

## Der Gastkommentar

### Stärkt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz den Wettbewerb?

Die von liberaler Seite immer wieder vorgetragene Forderung, den Wettbewerb auch im Gesundheitswesen so weit wie möglich zu nutzen, um – ausgerichtet an den Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger – ein Höchstmaß an Effizienz zu erzielen, wird mittlerweile auch von anderen politischen Akteuren erhoben. Das Handeln stimmt mit den verbalen Äußerungen jedoch nur bedingt überein. Das lässt sich anhand des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gut belegen. Ein wichtiger Parameter im Wettbewerb ist der Preis, bei den Krankenkassen also der Beitrag, den ein Versicherter für die Absicherung seines Krankheitsrisikos zu bezahlen hat. Seine Höhe wird zukünftig bis auf den minimalen Teil der Zusatzprämie durch den Gesetzgeber vorgegeben. Die Krankenkasse erhält aus einem sogenannten Gesundheitsfonds eine Zuteilung, die sich an politisch gesetzten Kriterien ausrichtet. Je nachdem welche 50 bis 80 Erkrankungen im morbiditätsori-

entierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden und je nachdem wie das geschieht, gibt es mehr oder weniger Geld. De facto wird bei den Krankenkassen damit eine gesetzliche Budgetierung eingeführt, deren Überschreitung auch dann mit Konkurs geahndet wird, wenn die Versicherer bereit wären, z. B. für eine verbesserte Versorgung mehr zu bezahlen. Die auf ein Prozent des jeweiligen Einkommens begrenzte Zusatzprämie stellt dabei eine zu vernachlässigende Größe dar. Wettbewerb sieht anders aus. Die private Krankenversicherung, ein scheinbar nicht erwünschter Mitbewerber, wird durch eine deutliche Verschlechterung der Arbeitsbedingungen geschwächt. Statt sie jedem Bürger zugänglich zu machen, wird selbst für diejenigen, die über ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verfügen, eine dreijährige Wartezeit eingeführt. Ergänzt wird dieses Szenario auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine bundesweite kas-

senartenübergreifende Institution, den Spitzenverband Bund, der als Monopolist zukünftig alle wichtigen Aufgaben der bisherigen Bundesverbände übernimmt. Das Motto „sowenig einheitlich und gemeinsam wie möglich“, das für einen funktionierenden Wettbewerb unerlässlich ist, wird hier unterlaufen. De facto wird das Vertragsgeschehen sehr viel stärker zentralisiert. Vom Leistungsspektrum her definiert ein teilweise hauptamtlicher Gemeinsamer Bundesausschuss, welche Therapien akzeptabel sind. Das verengt Spielräume auf der Leistungsseite. Der Versuch, Wettbewerb auf der Seite der Leistungserbringer zu schaffen, leidet an einem Kardinalfehler. Dadurch, dass nur Teile des Wettbewerbsrechts zur Anwendung kommen dürfen, können gesetzliche Krankenkassen ihre Marktmacht auf der Nachfrageseite stärker zum Einsatz bringen als dies in der freien



Daniel Bahr ist gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

Foto: Michael Dredelke

Wirtschaft der Fall wäre. Damit liegt es in ihrer Macht, z. B. über die Rabattverträge bei den Arzneimitteln den Markt mittelfristig so zu beeinflussen, dass nur noch wenige Anbieter übrig bleiben. Diese haben dann wiederum ganz andere Möglichkeiten, ihre Preise zu gestalten und die Bedingungen zu diktieren. Hinzu kommt, dass die Gesetzesvorgaben nicht im Hinblick auf eine marktwirtschaftliche Gestaltung entrümpelt worden sind, sondern der Vielzahl bereits vorhandener Instrumente einfach neue hinzugefügt worden sind. Das schafft Intransparenz und führt zu gegenläufigen Effekten. Wer auf dem Versicherungsmarkt wirklich Wettbewerb will, der muss unter einem gesetzlichen Ordnungsrahmen die gesetzlichen Krankenkassen in private Unternehmen überfüh-

ren und dann, verbunden mit einer Pflicht zur Versicherung der den Einzelnen im Krankheitsfall überfordernden Krankheitsrisiken, den Bürgerinnen und Bürgern die freie Wahl lassen wo sie sich wie versichern wollen. Auf dem Markt der Leistungserbringung brauchen wir Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Die freie Arztwahl und die Freiheit, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten eine Therapie festzulegen, sind wichtige Elemente, die nicht leichtfertig aufgegeben werden dürfen. Für die Versicherten muss es zumindest möglich sein, eventuell entstehende Mehrkosten selbst zu bezahlen ohne dadurch ihren Versicherungsschutz für das im Rahmen der Pflichtversicherung Übernommene zu verlieren. Die Anwendung des Wettbewerbsrechts schafft Spielräume für unterschiedliche vertragliche Gestaltungen.

Daniel Bahr

BSG: BEK-Hausarzt-Modell ist kein IV-Vertrag (Fortsetzung von Seite 1)

## Kasse muss Millionen an KVen zurückzahlen

Der 6. Senat des BSG stellte nun als letzte Instanz im Sinne der vorinstanzlichen Gerichte klar, dass der Barmer Hausarztvertrag kein Vertrag über eine „integrierte Versorgung“ nach § 140a SGB V ist. Deshalb durfte die Krankenkasse zur Finanzierung dieses Vertrages keinen Einbehalt von der Gesamtvergütung auf der Grundlage des § 140d SGB V vornehmen. Die Wirksamkeit des Barmer Hausarztvertrags selbst wird durch diese Entscheidung nicht in Frage gestellt. Der Barmer Hausarztvertrag gewährleistet keine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende“ oder eine „interdisziplinär-fachübergreifende“ Versorgung. Er enthalte Erweiterungen der hausärztlichen Versorgung für die Versicherten und Hausärzte, die sich an ihm beteiligen. Die Einbeziehung von Apotheken und deren Verpflichtung, eine Medikationsliste für jeden an dem Vertrag teilnehmenden Patienten zu führen, bewirke nicht, dass mit dem Vertrag eine Integrationsversorgung im Sinne der Konzeption des Gesetzgebers realisiert wird. Dabei könne offen bleiben, ob die Versorgung mit Arzneimitteln überhaupt einen eigenständigen Leistungssektor im Sinne des § 140a SGB V bildet. Selbst wenn das nicht von vornherein ausgeschlossen sei, verwirkliche der Vertrag die Ziele der integrierten Versorgung ungeachtet seiner sinnvollen gesundheitspolitischen Ausrichtung

nicht. Deshalb sei es nicht gerechtfertigt, zur Finanzierung eines solchen Vertrages im Rahmen der Anschubfinanzierung die Gesamtvergütung zu vermindern (Az.: B 6 KA 27/07 R).

### ● IV-Versorgung ist mehr

Nach der Zielsetzung des Gesetzes soll die integrierte Versorgung eine Versorgung der Patienten ermöglichen, die nicht durch die Abgrenzung der traditionellen Leistungssektoren behindert wird. Sie zielt deshalb auf eine eigenständige, neben der hergebrachten Versorgung stehende Versorgung, die darauf ausgerichtet ist, die hergebrachte Versorgung zu ersetzen. Verträge, die vollständig auf die traditionelle hausärztliche Versorgung aufsetzen und lediglich zusätzliche Leistungen beschreiben, genügen den Anforderungen an die integrierte Versorgung nicht, betonte der 6. Senat. Die Barmer Ersatzkasse hatte im Dezember 2004 mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und der Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker einen „Vertrag zur integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken“ abgeschlossen. Die Versicherten dieser Krankenkasse erhalten die Möglichkeit, sich freiwillig an dem „Hausarztvertrag“ zu beteiligen. Dabei verpflichten sich die Versicherten, aus einer Liste einen Hausarzt auszuwählen und Fachärzte nur auf dessen Überweisung hin in

Anspruch zu nehmen; zudem sind sie gehalten, verordnete sowie zur Selbstmedikation gekaufte Arzneimittel ausschließlich in einer gewählten Hausapothek zu erwerben. Die an dem Hausarztvertrag teilnehmenden Hausärzte und Apotheken erhalten von der Krankenkasse zusätzliche Vergütungen.

Die BEK behielt unter Berufung auf diesen Hausarztvertrag 0,58 % der von ihr an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ab 2005 zu zahlenden Beträge ein. Die Klage der KV Thüringen richtete sich dagegen, dass die BEK für die Quartale I/2005 bis I/2006 Beträge in Höhe von ca. 408 000 Euro einbehalten hatte. Dieses Geld steht nun wieder der Gesamtvergütung aller thüringischen Haus- und Fachärzte zur Verfügung. Insgesamt muss die BEK zwischen 40 bis 60 Millionen Euro an alle KVen im Bundesgebiet zurückzahlen.

Die am Vertrag beteiligten Hausärzte müssen sich jedoch keine Sorge um ihr Zusatz-Honorar machen – der Hausärzterverband hatte immer von einem möglichen fünften Quartal als Größenordnung gesprochen. Das ist nicht an die Anschubfinanzierung geknüpft, die ohnehin Ende 2008 auslaufen soll. Die BEK geht davon aus, dass sich der Hausarzt-Vertrag von selbst trägt, durch Einsparungen bei Krankenhauseinweisungen und vor allem durch sparsame Arzneimittelverordnungen. Deshalb soll der Vertrag auch in diesem Sinne weiterlaufen – auf welcher rechtlichen Basis, wird in der BEK-Zentrale zur Zeit mit den Vertragspartnern diskutiert. KS

Richtgrößenprüfung

## Öffentlichkeitsarbeit

Die Richtgrößenprüfung ist ein besonderes Ärgernis für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. So auch im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung in Hessen. Hier hat es wegen der Richtgrößenprüfung zahlreiche Reaktionen gegeben, die sich mit diesem Vorgehen kritisch auseinandersetzen.

Wir sind es ja gewohnt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen zu diesen Themen in der Öffentlichkeit per Presseerklärung Stellung nehmen. Klar, die einen müssen gegenüber den Vertragsärzten, die anderen gegenüber ihren Versicherten Farbe bekennen und ihre Verhaltensweise erläutern. Ungewöhnlich, dass der Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen – Landesgeschäftsstelle – durch ihren Vorsitzenden Joseph H. Mayer eine Presseerklärung zu diesem Thema abgibt. Sie soll offensichtlich zur Beruhigung der betroffenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dienen. Er stellt dabei klar, dass der Prüfungsausschuss sich ausschließlich an Recht und Gesetz hält und dabei seine Pflicht tut. Das dürfte wohl nicht vorwerfbar sein, sagt der Vorsitzende des Prüfungsausschusses. Er distanziert sich dabei sowohl von der Kassenärztlichen Vereinigung als auch von den Landesverbänden der Krankenkassen, die sich auf die Vereinbarung zu einigen haben, nach denen er sich zu richten habe.

Der Ärger mit den Betroffenen muss wohl so groß sein, dass der Vorsitzende des Prüfungsausschusses sich aus der Schusslinie zurückziehen muss, weil er tatsächlich für die geschlossenen Vereinbarungen nicht verantwortlich ist. Wo hat es dies schon einmal früher gegeben? Er hat völlig Recht: Das Problem liegt tatsächlich nicht beim Prüfungsausschuss, sondern bei den Vertragspartnern. Die haben nämlich in Hessen einige Fachgruppen einfach bei der Richtgrößenvereinbarung unorthodox miteinander vermischt. So findet sich z. B. der Facharzt für rehabilitative Medizin mit einem hohen Anteil an Heilmittelversorgung bei den Orthopäden, die MVZs werden unter den sonstigen Arztgruppen in Hessen aufgeführt, ohne dass man ihren Tätigkeitsschwerpunkt berücksichtigt. Meine lieben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, euer Ärger ist berechtigt! Die abgeschlossene Heilmittelvereinbarung ist das Ärgernis, hier liegen die Probleme, und nicht beim Prüfungs- und Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen.

HFS

## Krankenhausgesetz

## Wer hat die besseren Karten?

Die Diskussion über die Neufassung des Krankenhausgesetzes und die Zukunft der DRG-Abrechnung geht weiter. Das Bundesgesundheitsministerium hat inzwischen Vorschläge unterbreitet, die auf eine bundeseinheitliche DRG hinauslaufen. Dies bedeutet, dass man wohl auch zu einer Vereinheitlichung der Landesbaserate zu einer Bundesbaserate kommen will. Man möchte hier wohl den gleichen Weg gehen wie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, wo durch einen bundeseinheitlichen Punktwert massive Geldverschiebungen zwischen den einzelnen Bundesländern und ihren regionalen Krankenkassen verursacht werden. Würde der Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums umgesetzt, käme es erneut zu einem massiven Verschiebepunkt wie wir ihn vom Länderfinanzausgleich kennen. Ob dies die davon betroffenen Bundesländer, angefangen bei Bayern über Baden-Württemberg bis Hessen, aushalten würden, ohne dass ein Qualitätsverlust der Versorgung eintritt, ist eher unwahrscheinlich.

Das Bundesgesundheitsministerium möchte eine Art Kollektivvertragsregelung bei den Krankenhäusern einführen. Die Budgetregelungen bei der ambulanten Versorgung via Kassenärztliche Vereinigung scheinen als Vorlage zu dienen. Man spricht nicht von einem Krankenhausbudget, sondern von der bundeseinheitlichen Ausgabenobergrenze. Auch hier steht wohl die Systematik der vertragsärztlichen Versorgung Pate.

### ● Bund zieht Kompetenzen an sich

Das Bundesgesundheitsministerium trennt zwischen der Notfallversorgung und elektiven Eingriffen. Wobei man sich bei letzteren zwischen den Krankenhäusern einen massiven Preiswettbewerb wünscht. Der Patient kann auch ein Krankenhaus wählen, das ggf. nicht zugelassen ist. Er soll dabei nach der entsprechenden DRG und der üblichen Baserate abrechnen können.

Das Bundesgesundheitsministerium hebt damit die seitherige Länderkompetenz bei der Krankenhausbedarfsplanung aus. Diese verliert nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums massiv an Bedeutung. Der Konflikt mit den Ländern ist damit weitgehend vorprogrammiert.

Über das Bundesgesundheitsministerium hinaus hat die AOK noch schärfere Vorstellungen. Für den jeweiligen krankenhaushausärztlichen Versorgungsbedarf stellt man sich ein Bieterverfahren vor, wobei die Landesbaserate aber den Höchstpreis abbilden muss. Bei der Konkurrenzsituation der Krankenhäuser wird das zu einem ruinösen Wettbewerb mit Preisverfall führen.

### ● DKG und Länder ziehen an einem Strang

Demgegenüber besteht die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weiterhin auf dem Kontrahierungszwang, das heißt die im Krankenhausbedarfsplan registrierten Krankenhäuser können auch gegenüber der Krankenkasse abrechnen. Dabei denkt man weiter an ein Festpreissystem, ein floatender Basisfallwert

soll vermieden werden. Wettbewerbliche Elemente sollen nur über die Qualität der Leistungserbringung einfließen.

Die Bundesländer sind sich weitgehend einig. Sie wollen ihre Sicherstellungskompetenzen bei der krankenhaushausärztlichen Versorgung beibehalten und bestehen deshalb unverändert auf einem verbindlichen Krankenhausbedarfsplan. Auch sie möchten einen Festpreissystem

installieren, das von Qualitätskriterien abhängig ist. Die Grenze ambulant/stationär soll durch zusätzliche Maßnahmen überwunden werden. Um die Krankenhäuser zu finanzieren soll der Budgetdeckel abgeschafft werden.

Auch bezüglich einer monistischen Krankenhausfinanzierung positioniert man sich klar. Man lehnt sie ab, solange von Seiten der Länder noch eine ausreichende Finanzierung des Investitionsvolumens abgesichert ist. Im Klartext heißt dies, dass die Bundesländer als die zurzeit für die Krankenhausplanung Zuständigen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft an einem Strang ziehen. Angesichts der gesetzlich geregelten Zuständigkeit haben in der Diskussion die Bundesländer im Vergleich zum Bundesgesundheitsministerium wohl die besseren Karten.

HFS



## New Company der KV

## Das Hase-und-Igel-Prinzip

Die Kassenärztliche Vereinigung hat einen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung. Im Zeitalter der Budgetierung bedeutet dies, dass sie die Kollektivverträge für ihre Mitglieder abschließen muss. Wir alle erleben zurzeit, dass es einen Wettbewerb zwischen Kollektivvertragssystem und selektiven Verträgen gibt. Um zu überleben ist es deshalb für die Kassenärztliche Vereinigung besonders wichtig, auch auf diesem Feld tätig zu sein. Sie hat dabei ursprünglich an so genannte Consultfirmen gedacht.

Der Gesetzgeber hat klargestellt, dass er eine Wettbewerbssituation zwischen dem Kollektivvertragssystem und den selektiven Verträgen sieht. Somit kann es bei einzelnen Versorgungssituationen durchaus Konfliktfelder geben. Schon aus Gründen des Selbstverständnisses ist eine Kassenärztliche Vereinigung mit dem Abschluss eines Selektivvertrages nicht glücklich. Entsprechendes erleben wir zurzeit bei der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg.

Der Gesetzgeber hat deshalb der Beratungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung enge Grenzen gesetzt, vor allem wohl auch, um den Selektivverträgen gegenüber dem

Kollektivvertragssystem eine Chance zu lassen. So darf die Kassenärztliche Vereinigung kein Geld aus der Verwaltungskostenumlage für die Beratung von Selektivverträgen verwenden, da nicht alle Vertragsärzte von einem solchen Vertrag profitieren. Auch das Wettbewerbsrecht steht einer Beratungsgesellschaft eher entgegen.

### ● Gründung einer Stiftung durch die KV

In dieser Situation hat sich die KV mit Beratungsgesellschaften ausgesprochen schwer getan und ist deshalb auf die Idee verfallen, eine Stiftung zu gründen, die sie „New Company“ genannt hat. Dabei hat sie alle KV-Vorsitzenden einschließlich der beiden KBV-Vorstandsmitglieder gebeten, 50 000 Euro in eine Stiftung einzubezahlen. Dieses Geld soll offensichtlich dazu dienen, eine von Verwaltungskosten unabhängige Finanzierung der Beratungstätigkeit abzusichern.

Viele Fragen bleiben aber weiter offen. Eine solche Stiftung muss auch Einnahmen haben, um ein entsprechendes Know-how abzubilden. So dürfte eine Kassenärztliche Vereinigung auch dieser Stiftung gegenüber nicht unentgeltlich Datenmaterial zur Verfügung stellen. Von wem sollen wann, welche Einnahmen in die Stiftung fließen? Interessant dürfte auch die Frage sein, wie die innere Abhängigkeit durch die Personengleichheit der KBV-Vorstände und der Stifter bewertet wird, wenn es zu einem Konflikt zwischen dem Kollektiv- und Selektivvertragssystem kommt.

### ● Igel KV gegen Hase „New Company“ – wer profitiert davon?

Dennoch arbeitet die KV mit der Gründung der Stiftung nach dem Hase-und-Igel-Prinzip. Der Igel KV ist eben immer schon da, gleichgültig, ob der Hase auf dem Trip des Selektiv- oder Kollektivvertrages unterwegs ist. Es stellt sich die Frage, wem eine solche Konstruktion nutzt: den betroffenen Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung oder vielleicht sogar beiden?

HFS

## 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-Budelmann-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 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**

## 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 aus-

scheiden, 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.