

KHAG

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

17.12.2025

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss

21.11.2025

1. Durchgang Bundesrat

12.11.2025

1. Lesung Bundestag

08.10.2025

Kabinettsbeschluss

Zum Download

GMK-Beschluss

Länder fordern umfangreiche Änderungen an Krankenhausreform

Im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) haben die Bundesländer ihre zentralen Änderungswünsche am Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) formuliert. In einem Beschluss zur Anpassung des Gesetzesvorhabens vom 23.01.2026 legen sie ihre strategischen Schwerpunkte für die weiteren Verhandlungen mit dem Bund fest. Wann es zu einem Abschluss der bereits jetzt zeitlich verzögerten Beratungen in Bundestag und Bundesrat kommen wird, ist derzeit noch nicht bekannt.

- Nach Ansicht der Länder sollten Mittel aus dem Sondervermögen des Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes (LuKIFG) für die Landes-Kofinanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds genutzt werden. Die Gesundheitsministerinnen und -minister beziehen sich dabei auf Gespräche im Rahmen des Vermittlungsausschusses zum Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP), in denen die Bundesregierung eine Änderung des KHAG in Aussicht gestellt haben soll. Die Länder fordern auch, dass diese Mittel für die Weiterentwicklung sogenannter versorgungsrelevanter Strukturen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit besonders auch im ländlichen Raum zur Verfügung stehen sollen – und damit zur Modernisierung der Bestandskrankenhäuser verwendet werden können. Der bisherige Ausschluss der Förderung von Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, soll damit aufgehoben werden.
- Darüber hinaus wollen die Länder verhindern, dass sie Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen genehmigen können. Sie fordern zudem, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene dreijährige Befristung für Ausnahmen auf maximal sechs Jahre ausgeweitet wird.
- In ihrem Beschluss vereinbaren die Länder, sich für eine Erweiterung der Standortdefinition für Kooperationen von Häusern einzusetzen – bisher dürfen Gebäude nur 2.000 m voneinander entfernt liegen.
- Schließlich soll die mit der Krankenhausreform neu eingeführte Vorhaltevergütung nach dem Willen der Länder bereits während der budgetneutralen Phase (laut KHAG in den Jahren 2026 und 2027) beziehungsweise der Konvergenzphase (bis Ende 2029) evaluiert werden können. Damit soll die Wirkung zeitnah angepasst und nachjustiert werden können.

B Eine Reform der Krankenhausstrukturen ist dringend notwendig. Es werden bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgungsstrukturen mit leistungsfähigen Krankenhäusern gebraucht – insbesondere eine ambulante Konversion kleiner und eine Stärkung großer Krankenhausstandorte. Bereits im Kabinettsentwurf zum KHAG wurden jedoch die Vorgaben für bundesweit einheitliche Qualitätskriterien für die Krankenhausversorgung stark aufgeweicht. Sollten die Bundesländer ihre im GMK-Beschluss formulierten Forderungen durchsetzen, würde dies ein Scheitern der ursprünglichen Ziele der Krankenhausreform bedeuten.

Die Mittel des Transformationsfonds dürfen nicht für den Erhalt bestehender Strukturen zweckentfremdet werden. Deren Modernisierung ist Aufgabe der Bundesländer im Rahmen ihrer Investitionskostenfinanzierung. Mit dem Transformationsfonds muss gezielt in neue Strukturen investiert werden, also die Spezialisierung und Konzentration von Leistungen als Ziele der Krankenhausreform gefördert werden.

Die Forderungen der Länder zur Erweiterung der Standortdefinition sind unnötig. Die Selbstverwaltungspartner haben den Auftrag, konkrete Kriterien und Abweichungsmöglichkeiten für die Festlegung von Krankenhausstandorten zu vereinbaren und deren Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung sowie auf die Vergütung von Krankenhausleistungen zu

prüfen. Der dazu dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31.12.2029 vorzulegende Bericht muss abgewartet werden.

Apothekenversorgung- Weiterentwicklungsgesetz

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

30.01.2026

1. Durchgang Bundesrat

17.12.2025

Kabinettsbeschluss

06.11.2025

Verbändeanhörung BMG

16.10.2025

Referentenentwurf

Stellungnahme des Bundesrats zur Apothekenreform

Am 30.01.2026 hat der Bundesrat Stellung zum Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) genommen und umfangreiche Änderungen gefordert. Unter anderem lehnen die Bundesländer eine vereinfachte Gründung von Zweigapotheken für abgelegene Regionen ab oder die vorübergehende befristete Vertretung eines Apothekers oder einer Apothekerin durch pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA).

Die Stellungnahme des Bundesrats zeigt die breite Kritik an dem von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Gesetzentwurf. Die Gegenäußerung der Bundesregierung soll in Kürze erfolgen. Es ist zu erwarten, dass darin die Forderungen des Bundesrats weitgehend zurückgewiesen werden. Es ist also nicht unwahrscheinlich, dass das nicht zustimmungspflichtige Gesetz ebenso wie das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung der Pflege (BEEP) in die Vermittlung zwischen Bund und Ländern gehen wird.

Zu den Kritikpunkten des Bundesrats gehören zum Beispiel:

Anpassung der Apothekenvergütung

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, das Apothekenpackungsfixum bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel von 8,35 Euro auf 9,50 Euro anzuheben. Die derzeitige Höhe sei wirtschaftlich nicht mehr angemessen. Die im Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD in Aussicht gestellte Erhöhung des Fixums hatte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken mit Hinweis auf die defizitäre Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgestellt.

Die von der Bundesregierung angestrebte Verhandlungslösung der Vertragspartner der Selbstverwaltung zur Anpassung der Apothekenvergütung wird vom Bundesrat als zu bürokratisch abgelehnt. Anstelle eines Vergütungszuschlags soll nach Ansicht der Länder ein Versorgungszuschlag im SGB V eingeführt werden. Dieser soll zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband jährlich neu verhandelt werden. Hierbei müssten die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindexes im Vergleich zum Vorjahr, der Grundsatz der Beitragsstabilität und die Kostenentwicklung der Apotheken beachtet werden. Zudem muss das Verhandlungsergebnis dem BMG – anders als beim Vergütungszuschlag – nicht mehr vorgelegt werden. Der Versorgungszuschlag soll pro abgegebener Packung abgerechnet werden können.

- B** Die vom Bundesrat geforderten Änderungen bei der Anpassung der Apothekenvergütung würden erhebliche finanzielle Belastungen für die GKV verursachen. Deshalb ist es richtig, dass die zunächst vereinbarte Erhöhung des Apothekenpackungsfixums zurückgestellt wird. Der Versorgungszuschlag führt zu jährlichen, automatisierten Vergütungssteigerungen und lässt zudem die Relevanz der Apotheken für die Versorgung außer Betracht. Vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsstrukturen ist es grundsätzlich notwendig, eine ganzheitliche Apothekenvergütungsreform in Angriff zu nehmen. Die Diversifizierung der Strukturen über Zweigapotheken bietet die Chance, Lücken in der Versorgung zu vermeiden.

Erweiterte Austauschmöglichkeiten für Apotheker – Bundesrat fordert Präzisierungen

Die vorgesehene Regelung zum Austausch von Arzneimitteln ist aus Sicht des Bundesrats nicht präzise formuliert. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Apotheken künftig wirkstoffgleiche und vorrätige Präparate direkt abgeben dürfen, wenn das Rabattarzneimittel nach Abfrage beim Großhandel nicht verfügbar ist. Um eine Erleichterung für die Apotheken zu erzielen, so der Bundesrat, müsse für diese geplante Substitutionsregelung die verpflichtende Abgabe von preisgünstigen Arzneimitteln in diesen Fällen aufgehoben werden (sogenannter „Dispens“).

- B** Die bestehenden Substitutionsregelungen für Apotheken ermöglichen bereits heute eine zeitnahe Versorgung. Ihre Ausweitung gefährdet das etablierte und versorgungssichernde System der Rabattverträge. Diese grundsätzliche Kritik bleibt bestehen. Die Forderung des Bundesrats hat keine Auswirkungen auf die im Gesetzentwurf erfolgte Klarstellung, dass Apotheken beim Großhandel die Verfügbarkeit des abzugebenden Rabattarzneimittels verpflichtend abfragen müssen.

Gematik 2.0 – Impulse für die Weiterentwicklung der gematik

Union und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die gematik zu einer modernen Agentur weiterzuentwickeln, um die Akteure im Bereich der Digitalisierung besser zu vernetzen. Die Umsetzung soll in einem Digitalgesetz erfolgen, welches in der aktuellen Vorhabenplanung der Bundesregierung für das erste Quartal 2026 angekündigt wurde.

Wie die Kompetenzen im Bereich der Digitalisierung verteilt und die Finanzierung der gematik zukünftig ausgestaltet werden sollen, haben die BARMER sowie weitere Krankenkassen und Verbände in einem gemeinsamen Positionspapier formuliert. Hier die wesentlichen Forderungen:

Keine Doppelrolle der gematik

Eine zentrale Forderung ist, dass sich die gematik künftig auf ihre Kernaufgaben konzentrieren muss. Dazu gehören der Betrieb der Telematikinfrastruktur und die Definition praxistauglicher Produktspezifikationen. Dies sollte immer unter Einbindung der beteiligten Akteure geschehen. Die gematik darf hingegen nicht als Zulassungsinstitution fungieren und gleichzeitig mit eigenen Produkten im Markt präsent sein, wie beispielsweise der E-Rezept-App. Aufgrund ihrer Doppelrolle entstehen zwangsläufig Interessenskonflikte, die unbedingt vermieden werden müssen.

Entwicklung versichertenaher Anwendungen ausschließlich durch Krankenkassen

In Zukunft sollte es allein den Krankenkassen vorbehalten sein, versichertenahere Digitalanwendungen anzubieten. Die Kassen und ihre Dienstleister brauchen erweiterte Möglichkeiten, um insbesondere in der elektronischen Patientenakte (ePA) zusätzliche Serviceangebote bereitzustellen. Dafür müssen die gesetzlichen Grundlagen weiterentwickelt werden.

Mitbestimmung und faire Finanzierung sicherstellen

In den letzten Jahren wurden die Aufgaben der gematik stark ausgeweitet. Entsprechend stiegen auch die Kosten, die sich aktuell auf rund 100 Millionen Euro pro Jahr belaufen. Die Finanzierung der gematik wird zum größten Teil aus den Mitgliedsbeiträgen der gesetzlich Versicherten (93 Prozent) getragen. Dennoch können sie keinen Einfluss auf die Verwendung der Finanzmittel nehmen, da der GKV-Spitzenverband nur 22,05 Prozent der Gesellschafts- und Stimmanteile der gematik hält. Das BMG verfügt hingegen über 51 Prozent der Gesellschafteranteile an der gematik und besitzt damit eine Sperrmajorität.

Zum Download
Positionspapier
Gematik 2.0

Berlin kompakt

Nr. 2 // 3. Februar 2026

Die bestehende Finanzierungssystematik der gematik ist nicht akzeptabel. Der GKV-Spitzenverband muss als Vertretung der Kostenträger Transparenz über die Arbeit der gematik erhalten. Zudem benötigt er ein Mitbestimmungsrecht bei allen Entscheidungen, die Kostenwirkung für die Krankenkassen entfalten, so das Positionspapier.

Da alle Akteure im Gesundheitswesen von der Arbeit der gematik profitieren, dürfen die Kosten nicht fast ausschließlich den gesetzlich Versicherten aufgebürdet werden. So ist eine weitere Forderung in dem Papier die zusätzliche Finanzierung der gematik aus Steuermitteln.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren