

Stichwort	Erläuterung
Ambulante OPs	Viele Operationen werden ohne stationäre Aufnahme in Facharztpraxen, Kliniken oder Tageskliniken durchgeführt. Die meisten stationären Zusatzversicherungen setzen jedoch einen stationären Aufenthalt voraus, um eine Leistung zu erbringen. Sind Kosten für privatärztlich durchgeführte ambulante Operationen erstattungsfähig, ist die im Tarif gesondert aufgeführt.
Anschlussheilbehandlung	Als Anschlußheilbehandlung werden stationäre Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger bezeichnet, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen. Zweck ist die allmähliche, ärztlich überwachte Wiederanpassung des Patienten an die Belastungen des Alltags und des Berufslebens in einer dafür spezialisierten Klinik. Das Schwergewicht liegt auf der rehabilitativen Therapie.
Atemmonitor	Atemmonitore werden z.B. zur Überwachung der Atmungstätigkeit bei Säuglingen eingesetzt. Ein Atemmonitor wird auch bei Schnarchern zur Überwachung der Atemtätigkeit und Messung von Atemaussetzern eingesetzt
Beatmungsgerät	Ein Beatmungsgerät oder Respiator ist eine elektrisch oder pneumatisch angetriebene Maschine zur Beatmung von Personen mit unzureichender oder ausgesetzter Eigenatmung.
Beitragsrückerstattung	Bei Leistungsfreiheit erstatten viele Tarife einen Teil der gezahlten Beiträge an den Versicherten zurück. Die Rückerstattung ist jedoch nicht immer und in der Höhe garantiert, sondern abhängig vom Erfolg des Versicherers.
Beitragsrückerstattung garantiert	In einigen Tarifen ist die Beitragsrückerstattung nicht abhängig vom wirtschaftlichen Erfolg des Versicherers, sondern vertraglich in der Höhe fixiert und daher verbindlich.
BEL-Preisliste	Für gesetzlich Versicherte gültige Bundeseinheitliche Verzeichnis zahntechnischer Leistungen.
BEB-Preisliste	Bundeseinheitliche Benennungsliste, für die GOZ (Privatpatienten) gültige Beschreibung und Kalkulationsgrundlage der Laborpositionen für zahntechnische Leistungen. Es handelt sich hierbei im Gegensatz zur BEL - nicht um ein sozialpolitisch ausgehandeltes Preisverzeichnis, sondern um eine individuelle, kalkulatorische Leistungsbeschreibung zahntechnischer Leistungen.
Blindenhund	Die Kosten für einen Blindenhund inkl. Ausbildung betragen ca. 20.000 € bis 30.000 €.
Delegationsverfahren Psychotherapie	Unter dem Delegationsverfahren bei Psychotherapie versteht man die Übertragung einer Behandlung an einen nichtärztlichen Behandler (z.B. Diplompsychologen).
Differenzkosten Krankenhauswahl	Übernahme möglicher Differenzkosten, wenn ein anderes als das in der Einweisung genannt Krankenhaus gewählt wird.
Eigenanteil Krankenhaus	Gesetzlich Krankenversicherte müssen bei vollstationärer Behandlung an das Krankenhaus - wenn Sie über 18 Jahre alt sind - den gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteil von 10 € je Kalendertag für maximal 28 Kalendertage im Jahr bezahlen.
Ersatzkrankenhaustagegeld	Einige Versicherungsgesellschaften erstatten ein Ersatzkrankenhaustagegeld, wenn versicherte Leistungen (Unterkunft im 1- o. 2-Bettzimmer bzw. privatärztliche Behandlung) nicht oder nicht im versicherten Umfang beansprucht werden.

Festzuschuss	Für gesetzlich Versicherte gilt seit dem 1. Januar 2005 ein neues Zuschuss-System für den Zahnersatz: Krankenkassen zahlen jetzt Festzuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse hängt vom Befund ab und ist unabhängig von der gewählten Art des Zahnersatzes.
Generika	Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments.
Gnathologie	Funktionsstörungen des Kiefergelenkes.
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte.
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte.
GebüH	Gebührenordnung für Heilpraktiker.
Hausarztprinzip/Primärarztprinzip	Viele Gesellschaften bieten aus Kostengründen spezielle Hausarzttarife bzw. Primärarzttarife an. Dies bedeutet, dass die Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung zuerst immer durch einen Hausarzt durchgeführt werden muss. Wird dagegen direkt ein Facharzt/Spezialist aufgesucht, so erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages um einen bestimmten Prozentsatz (meist 20-25%).
Heilmittel	<p>In den neuen Heilmittel-Richtlinien sind als Heilmittel definiert Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Maßnahmen der Ergotherapie.</p> <p>Maßnahmen der Physikalischen Therapie werden hauptsächlich von Physiotherapeuten, Masseuren und medizinischen Bademeistern durchgeführt. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie erbringen Logopäden und Sprachheilpädagogen. Mit Maßnahmen der Ergotherapie werden Ergotherapeuten beauftragt.</p>
Heil- u. Kostenplan	Der Heil- und Kostenplan ist eine Art Kostenvoranschlag für die geplante zahnmedizinische beziehungsweise kieferorthopädische Behandlung.
Heimdialysegerät	Gerät zur Blutwäsche z.B. bei Nierenversagen, welches zu Hause beim Patienten aufgestellt wird. Dadurch mindert sich der Aufwand der Fahrten zur Dialysebehandlung z.B. im Krankenhaus.
Herzmonitor	Gerät zur Überwachung der Herztätigkeit.
Hilfsmittel	Nach dem Sozialgesetzbuch SGB V § 33 sind Hilfsmittel Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.
Hilfsmittelkatalog offen	Die meisten Versicherer zählen in Ihren Bedingungen auf, welche Hilfsmittel in welchem Umfang übernommen werden („Hilfsmittelkatalog“). Ein offener Hilfsmittelkatalog bedeutet, dass Hilfsmittel zwar generell definiert, aber nicht klar auf bestimmte Hilfsmittel begrenzt sind. So könnte auch ein Anspruch auf neu entwickelte Hilfsmittel bestehen. Erstattungsfähig sind somit alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel, die ärztlich verordnet sind.
Hilfsmittelkatalog geschlossen	Ein geschlossener Hilfsmittelkatalog enthält im Gegensatz zum offenen dazu eine abschließende Aufzählung von Hilfsmitteln. Für alle nicht genannten Hilfsmittel besteht somit kein Leistungsanspruch.
Hufelandverzeichnis	Das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen ist eine

	Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte
Implantate	Zahnimplantate sind künstliche Zahnwurzeln. Es trägt Zahnersatz, z.B. Einzelkronen, Brücken. Kosten für ein Einzelimplantat betragen ab ca. 1.600 €.
Inlays	Einlagefüllung aus Gold oder Keramik als hochwertiger Ersatz für Amalgam- o. Kunststofffüllungen. Die Kosten betragen ca. 200-400 € je Inlay.
Kieferorthopädie	Die Kieferorthopädie ist das Teilgebiet der Zahnmedizin, das sich mit der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Fehlstellungen der Kiefer und der Zähne (Zahnfehlstellung) befasst.
Körperersatzstücke	Körperersatzstücke sind Hilfsmittel, mit denen ein von Geburt an nicht vorhandener oder durch einen Unfall bzw. eine Operation verlorener Körperteil ersetzt wird, z. B. Prothesen, Arm- und Beinprothesen, Perücken, künstliche Gesichtshälften oder Zahnersatz.
Künstliche Befruchtung in der GKV	<p>Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt für Eheleute anteilig die Kosten für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind und eine hinreichende Aussicht auf Erfolg versprechen.</p> <p>Die Eheleute müssen sich zuvor einer Beratung unterziehen, und es dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (so genannte homologe Insemination). Die Durchführung der künstlichen Befruchtung ist nur durch bestimmte Ärzte und Einrichtungen zulässig, denen die zuständige Landesbehörde eine entsprechende Genehmigung erteilt hat.</p> <p>Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen anteilig drei Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Zugleich gelten Altersgrenzen: zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen beziehungsweise 50 Lebensjahren bei Männern.</p> <p>Die anteilige Kostenübernahme durch die Krankenkassen beträgt 50 Prozent, so dass die Versicherten mit einer Eigenbeteiligung von ebenfalls 50 Prozent an den Kosten der künstlichen Befruchtung beteiligt werden. Diese Eigenbeteiligung gilt nicht als Zuzahlung und bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze unberücksichtigt. (Quelle BMG 2007)</p> <p>Hinweis zur PKV: Einige Tarife (i.d.R. Basis-/Einsteigertarife) schließen die Kostenübernahme explizit aus.</p>
Kurortklausel	Kosten für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort sind i.d.R. vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Die meisten Tarife verzichten jedoch bedingungsgemäß auf die Anwendung dieser Klausel.
Optionsrecht	Durch ein Optionsrecht hat der Versicherte die Möglichkeit, in einem bestimmten Rahmen z.B. ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höherwertigen Tarif zu wechseln. Insbesondere bei sog. Basis- oder Einsteigertarifen ist das Optionsrecht ein wichtiger Bestandteil.
Offener Hilfsmittelkatalog	Die meisten Versicherer zählen in Ihren Bedingungen auf, welche Hilfsmittel in welchem Umfang übernommen werden („Hilfsmittelkatalog“). Ein offener Hilfsmittelkatalog bedeutet, dass Hilfsmittel zwar generell definiert, aber nicht klar auf bestimmte Hilfsmittel begrenzt sind. So könnte auch ein Anspruch auf neu entwickelte Hilfsmittel bestehen. Erstattungsfähig sind somit alle medizinisch notwendigen Hilfsmittel, die ärztlich verordnet sind.

Pflegekosten-Zusatzversicherung	Wird jemand pflegebedürftig, zahlt die Versicherung einen vorher festgelegten Prozentsatz der tatsächlich entstandenen Kosten zusätzlich zu den gesetzlichen Leistungen. Die Höhe variiert je nach Tarif und je nach Pflegestufe (I-III, nichtstationär/stationär)
Pflegetagegeld	Wird jemand pflegebedürftig, zahlt die Versicherung einen vorher festgelegten Tagessatz zusätzlich zu den gesetzlichen Leistungen. Die Höhe variiert je nach Tarif und je nach Pflegestufe (I-III, nichtstationär/stationär) Häufig wird in geringeren Pflegestufen (z.B. I + II) auch nicht der volle Tagessatz ausgezahlt, sondern nur 50% oder 25%.
Praxisgebühr	Die Praxisgebühr ist eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro je Quartal, die Versicherte ab Alter 18 in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland bei Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenbesuchen leisten müssen. Die Gebühr kommt - nach Verrechnung mit den Arzthonoraren - den Krankenkassen zu Gute.
Preis-/Leistungsverzeichnis	Auflistung der vom Versicherer erstattungsfähigen Leistungen und Höchstgrenzen. Preis-/Leistungsverzeichnis werden häufig im Bereich Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie bei Heilmitteln als tariflicher Bestandteil verankert.
Prophylaxe	Maßnahmen zur Gesunderhaltung (z.B. professionelle Zahnreinigung).
Prothesen	Zum Beispiel Arm-, Bein- Brustprothesen.
Selbstbeteiligung	Eine Selbstbeteiligung wirkt sich beitragsenkend aus. Sie kann auf bestimmte Bereiche (z.B. nur ambulant) begrenzt sein oder für alle Bereiche gelten. Die Selbstbeteiligung kann auch Prozentual erfolgen (z.B. 20%, max. 300,- € pro Jahr).
Standard-Regelversorgung	Medizinisch ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Zahnersatz.
Summenbegrenzung Zahn	Begrenzung der maximalen Erstattung in den ersten Versicherungsjahren, teilweise auch für die gesamte Vertragsdauer. Höchstgrenzen entfallen i. d. R. bei Unfällen.
Vorleistung GKV	Einige Tarife erstatten Kosten nur nach Vorleistung durch eine gesetzliche Krankenkasse (GKV). Erfolgt keine Leistung aus der GKV, erfolgt auch keine Leistung aus der Zusatzversicherung.
Vor- u. Nachstationäre Behandlungen	Sollen Kosten für Vor- u. Nachstationäre Behandlungen durch leitende Ärzte erstattungsfähig sein, muss dies im Tarif gesondert aufgeführt sein.
Vorsorge – gesetzliche Programme	Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, hat nach Erreichen bestimmter Altersgrenzen Anspruch auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. Einige Tarife privater Krankenversicherer erstatten auch Vorsorgeuntersuchungen darüber hinaus, z.B. ohne Altersgrenzen oder in größerem Umfang.
Wartezeiten	Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie gilt für alle ambulanten Leistungen, ob Arzt, Heilpraktiker, Medikamente, Brille, Massagen etc. und auch für Behandlungen im Krankenhaus. Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monaten. Sie betreffen Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie Schwangerschaft und Psychotherapie.

Wartezeiterlass	<p>Die Wartezeiten werden bei einer privaten Krankenvollversicherung i.d.R. erlassen, wenn man lückenlos aus der bestehenden Krankenversicherung überwechselt, und dabei mindestens die letzten 3 bzw. 8 Monate versichert war.</p> <p>Alternativ können Wartezeiten auch durch Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsberichtes erlassen werden.</p>
Wohnsitzverlegung innerhalb Europa	<p>Nach §1 Absatz 5 der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskosten) werden bei einer Verlegung des Wohnsitzes in das europäische Ausland nur Leistungen erbracht, die der Versicherte bei einer Behandlung in Deutschland zu zahlen hätte.</p> <p>Einige Versicherer verzichten auf diese Begrenzung (ggf. gegen Beitragszuschlag), da die Kosten im Ausland deutlich über der in Deutschland üblichen liegen können. (Ärzte im Ausland halten sich im Normalfall nicht an die deutsche Gebührenordnung)</p>