

Der Gastkommentar

Mogelpackung mit eingebautem Sprengsatz

Auf den ersten Blick mag sich mancher über den neuen EBM 2008 gefreut haben, bietet er doch durchweg eine Erhöhung der Leistungsbewertung. Die Freude weicht jedoch sofort trotztloser Ernüchterung, denn von einer zusätzlichen Finanzierung dieser Punkte ist keine Rede. Das Ganze wird im Jahr 2008 unverändert unter dem Budgetdeckel der gleichen Gesamtvergütung abgewickelt, d. h. mit abermals sinkenden Auszahlungspunkten. Hausgemachte Inflation eben. Was nützt es, Leistungsbewertungen vorzunehmen, ohne auch nur im Mindesten eine ausreichende Gegenfinanzierung zu sichern? Was sollen wir mit ungedeckten Schecks?

Die KBV verkündet landesweit, ab 2009 breche das goldene Zeitalter an. Dann nämlich sollen die Leistungen budgetfrei in Euro ausbezahlt werden. Auch das nichts als leere Luft! Zwar wird das Budget abgeschafft, so wie es im Gesetz vorgeschrieben ist, gleichzeitig werden aber mengenbe-

grenzende Regelleistungsvolumina auf der Basis eines festen „Orientierungspunktwertes“ installiert. Die Kassen erklären schon jetzt, dass dieser Orientierungspunktwert ohne nennenswerte Erhöhung der Gesamtvergütung an die erforderliche Leistungsmenge angepasst werden müsse. Im Klartext, sie verlangen die gesamte Leistungsmenge zu niedrigeren Preisen. Im Ergebnis weiß man dann möglicherweise, wie viel „Gehalt“ der Einzelne zugestanden bekommt. Wie damit aber der Bedarf auch nur annähernd abgebildet werden kann, ist ein Rätsel. Des Rätsels Lösung: die Ärzte arbeiten eben wie schon heute, zu einem erheblichen Teil umsonst. Der EBM 2008 mit seiner fabelhaften betriebswirtschaftlichen Kalkulation ist wie immer eine Mogelpackung und das Papier nicht wert, auf dem er steht.

Dennoch lohnt es sich, etwas genauer hinzuschauen. Dabei erkennt man, dass die neuen Bewertungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Generell ist bei den Hausärzten eine Steigerung von mehr als 20 % zu erwarten, bei Fachärzten je nach Fachgruppe zwischen minus 5 % und plus 10 %. Wenn es bei einem einheitlichen Punktwert für alle bleiben sollte, kommt es allein durch diese unterschiedliche Neubewertung zu einem möglichen Honorartransfer von den Fachärzten zu den Hausärzten in Milliardenhöhe. Da stellt sich jetzt einmal für die Facharztseite die Frage, so wie sonst immer die Hausärzte eine Trennung der KV zu fordern. Der Sprengsatz ist jedenfalls schon mal platziert. Die Lunte ist auch schon da: Die Erhöhung der Bewertungen folgt zwei Prinzipien. Einmal der Steigerung des kalkulatorischen Ansatzes des Arztgehaltes um ca. 10 % sowie der Berücksichtigung der Mehrwertsteuererhöhung von 16 % auf 19 %. Bekanntlich sind die Bewertungen des EBM geteilt in technische und ärztliche Leistungsanteile. Die 10 %-Steigerung wirkt auf den Arztanteil, 3 %-Steigerung gibt es bei der technischen Leistung. Je höher



Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg ist Präsident des Facharztverbands GFB.

der Arztanteil (bei der so genannten sprechenden Medizin), umso höher ist auch die relative Verbesserung. Diejenigen, die mehr technikgestützte Leistungen anbieten (vor allem Fachärzte) profitieren nur von der 3 %-Steigerung und wenig von der 10 %-Erhöhung, ziehen also den Kürzeren. Damit wird ohne dass dies in der Öffentlichkeit transparent gemacht würde, bereits durch den EBM eine massive Bevorteilung der Hausärzte vorgenommen.

Fehlt noch das Streichholz für die Lunte: Wiederum ist der Zündfunke die kalkulatorische Aufteilung der Bewertung in technische (TL) und ärztliche (AL) Anteile. Die technischen Teile sind reine Kosten und müssen in den Praxen in harten Euro bezahlt werden. Der Arztanteil entspricht dem tatsächlichen Honorar. Beides ist auf

Basis 5,11 Cent in Punkte umgewandelt worden. Wenn nun der Auszahlungspunkt vom ursprünglichen Wechselkurs nach unten abweicht, die Kosten aber naturgemäß unverändert bleiben, wirkt sich dieser Inflationseffekt ausschließlich auf das Honorar des Arztes aus. Unter der Annahme, TL und AL seinen zu je 50 % in die Bewertung eingeflossen, wirkt ein Punktwertverfall von 20 % naturgemäß dann mit 40 %, weil er ja nur auf dem hälftigen Arztanteil aufsetzen kann. 40 % „Sozialrabatt“ sind vielleicht geeignet, das Gute im Menschen herauszukehren, aber doch nur mit Mühe zu verkraften.

Dummerweise sind aber gerade die fachärztlichen Leistungen mit einer Relation von 80 zu 20 zwischen TL und AL kalkuliert. Das heißt, hier wäre ein Punktwertabsturz von 20 % unter 5,11 bereits Arbeit zum Nulltarif, noch weniger bedeutet dann: Bitte eigenes Geld mitbringen, um dem Hobby der Patientenbehandlung zu frönen!

Dr. J.-A. Rüggeberg

„Zwei-Klassen-Gesundheitssystem“

Medizinischer Mercedes zum Golfpreis?

In unserem „Zwei-Klassen-(GKV/PKV)-Gesundheitssystem“, so ein Professor mit Fliege aus Köln, bezahle der GKV-Bürger einen Mercedes und fahre doch nur mit einem Golf. Mit dieser Metapher argumentieren aber auch andere Politiker und Kassenvertreter und weisen damit auf angebliche Verschwendung von Versicherungsgeldern durch sogenannte Leistungserbringer, also Ärztinnen und Ärzte, hin. Das deutsche Gesundheitssystem, so ihr Vorwurf, sei teuer, ineffizient und ungerecht.

Gut gehe es nur dem privilegierten PKV-Bürger, der jedoch risikoäquivalente Beiträge auch für jedes zusätzliche Familienmitglied zahle, der beim Chefarzt „shoppen“ könne und der von der Ärzteschaft bevorzugt behandelt werde.

Davon abgesehen, dass der Golf ein hervorragendes Auto ist, geht daraus implizit hervor, dass es zwei Wege zur Abschaffung dieses ungerechten „Zwei-Klassen-Gesundheitssystems“ gibt: Alle bezahlen einen Mercedes wie die Angehörigen der PKV und dürfen dann auch im Mercedes fahren oder alle bezahlen „nur“ einen Golf und tragen die entsprechenden Konsequenzen. Tatsächlich werden in unserem System alle Patienten – Kassen- und Privatpatienten – medizinisch gleich gut, ja überwiegend gleich hervorragend versorgt. Das heißt, die Kassenpatienten bezahlen zwar deutlich weniger, erhalten aber die gleiche medizinische Leistung. Daher rührt auch die Tatsache, dass

rund 30 % der für Kassenpatienten erbrachten Leistungen durch ihre Ärzte unter Budgetbedingungen ohne Bezahlung durchgeführt werden. Das möchten ideologisch verbrämte sog. Gesundheitspolitiker wie der Herr aus Köln, der von Patientenversorgung nichts versteht, allerdings nicht zugeben. Denn das passt natürlich nicht ins politische Konzept.

● Auf dem Weg zum Einheits-Golf

Nach deren Logik müsste jeder Gesundheitspolitiker dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen sich einen Mercedes leisten können. Wie könnte man dies erreichen? Ganz einfach

mit einer radikalen Senkung der Beitragsbemessungsgrenze. Dann könnten viel mehr Menschen in die PKV wechseln. Für die Geringverdiener, Arbeitslosen und Hartz-4 Empfänger käme der Staat (wie in anderen Ländern auch) mit seinen Steuern auf. Dies wäre auch gerecht im Sinne des oben genannten Professors, da die Höchstverdiener auch die meisten Steuern zahlen (10 % der Höchstverdiener zahlen über 50 % des gesamten Einkommenssteueraufkommen) und sich hierdurch auch überproportional „mit ihren starken Schultern“ beteiligen würden. Doch vielleicht wollen diese Gesundheitspolitiker und Kassenvertreter lieber aus „Gerechtigkeitsgründen und Gleichmacherei“, dass alle Bürger im Einheits-Golf (später vielleicht auch im Einheits-Trabi) sitzen sollen. Um dieses Ziel zu erreichen, müsste man konsequenterweise die PKV ganz abschaffen, was aber aus rechtlichen Gründen so einfach nicht ist.



Am liebsten würden alle Versicherten einen „medizinischen Mercedes“ fahren, möglichst ohne ihn bezahlen zu müssen, ...

Einheitskasse, Einheitsbeitrag, Einheitsmedizin: das Ziel wäre erreicht. Unser Gesundheitssystem für alle gleich, also „gerecht“, aber auch effizient und leistungsfähig? Wohl kaum.

● Mehr Fairness, bitte!

Unser Gesundheitssystem ist viel besser als uns manche Ideologen verkaufen wollen. Nicht umsonst zieht es den Neid des Auslandes auf sich und viele Ausländer lassen sich gerne hier behandeln. Wir haben eine umfassende und gute stationäre und ambulante Behandlung durch qualifizierte und engagierte Ärztinnen und Ärzte. Wir haben keine zeitlichen und/oder altersbedingten Zugangssperren zu unserem Gesundheitssystem. Bei uns ist jeder sofort und umfassend und unabhängig von seinem Einkommen versichert. Unser System, und das ist sein allergrößter Vorteil, kennt keine relevanten Wartelisten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Es ist leistungsstark und kostengünstig. Unser GKV-Leistungskatalog ist der umfangreichste der ganzen Welt. Bezogen auf unser BIP haben wir keine Kostenexplosion, sondern ausschließlich eine Leistungsexplosion in den letzten 20 Jahren erlebt. Diese



... aber manche Gesundheitspolitiker arbeiten darauf hin, dass alle Bürger bald in einem Einheits-Golf oder gar einem Einheits-Trabi sitzen.

Bild: DDR-Museum, Berlin

allerdings inzwischen zu Lasten und auf Kosten der Leistungserbringer, deren Leistungen im ambulanten Bereich nur noch zu ca. 70 % bezahlt werden und auf Kosten der Klinikärzte, deren Überstunden immer noch nicht adäquat bezahlt werden. Auch zu Lasten der PKV, die mit ihren Zahlungen die GKV subventioniert. Golf oder Mercedes? Mercedes oder Golf? Schlagworte und Ideologien bringen uns nicht weiter! In der Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitssystems sollten wir fair miteinander umgehen, die Fakten beachten und die Patienten nicht unnötig verunsichern. Oberflächliche, reißerische Titel wie „Der Zweiklassenstaat – Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren“ bringen dem Kölner „Professor“ bei einigen politischen und selbstgefällige Beachtung oder vielleicht ja ganz banal nur finanzielle Vorteile. Von akademischem oder gar wissenschaftlichem Anspruch keine Spur.

Dr. Wolfgang Wesiack

Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV

Die Bedeutung ausgabenintensiver Fälle im Gesundheitswesen

In einer Studie befasst sich das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) mit der Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die Versicherten. Anhand empirischer Daten hat das WIP die These überprüft, derzufolge eine vergleichbar kleine Gruppe von Versicherten den Großteil der Ressourcen im Gesundheitswesen in Anspruch nimmt. Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsausgaben gerade im Alter gleichmäßiger verteilt sind, als vielfach behauptet wird.

Für die Gesundheitspolitik ist die Frage der Verteilung der Gesundheitsausgaben von großer Bedeutung. Dies gilt umso mehr, wenn sich – wie bei uns in Deutschland – der Altersaufbau der Bevölkerung durch eine niedrige Geburtenrate und/ oder durch eine steigende Lebenserwartung verändert. Nun wird in der Gesundheitspolitik wiederholt die These vertreten, dass 20 Prozent der Versicherten etwa 80 Prozent der Ausgaben verursachen. Diese These ist aber empirisch keineswegs zufriedenstellend belegt. Insbesondere ist bisher unzureichend untersucht, inwieweit eine solche Verteilung in der für die Ausgaben besonders relevanten Altersgruppe der über 50-Jährigen anzutreffen ist. Soweit überhaupt Untersuchungen für Deutschland vorliegen, basieren sie auf nicht vollständigen Daten. So wurden zum Beispiel die Arzthonorare nicht individuell berücksichtigt, da die hierfür benötigten Daten nicht personenbezogen bei den gesetzlichen Krankenkassen vorliegen. Die neue Untersuchung schließt diese Lücke, da dem WIP personenbezogene Daten für fast alle Leistungsbereiche des Gesundheitswesens vorliegen, einschließlich der ambulanten Versorgung. Verwendet wurden anonymisierte Daten von 625.000 beihilfeberechtigten PKV-Versicherten. Da insbesondere jene Altersgruppen interessieren, in denen überdurchschnittlich hohe Ausgaben auftreten, wurden die individuellen Kosten von Versicherten ab dem fünfzigsten Lebensjahr untersucht.

Empirische Ergebnisse zur Verteilung

Die Abbildungen zeigen die altersabhängigen Relationen, die besagen, wie viel Prozent der Gesundheitsausgaben jeweils auf die teuersten 20 Prozent der Versicherten ab dem fünfzigsten Lebensjahr entfallen. Der hypothetische Fall, in dem alle Versicherten gleich hohe Ausgaben verursachen, ist in der Abbildung als untere Grenze eingezeichnet. In diesem Fall würden 20 Prozent der Versicherten auch 20 Prozent der Ausgaben benötigen. Die oft unterstellten 80 Prozent sind mit der oberen, gepunkteten Linie dargestellt.

Abbildung 1 zeigt die Gesundheitsausgabenanteile, die den 20 Prozent ausgabenintensivsten männlichen Versicherten separat für die einzelnen Altersklassen im Jahr 2004 zugerechnet werden können. Es

zeigt sich, dass dies bei den 50- bis 59-jährigen Männern 63,6 Prozent der Ausgaben waren. Mit zunehmendem Alter sinkt der Wert bis auf 54,7 Prozent bei den über 90-jährigen Versicherten. Je älter die Versicherten sind, desto gleichmäßiger sind die Ausgaben also auf sie verteilt.

Abbildung 2 Seite stellt den gleichen Zusammenhang für Frauen dar. Die Anteile, die den 20 Prozent mit den höchsten Ausgaben zuzuschreiben

sind, liegen leicht unter denen der Männer und der Rückgang ist mit dem Alter etwas moderater. Die Gesundheitsausgaben der Frauen sind damit etwas gleichmäßiger verteilt als bei den Männern.

Bei den über 50-Jährigen, die die hohen Ausgaben im Gesundheitswesen verursachen, lässt sich die These, wonach auf 20 Prozent der Personen 80 Prozent der Gesundheitsausgaben entfallen, nicht bestätigen. Anders formuliert: Die Vertei-

lung der Gesundheitsausgaben ist gerade im Alter wesentlich gleichmäßiger als bisher oft angenommen. Diese Entwicklung hat sich, wie ebenfalls nachgewiesen werden konnte, in den vergangenen zehn Jahren sogar noch verstärkt. Zum Beispiel wurde der Anteil derjenigen Personen analysiert, auf den sich die Hälfte der Leistungen je Altersklasse verteilt. Hier zeigt sich, dass sich dieser Anteil vor allem in den höheren Altersklassen im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht hat. Die Gesundheitsleistungen verteilen sich gerade in höheren Lebensaltern im Zeitablauf immer weniger ungleichmäßig auf die Versicherten.

Ausgabenintensive Fälle im Lebenszeitablauf

Ein weiterer Schwerpunkt der Analyse des WIP ist die Betrachtung des weiteren Lebensverlaufs von Personen nach einem Jahr mit hohen Gesundheitsausgaben. Die Ergebnis-

se zeigen, dass die Ausgaben der ehemals ausgabenintensiven Patienten in den Folgejahren im Durchschnitt deutlich niedriger sind. So gehören sie in den Folgejahren in der Regel nicht erneut zu den teuersten Fällen, wobei sie im Durchschnitt jedoch ein erhöhtes Risiko aufweisen, überdurchschnittliche Ausgaben zu verursachen. Die Studie belegt damit auch, dass diejenigen, die besonders hohe Gesundheitskosten verursachen, nicht jedes Jahr dieselben, sondern wechselnde Personen sind.

Fazit

Ziel der WIP-Studie ist es, die gesundheitspolitische Diskussion mit fundierten Daten aus einer für Deutschland erhobenen Versichertengruppe zu bereichern. Würden die Ausgaben des Gesundheitswesens durch teure Einzelfälle dominiert, dann ginge es vor allem um deren optimale Behandlung und weniger um eine optimierte Breitenversorgung. In der Tat wäre es bei einer empirischen Evidenz der These, wonach in jedem Alter 20 Prozent der Versicherten etwa 80 Prozent der Ausgaben ihrer Altersklasse verursachen, zumindest plausibel, die Gesundheitspolitik in besonderem Maß danach auszurichten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen aber, dass in der untersuchten relevanten Gruppe der über 50-Jährigen die 20/80-Prozent-These nicht bestätigt werden konnte. Die Gesundheitsausgaben verteilen sich gleichmäßiger als bisher angenommen, wobei die Ungleichverteilung mit zunehmendem Lebensalter abnimmt beziehungsweise die Gleichverteilung zunimmt. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist viel stärker als bisher bekannt ein allgemein altersabhängiges Phänomen und keine Konzentration auf wenige Härtefälle. Zusammen mit den Ergebnissen der vom WIP veröffentlichten Studie „Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben“ kristallisiert sich eine Tendenz heraus: Mit zunehmender Lebenserwartung geht ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben einher. Viel stärker als durch einzelne teure Fälle werden die Gesundheitsausgaben davon bestimmt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im hohen Lebensalter zum allgemeinen Phänomen wird. Dieser Effekt gewinnt noch an Bedeutung, wenn diese Personengruppen wie in Deutschland demografisch bedingt immer größer werden. Denn im Alter wird nahezu jeder zum Patienten des Gesundheitswesens.

Dr. Frank Niehaus

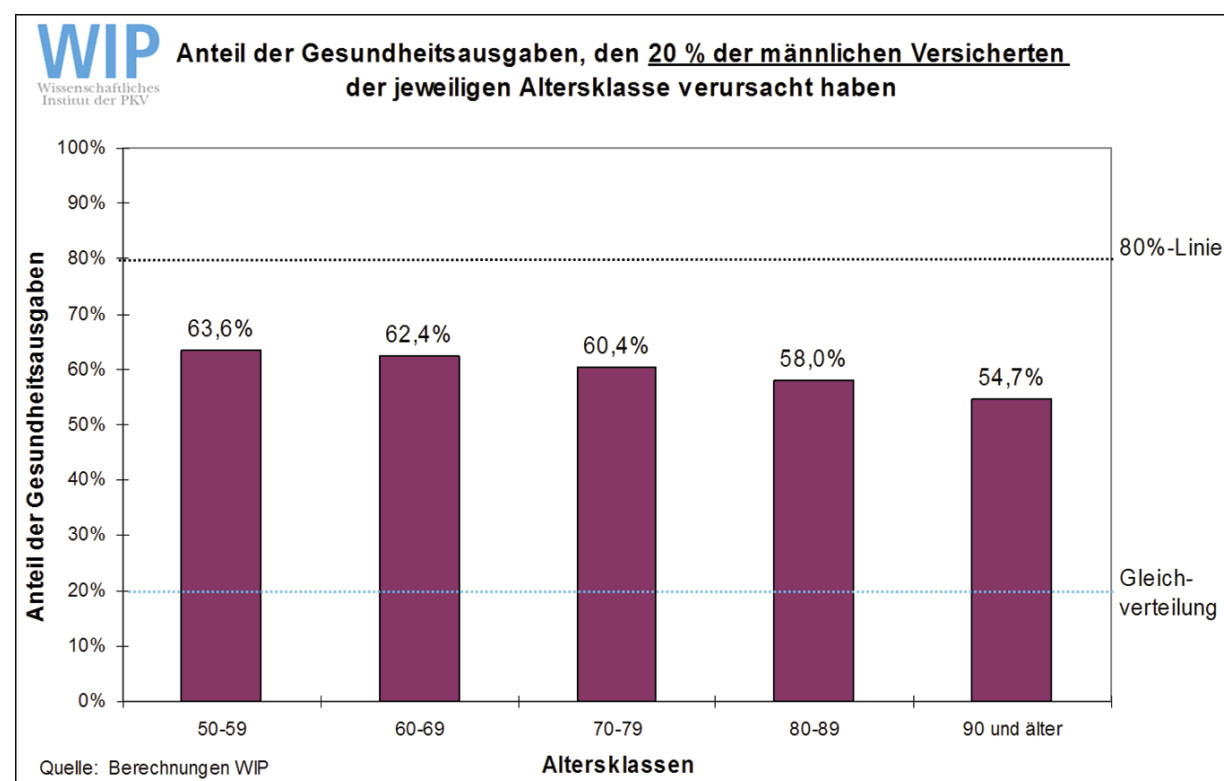


Abb. 1

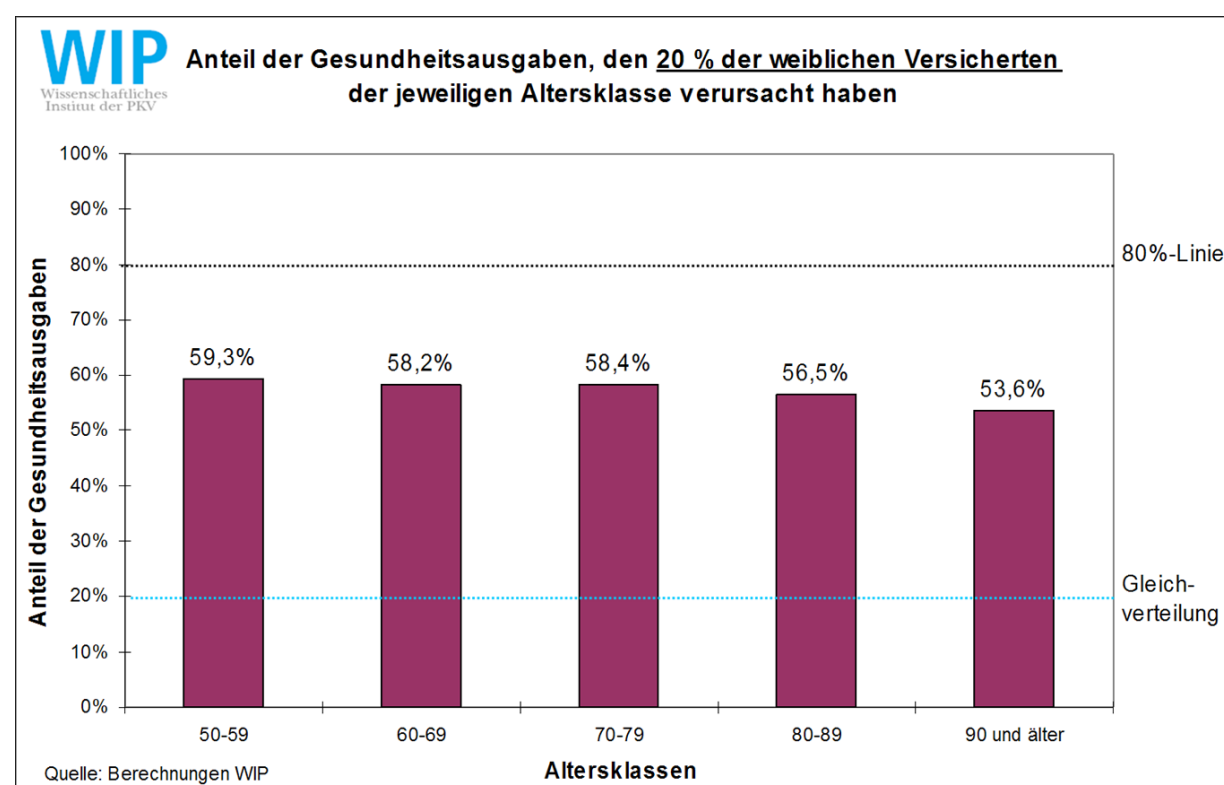


Abb. 2

Dr. Niehaus ist beim Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) tätig. Die vollständige Studie ist im Internet unter www.wip-pkv.de/projekte verfügbar.

Zum 80. Geburtstag von Professor Dr. med. Egon Wetzels

Der Berufsverband gratuliert sehr herzlich seinem Ehrenpräsidenten Professor Dr. med. Egon Wetzels, der am 17. Januar 2008 sein 80. Lebensjahr vollendet hat.

Nach Ablegung des Abiturs im Jahre 1945 an der Städtischen Oberschule für Jungen, Bad Honnef, absolvierte Herr Professor Wetzels in der Ausreichabteilung der Medizinischen Klinik der Universität Köln in Königswinter ein Laborpraktikum und studierte dann an der Universität Bonn Medizin, wo er 1952 sein Staatsexamen ablegte. Die Promotion erfolgte ebenfalls im Jahre 1952. Umfassende Kenntnisse auf allen Gebieten der Inneren Medizin gewann Professor Wetzels bereits als Oberarzt an der 1. Medizinischen Klinik der damaligen medizinischen Akademie Düsseldorf. Dort sammelte er zudem viel Erfahrungen auf dem Gebiet der Herz-Kreislaufkrankungen und baute in der Klinik die nephrologische Diagnostik und Therapie auf, wo 1959 die erste künstliche Niere in Betrieb genommen wurde. 1969 konnte dann in Zusammenarbeit mit der urologischen Universitätsklinik die erste Nierentransplantation vorgenommen werden. Wissenschaftlich beschäftigt

te sich Professor Wetzels vor allem mit der Frage der Nierenerkrankungen und deren Pathophysiologie sowie mit Zusammenhängen zwischen Herz-Kreislauf und Niere, Bluthochdruck und mit Untersuchungen über intrarenale Hämodynamik bei Herzklappenfehlern. Er habilitierte sich mit der Arbeit über „Einzelfunktion der Niere beim akuten Nierenversagen“. Zudem machte sich Professor Wetzels einen Namen als Leiter von zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen. Von 1976 bis 1983 war Prof. Wetzels Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Städtischen Krankenhauses Rosenheim, einem Lehrkrankenhaus der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität, ab 1983 auch Ärztlicher Direktor. Neben der Organisation des Bayerischen Internistenkongresses von 1979–1991 – als langjähriger 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten –, war er in den Jahren 1988/1989 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Kongresspräsident des weit über die Grenzen Deutschlands bekannt gewordenen bedeutendsten, größten Internistenkongresses in Wiesbaden. Im Berufsverband Deutscher Internis-



Prof. Dr. E. Wetzels

ten war er von 1980 bis 1992 Vorstandsmitglied und Vizepräsident. Aus Sicht des BDI gilt es vor allem hervorzuheben, dass er als langjähriges Vorstandsmitglied und Vizepräsident die Geschicke des Verbandes mit bestimmt hat und besondere Akzente in der Verbandspolitik gesetzt hat. Professor Wetzels war maßgeblich an der Überarbeitung und Ausarbeitung der Weiterbildungsordnung für Internisten im Rahmen der Bundesärztekammer beteiligt. In Anerkennung seiner großen Bemühungen um die ärztliche Fort- und Weiterbildung wurde ihm 1986 von der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette und 1987 die Ehrennadel der Vereinigung der Bayerischen Internisten verliehen. Im Jahre 1993 erhielt Professor Wetzels die Günther-Budelmänn-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Einen weiteren Höhepunkt seines nie ermüdenden Eifers als Arzt und Berufspolitiker stets Hervorragendes

und Vorbildliches zu leisten, wurde durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Band 1994 gewürdigt. Seit 1995 ist Professor Wetzels Ehrenpräsident im Berufsverband Deutscher Internisten. Professor Wetzels hat mit seiner vorbildlichen Haltung, seinem überdurchschnittlichen Engagement und seinem Einsatz für die

Innere Medizin als Vizepräsident und Ehrenpräsident maßgeblich die Arbeit des BDI mitgestaltet. Der Berufsverband Deutscher Internisten gratuliert Professor Wetzels sehr herzlich zu seinem Ehrentag und wünscht ihm noch weiterhin viele gesunde und glückliche Jahre im Kreise seiner Familie.

BDI e.V.

Steuerrechtliche Behandlung medizinischer Laboruntersuchungen

Nichtanwendbarkeit des BFH-Urteils

Mit Urteil vom 15. März 2007 – Az.: V R 55/03 hat der Bundesfinanzhof (BFH) u. a. entschieden, dass Umsätze eines Arztes für Laboratoriumsmedizin aus medizinischen Analysen und Laboruntersuchungen im Auftrag der behandelnden Ärzte oder deren Labor/Laborgemeinschaften auch dann steuerfrei sind, wenn er sie in der Rechtsform einer GmbH erbringt und der alleinige Gesellschafter der GmbH ist. Der Bundesfinanzhof hat seine Entscheidung hilfsweise mit einer Anwendung des § 4 Nr. 16c Umsatzsteuergesetz begründet und in diesem Zusammenhang rechtliche Bedenken an der Vorschrift geäußert.

Mit Schreiben des Bundesministeriums für Finanzen vom 17. Dezember 2007 (IV A 6-S 7172/07/0001) wurde entschieden, dass die Grundsätze dieses Urteils über den unterschiedlichen Einzelfall hinaus durch die Finanzbehörden nicht anzuwenden seien. Es bleibt den betroffenen Steuerpflichtigen daher nur die Möglichkeit, jeweils einzeln unter Berufung auf das Urteil des BFH ihre Interessen durchzusetzen.

Ulsenheimer Friederich
Rechtsanwälte
RA Helge Rühl
www.uls-frie.de

Mitgliederversammlung

der außerordentlichen Mitglieder
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 11:00 Uhr
im Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden, Tel.: 0611/1620

Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack
2. Erläuterung des Wahlverfahrens durch RA Helge Rühl, Geschäftsführer
3. Aussprache
4. Wahl eines außerordentlichen Mitgliedes zur Entsendung in den BDI-Vorstand
5. Verschiedenes

Die Satzung des BDI e.V. sieht in § 4 Ziff. 4 und § 14 Ziff. 4 vor, dass die außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin / Internisten und Medizinstudenten) aus ihrer Mitte ein Mitglied wählen und in den Vorstand des BDI entsenden können.

Herr Dr. Tillman Bert, Weimar, der seit April 2004 für Sie im Vorstand des BDI e.V. vertreten war und zwischenzeitlich Facharzt für Innere Medizin geworden ist, kann somit für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass eine Neuwahl erforderlich wird.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und der Günther-Budelmänn-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) zum Geschäftsjahr 2007 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Neuwahlen des Vorstands
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



BDI-Vorstandswahlen 2008

Satzungsgemäß finden im Jahr 2008 Neuwahlen zum Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. statt.

Traditionell wird der neue Vorstand am Rande des Internistenkongresses in Wiesbaden in der BDI-Mitgliederversammlung am

Sonntag, dem 30. März 2008

durch die anwesenden, stimmberechtigten Mitglieder gewählt.

Von den 14 möglichen Vorstandsmitgliedern

- werden zehn durch die Mitgliederversammlung gewählt,
 - wird ein Mitglied durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. benannt,
 - wird ein Mitglied gemeinsam durch die Vorsitzenden der BDI-Sektionen und der BDI-Arbeitsgemeinschaften in den Vorstand entsandt,
 - wird ein Mitglied durch die Vorsitzenden der Landesvertretungen abgeordnet
- und**
- wird ein Mitglied aus der Mitte der außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung, Medizinstudenten) in den Vorstand gewählt.

Wahlen werden durch Akklamation – oder auf Antrag eines Mitglieds geheim mit Stimmzetteln – durchgeführt. Die Mitglieder des Vorstandes werden in einem Wahlgang gewählt. Jedes wahlberechtigte Vereinsmitglied ist berechtigt, von den zur Wahl stehenden Kandidatinnen und Kandidaten zehn oder weniger zu wählen.

Als gewählt gelten die Personen, welche die meisten Stimmen auf sich vereinigt haben.

Wahlvorschläge für die durch die Mitgliederversammlung zu wählenden Vorstandsmitglieder müssen schriftlich vier Wochen vor der Wahl bei der BDI-Geschäftsstelle (Wiesbaden) eingegangen und von mindestens zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben sein. Ordentliches Mitglied ist jedes Mitglied, welches anerkannte/r Fachärztin/arzt für Innere Medizin ist (niedergelassener Arzt; Oberarzt, Angestellter, Beamter u.ä.).

Die Geschäftsstelle des BDI e.V. möchte daher interessierte Kandidatinnen und Kandidaten für eine Vorstandsmitgliedschaft bitten, ihren Wahlvorschlag frühzeitig vor der Mitgliederversammlung am 30. März 2008 einzureichen, also bis spätestens 3. März 2008. Maßgeblich ist der Posteingang bei der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden.

Zu beachten ist, dass die ordentliche Mitgliedschaft der den Wahlvorschlag unterstützenden Mitglieder selbstverständlich durch die Geschäftsstelle überprüft wird. So sind z. B. ordentliche Mitglieder,

die ihren Austritt aus dem Verband bereits erklärt haben, jedoch erst zum Ende des Jahres 2008 ausscheiden, gem. § 10 Abs. 2 der Satzung des BDI e.V. nicht mehr legitimiert, eine Kandidatur bzw. einen Wahlvorschlag mit ihrer Unterschrift rechtsgültig zu unterstützen. Soweit der Wahlvorschlag nicht gemäß der Satzung von zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben ist, da z. B., wie dargestellt, ein Mitglied bereits den Austritt erklärt hat, wäre dieser insoweit ungültig. Die ordnungsgemäße Unterzeichnung durch ein ordentliches Mitglied kann bis zu vier Wochen vor der Wahl nachgeholt werden. Später ist der mögliche Kandidat von der Wahl 2008 zum Vorstand des BDI ausgeschlossen.

Wir möchten die berufspolitisch interessierten Mitglieder, die sich für eine Kandidatur zur Wahl als Mitglied des Vorstandes des BDI e.V. entschieden haben, bitten, die oben genannten satzungsgemäßen Voraussetzungen zu beachten und frühzeitig ihren Wahlvorschlag einzureichen.

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des BDI e.V. stehen wie immer für alle entsprechenden Auskünfte zur Verfügung.



RA Helge Rühl
Geschäftsführer des BDI e.V.

BDI e. V. Wahl zum Vorstand 2008



Für die Wahl in den BDI-Vorstand wird vorgeschlagen:

Name/Vorname _____
 Straße/Hausnummer _____
 PLZ/Ort _____
 Mitgliedsnummer _____

Zustimmungserklärung

Ich stimme meiner Kandidatur als Mitglied des BDI-Vorstandes zu.

Unterschrift _____

Unterstützerstimmen für den Wahlvorschlag:

Nr.	Vor- und Zuname (Druckschrift)	Vor- und Zuname (Unterschrift)	PLZ/Ort	Mitglieds-Nr.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

per Fax:
0611/181 33-50

oder per Post an den

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden