

Glosario (alemán-español) de términos relacionados con el sistema sanitario alemán

Mónica Parcet*

Resumen: El presente glosario —que originalmente había sido concebido como colofón al artículo sobre el sistema sanitario alemán publicado en el número 34 de *Panace@*— pretende servir de ayuda tanto a redactores y traductores médicos como a profesionales de la salud y usuarios de habla hispana del sistema sanitario alemán. De los términos que figuran en él, algunos tienen una correspondencia directa en español mientras que otros, por ser exclusivos del sistema de origen, carecen de ella. En este último caso, se presentan propuestas de traducción de dichos términos. Las propuestas terminológicas se han elaborado primando el criterio de claridad sobre el de literalidad. Asimismo, además de presentar la traducción de los diferentes términos, se ofrecen numerosas definiciones, explicaciones adicionales y referencias cruzadas, especialmente en los términos que no cuentan con un equivalente en los sistemas sanitarios de otros países o tienen particularidades no transferibles. De este modo, se pretende suministrar al lector, no solo una herramienta terminológica, sino una herramienta que le ayude a comprender el funcionamiento del sistema sanitario en Alemania.

Palabras clave: Alemania, caja de enfermedad, sanidad, seguridad social, seguro médico, seguro privado, sistema público, sistema sanitario alemán.

German-Spanish glossary of terms related to the German healthcare system

Abstract: This glossary, which was originally intended to conclude an article on the German healthcare system published in issue 34 of *Panace@*, aims to be of aid to both medical writers and translators, as well as Spanish-speaking healthcare practitioners and users of the German healthcare system. Some of the terms included in the glossary have a direct correspondence in Spanish, while others do not as they are exclusive to the German system. For terms without a direct equivalent, translation proposals are made. The terminological proposals are based on the criterion of clarity over literality. In addition to presenting the translation of each of the terms, numerous definitions, explanations and cross-references are provided, especially for terms lacking an equivalent in the healthcare systems of other countries or which denote specific concepts that are not transferable. This article provides readers not only with a terminological tool, but also aims to contribute to their understanding of how Germany's healthcare system works.

Key words: German healthcare system, public system, private insurance, health services, Germany, social security.

Panace@ 2018; 19 (47): 6-21

Recibido: 16.V.2018. Aceptado: 13.VI.2018

Alterungsrückstellung: provisión de envejecimiento, reserva de envejecimiento.

Fondo de capital constituido en los seguros de enfermedad privados a partir de una parte de las primas de los asegurados (generalmente un tercio) destinado a cubrir, al menos parcialmente, el aumento de gastos por asistencia médica asociados al envejecimiento.

Altersrückstellung: → ALTERUNGSRÜCKSTELLUNG.

Ambulante Versorgung: asistencia ambulatoria, atención ambulatoria.

Atención médica prestada sin que el paciente tenga que ser ingresado y permanecer en el centro sanitario. Cfr. STATIONÄRE VERSORGUNG.

aMGV: → NICHT MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG.

Observación: la «a» corresponde a *außerhalb*.

Analogarzneimittel: medicamento análogo.

Medicamento que tiene un efecto similar a uno existente anteriormente.

Analogpräparat: → ANALOGARZNEIMITTEL.

Apothekenpflichtig: de venta obligatoria en farmacias.

Obligación a que están sujetos algunos medicamentos en virtud de la ley alemana del medicamento, por considerarse que el paciente requiere asesoramiento profesional.

Approbation: licencia profesional, habilitación.

Licencia estatal para ejercer la medicina u otras profesiones sanitarias (odontología, farmacia, psicoterapia, veterinaria).

Äquivalenzprinzip: principio de equivalencia.

Principio según el cual las prestaciones han de equivaler a las contraprestaciones. Subyace a la mayoría de los seguros privados. En el caso del seguro de asistencia sanitaria, hace que las primas se calculen en función de los factores individuales de riesgo (edad, sexo y enfermedades previas) y de la franquicia elegida. Cfr. BEDARFSPRINZIP, LEISTUNGSFÄHIGKEITSPRINZIP y SOLIDARITÄTSPRINZIP.

Arbeitgeberanteil: → ARBEITGEBERBEITRAG.

* Licenciada en Psicología. Servicio de Traducción de Bayer (Leverkusen, Alemania). Dirección para correspondencia: mparcet@gmail.com.

Arbeitgeberbeitrag: cuota patronal, aportación de la empresa. Parte de la cotización obligatoria a las distintas ramas de la seguridad social aportada por la empresa, excepto al seguro de accidentes, cuya cotización es aportada íntegramente por esta. Generalmente se calcula como porcentaje definido de la base de cotización del trabajador.

Arbeitgeberzuschuss: ayuda patronal, ayuda de la empresa. Parte de la cotización al seguro de enfermedad público de los afiliados voluntarios y al seguro de enfermedad privado aportada por la empresa.

Arbeitnehmerbeitrag: cuota del trabajador, cuota del asalariado. Parte de la cotización a las distintas ramas de la seguridad social aportada por el trabajador, excepto al seguro de accidentes, cuya cotización es aportada íntegramente por la empresa. Generalmente se calcula como porcentaje definido de la base de cotización del trabajador. Véanse BEITRAGSSATZ y BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE.

Arbeitsunfähigkeit: incapacidad laboral. Estado de una persona que, por enfermedad o accidente, le impide realizar la actividad laboral que desempeñaba inmediatamente antes de la incapacidad o que solo le permite realizarla a riesgo de que empeore la enfermedad.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: parte médico de baja.

Arzneimittel: medicamento, especialidad farmacéutica.

Arzneimittelgesetz: Ley del Medicamento. Ley mediante la que se pretende garantizar la existencia de medicamentos seguros, eficaces y de calidad. Con ella se regulan, entre otras cosas, la fabricación, la autorización, los canales de distribución y venta, las normas de prescripción, la farmacovigilancia y la recopilación y evaluación de los riesgos asociados a los medicamentos.

Arzneimittelpreisverordnung: reglamento sobre el precio de los medicamentos.

Reglamento en el que se fijan los precios de venta al público de los medicamentos de prescripción obligatoria y de los medicamentos elaborados en las farmacias, así como el precio de venta de los medicamentos a las farmacias por parte de los mayoristas. Para el cálculo del precio final se parte del precio de venta del fabricante, que este puede fijar libremente. Los precios fijados en el reglamento son únicos para cada medicamento y vinculantes para todas las farmacias.

Arztdichte: densidad de médicos. Número de médicos por unidad poblacional (habitualmente expresado por 1000, 10 000 o 100 000 habitantes).

Ärztelkammer: Colegio Oficial de Médicos. Corporación gremial de derecho público que agrupa a los médicos en ejercicio. La colegiación obligatoria de todos los médicos en ejercicio está prescrita por ley. Entre sus principales funciones se encuentran el ordenamiento de la profesión, la vigilancia del cumplimiento del código deontológico profesional, la formación de sus miembros, el fomento del aseguramiento de la calidad y la representación de los intereses profesionales de los colegiados ante otras instancias. En total, existen 17 colegios de médicos: uno por cada estado federado, excepto Renania del Norte-Westfalia que cuenta con dos.

Arztgruppentopf: provisión por especialidad médica. Porcentaje de la remuneración total destinada a una especialidad médica determinada. Véase GESAMTVERGÜTUNG.

Ärztlicher Hausbesuch: visita médica domiciliaria, atención médica domiciliaria.

Arztregister: registro de médicos. Listado oficial de médicos con licencia profesional inscritos en una circunscripción territorial determinada. Su gestión corre a cargo de las asociaciones regionales de médicos del sistema público. La inscripción en el registro es una de las condiciones para obtener la autorización para dispensar asistencia concertada con el sistema sanitario público. Véanse también BUNDESARZTREGISTER, LANDESARZTREGISTER y KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG.

Bagatellarzneimittel: medicamento menor. Medicamentos indicados para el tratamiento de síntomas menores, como los resfriados o el mareo. Desde 1983 están excluidos del catálogo de prestaciones del sistema sanitario público para mayores de 18 años.

Basisfallwert: importe base para tratamientos hospitalarios. Valor monetario correspondiente a un tratamiento hospitalario hipotético estándar, que sirve de base para el cálculo del coste y la facturación de los distintos casos reales atendidos en el hospital mediante multiplicación de dicho importe base por el factor de ponderación asignado a cada caso en el catálogo oficial de casos diagnósticos. Cada estado federado fija su propio importe base, por lo que los costes del mismo tratamiento hospitalario pueden variar de un estado a otro. Véanse FALLPAUSCHALEN-KATALOG y DIAGNOSEBEZOGENE FALLPAUSCHALE.

Basistarif: póliza básica. Tipo de póliza que las mutuas privadas están obligadas a ofrecer, adicionalmente al resto de pólizas de cada mutua, desde que en 2009 se hizo extensiva a toda la población la obligación de contar con un seguro de enfermedad. Esta póliza debe ofrecer unas prestaciones comparables a las del seguro de enfermedad público y la prima máxima no debe exceder la cotización máxima al seguro público.

Bedarfsplanung, Bedarfsplan: planificación en función de las necesidades.

Instrumento para calcular la cantidad de médicos y camas hospitalarias necesarios para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria de la población. Para ello se define una tasa de oferta de asistencia sanitaria adecuada a la demanda. Si la tasa real supera en más de un 10 % la tasa adecuada, se asume que hay un exceso de oferta sanitaria y se pasa a imponer restricciones a la concesión de autorizaciones para ejercer como médico concertado. En caso de escasez de oferta, las asociaciones de médicos del sistema sanitario público deben tomar las medidas financieras y de otro tipo adecuadas para garantizar, mejorar o fomentar la asistencia sanitaria mediante médicos concertados. Véase VERSORGUNGSGRAD.

Bedarfsprinzip: principio de necesidad. Principio según el cual el asegurado tiene derecho a las medidas diagnósticas y de tratamiento necesarias para recuperar la salud independientemente de la cuantía de las cotizacio-

nes aportadas y de los factores personales de riesgo. Es uno de los pilares en los que se basa el principio de solidaridad subyacente al sistema de sanidad público. Del principio de necesidad, además de los requisitos cuantitativos y cualitativos impuestos a los servicios prestados, se deriva también la exigencia para el sistema sanitario de mantener capacidades asistenciales que posibiliten al paciente acceder en caso de enfermedad a las prestaciones en un tiempo razonable, es decir, contar con una determinada densidad de médicos y camas hospitalarias, y con una distribución geográfica adecuada de los centros sanitarios. Cfr. ÄQUIVALENZPRINZIP.

Befreiung von Zuzahlungen: exención de copagos.

Mecanismo para evitar que el dinero aportado por el afiliado al seguro de enfermedad público resulte excesivo para su economía. De esta forma, se establece una carga máxima asumible en concepto de copagos que, en caso de alcanzarse, liberará al asegurado del abono de copagos durante el resto del año previa solicitud y presentación de los justificantes correspondientes ante su caja de enfermedad. Asimismo, también están exentos de copagos de forma automática los niños y jóvenes hasta los 18 años. Véanse HÄRTEFALLREGELUNG, BELASTUNGSGRENZE y BEFREIUNGSAUSWEIS.

Befreiungsausweis: carné de exención de copagos.

Documento expedido por las cajas de enfermedad a las personas que hayan alcanzado la carga máxima asumible en concepto de copagos y que exime al asegurado de su abono durante el resto del año. Véanse BEFREIUNG VON ZUZÄHLUNGEN y BELASTUNGSGRENZE.

Befund: resultados, diagnóstico.

Beipackzettel: → PACKUNGSBEILAGE.

Beitrag: cuota.

Cantidad que se debe ingresar a cada rama de la seguridad social. Se calcula aplicando a la base de cotización del trabajador el porcentaje o tipo de cotización que corresponde a cada contingencia protegida.

En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, la cuota se reparte entre la empresa y el trabajador en proporciones definidas. La transferencia de las cuotas a los organismos respectivos corre a cargo de la empresa, que descuenta de la nómina la parte correspondiente al trabajador.

En el caso de los trabajadores por cuenta propia, las cuotas corren íntegramente a cargo del propio trabajador, que es también el encargado de transferirlas al organismo correspondiente.

Beitragsbemessungsgrenze: base máxima de cotización, tope máximo de cotización.

Cantidad máxima del salario sobre la que se abonan cuotas a las distintas ramas de la seguridad social. El resto de ingresos por encima de esta cantidad está exento de cotización. Se calcula de forma independiente para el seguro de enfermedad, el seguro de pensiones y el seguro de desempleo, siendo la del primero más baja que la de los otros dos.

Beitragsbemessungsgrundlage: base de cotización.

Parte de los ingresos a la que se aplica el tipo de cotización para calcular las cuotas a las distintas ramas de la seguridad social.

Beitragspflichtige Bruttoeinnahmen: ingresos brutos sujetos a cotización.

Totalidad de ingresos que se tienen en cuenta para el cálculo de las cuotas a las distintas ramas de la seguridad social hasta un máximo definido.

Beitragssatz: tipo de cotización.

Porcentaje que se aplica a la base de cotización para obtener las cuotas de los seguros de enfermedad, de pensiones y de desempleo. La cuantía del tipo de cotización al seguro público de enfermedad es la misma para todas las cajas de enfermedad y la fija anualmente el Ministerio alemán de Sanidad.

Beitragssatz, ermäßigter: tipo reducido de cotización.

Porcentaje reducido que se aplica a la base de cotización de algunos grupos de personas, como estudiantes universitarios, personal en prácticas y trabajadores por cuenta propia que renuncien al derecho a prestación económica por incapacidad temporal.

Beitragszuschuss: → ARBEITGEBERZUSCHUSS.

Belastungsgrenze: carga máxima asumible.

Cantidad anual máxima de dinero exigible a un asegurado en concepto de copagos. Actualmente está establecida en el 2 % de los ingresos brutos familiares anuales computables o el 1 % en el caso de los enfermos crónicos. En caso de alcanzarse, el asegurado podrá solicitar la exención de copagos para el resto del año. Véanse ZUZÄHLUNG, HÄRTEFALLREGELUNG y BEFREIUNG VON ZUZÄHLUNGEN.

Bettendichte: densidad de camas.

Número de camas hospitalarias por unidad poblacional (habitualmente expresado por 1000, 10 000 o 100 000 habitantes).

Beveridge-Modell: modelo Beveridge, modelo de sistema nacional de salud.

Modelo de sistema sanitario financiado por el Estado a través de los impuestos. La cobertura tiende a ser universal y el Estado se encarga de gestionar el sistema. Su referencia histórica es el Plan Beveridge, establecido en 1942 en Inglaterra, que sirvió de inspiración para la constitución del sistema nacional de salud británico, basado en desvincular los derechos sociales de la relación contractual establecida para los asalariados. Asegura un patrón mínimo de beneficios de forma universalizada, independientemente de las contribuciones anteriores. El acceso a los beneficios sociales depende únicamente de la necesidad de los individuos. Cfr. BISMARCK-MODELL y PRIVATWIRTSCHAFTSMODELL.

Bewertungsausschuss (BA): comité de valoración.

Órgano del sistema sanitario público constituido de forma paritaria por tres representantes de la asociación nacional de médicos del sistema sanitario público y tres de la federación central de las cajas de enfermedad públicas. El convenio marco a nivel nacional le asigna la función de fijar el baremo único a modo de tarifa oficial para los servicios sanitarios públicos. Véanse KASSE-NÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, GKV-SPITZENVERBAND, BUNDESMANTELVETRAG y EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB.

Bismarck-Modell: modelo Bismarck, modelo mutualista, modelo del seguro social.

Modelo de sistema sanitario en el que la financiación proviene de las cotizaciones obligatorias vinculadas al salario aportadas por trabajadores y empresas. El Estado no asume la gestión del sistema, que queda en manos de corporaciones de derecho público, sino que se limita a proveer el marco y a ejercer tareas de supervisión. Toma su nombre del canciller alemán Otto von Bismarck quien, en 1883, inspirado en las mutuas gremiales, estableció el primer sistema de protección social a escala nacional del mundo supervisado por el Estado. Cfr. BEVERIDGE-MODELL y PRIVATWIRTSCHAFTSMODELL.

Bonusprogramm: programa de bonificaciones.

Programa de incentivos que pueden ofrecer las cajas de enfermedad del seguro público mediante el cual la caja de enfermedad otorga gratificaciones a sus asegurados por la participación en determinadas medidas preventivas. El objetivo de estos programas es fomentar la asunción de responsabilidad por parte de los asegurados sobre su propia salud y la utilización de las ofertas de prevención.

Budgetiert: sujeto a limitación presupuestaria.

Véase BUDGETIERUNG.

Budgetierung: limitación presupuestaria.

Sistema para la contención del aumento del gasto sanitario en el sistema sanitario público consistente en la fijación de límites máximos (presupuestos) para cada área de prestaciones, p. ej., presupuestos para medicamentos y terapias no farmacológicas para los médicos concertados.

Bundesärztekammer: Colegio Oficial de Médicos Nacional.

Asociación que agrupa los colegios oficiales de médicos regionales. Véase ÄRZTEKAMMER.

Bundesarztregister: registro nacional de médicos en ejercicio.

Listado oficial de médicos en todo el territorio nacional. Su gestión corre a cargo de la asociación nacional de médicos del sistema público. Véase ARZTREGISTER.

Bundesmantelvertrag: convenio marco nacional.

Convenio negociado entre las asociaciones nacionales de médicos del sistema público, de una parte, y la federación central de cajas de enfermedad públicas, de la otra, y que regula los derechos y obligaciones de los médicos concertados. Su contenido es parte integrante de los convenios colectivos que celebran en cada estado federado las asociaciones regionales de médicos y las cajas de enfermedad.

Bundesversicherungsamt (BVA): Oficina Nacional de la Seguridad Social.

Organismo estatal que ejerce la supervisión jurídica de las entidades gestoras nacionales de los seguros públicos de enfermedad, pensiones, accidentes y de dependencia. Asimismo, la BVA asume también otras tareas administrativas, como la autorización de los programas de atención a enfermos crónicos (DMP), la ejecución de la compensación por estructura de riesgo y la gestión del fondo sanitario. Véanse DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM, RISIKO-STRUKTURAUSGLEICH y GESUNDHEITSFONDS.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Central Nacional de Educación Sanitaria.

Organismo estatal dependiente del Ministerio de Sanidad cuya misión es fomentar la conducta responsable y sana de la población mediante medidas prácticas de educación e información sanitaria, como, por ejemplo, campañas de concienciación para la prevención de adicciones y para la prevención del sida, y campañas de educación sexual dirigidas a niños y jóvenes.

Bundeszuschuss: subvención estatal.

Aportación estatal fija proveniente de la recaudación de impuestos destinada a cubrir los gastos de las cajas de enfermedad por prestaciones ajenas al seguro propiamente dicho. Se introdujo en 2004, año hasta el que el sistema sanitario público se había financiado en su totalidad con las cuotas. Véase VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNG.

Bürgerversicherung: seguro médico popular.

Modelo de sistema sanitario consistente, a grandes rasgos, en un seguro médico público en el que estaría asegurada toda la población y desaparecería el seguro médico privado como seguro sustitutorio. En este caso, el sistema se seguiría rigiendo por el régimen de reparto y la base principal de financiación seguirían siendo las cotizaciones, que serían dependientes de los ingresos. Cfr. KOPF-PRÄMIENMODELL.

Check-up: → GESUNDHEITS-CHECK-UP.

D-Arzt: → DURCHGANGSARZT.

Diagnosebezogene Fallgruppe: → DIAGNOSIS RELATED GROUP.

Diagnosebezogene Fallpauschale: pago fijo por caso diagnóstico. Véanse FALLPAUSCHALE y DRG-SYSTEM.

Diagnosis Related Group (DRG): grupo diagnóstico.

Conjunto de casos diagnósticos semejantes desde un punto de vista médico y lo más homogéneos posible desde el punto de vista de los gastos que origina su tratamiento. Constituye la base del sistema de liquidación por casos diagnósticos que se aplica para la asistencia hospitalaria. Véase DRG-SYSTEM.

Disease-Management-Programm (DMP): programa de atención a enfermos crónicos.

Planes estructurados para la atención sanitaria de personas con enfermedades crónicas que tienen por objetivo mejorar la ejecución del tratamiento y la calidad de la asistencia a enfermos crónicos. Gracias a la estructuración y la continuidad asistencial se pueden evitar secuelas y conservar o mejorar la calidad de vida del paciente. A largo plazo también está pensado que sirvan para reducir costes, por ejemplo, los derivados del tratamiento de secuelas tardías.

DRG-System: sistema de liquidación de gastos por grupos diagnósticos.

Método de liquidación de gastos por el que los tratamientos hospitalarios se facturan mediante tantos fijos por caso diagnóstico, independientemente de la duración de la hospitalización. Los casos de asistencia hospitalaria se agrupan en grupos diagnósticos y se les asigna una ponderación relativa. La asignación de un caso a un grupo se realiza siguiendo una serie de criterios (diagnóstico

principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, edad del paciente, etc.) mediante un programa informático único para todo el país. La cantidad facturada finalmente resulta de multiplicar el importe base del año correspondiente por la ponderación del caso. Véanse BASISFALLWERT y DIAGNOSIS RELATED GROUP.

Duale Krankenhausfinanzierung: → KRANKENHAUSFINANZIERUNG, DUALE.

Durchgangsarzt: médico especialista en accidentes de trabajo.

Médico especialista en accidentes laborales nombrado por las mutuas de accidentes. Su cometido es, tras realizar el diagnóstico, fijar un plan de tratamiento y decidir si se debe consultar a otros médicos de otras especialidades. Si un accidentado acude tras un accidente a cualquier otro médico, este está obligado, tras prestar la asistencia de urgencia necesaria, a derivar el paciente a un médico especialista en accidentes de trabajo de la mutua. A diferencia de lo que ocurre con el seguro de enfermedad, en el seguro de accidentes la libertad de elección de médico se encuentra limitada. Para obtener el nombramiento de médico especialista en accidentes de trabajo, el médico debe contar, entre otros requisitos, con formación en la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología, y experiencia de al menos un año en el tratamiento traumático de accidentados graves en un hospital autorizado para la aplicación del protocolo de tratamiento de lesiones graves por accidente. Además debe garantizar la presencia de al menos dos técnicos sanitarios y el consultorio debe contar, entre otros, con una sala de radiología, dos quirófanos e instrumental técnico. Los médicos especialistas en accidentes de trabajo deben cumplir asimismo requisitos especiales en materia de higiene.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): baremo único.

Catálogo que contiene prácticamente todas las prestaciones médicas y psicoterapéuticas ambulatorias cubiertas por el sistema sanitario público. Fija el contenido de las prestaciones facturables, cuyo valor se expresa en forma de puntos. Constituye la base vinculante de liquidación para todos los médicos concertados. Cfr. GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE (GOÄ).

Einkommengrenze: → VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE.

Einnahmen, beitragspflichtige: → BEITRAGSPFLICHTIGE EINKOMMEN.

Einweisung: 1. ingreso (hospitalario). 2. → EINWEISUNGSSCHEIN.

Einweisungsschein: volante de ingreso (hospitalario).

Documento mediante el cual un médico (de cabecera o especialista) remite a un paciente al hospital para su tratamiento y que el paciente debe presentar obligatoriamente en el hospital para su admisión excepto en los casos de urgencia.

Einzelleistungsvergütung: remuneración por acto médico.

Sistema de remuneración por prestaciones sanitarias mediante el cual se factura de forma independiente cada acto que el médico lleva a cabo (extender una receta, poner una venda, poner una inyección, etc.). Cfr. FALLPAUSCHALVERGÜTUNG y KOPFPAUSCHALVERGÜTUNG.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK): tarjeta sanitaria electrónica.

Modelo de tarjeta sanitaria provisto de fotografía del titular y de un chip, que ha sustituido a la tarjeta sanitaria convencional. Desde 2015 es el único modelo válido. En el chip se almacenan datos personales del paciente, como el nombre, la fecha de nacimiento, el número de afiliado y el tipo de asegurado. Está previsto que en un futuro se amplíen sus funciones. El dorso de la tarjeta está destinado a los datos de la tarjeta sanitaria europea.

Entgeltfortzahlung: mantenimiento de la remuneración, continuidad de pago del salario.

Derecho de los asalariados a seguir percibiendo la remuneración por parte de la empresa en caso de baja por enfermedad durante un máximo de seis semanas. Quedan excluidos de este derecho los empleados recientes que lleven menos de cuatro semanas en la empresa; durante ese periodo de cuatro semanas no existe derecho a continuidad de percepción del salario, que se inicia con la quinta semana de trabajo.

Entlassung: alta.

Ersatzkasse: caja de enfermedad sustitutoria.

Las cajas de enfermedad sustitutorias eran originalmente mutuas privadas. En 1934 se incluyeron en el sistema sanitario público como cajas a las que se podían afiliar empleados y los miembros de algunas profesiones obreras. Desde la implantación de la libre elección de caja aseguradora en 1996 las cajas sustitutorias están abiertas a todos los afiliados al sistema sanitario público.

Erstattungsfähiges Arzneimittel: medicamento cubierto por el sistema sanitario público, medicamento financiado por el sistema sanitario público.

Medicamento cuyo coste (excepto el copago) asume el sistema sanitario público cuando es recetado por un médico. Véase VERORDNUNGSFÄHIGES ARZNEIMITTEL y POSITIVLISTE. Cfr. NEGATIVLISTE.

Euro-Gebührenordnung: tarifa oficial para prestaciones médicas por el seguro público en euros.

Nuevo reglamento para regular las tarifas de las prestaciones médicas por el seguro público pensado como reforma del baremo único y cuyos valores están expresados en euros. Véase EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB (EBM). Cfr. GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE (GOÄ).

Europäische Krankenversicherungskarte: tarjeta sanitaria europea (TSE).

Tarjeta sanitaria con la que los afiliados al sistema sanitario público pueden acceder a prestaciones médicas en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo. Se encuentra al dorso de la tarjeta sanitaria electrónica, de modo que todos los afiliados cuentan con ella sin necesidad de solicitarla aparte.

Facharzt: médico especialista.

Fachärztliche Versorgung: atención especializada.

Asistencia sanitaria dispensada por un médico especialista. Es uno de los dos bloques en los que se divide la asistencia ambulatoria. Salvo algunas excepciones contadas, en Alemania el paciente puede acudir directamente a los

distintos especialistas sin necesidad de volante del médico de cabecera.

Fachinformation: ficha técnica (de un medicamento).

Fahrkosten: gastos de desplazamiento.

Fallpauschale: importe fijo por caso.

Cantidad fija que recibe un médico a modo de remuneración por cada caso tratado. Cfr. KOPFPAUSCHALE, EINZELLEISTUNGSVERGÜTUNG.

Fallpauschalen-Katalog: catálogo de casos diagnósticos.

Relación de casos diagnósticos con sus correspondientes ponderaciones relativas que constituye la base del sistema de liquidación de gastos de asistencia hospitalaria por casos diagnósticos. Véase DRG-SYSTEM.

Fallpauschalvergütung: remuneración por caso.

Sistema de remuneración por servicios sanitarios según el cual el médico recibe una cantidad determinada por cada caso tratado. Cfr. EINZELLEISTUNGSVERGÜTUNG y KOPFPAUSCHALVERGÜTUNG.

Fallwert: valor por caso.

Remuneración asignada a cada caso tratado. Es uno de los parámetros utilizados para el cálculo de los volúmenes presupuestarios asignados a los diferentes médicos para prestaciones médicas ambulatorias. Se calcula para cada especialidad médica y se obtiene dividiendo la remuneración disponible para las prestaciones sujetas a presupuesto de la especialidad médica correspondiente por el número de casos de dicha especialidad médica. Véase REGELLEISTUNGSVOLUMEN.

Fallzahl: número de casos.

Número de casos tratados de forma ambulatoria. Es uno de los parámetros utilizados para el cálculo de los volúmenes presupuestarios asignados a los diferentes médicos para prestaciones médicas ambulatorias. Para este cálculo solo se cuentan los casos de prestaciones sujetas a limitación presupuestaria, no el número total de casos. Véase REGELLEISTUNGSVOLUMEN.

Familienversicherter: beneficiario dependiente.

Familiar (cónyuge, pareja de hecho o hijo) de un asegurado (forzoso o voluntario) cuyos ingresos propios no superen un límite determinado, que goza de cobertura sanitaria exenta de cotización. Esta figura solo existe en el sistema sanitario público; en los seguros de enfermedad privados ha de abonarse una cuota por cada afiliado. Véanse VOLLMITGLIED, FREIWILLIG VERSICHERTER y PFLICHTVERSICHERTER.

Familienversicherung: cobertura familiar.

Modalidad de aseguramiento sanitario propia del sistema público en virtud de la cual las personas dependientes de un asegurado (cónyuge, pareja de hecho e hijos cuyos ingresos propios no superen un umbral determinado) gozan de cobertura sanitaria sin necesidad de cotizar. Los seguros de enfermedad privados no contemplan esta modalidad y se debe abonar una cuota para cada afiliado de forma individual.

Festbetrag für Arzneimittel: cantidad fija por medicamento.

Cantidad máxima que las cajas de enfermedad pagan como contribución al coste de diversos tipos de medica-

mentos. Si el precio real del medicamento en cuestión supera la cantidad fija estipulada, el asegurado puede elegir entre abonar la diferencia de su bolsillo o adquirir otro medicamento equivalente en términos terapéuticos cuyo coste no supere la cantidad fija. El procedimiento para determinar las cantidades fijas está previsto en el artículo 35 del libro V del Código Social y tiene dos fases. La primera fase sirve para seleccionar las categorías de medicamentos a las que se aplicarán cantidades fijas. Esa función la realiza el Comité Nacional Conjunto. Cada categoría está compuesta por medicamentos que tienen los mismos principios activos o que son farmacológica o terapéuticamente comparables, o que tienen un efecto farmacológica o terapéuticamente comparable. Las selecciones del comité conjunto han de presentarse al Ministerio de Sanidad. Entran en vigor cuando el ministerio las aprueba o no presenta objeciones en un plazo de dos meses. En la segunda fase del procedimiento, la federación central de las cajas de enfermedad públicas estipula una cantidad fija para cada categoría de medicamentos. Véanse GEMEINSAMER BUNDES AUSSCHUSS y GKV-SPITZENVERBAND.

Festbetrag für Hilfsmittel: cantidad fija por dispositivo de apoyo.

Cantidad máxima que las cajas de enfermedad pagan como contribución al coste de diversos tipos de dispositivos de apoyo. El procedimiento para su fijación y aplicación es análogo al de las cantidades fijas por medicamento. Véase FESTBETRAG FÜR ARZNEIMITTEL.

Festbetragssystem: sistema de cantidades fijas.

Método de financiación por parte del seguro público por el cual se fija la cantidad máxima del precio de medicamentos y dispositivos y tecnologías de apoyo que las cajas de enfermedad asumen como contribución a su financiación. Véanse FESTBETRAG FÜR ARZNEIMITTEL y FESTBETRAG FÜR HILFSMITTEL.

Festzuschuss: subvención fija.

Cantidad que aporta el seguro público como subvención al coste de los tratamientos odontológicos. La cuantía se establece en función del diagnóstico, de modo que a cada diagnóstico le corresponde una cuantía determinada. La subvención se expresa como porcentaje de los costes de un tratamiento estándar para el diagnóstico correspondiente. Véanse REGELVERSORGUNG y HEIL- UND KOSTENPLAN.

Finanzielle Leistungsfähigkeit: capacidad económica, capacidad contributiva.

Véase LEISTUNGSFÄHIGKEITSPRINZIP.

Freie Arztwahl: libre elección de médico.

Principio del sistema sanitario según el cual no se asigna ningún médico a los afiliados, sino que son estos los que eligen los médicos que los traten. Rige tanto para la atención primaria como para la especializada.

Freie Kassenwahl: libre elección de caja de enfermedad.

Véase KRANKENKASSENWAHLRECHT.

Freiwillig Versicherter: asegurado voluntario, afiliado voluntario.

Persona cuyos ingresos superan el umbral salarial por debajo del cual es obligatorio asegurarse por el sistema público

y podría optar a un seguro privado pero se mantiene voluntariamente como asegurado del sistema público. Véanse PFLICHTVERSICHERTER y VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE.

Freiwillige Leistung: → ZUSATZLEISTUNG.

Früherkennung: detección precoz.

G-DRG-System: → DRG-SYSTEM.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ): tarifa oficial para prestaciones médicas privadas.

Cfr. EURO-GEBÜHRENORDNUNG.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZÄ): tarifa oficial para prestaciones odontológicas privadas.

Cfr. EURO-GEBÜHRENORDNUNG.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA): Comité Nacional Conjunto.

Organismo compuesto por representantes de las asociaciones nacionales de médicos concertados, la Federación Central de las Cajas de Enfermedad públicas y la Sociedad Alemana de Hospitales encargado de fijar en forma de directrices el catálogo de prestaciones del sistema sanitario público. De este modo, decide qué prestaciones sanitarias quedan cubiertas por el seguro público. Véase GKV-LEISTUNGSKATALOG.

Gemeinschaftspraxis: consultorio colectivo, consulta colectiva. Consultorio médico en el que dos o más médicos se agrupan para el ejercicio de la medicina de forma conjunta. Las prestaciones se liquidan también de manera conjunta con la asociación de médicos correspondiente. Cfr. PRAXISGEMEINSCHAFT.

Generika: genéricos, medicamentos genéricos, especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).

Gesamtsozialversicherungsbeitrag: cuota de la seguridad social.

Cantidad total aportada a las distintas ramas de la seguridad social (seguro de enfermedad, de dependencia, de pensiones y de desempleo). En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, la empresa se encarga de transferirla a las cajas de enfermedad, que actúan como entidad recaudadora. Estas, a su vez, ingresan las cuotas del seguro de enfermedad en el fondo sanitario y transfieren las de los otros seguros a las entidades gestoras correspondientes.

Gesamtvergütung: remuneración total.

Cantidad que una caja de enfermedad transfiere a una asociación regional de médicos del sistema público para cubrir el total de prestaciones médicas del seguro público de sus asegurados con residencia en la jurisdicción de dicha asociación en un periodo de tiempo determinado. Consiste de tres componentes: la remuneración total condicionada por la morbilidad, la remuneración de prestaciones al margen de la remuneración total condicionada por la morbilidad y la remuneración de demandas de tratamiento imprevisibles.

Véanse KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG y NICHT MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): sistema sanitario público, seguro de enfermedad público.

Cfr. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG.

Gesundheitsausgaben: gasto sanitario.

Gesundheits-Check-up: chequeo general.

Exploración médica general con fines preventivos cuyo coste asume el seguro público cada dos años a partir de los 35 años.

Gesundheitsfonds: fondo sanitario.

Fondo al que fluyen las cuotas de las cajas de enfermedad del sistema sanitario público y subvenciones provenientes de los presupuestos estatales. Se implantó el 1 de enero de 2009. El dinero recaudado se distribuye después entre las cajas de enfermedad para que puedan financiar la asistencia sanitaria de sus asegurados. Cada caja de enfermedad recibe una asignación fija por cada asegurado más un suplemento o un descuento en función de la edad, el sexo y la morbilidad de sus asegurados (compensación por la estructura de riesgo orientada a la morbilidad). De este modo, las cajas de enfermedad con asegurados de más edad y peor estado de salud obtienen más fondos que las cajas con afiliados más jóvenes y sanos. Véase RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH.

Gesundheitsökonomie: economía sanitaria.

Gesundheitspolitik: política sanitaria.

Gesundheitsprämienmodell: → KOPFPRÄMIENMODELL.

Gesundheitsreform: reforma sanitaria.

Gesundheitswesen: sistema sanitario.

GKV: → GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG.

GKV-Arzneimittelindex: barómetro de medicamentos en el seguro público.

Estudio anual de las recetas de medicamentos emitidas durante un año a través del sistema sanitario público. Los datos obtenidos se analizan por trimestre, regiones, edad, especialidad médica e indicación. El objetivo del estudio es aumentar la transparencia del mercado de medicamentos y recopilar datos para investigación. Con él se pretende también, entre otras cosas, ofrecer a los agentes de la política sanitaria una base sobre la que tomar decisiones en materia de reformas.

GKV-Leistungskatalog: catálogo de prestaciones del seguro público.

Compendio de prestaciones cubiertas por el sistema sanitario público.

GKV-Spitzenverband: federación central de las cajas de enfermedad públicas.

Órgano único de representación de las cajas de enfermedad públicas a nivel estatal desde el 1 de julio de 2008.

Härtefallregelung: régimen para casos extremos.

Norma mediante la que se busca proteger a los asegurados de cargas económicas excesivas derivadas de los copagos. Para ello se establece una carga máxima asumible en materia de copagos. En caso de que un asegurado la agote, puede solicitar la exención de copagos para el resto del año. Véanse BELASTUNGSGRENZE y BEFREIUNG VON ZUZAHLUNGEN.

Hausarzt: médico de cabecera, médico de familia.

Hausärztliche Versorgung: atención primaria.

Hausarztmodell: → HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG.

Hausarztprogramm: → HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG.

Hausarzttarif: tarifa de médico de cabecera.

Tarifa que ofrecen algunas cajas de enfermedad públicas mediante la cual el asegurado se compromete a participar en la modalidad de asistencia centrada en el médico de cabecera durante al menos un año a cambio de ciertas contraprestaciones ofrecidas por la caja de enfermedad por participar en el modelo. Véase: HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG.

Hausarztzentrierte Versorgung: asistencia centrada en el médico de cabecera.

Modalidad de asistencia sanitaria que ofrecen algunas cajas de enfermedad públicas en la que el médico de cabecera actúa como primera instancia y coordinador de toda la asistencia sanitaria del paciente. El paciente ha de acudir obligatoriamente primero al médico de cabecera, quien será el que decida si debe remitir al paciente a un especialista (con excepción de los ginecólogos, oculistas y dentistas, a los que se puede acudir sin necesidad de volante). Con esta modalidad de asistencia se pretende mejorar la asistencia y ahorrar costes.

Häusliche Krankenpflege (HKP): asistencia hospitalaria a domicilio, hospitalización a domicilio.

Modalidad de asistencia sanitaria en la que la atención se realiza en el domicilio del paciente como alternativa a la hospitalización convencional. Entra dentro de las prestaciones ordinarias del sistema sanitario público, ha de ser prescrita por un facultativo y autorizada por la caja de enfermedad, y está indicada en tres supuestos: cuando con ella se evita o se acorta la hospitalización del paciente, cuando es necesaria una hospitalización pero no puede llevarse a cabo y cuando es necesaria para garantizar el éxito del tratamiento médico. La asistencia comprende atención médica, de enfermería y asistencia doméstica. No hay que confundirla con HÄUSLICHE PFLEGE.

Häusliche Pflege: atención domiciliaria a dependientes.

Hebammenhilfe: asistencia por parte de una comadrona.

Derecho de las aseguradas del sistema sanitario público durante el embarazo, el parto y el posparto. La asistencia se concreta en asesoramiento durante el embarazo, asistencia en el parto y visitas domiciliarias de la comadrona elegida por la asegurada una vez al día durante el puerperio hasta el décimo día de vida del recién nacido. Además, hasta las 12 semanas de vida del bebé puede consultarse y pedir ayuda 16 veces a la comadrona, a las que se añaden otras 8 veces en caso de dificultades con la lactancia o la alimentación.

Heil- und Kostenplan: plan de tratamiento protésico dental.

Documento que extiende el dentista tras la evaluación diagnóstica en el que se especifican el diagnóstico, el tratamiento estándar, un plan terapéutico alternativo en su caso y el coste total previsto de un tratamiento protésico dental previsto. El plan se entrega al paciente que debe remitirlo a la caja de enfermedad para su aprobación y establecimiento de la subvención fija por parte del seguro. Véanse FESTZUSCHUSS y REGELVERSORGUNG.

Heilmittel: terapia no farmacológica.

Intervención no química de aplicación externa que sirve para curar o aliviar los síntomas de una enfermedad. Com-

prende masajes, fisioterapia, logopedia, podología y ergoterapia. Para que el sistema sanitario público asuma los costes debe estar prescrita por un médico. Observación: hasta el siglo XIX, la palabra *Heilmittel* se utilizaba como sinónimo de medicamento; aunque la separación terminológica entre *Heilmittel* y *Arzneimittel* se implantó con el Decreto sobre Seguros de 1914, en el registro coloquial se sigue utilizando a veces con este significado.

Hilfsmittel: dispositivo de apoyo.

Dispositivos y tecnologías, tales como sillas de ruedas, prótesis, ayudas para la movilidad, audífonos, dispositivos de ayuda visual y equipos y programas informáticos especializados, necesarios para asegurar el éxito de un tratamiento médico o para compensar una discapacidad. Los dispositivos de apoyo recetables a cargo del sistema sanitario público se encuentran recogidos en un catálogo de dispositivos de apoyo. Para que el sistema sanitario público asuma los costes deben estar además prescritos por un facultativo.

Hilfsmittelverzeichnis: catálogo de dispositivos de apoyo.

Listado de dispositivos y tecnologías de apoyo financiados a través del sistema sanitario público cuando son prescritos por un facultativo.

Hippokratischer Eid: juramento hipocrático.

Höchstbeitrag: cuota máxima.

Véanse BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE y BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE.

Hospiz: centro de cuidados paliativos.

Institución dedicada a la atención de enfermos terminales en la última fase de su vida.

ICD: → INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES.

ICD-Schlüssel: código CIE.

IGeL: → INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLAISTUNG.

IMS VIP: → VERSCHREIBUNGSINDEX FÜR PHARMAZEUTIKA.

Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL): prestación sanitaria particular.

Prestación sanitaria que no forma parte del catálogo de prestaciones del sistema sanitario público. Estas prestaciones pueden ser ofrecidas al paciente por los médicos concertados, pero no pueden liquidarse a través del seguro público, sino que han de abonarse de forma privada por el paciente o cubrirse mediante un seguro complementario. Véanse GKV-LEISTUNGSKATALOG y ZUSATZVERSICHERUNG.

Innovationfonds: fondo para la innovación.

Fondo constituido en 2016 con el objetivo de subvencionar nuevas formas de asistencia sanitaria que conlleven una mejora de la asistencia sanitaria intersectorial y fomentar la investigación en materia de asistencia sanitaria.

Integrierte Versorgung (IV): asistencia integrada.

Modalidad de asistencia sanitaria interdisciplinar mediante la que varios prestadores de servicios de distintos sectores actúan de forma coordinada para atender al paciente. Además de médicos de cabecera y especialistas, también pueden participar hospitales, centros sanitarios y socios no médicos, como los farmacéuticos. Condición para poder ofrecer este tipo de asistencia es que una o varias cajas

de enfermedad hayan celebrado un contrato con los proveedores de servicios. La participación en el modelo para los asegurados es voluntaria.

Integriertes Gesundheitssystem: sistema sanitario integrado. Sistema sanitario en el que el financiador emplea directamente a los proveedores (médicos y otro personal) en su organización y gestiona sus propios hospitales. Así ocurre en casi todos los sistemas sanitarios con financiación por impuestos (con la excepción de Canadá).

International Classification of Diseases (ICD): Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es un sistema de clasificación de enfermedades a cargo de la OMS. Originada en el año 1850, la primera edición, conocida como Lista Internacional de las Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS asumió la responsabilidad de la CIE a su creación en 1948 cuando se publicó la sexta revisión, cuya publicación incluía por primera vez las causas de morbilidad. La Asamblea Mundial de la Salud de OMS adoptó en 1967 el Reglamento de Nomenclaturas que estipula el uso de CIE en su revisión más actual por todos los Estados Miembros. La CIE constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. La CIE puede utilizarse para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en muchos tipos de registros vitales y de salud. Originalmente su uso se limitó a clasificar las causas de mortalidad tal como se mencionan en los registros de defunción.

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG): → VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE.

Kapitalverfahren: sistema de capitalización.

Sistema de gestión que se caracteriza por el hecho de que las prestaciones se financian con carácter previo y de que su pago está garantizado. Es propio de los seguros privados. Cfr. UMLAGEVERFAHREN.

Kassenarzt: → VERTRAGSARZT.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): asociación nacional de médicos del sistema sanitario público. Corporación de derecho público que agrupa todas las asociaciones regionales de médicos del sistema sanitario público. Es la encargada de defender los intereses políticos de los médicos del sistema público a nivel nacional y, al mismo tiempo, la responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los médicos en el sistema público. Entre sus funciones estipuladas por ley figuran garantizar la asistencia sanitaria pública, negociar los convenios marco a nivel nacional, concertar el baremo

único con la federación central de las cajas de enfermedad públicas, participar en el Comité Nacional Conjunto, luchar contra la corrupción en el sistema sanitario y llevar el registro de médicos. Véanse BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB, GKV-SPITZENVERBAND y ARZTREGISTER.

Kassenärztliche Vereinigung (KV): asociación regional de médicos del sistema sanitario público.

Corporación de derecho público que agrupa a los médicos del sistema sanitario público de una región determinada. Con la concesión de la autorización, el médico pasa automáticamente a ser miembro de la asociación de su región. Las asociaciones de médicos son las encargadas por mandato legal de garantizar la asistencia médica de los afiliados al seguro público. Véase también KASSENZULASSUNG.

Kassenverband: federación regional de cajas de enfermedad.

Kassenzahnarzt: → VERTRAGSZAHNARZT.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): asociación nacional de odontólogos del sistema sanitario público.

Corporación de derecho público que agrupa todas las asociaciones regionales de odontólogos del sistema público. Funciona de modo análogo a la asociación nacional de médicos del sistema público. Véase KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG.

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV): asociación regional de odontólogos del sistema sanitario público.

Corporación de derecho público que agrupa los odontólogos del sistema sanitario público de una región determinada. Funciona de modo análogo a las asociaciones regionales de médicos del sistema público. Véase KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG.

Kassenzulassung: autorización para ejercer como médico del sistema público.

Permiso que se otorga a un médico para que pueda dispensar asistencia concertada con el seguro de enfermedad público y facturar sus servicios a través de este. Véase VERTRAGSARZT.

Kontrahierungspflicht: → KONTRAHIERUNGSZWANG.

Kontrahierungszwang: imperativo de contratación.

Obligación establecida por ley de aceptar una oferta de contrato. En el sistema sanitario público alemán, las cajas de enfermedad están sujetas a este imperativo, ya que están obligadas a aceptar nuevos miembros independientemente de su estado de salud y su capacidad económica.

Kontrolluntersuchung: chequeo rutinario.

Kopfpauschale: importe fijo por paciente, pago por capitación.

1. Cantidad fija por paciente que el médico recibe independientemente de la frecuencia con que aquel requiera sus servicios. 2. → KOPFPAUSCHALENMODELL. Cfr. FALLPAUSCHALE, EINZELLEISTUNGSVERGÜTUNG.

Kopfpauschalenmodell: → KOPFPRÄMIENMODELL.

Kopfpauschalvergütung: iguala, remuneración por capitación. Sistema de remuneración por servicios sanitarios en el cual el médico recibe una cantidad fija por paciente (per cápita), independientemente de la frecuencia con que este

requiera sus servicios. Cfr. EINZELLEISTUNGSVERGÜTUNG y FALLPAUSCHALVERGÜTUNG.

Kopfprämienmodell: seguro médico a base de primas capitativas.

Modelo de financiación del sistema sanitario público consistente en un seguro médico público que estaría financiado fundamentalmente a partir de cuotas fijas por persona, independientemente del nivel de ingresos, del estado de salud y del riesgo, e iguales para todos los afiliados, manteniéndose la actual dualidad de seguro médico público y privado. Dado que las primas constituirían una gran carga para las personas con menos ingresos, estas recibirían ayudas que se financiarían con impuestos. Cfr. BÜRGERVERSICHERUNG.

Körperschaft des öffentlichen Rechts: corporación de derecho público.

Korporatismus: corporativismo.

Kostendämpfung: contención del gasto.

Kostenerstattungsprinzip: método del reembolso.

Sistema por el cual el paciente abona en primera instancia los gastos sanitarios en los que haya incurrido y el seguro se los reembolsa previa presentación de la factura total o parcialmente según esté estipulado contractualmente. Es el principio habitual de funcionamiento de los seguros médicos privados. Cfr. SACHLEISTUNGSPRINZIP.

Krankengeld: subsidio por enfermedad, subsidio por incapacidad temporal, subsidio por incapacidad temporal.

Prestación económica a cargo del sistema sanitario público durante la baja por enfermedad que sustituye al salario cuando se ha agotado el tiempo máximo de mantenimiento de la remuneración o el asegurado no tiene derecho a ella. Ascende al 70 % del salario bruto (incluidas pagas extraordinarias de los últimos 12 meses) con un tope máximo del 90 % de los ingresos netos. El cálculo se hace solamente hasta la base máxima de cotización al seguro médico y de dependencia. De este modo, la cuantía máxima actual diaria se sitúa en torno a los 90 € diarios. La duración máxima de la prestación para la misma enfermedad es de 78 semanas (incluidas las semanas de mantenimiento de la remuneración) en un plazo de tres años. Véanse ENTGELTFORTZÄHLUNG y BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE.

Krankenhausbedarfsplan: plan de recursos hospitalarios.

Instrumento de planificación pública cuyo objetivo es asegurar económicamente los hospitales para garantizar una asistencia hospitalaria adecuada para la población. En él se estipula la capacidad necesaria para cubrir las necesidades de atención hospitalaria y se determina qué hospitales son necesarios para atender adecuadamente la demanda. Los hospitales incluidos en el plan tendrán derecho a recibir financiación pública. La elaboración del plan es competencia de los estados federados.

Krankenhausbedarfsplanung: planificación de recursos hospitalarios.

Véase KRANKENHAUSBEDARFSPLAN.

Krankenhausbehandlung: tratamiento hospitalario.

Véanse VOLLSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG, TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG, VORSTATI-

ONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG y NACHSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG.

Krankenhausfinanzierung, duale: financiación hospitalaria dual.

Modelo de financiación hospitalaria vigente en Alemania mediante el que el Estado, a través de las administraciones regionales, asume los gastos de financiación de las inversiones hospitalarias (construcción, equipamiento inicial, reposición de algunos bienes), que se financian a partir de impuestos, mientras que las cajas de enfermedad públicas y las mutuas de seguros privadas asumen los gastos ordinarios de funcionamiento, es decir, los gastos directamente derivados de la asistencia sanitaria, que se financian a partir de las cotizaciones.

Krankenhausfinanzierung, monistische: financiación hospitalaria monista.

Modelo de financiación hospitalaria según el cual la responsabilidad de tomar decisiones y de financiar tanto los gastos ordinarios de funcionamiento como las inversiones recae sobre una sola instancia.

Krankenhausplan: → KRANKENHAUSBEDARFSPLAN.

Krankenhausplanung: → KRANKENHAUSBEDARFSPLANUNG.

Krankenhausversorgung: asistencia hospitalaria, atención hospitalaria.

Cfr. AMBULANTE VERSORGUNG.

Krankenkasse: caja de enfermedad, caja del seguro de enfermedad, caja aseguradora.

Cada una de las entidades gestoras del seguro de enfermedad público alemán. Adoptan la forma de corporaciones de derecho público y su cometido es organizar y financiar las prestaciones del sistema sanitario público mediante contratos con los distintos prestadores de servicios. El número de cajas de enfermedad asciende a 110 (datos de febrero de 2018).

Krankenkassenwahlrecht: derecho a la elección de caja de enfermedad.

Derecho del asegurado a elegir la caja de enfermedad en la que quiere asegurarse. Se instituyó en 1996, fecha hasta la cual la pertenencia a las diferentes cajas de enfermedad dependía de la situación laboral del asegurado al que se asignaba la caja de enfermedad correspondiente.

Krankenstand: tasa de bajas por enfermedad.

Número de asegurados de baja por enfermedad por cada 100 asegurados forzosos de una caja de enfermedad.

Krankenversichertenkarte: → KRANKENVERSICHERUNGSKARTE.

Krankenversicherung: seguro de enfermedad, seguro médico.

Krankenversicherung der Rentner (KVdR): seguro de enfermedad público de los pensionistas.

Seguro de enfermedad al que están afiliados los pensionistas que cumplan los requisitos para percibir una pensión de jubilación del seguro público de pensiones, soliciten la afiliación y hayan estado asegurados en el sistema sanitario público nueve décimas partes de la segunda mitad del periodo comprendido entre el inicio de su primera actividad laboral y la solicitud de la pensión de jubilación. Esta última condición se introdujo atendiendo al principio de

solidaridad para garantizar que solo puedan formar parte del seguro de enfermedad público de los pensionistas aquellas personas que hayan sido afiliadas de larga duración del sistema sanitario público. El tipo de cotización se corresponde con el tipo general de cotización del seguro de enfermedad público y la institución gestora del seguro de pensiones asume la parte correspondiente a la cuota patronal. Véanse ARBEITGEBERBEITRAG, BEITRAGSATZ y SOLIDARITÄTSPRINZIP.

Krankenversicherungsgesetz: Ley del Seguro de Enfermedad.
Krankenversicherungskarte: tarjeta sanitaria.

Véase también ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE.

Kunstfehler, ärztlicher: error médico, negligencia médica.

Landesärztekammer: → ÄRZTEKAMMER.

Landesarztregister: registro oficial de médicos por estado federado.

Véase ARZTREGISTER y BUNDESARZTREGISTER.

Leistung: prestación, servicio.

Leistungsanbieter: → LEISTUNGSERBRINGER.

Leistungserbringer: prestador de servicios.

Leistungsfähigkeitsprinzip: principio de capacidad económica, principio de capacidad contributiva.

Principio según el cual cada persona deberá contribuir al sostenimiento del sistema sanitario en función de su capacidad económica para hacerlo. Es uno de los pilares en los que se basa el principio de solidaridad subyacente al sistema sanitario público. Esto se traduce en la práctica en que las cotizaciones al seguro de enfermedad se calculan como porcentaje definido (tipo de cotización) de los ingresos brutos del asegurado hasta un tope máximo. Véase también SOLIDARITÄTSPRINZIP, BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE, BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE, BEITRAGSPFLICHTIGE BRUTTOEINNAHMEN y BEITRAGSSATZ. Cfr. ÄQUIVALENZPRINZIP.

Leistungskatalog: → GKV-LEISTUNGSKATALOG.

Leistungsmenge: volumen de prestaciones.

Leistungsträger: organismo competente, entidad gestora competente.

Institución, organismo, corporación o entidad responsable de la provisión de prestaciones sociales. No confundir con LEISTUNGSERBRINGER.

Lifestyle-Arzneimittel: → LIFESTYLE-MEDIKAMENT.

Lifestyle-Medikament: medicamento para el bienestar.

Medicamento cuya función principal no es la de curar una enfermedad, sino la de mejorar la calidad de vida o el bienestar de la persona. Algunos ejemplos serían los medicamentos contra la disfunción eréctil, para elevar la libido y la potencia sexual, para dejar de fumar, para adelgazar o inhibir el hambre, para regular el peso y para mejorar el crecimiento del cabello. Este tipo de medicamentos está excluido de la financiación por parte del sistema sanitario público.

Lifestyle-Präparat: → LIFESTYLE-MEDIKAMENT.

Lohnfortzahlung: → ENTGELTFORTZAHLUNG.

Mantelvertrag: convenio marco.

Véase BUNDESMANTELVERTRAG.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): centro de asistencia médica, centro de atención médica.

Establecimiento sanitario con dirección médica que ofrece asistencia sanitaria interdisciplinaria bajo un solo techo. Esta figura existe desde 2004 y convive con las otras formas de asistencia sanitaria. En un centro de asistencia médica pueden trabajar tanto médicos por cuenta propia como empleados.

Me-Too-Präparat: → ANALOGARZNEIMITTEL.

MGV: → MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG.

Mindestbeitrag: cuota mínima.

Mindestbemessungsgrundlage: base mínima de cotización.

Mitgliedschaft: afiliación.

Mitversicherung, beitragsfreie: afiliación dependiente exenta de cotización.

Véase FAMILIENVERSICHERUNG.

Morbiditybedingte Gesamtvergütung (MGV): remuneración total condicionada por la morbilidad.

Parte de la remuneración total que las cajas de enfermedad transfieren a las asociaciones de médicos con la que se deben cubrir las prestaciones sanitarias ambulatorias sujetas a limitación presupuestaria. Véase GESAMTVERGÜTUNG. Cfr. NICHT MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG.

Morbiditybedingter Risikostrukturausgleich: → RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH.

Morbi-RSA: → RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH.

Nachstationäre Krankenhausbehandlung: tratamiento hospitalario posalta.

Atención hospitalaria prestada tras el alta del paciente con el objetivo de preservar el éxito del tratamiento dispensado en régimen de hospitalización. Está limitada a siete días de tratamiento hospitalario durante las dos semanas posteriores al alta. No incluye pernocta ni comidas. Véase también VORSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG.

Nachklinik: hospital de noche.

Hospital en el que los pacientes están ingresados de noche mientras que durante el día llevan su vida normal o están en casa. Véase TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG. Cfr. TAGESKLINIK.

Negativliste: lista negativa, lista de fármacos excluidos de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público.

Lista de fármacos y combinaciones de fármacos que no se pueden recetar con cargo a fondos del seguro público por considerarse antieconómicos (por contener componentes que no son necesarios para el tratamiento ni la minimización de riesgos, por no poderse juzgar con la seguridad suficiente el efecto debido al número de principios activos que incluye o por no haber sido probado su beneficio terapéutico). Cfr. POSITIVLISTE.

Nicht budgetiert: no sujeto a limitación presupuestaria.

Nicht morbiditybedingte Gesamtvergütung (aMGV): remuneración total para prestaciones al margen de la remuneración total condicionada por la morbilidad.

Parte de la remuneración total que las cajas de enfermedad transfieren a las asociaciones de médicos para cubrir algunas prestaciones que no forman parte de la remuneración total condicionada por la morbilidad. Incluye prestaciones declaradas especialmente fomentables, como las vacunas, las prestaciones preventivas y los programas de atención

a enfermos crónicos, que se facturan sin limitación presupuestaria como aliciente para que los médicos las lleven a cabo. Véase GESAMTVERGÜTUNG. Cfr. MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG.

Nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel: medicamento de venta libre, medicamento sin receta, EFP.

Nichterstattungsfähiges Arzneimittel: → NICHTVERORDNUNGSFÄHIGES ARZNEIMITTEL.

Nichtverordnungsfähiges Arzneimittel: medicamento no cubierto por el sistema sanitario público, medicamento no financiado por el sistema sanitario público, medicamento excluido de la prestación farmacéutica del seguro público. Medicamento que no puede recetarse con cargo a los fondos del sistema sanitario público. La exclusión afecta a medicamentos de venta no obligatoria en farmacias, medicamentos de venta libre (excepto para niños hasta los 12 años y jóvenes con trastornos del desarrollo hasta los 18 años), medicamentos para síntomas menores y medicamentos para el bienestar.

Niedergelassener Arzt: médico autónomo.

Médico que trabaja por cuenta propia, ya sea en una consulta propia o en una consulta compartida.

Notaufnahme: urgencias (hospitalarias).

Notdienst: servicio ambulatorio de guardia.

Servicio médico para prestar atención ambulatoria fuera de los horarios habituales de apertura de las consultas para enfermedades que no puedan esperar hasta el día siguiente.

Notfall: urgencia.

Packungsbeilage: prospecto.

Palliativversorgung: asistencia paliativa, cuidados paliativos. Véase HOSPIZ.

Pflegebedürftigkeit: dependencia.

Pflegegrad: grado de dependencia.

Pflegeversicherung: seguro de dependencia.

Pflichtversicherter: asegurado forzoso, afiliado forzoso.

Trabajador por cuenta ajena cuyos ingresos no superan el umbral salarial que obliga a afiliarse forzosamente al seguro de enfermedad público. Véase VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE. Cfr. FREIWILLIG VERSICHERTER.

Plankrankenhaus: hospital concertado.

Hospital incluido en el plan de recursos hospitalarios del estado federado correspondiente y, por tanto, autorizado a prestar servicios a través del sistema sanitario público. Véase KRANKENHAUSBEDARFSPLAN.

Positivliste: lista positiva, lista de medicamentos cubiertos por el sistema sanitario público, lista de medicamentos financiados por el sistema sanitario público.

Lista que contiene todos los medicamentos que pueden prescribirse con cargo a los fondos del seguro público. Si bien en Alemania ha habido varios intentos de introducirla, hasta ahora no se han materializado. Cfr. NEGATIVLISTE.

Prämie: prima.

Praxisgebühr: tasa por consulta médica.

Tasa por valor de 10 € que los asegurados del sistema sanitario público tenían que pagar cada trimestre con la primera visita a un médico de cabecera, un dentista o un psicoterapeuta. Las visitas a otros especialistas en el mismo

trimestre estaban exentas de la tasa siempre y cuando el paciente hubiera sido derivado por el médico de cabecera, pero tenía que abonarse si no era así. Estuvo en vigor en Alemania entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2012.

Praxisgemeinschaft: consultorio compartido, consulta compartida.

Consultorio médico en el que dos o más médicos autónomos comparten instalaciones y equipamiento, pero sin formar una comunidad. A diferencia de lo que ocurre en las consultas colectivas, aquí cada médico actúa por cuenta propia y liquida sus prestaciones de forma independiente con la asociación de médicos correspondiente. Cfr. GEMEINSCHAFTSPRAXIS.

Private Krankenversicherung (PKV): seguro médico privado, seguro de enfermedad privado.

Cfr: GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG.

Privatwirtschaftsmodell: modelo liberal, modelo de libre mercado, modelo de asistencia social.

Modelo de sistema sanitario en el que se considera que la salud es un bien consumo y no tiene necesariamente que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. Las compañías de seguros privadas compiten entre sí en la oferta de condiciones de cobertura que pueden contratarse. Se financia de forma privada, con una pequeña contribución del Estado a la asistencia sanitaria destinada a la atención de grupos desfavorecidos o marginales sin recursos; las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros. Es el sistema que rige en los EE. UU. Cfr. BEVERIDGE-MODELL y BISMARCK-MODELL.

Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB): certificado provisional sustitutorio (CPS).

Regelleistung: prestación ordinaria.

Prestación que forma parte de las prestaciones sanitarias fijadas por ley como prestaciones obligatorias mínimas que ha de ofrecer el sistema sanitario público. Cfr. ZUSATZLEISTUNG.

Regelleistungsvolumen: volumen presupuestario para prestaciones médicas ambulatorias, presupuesto para prestaciones médicas ambulatorias.

Tope máximo de dinero asignado a un médico por valor del cual podrá facturar las prestaciones de un trimestre determinado a la tarifa oficial establecida. Este volumen presupuestario asignado se obtiene de la multiplicación del valor por caso fijado para su especialidad médica por el número de casos tratado por el médico el mismo trimestre del año anterior corregida por un factor de ponderación de la edad de los pacientes. En caso de que el número de casos del médico en cuestión supere en más de un 50 % el número promedio de casos de médicos de su especialidad, a los casos que superen el 150 % de la especialidad se les aplica un recorte progresivo del valor para entrar en el cómputo del volumen presupuestario. Las prestaciones realizadas que no puedan cubrirse con el presupuesto asignado se remunerarán a una tarifa inferior a la tarifa oficial. Algunas prestaciones no están sujetas a esta limi-

tación presupuestaria y se facturan siempre según la tarifa oficial independientemente del número de casos. Véanse FALLWERT y FALLZAHL.

Regelversorgung: tratamiento estándar, tratamiento normal. Conjunto de medidas terapéuticas que se consideran necesarias desde un punto de vista médico y suficientes para subsanar los distintos problemas odontológicos. Se establecen siguiendo las directrices del Comité Nacional Conjunto. Constituyen la base para el cálculo de las subvenciones del seguro médico a los tratamientos odontológicos. Véase FESTZUSCHUSS.

Rehabilitation: rehabilitación.

Relativgewicht: peso relativo, ponderación relativa.

Risikoselektion: selección en función del riesgo.

Captación selectiva de asegurados que impliquen un riesgo de siniestralidad inferior a la media pero que aporten a la aseguradora ingresos como mínimo iguales a la media.

Risikostururausgleich: compensación por la estructura de riesgo.

Mecanismo financiero compensatorio en virtud del cual las cajas de enfermedad cuyos asegurados tengan mayores riesgos (por edad, enfermedades crónicas, enfermedades graves, etc.) recibirán una mayor asignación de recursos del fondo sanitario. De este modo, se pretende distribuir equitativamente las cargas y reducir el atractivo de técnicas tales como la selección en función del riesgo para las cajas de enfermedad. Véanse GESUNDHEITSFONDS y RISIKOSELEKTION.

Rote Liste: Lista roja.

Vademécum con información sobre los medicamentos y productos sanitarios comercializados en Alemania. La versión en papel se actualiza anualmente y la versión electrónica de forma semestral. La lista está disponible de forma gratuita para profesionales (médicos, farmacéuticos, hospitales), mientras que los titulares de los medicamentos tienen que pagar por figurar en ella.

RSA: → RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH.

Sachleistungsprinzip: método de pago directo.

Sistema por el cual los gastos sanitarios son abonados por el seguro médico directamente a los proveedores. Los pagos se realizan por medio de contratos con los proveedores o grupos que los representan. Es el sistema habitual en el sistema sanitario público. Cfr. KOSTENERSTATTUNGS-PRINZIP.

Selbstbehalt: franquicia.

Selbstbeteiligung: → ZUZAHLUNG.

Selbstverwaltung: autonomía de gestión.

Principio rector del sistema sanitario público según el cual la gestión de la sanidad recae sobre las corporaciones de derecho público que representan a las distintas partes a través de órganos propios que no están sujetos a la dirección estatal. El Estado se limita a ejercer una función supervisora relativa a la legalidad, pero no a la funcionalidad.

Sicherstellungsauftrag: orden de constitución de garantía de asistencia, obligación de garantizar la asistencia médica. Obligación de las asociaciones de médicos del sistema sanitario público prescrita por ley de garantizar la asistencia

sanitaria en el sistema público y asumir la responsabilidad frente a las cajas de enfermedad de que la asistencia se preste siguiendo las disposiciones legales y contractuales.

Solidarausgleich: compensación solidaria.

Véanse RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH y SOLIDARITÄTSPRINZIP.

Solidaritätsprinzip: principio de solidaridad.

Característica estructural del sistema sanitario público que, a diferencia de los seguros privados, se entiende como comunidad solidaria en la que cada asegurado aporta según su capacidad económica y el derecho a obtener prestaciones se deriva exclusivamente de la necesidad médica independientemente de la cuantía aportada y en la que quedan compensadas de esa manera las desigualdades de ingresos, edad y estado de salud. El principio de solidaridad se manifiesta también en la existencia de la cobertura familiar por la que los familiares dependientes del asegurado (hijos, cónyuges que no superen una cantidad de ingresos estipulada) gozan de cobertura sanitaria exenta de cotización. Véanse BEDARFSPRINZIP y LEISTUNGS-FÄHIGKEITSPRINZIP. Cfr. ÄQUIVALENZPRINZIP.

Solidarprinzip: → SOLIDARITÄTSPRINZIP.

Sozialgesetzbuch: Código Social.

Sozialgesetzgebung: legislación social.

Spitzenverband der Krankenkassen: Confederación de Cajas de Enfermedad.

Stationäre Behandlung: → STATIONÄRE VERSORGUNG.

Stationäre Versorgung: hospitalización, tratamiento bajo hospitalización.

Atención médica prestada en un centro hospitalario o de rehabilitación que conlleva que el paciente permanezca ingresado en el centro y pase en él al menos una noche. Cfr. AMBULANTE VERSORGUNG.

Sterbegeld: subsidio por defunción.

Subsidiaritätsprinzip: principio de subsidiariedad.

Tagesklinik: hospital de día.

Hospital en el que los pacientes están ingresados durante el día, pero pernoctan en su domicilio habitual. Véase TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG. Cfr. NACHTKLINIK.

Tagespauschale: → TAGESSATZ.

Tagessatz: importe por día, cantidad fija por día.

Teilstationäre Krankenhausbehandlung: tratamiento hospitalario en régimen de hospitalización parcial.

Modalidad de asistencia hospitalaria en la que los pacientes no permanecen hospitalizados las 24 horas del día, sino solamente durante algunas horas. Durante el tiempo de hospitalización el paciente tiene derecho a comidas. Esta modalidad de asistencia puede llevarse a cabo tanto en hospitales convencionales como en hospitales especiales de día o de noche. Véanse TAGESKLINIK y NACHTKLINIK.

Träger: entidad gestora.

Übersorgung: exceso de oferta de asistencia sanitaria, exceso de médicos.

Überweisung: 1. derivación, remisión. 2. → ÜBERWEISUNGSCHEIN.

Envío de un paciente por parte de un médico a otro médico o centro sanitario para su diagnóstico o tratamiento.

to. En Alemania solo es necesaria para algunos (pocos) especialistas; por regla general, el paciente puede acudir directamente a la mayoría de los médicos especialistas sin necesidad de volante.

Überweisungsschein: volante de derivación, volante de remisión.

Umlagefinanzierung: financiación mediante sistema de reparto.

Véase UMLAGEVERFAHREN.

Umlageverfahren: sistema de reparto, régimen por reparto.

Sistema de gestión que se caracteriza por que las aportaciones se destinan inmediatamente al pago de las prestaciones vencidas. Es propio del sistema sanitario público. Cfr. KAPITALVERFAHREN.

Untersuchung: exploración médica, reconocimiento médico, chequeo, examen médico.

Unterversorgung: escasez de oferta de asistencia sanitaria, escasez de médicos.

VAV-Klinik: hospital autorizado para aplicar el protocolo de tratamiento de lesiones graves por accidente.

Véase VERLETZUNGSARTENVERFAHREN.

Verband der privaten Krankenversicherung: asociación de seguros de enfermedad privados.

Vergütungssystem: sistema de remuneración.

Véanse EINZELLEISTUNGSVERGÜTUNG, FALLPAUSCHALVERGÜTUNG y KOPFPAUSCHALVERGÜTUNG.

Verletzungsartenverfahren (VAV): protocolo de tratamiento de lesiones graves por accidentes.

Procedimientos normalizados prescritos por las mutuas de accidentes del seguro público de accidentes para el tratamiento de determinadas lesiones graves por accidente en hospitales autorizados por las mutuas.

Verordnung: prescripción facultativa.

Verordnungsfähiges Arzneimittel: medicamento recetable a cargo del sistema sanitario público.

Medicamento que los médicos adscritos al sistema sanitario público pueden recetar a cargo de este. Desde el 1 de enero de 2004, los medicamentos de venta libre están excluidos de esta categoría, excepto los recetados a niños hasta los 12 años de edad y a jóvenes con trastornos del desarrollo hasta los 18 años. Asimismo se ha elaborado una lista de excepciones para medicamentos de venta libre que declara a algunos de ellos recetables por el sistema público cuando constituyen el estándar de tratamiento de enfermedades de consideración. Los medicamentos de prescripción obligatoria son, en general, recetables a cargo del sistema público. Las excepciones a esta regla se encuentran reguladas por el artículo 34, párrafos 1-3 del libro V del Código Social.

Verschreibungsindex für Pharmazeutika (VIP): Atlas de prescripciones.

Compendio de patrones de prescripción de medicamentos en el sistema sanitario público elaborado a partir de los datos de prescripción recopilados trimestralmente por IMS Health de una muestra representativa de más de 2200 médicos concertados. La información se presenta de forma anonimizada en el Atlas. Los patrones de prescripción

pueden cribarse y representarse por especialidad médica, diagnóstico, edad, sexo y número de prescriptores. Los datos para la elaboración del Atlas se recogieron por primera vez en 1966.

Verschreibungspflichtig: de prescripción obligatoria, con receta médica.

Versichertenkarte: → KRANKENVERSICHERUNGSKARTE.

Versicherungsfremde Leistung: prestación ajena al seguro propiamente dicho.

Versicherungspflichtgrenze: umbral salarial para el seguro público.

Cuantía salarial anual bruta hasta la cual los trabajadores por cuenta ajena tienen que afiliarse obligatoriamente al seguro de enfermedad público. Si el salario bruto anual supera esa cantidad, el trabajador puede elegir entre permanecer voluntariamente en el sistema sanitario público o contratar un seguro de enfermedad privado en su lugar. No tiene relevancia para los demás grupos profesionales. Su cuantía se fija de forma anual por parte del Gobierno. Hasta el año 2002 se correspondía con la base máxima de cotización, pero a partir de 2003 dejaron de ser parejos. El umbral para 2018 está establecido en 59400 €. Cfr. BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE.

Versicherungsträger: asegurador, organismo asegurador, institución aseguradora.

Versorgung: asistencia sanitaria, cobertura sanitaria.

Versorgungseinrichtung: centro sanitario.

Cualquier institución en la que se presten servicios sanitarios: consultorio, hospital, clínica de rehabilitación, etc.

Versorgungsgrad: tasa de oferta de asistencia sanitaria.

Relación entre el número de médicos concertados y contratados y el número de habitantes de un área determinada. Véase BEDARFSPLANUNG.

Vertragsarzt: médico concertado.

Médico autorizado a dispensar atención sanitaria a pacientes afiliados al seguro público de enfermedad y facturar las prestaciones al sistema sanitario público. Puede prestar sus servicios en una consulta propia individual, en una consulta compartida, en un consultorio colectivo o en un centro de asistencia médica. Véanse KASSENZULASSUNG, GEMEINSCHAFTSPRAXIS, PRAXISGEMEINSCHAFT y MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM.

Vertragsärztliche Versorgung: asistencia sanitaria pública.

Vertragszahnarzt: dentista concertado.

Véase VERTRAGSARZT.

Verweildauer: duración de la hospitalización, tiempo de permanencia en el hospital.

Tiempo que transcurre entre el ingreso de un paciente en el hospital y el alta hospitalaria.

VIP: → VERSCHREIBUNGSINDEX FÜR PHARMAZEUTIKA.

Vollmitglied: asegurado, titular.

Afiliado al seguro de enfermedad público sujeto a cotización. Cfr. FAMILIENVERSICHERTER.

Vollstationäre Behandlung: → VOLLSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG.

Vollstationäre Krankenhausbehandlung: tratamiento hospitalario en régimen de internamiento, hospitalización.

Modalidad clásica de asistencia hospitalaria en la que el paciente permanece las 24 horas del día en el hospital. Cfr. TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG.

Vorsorge: prevención.

Vorsorgeuntersuchung: chequeo preventivo.

Vorstationäre Krankenhausbehandlung: tratamiento hospitalario en régimen de prehospitalización.

Atención hospitalaria prestada durante un máximo de 3 días en los 5 días previos a una hospitalización prevista a modo de preparación o bien como prueba de necesidad de la hospitalización. No incluye comidas ni pernocta. Véase también NACHSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG.

Wahlleistung: prestación (hospitalaria) optativa.

Prestación hospitalaria que va más allá de la cobertura obligatoria del seguro público. Puede ser de carácter médico o no médico (alojamiento en habitación individual, elección de médico, menú para elegir...) y el paciente puede acceder a ella bien pagándola aparte de forma privada, bien contratando un seguro privado complementario que la cubra.

Wahltarife: programas opcionales, planes opcionales.

Modelos de seguro opcionales que las cajas de enfermedad del seguro público pueden ofrecer a sus asegurados desde el año 2007, en los que se fijan determinadas prestaciones y contraprestaciones (por ejemplo, tarifa de médico de cabecera, programas de reembolso, plan con franquicia, etc.). Son de carácter voluntario para el asegurado y suelen tener que contratarse con permanencia obligatoria, habitualmente de un año.

Wirtschaftlichkeitsgebot: principio de eficiencia económica, principio de viabilidad económica.

Wirtschaftlichkeitsprüfung: prueba de eficiencia económica, análisis de eficiencia económica.

Mecanismo de control mediante el que se vigila que en las prestaciones sanitarias se observe el principio de eficiencia económica prescrito por ley. Las pruebas se llevan a cabo por parte de instituciones independientes.

Zahnärztekammer: Colegio Oficial de Odontólogos.

Corporación gremial de derecho público que agrupa los odontólogos en ejercicio, análoga en sus funciones al Colegio Oficial de Médicos. Véase ÄRZTEKAMMER.

Zahnärztliche Versorgung: asistencia odontológica, atención dental.

Zahnersatz: prótesis dental.

Zahnvorsorgeuntersuchung: control dental preventivo.

Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung: → KASSENZULASSUNG.

Zusatzbeitrag: cuota adicional.

Cantidad en forma de porcentaje de los ingresos de los asegurados que las cajas de enfermedad pueden recaudar como cuota complementaria en caso de que no puedan cubrir sus gastos con la asignación que obtienen del fondo sanitario. Cada caja de enfermedad fija su propio porcentaje y la cuota adicional corre íntegramente a cargo del trabajador, sin participación de la empresa.

Zusatzleistung: prestación adicional.

Prestación voluntaria de las cajas de enfermedad fuera del catálogo de prestaciones obligatorias del seguro sanitario

público. La mayor parte de las prestaciones adicionales se ofrecen en tres áreas: prevención, reembolsos y copagos, y programas de bonificación y programas opcionales. Cfr. REGELLEISTUNG.

Zusätzlicher Beitragssatz: tipo de cotización adicional.

Porcentaje adicional que se aplica a la base de cotización para obtener la cuota adicional que se abonará a la caja de enfermedad. A diferencia del tipo de cotización general, que es el mismo para todas las cajas y la fija el Estado, el tipo de cotización adicional lo fija libremente cada caja de enfermedad y su cuantía varía de una a otra. Véase ZUSATZBEITRAG.

Zusatzversicherung: seguro complementario, seguro adicional.

Seguro opcional privado que pueden ofrecer las cajas de enfermedad a sus asegurados a modo de mediadoras para cubrir prestaciones no cubiertas por el seguro público. Mediante este mecanismo el asegurado se beneficia de tarifas de grupo que son más ventajosas que las pólizas individuales.

Zuschuss: subvención, ayuda.

Zuschuss, fester: → FESTZUSCHUSS.

Zuzahlung: copago.

Monto que han de abonar los asegurados a partir de los 18 años de forma adicional al pago de la cuota del seguro cada vez que utilizan un servicio concreto. En el sistema sanitario alemán están sujetas a copago prestaciones tales como la asistencia hospitalaria, las terapias no farmacológicas, los dispositivos de apoyo, los gastos de desplazamiento, los medicamentos y las prótesis dentales. El copago asciende, en general, al 10 % del precio de venta (mínimo 5 €, máximo 10 €, aunque sin superar nunca el precio real del producto o servicio). Los medicamentos cuyo precio sea al menos un 30 % inferior a la cantidad fija estipulada por el seguro público pueden excluirse de la obligación de copago. El máximo anual exigible en concepto de copagos está limitado por la carga máxima asumible del asegurado. Véanse BELASTUNGSGRENZE y BEFREIUNG VON ZUZÄHLUNGEN.

Zweitmeinung: segunda opinión.

Agradecimientos

Deseamos agradecer a Carlos Gancedo, licenciado en Ciencias Físicas y traductor autónomo, su generosa revisión de un primer borrador del presente glosario y los valiosos comentarios que nos permitieron corregirlo y mejorarlo.

Bibliografía

- «Specials: ABC des Gesundheitswesens», Ärztezeitung. <https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/> [última consulta: 10.III.2018].
- AOK-Bundesverband: «Lexikon». <<http://aok-bv.de/lexikon/index.html>> [última consulta: 18.IV.2018].
- Bundesministerium für Gesundheit: *Bundesgesundheitsministerium*. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>> [última consulta: 27.IV.2018].
- Bundesversicherungsamt: Das Bundesversicherungsamt. <<https://www.bundesversicherungsamt.de>> [última consulta: 27.IV.2018].

- Bundeszentrale für politische Bildung: «Gesundheitspolitik». <<http://tinyurl.com/35prvpw>> [última consulta: 18.III.2018].
- Cecu.de GmbH: «DKV-Lexikon». <<https://www.cecude.de/lexikon/gkv/>> [última consulta: 18-IV-2018].
- Corripio, Fernando (1985): *Diccionario de ideas afines*. Barcelona: Editorial Herder.
- Deutscher Hebammenverband e.V.: «Hebammenhilfe». <<https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/>> [última consulta: 27.II.2018].
- DocCheck Medical Services GmbH (Ed.): *Flexikon*. <<http://flexikon.doccheck.com>> [última consulta: 27.IV.2018].
- Flintrop, Jens (2006): «Lexikon: Basisfallwert», *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (17): A1180. <<https://www.aerzteblatt.de/archiv/51225/Lexikon: Basisfallwert>>.
- Günther, Martin; Vossebein, Ulrich; Wildner, Raimund (1998). *Panels in der Marktforschung: praxisbezogene Einführung; mit Aufgaben und Musterlösungen*. Wiesbaden: Gabler.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: «Arzneimittel-Richtlinie». <<http://www.kbv.de/html/arzneimittel-richtlinie.php>> [última consulta: 12.III.2018].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Informationen zum Zahnersatz*. <<http://www.informationen-zum-zahnersatz.de>> [última consulta: 10.III.2018].
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin: «Gesamtvergütung». <https://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/80gesamtverguetung/index.html> [última consulta: 04.IV.2018].
- Krankenkassenetz.de GmbH: «Lexikon». <<https://www.krankenkasseninfo.de/zahlen-fakten/lexikon/>> [última consulta: 04.IV.2018].
- Krankenkassenzentrale: *Krankenkassenzentrale*. <<https://www.krankenkassenzentrale.de/>> [última consulta: 25.II.2018].
- Martín Oliva, Juan Manuel (coord.) (2000). *Presupuestos, contratos e incentivos, en el gasto sanitario público del medicamento: manual de gestión sanitaria*.
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: «Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)». <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:clasificaciun-internacional-de-enfermedades-cie&catid=2641:clasificacin-internacional-de-enfermedades-cie-&Itemid=2560&lang=es> [última consulta: 27.IV.2018].
- Organización Mundial de la Salud: «Dispositivos y tecnologías de apoyo a las personas con discapacidad». <<http://www.who.int/disabilities/technology/es>> [última consulta: 27.II.2018].
- Parcet, Mónica (2011): «El sistema sanitario alemán», *Panace@*, 12 (34): 285-294. <<http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>> [última consulta: 27.IV.2018].
- Reimbursement Institute: «Glossar». <<https://reimbursement.institute/glossar/>> [última consulta: 18.IV.2018].
- Schöffski, Oliver, Frank-Ulrich Fricke y Werner Guminski (coords.) (2002). *Pharmabetriebslehre*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- SPIEGEL-Verlag Rudolf Augstein GmbH & Co. KG. (1984): «Arzneimittel: Geheime Rezepte», *Der Spiegel*, 15/1984:66. <<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13508492.html>>.
- Springer Gabler Verlag (Ed): *Gabler Wirtschaftslexikon*. <<http://wirtschaftslexikon.gabler.de>> [última consulta: 18-III-2018].
- Statistisches Bundesamt: *Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <<http://www.gbe-bund.de/>> [última consulta: 11.III.2018].
- Unión Europea: *EUR-Lex*. <<https://eur-lex.europa.eu/>> [última consulta: 27.IV.2018].
- Unión Europea: *IATE*. <<http://iate.europa.eu/>> [última consulta: 27.IV.2018].
- Verband der Ersatzkassen e.V.: «Glossar zum Gesundheitswesen». <https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen.html> [última consulta: 25.II.2018].
- Wirtschaftslexikon.co: «Wirtschaftslexikon». <<http://www.wirtschaftslexikon.co/>> [última consulta: 10.II.2018].

