

Änderungsantrag

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

BT-Drs. 18/10938

Zu Artikel 8a (§ 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 8b (§§ 4, 5, 8 und 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen); (Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 1. Januar 2019; Übergangsregelung zur Nachweispflicht; Finanzierungsfolgeregelung zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen)

Nach Artikel 8 werden die folgenden Artikel 8a und 8b eingefügt:

„Artikel 8a

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 137h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) geändert worden ist, wird folgender § 137i eingefügt:

„§ 137i

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren. Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu

berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt. In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Intensivseinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben geeignete Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden. Sie bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes, insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens zur Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragen sie fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen sind und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind.

(2) Bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 steht das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und beteiligt den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bei den in den Sätzen 4 bis 6 vorgesehenen Verfahrensschritten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 das Institut nach § 137a mit Gutachten beauftragen; § 137a Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit ist berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor. Sie sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vor.

(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 kann das

Bundesministerium für Gesundheit auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren; für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.

(4) Für die Jahre ab 2019 haben die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen. Sie übermitteln den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.

(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 3 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 3 bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 5 oder Absatz 3 bestimmter Vergütungsabschlag zu vereinbaren.

(6) Für die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen treffen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unter Schätzung der personellen und finanziellen Folgen eine Rahmenvereinbarung darüber, welche Mehrkosten, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen, in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bei der Vereinbarung von krankhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes zu berücksichtigen sind. Dabei haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 festzustellen, inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach diesem Gesetz finanziert werden. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(7) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor.“

Artikel 8b

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 8 Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Für die Jahre 2019 bis 2021 sind übergangsweise von den Krankenhäusern nur die Bestätigungen nach Satz 9 zweiter Halbsatz und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nur der Bericht nach Satz 10 vorzulegen sowie von den Krankenkassen nur die Informationen nach Satz 11 zu übermitteln.“

2. Dem § 5 Absatz 3c wird folgender Satz angefügt:

„Bei einer Vereinbarung von Zuschlägen aufgrund einer Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Sätze 1, 2, 4 und 5 entsprechend anzuwenden.“

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „oder Absatz 2“ die Wörter „oder nach § 137i Absatz 5“ eingefügt.

b) In Absatz 10 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8“ eingefügt.

4. § 9 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Bundesausschusses“ die Wörter „sowie aufgrund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. bis zum 31. Oktober 2018 die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 sowie die Berichtigung dieses Betrages in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung.“

Begründung:

Zu Artikel 8a

Der neue § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen vor. Dies ist eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Nach dem in der Begründung zum Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 62, Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe jj) festgelegten Arbeitsauftrag sollte die Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob im Diagnosis Related Groups (DRG)-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung (Themenkomplex 1) und der allgemeine Pflegebedarf (Themenkomplex 2) in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden, und ggf. Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Zudem sollte sich die Expertinnen- und Expertenkommission der Frage widmen, auf welche Weise die Verwendung der nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung gestellten Finanzmittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann (Themenkomplex 3).

Aus den am 7. März 2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission ergibt sich kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf bezüglich der Themenkomplexe 2 und 3 zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung. Die Erfahrungen, die in anderen Staaten mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass diese eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern sind.

Zu Absatz 1

Gemäß Satz 1 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und in diesen pflegesensitiven Bereichen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Pflegepersonaluntergrenzen spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verbindlich zu vereinbaren. Bei diesen Pflegepersonaluntergrenzen handelt es sich um Verhältniszahlen, die das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient abbilden. Bei der Ermittlung dieser Verhältniszahlen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen, das heißt unterschiedslos zu berücksichtigen. Unterschiede etwa hinsichtlich des Versicherungsstatus spielen daher für die Bildung der Verhältniszahlen keine Rolle. Die Pflegepersonaluntergrenzen gelten nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da die entsprechenden Mindestvorgaben für diese Einrichtungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegt werden.

Von der Vereinbarung ist insbesondere Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu erfassen (vgl. § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG). Dazu zählen professionelle Pflegerinnen und Pfleger mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung, zusätzlich können beispielsweise aber auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden. Die zu treffenden Vorgaben sind im Verhältnis Pflegekraft pro Patient als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen.

Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse besonders evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt.

Nach Satz 4 sind zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass Intensiveinheiten bettenführende eigene Abteilungen oder auch einzelne Betten in anderen, eigenen Fachabteilungen sein können. Die Berücksichtigung der Besetzung im Nachtdienst gilt für die festzulegenden pflegesensitiven Bereiche; sie kann, in begründeten Fällen, auch in anderen Bereichen erfolgen.

In Satz 5 wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach Satz 1 bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen, sogenannter Substitutionseffekte, vorzusehen haben. Dadurch soll sichergestellt

werden, dass eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in diesen anderen Bereichen nicht eintritt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf folglich nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Von Substitutionseffekten kann beispielsweise dann nicht ausgegangen werden, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche nicht wesentlich verringert hat.

Gemäß Satz 6 bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 zwingend notwendige Ausnahmetatbestände und notwendige Übergangsregelungen. Damit wird sichergestellt, dass bei Wahrung der Verbindlichkeit der Pflegepersonaluntergrenzen Fälle ihrer unverschuldeten Nichteinhaltung Berücksichtigung finden. In Betracht kommen dabei etwa kurzfristige Personalengpässe sowie starke Erhöhungen der Patientenzahl durch unvorhersehbare Ereignisse (beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse). Notwendige Übergangsregelungen sind von Bedeutung in Fällen wesentlicher Umsetzungshindernisse, die von der einzelnen Einrichtung nicht zu beeinflussen sind, wie beispielsweise ein etwaiger Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. Das Vorliegen eines unverschuldeten Ausnahmetatbestandes sowie die Voraussetzungen einer Übergangsregelung hat das jeweilige Krankenhaus in geeigneter Weise nachzuweisen.

Nach Satz 7 haben die Vertragsparteien nach Satz 1 für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu bestimmen. Hierdurch soll die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gefördert werden. Denkbar ist als zusätzliche Maßnahme etwa auch die Festlegung von Anhörungs- und Konsultationsverfahren. Zu den vorzusehenden Vergütungsabschlägen haben die Vertragsparteien nach Satz 1 eine Vereinbarung über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Abschläge auf Grundlage der Vorgaben aus Absatz 1 zu treffen. Der Verweis auf § 11 KHEntgG stellt klar, dass die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Vereinbarungen der Vertragspartner auf Ortsebene verbindlich sind. Die auf der Bundesebene von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 3 festgelegten Vergütungsabschläge sind daher unter Berücksichtigung der Vorgaben von Absatz 5 von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für das einzelne Krankenhaus umzusetzen. Der Vergütungsabschlag wird entgeltrechtlich nach § 8 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG durch einen Abschlag auf die Fallpauschalen und Zusatzentgelte vorgenommen.

Satz 8 dient der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit durch fachlich unabhängige Einrichtungen und Sachverständige und trägt damit zu einer besseren Fundierung und damit auch zu einer höheren Akzeptanz der vereinbarten Pflegepersonaluntergrenzen bei den Beteiligten bei.

Satz 9 sieht vor, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser

maßgeblichen Gewerkschaften, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen sind. Das bedeutet, dass den vorgenannten Verbänden in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist. Ihre Stellungnahmen sind zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Durch diese qualifizierte Form der Beteiligung ohne Mitentscheidung wird unterstützt, dass praxisnahe Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der erforderlichen Expertise erarbeitet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die notwendigen Verfahrensregelungen, um eine fristgerechte Vereinbarung der Pflegepersonaluntergrenzen sicherzustellen. Hierzu wird insbesondere eine ständige fachliche Begleitung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten vorgesehen. Die Regelungen sind teilweise an das in § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelte wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Pflegeeinrichtungen angelehnt.

Satz 1 sieht vor, dass bei der Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 das Bundesministerium für Gesundheit im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 steht und auch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bei den Verfahrensschritten nach den Sätzen 4 bis 6 beteiligt. So informiert das Bundesministerium für Gesundheit den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten über den vorgelegten Zeitplan und den Bearbeitungsstand und stellt ihm den Zwischenbericht nach Satz 6 zur Verfügung. In Satz 2 ist geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der fachlichen Begleitung des Vereinbarungsprozesses bei geeigneten Fragestellungen zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 auch Aufträge an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vergeben kann. Eine entsprechende Anwendung der Finanzierungsregelung des § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V ist vorgesehen. Nach Satz 3 ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Satz 4 regelt, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich, spätestens bis zum 31. August 2017, einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben. Gemäß Satz 5 sind sie verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans gefährdet sind, und auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen nach Absatz 1 zu erteilen und mögliche Lösungen für Probleme vorzulegen, die dem Abschluss einer Vereinbarung im Weg stehen. Satz 6 sieht vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2018 einen Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 vorzulegen haben.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 Satz 1 erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, wenn die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt. Wie auch im Fall von Absatz 1 Satz 1 sollen die vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung erlassenen Vorgaben zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Satz 2 stellt sicher, dass das Bundesministerium für Gesundheit die erforderliche Expertise zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 durch in Auftrag zu gebende Datenerhebungen, Auswertungen, insbesondere Datenauswertungen, oder Sachverständigengutachten einholen kann. Die Regelung in Satz 3 konkretisiert dies dahingehend, dass insbesondere, und damit nicht nur das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das IQTIG mit Auswertungen und Sachverständigengutachten beauftragt werden können. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Absatz 1 erlässt und in diesem Zusammenhang das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die für das Institut in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu decken. Für das IQTIG kann eine Finanzierung entsprechend § 137a Absatz 4 Satz 3 SGB V erfolgen.

Zu Absatz 4

Durch Absatz 4 werden die Krankenhäuser verpflichtet, ab dem Jahr 2019 durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde die Einhaltung der nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Vorgaben nachzuweisen. Die Prüfung wird im Regelfall anhand der Dokumentation über den jeweiligen Personaleinsatz erfolgen. Entsprechende Dokumentationspflichten werden zeitgleich mit den Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3 von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart oder vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung festgelegt. Dabei können beispielsweise die Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung der Pflegepersonalschlüssel in der perinatalogischen Versorgung nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses als Vorbild dienen. Gemäß Satz 2 übermitteln die Krankenhäuser den Nachweis zum 30. Juni jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30. Juni 2020. Bei der Ausgestaltung des Nachweises ist zu berücksichtigen, dass nach Absatz 1 Satz 3 Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen (Substitutionseffekte) zu vermeiden sind. Von Substitutionseffekten kann beispielsweise dann nicht ausgegangen werden, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Krankenhausbereiche nicht wesentlich verringert hat. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 benötigen die im Nachweis enthaltenen Informationen insbesondere für den nach Absatz 7 bis zum 31. Dezember 2022

dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit vorzulegenden wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 KHEntgG benötigen diese Informationen, um die nach Absatz 1 Satz 5 oder Absatz 3 bestimmten Vergütungsabschläge nach Absatz 5 vorzusehen und etwa das Vorliegen von Ausnahmetatbeständen oder die Voraussetzungen für die Anwendung einer Übergangsregelung vor Ort identifizieren zu können. Die Länder benötigen diese Informationen, um in die Lage versetzt zu werden, bei einer Unterschreitung von Personaluntergrenzen ggf. auch Konsequenzen in der Krankenhausplanung ziehen zu können. Satz 3 regelt, dass die Krankenhäuser den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, in ihren Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen haben. Auf diese Weise wird Transparenz insbesondere gegenüber den Patientinnen und Patienten geschaffen. Nachzuweisen ist das tatsächlich vorhandene Personal, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Anwendung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene oder vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmten Vergütungsabschlags auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren einen Vergütungsabschlag, wenn ein Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3 nicht einhält, ohne dass eine nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 3 bestimmte Ausnahme einschlägig ist oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 3 vorgesehenen Übergangsregelung erfüllt sind. Hierdurch soll der Anreiz für die Krankenhäuser, die Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, verstärkt werden.

Zu Absatz 6

Da sich die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach Absatz 1 auf Untergrößen von Pflegepersonal zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität bezieht, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die mit diesen Untergrößen verbundene Pflegepersonalausstattung bereits mit den bestehenden Entgelten ausfinanziert ist. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Selbstverwaltungspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit Pflegepersonaluntergrößen in einzelnen pflegesensitiven Bereichen so festlegen, dass sie durch die bestehenden Entgelte jedenfalls zum Teil noch nicht in vollem Umfang abgedeckt werden. Absatz 6 sieht daher eine differenzierte Finanzierungsregelung im Hinblick auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrößen vor. Pflegepersonaluntergrößen in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser zielen darauf ab, gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung entgegen zu wirken. Durch Pflegepersonaluntergrößen für entsprechend pflegesensitive Bereiche soll das Auftreten unerwünschter Ereignisse nach Möglichkeit verhindert werden.

Grundsätzlich ist der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in der Kalkulation des DRG-Systems berücksichtigt. Zudem wird zusätzlich zu den Entgelten des DRG-Systems seit

dem Jahr 2017 ein Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro gezahlt, der allgemeinen Krankenhäusern zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung dienen soll. Auch die nach § 8 Absatz 10 KHEntgG ab dem Jahr 2019 vorzunehmende Erhöhung des Pflegezuschlags um die zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms kommt der verbesserten pflegerischen Versorgung zu gute.

Sofern allerdings durch die Festlegungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 3 in bestimmten Fällen eine anderweitige Finanzierung eines entstehenden finanziellen Mehraufwands von Pflegepersonaluntergrenzen, insbesondere über die Entgelte des DRG-Systems, Zuschläge, krankenhausindividuelle Entgelte oder Entgelte auf der Grundlage des SGB V, nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, sieht Absatz 6 vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 eine Rahmenvereinbarung zur Berücksichtigungsfähigkeit von Mehrkosten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu treffen haben.

Sofern eine nach Satz 2 auszuschließende Doppelfinanzierung der festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen nicht vorliegt, haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die personellen und finanziellen Folgen einer festgelegten Pflegepersonaluntergrenze abzuschätzen und zu vereinbaren, welche Mehrkosten zur Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu berücksichtigen sind. Maßgeblich für den zu vereinbarenden Umfang der Zuschläge ist, inwieweit die Mehrkosten für Pflegepersonaluntergrenzen noch nicht in den bereits bestehenden Entgelten enthalten sind. Diese Differenz ist durch Zuschläge nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu finanzieren. Im Hinblick auf die Bedeutung von Pflegepersonaluntergrenzen zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität haben die Selbstverwaltungspartner dabei zu gewährleisten, dass die Finanzierung allen Krankenhäusern zu Gute kommt, und dass Krankenhäuser, die die Untergrenzen bislang nicht eingehalten haben, nicht gegenüber Krankenhäusern finanziell bevorteilt werden, die die Pflegepersonaluntergrenzen bereits in der Vergangenheit erfüllt haben.

Gelingt es den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweils maßgeblichen pflegesensitiven Bereiche nicht, eine Rahmenvereinbarung zu den finanziellen Folgen der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze zu schließen, entscheidet nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. Die Einzelheiten der unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Zuschläge ergeben sich aus § 5 Absatz 3c KHEntgG.

Nach Ablauf der von den Selbstverwaltungspartnern zu vereinbarenden Übergangszeit (§ 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG) erfolgt die Finanzierung nicht länger über Zuschläge nach dem neuen § 5 Absatz 3c KHEntgG, sondern geht in die pauschale Krankenhausfinanzierung über. Hierzu gehen nach

bereits geltender Rechtslage die vereinbarten Zuschläge erhöhend in den Landesbasisfallwert ein (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG), und die Kosten der Pflegepersonaluntergrenzen werden in der Kalkulation der Bewertungsrelationen berücksichtigt.

Zu Absatz 7

Nach Absatz 7 legen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor. Die Auswirkungen der neu festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen sollen möglichst zeitnah evaluiert werden.

Zu Artikel 8b

Die Änderungen sehen die Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 1. Januar 2019 vor. Sie stehen im engen Zusammenhang mit dem neuen § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Überführung der Mittel stellt neben der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen eine wesentliche Konsequenz aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ dar. Nach dem in der Begründung zum Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 62, Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe jj) festgelegten Arbeitsauftrag sollte die Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten, bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung (Themenkomplex 1) und der allgemeine Pflegebedarf (Themenkomplex 2) in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und ggf. Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Zudem sollte sich die Expertinnen- und Expertenkommission der Frage widmen, auf welche Weise die Verwendung der nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung gestellten Finanzmittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann (Themenkomplex 3).

Aus den am 7. März 2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission ergibt sich kurzfristiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf bezüglich der Themenkomplexe 2 und 3 zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung.

Zur Erreichung dieser Ziele sind bundesgesetzliche Regelungen zur Wahrung der Rechtseinheit nach Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes erforderlich. Die vorgesehenen Regelungen sind Teil des Vergütungssystems der Krankenhäuser, das bisher schon bundesgesetzlich geregelt ist. Änderungen dieser Regelungen sind daher ebenso einheitlich vorzunehmen.

Zu Nummer 1

Durch die Neufassung von § 4 Absatz 8 Satz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sind übergangsweise auch für die Jahre 2019 bis 2021 vom Krankenhaus bei Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigenden Informationen zu den im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms geschaffenen neuen Pflegestellen sowie zur jahresdurchschnittlichen Pflegestellenbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen. Da ab dem Jahr 2019 die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt werden, ist für das Jahr 2019 und die nachfolgenden Jahre vom Krankenhaus keine Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln des Förderprogramms vorzunehmen. Indem sich der Pflegezuschlag vermindert, wenn ein Krankenhaus Pflegestellen abbaut, wird ein Anreiz für eine dauerhaft angemessene Pflegeausstattung gesetzt. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die nach § 4 Absatz 8 Satz 9 erster Halbsatz KHEntgG vorzunehmende Mittelrückzahlung für in den Jahren 2016 bis 2018 nicht zweckentsprechend verwendete Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms hiervon unberührt bleibt.

Für die Jahre 2019 bis 2021 hat ferner auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seine jährlichen Berichte zur Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms vorzulegen. Hierfür haben die Krankenkassen weiterhin die Informationen nach Satz 11 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln.

Zugleich wird damit eine Folgeänderung im Hinblick auf die Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 1. Januar 2019 vorgenommen. Denn durch die Änderung wird auch der Auftrag in § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen, da die Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ dem Auftrag, bis spätestens zum 31. Dezember 2017 Vorschläge zur Überleitung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms zu erarbeiten, nachgekommen ist.

Zu Nummer 2

Wird auf der Grundlage von § 137i Absatz 6 SGB V eine Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen getroffen, so vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG in entsprechender Anwendung der bestehenden Mehrkostenregelung nach § 5 Absatz 3c Satz 1, 2, 4 und 5 KHEntgG krankenhaushausindividuell die Höhe von befristeten Zuschlägen zur Finanzierung der Mehrkosten von Pflegepersonaluntergrenzen, de-

ren Kosten nicht bereits anderweitig finanziert sind. Die Mehrkostenregelung kann damit Anwendung bei Abrechnung von Fallpauschalen und Zusatzentgelten sowie bei Abrechnung von krankenhaushausindividuellen Entgelten durch besondere Einrichtungen finden. Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG haben dabei die nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG zu treffenden Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene, insbesondere zur möglichen Erhebungsdauer der befristeten Zuschläge, zu beachten. Durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 KHEntgG ist gewährleistet, dass die für die Finanzierung der Mehrkosten vereinbarten befristeten Zuschläge nach Ablauf der krankenhaushausindividuellen Vereinbarungsphase erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind, soweit die Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt werden. Zugleich ist durch § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG gewährleistet, dass in diesem Fall die vollständige Überführung der krankenhaushausindividuell vereinbarten Zuschlagssumme nicht durch die maßgebliche Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwertes begrenzt wird.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der neue § 137i SGB V in § 8 Absatz 4 berücksichtigt. Die Regelung sieht vor, dass in den von den Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 Satz 1 SGB V in den nach § 137i Absatz 1 Satz 7 SGB V zu vereinbarenden oder in den vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 137i Absatz 3 SGB V festzulegenden Fällen von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten zukünftig Abschläge vorzusehen sind, wenn die zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen von einem Krankenhaus nicht eingehalten werden. Die für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen stellen eine gesetzlich vorgesehene Verpflichtung zur Qualitätssicherung dar. Kommen Einrichtungen, die krankenhaushausindividuelle Entgelte abrechnen, dieser Verpflichtung zur strukturellen Qualitätssicherung nicht nach, sind die Abschläge im Rahmen der krankenhaushausindividuellen Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung sieht vor, die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms zum 1. Januar 2019 durch eine Erhöhung des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10 KHEntgG in die Regelfinanzierung zu überführen. Damit werden die auf der Grundlage der Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ Anfang März 2017 gezogenen Schlussfolgerungen umgesetzt. Die bislang für den Pflegezuschlag zur Verfügung stehende Fördersumme von bundesweit 500 Millionen Euro jährlich wird dazu ab dem Jahr 2019 um den Betrag der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms (bis zu 330 Millionen Euro) erhöht. Zu berücksichtigen sind dabei ausschließlich die zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel. Deren Höhe ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach dem neuen § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zu vereinbaren.

Durch den Einbezug der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag, der damit ab 2019 jährlich bis zu 830 Millionen Euro beträgt, wird mit möglichst geringem Bürokratieaufwand sichergestellt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel den Krankenhäusern zur Finanzierung von Pflegepersonal in Abhängigkeit von ihrer Personalausstattung zugutekommen und somit ein Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung gesetzt wird. Ziel ist dabei die Beibehaltung der bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms geförderten Stellenzahlen. Dem dient die Übergangsregelung des § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG zur Nachweispflicht.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Wird auf der Grundlage von § 137i Absatz 6 SGB V eine Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen getroffen, so haben zukünftig nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere Vorgaben zur möglichen Erhebungsdauer der von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbarenden befristeten Zuschläge zu treffen.

Zu den Buchstaben b und c

Die Ergänzung der Aufzählung des § 9 Absatz 1a KHEntgG gibt vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene das Finanzvolumen der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 KHEntgG zum Zwecke der Überleitung in den Pflegezuschlag zu ermitteln haben. Um den nahtlosen Übergang der Mittel im Jahr 2019 zu gewährleisten, ist die Vereinbarung spätestens bis zum 31. Oktober 2018 zu treffen. Da das Pflegestellen-Förderprogramm zu diesem Zeitpunkt noch andauert und somit das voraussichtliche Finanzvolumen für das Jahr 2018 noch nicht endgültig ermittelt werden kann, sieht das Gesetz eine gegebenenfalls erforderliche Korrektur einer Fehlschätzung in den Folgejahren vor. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob eine zweckentsprechende Verwendung der Zuschläge nach § 4 Absatz 8 Satz 6 KHEntgG erfolgt ist. Soweit sich aus den von den Krankenhäusern vorzulegenden Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer ergibt, dass Fördermittel des Pflegestellen-Förderprogramms für das Jahr 2018 nicht zweckentsprechend verwendet wurden und insoweit zurückzuzahlen sind, ist dies beim Ausgleich der Fehlschätzung ebenfalls zu berücksichtigen. Maßgeblich ist somit nicht das Volumen der für das Jahr 2018 vereinbarten Zuschläge, sondern das Volumen der für das Jahr 2018 zweckentsprechend eingesetzten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms.