

Synopse der Regierungs- und Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2013



Finanzierung der Krankenversicherung

Krankenversicherungssystem

- Gegen eine Einheitskasse mit Einheitsversorgung
- Ablehnung einer zentralistisch gelenkten Staatsmedizin
- Freie Wahl bei der Krankenversicherung und beim Versicherungsschutz
- Für eine starke private Krankenversicherung mit mehr Transparenz bei den Basistarifen und Konzepten sowohl zur Beitragsentwicklung als auch zur Portabilität von Altersrückstellungen

Krankenversicherungssystem

- Ablehnung einer staatlichen Einheitsversicherung für alle
- Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen
- Erhalt der privaten Krankenversicherung

Krankenversicherungssystem

- Einführung einer Bürgerversicherung als Krankenvoll- und Pflegeversicherung; verbindlich für alle Neu- und bislang gesetzlich Versicherten
- Einheitlicher und solidarischer Wettbewerbsrahmen für alle an der Bürgerversicherung teilnehmenden Kassen u. a. durch Vermeidung von Risikoselektion
- Bislang privat Versicherte sollen ein Jahr befristet wählen können, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln wollen
- Mit Einführung der Bürgerversicherung auch Einführung einer einheitlichen Honorarordnung für die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Das Gesamthonorarvolumen soll dabei

Krankenversicherungssystem

- Einführung einer grünen Bürgerversicherung; GKV und PKV können die grüne Bürgerversicherung anbieten
- Gemeinsame Honorarordnung. Höhere Honorare, die derzeit von den PKV-Versicherten an die Gesundheitsberufe fließen, sollen insgesamt erhalten bleiben, aber gerechter verteilt werden
- Wettbewerb unter den Anbietern der Bürgerversicherung, aber nicht über den Beitragssatz, sondern über die Qualität und Patientenorientierung
- Verhinderung von Risikoselektion

Krankenversicherungssystem

- Abschaffung der privaten Vollversicherung und Beschränkung dieser auf Zusatzleistungen
- Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung für alle in Deutschland lebenden Menschen
- Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht

		nicht geschmälert, sondern gerechter verteilt werden		
Beitragserhebung (AN/AG) <ul style="list-style-type: none"> • Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter ausbauen • Umverteilung durch den Gesundheitsfonds zurückführen 	Beitragserhebung (AN/AG) <ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen, deren Rücklagen die gesetzliche Mindestreserve um ein Mehrfaches übersteigen, sollen in Zukunft zur Prämienrückerstattung an ihre Mitglieder verpflichtet werden 	Beitragserhebung (AN/AG) <ul style="list-style-type: none"> • Wiederherstellung der tatsächlichen Parität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern • Abschaffung des Zusatzbeitrages • Krankenkassen sollen Beitragsautonomie zurückerhalten 	Beitragserhebung (AN/AG) <ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung aller Bürger in die Solidargemeinschaft • Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern • Alle Einkommensarten sollen gleichbehandelt und zur Finanzierung herangezogen werden • Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau 	Beitragserhebung (AN/AG) <ul style="list-style-type: none"> • Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung • Geschätzter Beitragssatz: 5,25% • Abschaffung aller Zusatzbeiträge
Sozialausgleich <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung des Sozialausgleichs für diejenigen, die ihre Beiträge nicht bezahlen können, durch Steuermittel 	Sozialausgleich <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Sozialausgleich <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Sozialausgleich <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Sozialausgleich <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben –
Einbeziehung von Steuermitteln <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Einbeziehung von Steuermitteln <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Einbeziehung von Steuermitteln <ul style="list-style-type: none"> • Einführung einer stetig steigenden Steuerfinanzierung 	Einbeziehung von Steuermitteln <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Einbeziehung von Steuermitteln <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben –
Familienmitversicherung <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Familienmitversicherung <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Familienmitversicherung <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben – 	Familienmitversicherung <ul style="list-style-type: none"> • Kinder werden kostenlos mitversichert • Verheiratete bzw. Lebenspartner werden dann zeitlich begrenzt kostenlos mitversichert, wenn sie nicht erwerbstätig sind und sich um Kinder oder Angehörige kümmern 	Familienmitversicherung <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben –

			<ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Beitragssplittings für alle Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften 	
Risikostrukturausgleich – Keine Angaben –	Risikostrukturausgleich – Keine Angaben –	Risikostrukturausgleich – Keine Angaben –	Risikostrukturausgleich – Keine Angaben –	Risikostrukturausgleich – Keine Angaben –
				

Versorgungsstrukturen

Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • An der Freiberuflichkeit der Heilberufe soll festgehalten werden. Darüber hinaus soll im ambulanten Bereich die Rolle von Versorgungsmodellen mit angestellten Ärzten anerkannt werden 	Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes • Verstärkte Berücksichtigung von Bewerbern für das Medizinstudium, die sich verpflichten, nach ihrem Medizinstudium in einer Region tätig zu werden, in der es einen Mangel an Ärzten gibt 	Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung • Angleichung der Honorierung ambulanter Leistungen im niedergelassenen und stationären Bereich 	Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Hausarztverträge zur Gewährleistung einer wohnortnahen Primärversorgung • Einführung eines Vergütungssystem, das die besonderen Leistungen der Primärversorgung (Beratung, Begleitung der Patienten) berücksichtigt • Einheitliches Vergütungssystem für alle fachärztlichen Leistungen, unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus oder in der Facharztpraxis erbracht werden 	Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung des Personalmangels in der ambulanten Versorgung • Für eine flächendeckende und barrierefreie Versorgung mit Arztpraxen • Wohnortnahe und unmittelbar mit den Patienten beschäftigte ärztliche Versorgung soll angemessen und nicht schlechter honoriert werden als weitere medizinische Leistungen
--	---	---	---	---

<p>Integrierte Versorgung/ Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkerer Einsatz von Telemedizin und Abbau von haftungsrechtlichen Vorgaben für den Einsatz von telemedizinischen Anwendungsfällen • Ausbau der geriatrischen Kompetenz – insbesondere der Kompetenz im Umgang mit Demenz – in allen Gesundheitsberufen 	<p>Integrierte Versorgung/ Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung einer gut erreichbaren Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser, vor allem in ländlichen Regionen • Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten Gebieten, u. a. durch den Ausbau der Telemedizin 	<p>Integrierte Versorgung/ Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der integrierten Versorgung zwischen haus-, fach- und spezial-ärztlichem Bereich sowie den nicht-ärztlichen Heilberufen • Ambulanter und stationärer Sektor enger miteinander verzahnen • Ausbau des Anteiles der teil-stationären und ambulanten Hilfen sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation gemäß dem Gedanken „ambulant vor stationär“ • Stärkung der psychiatrischen Institutsambulanzen, der Modelle integrierter Versorgung und der gemeindepsychiatrischer Verbände • Verknüpfung der integrierten Versorgung mit innovativen Mobilitäts- und Telemedizin Konzepten • Stärkere Rolle der Städte und Gemeinden bei der lokalen Gesundheitsversorgung für passende, integrierte Versorgungslösungen vor Ort • Schnellerer Zugang von Schwerstkranken zu Spezialisten • Integrierte Versorgung für multimorbide und chronisch kranke Menschen • Schaffung einer sektor-übergreifenden Bedarfsplanung • Gleicher und wohnortnaher Zugang zu medizinischer Versorgung 	<p>Integrierte Versorgung/ Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstrukturen stärker auf die Bedarfe vor Ort ausrichten und medizinische Versorgung, Prävention, und Gesundheitsförderung mit den kommunalen sozialen Diensten verknüpfen • Bessere Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung • Mehr Angebote zur integrierten Versorgung • Stärkung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe • Bildung von regionalen Versorgungsnetzen durch Verbesserung der Voraussetzungen für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander sowie mit den ambulanten Strukturen vor Ort • Verbesserung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum durch flexible Versorgungsformen wie Fahrdienste oder mobile Praxisteam, die Einführung und Anwendung von telemedizinischen Diensten und den Ausbau von ambulanten Wohn- und Betreuungsangeboten als übergreifende mobile Versorgungsdienste und genügend Präventions- und Hilfsangebote für Menschen mit problematischen Konsummustern von legalen und illegalen Drogen 	<p>Integrierte Versorgung/ Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufhebung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung • Einführung einer verbindlichen, aus dem medizinischen Bedarf abgeleiteten Personalbemessung • Einbeziehung aller Gesundheitsberufe in die Bedarfsplanung • Neue Versorgungsformen wie Patientenbusse, Gemeinschafts- und Teilzeitpraxen oder Medizinische Versorgungszentren in öffentlicher Hand sollen die Arbeit im ländlichen Raum für junge Mediziner wieder attraktiver machen • Für unterstützende Sozial- und Gesundheitsdienste mit nichtärztlichem Fachpersonal
---	---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der bedarfsgerechten Versorgung in strukturschwachen Regionen, die von Unterversorgung bedroht sind 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügungstellung von wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren in der ambulanten Versorgung 	
<p>Stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführung der drei bisher getrennten Ausbildungen zum Kinderkranken, Kranken- und Altenpfleger zu einer generalistischen Pflegeausbildung 	<p>Stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • In ländlichen Regionen und strukturschwächeren Stadtteilen sollen zusammen mit den Krankenhäusern die Leistungsangebote noch besser aufeinander abgestimmt werden 	<p>Stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reformierung der Krankenhausfinanzierung, um die flächendeckende Versorgung und Trägervielfalt zu sichern und die Qualität besser zu honorieren • Ausreichende Berücksichtigung der Personalkosten, um ungerechtfertigte Mengenausweitungen zu verhindern • Beseitigung der Unter- und Überdeckung • Personalmindeststandards in Krankenhäusern • Weiterentwicklung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser • Krankenhäuser, die nachweislich eine bessere Qualität erbringen, sollen mehr Fälle behandeln dürfen – dafür sollen Krankenkassen mit Krankenhäuser selektive Verträge abschließen können • Qualität und Patientensicherheit sollen bei der Krankenhausplanung und –finanzierung eine stärkere Rolle spielen • Angleichung der Honorierung ambulanter Leistungen im niedergelassenen und stationären Bereich 	<p>Stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser • Behebung von fehlerhaften ökonomischen Anreizen im derzeitigen Finanzierungssystem der Krankenhäuser • Vergütungen an Krankenhäuser haben steigende Personal- und Sachkosten angemessen zu berücksichtigen • Berücksichtigung der Qualität der Behandlung sowie des Patientennutzens bei der Vergütung für Krankenhäuser • Angemessene Berücksichtigung von Vorhaltekosten der Notfallversorgung und der Kostenstruktur der unterschiedlichen Krankenhausgrößen • Einheitliches Vergütungssystem für alle fachärztlichen Leistungen, unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus oder in der Facharztpraxis erbracht werden 	<p>Stationäre Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte und solide Finanzierung der Krankenhäuser • Krankenhäuser sollen eine Ambulanz oder Poliklinik führen dürfen • Stopp weiterer Privatisierung von Krankenhäusern • Rückführung von privaten Krankenhäusern in öffentliche und nicht-kommerzielle Trägerschaften • Bereitstellung ausreichend ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten und Therapieplätze • Beseitigung des Personalmangels in Krankenhäusern • Abschaffung aller Formen der Leistungsabrechnungen, die Anreize zu Über- und Fehlversorgung schaffen

<p>Qualitätssicherung/ -management</p> <p>– Keine Angaben –</p>	<p>Qualitätssicherung/ -management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Melde- und Managementsysteme zur Vermeidung von Fehlern und zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen 	<p>Qualitätssicherung/ -management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau von unabhängigen Überprüfungen, der Kontrolle und der Versorgungsforschung im Medizinproduktebereich • Nur die Einrichtungen sollen Innovationen und hochspezialisierte Therapien anwenden, welche die entsprechenden Erfahrungen haben • Steigerung der Qualität in der flächendeckenden Haus- und Facharzt-versorgung durch bessere Fortbildung und Standards 	<p>Qualitätssicherung/ -management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Vergütung der Behandlungsergebnisse und nicht nur des Umfangs der Behandlung • Einführung einer Art „Stiftung Warentest“ im Gesundheitswesen, die Qualitätsinformationen sammelt und allgemeinverständlich aufbereitet • europaweit einheitliches staatliches Zulassungsverfahren für Hochrisikoprodukte • Einführung eines Medizinprodukte-registers • Produkthaftpflicht für Medizin-produkterhersteller • strengere Vorgaben für klinische Studien • bessere Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden • Ausbau von Forschungsprojekten zur spezifischen Verträglichkeit von Arzneimitteln bei Kindern sowie zur geschlechterspezifischen Verträglichkeit 	<p>Qualitätssicherung/ -management</p> <p>– Keine Angaben –</p>
--	---	--	---	--



Leistungsumfang/Eigenbeteiligung

- Abschaffung der Budgetmedizin
- Einführung des Kostenerstattungsprinzips, mindestens Abgabe einer Rechnung (Kostenaufstellung)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Versorgung mit Palliativmedizin und Hospizangeboten

- Ausbau der palliativmedizinischen Versorgungsangebote

- Die Versicherungsgemeinschaft kann nur das tragen, was für die Gesundheitsversorgung notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist
- Stärkung des Nutzensgedankens in der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteltherapien, diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie Medizinprodukten

- Abschaffung aller Zuzahlungen
- Patienten sollen auch Angebote der besonderen Therapieeinrichtungen wahrnehmen können. Dafür muss Komplementärmedizin Nachweise zur Wirksamkeit erbringen
- „Inklusives Gesundheitssystem“, das auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen eingeht und alle notwendigen präventiven, diagnostischen, therapeutischen sowie rehabilitativen Maßnahmen ermöglicht
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Hospizarbeit u. a. durch eine Absenkung des gesetzlichen Eigenfinanzierungsanteils
- Aktionsplan zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung bei psychischen Erkrankungen

- Abschaffung aller Zuzahlungen
- Alle medizinisch notwendigen Leistungen müssen wieder von der Krankenkasse bezahlt werden
- Effektive Begrenzung der Arzneimittelpreise
- Einführung einer Positivliste
- Verhinderung einer Rationierung von medizinischen Angeboten
- Stehen für schwere, insbesondere seltene Erkrankungen keine anerkannten Diagnose- und Therapiemethoden zur Verfügung, sollen die Krankenkassen auch unkonventionelle Verfahren finanzieren, wenn erwartet werden kann, dass sie den Patienten nicht schaden und zumindest eine begründete Aussicht auf Wirksamkeit besteht



Patientenrechte

- Für Therapiefreiheit und freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses
- Verbesserung der Situation von Menschen ohne Aufenthaltsstatus im Bereich Gesundheit
- Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention unterstützen

- Erhalt der freien Arzt- und Krankenhauswahl und der Therapiefreiheit
- Bessere Information der Patienten, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können
- Einfacher Zugang der Patienten zu Internetportalen, um zu unabhängigen, verlässlichen und verständlichen Informationen über Versicherungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu gelangen
- Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention stärken

- Wirksamer Schutz der Patienten vor Missbrauch mit unnötigen IGeL-Leistungen
- Patientenrechtegesetz zur Unterstützung der Menschen, insbesondere bei Behandlungsfehlern
- Verbindliche Einführung eines Anspruchs auf eine Zweitmeinung vor bestimmten Behandlungen
- Stärkung der unabhängigen Patientenberatung und der Selbsthilfe im Gesundheitssystem und Schaffung einer verlässlichen Finanzierung
- Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes, das der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention dienen soll

- Ausbau einer unabhängigen Patientenberatung
- Beweiserleichterung für geschädigte Patienten
- Einrichtung eines Haftungs- und Entschädigungsfonds
- Mehr Rechte vor Gericht für Patienten bei Behandlungsfehlern
- Stärkung der Patientenrechte in den Gremien der Selbstverwaltung
- Konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
- Sicherung des Zugangs zur gesundheitlichen Grundversorgung für Flüchtlinge und Menschen „ohne Papiere“ sowie - falls erforderlich - Bereitstellung eines herkunftssprachlichen Beratungsangebots

- Alle Gesetze und Verordnungen sollen auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention überprüft werden



DIE LINKE.

Prävention/Gesundheitsförderung

- Stärkung der Prävention vor allem im Bereich Infektionskrankheiten wie z. B. HIV, als auch bei psychischen Erkrankungen sowie bei Fehl- und Mangelernährung
- Stärkung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge
- Durch eine umfassende Präventionsstrategie sollen Menschen dabei unterstützt werden, möglichst alt zu werden

- Stärkung der Vorsorge und Rehabilitation
- Schwerpunkte bei der Gesundheitsförderung: Betriebliche Maßnahmen sowie Maßnahmen in Kitas und Schulen

- Umfassendes Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz
- Ausbau der Prävention in Kindergärten, Schulen und Betrieben
- Stärkung der Prävention in der Aus- und Fortbildung medizinischer Berufe
- Erhöhung der Ausgaben für Prävention
- Verstärkte Anstrengung bei der Tabakprävention und beim Schutz aller vor den Gefahren des Passivrauchens

- Einführung eines Präventionsgesetzes für eine gute, wohnortnahe, allen zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung
- Ausbau der Prävention zur dritten Säule des Gesundheitswesens
- Bessere Orientierung der Prävention an Zielgruppen
- Mehr geschlechtsspezifische und kultursensible Angebote bei Präventionsmaßnahmen
- Überprüfung bestehender Präventionsprogramme für alle psychoaktiven Substanzen
- Anti-Stress-Verordnung zum Schutz vor Stress am Arbeitsplatz
- Mehr Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Ausbau des bestehenden Therapie- und Hilfsangebot von Opiatabhängigen
- Erhalt der E-Zigarette als gesundheitlich weniger schädliche Alternative zum Tabakkonsum

- Einführung eines Präventionsgesetzes und einer Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene
- Mit Prävention und Aufklärung dem Drogenmissbrauch vorbeugen



Weitere Forderungen



- Stärkere Fokussierung auf die Altersmedizin in der Forschung
- Um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und die Versorgung im Krankheits- oder Pflegefall zu gewährleisten, sind leistungsgerechte Vergütungen und gute Arbeitsbedingungen notwendig. Dies könne durch folgende Maßnahmen erreicht werden:
 - > Vereinbarkeit von Familie und Beruf
 - > effektive Arbeitsabläufe
 - > Abbau bürokratischer Regulierung
 - > Qualifizierung möglichst vieler Menschen
 - > Gewinnung von Menschen aus dem Ausland, die in Deutschland im Gesundheitsbereich arbeiten möchten
- Ärztliche und nicht-ärztliche Berufe aufwerten und attraktiver machen
- Abbau von Bürokratie auf allen Ebenen im Gesundheitswesen
- Sicherung der berufsständischen Versorgungswerke

- Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe durch Verbesserung der Ausbildung und Weiterentwicklung der Berufsbilder im Gesundheitswesen
- Bei der Vergabe von Plätzen für ein Medizinstudium soll neben dem Notendurchschnitt die persönliche Eignung der Bewerber für den Arztberuf sowie das Engagement in Einrichtungen berücksichtigt werden, die einen Dienst am Menschen leisten
- Ausbau der Gesundheitswirtschaft
- Gründung weiterer „Deutscher Zentren der Gesundheitsforschung“ und Ausschreibung neuer integrierter Forschungs- und Behandlungszentren
- Ausbau der Versorgungsforschung
- Stärkung der Bio- und Gentechnologie zur Verbesserung von Therapien
- Unterstützung des Einsatzes für ein Sterben in Würde, etwa in den Hospizen oder durch ambulante und ehrenamtliche Sterbebegleitung
- Ablehnung der aktiven Sterbehilfe

- Ausrichtung der Versorgung auf das Älterwerden der Gesellschaft
- Etablierung eines Programms „gesunde Stadt/gesunde Region“
- Investitionen in eine bessere geriatrische Ausbildung von Ärzten
- Steigerung der Attraktivität des Arztberufes durch eine gute Ausbildung, Entwicklungsperspektiven, gute Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen, als auch durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Wirksame Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
- Engere Verzahnung der medizinischen und pflegerischen Versorgung
- Verbesserung der Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern

- Angleichung der Preisregulierung und der Regelungen zur Qualitätstransparenz für Arzneimittel innerhalb der EU
- Stärkung der Eigenverantwortung von Pflegekräften
- Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung, die die Organspende in Deutschland koordiniert und die Aufsicht über die am Transplantationswesen beteiligte Akteure wahrnimmt.
- Entkriminalisierung des Eigengebrauchs von Drogen wie Cannabis
- Einführung eines Straftatbestandes für Korruption durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen
- Offenlegung von Abhängigkeiten von Drittmittelgebern in der Forschung
- „Weiterbildungswesen“ ohne wirtschaftliche Beeinflussung
- Pharmaunternehmen sollen verpflichtet werden, alle Arzneimittelstudien registrieren zu

- Keine Werbung für und keinen Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten
- Korruptes Verhalten im Gesundheitswesen konsequent verfolgen und strafrechtlich ahnden

	<ul style="list-style-type: none"> • Gewerbsmäßige und organisierte Hilfe zur Selbsttötung künftig unter Strafe • Gesetz über die Tarifeinheit umsetzen 		lassen und deren Resultate zu veröffentlichen	
				
Quelle				
Bürgerprogramm 2013 der FDP, Vorläufige Fassung, Stand: 15. Mai 2013	„Gemeinsam erfolgreich für Deutschland“, Regierungsprogramm 2013-2017 der Union, Stand: 24. Juni 2013	„Das WIR entscheidet“ Das Regierungsprogramm 2013-2017 der SPD, Stand: 18. Juni 2013	„Zeit für den grünen Wandel – Teilhaben. Einmischen. Zukunft schaffen.“, Bundestagswahlprogramm 2013 von Bündnis 90/Die Grünen, Stand: Juni 2013	„100% sozial.“, Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013 der Partei Die Linke, Stand: 26. Juni 2013

