



Die wichtigsten Fragen und Antworten zu

Sehhilfen und Kostenübernahme

Stand: 31. Oktober 2022



Neue Brille: Was zahlt die gesetzliche Krankenkasse?

Etwa 24 Millionen Menschen in Deutschland tragen ständig eine Brille. Weitere 18 Millionen sind gelegentliche Brillenträger. Der Preis für Brillen, Kontaktlinsen oder andere Sehhilfen kann sich je nach Art, Material und Bearbeitung auf mehrere Hundert Euro belaufen. In bestimmten Fällen wird ein Teil der Kosten für Sehhilfen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Immer wieder kommt es vor, dass Augenarztpraxen ihren Patienten und Patientinnen ungerechtfertigt Kosten für Sehtests oder „Brillenrezepte“ berechnen. Für Menschen, die eine Brille benötigen, lohnt es sich also, sich mit den Regelungen zur Kostenübernahme zu beschäftigen.

Bei welchen Augenproblemen und Augenerkrankungen kann eine Brille helfen?

Die Augen gehören zu den wichtigsten Sinnesorganen des Menschen. Über den Sehnerv sind sie mit dem Gehirn verbunden und ermöglichen es dem Menschen, sich ein Bild von der Umwelt zu machen. Damit wir scharf sehen können, muss die Linse unseres Auges die Lichtstrahlen, die durch die Hornhaut einfallen, so bündeln, dass sie exakt auf der Netzhaut ein scharfes Bild ergeben. Unterschiedliche Arten der Fehlsichtigkeit können dazu führen, dass dies nicht möglich ist – die Betroffenen sehen unscharf. Formen der Fehlsichtigkeit sind zum Beispiel die Kurzsichtigkeit (Myopie), Weitsichtigkeit (Hyperopie), Alterssichtigkeit (Presbyopie) oder die Hornhautverkrümmung (Astigmatismus). Sehhilfen wie Brillen oder Kontaktlinsen können diese Fehlsichtigkeiten ausgleichen.

- Kurzsichtigkeit (Myopie): Bei dieser Fehlsichtigkeit werden in der Nähe liegende Gegenstände scharf gesehen, entfernt positionierte Objekte erscheinen unscharf. Dies liegt daran, dass die Linse die einfallenden Lichtstrahlen nicht exakt auf, sondern vor der Netzhaut bündelt. Eine Korrektur der Kurzsichtigkeit ist zum Beispiel mithilfe einer Brille mit einer sogenannten Zerstreuungslinse möglich. Die Stärke der Brillengläser wird in Dioptrien angegeben. Bei der Kurzsichtigkeit wird der Zahl ein Minus vorangestellt.



- Weitsichtigkeit (Hyperopie): Bei dieser Fehlsichtigkeit werden entfernt liegende Gegenstände scharf gesehen, in der Nähe positionierte Objekte erscheinen unscharf. Dies liegt daran, dass die Linse die einfallenden Lichtstrahlen nicht exakt auf, sondern hinter der Netzhaut bündelt. Eine Korrektur der Weitsichtigkeit ist zum Beispiel mit einer Brille mit einer sogenannten Sammellinse möglich. Die Stärke der Brillengläser wird in Dioptrien angegeben. Bei der Weitsichtigkeit wird der Zahl ein Plus vorangestellt.
- Alterssichtigkeit (Presbyopie): Um sowohl in der Nähe als auch entfernt liegende Objekte scharf sehen zu können, muss sich das Auge an verschiedene Entfernungen anpassen. Durch den normalen Alterungsprozess verliert das Auge zunehmend diese Fähigkeit. Eine Korrektur der Alterssichtigkeit ist für den Nahbereich zum Beispiel durch eine Lesebrille möglich. Für Patientinnen oder Patienten, die Gegenstände sowohl in der Ferne als auch in der Nähe unscharf sehen, kommt eine Mehrstärkenbrille infrage. Gleitsichtbrillen (Multifokalgläser) ermöglichen ein stufenloses Sehen in allen Entfernungen.
- Hornhautverkrümmung (Astigmatismus): Die Fehlsichtigkeit wird durch eine angeborene oder erworbene Verkrümmung der Hornhaut verursacht. Die einfallenden Lichtstrahlen werden nicht als Punkte, sondern als Striche auf der Netzhaut abgebildet. Eine Korrektur der Hornhautverkrümmung ist zum Beispiel mithilfe einer Brille mit sogenannten Zylindergläsern möglich.

Wer eine Verschlechterung seiner Sehkraft bemerkt, sollte eine Augenärztin oder einen Augenarzt aufsuchen. Denn hinter einer Beeinträchtigung der Sehkraft können neben den oben genannten Arten der Fehlsichtigkeit auch unterschiedliche Erkrankungen der Augen stecken, zum Beispiel der Graue Star (Katarakt), der Grüne Star (Glaukom), die altersbedingte Makuladegeneration (eine Erkrankung der Netzhaut) sowie Netzhautschädigungen durch Diabetes mellitus (diabetische Retinopathie). Auch in diesen Fällen kann eine Sehhilfe nützlich sein. Häufig sind aber auch andere Maßnahmen erforderlich.

Manchmal werden Sehhilfen nicht zur Verbesserung der Sehkraft, sondern zu anderen therapeutischen Zwecken eingesetzt, zum Beispiel zum Schutz des Auges vor Verletzungen.



Welche Sehtests sind für die Anpassung einer Brille erforderlich und wann übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Testkosten?

Die Untersuchungen zur Feststellung und Messung einer Sehschwäche sind grundsätzlich Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Um herauszufinden, ob Sie eine Sehschwäche haben oder ob sich Ihre Sehkraft verschlechtert hat, macht der Augenarzt oder die Augenärztin eine Reihe von Tests und Untersuchungen. Den Empfehlungen des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e.V. und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. entsprechend zählen dazu die folgenden:

- Anamnese: Abfragen von Symptomen und Vorerkrankungen
- Spaltlampenuntersuchung: Untersuchung des Auges mit einem besonderen Mikroskop
- Prüfung der Sehschärfe (Visus) mit Sehtests, zum Beispiel mit Buchstabentafeln. Der Visus wird meist in Prozent angegeben.
- Messung der objektiven Refraktion (Breckkraft): Bei dieser Untersuchung wird die Brechkraft des Auges mit einem speziellen Gerät gemessen. Die bei dieser Untersuchung gemessenen Werte dienen als Ausgangspunkt für die genauere Bestimmung der benötigten Brillengläser durch die Messung der subjektiven Refraktion (siehe unten).
- Messung der subjektiven Refraktion: Sehtests mit verschiedenen Brillengläsern, bei denen ermittelt wird, mit welchen Brillengläsern Betroffene nach ihrem eigenen Empfinden am besten sehen. In diesem relativ zeitaufwendigen Test wird die optimale Stärke der Gläser ermittelt. Die Refraktion wird in Dioptrien angegeben.
- Binokular-Status: Prüfung der Kopfhaltung bei Sehanforderung mit beiden Augen

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt alle genannten Untersuchungen. Diese sind in der augenärztlichen Grundpauschale des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) enthalten. Der EBM ist das Abrechnungssystem, nach dem ärztliche Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.

Grundsätzlich beinhaltet eine Grundpauschale eine Reihe von Leistungen. Ärzte und Ärztinnen müssen zur Abrechnung der Grundpauschale jedoch nicht alle darin



enthaltenen Leistungen durchführen. Sie können diese, je nach den Bedürfnissen des Patienten oder der Patientin, individuell auswählen. In der Grundpauschale enthaltene Leistungen dürfen Ärzte und Ärztinnen nicht noch einmal gesondert abrechnen oder Patienten und Patientinnen privat in Rechnung stellen.

Viele Augenärzte und Augenärztinnen bieten über die Kassenleistung hinausgehende Untersuchungen an. Ob diese Untersuchungen sinnvoll sind, hängt von der individuellen Situation und den Wünschen der Patienten und Patientinnen ab. Aus den Messungen von Sehschärfe und Refraktion allein lässt sich nicht immer die beste Sehhilfe ableiten. Um ein optimales und angenehmes Sehen in eine bestimmte Entfernung (etwa am Bildschirm oder beim Lesen) zu erreichen, können zum Beispiel Probebrillen hilfreich sein. Zusätzliche Untersuchungen können unter Umständen helfen, ein besseres Gleichgewicht zwischen beiden Augen herzustellen. Diese Leistungen müssen die Betroffenen als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) selbst bezahlen. Hilfreiche Informationen zum Umgang mit IGeL finden Sie hier sowie im IGeL-Monitor des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Tipp:

- Wenn der Arzt oder die Ärztin Ihnen im Zusammenhang mit einer Sehstärkebestimmung Untersuchungen anbietet, die Sie selbst bezahlen sollen, fragen Sie zunächst nach, ob diese Untersuchungen nicht in der augenärztlichen Grundpauschale enthalten sind. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Grundpauschale abrechnet, darf er oder sie die darin enthaltenden Leistungen nicht zusätzlich privat in Rechnung stellen.
- Bietet Ihnen der Arzt oder die Ärztin über die Kassenleistung hinausgehende Untersuchungen – sogenannte IGeL-Leistungen – an, fragen Sie konkret nach, was der individuelle Nutzen dieser Untersuchung für Sie ist und ob es eine Alternative gibt, die von der Krankenkasse übernommen wird.
- Untersuchungen zur Bestimmung der Sehschärfe können in der Augenarztpraxis oder bei einem Optiker oder einer Optikerin durchgeführt werden. Ob und wie viel Geld diese für die Leistungen berechnen, ist unterschiedlich. Viele Optiker und Optikerinnen bieten bei dem Kauf einer Brille die detaillierte Untersuchung unentgeltlich mit an. Fragen Sie in jedem Fall im Arztgespräch und im Optikergeschäft nach, an welchem Punkt für Sie



Kosten entstehen. Gegebenenfalls können Sie sich auch ein zweites Angebot einholen.

- Leistungen, die Sie selbst zahlen müssen, muss der Arzt oder die Ärztin vorab mit Ihnen vereinbaren. Der Arzt oder die Ärztin muss Patienten und Patientinnen in Schriftform über die Höhe der Kosten informieren, wenn er oder sie weiß, dass die Kasse nicht dafür aufkommt.

Für wen zahlt die gesetzliche Krankenkasse eine Brille?

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt in bestimmten Fällen die Kosten für die Brillengläser - in der Regel bis zu einem festgelegten Höchst- bzw. Festbetrag (siehe dazu unten). Die Kosten für das Brillengestell übernimmt die Krankenkasse nicht. Für Erwachsene gelten bei der Kostenübernahme andere Regelungen als für Kinder und Jugendliche.

Bei Erwachsenen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe nur, wenn bei diesen einer der folgenden Fälle vorliegt:

1. Sie haben eine schwere Sehbeeinträchtigung der Stufe 1. Diese liegt unter anderem vor, wenn Betroffene trotz Korrektur durch Brillengläser auf dem besseren Auge nur eine Sehschärfe (Visus) von maximal 0,3 (umgangssprachlich 30 Prozent) haben.
2. Sie sind kurz- oder weitsichtig und brauchen eine Brille mit 6,25 Dioptrien oder mehr.
3. Sie leiden an einer Hornhautverkrümmung und benötigen eine Sehhilfe mit 4,25 Dioptrien oder mehr.

Manchmal werden Sehhilfen nicht zur Verbesserung der Sehschärfe, sondern zu anderen therapeutischen Zwecken verordnet, zum Beispiel zum Schutz des Auges bei einer Augenverletzung, bei bestimmten Augenerkrankungen oder bei Sturz- und Verletzungsgefahr. Auch diese therapeutischen Sehhilfen werden unter bestimmten Umständen von der Krankenkasse übernommen. Wann der Arzt oder die Ärztin eine solche Sehhilfe zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnen darf, ist in der Hilfsmittel-Richtlinie detailliert geregelt.



Achtung: Wenn Sie bereits eine Brille haben, können Sie nicht nach Belieben auf Kosten der Kasse eine neue bekommen. Ab dem 14. Lebensjahr übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine neue Brille nur dann, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat.

Anders ist das, wenn Ihre Brille defekt oder zerstört ist. Dann zahlt die Krankenkasse die Reparatur oder die neue Brille, sofern die Voraussetzungen für die Kostenübernahme noch vorliegen. Die Kosten für die Ersatzbrille oder die Reparatur übernimmt die Kasse aber nicht, wenn die Brille durch eigenes Verschulden grob fahrlässig oder vorsätzlich beschädigt oder zerstört worden ist.

Die Kosten für Brillen für Kinder und Jugendliche werden grundsätzlich erstattet. Auch hier gilt aber: Die Krankenkasse übernimmt nur die Kosten für die Brillengläser, nicht für das Gestell. Die Kosten für die Brillengläser werden bis zu einem Festbetrag übernommen (siehe dazu unten).

Die Kosten übernimmt die Krankenkasse für Kinder und Jugendliche, bis sie 18 Jahre alt sind. Voraussetzung ist nur, dass die Sehhilfe für das Kind oder den Jugendlichen erforderlich ist.

Welche Brillengläser zahlt die gesetzliche Krankenkasse?

Grundsätzlich zahlt die Krankenkasse nur mineralische Brillengläser, also Brillengläser aus „echtem Glas“. Die Kosten für Kunststoffgläser übernimmt die Krankenkasse bei Erwachsenen nur im Ausnahmefall, wenn sie medizinisch zwingend notwendig sind. Ein solcher Ausnahmefall liegt zum Beispiel vor, wenn Sie ein chronisches Druckekzem der Nase haben und ein ausreichender Sitz der Brille nicht anders gewährleistet ist.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt etwas anderes:

- Sind diese noch nicht 14 Jahre alt, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Kunststoffgläser in jedem Fall.
- Für ältere schulpflichtige Kinder, die am Schulsport teilnehmen, übernimmt die Kasse ebenfalls die Kosten für Kunststoffgläser.



Bezahlt die Krankenkasse den kompletten Preis für die Brillengläser?

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Sehhilfen (Brillengläser oder Kontaktlinsen) maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge. Diese wurden vom GKV-Spitzenverband für Brillengläser und Kontaktlinsen zum 1. Oktober 2021 neu festgelegt. Die genauen Beträge können Sie [hier](#) einsehen.

Wenn Sie sich für Sehhilfen entscheiden, deren Preis über dem Festbetrag liegt, müssen Sie den Differenzbetrag grundsätzlich selbst zahlen. Das ist insbesondere der Fall, wenn Sie allein aus ästhetischen Gründen höherwertige Gläser wählen. Anders ist dies jedoch, wenn die teurere Sehhilfe in Ihrem konkreten Fall medizinisch notwendig ist. Denn die Krankenkasse ist verpflichtet, die vollen Kosten für medizinisch notwendige Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillengläser zu tragen, wenn der Festbetrag für den Ausgleich einer konkret bestehenden Behinderung nicht ausreicht. Sehhilfen dienen dem Behinderungsausgleich, weil sie eine beeinträchtigte Körperfunktion ersetzen.

Tipp: Wenn Sie die medizinische Notwendigkeit begründen und ärztlich belegen können, legen Sie gegen den ablehnenden Bescheid der Krankenkasse Widerspruch ein. Wie Sie Widerspruch einlegen, lesen Sie hier in unserem Merkblatt.

Zahlt die Krankenkasse Kontaktlinsen?

Die Kosten für Kontaktlinsen übernimmt die Krankenkasse nur, wenn bei Ihnen

1. ein Anspruch auf eine Sehhilfe besteht und
2. die Versorgung mit den Kontaktlinsen medizinisch zwingend erforderlich ist.

Dies ist zum Beispiel der Fall,

- wenn Sie stark kurz- oder weitsichtig sind (mindestens 8 Dioptrien) oder
- wenn Sie an einer Hornhautkrümmung leiden und die Kontaktlinsen gegenüber der Brille eine Verbesserung der Sehstärke um mindestens 20 Prozent ermöglichen.



Eine abschließende Auflistung der Fälle, in denen die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für Kontaktlinsen übernimmt, finden Sie in § 15 der [Hilfsmittel-Richtlinie](#).

Liegen die Voraussetzungen bei Ihnen vor, wird der Arzt oder die Ärztin zunächst formstabile Kontaktlinsen verordnen. Um Ihnen weiche Linsen verordnen zu können, muss er oder sie das besonders begründen und Sie müssen zuvor versucht haben, die harten Linsen zu tragen.

Allerdings: Selbst wenn bei Ihnen nicht die Voraussetzungen für Kontaktlinsen vorliegen, bekommen Sie für diese zumindest einen Zuschuss in Höhe der Kosten, die die Krankenkasse für Brillengläser bezahlt hätte. Pflegemittel für Kontaktlinsen übernimmt die Kasse nicht.

Übrigens: Sie können entweder den Zuschuss zu Brillengläsern oder zu Kontaktlinsen von der Krankenkasse in Anspruch nehmen – beides geht nicht. Ausnahme: Wenn die Mehrfachausstattung aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung der Sehhilfen zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Zahlt die Krankenkasse eine Gleitsichtbrille?

Grundsätzlich übernimmt die gesetzliche Krankenkasse auch die Kosten für eine Gleitsichtbrille bzw. sogenannte Mehrstärkengläser, wenn solche Brillengläser zur Fern- und Nahkorrektur erforderlich sind und das ständige Tragen solcher Gläser notwendig ist.

Zahlt die Krankenkasse eine Sonnenbrille?

Wer auf eine Brille angewiesen ist und sich gegen die Sonne schützen möchte, kann sogenannte Lichtschutzgläser tragen. Jedoch müssen Sie die Kosten in der Regel selbst zahlen. Es gibt seltene Ausnahmefälle, wenn aus medizinischen Gründen der Lichtschutz durch therapeutische Sehhilfen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden:

- Hornhautnarben, die zu Lichtstreuung führen,
- totale Farbenblindheit oder



- Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit.

Ich brauche eine Brille und erfülle die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Wie läuft die Verordnung einer Brille ab?

Damit die Krankenkasse die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen übernimmt, muss ein Arzt oder eine Ärztin eine Brillenverordnung ausstellen. Hierbei handelt es sich um einen Vordruck, der vollständig ausgefüllt werden muss. Sie gehen am besten in den folgenden Schritten vor.

Schritt 1:

Sie gehen zum Augenarzt oder zur Augenärztin. Er oder sie führt die erforderlichen Untersuchungen durch (siehe oben) und stellt eine Brillenverordnung aus. Es müssen alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben gemacht werden. Wenn dies für den Optiker oder die Optikerin erforderlich ist, muss der Augenarzt oder die Augenärztin auch auf die funktionsgerechte Anfertigung, Zweckbestimmung oder spezifische Bedarfe hinweisen.

Schritt 2:

Sie gehen mit der Brillenverordnung zum Optiker oder zur Optikerin und er oder sie fertigt die Brille an – oder bestellt die Kontaktlinsen.

In der Regel führt der Optiker oder die Optikerin auch selbst noch einmal Messungen durch. Stellt er oder sie fest, dass etwas mit der Verordnung nicht stimmt, muss er oder sie dem Augenarzt oder der Augenärztin das mitteilen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn sich bei eigenen Untersuchungen ergibt, dass die Werte falsch sind. Der Augenarzt beziehungsweise die Augenärztin muss dann prüfen, ob die Verordnung geändert oder ergänzt werden muss.

Schritt 3:

Der Optiker oder die Optikerin prüft, ob die Voraussetzungen vorliegen, damit die Krankenkasse die Kosten für die Brillengläser übernimmt. Ist dies der Fall, zieht er oder



sie die entsprechenden Festbeträge direkt von den Gesamtkosten ab. Sie müssen gegenüber dem Optiker oder der Optikerin dann folgende Zahlungen leisten:

- 1) Wählen Sie bei den Gläsern das „Standardmodell“, müssen Sie lediglich eine Zuzahlung leisten. Diese Zuzahlung beträgt mindestens 5 und höchstens 10 Euro.
- 2) Entscheiden Sie sich für teurere Gläser, müssen Sie den Differenzbetrag zwischen Gesamtkosten und Festbetrag übernehmen.
- 3) Hinzu kommen die Kosten für das Brillengestell. Viele Optikergeschäfte bieten auch eine Auswahl kostenloser Gestelle.

Schritt 4:

Der Optiker oder die Optikerin übernimmt die Abrechnung mit der Krankenkasse. Ist alles in Ordnung, müssen Sie sich um nichts mehr kümmern.

Achtung: Dies muss innerhalb von 4 Wochen nach Ausstellung der Verordnung passieren. Verstreicht die Frist, verliert die Brillenverordnung ihre Gültigkeit und der Augenarzt oder die Augenärztin muss eine neue Verordnung ausstellen.

Ich brauche eine Brille. Diese wird von der Krankenkasse nicht übernommen. Muss ich das Brillenrezept auch selbst bezahlen?

Wie oben dargestellt, werden die Untersuchungen zur Bestimmung der Sehstärke grundsätzlich von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen – unabhängig davon, ob diese später für die Brillengläser bezahlt oder nicht. Wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllt sind, benötigt der Patient oder die Patientin für die Abrechnung mit der Krankenkasse eine Brillenverordnung auf dem entsprechenden Vordruck. Für diese Verordnung entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Wenn die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt, verlangen manche Ärzte und Ärztinnen Geld für das Ausstellen eines „Brillenrezepts“ oder eines „Brillenattests“. Ein solches Rezept oder Attest benötigen Betroffene nicht. Natürlich ist es sinnvoll, die ermittelten Werte dem Optiker oder der Optikerin vorzulegen. Dafür braucht der Patient oder die Patientin aber nur Informationen über die Untersuchungsergebnisse, kein Rezept.



Der Arzt oder die Ärztin muss Ihnen die Ergebnisse der Untersuchungen mitteilen und auf Wunsch aushändigen. Denn als Patientin oder Patient haben Sie ein Recht darauf, Ihre Patientenakte einzusehen – egal, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin. Sie können die Werte abschreiben, abfotografieren oder Kopien anfertigen (lassen). Für Kopien können Kosten in Höhe von maximal 50 Cent pro Seite berechnet werden. Lesen Sie mehr dazu in unserem Merkblatt „Patientenakte“.

Anders sieht es aus, wenn Sie spezielle Bescheinigungen zum Beispiel für Ihren Arbeitgeber oder für die Führerscheinprüfung benötigen. Für das Ausstellen solcher Bescheinigungen können Kosten entstehen, die Sie privat tragen müssen.

Gut zu wissen: Der Optiker oder die Optikerin braucht die ärztlichen Befunde für die Anfertigung oder Bestellung einer Sehhilfe nicht; er oder sie kann die Augen auch selbst ausmessen und die aktuellen Werte bestimmen. Patienten und Patientinnen, die bereits wissen, dass sie keinen Anspruch auf eine Kostenerstattung haben, können also auch direkt zum Optiker gehen.

Tipp: Wenn Sie in Ihrer Augenarztpraxis für ein Brillenrezept oder Ähnliches bezahlen sollen, weisen Sie darauf hin, dass Sie kein Rezept benötigen, sondern nur Ihre Untersuchungsergebnisse. Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen ungerechtfertigte Kosten berechnet, können Sie sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung beschweren.

Erstellungsdatum: 01.10.2019

Letzte Aktualisierung: 31.10.2022



Erstellung: • Letzte inhaltliche Überarbeitung:

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) mit Sitz in Berlin ist eine gemeinnützige Einrichtung. Sie berät im gesetzlichen Auftrag Ratsuchende unabhängig, neutral und kostenfrei zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen.

Das Beratungsteam ist online über die UPD-Homepage, per Post oder telefonisch an 80 Stunden in der Woche unter der Telefonnummer 0800 011 77 22 (montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr) erreichbar. Fremdsprachige Angebote: Beratung auf Türkisch, Rufnummer: 0800 011 77 23, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Russisch, Rufnummer: 0800 011 77 24, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Arabisch, Rufnummer: 0800 332 212 25, Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr.

Darüber hinaus erreichen Ratsuchende die Beratung über eine der 30 regionalen Beratungsstellen oder eines der drei UPD-Beratungsmobile, die regelmäßig mehr als 100 weitere Städte besuchen. Die regionale Beratung kann nach telefonischer Terminvereinbarung unter der kostenfreien Nummer 0800 011 77 25 genutzt werden, die mobile Beratung kann auch spontan aufgesucht werden. Weitere Informationen zu den Standorten der regionalen Beratung und eine Übersicht über die von den Mobilien angefahrenen Städte finden sich auf: www.patientenberatung.de.

Impressum

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin
ViSdP: Thorben Krumwiede