

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 13/2014 –

16.06.2014

### Tagungsbericht „7. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 27. September 2013 in Berlin

*von Isabell Amann, Maren Giese, Daniel Hlava, Manuela Willig*

Am 27. September 2013 fand in Berlin der 7. Deutsche REHA-Rechtstag statt.

Im ersten Vortrag sprach **Antje Welke** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung) über die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung. Diese diene dazu, im gegliederten System Leistungslücken zu vermeiden sowie das nahtlose Ineinandergreifen verschiedener Leistungen sicherzustellen. §§ 10, 14 Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) IX, fordern ein individuelles Verfahren, das einer individuellen und nach dem Konzept der funktionalen Gesundheit funktionsbezogenen Begutachtung durch Sachverständige ohne Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bedarf. Gemäß Art. 26 Abs. 1 S. 2a) UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) müssten die Habilitations- und Rehabilitationsprogramme im frühestmöglichen Stadium erfolgen. In der Praxis gebe es jedoch erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten und eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung finde nur selten statt. Gründe sind möglicherweise die Vielzahl an Verfahren sowie die vielen verschiedenen Instrumente der Bedarfsfeststellung zwischen den Rehabilitationsträgern. Welke formulierte Anforderungen an eine Weiter-

entwicklung der bestehenden Praxis: Zunächst müsse eine weitergehende Partizipation der Beteiligten erfolgen. Weiter bräuchte es eine ergebnisoffene Bedarfsermittlung mit einem anschließenden Abgleich des vorhandenen Leistungsangebots, was schließlich in einem Teilhabeplan festgehalten werden müsse. Dazu seien zwingende, eindeutige und praktikable Rechtsgrundlagen nötig, die auch einzelne Verfahrensschritte beinhalten und damit die Frage „Wer wird wann von wem einbezogen“ ausdrücklich regeln.

Der zweite Themenblock beschäftigte sich mit aktuellen Rechtsfragen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). **Dr. Christopher Liebscher, LL.M.** (Fachanwalt für Arbeits- und Medizinrecht, Berlin) erörterte den Ablauf der betrieblichen Gesundheitsprävention, die zu erfüllenden Voraussetzungen für die Durchführung eines BEM und wichtige Rechtsprechung zu diesem Thema. Ziel des in § 84 Abs. 2 SGB IX vorgesehenen BEM ist die betriebliche Gesundheitsprävention und die Rehabilitation. Hierbei gehe es insbesondere um Integration durch Veränderungen der Arbeitsbedingungen (z. B. Zeit oder Ort) um einer Ar-

beitsunfähigkeit vorzubeugen, sie zu überwinden oder einen Arbeitsplatz zu erhalten.

**Dr. Torsten von Roetteken** (Verwaltungsgericht Frankfurt am Main) referierte zum BEM im Beamtenrecht.<sup>1</sup> Zunächst erläuterte er, dass sich § 84 SGB IX auch auf Beamte erstreckt und Regelungen aus dem Bundesbeamtengesetz (BBG) oder den jeweiligen Beamtengesetzen der Länder nicht vorrangig gelten. § 84 SGB IX beinhaltet jedoch keine Umsetzungspflicht für den Dienstherren, sondern sei ein Teil der dem Dienstherren obliegenden Fürsorgepflicht. Der Referent sprach in der Praxis häufig auftauchende Probleme an. So werde die Verfahrenspflicht eines BEM oftmals ignoriert und Ermessensfehlerhaftigkeit bei unterlassenen BEM (z. B. bei der Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand aufgrund von Dienstunfähigkeit) häufig nicht erwogen.

Als nächstes referierte **Prof. Dr. Thomas Clemens** (Richter am Bundessozialgericht a. D.) über Fragen des Schiedsverfahrens im Gesundheitsrecht. Er skizzierte die Ursprünge des Schiedsstellenwesens und erläuterte das System der Schiedsstellen im Krankenhausbereich sowie im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen. Weiter wies er auf prozessuale Besonderheiten dieses Verfahrens hin und thematisierte die aufschiebende Wirkung einer Klage gegen die Schiedsstellenentscheidung, wonach die bisherigen Vergütungssätze für die erbrachten Leistungen grundsätzlich noch bis Abschluss des Gerichtsverfahrens bestehen blieben. Ein weiteres praktisches Problem sei die Frage der Zusammensetzung der Schiedsstelle und bei welcher Institution diese angesiedelt sein sollte. Die Gestaltungsmöglichkeiten seien durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) als

Obergrenze für die Verhandlung neuer Vergütungssätze begrenzt. Weiterhin stelle sich die Frage, auf welchen Zeitpunkt die Schiedsstellenentscheidung zurückwirke (bis zur Antragstellung bei der Schiedsstelle oder bis zum Jahresbeginn).

Im Anschluss wurde insbesondere die Vorgabe der Beitragssatzstabilität von den Teilnehmenden diskutiert. Hierbei wurde infrage gestellt, ob diese unter den heutigen Bedingungen noch sachgerecht sei. Unklar war, welcher Ansatzpunkt besteht, um die Gefährdung dieses Grundsatzes zu beurteilen. Zudem wurde besprochen, inwieweit die Beitragssatzstabilität im Bereich der Rehabilitation Anwendung findet. Hierbei dürfe nicht übersehen werden, dass Rehabilitation auch zu einer Verkürzung des Krankengeldbezuges und somit auch zur Einhaltung dieses Grundsatzes beitrage.

Mit dem Titel „§ 18a SGB XI – Reha-Empfehlungen des MDK“ erläuterte **Ronald Richter** (Rechtsanwalt, Hamburg) Neuerungen der Begutachtung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs im Pflegebegutachtungsverfahren. Zur Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ sind die Pflegekassen seit dem 1. Januar 2013 verpflichtet, den Antragstellern zusätzlich zum Leistungsbescheid eine Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln, in der mögliche und notwendige Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bzw. Gründe gegen eine Rehabilitationsempfehlung genannt werden. Dass jedoch die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen bislang nicht gestiegen sei, habe mehrere Ursachen, so Richter: Zum einen haben die Krankenkassen kein finanzielles Interesse daran, Pflegebedürftigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu bewilligen. Zum anderen bestehe zwar nach § 40 Abs. 3 S. 6 SGB XI die Verpflichtung zur Strafzahlung an die Pflegekasse, wenn einem pflegebedürftigen An-

<sup>1</sup> Siehe hierzu ebenso Kalina: Der Anspruch eines Beamten auf Stufenweise Wiedereingliederung; Forum B, Beitrag B17-2011 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

tragsteller keine notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht würden. Jedoch sei kein solcher Fall bekannt, die Regelung laufe ins Leere. Ein weiteres Problem sei die Art der Begutachtung durch den MDK. Nach § 18 Abs. 6 S. 3 SGB XI bestehe eine Verpflichtung zur Dokumentation der Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung. Zu prüfen seien alle gesetzlich vorgesehenen Rehabilitationsleistungen, auch um eine Verringerung des Pflegebedarfs zu erreichen und auf bestehende Versorgungsdefizite hinzuweisen. Er halte dies für sinnvoll, da eine bessere Mobilität die Lebensqualität der Menschen fördere und so auch eine Verringerung des Pflegebedarfs möglich sei.

Die erste, von **Christof Lawall** (Degemed, Berlin) moderierte Arbeitsgruppe beschäftigte sich am Nachmittag mit dem Thema „Vergütungsverhandlungen und Schiedsstellenverfahren in der Rehabilitation“.

Dort informierte **Dirk van den Heuvel** (Bundesverband Geriatrie, Berlin) über den Umsetzungsstand der Landesschiedsstellen nach § 111b SGB V in den Bundesländern<sup>2</sup> sowie über die Erwartungen der Leistungserbringer und -träger daran. Er problematisierte die ungleiche Verhandlungsposition der Vertragspartner. So verfügten die Krankenkassen aufgrund der Möglichkeit, Patienten bzw. Rehabilitanden einer Einrichtung zuzuweisen (Belegungssteuerung), über größere Verhandlungsmacht als die Leistungserbringer, die mit steigenden Ausgaben zu kämpfen hätten. Anhand eines Beispiels vor der Landesschiedsstelle Bayern führte van den Heuvel aus, dass vorrangiges Ziel für die Festsetzung eines Vergütungssatzes eine leistungsgerechte und angemessene Vergütung sei, die jedoch kein Selbstkostendeckungsprinzip beinhalte. Abschließend

zeigte der Referent grundsätzliche Probleme auf, die in der unklaren Leistungsdefinition für Einrichtungen und im Rechtsschutz gegen eine Schiedsstellenentscheidung liegen. In der sich anschließenden Diskussion wurde der Hinweis gegeben, evtl. nur eine Teilanfechtung der Schiedsstellenentscheidung vor Gericht vorzunehmen, um das Problem der aufschiebenden Wirkung<sup>3</sup> des Schiedsspruchs zu umgehen. Weiter wurde angefragt, dass die Verbände der Leistungserbringer Schiedsstellenentscheidungen sammeln und anonymisiert veröffentlichen könnten, damit ein Erfahrungsaustausch stattfinden kann.

In einem weiteren Impulsreferat stellte **Jasmin Timm** (Rechtsanwältin, Darmstadt) das Schiedsstellenverfahren in der Pflegeversicherung und Sozialhilfe näher dar. Sie erläuterte hierbei insbesondere den Ablauf einer Pflegesatzverhandlung, die in drei Stufen erfolgt: 1. Plausibilitätsprüfung der Kostenkalkulation, 2. externer Vergleich mit den Vergütungssätzen vergleichbarer Einrichtungen und 3. wirtschaftliche Angemessenheit, bei der auch die Einhaltung der Tarifbindung zu berücksichtigen sei. Weiter gab sie praktische Hinweise, welche Überlegungen bei Vergütungsverhandlungen angestellt und was beim Gang zur Schiedsstelle beachtet werden sollte.

Nachfolgend wurde diskutiert, ob das 3-Stufen-Modell aus der Pflegeversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation angewendet werden könne. Als wichtiges Problem im Bereich der Schiedsstellen der Rehabilitation stellte sich die fehlende Transparenz der Schiedsstellenentscheidungen, aber auch der einzelnen Vergütungsvereinbarungen oder der dafür notwendigen Informationen dar. Ebenso seien die Länge der Schiedsverfahren oder die fehlende Schiedsfähigkeit von Leistungsver-

<sup>2</sup> Siehe hierzu näher Klein/ van den Heuvel, Beitrag A18-2013 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>3</sup> Siehe hierzu Vortrag von Clemens zu Fragen des Schiedsverfahrens im Gesundheitsrecht.

einbarungen, die jedoch notwendig für Vergütungsvereinbarungen seien, in der Praxis problematisch. Als Lösung bleibe für die Einrichtungen nur der einstweilige Rechtsschutz.

Unter der Leitung von **Prof. Dr. Felix Welti** wurde in der zweiten Arbeitsgruppe das Wunsch- und Wahlrecht thematisiert. Das einführende Referat zum Thema hielt **Dr. Reza F. Shafaei** (Rechtsanwalt, Hamburg). Er erläuterte ausgehend von der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 07.05.2013<sup>4</sup> zunächst die Notwendigkeit, Ansprüche auf Sozialleistungen zu konkretisieren und zu individualisieren, die als Rahmenrechte ausgestaltet sind. Während § 33 S. 1 SGB I vorsieht, dass die persönlichen Verhältnisse bei der Konkretisierung von Rechten und Pflichten nach dem SGB I zu berücksichtigen sind und damit eine objektive Individualisierung einfordert, ist nach § 33 S. 2 SGB I angemessenen Wünschen des Betroffenen zu entsprechen, mithin eine subjektive Individualisierung vorzunehmen. Im Rehabilitationsrecht sind die Rehabilitationsträger gem. § 9 SGB IX außerdem verpflichtet, auch den berechtigten Wünschen des Betroffenen zu entsprechen, selbst wenn sie formlos geäußert werden. Auf eine Abwägung darf der Rehabilitationsträger nur verzichten, wenn der entgegenstehende Grund eine fixe Regel und nicht lediglich ein Prinzip, wie z. B. das Wirtschaftlichkeitsprinzip ist. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip ist daher mit dem Individualisierungsgrundsatz und dem Wunsch- und Wahlrecht abzuwägen. Nach Ansicht des Referenten ergibt sich hieraus folgende Prüfungsreihenfolge: Zunächst sei der gesetzliche Leistungsrahmen nach dem jeweils einschlägigen Leistungsgesetz und dem SGB IX abzustecken. Danach sei innerhalb dieses Rahmens anhand individueller Faktoren und berechtigter Wünsche ei-

ne Konkretisierung vorzunehmen und zu prüfen, wie der so konkretisierte Leistungsanspruch sparsam und wirtschaftlich zu erfüllen sei. Unter einem generellen Mehrkostenvorbehalt, der im Übrigen auch mit der UN-BRK unvereinbar wäre, stehe das Wunsch- und Wahlrecht nicht. Nach Ansicht Shafaeis muss einem Wunsch des Betroffenen nach Durchführung einer stationären Rehabilitation in einer bestimmten Einrichtung auch dann entsprochen werden, wenn zwischen der Einrichtung und dem Rehabilitationsträger ein Vertrag bestehe. In diesem Fall müssten die Kosten entweder ganz übernommen oder dem Wunsch wenigstens unter der Bedingung entsprochen werden, dass nur die über die „Sowiesokosten“ hinausgehenden Kosten vom Betroffenen zu übernehmen seien. Abschließend wies er auf die Ergebnisse des Projekts „Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) für die medizinische Rehabilitation – eine empirische Analyse“<sup>5</sup> aus dem Jahr 2011 hin. Hier habe sich gezeigt, dass die Versicherten durch die Rehabilitationsträger nicht aktiv auf ihr Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen werden und die Berücksichtigung der Wünsche stark von der Eigeninitiative der Betroffenen abhängt. Entscheidend bei der Berücksichtigung von Wünschen oder deren Ablehnung sei der wirtschaftliche Aspekt.

Im Anschluss gab **Dr. Eckhard Bloch** (DAK Gesundheit, Grundsatzfragen und Justizariat) eine erste Einschätzung zu der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 07.05.2013<sup>6</sup> aus Sicht einer Krankenkasse ab. Er wies zunächst darauf hin, dass die DAK ihren Versicherten Leistungen zur stati-

<sup>4</sup> BSG, Urt. v. 07.05.2013, Az: B 1 KR 12/12 R, RdLH 2013, 120.

<sup>5</sup> Vgl. für weitere Informationen nur Ramm/Bendig/Welti, Das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse von Experteninterviews; Forum A, Beitrag A7-2011 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>6</sup> BSG, Urt. v. 07.05.2013, Az: B 1 KR 12/12 R, RdLH 2013, 120.

onären Rehabilitation nach § 40 SGB V vorrangig in Einrichtungen erbringen lässt, mit denen nicht nur die für die „Zulassung“ der Einrichtung erforderlichen Versorgungsverträge (§ 111 SGB V), sondern selektive Verträge geschlossen wurden. Entscheide sich der Versicherte dafür, die Leistungen in einer anderen Einrichtung erbringen zu lassen, müsse er der DAK lediglich die Mehrkosten erstatten, unabhängig davon, ob mit der selbst gewählten Einrichtung ein Selektivvertrag, ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V oder gar kein Vertrag bestehe. Diese Praxis stehe vor dem Hintergrund der Entscheidung des BSG nunmehr wohl in Frage. Konsequenz der Entscheidung sei nach bisher vorliegenden Informationen<sup>7</sup>, dass der Versicherte, wenn er eine andere Vertrags-einrichtung wählt, keine Kostenerstattung verlangen könne. Wählt er hingegen eine Einrichtung ohne Vertrag, müsse er lediglich die Mehrkosten tragen, da § 40 Abs. 2 S. 2 1. HS SGB V einschlägig sei. Dieses Ergebnis würde nicht nur die Wahlmöglichkeiten des Versicherten einschränken, sondern sei auch in rechtssystematischer Hinsicht unverständlich.

**Jürgen Ritter** (Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund) sprach zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts in der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger. Diese hätten bei der Auswahl der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation medizinische und organisatorische Faktoren sowie den wirtschaftlichen Aufwand zu berücksichtigen. Sodann erläuterte der Referent, inwieweit das Wunsch- und Wahlrecht in die Auswahlentscheidung einzubeziehen sei. Wähle der Rehabilitand eine Einrichtung aus, die indikationsgerecht ist und über ei-

nen Belegungsvertrag verfügt (§ 15 Abs. 2 S. 1 SGB VI, § 21 SGB IX), sei der Wunsch „berechtigt“ i. S. d. § 9 SGB IX. In diesem Fall habe der Rentenversicherungsträger einzelfallbezogen zu prüfen, ob dem Wunsch entsprochen werden könne. Eventuell entstehende Mehrkosten trage er. Verfüge die Einrichtung hingegen nicht über einen Belegungsvertrag, müsse der Rentenversicherungsträger prüfen, ob die Einrichtung ein „Alleinstellungsmerkmal“<sup>8</sup> aufweist. Ist dies nicht der Fall, habe der Rentenversicherungsträger dem Betroffenen Alternativen anzubieten und die Einrichtung im Rahmen eines gemeinsamen Suchprozesses auszuwählen. In jedem Fall müsse die Entscheidung transparent und nachvollziehbar begründet werden. Der Referent stellte sodann die durch die Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Wunsch- und Wahlrecht gegenüber dem Rentenversicherungsträger dar. Er betonte insbesondere, dass sich aus dem Wunsch- und Wahlrecht keine Ermessensreduzierung auf Null ergebe. Durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 07.05.2013 werde die bisherige Rechtsprechung zur Ausübung des Ermessens bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung durch den Rehabilitationsträger bestätigt, insofern sei die Entscheidung auch für die Rentenversicherungsträger von Bedeutung. Der Referent kam zu dem Ergebnis, dass die Rehabilitanden über das Wunsch- und Wahlrecht zum jetzigen Zeitpunkt in großem Umfang Ort, Beginn, Dauer und Verlauf der Leistung beeinflussen können, auch wenn die Umsetzung des Rehabilitandenwunsches (in erster Linie die Wahl einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung) von den vorhandenen Rehabilitationsangeboten und den individuellen Rahmenbedingungen abhängt. Seiner Einschätzung nach kann den Wün-

<sup>7</sup> Zum Zeitpunkt des Vortrages lag lediglich die Presseinformation des BSG vor. Inzwischen wurde die Entscheidung des BSG vom 07.05.2013 (Az: B 1 KR 12/12 R) veröffentlicht, so z. B. in RdLH 2013, 120.

<sup>8</sup> Vgl. hierzu LSG Rheinland-Pfalz v. 12.01.2004 – L 2 RJ 160/03; LSG NRW v. 03.03.2006 – L 4 RA 45/03.

schen der Betroffenen regelmäßig entsprochen werden.

Abschließendes Thema war die unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“. Dazu stellte **Prof. Dr. Kai Bussmann** (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) zunächst die Ergebnisse einer empirischen Studie über die unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“ vor. Er präsentierte u. a. die Erwartungen verschiedener Akteure hinsichtlich Zuwendungen für Patientenzuweisungen sowie die Art der tatsächlich gewährten Vorteile, die hauptsächlich aus finanziellen Zuwendungen oder Sachleistungen (z. B. kostenlose Überlassung von Geräten) bestünden. Insbesondere durch die Darstellung der entstehenden Schäden (vor allem für Leistungserbringer) machte der Referent deutlich, dass Korruption im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle spielt, welche u. a. Vertrauens- und Systemschäden sowie konkrete Schäden (z. B. allgemeine Verteuerung der Produkte oder Korruptionswettbewerb) zur Folge hat.

Im zweiten Teil des Vortrags fasste **Dr. Stephan Meseke** (GKV-Spitzenverband Berlin) die sich aus der Studie ergebenden Forderungen zusammen. Gefordert wurde u. a. die Schaffung gesetzlicher Verbote der „Zuweisung gegen Entgelt“ für Krankenhäuser und ihre Träger in allen Bundesländern sowie die Stärkung des Schutzes von Whistleblowern. Der Referent gab einen Überblick über die bisherigen Reaktionen politischer Akteure der Bundes- und Landesebene auf diese Forderungen. In Thüringen erwägt die Landesregierung auf Anregung der CDU-Landtagsfraktion<sup>9</sup> die Schaffung eines Verbots der Zuweisung gegen Entgelt im Thüringer Krankenhausgesetz.<sup>10</sup> Auf Bundes-

ebene hat die Diskussion ebenfalls begonnen.<sup>11</sup> Nachdem der große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofs in einer Pressemitteilung zum Beschluss vom 29.03.2012<sup>12</sup> den Gesetzgeber aufgefordert hatte, durch die Schaffung eines Straftatbestands die Ahndung der Korruption im Gesundheitswesen zu ermöglichen,<sup>13</sup> sprach sich der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der CDU/CSU und der FDP dennoch weiterhin gegen die Einführung eines Straftatbestands aus,<sup>14</sup> da die im Sozialrecht enthaltenen Vorschriften, insbes. § 128 SGB V, ausreichend seien, um empfindliche Sanktionen zu ermöglichen. Alle Oppositionsparteien forderten jedoch eine Gesetzesänderung.<sup>15</sup> CDU/CSU und FDP stellten daraufhin einen Änderungsantrag zum Präventionsgesetz, um einen Korruptionstatbestand in das SGB V aufzunehmen (§§ 70 Abs. 3 S. 2, S. 3, 307c SGB V n. F.). Dieser Antrag wurde vom Bundestag angenommen. Bussmann hatte sich als Sachverständiger in seiner Stellungnahme gegen diese Änderung ausgesprochen, da hierdurch ein Dreiklassenstrafrecht<sup>16</sup> geschaffen werde, das zu Wertungswidersprüchen führe. Die Länder Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern brachten am 30.05.2013 einen Gesetzesantrag in den Bundesrat ein, in dem eine Einführung eines Straftatbestands zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen gefordert wurde (§ 299a StGB n. F.).<sup>17</sup> Die 84. Konferenz der Justizminister sprach sich am 12./13.06.2013 für den eingebrachten

<sup>11</sup> Vgl. nur die schriftliche Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke, BT-Drs. 17/9887, S. 9 sowie die Antwort der Bundesregierung v. 06.06.2012.

<sup>12</sup> Akz. GSt 2/11.

<sup>13</sup> Pressemitteilung Nr. 97/2012.

<sup>14</sup> BT-Drs. 17/9587.

<sup>15</sup> BT-Drs. 17/12213; BT-Drs. 17/12451; BT-Drs. 17/12693.

<sup>16</sup> Für Privatärzte gebe es nach wie vor keinen Straftatbestand, die Kassenärzte würden sich nach dem SGB V strafbar machen und die Krankenhausärzte nach § 299 StGB.

<sup>17</sup> BR-Drs. 451/13.

<sup>9</sup> Mündliche Anfrage, LT-Drs. 5/4495 v. 24.05.2012.

<sup>10</sup> Antwort der Landesregierung v. 01.06.2012.

Entwurf zur Einführung eines neuen § 299a Strafgesetzbuch (StGB) als Diskussionsgrundlage aus. Der Referent wies darauf hin, dass abzuwarten bleibe, wie sich die Vorhaben weiterentwickeln würden. Auch die Frage des gesetzlichen Schutzes der Whistleblower bleibe weiter unbeantwortet, die bisher in die Diskussion eingebrachten Vorschläge wurden abgelehnt.<sup>18</sup>

Der 8. Deutsche REHA-Rechtstag wird am 26. September 2014 in Berlin stattfinden.<sup>19</sup> Zu den Vortragsthemen gehören u. a. der

Entwurf eines Präventionsgesetzes, Schiedsstellen und Schiedsstellenverhandlungen in der Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung (insbesondere in und durch Einrichtungen) sowie Perspektiven der Rehabilitation im Krankenversicherungsrecht.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---

---

<sup>18</sup> Vgl. nur BR-Drs. 534/11; BT-Drs. 17/6492; BT-Drs. 17/8567; BT-Drs. 17/9782.

<sup>19</sup> Weitere Informationen unter [www.anwaltsakademie.de](http://www.anwaltsakademie.de), Ihre Ansprechpartnerin: Petra Schrinner, [schrinner@anwaltsakademie.de](mailto:schrinner@anwaltsakademie.de).