesondere Digitalisierungs- und Koordinierungsaufgaben, der Aufbau und Betrieb zentraler Datenplattformen sowie zusätzliche gesetzliche Aufgaben im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung.

Der überwiegende Teil der zusätzlichen Stellen entfällt mit 7 VZÄ (zzgl. 1 Ausbildungsstelle) auf die Umsetzung neuer gesetzlicher Aufgaben im Bereich der Digitalisierung. Hierbei handelt es sich nicht um klassische IT-Betriebsaufgaben, sondern um dauerhaft erforderliche Fach- und Steuerungsfunktionen zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags des MD Bund.

Für die Entwicklung, den Betrieb und die kontinuierliche Weiterentwicklung der zentralen digitalen Anwendungen des MD Bund werden insbesondere Produktmanagerinnen und Produktmanager sowie fachliche Projektsteuerungs- und Koordinierungsfunktionen benötigt. Diese übernehmen die fachliche Verantwortung für die Planung, Priorisierung und Weiterentwicklung der digitalen Produkte sowie die Abstimmung mit den Medizinischen Diensten und externen IT-Dienstleistern. Die Funktionen werden insbesondere für das MDQ-Portal, das Kompetenznetz gemäß Richtlinie Zusammenarbeit und Einheitlichkeit (RL 10), die MD-Akademie sowie die Qualitätssicherung in der GKV (QSKV) und weitere vom MD Bund zu entwickelnde und zu betreibende IT-Systeme benötigt.

Darüber hinaus erfordert der gesetzliche Auftrag des MD Bund zusätzliche Fachfunktionen zur Entwicklung bundesweit einheitlicher digitaler Standards und Vorgaben für die Medizinischen Dienste. Diese Aufgaben umfassen insbesondere die fachliche Konzeption digitaler Prozesse und Datenstrukturen, die Weiterentwicklung der Richtlinien des MD Bund unter Berücksichtigung der Vorgaben des KHAG sowie die Koordinierung ihrer bundesweiten Umsetzung innerhalb der MD-Gemeinschaft. Die vorgesehenen Stellen schaffen damit die personellen Voraussetzungen sowohl für den dauerhaften Betrieb und die Weiterentwicklung zentraler digitaler Produkte als auch für die Wahrnehmung der regulatorischen Aufgaben des MD Bund im Bereich der Digitalisierung.

Die Umsetzung der Organisationsuntersuchung 2025 erfordert darüber hinaus die Besetzung noch ausstehender Führungs- und Steuerungsfunktionen. Hierzu zählen insbesondere die Konsolidierung der Führungsstruktur und die Unterstützung des projektförmigen Arbeitens durch ein Project Management Office. Diese Funktionen schaffen die Voraussetzungen für eine wirksame Steuerung der komplexen Aufgabenstruktur des MD Bund.

Geringer zusätzlicher Personalbedarf ergibt sich darüber hinaus in den Bereichen Finanzen/Vergabe und Personalmanagement. Diese Funktionen stellen keine Ausweitung administrativer Strukturen dar, sondern folgen dem mit der gewachsenen Organisation verbundenen Aufgabenzuwachs und dienen der ordnungsgemäßen Wahrnehmung der gesetzlichen und organisatorischen Unterstützungsaufgaben.

Insgesamt ist der zusätzliche Personalbedarf wie folgt begründet:

Begründung	**VZÄ**
Neue gesetzliche Aufgaben	10,0
Umsetzung Organisationsuntersuchung 2025	3,0
Interner Aufgabenzuwachs	1,0
Beratungsbedarf GKV-Spitzenverband	1,0
Gesamt	**15,0**

Von diesen zusätzlichen 15 Stellen belasten 12 Stellen den Kernhaushalt des MD Bund. Zwei Stellen für den Beirat Pflege nach PNOG werden aus Projektmitteln sowie eine Stelle zur Beratung des GKV-Spitzenverbandes aus Mitteln der Kompetenzeinheit Hilfsmittel refinanziert. Darüber hinaus werden im Rahmen der Organisationsentwicklung zwei vorhandene Stellen aus der Verwaltung der Facharbeit zugeordnet. Hierdurch wird der zusätzliche Finanzbedarf begrenzt und vorhandene personelle Ressourcen zielgerichtet eingesetzt. Der Kostenanteil der Verwaltung am Gesamtpersonal des MD Bund kann damit von 12,98 Prozent im Jahr 2026 auf 7,38 Prozent im Jahr 2027 zurückgeführt werden.

Die Mehrkosten für Vergütungen und Sozialversicherungsbeiträge teilen sich wie folgt auf:

Anstieg SV-Beiträge Mitarbeiterstamm 2026	585 TEUR
Prognose tariflicher Anstieg der Vergütungen ohne neue Stellen	655 TEUR
Anstieg Vergütungen und SV-Beiträge durch neue Stellen	1.824 TEUR
Gesamt	**3.064 TEUR**

Die vorstehende Tabelle zeigt, dass knapp die Hälfte des Anstiegs bei den Personalkosten auch unabhängig von den neu vorgesehenen Stellen anfällt.

Sachkosten

Neben den Personalkosten werden die Haushaltseckwerte durch Veränderungen bei den Sachkosten beeinflusst. Diese ergeben sich im Wesentlichen aus Projektmitteln für Digitalisierungsaufgaben, zusätzlichen Koordinierungsaufgaben und allgemeinen Preisentwicklungen. Gleichzeitig werden Einsparpotenziale konsequent genutzt, um den Anstieg der Sachaufwendungen zu begrenzen.

Maßgeblich sind vor allem folgende Positionen:

- Aufwendungen für die Weiterentwicklung digitaler Anwendungen und Plattformen, insbesondere des MDQ-Portals sowie der MD-Kooperationsplattform,
- Betrieb des Webseitenverbundes und gesetzliche Vorgaben zur Umsetzung der Barrierefreiheit,
- steigende Aufwendungen für Softwarelizenzen infolge allgemeiner Preissteigerungen sowie des erweiterten Lizenzbedarfs,
- Zusätzliche Aufwendungen unter anderem für die professionelle Unterstützung bei der anstehenden Nachfolge bei den Vorstandspositionen.

Neben den laufenden Verwaltungskosten ist für das Haushaltsjahr 2027 ein Investitionsvolumen von TEUR 85 vorgesehen. Die Investitionen betreffen im Wesentlichen Hard- und Software zur Sicherstellung des aktuellen technischen Standards sowie notwendige Ersatzbeschaffungen von Büroausstattung. Die Ansätze für Reisekosten steigen gegenüber dem Vorjahr moderat an. Ursächlich hierfür sind insbesondere gestiegene Übernachtungs- und Reisekosten. Einsparpotentiale durch konsequente Nutzung von sog. Spartickets sind bereits realisiert.

Wirtschaftlichkeit und Konsolidierung

Die Haushaltseckwerte 2027 berücksichtigen neben den erforderlichen Mehraufwendungen auch Maßnahmen zur Begrenzung des Haushaltsanstiegs. Bereits im Haushaltsjahr 2027 wirken sich erste Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit haushaltsentlastend aus. Hierzu zählt insbesondere der schrittweise Aufbau eigener fachlicher Kompetenzen, der eine Reduzierung externer Beratungsleistungen ermöglicht. Weitere organisatorische Verbesserungen sowie die Digitalisierung interner Prozesse einschließlich der Nutzung künstlicher Intelligenz tragen ebenfalls dazu bei, den zusätzlichen Finanzbedarf zu begrenzen.

Die im Rahmen der Haushaltsplanung berücksichtigten entlastenden Faktoren für den Kernhaushalt stellen sich wie folgt dar:

Den Kernhaushalt entlastende Maßnahme	**Entlastung 2027**
Reduzierung externer Beratungsleistungen	360 TEUR
Gegenfinanzierung von 3 neuen VZÄ aus Förder-, bzw. KC-Mitteln	258 TEUR
Weitere interne Effizienzmaßnahmen	197 TEUR
Fördermittel Pflegeprojekte	400 TEUR
Einsparungen bei den Büroflächen	59 TEUR
Summe	**1.274 TEUR**

Hinzu kommt die Zurückstellung identifizierter Personalbedarfe (2 VZÄ), bei denen zunächst die Effizienzsteigerungen durch das projektförmige Arbeiten und den Einsatz künstlicher Intelligenz abgewartet werden sollen. Die dargestellten Maßnahmen verdeutlichen, dass die erforderlichen Investitionen konsequent mit Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Begrenzung des Umlagebedarfs verbunden werden.

Kompetenz-Centren und Kompetenzeinheit Hilfsmittel

Die **Kostenkalkulation** für den Betrieb der **Kompetenz-Centren und Kompetenzeinheiten** der MD-Gemeinschaft basiert auf einer Fortschreibung der Planansätze des Jahres 2026. Für das Haushaltsjahr 2027 wird eine **Steigerung um 2,5 Prozent** berücksichtigt. Hierin sind insbesondere die erwarteten tariflichen Entwicklungen sowie allgemeine Kostensteigerungen enthalten. Die Planung erfolgt auf Grundlage der vorläufigen Wirtschaftsplanungen der Kompetenzzentren und Kompetenzeinheiten. Etwaige Anpassungen werden im Rahmen der endgültigen Haushaltsaufstellung berücksichtigt.

Zusammenfassung

Die Haushaltseckwerte 2027 berücksichtigen die finanziellen Auswirkungen der allgemeinen Kostenentwicklungen, des erweiterten gesetzlichen Aufgabenbestands des MD Bund sowie den weitgehenden Abschluss der organisatorischen Weiterentwicklung des MD Bund. Die hieraus resultierende Haushaltssteigerung setzt die bereits mit der Organisationsuntersuchung 2025 aufgezeigte Entwicklung konsequent fort und bildet deren finanzielle Umsetzung ab. Mit dem Haushalt 2027 investiert der MD Bund gezielt in dauerhaft leistungsfähige Organisations-, Führungs- und Digitalisierungsstruktu-

ren. Diese dienen nicht allein der Erfüllung zusätzlicher Aufgaben, sondern schaffen die Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Wahrnehmung der medizinischen und pflegerischen Fachaufgaben innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste.

Mit den Haushaltseckwerten 2027 werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass der MD Bund seinen gesetzlichen Auftrag dauerhaft mit leistungsfähigen Beratungs-, Organisations- und Digitalisierungsstrukturen wahrnehmen kann. Zugleich stärken bundesweit einheitliche (digitalen) Standards die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesamten MD-Gemeinschaft.

Der Finanzausschuss hat sich in seiner Sitzung am 4. August 2026 mit den Haushaltseckwerten 2027 des MD Bund befasst. Dazu wird mündlich berichtet.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat beauftragt den Vorstand, gemäß § 20 Absatz 2 der Satzung, den Haushaltsplan 2027 gemäß der Haushaltseckwerte 2027 aufzustellen und dem BMG bis zum 1. Oktober 2026 zur Prüfung vorzulegen.

Beratungsergebnis

7 Satzungsänderungen

7.1 Regelung für Sitzungen im Hybridformat

Verfasst von:	Jan Brinkmann [jan.brinkmann@md-bund.de]
Stand:	3. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Regelung für Sitzungen im Hybridformat
(Anwesenheit mindestens eines Mitglieds des VWR ausreichend)

Die Sitzungen des Verwaltungsrates können gemäß § 15 Absatz 1 der Satzung als Präsenzsitzung, hybride Sitzung oder digitale Sitzung einberufen werden. Bei Präsenzsitzungen sind grundsätzlich alle teilnehmenden Mitglieder persönlich am Sitzungsort anwesend, während bei hybriden Sitzungen gemäß § 15 Absatz 3 der Satzung mindestens ein Mitglied des Vorsitzes des Verwaltungsrates sowie ein Mitglied des Vorstandes persönlich am Sitzungsort anwesend - und die weiteren Mitglieder des Verwaltungsrates mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zugeschaltet sind.

Diese Satzungsregelung basiert auf § 64a Absatz 1 SGB IV:

- „Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). Das Nähere bestimmt die Satzung;“

Die Erfahrung aus den bisherigen Sitzungen im Hybridformat hat gezeigt, dass es zwar wünschenswert ist, dass ein Mitglied des Vorsitzes als sitzungsleitende Person (vgl. § 4 der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates) persönlich am Sitzungsort anwesend ist; dies aber organisatorisch bisweilen schwer abzubilden ist - und die technischen Voraussetzungen es ermöglichen, dass die Sitzungsleitung im Wege der digitalen Zuschaltung erfolgt.

Rechtliche Gründe stehen einer Regelung, wonach mindestens ein Mitglied des Verwaltungsrates, aber nicht notwendigerweise das vorsitzende Mitglied, persönlich am Sitzungsort anwesend sein muss, nicht entgegen. Laut Gesetz bestimmt das Nähere zu den Voraussetzungen einer Hybridsitzung die Satzung, vgl. § 64a Absatz 1 S.2 SGB IV. Die Satzung „kann“ laut Gesetzesbegründung vorsehen, dass die Sitzungsleitung im Sitzungssaal anwesend ist, dies muss aber nicht der Fall sein.

§ 15 Absatz 3 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„Bei hybriden Sitzungen sind mindestens ein Mitglied des Verwaltungsrates sowie, vorbehaltlich § 15 Absatz 6, mindestens ein Mitglied des Vorstandes persönlich am Sitzungsort anwesend und weitere Mitglieder des Verwaltungsrates mit ihrer Zustimmung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zugeschaltet.“ (s. Anlage S. 11)

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat beschließt, § 15 Absatz 3 der Satzung wie folgt neu zu fassen:

„Bei hybriden Sitzungen sind mindestens ein Mitglied des Verwaltungsrates sowie, vorbehaltlich § 15 Absatz 6, mindestens ein Mitglied des Vorstandes persönlich am Sitzungsort anwesend und weitere Mitglieder des Verwaltungsrates mit ihrer Zustimmung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zugeschaltet."

Beratungsergebnis

7.2 Regelungen zur einheitlichen Aufgabenwahrnehmung

Verfasst von:	Jan Brinkmann [jan.brinkmann@md-bund.de]
Stand:	12. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Regelungen zur einheitlichen Aufgabenwahrnehmung
(Abgabe von Empfehlungen des MD Bund)

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde der MD Bund beauftragt, Richtlinien zur einheitlichen Aufgabenwahrnehmung zu erlassen. Daneben sieht das Gesetz vor, auch Empfehlungen abzugeben. Von dieser Möglichkeit der Abgabe von Empfehlungen macht der MD Bund derzeit noch keinen Gebrauch.

Dieses Instrument dient dazu, fachliche, organisatorische bzw. koordinierende Vorgaben, auch kurzfristig, ins Werk zu setzen.

Diese Vorgaben sind nicht in gleicher Weise verbindlich wie Richtlinien, aber von den Medizinischen Diensten zu beachten, wie die gesetzliche Regelung des § 279 Absatz 2 Nr. 4 SGB V aufzeigt. Es handelt sich insofern um sogenannte „Soft Law“ mit organisationsrechtlicher Beachtenspflicht.

Da es sich neben den Richtlinien um die zweite, ausdrücklich vom Gesetz genannte Handlungsform des MD Bund handelt, sollen diese zukünftig, wie bereits die Richtlinien, in der Satzung des MD Bund geregelt werden.

§ 5a „Abgabe von Empfehlungen“ wird in die Satzung eingefügt:

(1) Der Medizinische Dienst Bund kann Empfehlungen abgeben. Zuständig für die Abgabe von Empfehlungen ist der Vorstand.

(2) Die Empfehlungen zielen darauf ab, eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung bei der Tätigkeit der Medizinischen Dienste in organisatorischen und fachlichen Sachverhalten und Rechtsfragen zu fördern. Ein Abweichen von einer Empfehlung ist nur bei Vorliegen sachlicher Gründe zulässig.

(3) Die Empfehlungen können sich auf Sachverhalte und Rechtsfragen beziehen,

a) die nicht zum gesetzlichen Regelungsauftrag einer Richtlinie gehören,
b) die vorläufig, bis zu dem Erlass einer neuen Richtlinie oder der Änderung einer bestehenden Richtlinie einer transparenten und einheitlichen Bewertung bedürfen, insbesondere im Fall von kurzfristig zu klärenden Fragen zur Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe, zur Umsetzung neuer oder geänderter Normen oder aktueller höchstrichterlicher Rechtsprechung und zur Konkretisierung von Regelungen oder Begrifflichkeiten einer Richtlinie,

c) die aufbauend auf den Regelungen einer Richtlinie zur Förderung der einheitlichen Anwendungspraxis einer konkreteren Ausgestaltung durch ergänzende Hinweise, vertiefende Erläuterungen oder Beispiele bedürfen.

(4) *Die Empfehlungen werden auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht. Die Abgabe der Empfehlungen soll dem Bundesministerium für Gesundheit möglichst frühzeitig vor deren Veröffentlichung angezeigt werden.* (s. Anlage S. 4)

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat beschließt, § 5a „Abgabe von Empfehlungen“ in die Satzung einzufügen:

(1) Der Medizinische Dienst Bund kann Empfehlungen abgeben. Zuständig für die Abgabe von Empfehlungen ist der Vorstand.

(2) Die Empfehlungen zielen darauf ab, eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung bei der Tätigkeit der Medizinischen Dienste in organisatorischen und fachlichen Sachverhalten und Rechtsfragen zu fördern. Ein Abweichen von einer Empfehlung ist nur bei Vorliegen sachlicher Gründe zulässig.

(3) Die Empfehlungen können sich auf Sachverhalte und Rechtsfragen beziehen,

a) die nicht zum gesetzlichen Regelungsauftrag einer Richtlinie gehören,
b) die vorläufig, bis zu dem Erlass einer neuen Richtlinie oder der Änderung einer bestehenden Richtlinie einer transparenten und einheitlichen Bewertung bedürfen, insbesondere im Fall von kurzfristig zu klärenden Fragen zur Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe, zur Umsetzung neuer oder geänderter Normen oder aktueller höchstrichterlicher Rechtsprechung und zur Konkretisierung von Regelungen oder Begrifflichkeiten einer Richtlinie,
c) die aufbauend auf den Regelungen einer Richtlinie zur Förderung der einheitlichen Anwendungspraxis einer konkreteren Ausgestaltung durch ergänzende Hinweise, vertiefende Erläuterungen oder Beispiele bedürfen.

(4) Die Empfehlungen werden auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht. Die Abgabe der Empfehlungen soll dem Bundesministerium für Gesundheit möglichst frühzeitig vor deren Veröffentlichung angezeigt werden.

Beratungsergebnis

7.3 Weiterer Anpassungsbedarf

Verfasst von:	Jan Brinkmann [jan.brinkmann@md-bund.de]
Stand:	12. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie „Zusammenarbeit und einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste“ gemäß § 283 Absatz 2 Nr. 10 unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste wurde deutlich, dass es einer Klarstellung der Aufgabe des MD Bundes als Interessenvertretung bedarf.

7.3.1 - Anpassung § 3 Absatz 5 der Satzung

Um klarzustellen, dass es sich bei der Interessenvertretung durch den MD Bund nicht um eine durch seine Mitglieder mandatsgebundene Interessenvertretung handelt, sondern dem MD Bund hier insoweit eine eigene, unabhängige und ebenenungebundene Kompetenz zukommt, soll die bisherige Formulierung in § 3 Absatz 5 der Satzung („Der Medizinische Dienst Bund vertritt die Interessen seiner Mitglieder auf der Bundesebene.“) dahingehend angepasst werden, dass es zukünftig heißt:

„*Der Medizinische Dienst Bund vertritt die Interessen* ***des Medizinischen Dienstes***“ (s. Anlage S. 2).

7.3.2 - Anpassung II.6 der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung)

Das Richtlinien-Verfahren soll zukünftig dadurch unbürokratischer gestaltet und vereinfacht werden. Bisher wird die fachliche Beteiligung der Medizinischen Dienste wiederholend durchgeführt. Die Medizinischen Dienste erhalten in jedem Richtlinienverfahren die Bitte um Vertretung in einer Fach-AG. Nach Erarbeitung eines Richtlinien-Entwurfes erfolgt ein Kommentierungsverfahren durch die Medizinischen Dienste. Im Anschluss folgt ein externes Beteiligungsverfahren. Dieses wird über die Fach-AG ausgewertet und bewertet. Durch die kontinuierliche Einbindung der Medizinischen Dienste ist die Einholung eines Votums entbehrlich, vgl. die bisherige Regelung unter II.6 der Regularien zum Erlass von Richtlinien. Sie ist gesetzlich nicht erforderlich, da die gemäß § 283 Absatz 2 S. 1 SGB V und § 53d Absatz 1 S. 1 SGB XI geforderte fachliche Einbeziehung der Medizinischen Dienste durch die Teilnahme an den Fach-AG Sitzungen und die Kommentierung durch die Medizinischen Dienste erfolgt. Zudem ist sie auch aus fachlicher Sicht nicht notwendig, da für die abschließende fachliche Würdigung der Ergebnisse des externen Beteiligungsverfahrens die Mitwirkung der in der Fach-Arbeitsgruppe vertretenen Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste ausreichend ist. Darauf hat auch das Bundesministerium für Gesundheit als Aufsichtsbehörde den MD Bund hingewiesen, da dies wie ein gesetzliches Einvernehmenserfordernis wirke, welches jedoch nicht gegeben sei. Die Medizinischen Dienste seien über ihre Beteiligung in der Fach-AG und die Kommentierungsmöglichkeit bereits vor dem Beteiligungsverfahren frühzeitig in den Richtlinienprozess eingebunden. Dadurch seien die grundlegenden Fragen zum Zeitpunkt der Einholung der Voten schon geklärt.

II.6 der Regularien zum Erlass von Richtlinien wird wie folgt neu gefasst:

„Die Fach-AG berücksichtigt die Eingaben der Beteiligungsberechtigten, indem sie diese dokumentiert, kommentiert und gegebenenfalls Änderungen der Richtlinie bzw. der Richtlinien daraus ableitet. Der daraus resultierende Entwurf und die Ergebnisdokumentation des Stellungnahmeverfahrens werden dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund und – sofern erforderlich – dem Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen zugesandt. Die Fach-AG leitet aus den etwaigen Rückmeldungen gegebenenfalls weitere Änderungen an der Richtlinie ab und finalisiert diese – im Falle wesentlicher Änderungen nach erneuter Einbeziehung des Spitzenverbandes Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen, soweit gesetzlich das Benehmen mit diesem herzustellen ist.“ (s. Anlage S. 23)

7.3.3 - Anpassung § 17 Absatz 6 der Satzung

Zur Vereinfachung und Beschleunigung der Signatur von Sitzungsniederschrift und Beschlüssen im schriftlichen Verfahren sollen diese zukünftig nicht mehr durch beide Vorsitzende, sondern nur noch durch den sitzungsleitenden Vorsitz unterschrieben werden.

§ 17 Absatz 7 wird wie folgt neu gefasst:

*„Die Beschlüsse des Verwaltungsrates in Sitzungen sind unter Darlegung der Entscheidungsgründe zu protokollieren. Die Sitzungsniederschrift ist von der/dem sitzungsleitenden den Vorsitzenden und der/dem Schriftführer*in zu unterzeichnen. Der Verwaltungsrat kann zu einzelnen oder zu allen Beratungspunkten ein Wortprotokoll verlangen. Im schriftlichen Verfahren gefasste Beschlüsse werden von der/dem Verwaltungsratsvorsitzenden mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt.“* (s. Anlage S. 13)

Aus redaktioneller Sicht sind zudem zwei Stellen zu aktualisieren.

7.3.4 - Aktualisierung § 5 Absatz 4 Buchstabe d der Satzung

Der dortige Verweis auf das Stellungnahmeverfahren gemäß § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird an die geltende Gesetzesfassung angepasst. Das Stellungnahmeverfahren ist nunmehr in § 283 Absatz 2 Satz 4 (vormals Satz 2) SGB V geregelt.

§ 5 Absatz 4 Buchstabe d wird wie folgt neu gefasst:

„ein transparentes Stellungnahmeverfahren der betroffenen Stellen gemäß § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und dem SGB XI,“ (s. Anlage S. 3)

7.3.5 - Aktualisierung § 26 Absatz 1 der Satzung

Die Verweisung auf § 415 Absatz 4 Satz 9 i. V. m. Absatz 1 Satz 4 SGB V in § 26 Absatz 1 der Satzung wird gestrichen, weil diese Norm entfallen ist. (s. Anlage S. 16)

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Es werden folgende Satzungsänderungen beschlossen:

7.3.1 - § 3 Absatz 5 der Satzung

§ 3 Absatz 5 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„Der Medizinische Dienst Bund vertritt die Interessen des Medizinischen Dienstes."

7.3.2- II.6 der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung)

II.6 der Regularien zum Erlass von Richtlinien (Anlage zur Satzung) wird wie folgt neu gefasst:

„Die Fach-AG berücksichtigt die Eingaben der Beteiligungsberechtigten, indem sie diese dokumentiert, kommentiert und gegebenenfalls Änderungen der Richtlinie bzw. der Richtlinien daraus ableitet. Der daraus resultierende Entwurf und die Ergebnisdokumentation des Stellungnahmeverfahrens werden dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund und – sofern erforderlich – dem Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen zugesandt. Die Fach-AG leitet aus den etwaigen Rückmeldungen gegebenenfalls weitere Änderungen an der Richtlinie ab und finalisiert diese – im Falle wesentlicher Änderungen nach erneuter Einbeziehung des Spitzenverbandes Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen, soweit gesetzlich das Benehmen mit diesem herzustellen ist."

7.3.3 - § 17 Absatz 6 der Satzung

§ 17 Absatz 7 der Satzung wird wie folgt gefasst:

„Die Beschlüsse des Verwaltungsrates in Sitzungen sind unter Darlegung der Entscheidungsgründe zu protokollieren. Die Sitzungsniederschrift ist von der/dem sitzungsleitenden den Vorsitzenden und der/dem Schriftführer*in zu unterzeichnen. Der Verwaltungsrat kann zu einzelnen oder zu allen Beratungspunkten ein Wortprotokoll verlangen. Im schriftlichen Verfahren gefasste Beschlüsse werden von der/den dem Verwaltungsratsvorsitzenden mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt."

7.3.4 - § 5 Absatz 4 Buchstabe d der Satzung

§ 5 Absatz 4 Buchstabe d der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„ein transparentes Stellungnahmeverfahren der betroffenen Stellen gemäß § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und dem SGB XI,“

7.3.5 - § 26 Absatz 1

§ 26 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Satzung tritt am Tag des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung durch das BMG erteilt wurde, in Kraft.

Beratungsergebnis

8 Vorbereitung Wahl Verwaltungsrat MD Bund zur zweiten Wahlperiode – Einsetzen des Wahlausschusses

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	30. Juli 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Der Wahlvorstand organisiert mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes Bund die Wahl des Verwaltungsrates gemäß § 3 der Wahlordnung. Er beruft eine Delegiertenversammlung zur Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund ein und wickelt die Nachwahl von Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund ab.

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund setzt gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 der Wahlordnung mindestens 12 Wochen vor Beginn der Wahlperiode einen Wahlvorstand zur Durchführung der Wahlen und Nachwahlen des Verwaltungsrates ein. Er besteht gemäß § 3 Absatz 2 der Wahlordnung aus je einem Mitglied und einer geschlechtsungleichen Stellvertretung für jede im Verwaltungsrat vertretene Gruppe. Unter den drei ordentlichen Mitgliedern des Wahlvorstandes muss dabei mehr als ein Geschlecht vertreten sein. Die Mitglieder des Wahlvorstandes dürfen darüber hinaus nicht dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund angehören oder selbst zur Wahl des Medizinischen Dienstes Bund kandidieren.

Aus den drei Gruppen im Verwaltungsrat wurden folgende Kandidaturen gemeldet:

Gruppe Krankenversicherung:
- Frau Angelika Kappe, Versichertenvertreterin aus der Kassenart AOK
- Herr Uwe Steudte, Arbeitgebervertreter aus der Kassenart BKK

Gruppe Betroffenenverbände:
- Sabine Wolter, Juristin bei der Verbraucherzentrale NRW im Bereich Gesundheit und Pflege
- Marius Schlichting, Projektmitarbeiter der BAG SELBSTHILFE e. V

Gruppe Berufsvertretungen:
- Frau Sabrina Moskei, Leiterin Fachabteilung Pflege bei den AWO Seniorendiensten Niederrhein
- Herr Dr. Jürgen Altenhoff, Dr. med. Jürgen Altenhoff, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Damit gemäß Wahlordnung § 3 Absatz 2 unter den drei ordentlichen Mitgliedern des Wahlvorstandes mehr als ein Geschlecht vertreten ist, wird folgende Besetzung des Wahlvorstandes vorgeschlagen:

Mitglieder des Wahlvorstandes:
- Frau Angelika Kappe (KV)
- Frau Sabrina Moskei (BerufsV)
- Herr Marius Schlichting (BetroffV)

Stellv. Mitglieder des Wahlvorstandes:
- Herr Uwe Steudte (KV)
- Herr Dr. Jürgen Altenhoff (BerufsV)
- Frau Sabine Wolter (BetroffV)

Zur Entschädigung des Zeitaufwandes und ggf. von Reisekosten für Besprechungen und die Durchführung der Wahlen, ist es naheliegend, die Entschädigungsregelung für den Verwaltungsrat des MD Bund in Anwendung zu bringen.

Mit der Einsetzung des Wahlvorstandes soll das Wahlverfahren eingeleitet werden. Es ist vom Verwaltungsrat festzulegen, in welchem Zeitraum die Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund erfolgen soll. Anschließend ist ein zeitlicher und inhaltlicher Ablaufplan für die Durchführung der Wahlen zu erstellen. Die Wahl sollte in enger Abstimmung mit dem BMG und in Kommunikation mit allen Beteiligten vorbereitet und durchgeführt werden.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Für die Wahl der Mitglieder und stellv. Mitglieder des Verwaltungsrates des MD Bund in der zweiten Amtsperiode und mögliche Nachwahlen während der zweiten Amtsperiode wird folgender Wahlvorstand gewählt und eingesetzt:

Mitglieder des Wahlvorstandes:
- Frau Angelika Kappe (KV)
- Frau Sabrina Moskei (BerufsV)
- Herr Marius Schlichting (BetroffV)

Stellv. Mitglieder des Wahlvorstandes:
- Herr Uwe Steudte (KV)
- Herr Dr. Jürgen Altenhoff (BerufsV)
- Frau Sabine Wolter (BetroffV)

Zur Entschädigung des Zeitaufwandes und ggf. von Reisekosten für Besprechungen und die Durchführung der Wahlen wird die Entschädigungsregelung für den Verwaltungsrat des MD Bund in Anwendung gebracht.

Beratungsergebnis

10 Besetzung der Stelle der Unabhängige Ombudsperson beim MD Bund

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	12. August 2026
Anlage(n):	keine

Sachverhalt

Die Stelle der Unabhängigen Ombudsperson des MD Bund ist seit dem Rücktritt von Frau Jutta Schürmann im Juni 2025 vakant. Die Stelle der Unabhängigen Ombudsperson beim MD Bund soll nach Genehmigung der Richtlinie Unabhängige Ombudsperson wieder besetzt werden.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat spricht sich dafür aus, die Stelle der Unabhängigen Ombudsperson beim MD Bund nach Genehmigung der Richtlinie Unabhängige Ombudsperson wieder zu besetzen.

Beratungsergebnis

11 Beteiligungsbericht MD IT-GmbH

Verfasst von:	Daniel Storkebaum [daniel.storkebaum@md-bund.de]
Stand:	10. August 2026
Anlage(n):	Beteiligungsbericht des MD Bund – Jahr 2025

Sachverhalt

Der Medizinische Dienst Bund ist zur jährlichen Erstellung eines Berichts über seine Beteiligungen an Gesellschaften und Unternehmen verpflichtet (§ 281 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit § 219 Absatz 3 SGB V).

Der Beteiligungsbericht (s. Anlage) ist dem Verwaltungsrat sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde - dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – jährlich vorzulegen.

Im Jahr 2025 (Stichtag: 31. Dezember) unterhielt der Medizinische Dienst Bund eine Beteiligung i.H.v. EUR 1.000 an der MD-IT GmbH, um im Rahmen des Entwicklungsprozesses der Branchensoftware seiner Koordinierungsfunktion nachkommen zu können.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

12 Gremientermine 2027

Verfasst von:	Caroline Jung [caroline.jung@md-bund.de]
Stand:	29. Juli 2026
Anlage(n):	wird nachgereicht

Sachverhalt

Die Terminplanung 2027 für die Gremiensitzungen des Verwaltungsrates und der Ausschüsse erfolgt vor dem Hintergrund des Endes der ersten Wahlperiode am 31. März 2026 und der Wahl des Verwaltungsrates zur zweiten Amtsperiode. Sie umfasst neben den üblichen Gremiensitzungen die voraussichtlichen Termine für eine Delegiertenversammlung oder einen Hybridtermin zur Auszählung einer Briefwahl sowie die Konstituierende Sitzung des neuen Verwaltungsrates.

Die Terminplanung 2027 wurde mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates und den Vorsitzenden der Ausschüsse abgestimmt. Von den vier regulären Sitzungen des Verwaltungsrates sind zwei als Präsenzsitzung (zweitägig mit Klausurmöglichkeit) und zwei als Hybridsitzung geplant. Darüber hinaus sind zwei optionale Termine (Hybridformat) im Hinblick auf das Richtliniengeschäft vorgesehen, die nur bei Bedarf stattfinden.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Ausschüsse werden gebeten, sich die Termine für 2027 vorzumerken und im Verhinderungsfall frühzeitig den MD Bund zu informieren, damit die Vertretungen entsprechend angefragt werden können. Die Termine werden den Mitgliedern auch als Besprechungsbenachrichtigung per Mail zugesendet.

Beratungs-/Beschlussvorschlag

Der Verwaltungsrat nimmt Kenntnis.

Beratungsergebnis

13 Sonstiges

Beratungsergebnis