

Befreiung von Zuzahlungen – das Wichtigste in Kürze

Alle Zuzahlungen auf einen Blick

Arzneimittel* und Verbandmittel	10 %, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro
Heilmittel	10 % + 10 Euro je Verordnung
Ambulante Rehabilitation	10 Euro pro Trag
Hilfsmittel**	10 %, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro
Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 % je Packung, max. 10 Euro pro Monat
Häusliche Krankenpflege	10 %, max. 28 Tage/Jahr + 10 Euro pro Verordnung
Haushaltshilfe	10 %, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro
Soziotherapie	10 %, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro
Stationäre Maßnahmen	10 Euro pro Tag, Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation max. 28 Tage pro Jahr
Fahrkosten	10 %, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro

Unter 18 Jahren müssen keine Zuzahlungen geleistet werden (Ausnahme Fahrkosten).

*Versicherte der AOK müssen bei sehr vielen Arzneimitteln keine Zuzahlungen leisten. Dies gilt insbesondere für Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge geschlossen hat. Die von diesen Verträgen erfassten Arzneimittel sind für Sie als AOK-Versicherte zuzahlungsfrei, wenn Sie am AOK-Hausarztprogramm (HZV) teilnehmen und das Rezept von einem teilnehmenden Hausarzt ausgestellt wurde. Diese Arzneimittel sind auch dann zuzahlungsfrei, wenn Sie am AOK-Facharztprogramm teilnehmen und die Arzneimittel von einem Facharzt verordnet werden, der an einem Facharztvertrag des AOK-Facharztprogramms teilnimmt.

Weiter müssen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen für besonders preisgünstige Medikamente nichts zuzahlen. Nähere Informationen über zuzahlungsfreie Arzneimittel erhalten Sie in Ihrem AOK-KundenCenter.

** Für Teilnehmer/innen am AOK-Facharztprogramm sind bestimmte Hilfsmittel der Diabetes-Versorgung von der Zuzahlung befreit, sofern diese von einem am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Facharzt verordnet werden. Die Liste der von der Zuzahlung befreiten Hilfsmittel ist unter der Seite <https://bw.aok.de/inhalt/aok-facharztprogramm/> abrufbar.

Belastungsgrenze – was bedeutet das?

Die Zuzahlungen, die Versicherte pro Kalenderjahr leisten müssen, dürfen zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Bei Menschen, die wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt diese Grenze bei einem Prozent der Bruttoeinnahmen.

minderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Falls die Voraussetzungen erfüllt sind, bestätigt der Arzt dies auf der „**Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55)**“.

Belastungsgrenze – wie wird sie berechnet?

Bei der Ermittlung des jährlichen Bruttoeinkommens sind auch Einkünfte des Ehegatten und der mitversicherten im Haushalt lebenden Angehörigen anzurechnen. Für diese werden allerdings Freibeträge berücksichtigt:

- für den Ehegatten 5.607,00 Euro
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind je 7.620,00 Euro.

Zum gemeinsamen Haushalt gehören auch Ehegatten/Lebenspartner (nach dem LPartG), die dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen leben.

Wer gilt als schwerwiegend chronisch krank?

Wer wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und für den eines der folgenden Merkmale gilt:

- Einstufung in Pflegegrad drei, vier oder fünf
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. eine Erwerbsminderung (MdE) von mindestens 60 Prozent vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Ver-