

Stellungnahme

**des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)
vom 22. September 2022**

zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung
vom 27. Juli 2022**

**Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzli-
chen Krankenversicherung**

(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG)

- BT-Drs. 20/3448 -

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Helmut Weinhart (2. Stellvertretender Vorsitzender),

Dr. med. Christian Albring (3. Stellvertretender Vorsitzender), Dr. med. Nobert Smetak, Jörg Karst

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: Robert Schneider

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner
e.V. (BDN)



Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und
Beatmungsmediziner e.V. (BdP)



Bundesverband
der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V.
(BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands
e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen
e.V. (BVDD)



Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
(BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.
(BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN)

Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	9
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	10
zu Artikel 1 Nummer 5 (Änderung des § 87a Absatz 3 SGB V).....	10

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung in der Fassung des Kabinettsbeschlusses vom 27. Juli 2022 zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG) werden vor dem Hintergrund einer erheblichen Finanzierungslücke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund in den Jahren 2020 und 2021 verminderter Beitragseinnahmen bei erhöhten Ausgaben zur Begrenzung von Beitragssteigerungen verschiedene gesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel der finanziellen Stabilisierung der GKV beabsichtigt.

Neben einem zusätzlichen Bundesausschuss in Höhe von 2 Mrd. EUR zum allgemeinen Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. EUR im Jahr 2023 und der weiteren Abschmelzung finanzieller Reserven einzelner Krankenkassen enthält der Gesetzentwurf eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen, die im Wesentlichen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, insbesondere die Fachärztinnen und Fachärzte, die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, die Apotheken und pharmazeutische Unternehmen der forschenden Pharmaindustrie finanziell belasten.

SpiFa e. V.:

Insbesondere die im Gesetzentwurf beabsichtigten Regelungen zu Leistungskürzungen im vertragsärztlichen Bereich, entgegen anderslautender öffentlicher Erklärungen des Bundesministers für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach, namentlich die Streichung der extrabudgetären Vergütung und damit Abschaffung einer kostendeckenden Vergütung für gegenüber Neupatientinnen und Neupatienten erbrachten fachärztlichen Leistungen stößt auf erhebliche Kritik bei der vom SpiFa e. V. mit seinen fachärztlichen Mitgliedsverbänden vertretenen in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Fachärzteschaft. Die Fachärztinnen und Fachärzte empfinden insbesondere diese beabsichtigte Streichung der erst mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 eingeführten extrabudgetären Vergütung für Leistungen gegenüber Neupatienten als einen politisch schwerwiegenden Vertrauensbruch (dazu im Einzelnen unten).

Die beabsichtigten Regelungen stellen sich für uns insgesamt nicht nur als indifferente Ausgabenkürzungen zu Lasten insbesondere auch der fachärztlichen Leistungserbringer dar, sondern durch die Budgetierung als eine Verknappung des auf das Sachleistungsprinzip gründenden Leistungsangebots für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten. Die Budgetierung betreffen die Fachärztinnen und Fachärzte je nach Bundesland und Region dabei höchst unterschiedlich.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen gehen dabei deutlich an den Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens vorbei.

Bereits die der Ampelkoalition vorhergehende von CDU/CSU und SPD getragene Bundesregierung hatte den in Deutschland bestehenden erheblichen Reformbedarf zur Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen, wie dieser u. a. vom Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Finanzen, dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowie dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen jeweils im Jahr 2018 den stationären Versorgungsbereich und die Sektorengrenze zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich betreffend dargestellt wird, versäumt anzugehen. Wir stellen in diesen Bereichen, die geeignet sind, erhebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, bisher keinerlei Initiative des federführenden Bundesministeriums für Gesundheit fest. Die bisher bekannte erste Empfehlung der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Regierungskommission lässt strukturelle Vorschläge zu den allseits bekannten Herausforderungen hinsichtlich der Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen mit keinem Wort erkennen, sondern sieht – zu unserem Unverständnis – neuerlichen vom Bund und/oder den Krankenkassen zu deckenden zusätzlichen finanziellen Bedarf für die stationäre Versorgung vor.

Darüber hinaus weisen wir mit Blick auf die Finanzierung der GKV darauf hin, dass im Koalitionsvertrag der Parteien SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP aus dem Jahr 2021 vereinbart ist, höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) aus Steuermitteln zu finanzieren. Der SpiFa e. V. begrüßt dies ausdrücklich, hält es jedoch nicht für sachgerecht, dass sich ausschließlich der Bund an der Finanzierung wirtschaftlich tragfähiger Beitragszahlungen für ALG II beziehende Versicherte beteiligt. Wir sehen auch die Länder und Kommunen in der finanziellen Verantwortung, die mindestens in gleichem Maße wie der Bund Einfluss auf die Zahl von Bezieherinnen und Beziehern von ALG II haben, wie bereits die unterschiedliche Quote des ALG-II-Bezugs in den Ländern und Kommunen zeigt. Darüber hinaus müssen aus unserer Sicht die Länder aus ihren Haushalten in größerem Maße finanzielle Verantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben tragen, die in gewissen Teilen in der Vergangenheit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geleistet worden ist. Diese finanziellen Mittel des Gesundheitsfonds stehen für ihre eigentliche Aufgabe, der finanziellen Absicherung gesetzlicher Krankenversicherungsleistungen heute nicht zur Verfügung.

Der SpiFa e. V. regt ferner an, die Regelungen zum Krankengeld für Versicherte, die nicht stationär versorgt werden und nicht an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden, vor dem Hintergrund der Verdoppelung der Ausgaben der GKV für Krankengeld seit dem Jahr 2011 auf nunmehr 16 Mrd. EUR im Jahr 2021 insbesondere auf ihr Missbrauchspotential zu überprüfen und dieses effektiv und damit ausgabenmindernd zu beseitigen.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

zu Artikel 1 Nummer 5 (Änderung des § 87a Absatz 3 SGB V)

Mit der Regelung in Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a wird die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (kurz: TSVG) vom 6. Mai 2019 durch § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V zum 11. Mai 2019 gesetzlich eingeführte extrabudgetäre Vergütung für Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden (sog. Neupatientenregelung), mit Wirkung zum 1. Januar 2023 wieder gestrichen.

Ziel dieser Leistungsausweitung im extrabudgetären Bereich sei eine deutliche Förderung und Verbesserung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten und zum Abbau von Wartezeiten beim ersten oder nach zwei Jahren erneuten Bedarf eines Arztkontakts gewesen. Die bislang vorliegenden Zahlen ließen nicht darauf schließen, dass mit Inkrafttreten der Regelung Verbesserungen in der Versorgung eingetreten sind. Es würden somit Leistungen separat vergütet, die bereits vorher in ähnlichem Umfang erbracht worden seien. Mit der Rücknahme der Regelung sollen die Ausgaben der GKV stabilisiert werden.

Mit der Regelung in Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe c wird in § 87a Absatz 3 Satz 14 SGB V eine gesetzliche Regelung angefügt, nach welcher der Bewertungsausschuss bis zum 30. November 2022 ein Verfahren zur Rückbereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen (Neupatientenregelung) zu beschließen hat. Da die Leistungen gegenüber Neupatienten ab dem 1. Januar 2023 nicht mehr extrabudgetär vergütet werden sollen, muss nach dem Entwurf der in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigte Leistungsbedarf für diese Leistungen wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden. Zudem ist in einem vorgesehenen neuen Satz 15 eine Regelung enthalten, nach der ab dem Jahr 2023 eine fortgesetzte Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V genannten Leistungen (Offene Sprechstunde) erfolgen soll. Mit der Regelung wird ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigt, der Gefahr einer doppelten Finanzierung in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der extrabudgetären Vergütung entgegenzuwirken, die durch die Nutzung des noch offenen Potentials der offenen Sprechstunde und der Umsteuerung von Neupatienten in die offene Sprechstunde entstehen könnte.

SpiFa e. V.:

Wir sehen die Streichung der extrabudgetären Vergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V für Leistungen gegenüber Neupatienten äußerst kritisch und lehnen die Rücknahme der erst mit dem TSVG im Jahr 2019 eingeführten extrabudgetären Vergütung fachärztlicher Leistungen im Bereich der Neupatienten ausdrücklich ab. Die Regelung des § 87a

Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V hat nach unserer festen Überzeugung eine kostendeckende Vergütung eingeführt, damit die Möglichkeit zur schnelleren Erbringung von Leistungen gegenüber Neupatienten geschaffen und die Wartezeiten auf Facharzttermine noch einmal auch im internationalen Vergleich erheblich verkürzt.

Die mit dem TSVG geschaffene Regelung zur extrabudgetären Vergütung steht für uns im Zusammenhang mit der gleichzeitig mit dem TSVG eingeführten Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten für gesetzlich Versicherte um weitere 5 Stunden pro Woche. Die Fachärzteschaft hat die gleichzeitige Erhöhung der Sprechstundenzeiten und den Einstieg in die Entbudgetierung des fachärztlichen Leistungsangebots durch das TSVG – auch aufgrund der öffentlichen Äußerungen der Politik – immer als ein Gesamtpaket verstanden und im Vertrauen darauf zusätzlich erhebliche Investitionen für Personal und Sachmittel getätigt. Dieses Vertrauen der Fachärzteschaft wird durch die im Gesetzentwurf beabsichtigten Regelungen ganz gewaltig erschüttert.

Wir begreifen die nunmehr ausweislich des Gesetzentwurfs beabsichtigte Streichung als eine Leistungskürzung verbunden mit erheblichen Auswirkungen auf Versicherte mit neuem Behandlungsbedarf und Terminwartezeiten zur fachärztlichen Versorgung. Die gegenteilige Darstellung des Gesetzentwurfes ist für uns nicht nachvollziehbar.

Die mit dem TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung für Leistungen gegenüber Neupatienten sollte ausweislich ihrer gesetzlichen Begründung zur weiteren Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung und zum Abbau von Wartezeiten beim ersten oder nach zwei Jahren erneuten Bedarf eines Arztkontakts alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall für Neupatientinnen und Neupatienten extrabudgetär und damit im gesamten Kalendervierteljahr vollumfänglich vergüten (BT-Drs. 19/8351, S. 183 f.).

Der heutige Bundesminister für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach äußerte sich in seiner Plenarrede am 14. März 2019 im Rahmen der 2./3. Lesung zum Gesetzentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes im Hinblick auf die Einführung der extrabudgetären Vergütung für Neupatienten wie folgt:

*„Zunächst einmal: Weshalb ist es eigentlich für einen neuen Patienten so schwer, einen Termin zu bekommen? Das hat einen ökonomischen Grund. Der ökonomische Grund ist: **Der neue Patient bereitet viel Arbeit. Der Arzt kennt ihn noch nicht und muss** – hier spreche ich auch als Praktiker – **mehr Zeit und Ressourcen investieren, um den neuen Patienten zu versorgen.** Jetzt bekomme ich aber für den neuen Patienten so viel wie für einen Patienten, den ich seit Jahren kenne und für den ich sozusagen nur ein Rezept ausstellen muss. Wenn ich Pech habe und mein Budget ausgeschöpft ist, bekomme ich für den neuen Patienten gar kein Geld. Tatsächlich ist das der Hauptgrund, weshalb wir Ärzte die neuen Patienten oft nicht so gerne in der Praxis sehen; **denn an ihnen verdienen wir nicht nur nichts, sondern machen zum Teil sogar Verluste.** Und das muss sich ändern. **Das ändern wir mit diesem Gesetz.** Daher ist es falsch, wie immer wieder gesagt wurde, dass dieses Gesetz keine*

Innovation ist, weil dadurch mehr Geld ausgegeben wird. Wenn wir eine derzeit massiv unterbezahlte Leistung für neue Patienten besser bezahlen, sodass die Patienten, die jahrelang Krankenkassenbeiträge zahlen, auch sofort einen Termin bekommen, wenn sie einmal einen Arzt brauchen, dann ist diese höhere Bezahlung auch richtig; denn sie entspricht den Kosten. Das gilt im Übrigen auch in einer Marktwirtschaft.“ (Stenografischer Bericht, Deutscher Bundestag, 86. Sitzung, Berlin, Donnerstag, den 14. März 2019, S. 10051).

Diese damalige Darstellung des heutigen Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach ist nach unserer Auffassung vor dem Hintergrund der allgemeinen Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen, die insbesondere das fachärztliche Leistungsangebot für die gesetzlich Versicherten erheblich einschränkt und die Fachärztinnen und Fachärzte wirtschaftlich übergebüchlich trifft und dazu führt, dass vielfach seit Jahrzehnten gegenüber gesetzlich Versicherten tatsächlich ordnungsgemäß erbrachte fachärztliche Leistungen gar nicht oder nur teilweise vergütet werden, nach wie vor völlig zutreffend. Die extrabudgetäre Vergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V stellt damit nicht etwa einen zusätzlichen wirtschaftlichen Anreiz dar, sondern führt im Wesentlichen zu einer kostendeckenden fachärztlichen Behandlung von Neupatientinnen und Neupatienten. Die Rücknahme der extrabudgetären Vergütung von Leistungen für Neupatientinnen und Neupatienten führt damit zu nicht kompensierbaren erheblichen wirtschaftlichen Einbußen bei den Fachärztinnen und Fachärzten, die deren Situation aufgrund der generellen Budgetierung verschärft und Behandlungsmöglichkeiten reduziert. Damit wird allerdings nicht nur die Leistungsvergütung für Neupatienten gegenüber zu erbringenden Leistungen wieder auf das Maß vor Inkrafttreten des TSVG zurückgeführt, sondern zugleich auch das Leistungsangebot für gesetzlich versicherte Neupatientinnen und Neupatienten. Die beabsichtigte Regelung führt damit zu einer Leistungskürzung für gesetzlich Versicherte mit neuem Behandlungsbedarf.

Die Folgen der Regelung und die Reaktionen werden in vielen Praxen bereits diskutiert. Es wird vielfach von Aufnahmestopps, Rücknahme des Sprechstundenangebotes und notwendigen Personalreduzierung gesprochen. All dies würde zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten führen. Dabei handelt es sich um notwendige Maßnahmen, um die wirtschaftlichen Folgen auf die Versorgungsstrukturen abzuwehren.

Die beabsichtigte Regelung zur Rückbereinigung, so notwendig diese auch sein mag, sehen wir ebenfalls kritisch und verbinden diese aufgrund ihrer geringen Regeldichte im Vergleich zu den Regelungen der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 7 ff SGB V mit der Gefahr einer zu geringen Rückbereinigung zum weiteren Nachteil insbesondere der Fachärztinnen und Fachärzte der fachärztlichen Versorgung.

Die in § 87a Absatz 3 Satz 15 SGB V vorgesehene Regelungen für eine fortgesetzte Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die Leistungen der offenen Sprechstunden lehnen ebenfalls entschieden ab.

Mit dem TSVG wurden die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte, die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, verpflichtet, mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Verknüpft mit dieser Änderung in § 19a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte durch das TSVG wurde eingeführt, dass Leistungen, die in diesen verpflichtenden fünf offenen Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe wöchentlich erbracht werden, extrabudgetär vergütet werden (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V). Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um Leistungen der offenen Sprechstunde in der Folgezeit nach Inkrafttreten des TSVG bereits bereinigt worden. Die in der Gesetzesbegründung ohne Sachgrundlage in den Raum gestellte Behauptung der Gefahr einer doppelten Finanzierung aufgrund angeblicher Umsteuerung von Neupatientinnen und Neupatienten in die offene Sprechstunde ist völlig praxisfern. Patientinnen und Patienten sind keine ärztliche Verfügungsmaße, die umgesteuert werden könnte. Es ist Gegenstand der Patientenautonomie, wann die jeweilige Patientin oder der jeweilige Patient einen von der ärztlichen Seite angebotenen Termin wahrnimmt. Im Übrigen ist auf ärztlicher Seite der medizinische Bedarf der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten entscheidend. Die offene Sprechstunde eignet sich aus ärztlicher Sicht und wird in der Praxis von den Patientinnen und Patienten auch so genutzt, um bei akutem Behandlungsbedarf selbst kurze Terminwartezeiten zu vermeiden. Im Gegensatz dazu sind bei Neupatientinnen und Neupatienten in der Regel zeitintensive Anamnesen durchzuführen, die sich im Rahmen der offenen Sprechstundenangebote gerade nicht anbieten. Gerade dies würde zu Lasten der Akutversorgung und damit von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf gehen.

Änderungsvorschlag:

In Artikel 1 wird Nummer 5 gestrichen.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC), Berufsverband Deutscher Radiologen e.V. (BDR) Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband).