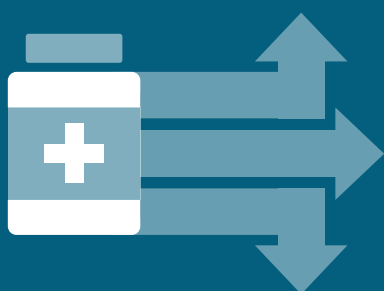




Heilmittelreport 2026

Dachverband der Sozialversicherungen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	03
Einleitung.....	05

01

Heilmittelversorgung im niedergelassenen Bereich

1.1. Schritt für Schritt zum Medikament	08
1.2. Preisgestaltung in der Heilmittelversorgung.....	11
1.3. Erstattungssystem & Erstattungskodex	13

02

Daten und Fakten zu den Versicherten

2.1. Kennzahlen der Versichertengemeinschaft	21
2.2. Kennzahlen der Heilmittelpatient:innen	25
2.3. Entwicklung der Rezeptgebührenbefreiungen	35

03

Daten und Fakten zur Heilmittelentwicklung

3.1. Allgemeine Heilmittelentwicklung	39
3.2. Heilmittelentwicklung nach EKO-Bereichen.....	42
3.3. Heilmittelentwicklung nach Preissegmenten.....	45
3.4. Heilmittelentwicklung im EKO nach Marktsituation.....	47
3.5. Entwicklungen im Medikamentenbereich auf Produktgruppenebene.....	50
3.6. Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex	57

04

Daten und Fakten zum Heilmittelvertrieb

4.1. Heilmittelvertrieb im Überblick	63
4.2. Pharmazeutische Industrie	65
4.3. Großhandel	68
4.4. Öffentliche Apotheken und Hausapotheken	69

05

Sonderthemen des Jahres

5.1. Über 20 Jahre EKO	78
5.2. Medikamentenversorgung im internationalen Vergleich	81
5.3. Rezeptgebührenobergrenze Neu	86

Datenbasis & Quellen.....	90
Abbildungsverzeichnis	92
Glossar.....	94

IMPRESSUM

Dachverband der Sozialversicherungsträger
Vertragspartner Medikamente
Kundmanngasse 21, 1030 Wien
www.sozialversicherung.at

Grafik: Stabstelle für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Bildrechte: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Elisabeth Mandl, Nino Manuguerra,
Enzo Holey

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, Druckhausstraße 1, 2540 Bad Vöslau

Juli 2026



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

Liebe Leserinnen und Leser,

© Elisabeth Mandl



**Mag.ª Claudia
Neumayer-Stickler**

Vorsitzende der Konferenz
der Sozialversicherungsträger

© Nino Manuguerra



Mag. Peter McDonald

Vorsitzender der Konferenz
der Sozialversicherungsträger

© Enzo Holey



Mag. Jan Pazourek

Büroleiter des Dachverbands
der Sozialversicherungsträger

das beste Heilmittel nützt wenig, wenn es nicht jenen, die es benötigen, zur Verfügung steht. Es zählt zu den wichtigsten Aufgaben der österreichischen Sozialversicherung allen Menschen in Österreich den Zugang zu den für sie notwendigen Medikamenten zu ermöglichen – unabhängig von ihrem Einkommen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für eine verlässliche Versorgung der Menschen.

Österreich gehört zu den wenigen Ländern weltweit, die besonders viele neue, darunter auch teure Medikamente übernehmen und Patient:innen einen raschen Zugang zu neuen Therapien bieten. Das ist kein Zufall, sondern das Ergebnis fairer Verhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmen und eines bewährten, transparenten Erstattungssystems. Das Kernstück, der Erstattungskodex (EKO), ist dabei für die Sozialversicherung ein zentrales und wichtiges Steuerungsinstrument: Er regelt, welche Medikamente die Gemeinschaft finanziert, stellt sicher, dass medizinischer Fortschritt nicht an der Brieftasche scheitert, und schafft gleichzeitig den Rahmen für einen fairen Wettbewerb unter Herstellern.

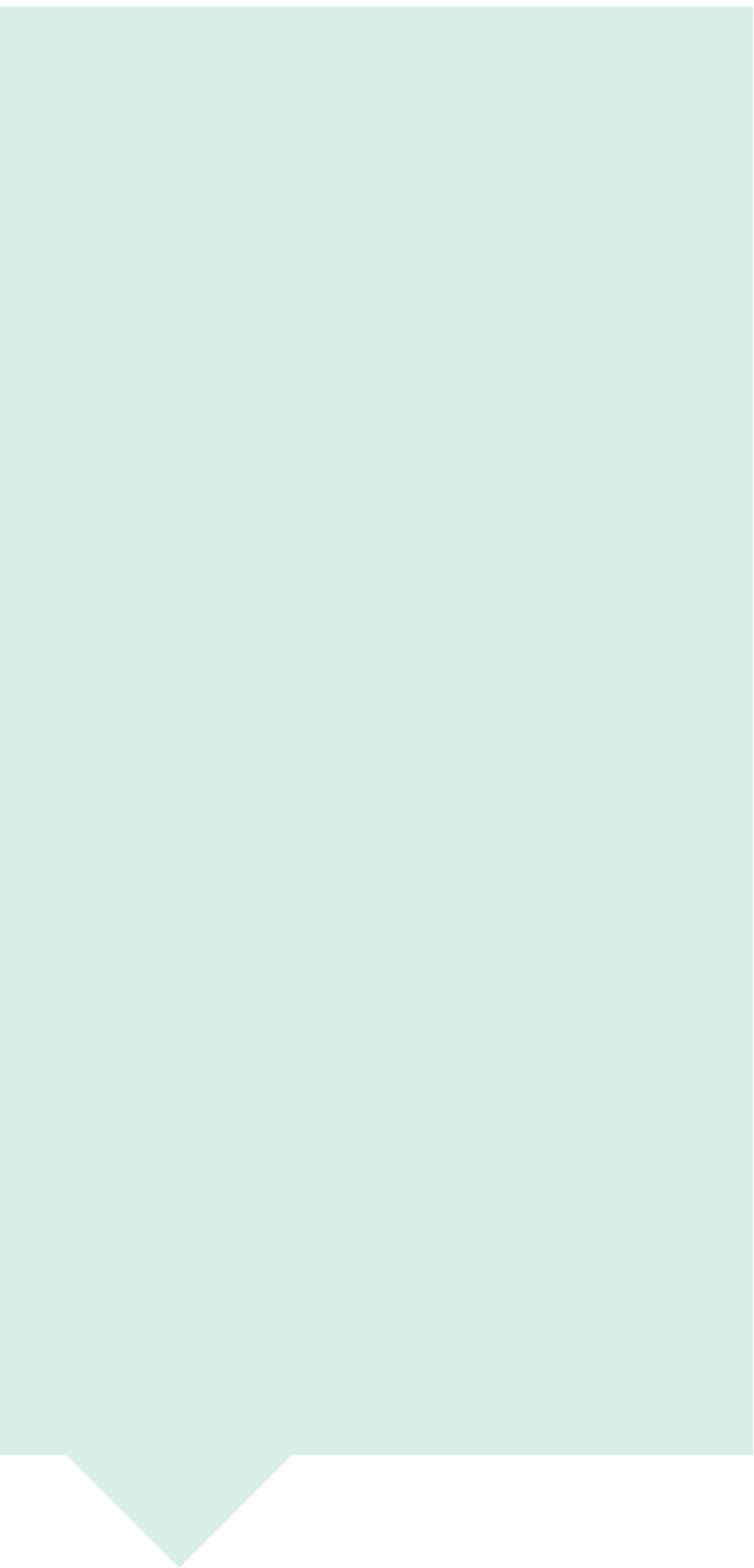
Das in den vergangenen zwei Jahrzehnten – seit Bestehen des EKO – wachsende Versorgungsangebot führt zeitgleich zu steigenden Heilmittelausgaben, nicht zuletzt sind hochpreisige Medikamente aus dem EKO immer stärker nachgefragt. Wirtschaftlichkeit und Solidarität sind dabei kein Widerspruch, sondern bilden die Grundlage unseres Gesundheitssystems. Es geht darum, jeden uns anvertrauten Beitragseuro sorgsam und bestmöglich einzusetzen. Solidarität bedeutet dabei gezielte und bedarfsgerechte Versorgung. Denn eine gute Versorgung hält Menschen länger gesund und stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Der Heilmittelreport beleuchtet die oft unsichtbaren Facetten: die Komplexität, den Aufwand und den hohen Stellenwert der Medikamentenversorgung in Österreich. In einem so vielschichtigen System entsteht Transparenz nicht von allein, sie muss aktiv geschaffen werden.

Mit diesem Heilmittelreport werden Entscheidungsprozesse, Kostenstrukturen und die Steuerung des Erstattungssystems sichtbar. Unser Ziel ist es, durch ein gut erklärtes System Verständlichkeit zu schaffen und das Vertrauen darin zu stärken.

Wir laden Sie ein, genauer hinzusehen.

Wien, Juli 2026



Einleitung

Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit hochwertigen Medikamenten ist zentraler Bestandteil eines funktionierenden Gesundheitssystems.

Die soziale Krankenversicherung trägt dabei die Verantwortung für die Medikamentenerstattung im niedergelassenen Bereich (außerhalb der Spitäler). *Anspruchsberechtigte* haben bei Bedarf umfassenden Zugang zu einem breiten Spektrum wirksamer und sicherer Medikamente.

Medikamente, die von der Krankenversicherung bezahlt werden, sind im *Erstattungskodex (EKO)* angeführt. Dieser ist eine Positivliste jener Medikamente, die nach medizinisch-therapeutischer und gesundheitsökonomischer Evaluation sowie Preisverhandlungen mit den Medikamentenherstellern von der Krankenversicherung erstattet werden. Er ist damit ein wesentliches Instrument, um Patient:innen einen umfassenden Zugang zu wirksamen Therapien zu vertretbaren Preisen zu ermöglichen. Dies entspricht dem Ziel der sozialen Krankenversicherung, kranken Menschen alle notwendigen Medikamente zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig einen raschen Zugang zu neuen Therapien sicherzustellen. Zugleich soll die nachhaltige Finanzierbarkeit durch einen verantwortungsvollen und effizienten Umgang mit den verfügbaren Mitteln gewährleistet werden. Für die Herausgabe und laufende Wartung des EKO ist der *Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVS)* zuständig.

Die Rahmenbedingungen der Medikamentenversorgung und des Erstattungssystems in Österreich sind gesellschaftlich von hoher Relevanz, jedoch in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Ein zentrales Ziel des Heilmittelreports 2026 des Dachverbands ist es daher, diese Themen erstmals umfassend und verständlich zugänglich zu machen.

Im ersten Kapitel wird ein Überblick zu wesentlichen Hintergrundinformationen der Medikamentenversorgung gegeben. Im statistischen Hauptteil (Kapitel 2, 3 und 4) werden relevante Kennzahlen des Heilmittelbereichs aus unterschiedlichen Perspektiven umfassend aufbereitet und grafisch dargestellt. Im letzten Kapitel werden als Sonderthemen die historische Entwicklung des EKO, die österreichische Medikamentenversorgung im internationalen Vergleich sowie die jüngsten Änderungen im Bereich der Rezeptgebühr behandelt.

Der Heilmittelreport des Dachverbands soll künftig in regelmäßigen Abständen aktualisiert und veröffentlicht werden, um Informationen zur Medikamentenversorgung in Österreich öffentlichkeitswirksam zugänglich zu machen.

Im Glossar am Ende des Heilmittelreports finden sich nähere Erklärungen zu den kursiv geschriebenen Begriffen.





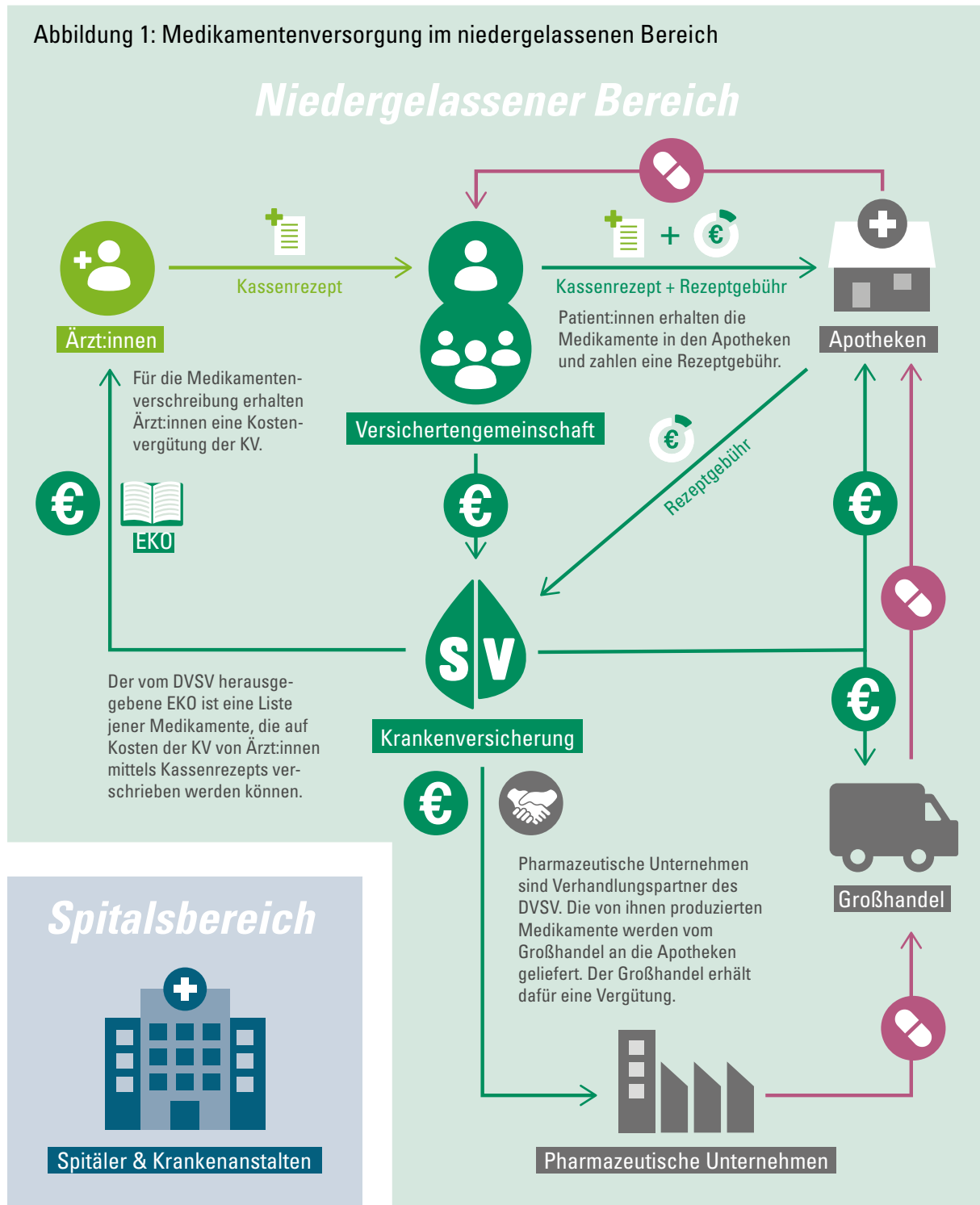
01

Heilmittelversorgung im niedergelassenen Bereich

- 1.1. Schritt für Schritt zum Medikament
- 1.2. Preisgestaltung in der Heilmittelversorgung
- 1.3. Erstattungssystem & Erstattungskodex

1.1. Schritt für Schritt zum Medikament

Abbildung 1: Medikamentenversorgung im niedergelassenen Bereich



Medikamentenversorgung im niedergelassenen Bereich durch die Krankenversicherung in Abgrenzung zum Spitalsbereich. KV steht für Krankenversicherung und meint die jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB). Die Abbildung ist eine schematische Darstellung; spezifische Details und vollständige Zahlungsströme wurden nicht berücksichtigt.

Die Versorgung mit Medikamenten in Österreich erfolgt im Rahmen eines mehrgliedrigen Prozesses, in dem viele Stakeholder ihre Aufgaben wahrnehmen. Dabei ist zwischen der Medikamentenversorgung im *niedergelassenen Bereich* durch Apotheken und hausapothekenführenden Ärzt:innen sowie im *Spitalsbereich* durch Krankenanstalten zu unterscheiden. Die Medikamentenversorgung im niedergelassenen Bereich beruht auf einer Finanzierung durch die solidarische *Versichertengemeinschaft*. Dadurch wird sichergestellt, dass jede anspruchsberechtigte Person mit den notwendigen Medikamenten versorgt wird, unabhängig davon, in welcher Höhe diese Versicherten selbst Versicherungsbeiträge an die Sozialversicherung leisten. In Österreich sind rund 99 % der Bevölkerung durch dieses System krankenversichert bzw. mitversichert. Mit den Versicherungsbeiträgen werden die in

den Apotheken an Patient:innen abgegebenen Medikamente finanziert und die Leistungen der verschreibenden Ärzt:innen honoriert.

Der Spitalsbereich sowie die stationäre bzw. spitalsambulante Medikamentenversorgung sind Aufgabe der einzelnen Bundesländer. Ein überwiegender Teil des Spitalsbereichs und der Krankenanstalten wird auch von der Sozialversicherung, neben dem Bund, den Ländern und den Gemeinden, finanziert. Die Sozialversicherung hat die Leistungen der Krankenanstalten durch Beitragszahlungen an die Länder (Landesgesundheitsfonds) abzugelten. Diese Zahlungen gehören zu den ausgabenstärksten Positionen der Krankenversicherungen (vgl. Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung 2026, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).

Rezeptpflicht und Medikamentenbezug

Die Abgabe von *rezeptpflichtigen Medikamenten* an Patient:innen erfolgt im niedergelassenen Bereich in Apotheken auf Kosten der Krankenversicherung nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung, dem sogenannten Rezept. Mit diesem Kassenrezept verschreiben Ärzt:innen (sogenannte Kassenärzt:innen) Medikamente. Mit dem EKO können Medikamente anhand einheitlicher Kriterien verschrieben werden. Gleichzeitig werden Kassenärzt:innen in der Praxis dabei unterstützt, von mehreren therapeutisch geeigneten Medikamenten das ökonomisch günstigste auszuwählen.

Patient:innen zahlen in der Apotheke nur einen gesetzlich geregelten Fixbetrag, die Rezeptgebühr in Höhe von 7,55 Euro (2026). Diese Rezeptgebühr ist oftmals wesentlich niedriger als die Kosten des Medikaments. Sofern ein Medikament weniger als die

Rezeptgebühr kostet, ist nur der darunterliegende Preis in der Apotheke zu bezahlen. Für sozial schutzbedürftige Personen oder jene mit einem besonders hohen Medikamentenbedarf sind Befreiungen von der Rezeptgebühr vorgesehen, um die Medikamentenversorgung auch für diese Personengruppen leistbar zu machen (vgl. Kapitel 5.3.). Den Apotheken werden die Kosten für die abgegebenen Medikamente an Patient:innen inkl. der damit verbundenen Dienstleistungen von den jeweiligen Krankenversicherungen erstattet (siehe Kassenverkaufspreis, Kapitel 1.2.). Die Rezeptgebühr ergeht an die Krankenversicherungen.

Werden Medikamente von Wahlärzt:innen verschrieben, handelt es sich in der Regel um ein Privatrezept. In bestimmten Fällen können sie Medikamente auf Kassenrezept verschreiben.

Rezeptfreie Medikamente

Im Unterschied zu rezeptpflichtigen Medikamenten können *rezeptfreie Medikamente* auch ohne ärztliche Verschreibung in Apotheken erworben werden.

Für eine Kostenübernahme dieser Medikamente durch die Krankenversicherung bedarf es – wie bei rezeptpflichtigen Medikamenten – ebenfalls eines Kassenrezepts.

Lieferfähigkeit von Medikamenten

Damit die Medikamentenversorgung gewährleistet ist, müssen die pharmazeutischen Unternehmen und der Großhandel die *Lieferfähigkeit* von Medikamenten aufrechterhalten. Vertriebsbeschränkungen oder Lieferunterbrechungen sind ein globales Problem und multifaktoriell bedingt. Im Vergleich zu 2024 hat sich im Jahr 2025 die Liefersituation für Medikamente in Österreich leicht verbessert. Lieferengpässe stellen zwar weiterhin eine Herausforderung dar, führen aber nicht notwendigerweise zu einem Medikamentenversorgungsengpass. In 4 von 5 Fällen können nicht lieferfähige Medikamente durch wirkstoffgleiche Medikamente

direkt ersetzt werden. In allen anderen Fällen gibt es in der Regel therapeutisch gleichwertige Ersatzpräparate mit gleicher Wirkung bzw. kann auf andere Packungsgrößen oder Wirkstoffstärken zurückgegriffen werden. Dadurch können negative Folgen von Lieferengpässen für Patient:innen weitgehend verhindert werden. Dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) sind mit Stand der Publikation des Heilmittelreports noch keine Fälle gemeldet worden, bei denen Patient:innen aufgrund von Medikamenten-Lieferengpässen zu Schaden gekommen sind.



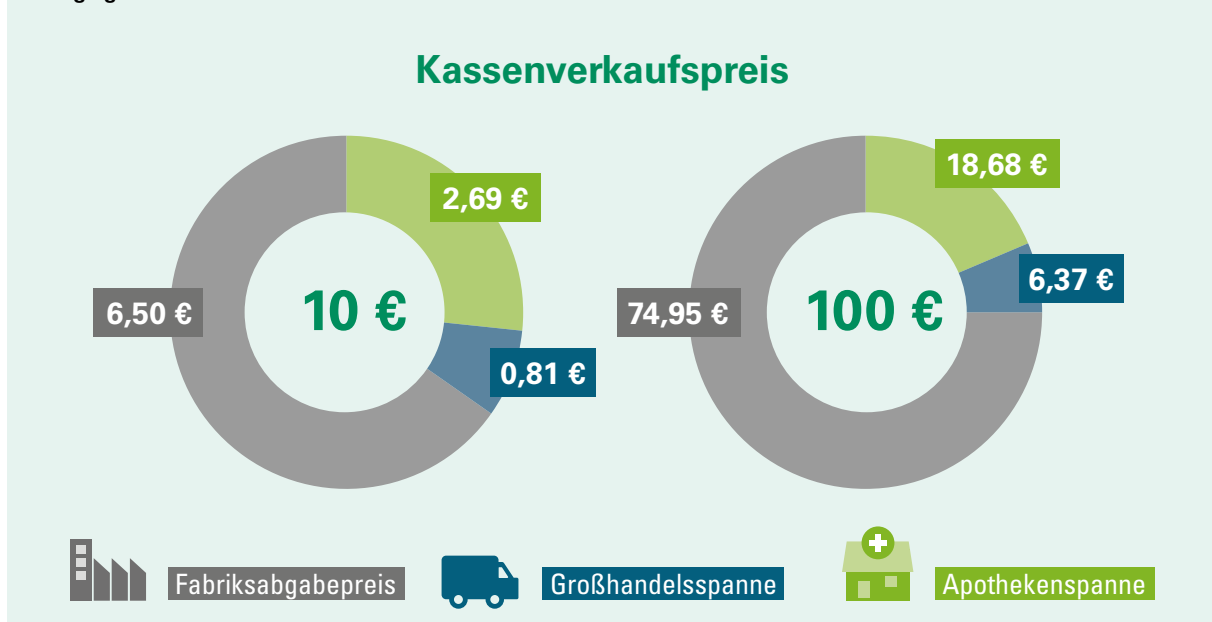
In nahezu allen Fällen von Lieferengpässen ist die Medikamentenversorgung der Versicherten gewährleistet.

1.2. Preisgestaltung in der Heilmittelversorgung

Die Abgabe von Medikamenten an die Patient:innen in Apotheken setzt den Vertrieb vom pharmazeutischen Unternehmen an den *Großhandel* und die Belieferung der Apotheken mit Medikamenten voraus. Die Preisbildung der Medikamente basiert auf einem Preisaufschlagssystem durch sogenannte Spannen. Den Preis, den das pharmazeutische Unternehmen für ein hergestelltes Medikament verlangt, nennt man *Fabriksabgabepreis*. Zu diesem Fabriksabgabepreis kommt ein Aufschlag für den Großhandel (Großhandelsspanne) sowie ein Aufschlag für die Apotheken (Apothekenspanne) hinzu. Der Fabriksabgabepreis plus die Aufschläge ergeben den *Kassenverkaufspreis*, also jenen Preis, den die Krankenversicherungen an die Apotheken bezahlen. Mit diesem Preis werden die Leistungen der pharmazeutischen Unternehmen, des Großhandels sowie der

Apotheken (Herstellung der Medikamente, Lagerung, Logistik, Beratung, etc.) abgegolten. Die Höhe der Preisaufschläge ist gesetzlich vorgeschrieben und orientiert sich an degressiven Prozentsätzen, d.h. je teurer ein Medikament ist, desto niedriger ist der prozentuelle Aufschlag. Die untenstehende Abbildung stellt das Aufschlagssystem beispielhaft für zwei Medikamente mit unterschiedlichen (Kassenverkaufs-)Preisen dar. Die im Heilmittelreport dargestellten Kosten für Medikamente werden auf Basis des von den Apotheken mit den Krankenversicherungen abgerechneten Kassenverkaufspreises, der u.a. im EKO öffentlich gelistet ist, angegeben. Etwaige Rückzahlungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und vertraulicher privatrechtlicher Rabattvereinbarungen bleiben unberücksichtigt (vgl. Datenbasis & Quellen).

Abbildung 2: Beispielhafte Aufteilungen der Umsätze an zwei auf Kassenkosten abgegebenen Medikamenten



Preise exkl. USt., Annahme: Grüner Bereich des EKO, kein Suchtgift.

Für die Patient:innen macht es im Falle eines von den Krankenversicherungen erstatteten Medikaments keinen finanziellen Unterschied, wie viel das Medikament letztlich kostet. Als Kostenbeteiligung zur

Medikamentenversorgung ist von den Patient:innen höchstens die Rezeptgebühr von 7,55 Euro (2026) zu bezahlen, egal ob das Medikament 10 Euro, 100 Euro, oder mehrere Tausend Euro kostet.

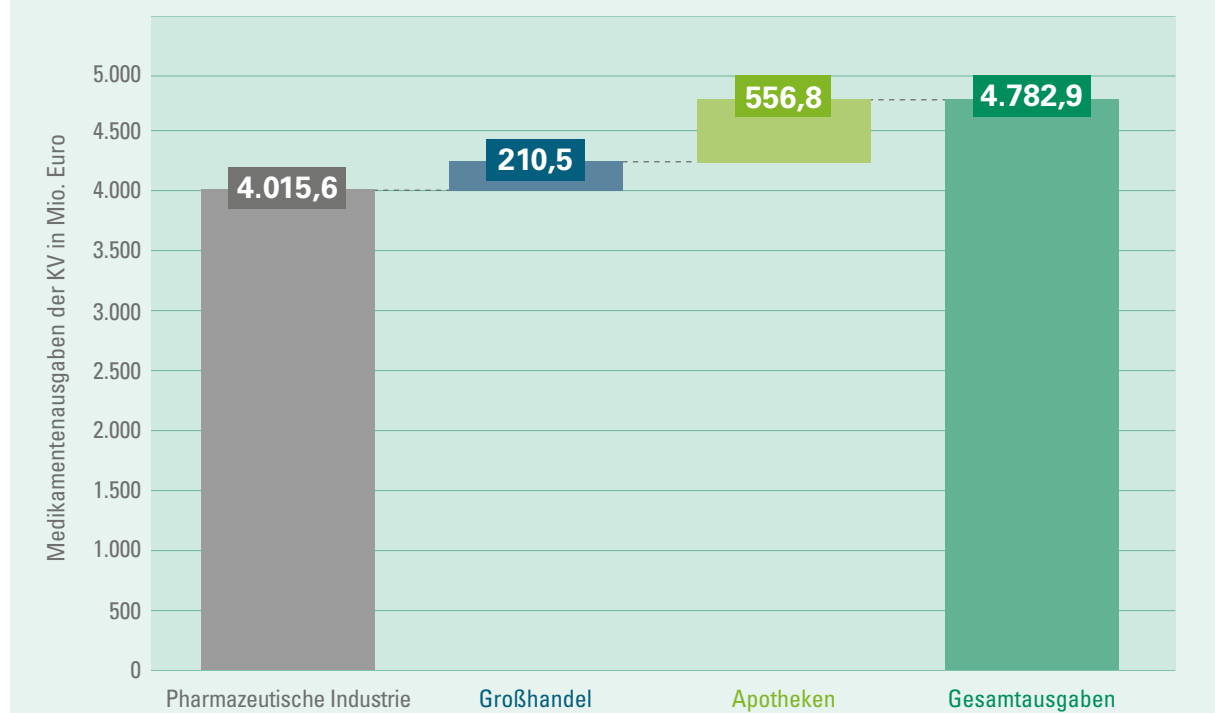
Wertschöpfung im Heilmittelbereich

Die Ausgaben der Krankenversicherungen für Medikamente verteilen sich unter Berücksichtigung des oben beschriebenen Aufschlagssystems auf die verschiedenen Stakeholder (siehe Abbildung 3). Den größten Anteil erhält die pharmazeutische Industrie durch Einnahmen des Fabriksabgabepreises der Medikamente. Hinzu kommen die Anteile aufgrund der gesetzlichen Aufschläge (Spannen) für Großhandel und Apotheken (inklusive Hausapotheken). In Summe ergeben sich so die dargestellten Gesamtkosten der jeweiligen Krankenversicherungen für Medikamente. Die Erträge der einzelnen Stakeholder werden außerdem noch durch andere Faktoren beeinflusst, beispielsweise durch Zuschüsse (Infrastruktursicherungsbeitrag) und Rabatte.

Eine weitere Einnahmequelle, insbesondere für die pharmazeutischen Unternehmen, stellen im Spitalsbereich verabreichte Medikamente dar, an deren Kosten die Krankenversicherung indirekt über die Pauschalzahlungen an die Länder beteiligt ist.

Abgesehen von den Einnahmen durch Medikamente, die direkt oder indirekt von den Krankenversicherungen bezahlt werden, generieren alle Stakeholder einen beachtlichen Teil ihrer Erträge auch außerhalb des Erstattungssystems durch privat bezahlte Medikamente und diverse Zusatzsortimente (z.B. Kosmetik, Nahrungsergänzungsmittel, etc.). Für Details zur Kostenaufteilung und weitere Aspekte der Stakeholder wird auf Kapitel 4 verwiesen.

Abbildung 3: Anteile der Stakeholder an den Medikamentenausgaben der Krankenversicherung 2025



Ausgaben basierend auf den Kosten für auf Rechnung der Krankenversicherungen abgegebenen Arzneyspezialitäten unter Anwendung der gesetzlichen Aufschläge. Gesamtausgaben basierend auf Kassenverkaufspreis, exkl. USt. (Listenpreise). Zusätzliche Ausgaben der Krankenversicherung für weitere Medikamente, für die der Preis auf andere Art zustande kommt (z.B. magistrale Zubereitungen), sind nicht abgebildet.

1.3. Erstattungssystem & Erstattungskodex

Die Erstattung von Medikamenten basiert in Österreich auf einem solidarischen System der Leistungsfinanzierung. Das bedeutet, jede versicherte (und mit-versicherte) Person hat ein Anrecht auf angemessene

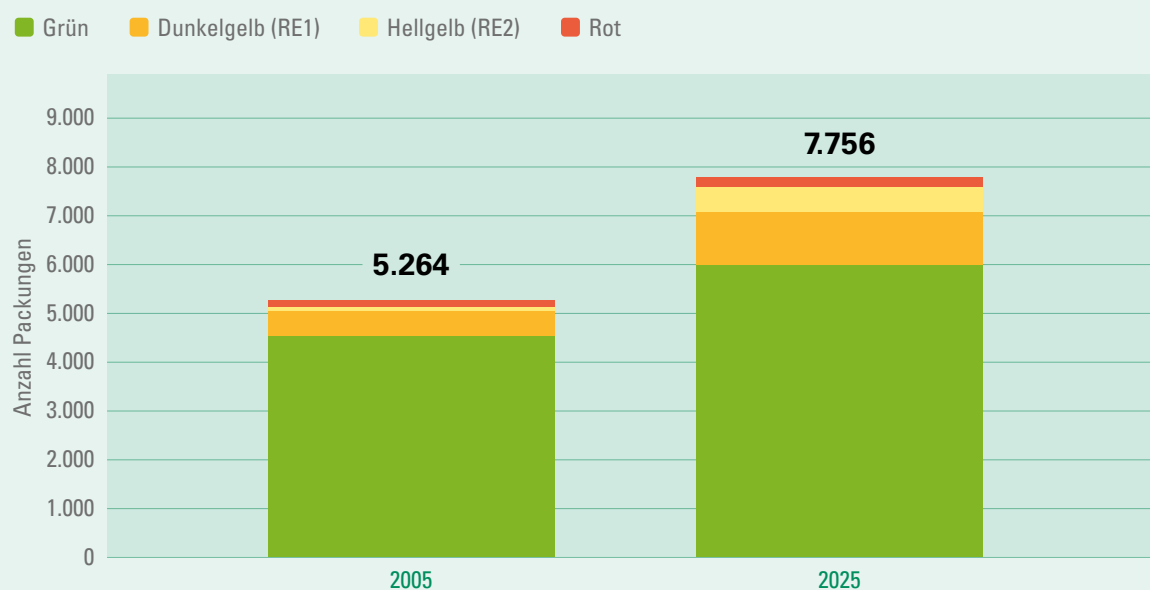
Versorgung, unabhängig von der Höhe der bezahlten Versicherungsbeiträge. Die Patient:innen erhalten daher die benötigten Medikamente ungeachtet der anfallenden Kosten.

Der Erstattungskodex

Im niedergelassenen Bereich gibt es mit dem EKO eine Positivliste jener Medikamente, die grundsätzlich von der Krankenversicherung bezahlt werden. Seit seiner Einführung im Jahr 2005 ist die Anzahl an Medikamentenpackungen in allen Bereichen des

EKO angestiegen und erreichte 2025 mit insgesamt 7.756 Packungen den bisherigen Höchststand. Mit dem EKO wird zuverlässig die Medikamentenversorgung der Bevölkerung gewährleistet und stetig ausgebaut.

Abbildung 4: Anzahl Medikamentenpackungen nach EKO-Bereichen



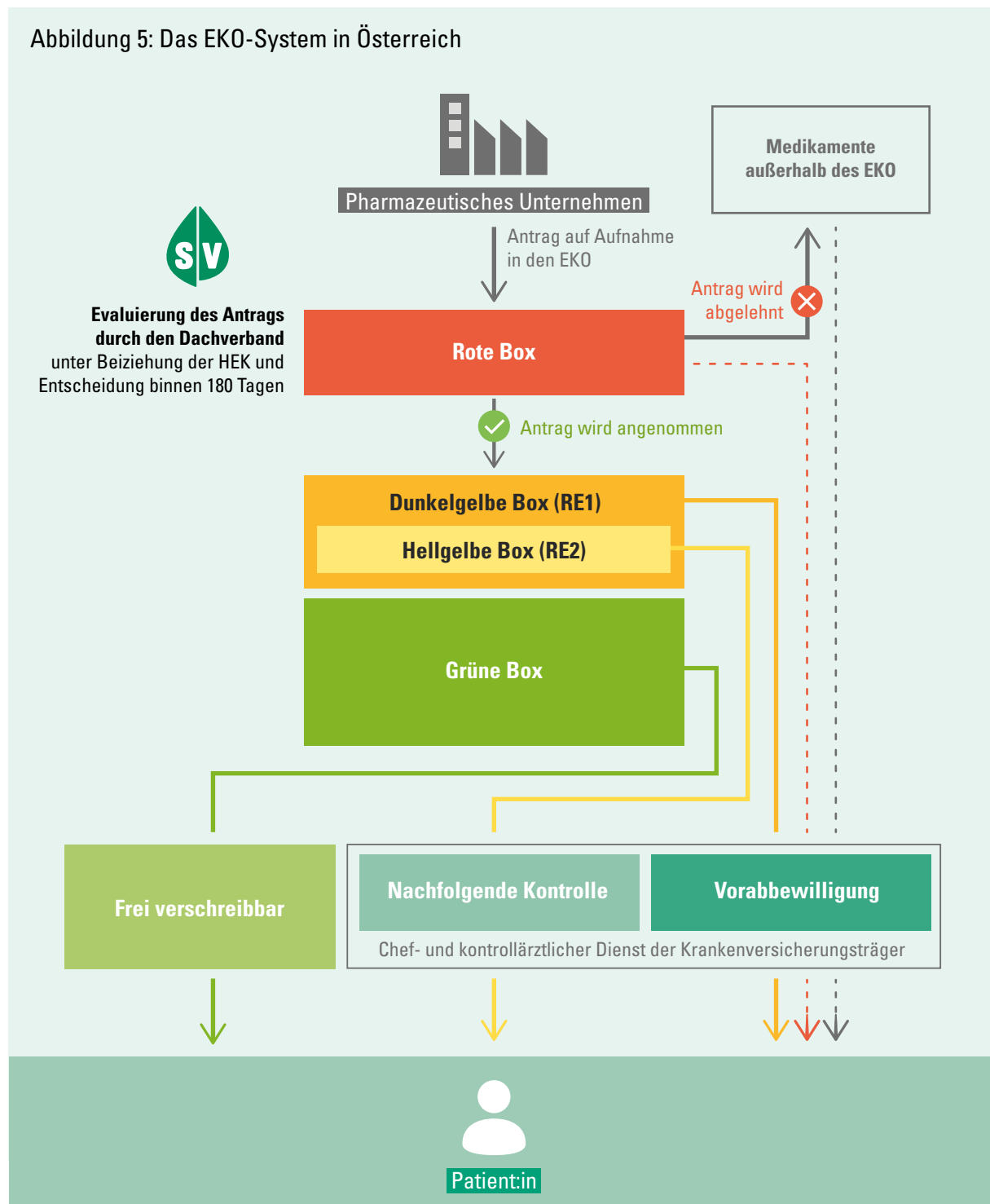
Packungszählung im EKO jeweils zum Stichtag 1.1.

Das Erstattungssystem

In den EKO werden Medikamente aufgenommen, für die ein therapeutischer Nutzen für Patient:innen wissenschaftlich nachgewiesen wurde und für die eine Einigung über einen angemessenen Preis erzielt werden konnte.

Nach Durchführung eines sorgfältigen Verfahrens wird durch die Aufnahme eines Medikaments in den EKO pharmazeutischen Unternehmen der reguläre Zugang zum österreichischen *Erstattungsmarkt* ermöglicht.

Abbildung 5: Das EKO-System in Österreich



Für die Verfahren zur Aufnahme von Medikamenten in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO gilt das Antragsprinzip, das bedeutet ein Verwaltungsverfahren ist erst auf Antrag eines pharmazeutischen Unternehmens einzuleiten. Während des laufenden Verfahrens befinden sich die Medikamente im Roten Bereich des EKO. Anschließend werden diese durch den Dachverband nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft *pharmakologisch, medizinisch-therapeutisch* und *gesundheitsökonomisch* evaluiert sowie das Ausmaß ihres Nutzens im Vergleich zu therapeutischen Alternativen festgestellt. Der Dachverband führt Verhandlungen mit den Unternehmen über die konkreten Aufnahmekriterien und Preise der Medikamente. Auf Basis der Evaluationen und der Verhandlungsergebnisse gibt die *Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)* Empfehlungen ab. Diese Empfehlungen werden vom Dachverband bei seinen Entscheidungen über die Aufnahme von Medikamenten in den EKO berücksichtigt. Die HEK ist ein

Beratungsgremium für die Verfahren im Rahmen des EKO, das unter dem Vorsitz von unabhängigen Vertreter:innen der Wissenschaft (namhafte Pharmakolog:innen) monatlich tagt.

Der EKO ist in drei Bereiche (Boxen) unterteilt:

- Roter Bereich
- Gelber Bereich (Dunkelgelb (RE1), Hellgelb (RE2))
- Grüner Bereich

Das sogenannte „*Boxensystem*“ des EKO regelt die Voraussetzungen für die Kostenübernahme eines Medikaments. Damit geht eine bestimmte ökonomische Vorgabe bei der Verschreibung von Medikamenten auf Rechnung der Krankenversicherung einher. Diese basiert auf dem sogenannten „*Ampelprinzip*“: Grün vor Gelb vor Rot. Damit soll eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verschreibung der Medikamente aus den Boxen gewährleistet sein.



„Boxensystem“

Medikamente im EKO sind im Grünen, Gelben oder Roten Bereich angeführt. Diese Bereiche werden auch als „Boxen“ bezeichnet.

Grüne Box

Die meisten Medikamente sind im Grünen Bereich des EKO angeführt und können ohne Bewilligung des *chef- und kontrollärztlichen Dienstes* der jeweiligen Krankenversicherungen von den Ärzt:innen verschrieben werden.

Es gibt Medikamente, die ohne Einschränkung frei verschrieben werden können, und solche, deren Verschreibung an bestimmte Voraussetzungen (z.B. Indikation) geknüpft ist.

Dunkelgelbe und Hellgelbe Box

Medikamente im Dunkelgelben Bereich (RE1) können nach einer Vorabbewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der jeweiligen Krankenversicherungen abgegeben werden. Für die Einholung der Vorabbewilligung sind die verschreibenden Ärzt:innen zuständig. Diese Bewilligungsanfragen sind durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst im Regelfall innerhalb von 30 Minuten zu beantworten, die durchschnittliche Bearbeitungszeit liegt aber weit darunter. Bei Medikamenten in der Dunkelgelben Box handelt es sich in der Regel um

komplexe oder neuartige Medikamente bzw. sehr teure Medikamente. Medikamente im Hellgelben Bereich (RE2) sind hingegen, ähnlich wie jene in der Grünen Box, ohne Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungen verschreibbar. Ihre Verordnung muss lediglich von der verschreibenden Ärztin bzw. dem verschreibenden Arzt dokumentiert werden, um eine allfällige nachfolgende Kontrolle durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst hinsichtlich der Einhaltung der Verschreibungsvoraussetzungen zu ermöglichen.

Rote Box

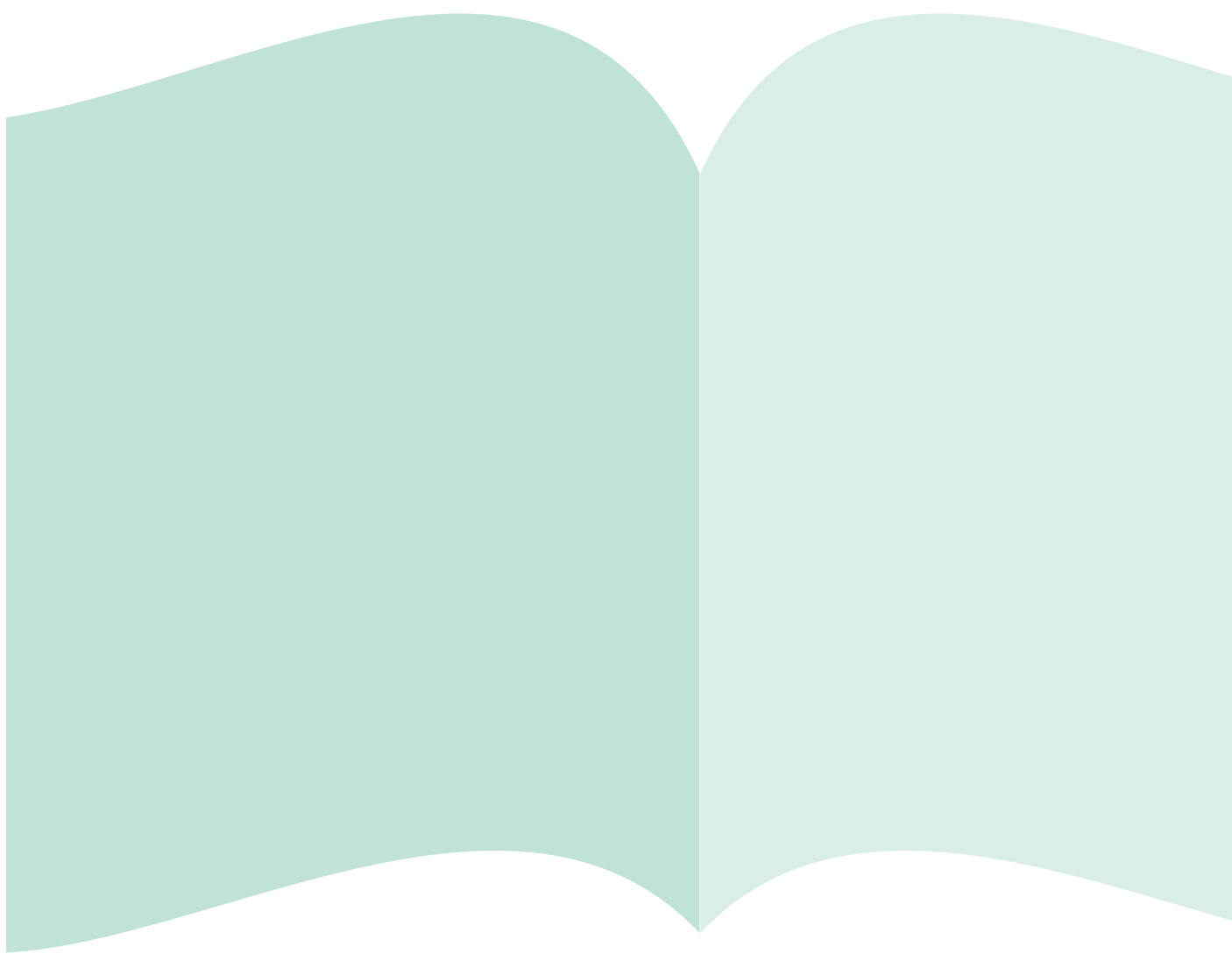
Auch Medikamente im Roten Bereich des EKO bedürfen einer Vorabbewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes, weil für diese erst ein Antrag auf

Aufnahme in den EKO gestellt wurde und sie daher noch keine Evaluation und Verhandlung durchlaufen haben.

Medikamente außerhalb des EKO

Die Kosten von Medikamenten, die nicht im EKO gelistet sind, können unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall ausnahmsweise ebenfalls von der Kran-

kenversicherung übernommen werden. Da für diese Medikamente kein Antrag auf Aufnahme in den EKO vorliegt, unterliegen sie der Vorabbewilligungspflicht.

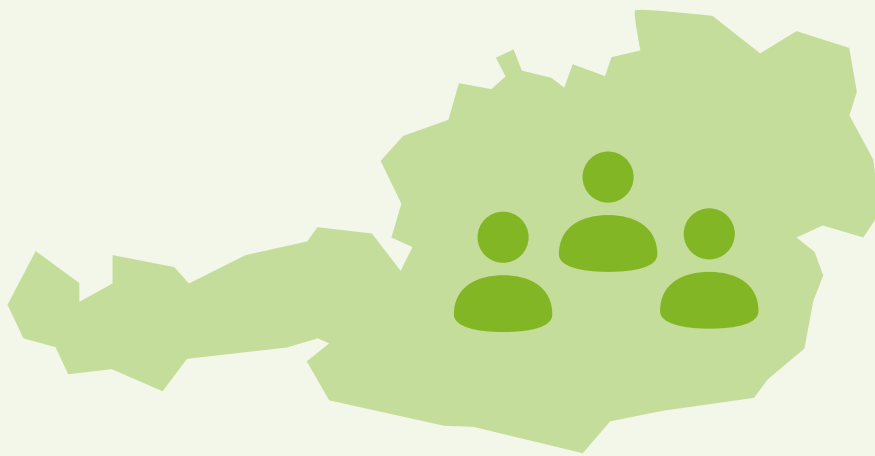




02

Daten und Fakten zu den Versicherten

- 2.1. Kennzahlen der Versichertengemeinschaft
- 2.2. Kennzahlen der Heilmittelpatient:innen
- 2.3. Entwicklung der Rezeptgebührenbefreiungen



Auf den Punkt gebracht

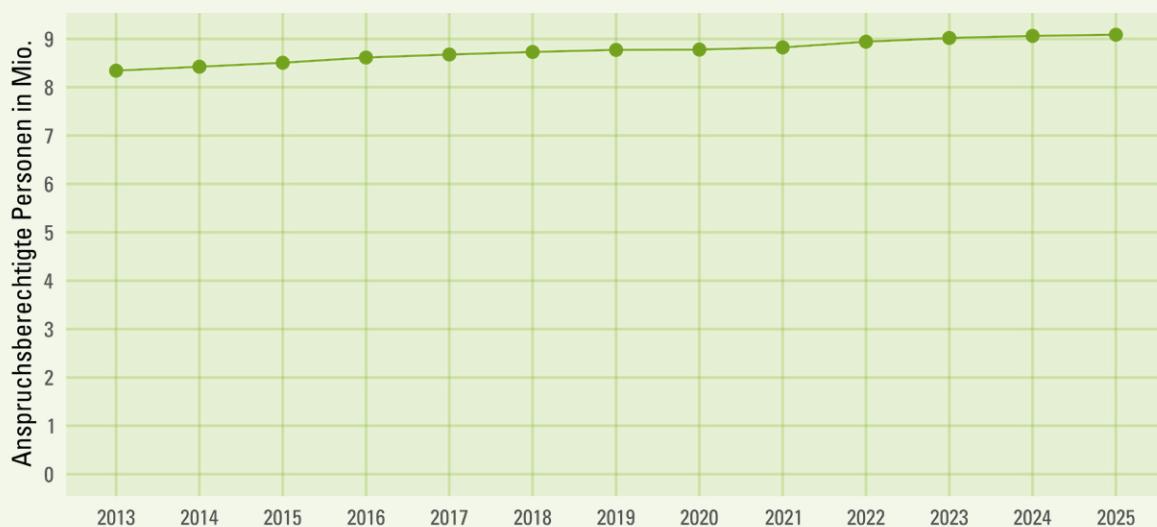
Die überwiegende Mehrheit der in Österreich lebenden Menschen ist entweder selbst gesetzlich krankenversichert oder als Angehörige mitversichert. Unabhängig davon, welche Medikamente benötigt werden – ob etwa Antibiotika, blutdrucksenkende Präparate oder hochspezialisierte Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen – alle haben gleichermaßen Zugang zu einer umfassenden Versorgung. Faktoren wie Alter, Beitragshöhe, konkreter Medikamentenbedarf oder die zuständige Krankenversicherung spielen dabei keine Rolle.

2.1. Kennzahlen der Versichertengemeinschaft

Im folgenden Abschnitt liegt der Fokus auf den anspruchsberechtigten Personen (*Versicherte* sowie „*Mit-versicherte*“), die in ihrer Gesamtheit als „*Versicherten-gemeinschaft*“ bezeichnet werden. Dabei wird darge-

stellt, wie sich diese Gemeinschaft zusammensetzt und wie sie sich im Laufe der Zeit entwickelt hat. Gleichzeitig wird die Heilmittelversorgung aus der Perspektive der Versichertengemeinschaft betrachtet.

Abbildung 6: Anspruchsberechtigte in der sozialen Krankenversicherung, 2013-2025



Die Zählung erfolgt auf Ebene des Jahresdurchschnitts.

Mit der wachsenden Bevölkerung Österreichs steigt auch die Anzahl der anspruchsberechtigten Personen in der Krankenversicherung mit der Zeit leicht an. Im Jahr 2025 waren im Jahresdurchschnitt über 9 Mio. Menschen bei den drei größten Krankenversicherun-

gen, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) anspruchsberechtigt.



Im Jahr 2025 waren fast alle in Österreich lebenden Personen in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigt.

Abbildung 7: Aufteilung der Anspruchsberechtigten auf die Krankenversicherungen

■ ÖGK ■ SVS ■ BVAEB



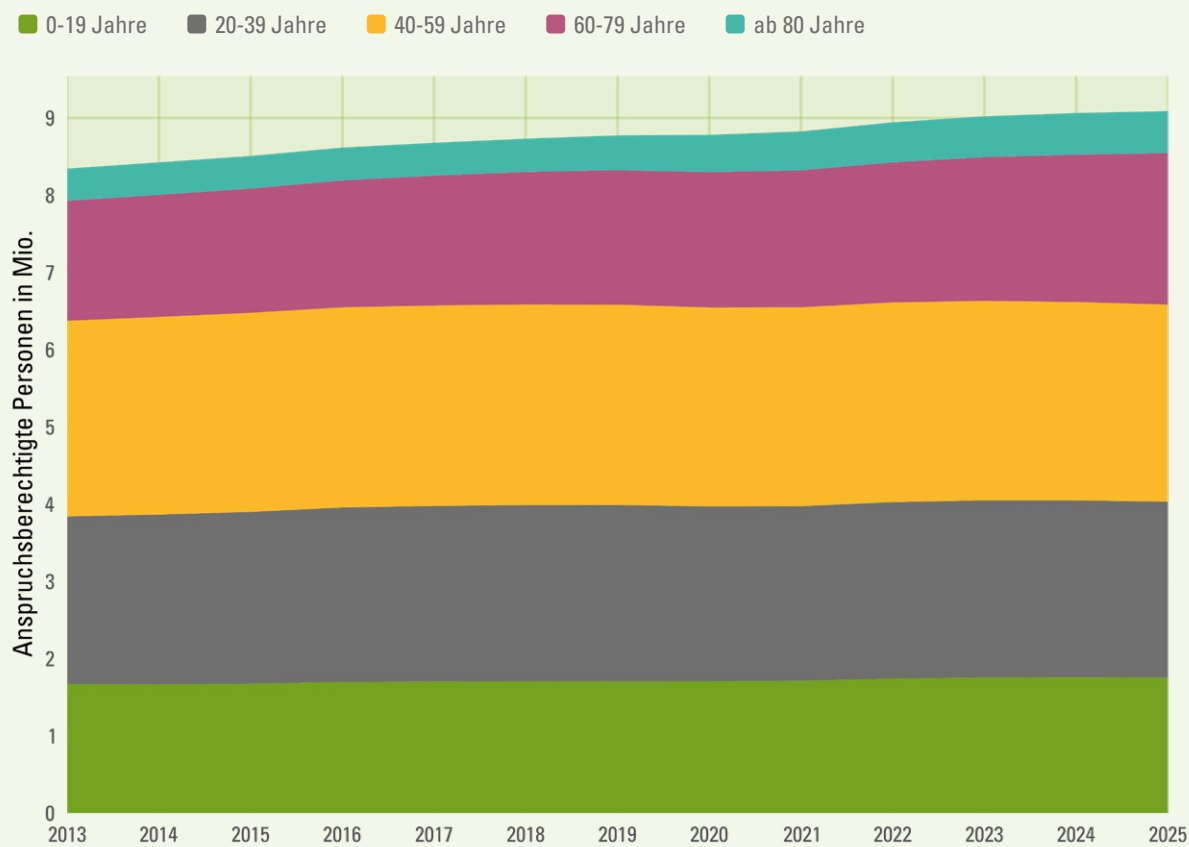
Mehrfachversicherungen sind anteilig zugerechnet. Zählung auf Ebene des Jahresdurchschnitts.

In obiger Abbildung ist die Gesamtaufteilung auf die drei größten Krankenversicherungen dargestellt, wobei mehrfachversicherte Personen den jeweiligen Krankenversicherungen anteilig zugerechnet wurden. Der größte

Anteil der Anspruchsberechtigten entfällt auf die ÖGK. Unter Berücksichtigung der mehrfachversicherten Personen waren es im Jahresdurchschnitt 2025 rund 81 % aller Anspruchsberechtigten.

Im Bezirk Steyr (Stadt) gab es 2025 den höchsten Anteil an ÖGK-Versicherten (88 %), in Mistelbach den höchsten Anteil an BVAEB-Versicherten (21 %) und im 1. Wiener Gemeindebezirk den höchsten Anteil an SVS-Versicherten (25 %).

Abbildung 8: Anspruchsberechtigte Personen nach Altersgruppen, 2013-2025



Aufteilung der Anspruchsberechtigten nach Altersgruppen. Zählung auf Ebene des Jahresdurchschnitts.

Die Aufteilung der Anspruchsberechtigten nach Altersgruppen ist über die Zeit hinweg weitgehend stabil geblieben. Dabei stellte im Jahr 2025 die Gruppe der 40- bis 59-Jährigen den größten Anteil dar. Zuletzt ließ sich eine leichte Verschiebung hin zu den Altersgruppen mit 60-79 Jahren und ab 80 Jahren verzeichnen.

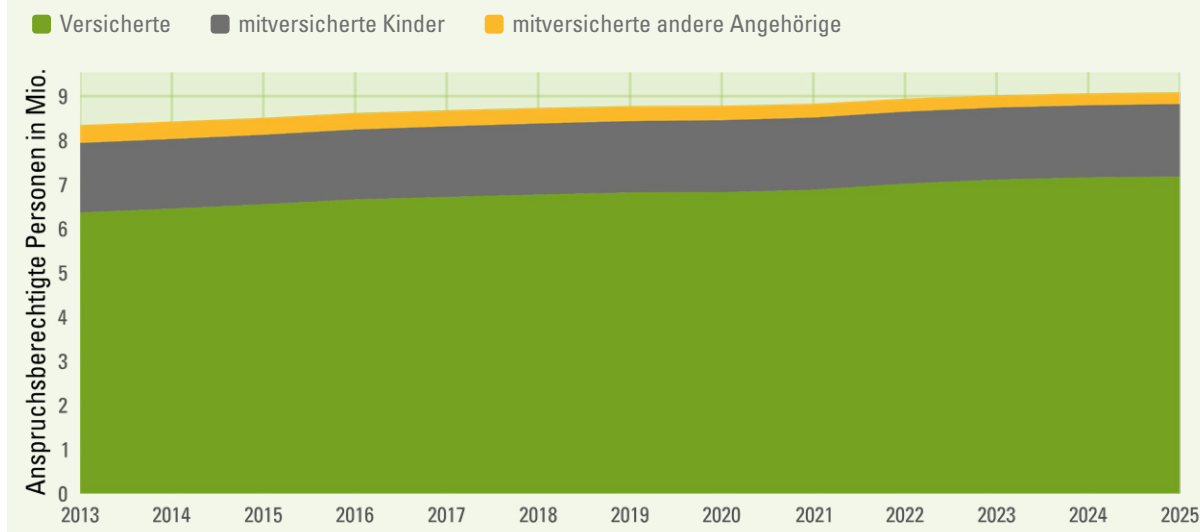
Die Aufteilung nach Geschlecht liegt seit 2013 konstant bei annähernd 50:50. Im Jahr 2025 betrug der Anteil an weiblichen Versicherten rund 50,5 %. Dies entspricht

auch in etwa dem Anteil an weiblichen Personen in der Gesamtbevölkerung.

2024 vs. 2025

Die Anzahl der Anspruchsberechtigten im Alter von 60-79 Jahren entwickelte sich von 2024 auf 2025 mit einem Zuwachs von rund 55.000 Personen bzw. rund 2,9 % sowohl absolut als auch relativ am stärksten. Die Gruppe der Personen ab 80 Jahren wuchs im gleichen Zeitraum um rund 3.000 Personen bzw. um rund 0,6 %.

Abbildung 9: Anspruchsberechtigte Personen nach Versicherungsstatus, 2013-2025



Versicherte sind Personen, die selbst in der Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind (z.B. aufgrund einer Erwerbstätigkeit). Kinder und andere Angehörige sind „mitversichert“. Zählung auf Ebene des Jahresdurchschnitts.

Leistungen der Krankenversicherung gebühren nicht nur den Versicherten, sondern unter bestimmten Umständen auch deren mitversicherten Angehörigen. Am häufigsten handelt es sich dabei um Kinder, aber beispielsweise auch um Ehepartner:innen oder eingetragene Partner:innen. Im Jahr 2025 waren rund 21 % der anspruchsberechtigten Personen „mitversicherte“ Angehörige.

2024 vs. 2025

Im Jahr 2025 stieg die Anzahl an Angehörigen („Mitversicherten“) im Vergleich zum Jahr 2024 um 0,16 % leicht an.



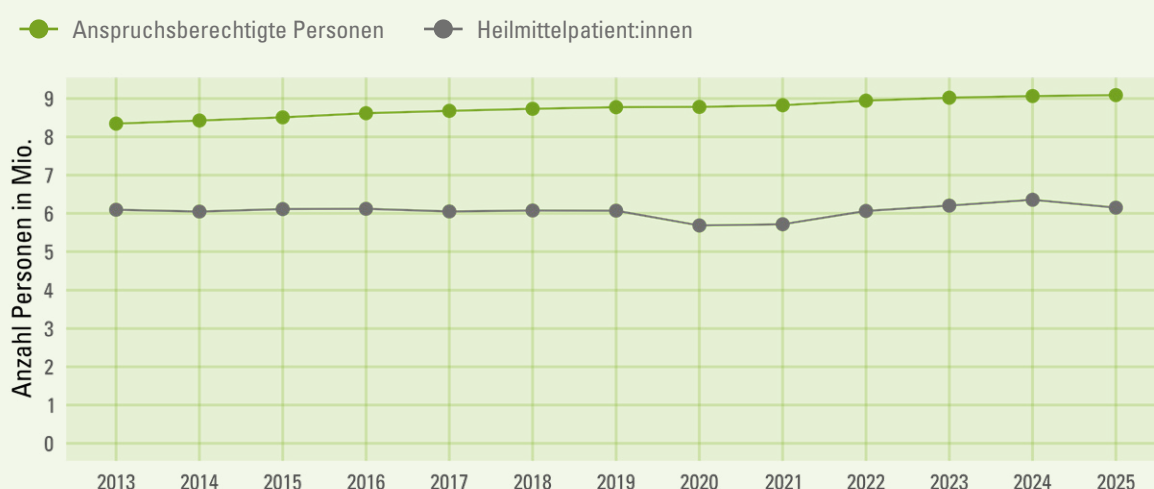
Im 22. Wiener Gemeindebezirk (Donaustadt) gab es mit 24,8 % den höchsten Anteil an „Mitversicherten“.

2.2. Kennzahlen der Heilmittelpatient:innen

Der Bedarf an *Heilmitteln* variiert innerhalb der Versicherungsgemeinschaft erheblich. Der folgende Abschnitt beleuchtet den Aspekt der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Medikamenten auf Kosten der Krankenver-

sicherung. Als „*Heilmittelpatient:innen*“ werden dabei jene *Anspruchsberechtigte* bezeichnet, die (zumindest ein) Heilmittel auf Rechnung der Krankenversicherung bezogen haben.

Abbildung 10: Anspruchsberechtigte Personen und Heilmittelpatient:innen im Vergleich, 2013-2025



Zählung der anspruchsberechtigten Personen auf Ebene des Jahresdurchschnitts. Heilmittelpatient:innen haben im jeweiligen Kalenderjahr mindestens ein Heilmittel auf Kosten der sozialen Krankenversicherungen bezogen.

Die obige Abbildung stellt die Anzahl an Heilmittelpatient:innen den anspruchsberechtigten Personen gegenüber. Dabei wird deutlich, dass im Jahr 2025 fast ein Drittel der Anspruchsberechtigten kein Medikament auf Kosten der Krankenversicherung bezogen hat. Der Anteil an Heilmittelpatient:innen an den Anspruchsberechtigten ist im Zeitverlauf weitgehend stabil und lag im Jahr 2025 bei rund 68 %. Deutlich zu sehen ist ein zwischenzeitlicher Rückgang in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 gefolgt von Aufholeffekten bis inklusive 2024.

2024 vs. 2025

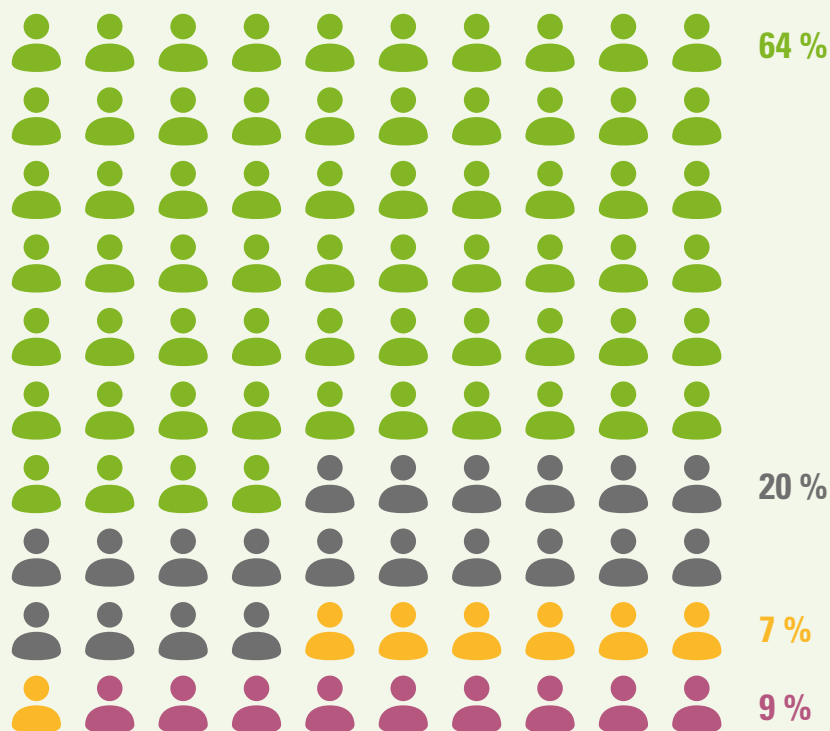
Die absolute Anzahl an Heilmittelpatient:innen ist im Vergleich zum Vorjahr um rund 0,2 Mio. zurückgegangen, was einer Reduktion von rund 3,2 % entspricht. Der Anteil der Heilmittelpatient:innen an den Anspruchsberechtigten lag um 2,5 Prozentpunkte niedriger als im Vorjahr.



Im Jahr 2025 bezogen 68 % der anspruchsberechtigten Personen zumindest ein Medikament auf Rechnung der Krankenversicherung.

Abbildung 11: Heilmittelpatient:innen nach Anzahl bezogener Wirkstoffe

■ bis 3 Wirkstoffe ■ 4 bis 6 Wirkstoffe ■ 7 bis 9 Wirkstoffe ■ 10 oder mehr Wirkstoffe



Anteilige Aufteilung der Heilmittelpatient:innen nach der Anzahl an bezogenen Wirkstoffen im Jahr 2025. Wirkstoffe werden auf ATC-Ebene 5 unterschieden, wobei mindestens eine Verordnung des jeweiligen Wirkstoffs im Jahr 2025 vorlag.

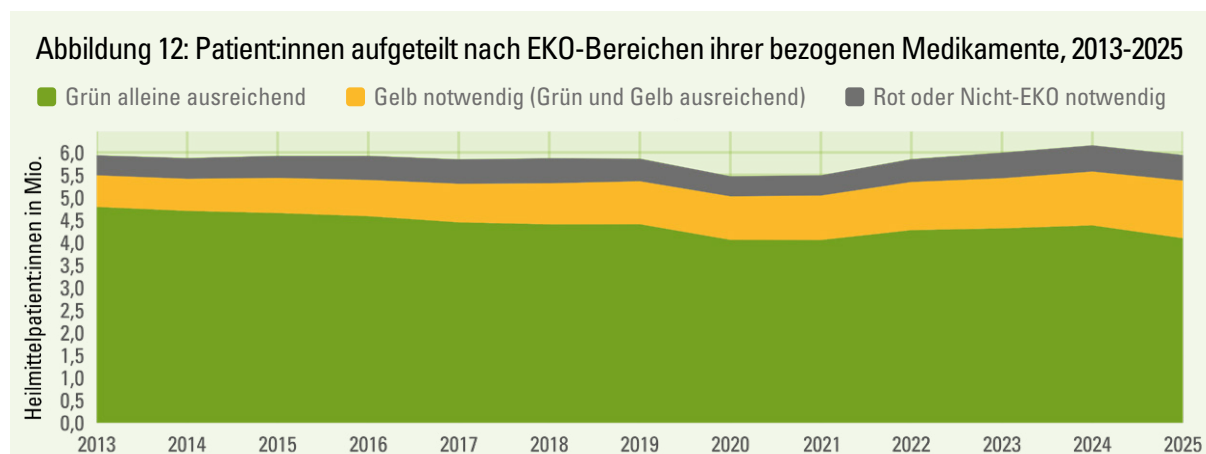
Der individuelle Medikamentenbedarf, bezogen auf Wirkstoffe, reicht vom einmaligen Akutbedarf bei einer klassischen Erkältung bis zur regelmäßigen Einnahme mehrerer Medikamente. Ein Großteil der Heilmittel-

patient:innen (rund 64 %) erhielt höchstens drei verschiedene Wirkstoffe innerhalb eines Kalenderjahres. Rund 9 % der Patient:innen bezogen im Jahr 2025 mindestens 10 unterschiedliche Wirkstoffe.

2.2.1. Heilmittelbedarf nach EKO-Bereichen

Auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen des EKO (Grün, Gelb, Rot) sowie den nicht im EKO angeführten Medikamenten wurde bereits zu Beginn des Heilmittelreports näher eingegangen (vgl. Kapitel 1.3.).

Meist erfolgt die Versorgung der Heilmittelpatient:innen ausschließlich durch frei verschreibbare Medikamente aus dem Grünen Bereich des EKO. Der Grüne Bereich bildet daher die Basis für die Medikamentenversorgung.



Hierarchische Aufteilung der Patient:innen nach ihren bezogenen Medikamenten aus den jeweiligen EKO-Bereichen: Grün dargestellt sind die Patient:innen, die ausschließlich Medikamente aus dem Grünen Bereich des EKO bezogen haben. In Gelb dargestellt sind jene, die zumindest ein Medikament aus dem Gelben Bereich benötigten, ggf. zusätzlich zu Medikamenten aus dem Grünen Bereich. Grau sind jene Patient:innen dargestellt, die ggf. zusätzlich zu den anderen Bereichen zumindest ein Medikament aus dem Roten Bereich bzw. von außerhalb des EKO erhalten haben.

Ein Großteil (rund 69 %) der Heilmittelpatient:innen fand mit den Medikamenten im Grünen Bereich das Auslangen, d.h. keine Medikamente aus anderen EKO-Bereichen (Gelb, Rot) oder außerhalb des EKO auf Kosten der Krankenversicherung wurden benötigt. Ein wachsender Anteil von Patient:innen benötigte (ggf. zusätzlich) Medikamente aus dem Gelben Bereich. Im Jahr 2025 waren es rund 1,3 Mio. Patient:innen bzw. rund 21,5 %. Wesentlich weniger Heilmittelpatient:innen (rund 9,6 %) benötigten (ggf. zusätzlich) Medikamente aus dem Roten Bereich oder Medikamente, die sich außerhalb des EKO befinden. Rund 1,2 Mio. Heilmittelpatient:innen benötigten mindestens ein bewilligungspflichtiges Medikament (vgl. Abbildung 5) im Jahr 2025, das waren rund 1,2 % weniger als im Jahr 2024.

2024 vs. 2025

Die deutlichste Veränderung im Jahr 2025 gab es beim Anteil an Patient:innen, die (auch) Medikamente aus dem Gelben Bereich des EKO benötigten. Im Vergleich zu 2024 war dies für zusätzlich rund 84.000 Patient:innen der Fall. Damit ist der Anteil von rund 19,4 % im Jahr 2024 auf 21,5 % im Jahr 2025 angestiegen, d.h. um rund 2,1 Prozentpunkte gewachsen. Der Anteil an Patient:innen, der mit Medikamenten aus dem EKO (Grün und Gelb) auskommt, beträgt rund 90,4 % und ist 2025 auf einem stabilen, gleich hohen Niveau wie im Jahr zuvor.

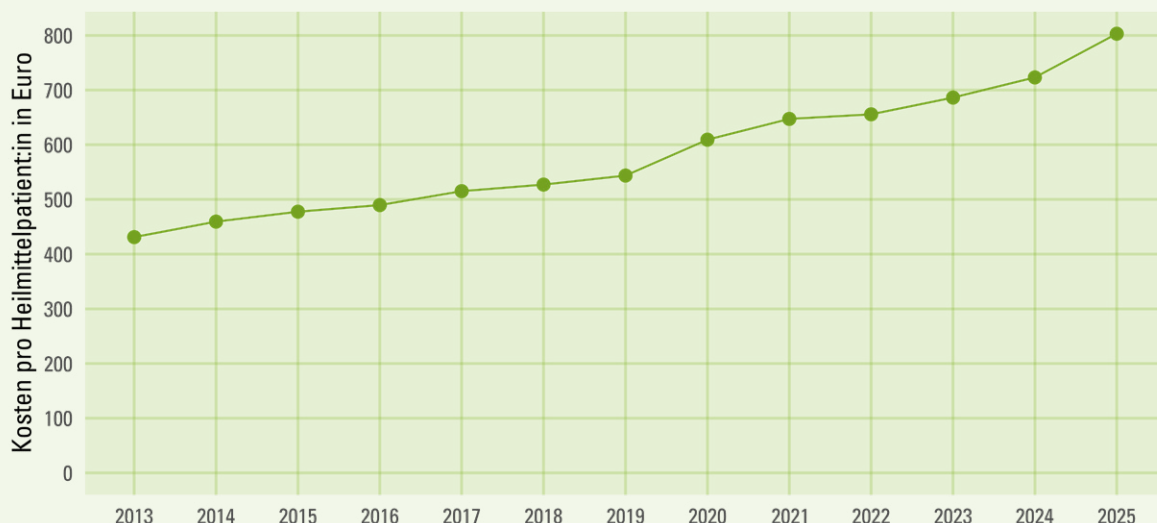
Über 90 % aller Heilmittelpatient:innen wurden mit Medikamenten aus dem EKO (Grün, Gelb) vollständig versorgt.

2.2.2. Heilmittelbedarf nach Kosten pro Heilmittelpatient:in

Für die Krankenversicherung von großem Interesse ist die Entwicklung der Kosten des Heilmittelbedarfs. Die Heilmittelpatient:innen betrifft dies kaum, da die Kosten für Medikamente zwischen Apotheken

und Krankenversicherung abgerechnet werden. Mit „Kosten“ sind die Ausgaben auf Basis der Kassenerkaufpreise (exkl. USt.) gemeint.

Abbildung 13: Durchschnittliche Kosten pro Heilmittelpatient:in, 2013-2025



Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Heilmittelpatient:in zeigen einen deutlich steigenden Trend. Im Jahr 2025 betrugen die Durchschnittskosten rund 803 Euro und lagen um rund 86 % höher als im Jahr 2013. Zurückzuführen ist dieser Trend auf immer teurer werdende Therapien.

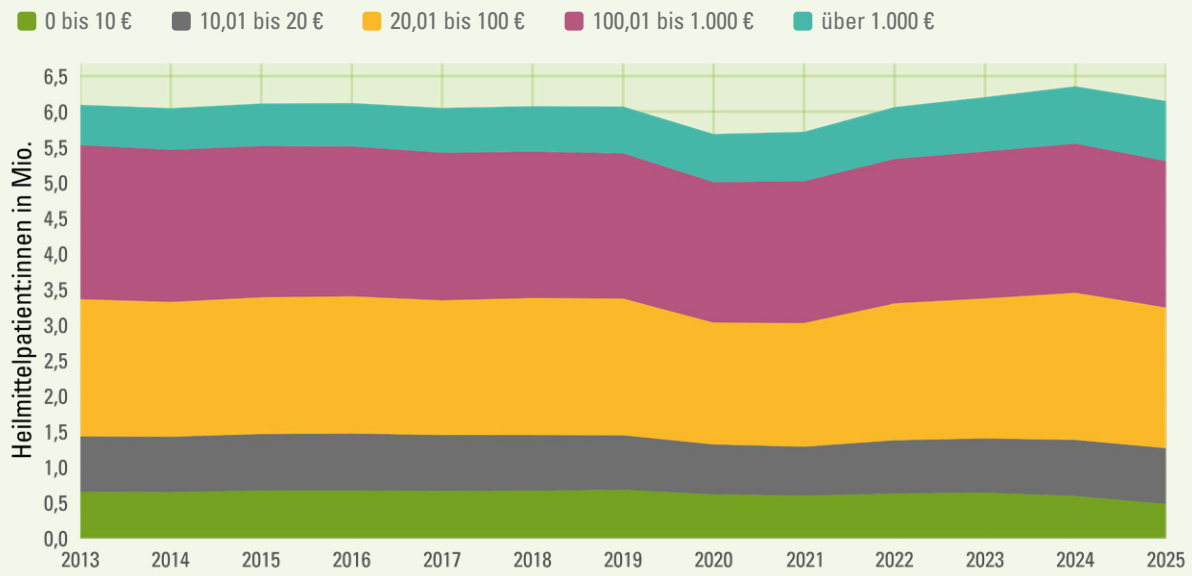
2024 vs. 2025

Im Jahr 2025 lagen die durchschnittlichen Kosten pro Heilmittelpatient:in um rund 80 Euro höher als im Jahr 2024. Dies entspricht einem Anstieg um 11,0 %.



Im Schnitt benötigten Heilmittelpatient:innen im Jahr 2025 Medikamente mit Kosten von 803 Euro. Die medianen Kosten pro Heilmittelpatient:in betrugen rund 86,50 Euro.

Abbildung 14: Heilmittelpatient:innen nach ihren jährlichen Heilmittelkosten, 2013-2025



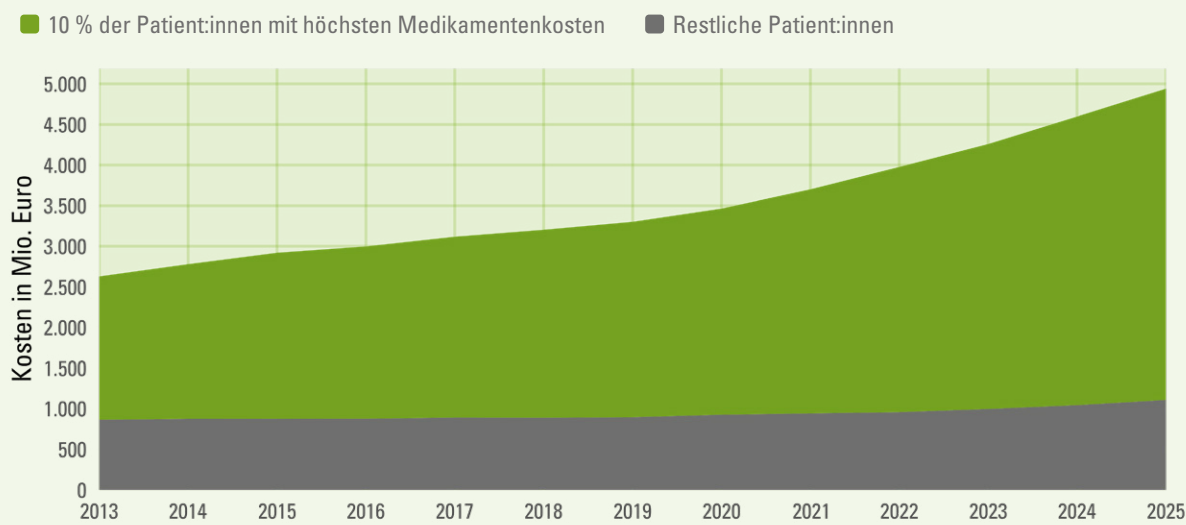
Teilt man die Patient:innen entsprechend ihrer jährlichen *Heilmittelkosten* in Gruppen auf, wird ersichtlich, dass ein verhältnismäßig großer Anteil in einen Kostenbereich von über 100 bis 1.000 Euro jährlich fällt. Dies entspricht Heilmittelkosten von rund 8 bis 83 Euro monatlich. Ein immer größerer Anteil fällt in die offene Kategorie „über 1.000 Euro“, in der es eine große Spannweite der jährlichen Medikamentenkosten bis zu 1,5 Mio. Euro gibt.

2024 vs. 2025

In die oberste Kategorie, d.h. mit mehr als 1.000 Euro Heilmittelkosten, fielen im Jahr 2025 rund 40.000 Patient:innen mehr als im Vorjahr. Dies entspricht einem Zuwachs von rund 4,9 %.

10 % der Heilmittelpatient:innen benötigten Medikamente im Wert von 1.365 Euro oder mehr pro Jahr.

Abbildung 15: Kostenanteil der Patient:innen im oberen Behandlungskostensegment, 2013-2025



Aufgeteilt nach Anteilen an den Gesamtkosten ergibt sich, dass ein wachsender Anteil der Kosten auf die 10 % der Heilmittelpatient:innen entfällt, die auf die teuersten Therapien angewiesen sind. Gleichzeitig bleiben die Heilmittelkosten, die auf die restlichen 90 % der Patient:innen entfallen, relativ stabil.

Hier zeigt sich deutlich die Stärke des österreichischen Solidarsystems: Selbst bei sehr hohen Medikamentenkosten, die Einzelpersonen oft nicht aufbringen könnten, sind alle Anspruchsberechtigten im

Krankheitsfall umfassend durch die Solidargemeinschaft geschützt.

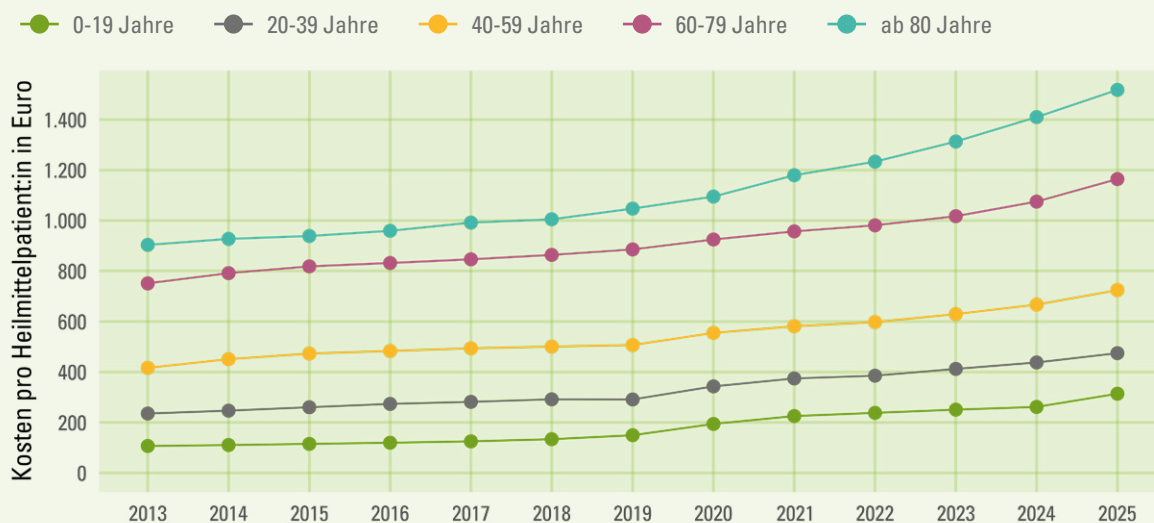
2024 vs. 2025

Im Jahr 2025 lagen die auf die 10 % der Patient:innen mit den höchsten Heilmittelkosten entfallenden Kosten um rund 278 Mio. Euro höher als im Jahr zuvor. Dies entspricht einer Steigerung von rund 7,8 %. Die Gesamtkosten der restlichen 90 % der Patient:innen sind im Vergleich zum Vorjahr hingegen um rund 64 Mio. Euro bzw. um rund 6,1 % gewachsen.



Im Jahr 2025 haben 3.366 Patient:innen Medikamente im Wert von jeweils mehr als 100.000 Euro benötigt.

Abbildung 16: Durchschnittliche Kosten pro Heilmittelpatient:in nach Altersgruppen, 2013-2025



Ein Vergleich der Altersgruppen lässt deutliche Unterschiede der Kostenniveaus erkennen. Die deutlichste Lücke gibt es bei den 60-79-Jährigen, im Vergleich zu den 40-59-Jährigen. Im Rückblick ist in allen Altersgruppen ein steigender Trend zu verzeichnen, wobei sich das Wachstum der Kosten ab dem Jahr 2020 beschleunigte. Dieser Effekt ist mit einem absoluten Wachstum im Vergleich zu 2013 von 615 Euro am deutlichsten in der Altersgruppe ab 80 Jahre zu sehen. Bemerkenswert ist gleichzeitig, dass in den jüngeren Altersgruppen die relative Entwicklung am deutlichsten ausfällt. In der jüngsten Altersgruppe (bis 19 Jahre) sind die jährlichen

Durchschnittskosten pro Heilmittelpatient:in von 107 Euro im Jahr 2013 auf 314 Euro im Jahr 2025 angewachsen. Das entspricht einem Anstieg um 194 %, also beinahe einer Verdreifachung im Betrachtungszeitraum.

2024 vs. 2025

Den stärksten Anstieg gab es im Jahr 2025 im Vergleich zu 2024 in der Gruppe der mindestens 80-Jährigen, in welcher die durchschnittlichen Kosten pro Heilmittelpatient:in um rund 108 Euro bzw. 7,6 % angestiegen sind.



Die Gesamtkosten der Medikamente für einzelne Heilmittelpatient:innen reichen von wenigen Euro bis ca. 1,5 Mio. Euro jährlich.

2.2.3. Heilmittelbedarf nach Verordnungen pro Heilmittelpatient:in

Die folgenden Darstellungen konzentrieren sich auf den Medikamentenbedarf der Heilmittelpatient:innen. Dabei wird als Mengeneinheit die „Verordnung“

verwendet, womit jede in der Apotheke auf Kosten der Krankenversicherung abgegebene Medikamentenpackung gemeint ist.

Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Heilmittelpatient:in, 2013-2025



Jährliche durchschnittliche Anzahl an Verordnungen auf Kosten der Krankenversicherungen pro Heilmittelpatient:in.

Im zeitlichen Verlauf ist die durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Heilmittelpatient:in rückläufig und lag im Jahr 2025 bei rund 17 Verordnungen jährlich. Dabei ist zu beachten, dass es hier eine große individuelle Spannweite gibt – von einer Packung bis zu mehreren Hundert Verordnungen im Jahr. Eine der Hauptursachen für den rückläufigen Trend ist, dass viele Medikamente mit ihrem Preis unterhalb die Rezeptgebühr fallen. Bei auf Kosten der Krankenversicherung erstatteten Medikamenten zahlen Heilmittelpatient:innen grundsätzlich höchstens die Rezeptgebühr in Höhe von 7,55 Euro (2026), unabhängig

davon, wie hoch der Preis eines Medikaments tatsächlich ist. Daher gehen günstigere Medikamente, wofür Patient:innen ohnehin weniger als die Rezeptgebühr zahlen, nicht in die Verordnungszahl pro Heilmittelpatient:in ein (vgl. Kapitel 5.3.). Mit der Rezeptgebühr wird ein wichtiger Beitrag zur Finanzierung teurerer Medikamente geleistet.

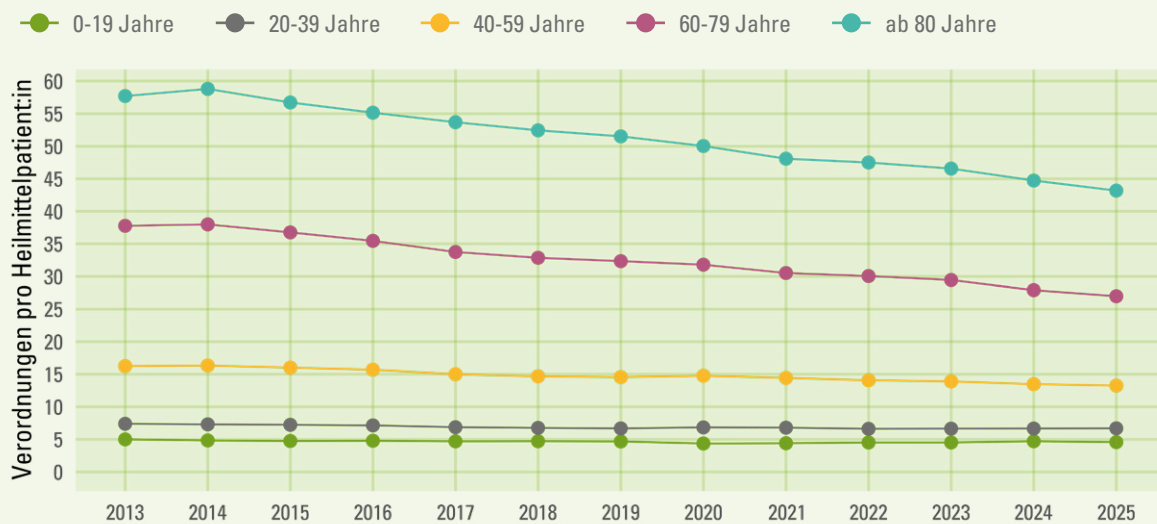
2024 vs. 2025

Die durchschnittliche jährliche Verordnungszahl pro Heilmittelpatient:in sind im Vergleich zum Vorjahr um rund 0,3 % gesunken.



Durchschnittlich bezogen Heilmittelpatient:innen im Jahr 2025 17,1 Verordnungen.

Abbildung 18: Durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Heilmittelpatient:in nach Altersgruppen, 2013-2025



Ein Vergleich der verschiedenen Altersgruppen zeigt, dass der durchschnittliche Pro-Kopf-Medikamentenbedarf mit steigendem Lebensalter zunimmt. Während in den beiden jüngsten Altersgruppen die durchschnittlichen jährlichen Verordnungen weitgehend konstant bleiben, zeigt sich in den älteren Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Pro-Kopf-Verordnungen. Dies ist, wie bereits zur vorangegangenen Abbildung erläutert, darauf zurückzuführen, dass insbesondere die Kosten von Medikamenten zur Behandlung jener chronischen Erkrankungen,

welche in der „älteren“ Bevölkerung weit verbreitet sind, häufig unter die Rezeptgebühr fallen und daher auch nicht in die Verordnungszahlen pro Heilmittelpatient:in eingehen.

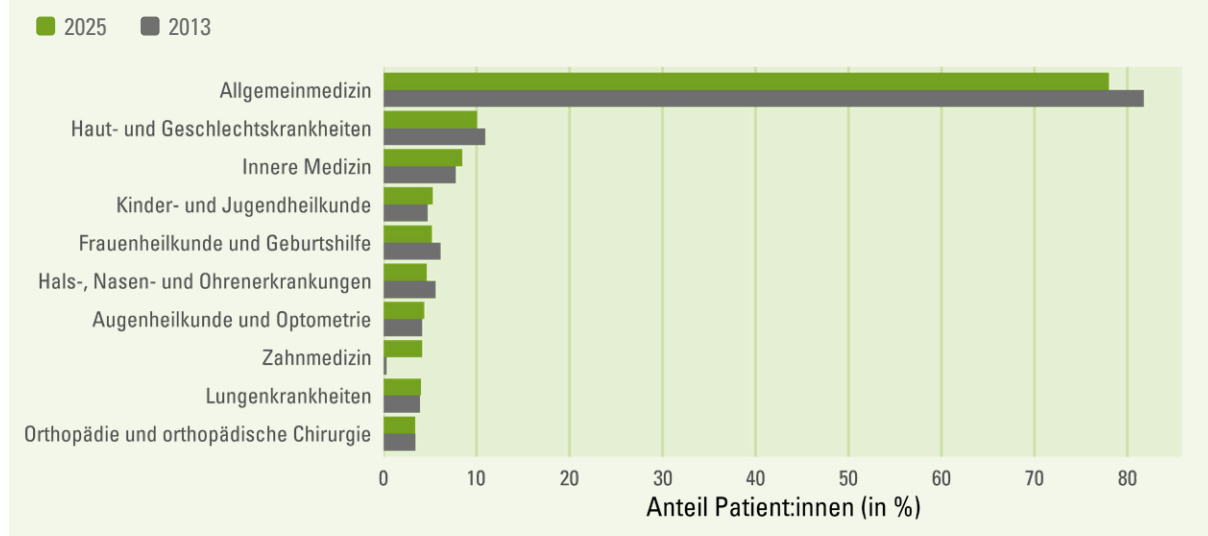
2024 vs. 2025

Der stärkste relative Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ergab sich mit -3,5 % in der Gruppe der über 80-Jährigen. Bei den 20-39-Jährigen kam es hingegen zu einem geringen absoluten Anstieg um 0,03 Verordnungen bzw. einem Anstieg um 0,5 %.



Bei den über 60-jährigen Heilmittelpatient:innen lag der durchschnittliche Medikamentenbedarf 2025 bei rund 31 Verordnungen jährlich. Das ist rund 3,4-mal so hoch wie bei Personen unter 60 Jahren, mit rund 9,1 Verordnungen jährlich.

Abbildung 19: Anteil der Patient:innen mit Verordnungen aus den angegebenen Fachrichtungen



Die Aufteilung erfolgt nach Fachrichtung der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes. Allgemeinmedizin beinhaltet auch hausapothekenführende Ärzt:innen. Dargestellt sind Anteile der Patient:innen mit mindestens einer Verordnung von der jeweiligen Fachrichtung im Kalenderjahr.

Von allen medizinischen Fachrichtungen liegt das meiste Verordnungsgeschehen bei der Allgemeinmedizin, also den Hausärzt:innen. Rund 78 % aller Heilmittelpatient:innen bekommen im Jahr 2025 mindestens ein Medikament von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt auf Rechnung der Krankenversicherungen verordnet. Im Jahr 2025 waren die drei weiteren Fachrichtungen, von denen anteilig den meisten Patient:innen ein Medikament

verordnet wurde, die Haut- und Geschlechtskrankheiten, die innere Medizin und die Kinder- und Jugendheilkunde. Häufig erfolgt allerdings nur die Erstverordnung von der Fachärztin bzw. vom Facharzt, während die Folgeverordnungen – insbesondere bei einer regelmäßigen Einnahme/Verabreichung – von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt (Allgemeinmedizin) verschrieben werden.


77 % der Heilmittel wurden von Allgemeinmediziner:innen verordnet. Rund 4,8 Mio. Patient:innen bekamen im Jahr 2025 mindestens ein Medikament von Allgemeinmediziner:innen verschrieben.

2.3. Entwicklung der Rezeptgebührenbefreiungen

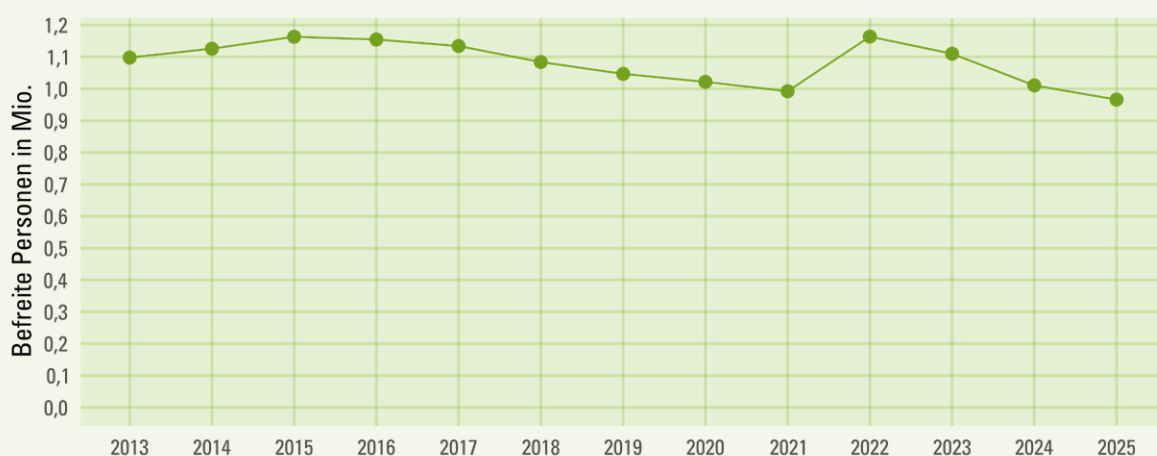
Die Rezeptgebühr stellt eine gesetzlich geregelte Kostenbeteiligung für Heilmittelpatient:innen dar, wird in der Apotheke bzw. der *Hausapotheke* für jede abgegebene Medikamentenpackung eingehoben und an die Krankenversicherung weitergeleitet.

Um für Patient:innen finanzielle Mehrbelastungen durch Rezeptgebühren möglichst hintanzuhalten, müssen diese in bestimmten Fällen aufgrund unterschiedlicher

Befreiungsgründe nicht bezahlt werden. Die Gesamtausgaben für Rezeptgebühren sind beispielsweise mit derzeit 2 % des jährlichen Netto-Einkommens gedeckelt. Wird diese Grenze erreicht, tritt automatisch eine Befreiung weiterer Rezeptgebühren in diesem Kalenderjahr ein.

Die jüngsten Neuerungen bei der Rezeptgebührenbefreiung werden in einem Sonderthema (siehe Kapitel 5.3.) gesondert dargestellt.

Abbildung 20: Personen mit Befreiung von der Rezeptgebühr, 2013-2025



Gewertet wurden alle Befreiungsgründe. Kopfzählung bei Befreiung zu irgendeinem Zeitpunkt im Kalenderjahr.

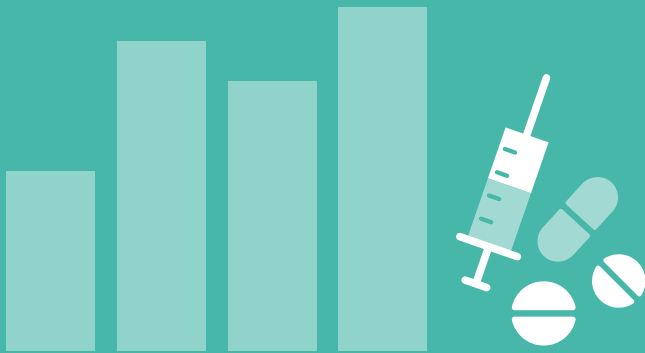
Die Abbildung zeigt, dass die Anzahl an Personen, die in den einzelnen Jahren von der Rezeptgebühr befreit waren, bis inklusive 2021 leicht rückläufig war. Der Sprung im Jahr 2022 ist auf die Einbeziehung von Vertriebenen aus der Ukraine in die Pflichtversicherung zurückzuführen, welche auch mit einer Befreiung von der Rezeptgebühr verbunden war.

Aufgrund verschiedener Maßnahmen zur Entlastung der Versicherten wird in den kommenden Jahren ein Anstieg der von der Rezeptgebühr befreiten Personen erwartet.

Die eingenommenen Rezeptgebühren (503 Mio. Euro im Jahr 2025) decken rund 10,1 % der gesamten Heilmittel- ausgaben der Krankenversicherung im Jahr 2025 ab.



Die meisten Rezeptgebührenbefreiungen fallen im Dezember an. Im Jahr 2025 wurde etwa ein Drittel (34 %) aller Rezeptgebühren in diesem Monat aufgrund einer Befreiung nicht eingehoben.



03

Daten und Fakten zur Heilmittelentwicklung

- 3.1. Allgemeine Heilmittelentwicklung
- 3.2. Heilmittelentwicklung nach EKO-Bereichen
- 3.3. Heilmittelentwicklung nach Preissegmenten
- 3.4. Heilmittelentwicklung im EKO nach Marktsituation
- 3.5. Entwicklungen im Medikamentenbereich
auf Produktgruppenebene
- 3.6. Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex



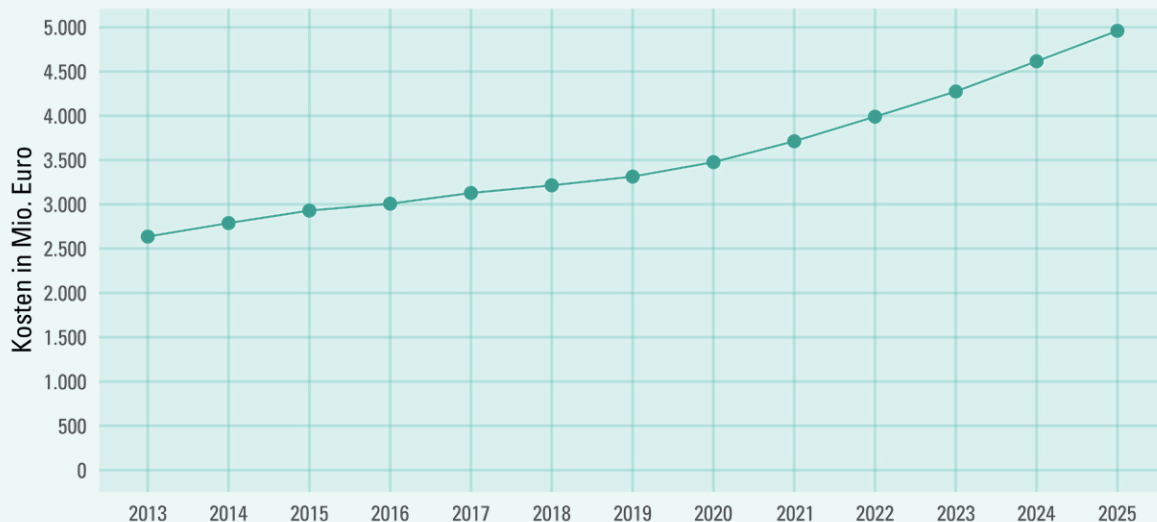
Auf den Punkt gebracht

Die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich gewährleistet eine umfassende Versorgung mit Heilmitteln. Auch der im Bedarfsfall zeitnahe Zugang zu neuen, oft sehr teuren Therapien ist gesichert. Dies ist anhand der Heilmittelentwicklung in den letzten Jahren erkennbar, die vor allem durch steigende Preisniveaus abgegebener Medikamente, die zunehmende Bedeutung des Gelben Bereichs des EKO sowie die verstärkte Versorgung mit hochpreisigen, spezialisierten Medikamenten geprägt war.

Um die langfristige Finanzierbarkeit des Systems zu sichern, ist ein sorgfältiger Umgang mit den Beitragsmitteln sowie deren effizienter Einsatz essenziell. Daher sollten künftig auch Medikamente, die sich jetzt noch außerhalb des EKO befinden, im Rahmen von Aufnahmeverfahren bewertet und deren Preise aktiv verhandelt werden.

3.1. Allgemeine Heilmittelentwicklung

Abbildung 21: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung, 2013-2025



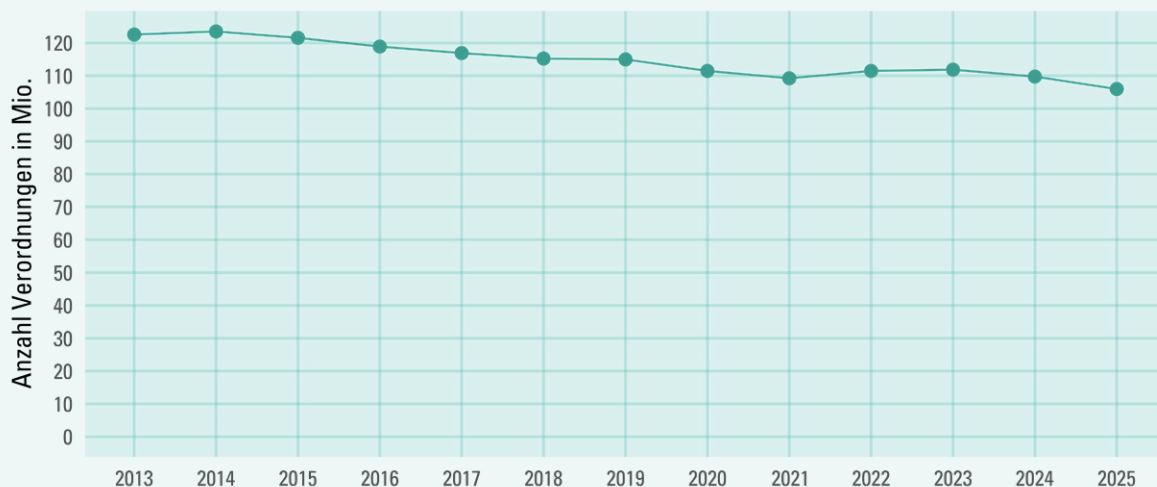
Die Kosten für die Heilmittelversorgung durch die Krankenversicherung betrugen im Jahr 2025 4.959,0 Mio. Euro. Seit 2013 sind die *Heilmittelkosten* um 88,2 % gestiegen bzw. durchschnittlich um 5,4 % pro Jahr. Insbesondere seit 2020 ist ein deutlich stärkerer Kostenanstieg zu beobachten: Mit durchschnittlich +7,4 % pro Jahr fiel das Ausgabenwachstum

mehr als doppelt so hoch aus wie in den fünf Jahren zuvor (durchschnittlich +3,5 % pro Jahr).

2024 vs. 2025

Die Heilmittelkosten nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 344,0 Mio. Euro bzw. um 7,5 % zu.

Abbildung 22: Entwicklung der Anzahl an Heilmittelverordnungen, 2013-2025



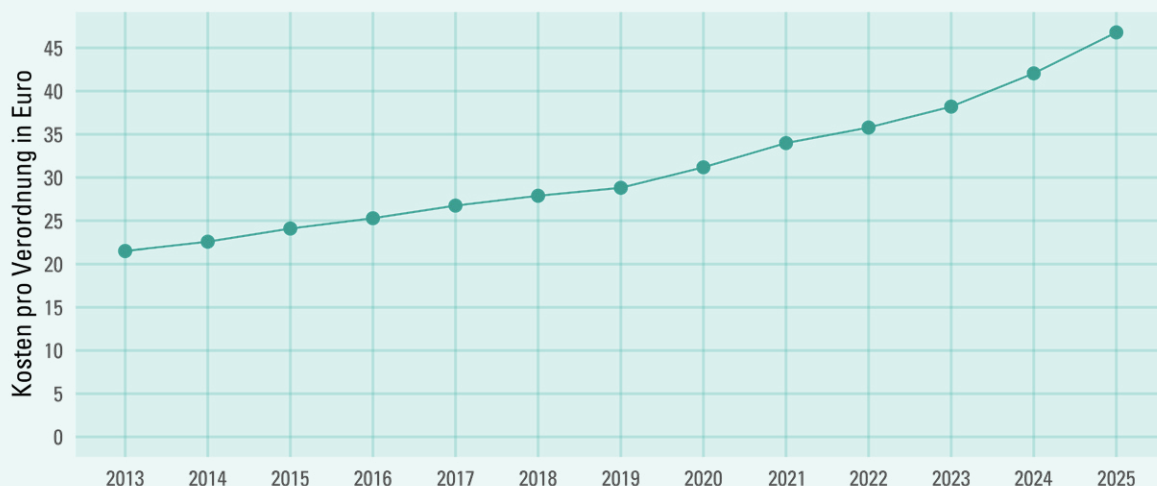
Die Anzahl der auf Kosten der Krankenversicherung abgegebenen Heilmittelverordnungen im Jahr 2025 betrug 106,0 Mio. Seit 2013 sind die Verordnungen um 13,5 % gesunken bzw. um durchschnittlich 1,2 % pro Jahr. Dieser Rückgang ist im Wesentlichen auf die jährlich steigende Rezeptgebühr zurückzuführen: Wenn der Preis eines Medikaments unter die gültige Rezeptgebühr fällt, wird das Medikament nicht mehr von der Krankenversicherung, sondern von den Patient:innen

privat bezahlt. Den Patient:innen entsteht hierdurch kein finanzieller Nachteil, denn statt der Rezeptgebühr ist das Medikament zu einem Preis kleiner (oder gleich) der Rezeptgebühr zu bezahlen (vgl. Kapitel 5.3.).

2024 vs. 2025

Die Anzahl an Heilmittelverordnungen auf Kosten der Krankenversicherung nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 Mio. bzw. um 3,4 % ab.

Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung, 2013-2025

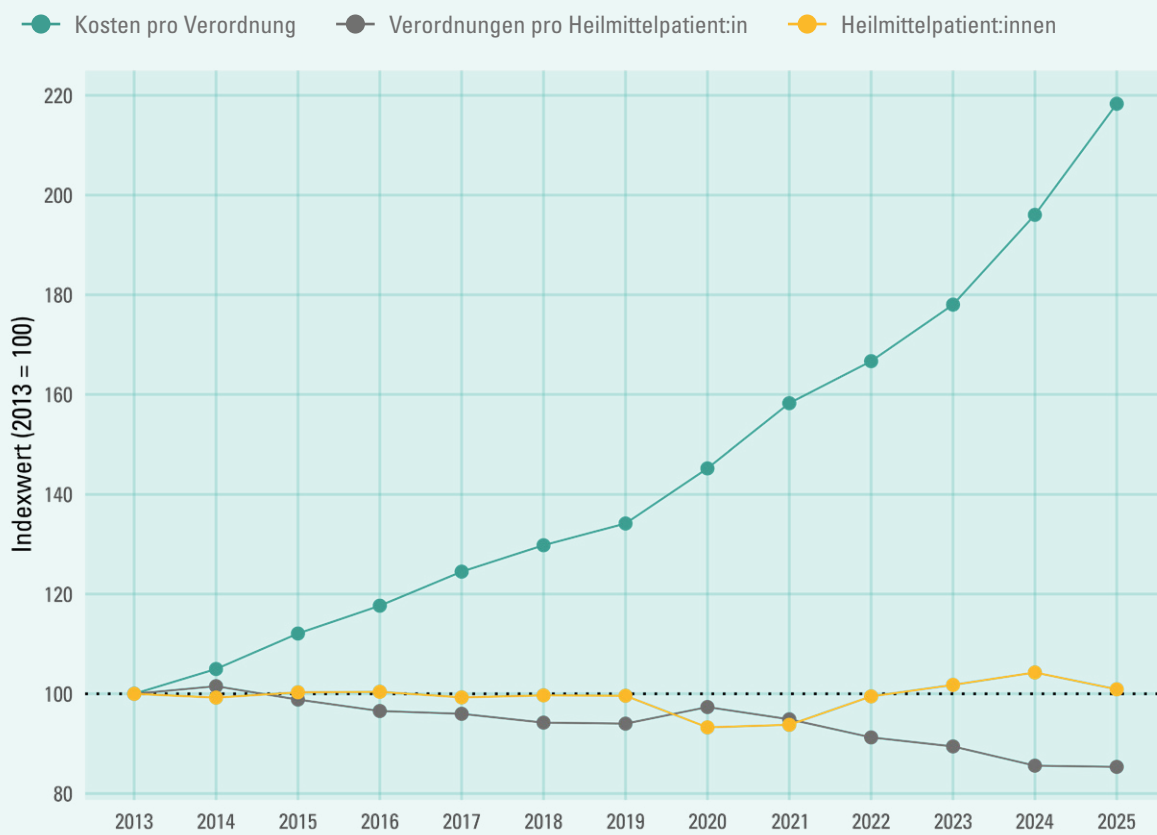


Die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung beliefen sich im Jahr 2025 auf 46,8 Euro. Im Betrachtungszeitraum stiegen die Kosten pro Verordnung kontinuierlich und haben sich seit 2013 mehr als verdoppelt (+117,7 %).

2024 vs. 2025

Die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 4,75 Euro bzw. um 11,3 % zu.

Abbildung 24: Komponenten der Heilmittelkostenentwicklung, 2013-2025



Indexierte Darstellung (Basisjahr 2013 = 100).

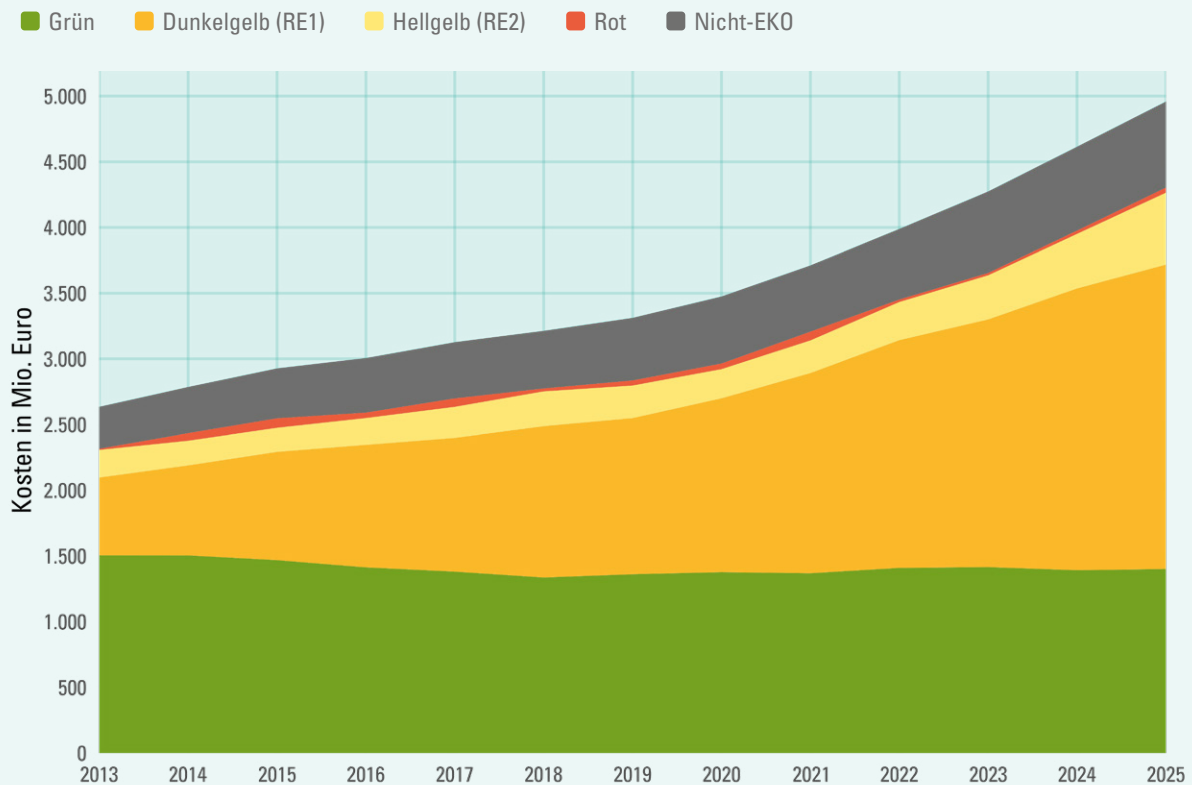
Die Kostenentwicklung lässt sich in drei Komponenten aufteilen: Kosten pro Verordnung (Preisniveau), durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Patient:in (Heilmittelbedarf der Patient:innen) und die Anzahl der versorgten Patient:innen.

Es zeigt sich ein deutlicher Preis- bzw. Struktureffekt, sodass über die Jahre tendenziell teurere Medikamente

auf Kosten der Krankenversicherung abgegeben wurden (seit 2013 stiegen die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung um +118 %). Die Menge an auf Kosten der Krankenversicherung abgegebenen Heilmitteln ist im selben Zeitraum stabil bzw. etwas rückläufig (seit 2013 Anzahl *Heilmittelpatient:innen* +1 %; Anzahl Heilmittelverordnungen pro Patient:in -15 %).

3.2. Heilmittelentwicklung nach EKO-Bereichen

Abbildung 25: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung je EKO-Bereich, 2013-2025



Die Bedeutung des Dunkelgelben Bereichs für die Heilmittelkosten nimmt immer weiter zu. Seit 2021 hat der Dunkelgelbe Bereich den Grünen Bereich als kostenintensivsten Bereich des EKO abgelöst. Die durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten der Kosten im Dunkelgelben Bereich betrugen seit 2013 12,0 %, während sie im Grünen Bereich durchschnittlich jährlich um 0,6 % gesunken sind. Im Jahr 2025 wurden Kosten in Höhe von 2.317,1 Mio. Euro durch

Medikamente im Dunkelgelben Bereich des EKO verursacht, während sich die Kosten im Grünen Bereich auf 1.400,3 Mio. Euro beliefen.

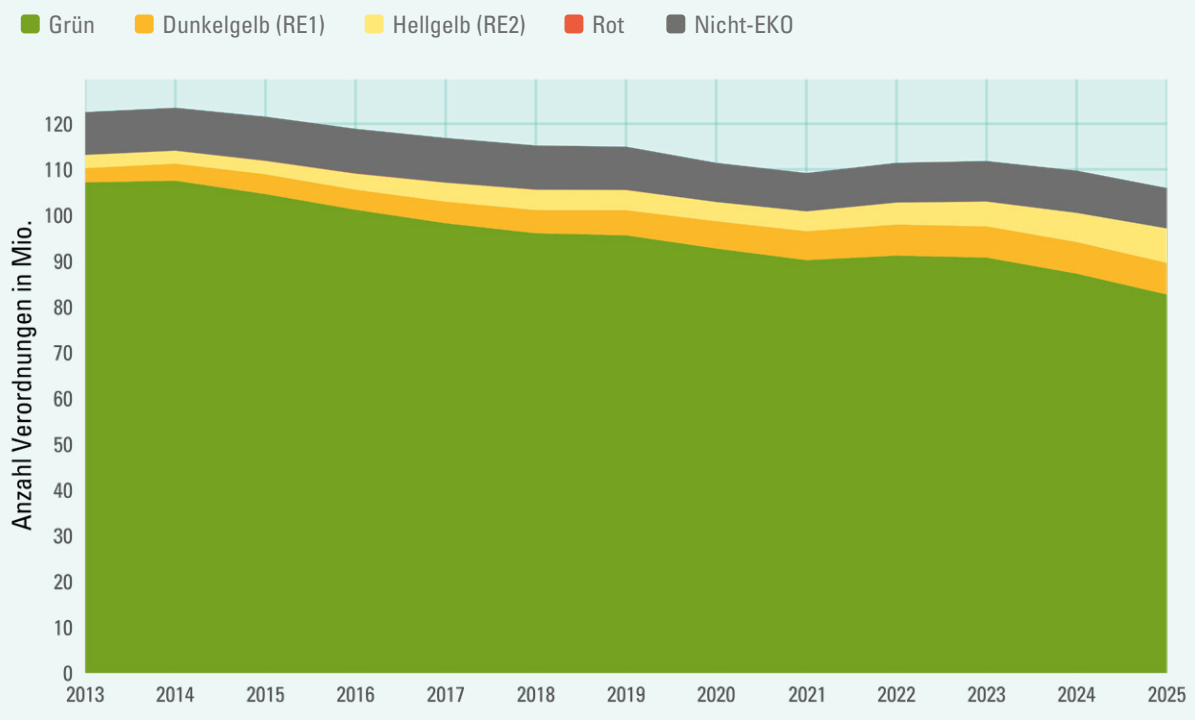
2024 vs. 2025

Die größte absolute Kostenveränderung aller EKO-Bereiche im Vergleich zum Vorjahr war im Dunkelgelben Bereich mit +172,0 Mio. Euro (+8,0 %) zu verzeichnen.



Im Jahr 2025 betrug der Anteil des Dunkelgelben Bereichs an den Gesamtkosten 46,7 % bei 6,5 % der Verordnungen.

Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl von Heilmittelverordnungen je EKO-Bereich, 2013-2025



Im Jahr 2025 stammten 82,7 Mio. der auf Kosten der Krankenversicherung abgegebenen Heilmittelverordnungen – und damit die überwiegende Mehrheit – aus dem Grünen Bereich des EKO. Der Anteil des Grünen Bereichs an allen auf Kosten der Krankenversicherung abgegebenen Heilmittelverordnungen ist seit 2013 von 87,4 % auf 78,0 % zurückgegangen.

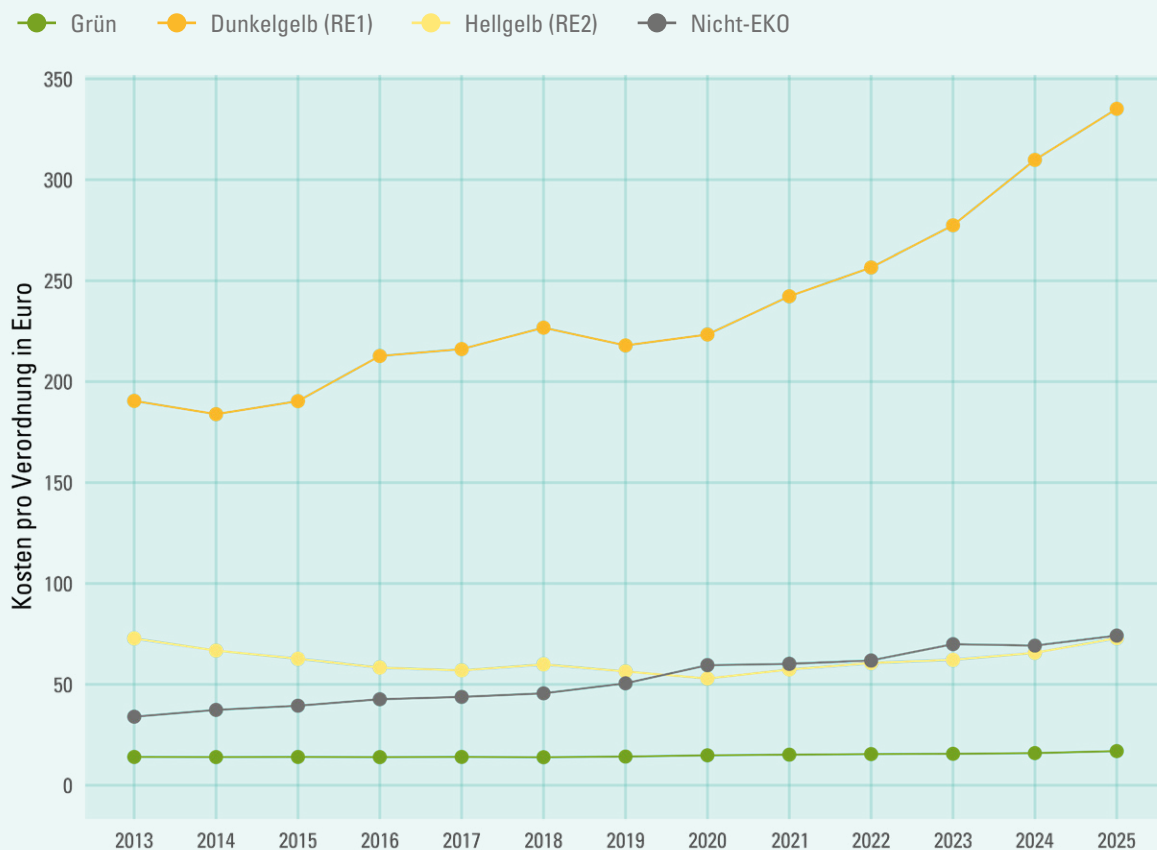
2024 vs. 2025

Die größte absolute Veränderung aller EKO-Bereiche bei den Verordnungsmengen im Vergleich zum Vorjahr war im Grünen Bereich des EKO zu beobachten mit einem Rückgang von 4,6 Mio. Verordnungen bzw. 5,2 %. Die größte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr war im Hellgelben Bereich zu verzeichnen (+1,2 Mio. Verordnungen; +18,7 %).



Im Jahr 2025 betrug der Anteil des Grünen Bereichs an den Gesamtkosten 28,2 % bei 78 % der Verordnungen.

Abbildung 27: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung je EKO-Bereich (exklusive Roter Bereich), 2013-2025



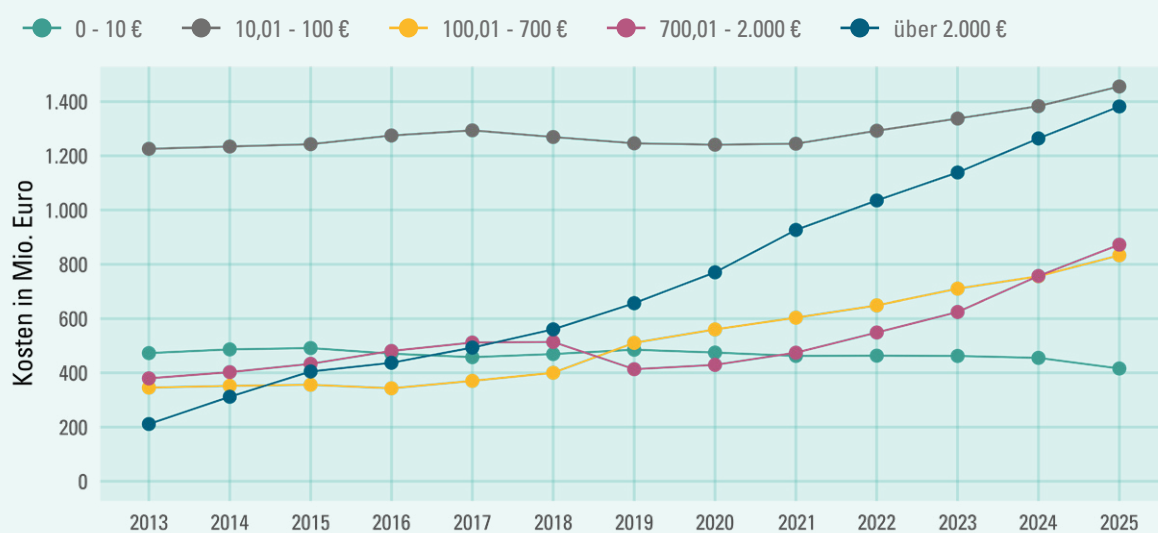
Im Jahr 2025 verursachten Medikamente im Dunkelgelben Bereich des EKO mit 335,17 Euro die mit Abstand höchsten durchschnittlichen Kosten pro Verordnung. Die insgesamt steigenden durchschnittlichen Kosten pro Verordnung sind maßgeblich durch die Entwicklungen im Dunkelgelben Bereich geprägt (seit 2013 +144,74 Euro bzw. +76,0 %).

2024 vs. 2025

Im Dunkelgelben Bereich des EKO war die größte absolute Veränderung bei den durchschnittlichen Kosten pro Verordnung aller EKO-Bereiche mit einem Zuwachs von 25,32 Euro bzw. 8,2 % zum Vorjahr zu verzeichnen.

3.3. Heilmittelentwicklung nach Preissegmenten

Abbildung 28: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung je Preissegment, 2013-2025



Heilmittelkosten aufgeteilt nach Preissegment der abgegebenen Packungen; Preissegment auf Basis Kassenverkaufspreise exkl. USt. (Kosten pro Verordnung).

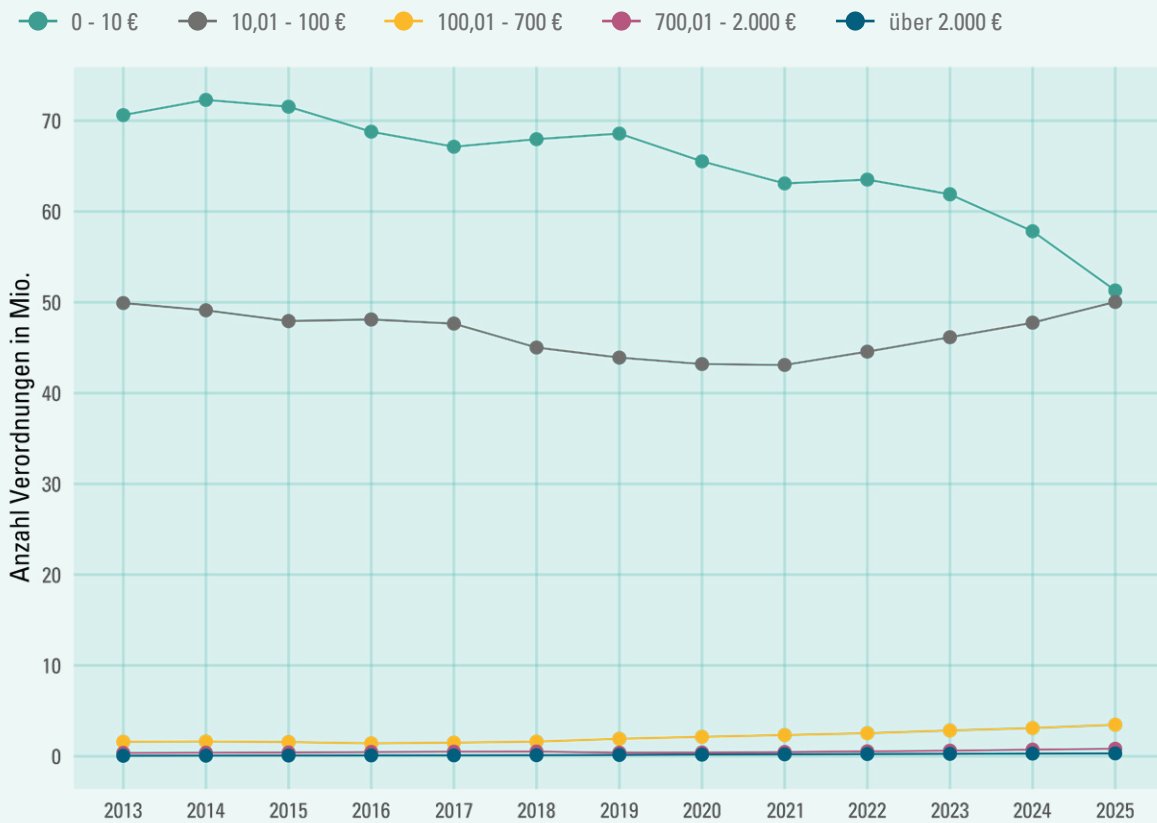
Die Krankenversicherung übernimmt bei medizinischer Notwendigkeit auch die Kosten von sehr hochpreisigen Medikamenten. Die Heilmittelkosten nach Preissegment (Kosten pro Verordnung) zeigen einen klaren Trend hin zu einem wachsenden Kostenanteil für solche hochpreisigen Medikamente. Der überwiegende Anteil der Kostensteigerung ist auf Medikamente mit Kassenverkaufspreisen über 700 Euro zurückzuführen. Noch weisen Produkte mit Preisen über 10 bis inkl. 100 Euro den höchsten Kostenanteil auf (29,4 % der Gesamtkosten). Das mit Abstand höchste Kostenwachstum ist jedoch im höchsten

abgebildeten Preisbereich über 2.000 Euro pro Packung zu verzeichnen (+554,2 % seit 2013). Während im Jahr 2013 dieses Preissegment mit 8,0 % noch den niedrigsten Kostenanteil aufwies, beträgt dieser mittlerweile 27,9 %.

2024 vs. 2025

Die größte absolute Kostenveränderung zum Vorjahr zeigte sich in den obersten beiden Preissegmenten mit +115,6 Mio. Euro (+15,3 %), im Preissegment von 700,01 bis 2.000 Euro und mit +117,8 Mio. EUR (+9,3 %) im Preissegment ab 2.000 Euro.

Abbildung 29: Entwicklung der Heilmittelverordnungen je Preissegment, 2013-2025



Heilmittelverordnungen aufgeteilt nach Preissegment; Preissegment auf Basis Kassenverkaufspreise exkl. USt. (Kosten pro Verordnung).

Während höherpreisige Medikamente einen großen Anteil an den Kosten einnehmen, spielen sie bei den Verordnungsmengen eine eher untergeordnete Rolle. Die Mehrheit der im Jahr 2025 auf Kosten der Krankenversicherung abgegebenen Heilmittelverordnungen liegen im Preissegment bis zu 10 Euro pro Verordnung (48,4 %). Insgesamt 95,6 % aller Verordnungen sind im Preissegment bis 100 Euro pro Verordnung.

2024 vs. 2025

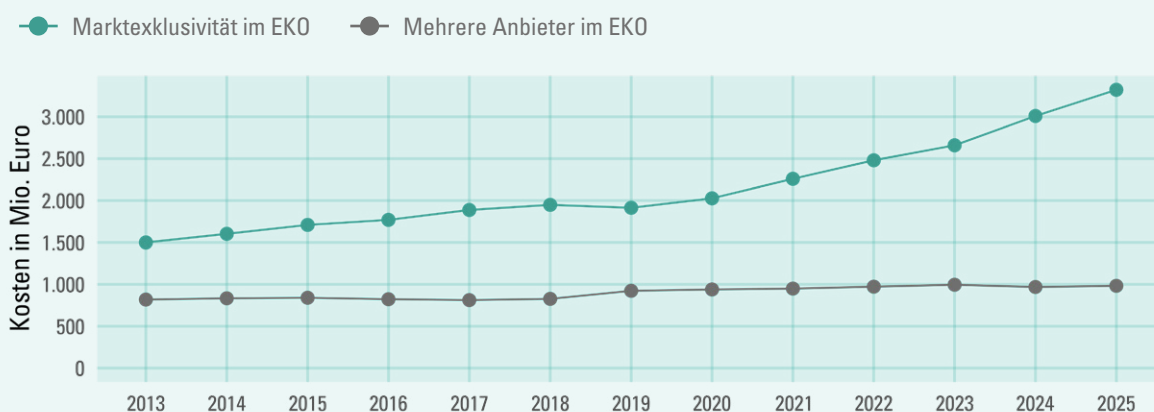
Die größte Veränderung der Verordnungsmengen zum Vorjahr war im niedrigsten Preissegment (0 bis 10 Euro) mit minus 6,5 Mio. Verordnungen bzw. minus 11,3 % zu beobachten (Effekt der steigenden Rezeptgebühr). Relativ gesehen nahmen die Verordnungsmengen von höherpreisigen Medikamenten am stärksten zu (Preissegment 700,01 bis 2.000 Euro; +13,1 % zum Vorjahr).

3.4. Heilmittelentwicklung im EKO nach Marktsituation

Verliert ein Medikament den Patentschutz, können andere Anbieter wirkstoffidentische Nachfolgermedikamente (*Generika* bzw. *Biosimilars*) mit gleichwertiger Sicherheit und Wirksamkeit auf den Markt bringen. Dadurch kann durch die geltenden gesetzlichen Regelungen und durch preislichen Wettbewerb zwischen den Anbietern die Versorgung bei gleicher Qualität zu deutlich günstigeren Preisen erfolgen.

Im Folgenden ist die Heilmittelentwicklung getrennt für Medikamente mit aufrechter Marktexklusivität (ohne wirkstoffgleiche Nachfolger) und für Medikamente mit Wettbewerb durch Nachfolger (mehrere Anbieter) dargestellt. Die Information zur Marktsituation liegt nur für den EKO vor, daher beschränken sich die Analysen im vorliegenden Kapitel auf Medikamente im EKO.

Abbildung 30: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung im EKO nach Marktsituation, 2013-2025



Marktexklusivität im EKO: Medikamente im EKO ohne Wettbewerb durch wirkstoffgleiche Nachfolger (*Generika*, *Biosimilars*), das heißt typischerweise mit aufrechter Patentschutz. **Mehrere Anbieter im EKO:** Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz und mehreren wirkstoffgleichen Anbietern (in aller Regel Wettbewerb zwischen Erstanbieter und *Generika* bzw. *Biosimilars*).

Preislicher Wettbewerb durch Nachfolgerpräparate (*Generika*, *Biosimilars*) bei patentfreien Medikamenten ist essenziell zur Wahrung der Finanzierbarkeit der Medikamentenversorgung.

Während die EKO-Kosten im ersetzbaren Markt (mit Wettbewerb durch Nachfolger) über die Zeit vergleichsweise stabil gehalten werden konnten, ist die deutliche Kostensteigerung im EKO nahezu vollständig auf den patentgeschützten Bereich (ohne Wettbewerb durch Nachfolger) zurückzuführen. Die EKO-Kosten entfielen im Jahr 2025 zu 77,2 % auf den patentgeschützten Bereich (ohne Wettbewerb durch Nachfolger) bzw. zu 22,8 % auf den sogenannten ersetzbaren Markt. Den ersetzbaren Markt teilen sich die Erstanbieter (mit 10,6 %

Anteil an den EKO-Kosten) und die wirkstoffgleichen Nachfolger (mit 12,2 % Anteil an den EKO-Kosten).

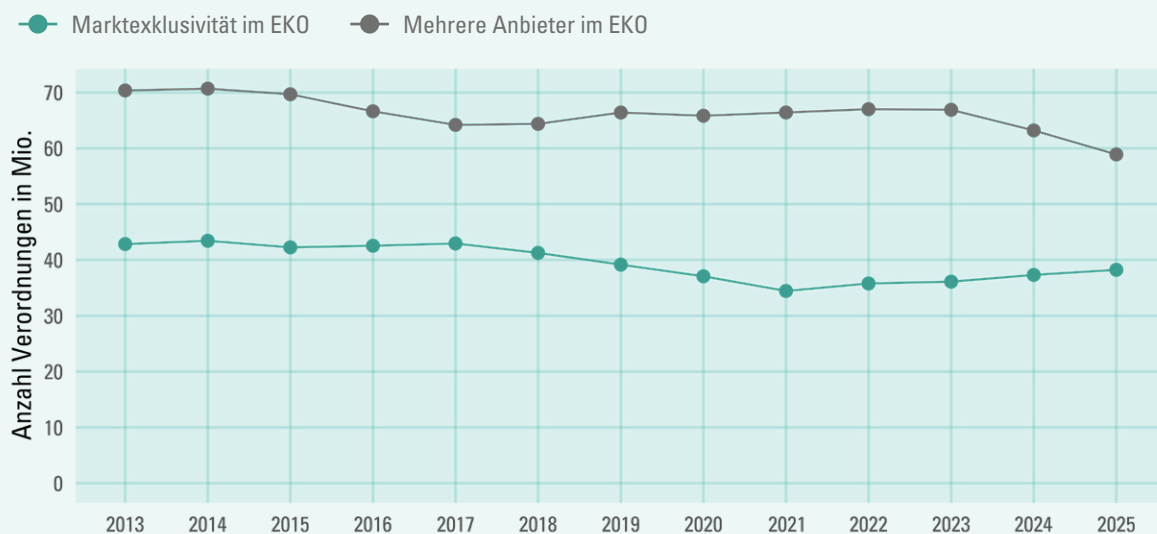
2024 vs. 2025

Bei Medikamenten mit Marktexklusivität war ein Kostenwachstum zum Vorjahr in Höhe von 313,3 Mio. Euro (+10,4 %) zu verzeichnen.



Im Jahr 2025 betrug der Nachfolger-Anteil (*Generika*, *Biosimilars*) an den EKO-Kosten 12,2 %.

Abbildung 31: Entwicklung der Heilmittelverordnungen (nur EKO) nach Marktsituation, 2013-2025



Marktexklusivität im EKO: Medikamente im EKO ohne Wettbewerb durch wirkstoffgleiche Nachfolger (Generika, Biosimilars), das heißt typischerweise mit aufrehtem Patentschutz. Mehrere Anbieter im EKO: Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz und mehreren wirkstoffgleichen Anbietern (in aller Regel Wettbewerb zwischen Erstanbieter und Generika bzw. Biosimilars).

Der Mengenanteil des ersetzbaren Markts (mit Wettbewerb durch Nachfolger; auch „patentfreier“ Markt) an den EKO-Verordnungen beträgt 60,6 %. Diese 60,6 % teilen sich die Erstanbieter mit 22,5 % und die wirkstoffgleichen Nachfolger mit 38,2 % aller EKO-Verordnungen. Der Nachfolgeranteil (Generika und Biosimilars) an den gesamten EKO-Verordnungen stieg von 31,4 % im Jahr 2013 auf 38,2 % im Jahr 2025.

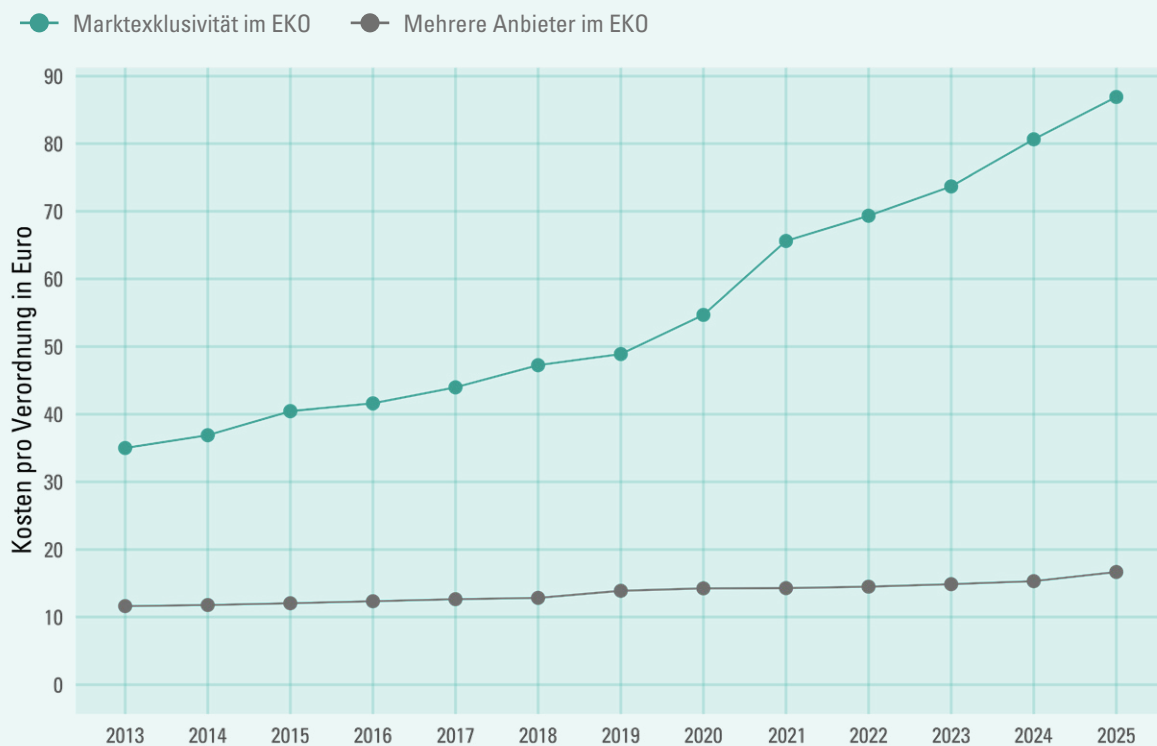
2024 vs. 2025

EKO-Verordnungen von Medikamenten mit wirkstoffgleichem Wettbewerb verzeichneten zum Vorjahr einen Rückgang von 4,3 Mio. Verordnungen bzw. 6,8 %. EKO-Verordnungen bei Medikamenten mit Marktexklusivität nahmen um 0,9 Mio. (bzw. 2,4 %) zu.



Im Jahr 2025 betrug der Generika-Anteil an den EKO-Verordnungen 38,2 %.

Abbildung 32: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung (nur EKO) nach Marktsituation, 2013-2025



Marktexklusivität im EKO: Medikamente im EKO ohne Wettbewerb durch wirkstoffgleiche Nachfolger (Generika, Biosimilars), das heißt typischerweise mit aufrehtem Patentschutz. Mehrere Anbieter im EKO: Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz und mehreren wirkstoffgleichen Anbietern (in aller Regel Wettbewerb zwischen Erstanbieter und Generika bzw. Biosimilars).

Die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung im EKO sind bei Medikamenten ohne wirkstoffgleiche Nachfolger (Marktexklusivität im EKO) mit 86,92 Euro deutlich höher als im ersetzbaren Markt mit 16,67 Euro (durchschnittliche Kosten pro Verordnung Erstanbieter: 20,86 Euro; Nachfolger: 14,20 Euro).

2024 vs. 2025

Bei Medikamenten mit Marktexklusivität im EKO zeigte sich ein Zuwachs zum Vorjahr bei den durchschnittlichen Kosten pro Verordnung von 6,27 Euro bzw. 7,8 %.

3.5. Entwicklungen im Medikamentenbereich auf Produktgruppenebene

Die Betrachtung der Medikamentengruppen (pharmakologische Untergruppen) mit den höchsten Kosten, Verordnungen und Kosten pro Verordnung gibt einen Einblick in die große Vielfalt an Medikamenten, mit welchen die Krankenversicherung ihre Versicherten (und „Mitversicherten“) versorgt. Neben bekannten Medikamentengruppen, die der Behandlung klassischer „Volkskrankheiten“ dienen (z.B. Blutdruck- und Cholesterinsenker, Antithrombotika („Blutverdünner“), Antidepressiva, Diabetes-Medikamente), finden sich darunter auch hochspezialisierte und meist sehr hochpreisige Medikamente, die etwa bei Krebserkrankungen

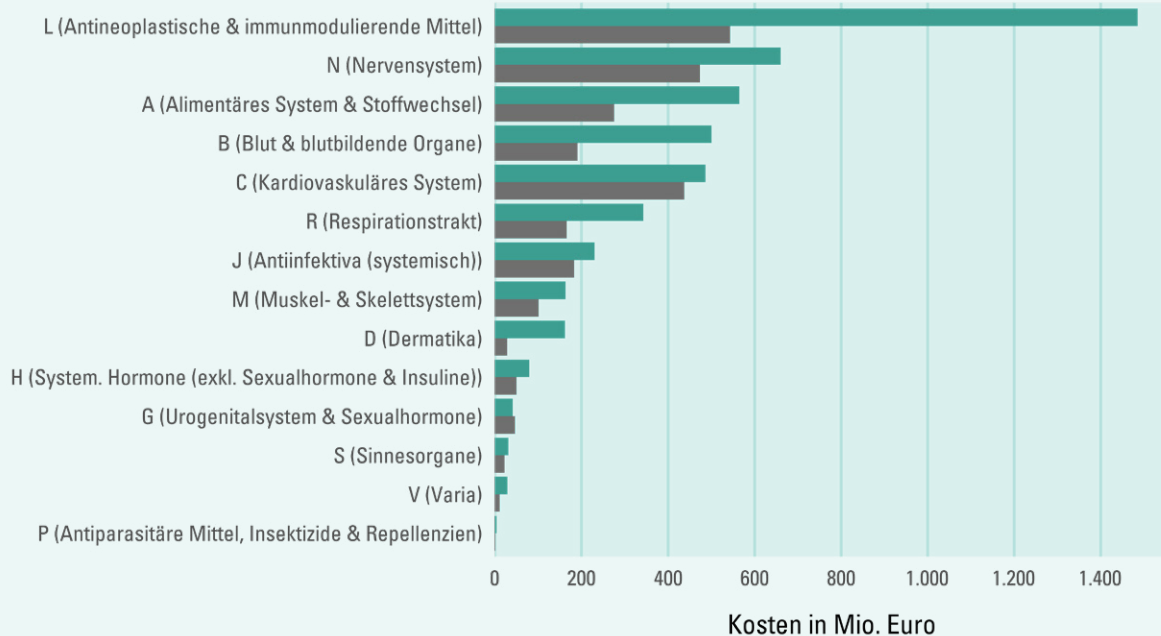
oder seltenen oft genetisch bedingten Erkrankungen eingesetzt werden.

Im folgenden Kapitel werden daher Medikamente mit Hilfe des etablierten Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikationssystems hinsichtlich ihres Wirkstoffes in Medikamentengruppen (ATC-Hauptgruppen und pharmakologische Untergruppen) eingeteilt und ihre Kosten, Verordnungen und Kosten pro Verordnung betrachtet. Hierbei fließen nicht alle Heilmittel ein, sondern nur jene Medikamente, für welche eine Einteilung nach der *ATC-Klassifikation* vorliegt (*Arzneispezialitäten*).

3.5.1. Heilmittelkosten nach Produktgruppen

Abbildung 33: Heilmittelkosten aufgeteilt nach ATC-Hauptgruppen

■ 2025 ■ 2013



Anmerkung: Nur Heilmittel mit ATC-Klassifikation (Arzneispezialitäten). ATC-Klassifikation zum Stichtag 31.12.2025.

Die Medikamentengruppe (ATC-Hauptgruppe) mit den höchsten Kosten 2025 waren antineoplastische und immunmodulierende Mittel (ATC L; diese umfassen

insbesondere Krebsmedikamente und Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen, etwa bei Autoimmunerkrankungen oder bestimmten entzündlichen

Erkrankungen) mit Kosten von 1.485,4 Mio. Euro. Dies entsprach 30,0 % der gesamten Heilmittelkosten (bei 2,1 % der Heilmittelverordnungen).

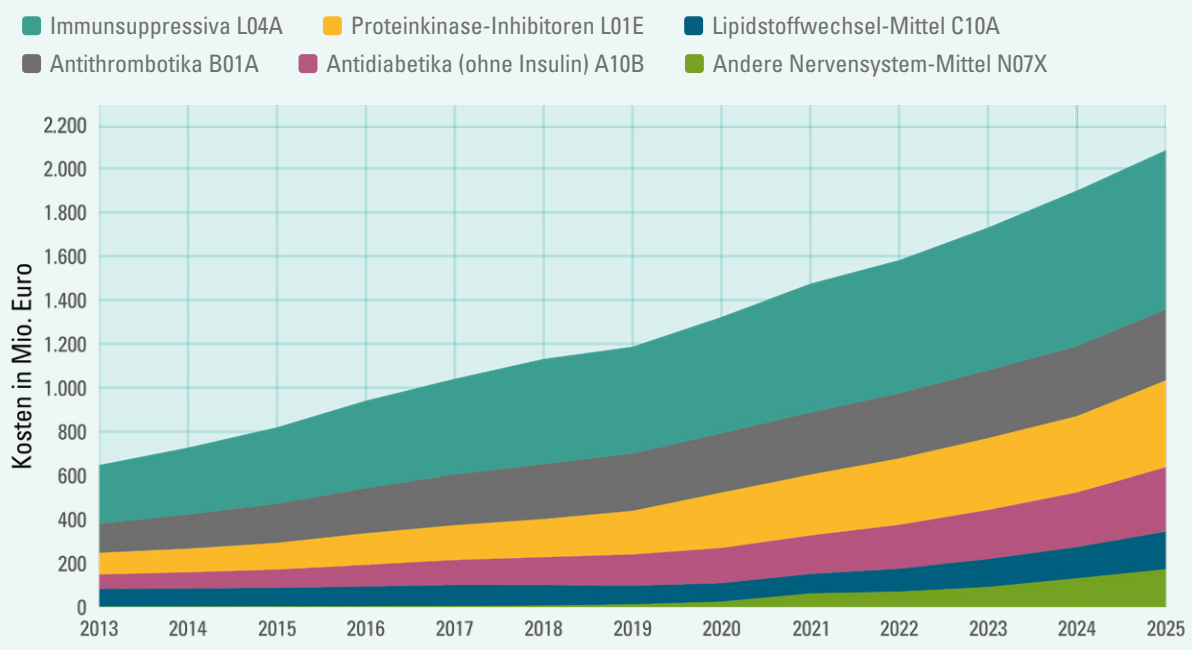
Zu den fünf kostenstärksten ATC-Hauptgruppen gehörten darüber hinaus folgende Medikamente:

- **Medikamente für das Nervensystem** (ATC N; diese umfassen etwa Schmerzmittel und Medikamente für psychische und neurologische Erkrankungen, wie etwa Antidepressiva oder Antiepileptika) mit 660,1 Mio. Euro (13,3 % der gesamten Heilmittelkosten),
- **Medikamente für das alimentäre System und den Stoffwechsel** (ATC A; diese umfassen etwa Diabetes-

Medikamente und Mittel gegen Magen- und Darmerkrankungen wie Übelkeit, Verstopfung oder Reflux) mit 564,8 Mio. Euro (11,4 % der gesamten Heilmittelkosten),

- **Medikamente, die das Blut und blutbildende Organe beeinflussen** (ATC B; diese umfassen Antithrombotika) mit 500,8 Mio. Euro (10,1 % der gesamten Heilmittelkosten) sowie
- **Medikamente für das kardiovaskuläre System** (ATC C; diese umfassen etwa Blutdruck- und Cholesterinsenker) mit 486,4 Mio. Euro (9,8 % der gesamten Heilmittelkosten).

Abbildung 34: Entwicklung der kostenstärksten Medikamentenuntergruppen



Entwicklung der sechs Medikamentengruppen (pharmakologische Untergruppen ATC Level 3), die im Jahr 2025 die höchsten Kosten für die Krankenversicherung verursacht haben. Diese sind nicht notwendigerweise die kostenstärksten Medikamentengruppen in den dargestellten Vorjahren.

Bei einer genaueren Einteilung der Medikamente in ihre jeweiligen pharmakologischen Untergruppen (ATC Level 3) zeigten sich folgende Medikamentengruppen mit den höchsten Kosten für die Krankenversicherung im Jahr 2025:

- **Immunsuppressiva** (ATC L04A) mit 725,9 Mio. Euro (14,6 % der gesamten Heilmittelkosten). Diese

umfassen beispielsweise Medikamente, die häufig langfristig bei Autoimmunerkrankungen eingesetzt werden (z.B. „Rheuma“ oder Morbus Crohn).

- **Proteinkinase-Inhibitoren** (ATC L01E) mit 396,4 Mio. Euro (8,0 % der gesamten Heilmittelkosten). Das sind Medikamente, die bei verschiedenen Krebserkrankungen eingesetzt werden.

- **Antithrombotika** (ATC B01A) mit 323,9 Mio. Euro (6,5 % der gesamten Heilmittelkosten). Das sind Medikamente zur Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von Thrombosen, Herzinfarkten und Schlaganfällen. Sie umfassen Thrombozytenaggregationshemmer und Antikoagulanzen, die umgangssprachlich als „Blutverdünner“ bezeichnet werden.
- **Antidiabetika** (ohne Insulin) (ATC A10B) mit 293,3 Mio. Euro (5,9 % der gesamten Heilmittelkosten). Das sind blutzuckersenkende Medikamente, die zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt werden.
- **Andere Mittel für das Nervensystem** (ATC N07X) mit 173,0 Mio. Euro (3,5 % der gesamten Heilmittelkosten). Dies ist eine Sammelkategorie für Medikamente, die auf das Nervensystem wirken, aber in keine andere Kategorie (ATC Level 3) passen. Dazu gehören Mittel gegen neurologische Spezialerkrankungen. Die große Bedeutung für die Heilmittelkosten ist primär auf ein neueres Medikament zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose zurückzuführen, eine seltene Erkrankung, bei der sich

fehlerhafte bzw. fehlgefaltete Proteine aus der Leber in verschiedenen Organen als sogenanntes unlösliches Amyloid ablagern und dadurch zu einer Erkrankung des Herzmuskels oder des peripheren Nervensystems führen können.

- **Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen** (ATC C10A) mit 171,0 Mio. Euro (3,4 % der gesamten Heilmittelkosten). Das sind Medikamente zur Senkung erhöhter Blutfette, insbesondere von Cholesterin, zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

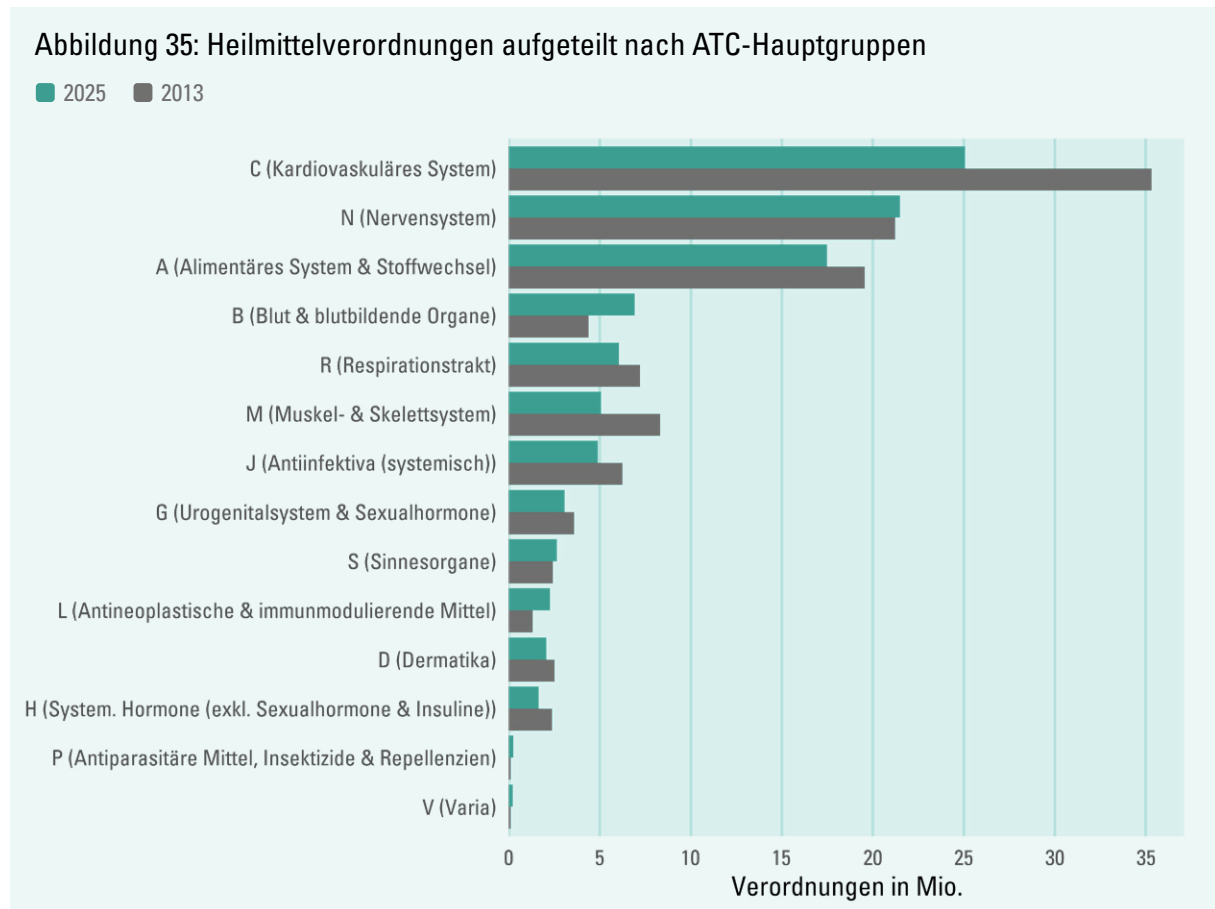
2024 vs. 2025

Die sechs kostenstärksten Medikamentengruppen (ATC Level 3) im Jahr 2025 waren auch die sechs kostenstärksten Gruppen im Vorjahr (L04A, L01E, B01A, A10B, N07X, C10A; siehe oben). Der größte absolute Kostenzuwachs zum Vorjahr zeigte sich bei den Proteinkinase-Inhibitoren (ATC L01E) mit +48,3 Mio. Euro (bzw. +13,9 %), gefolgt von den Antidiabetika (ohne Insulin; ATC A10B) mit +43,9 Mio. Euro (bzw. +17,6 %) und anderen Mitteln für das Nervensystem (ATC N07X) mit +41,3 Mio. Euro (+31,4 %).



Der Anteil der sechs kostenstärksten Medikamentengruppen (ATC-Level 3; vgl. Abbildung 34) an den gesamten Heilmittelkosten im Jahr 2025 betrug 42,0 % (bei 16,2 % der Heilmittelverordnungen).

3.5.2. Heilmittelverordnungen nach Produktgruppen



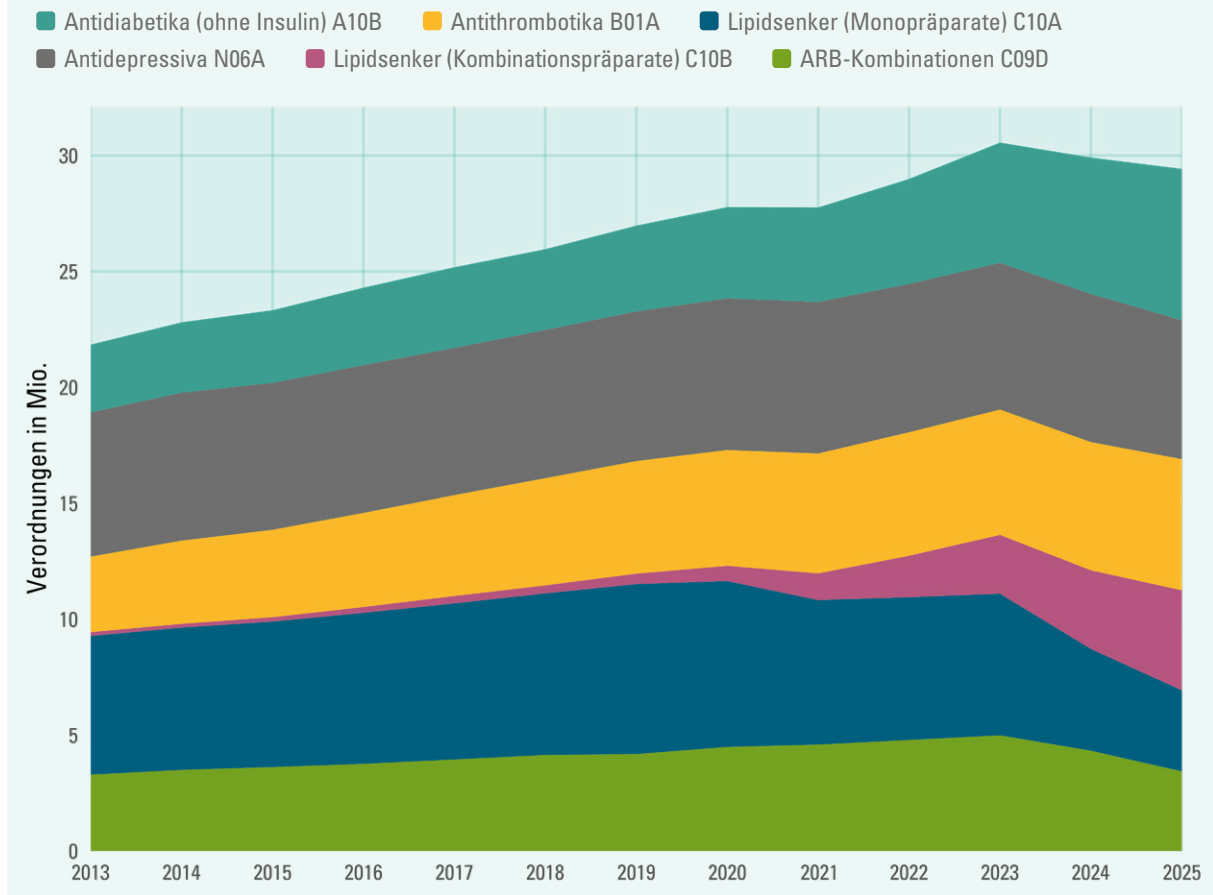
Folgende Medikamentengruppen (ATC-Hauptgruppen) wiesen die höchsten Verordnungsmengen im Jahr 2025 auf:

- **Medikamente für das kardiovaskuläre System** (ATC C; umfassen etwa Blutdruck- und Cholesterinsenker) mit 25,1 Mio. Verordnungen bzw. 23,7 % aller auf Kosten der Krankenversicherung im Jahr 2025 abgegebenen Verordnungen,
- **Medikamente für das Nervensystem** (ATC N; diese umfassen etwa Schmerzmittel und Medikamente

für psychische und neurologische Erkrankungen, wie etwa Antidepressiva oder Antiepileptika) mit 21,5 Mio. Verordnungen bzw. 20,3 % aller im Jahr 2025 abgegebenen Verordnungen und

- **Medikamente für das alimentäre System und den Stoffwechsel** (ATC A, diese umfassen etwa Diabetes-Medikamente und Mittel gegen Magen- und Darmerkrankungen wie Übelkeit, Verstopfung oder Reflux) mit 17,5 Mio. Verordnungen bzw. 16,5 % aller im Jahr 2025 abgegebenen Verordnungen.

Abbildung 36: Entwicklung der Medikamentenuntergruppen mit den höchsten Heilmittelverordnungsmengen



Entwicklung der sechs Medikamentengruppen (pharmakologische Untergruppen ATC Level 3) die im Jahr 2025 die höchsten Verordnungsmengen aufgewiesen haben. Diese sind nicht notwendigerweise die verordnungsstärksten Medikamentengruppen in den dargestellten Vorjahren. ARB = Angiotensin-II-Rezeptorblocker.

Bei einer genaueren Einteilung der Medikamente in ihre jeweiligen pharmakologischen Untergruppen (ATC Level 3) zeigten sich folgende Medikamentengruppen mit den höchsten Heilmittelverordnungsmengen auf Kosten der Krankenversicherung im Jahr 2025:

- **Antidiabetika** (ohne Insulin; ATC A10B) mit 6,5 Mio. Verordnungen (6,2 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind blutzuckersenkende Medikamente, die zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt werden.
- **Antithrombotika** (ATC B01A) mit 5,7 Mio. Verordnungen (5,3 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind Medikamente zur Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von Thrombosen, Herzinfarkten und Schlaganfällen. Sie umfassen Thrombozytenaggregationshemmer und Antikoagulanzen, die umgangssprachlich als „Blutverdünner“ bezeichnet werden.
- **Antidepressiva** (ATC N06A) mit 6,0 Mio. Verordnungen (5,7 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind Medikamente, die zur Behandlung von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen eingesetzt werden.
- **Kombinationspräparate zur Beeinflussung des Lipidstoffwechsels** (ATC C10B) mit 4,3 Mio. Verordnungen (4,1 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind Medikamente zur Senkung erhöhter Blutfette, insbesondere von Cholesterin, zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Kombinationspräparate vereinen mehrere lipidsenkende Wirkstoffe in einem Präparat.

- **Monopräparate zur Beeinflussung des Lipidstoffwechsels** (ATC C10A) mit 3,5 Mio. Verordnungen (3,3 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind Medikamente zur Senkung erhöhter Blutfette, insbesondere von Cholesterin, zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Monopräparate enthalten im Gegensatz zu Kombinationspräparaten nur einen lipidsenkenden Wirkstoff.
- **Angiotensin-II-Rezeptorblocker Kombinationen** (ATC C09D) mit 3,4 Mio. Verordnungen (3,2 % der gesamten Heilmittelverordnungen). Das sind Kombinationspräparate aus Angiotensin-II-Rezeptorblockern mit weiteren blutdrucksenkenden Wirkstoffen (z.B. Diuretika).

2024 vs. 2025

Von den sechs verordnungsstärksten Medikamentengruppen (ATC Level 3) im Jahr 2025 waren fünf

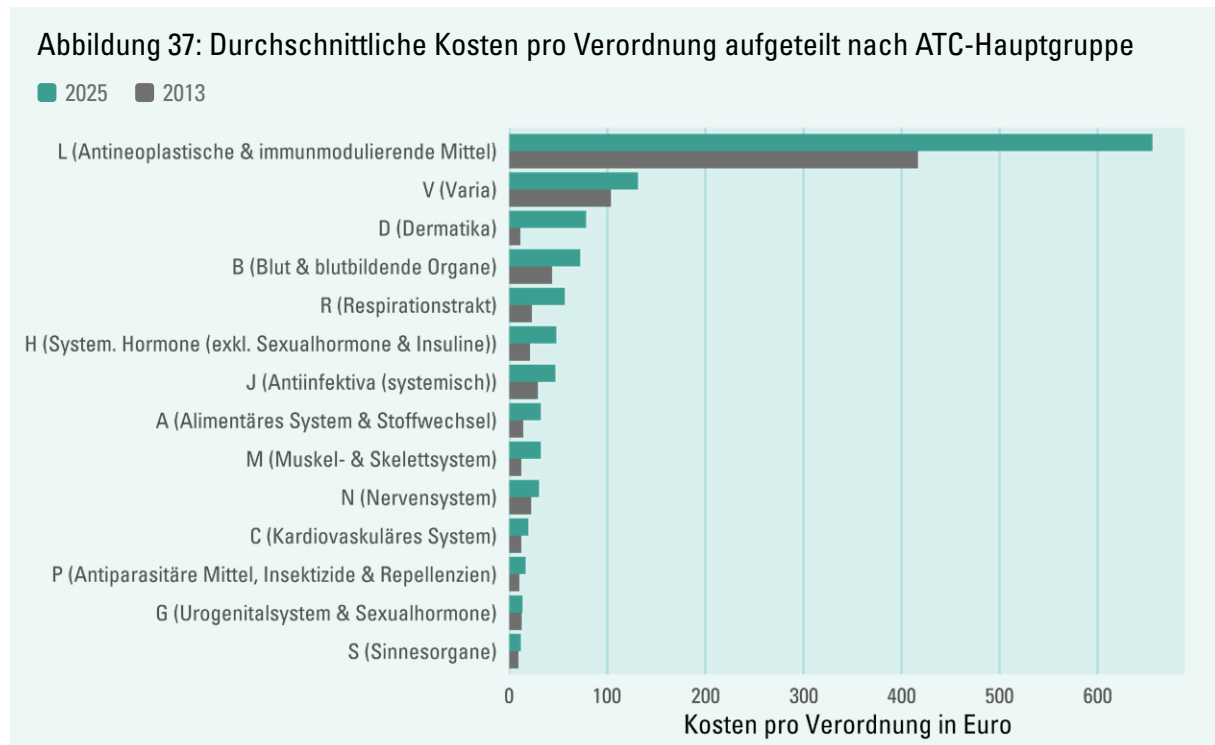
auch unter den sechs verordnungsstärksten Gruppen im Vorjahr (A10B, N06A, B01A, C10A, C09D; siehe oben). Neu hinzugekommen sind neben den Monopräparaten nun auch Kombinationspräparate zur Beeinflussung des Lipidstoffwechsels (ATC C10B). Nicht mehr unter den sechs verordnungsstärksten Medikamentengruppen sind im Jahr 2025 nicht-steroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01A; das sind entzündungshemmend, schmerzlindernd und fiebersenkend wirkende Medikamente, die vor allem bei rheumatischen sowie anderen entzündlich bedingten Beschwerden eingesetzt werden).

Der größte absolute Verordnungszuwachs zum Vorjahr zeigte sich bei den Kombinationspräparaten zur Lipidsenkung (ATC C10B) mit +0,9 Mio. Verordnungen (bzw. +27,3 %), gefolgt von den Antidiabetika (ohne Insulin; ATC A10B) mit +0,7 Mio. Verordnungen (bzw. +11,1 %).



Der Anteil der sechs verordnungsstärksten Medikamentengruppen (ATC-Level 3; vgl. Abbildung 36) an den Gesamtverordnungen im Jahr 2025 betrug 27,8 % (bei 20 % der Kosten).

3.5.3. Heilmittelkosten pro Verordnung nach Produktgruppen



Die höchsten durchschnittlichen Kosten pro abgegebener Verordnung im Jahr 2025 wiesen antineoplastische und immunmodulierende Mittel auf (ATC L; diese umfassen insbesondere Krebsmedikamente und Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen, etwa bei Autoimmunerkrankungen oder bestimmten entzündlichen Erkrankungen). Eine Verordnung eines antineoplastischen und immunmodulierenden Mittels (ATC L) kostete im Jahr 2025 durchschnittlich 656,12 Euro.



Die höchsten durchschnittlichen Kosten pro Verordnung (ATC-Level 3) in Höhe von 7.515,73 Euro entstanden 2025 bei speziellen Medikamenten zur Behandlung verschiedenster Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (ATC M09A). Umfasst ist unter anderem ein hochpreisiges Medikament zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie, einer schweren, genetisch bedingten, seltenen Erkrankung.

3.6. Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex

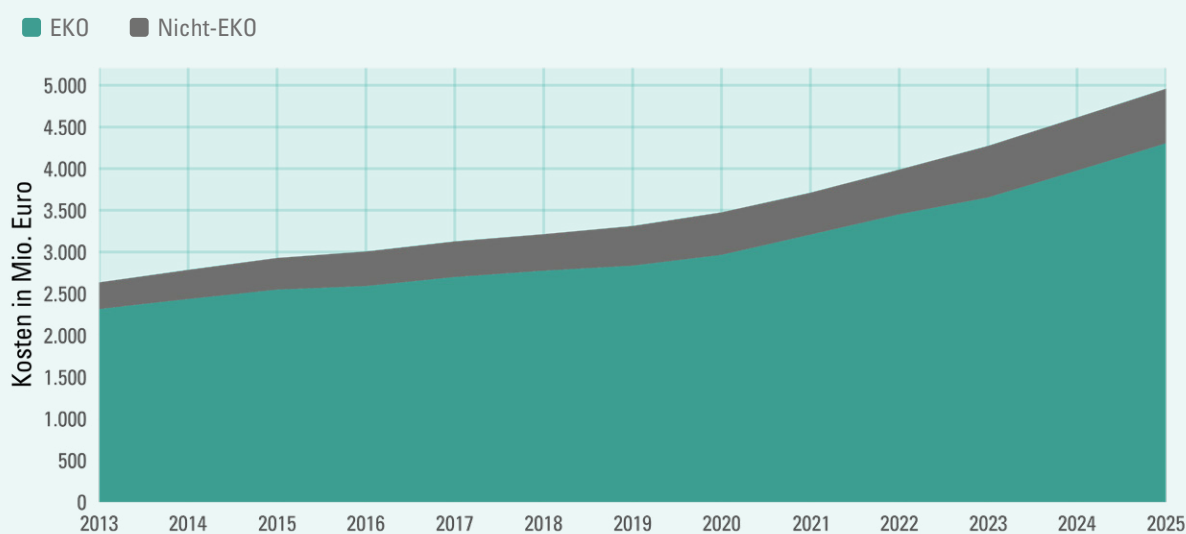
Verfahren zur Aufnahme in den EKO gehen mit einer umfassenden *medizinisch-therapeutischen* und *gesundheitsökonomischen Evaluation* sowie Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmen durch den Dachverband einher. EKO-Anträge sind daher im Interesse der Krankenversicherung und zum Vorteil der Versichertengemeinschaft.

Bei medizinischer Notwendigkeit und wenn mit den Medikamenten im EKO kein Auslangen gefunden werden kann, erstattet die Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen im Sinne ihrer *Versicherten*

(bzw. „*Mitversicherten*“) auch Medikamente außerhalb des EKO.

Mitunter stellen Unternehmen keine Anträge auf Aufnahme in den EKO, denn auch für sehr teure (Nischen-) Produkte ist im Einzelfall eine Erstattung außerhalb des EKO möglich. Diese Produkte entziehen sich dann einer objektiven medizinischen sowie ökonomischen Bewertung und verursachen dabei außerhalb der regulären Erstattung im EKO substantielle Heilmittelkosten. Die Krankenversicherung hat in solchen Fällen meist keine Möglichkeit die pharmazeutischen Unternehmen zu einem Antrag zu bewegen.

Abbildung 38: Entwicklung der Kosten aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025

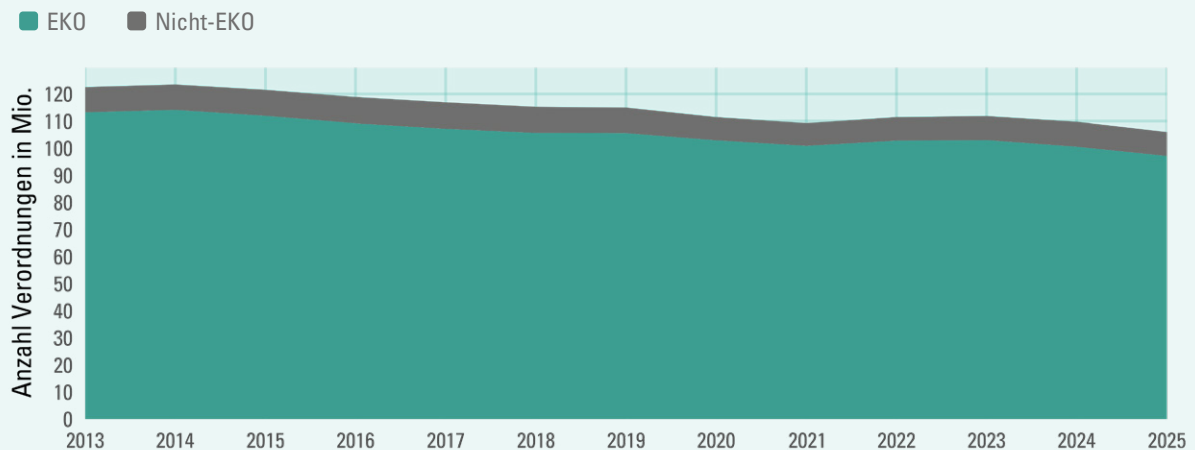


Die Heilmittelkosten außerhalb des EKO betrugen im Jahr 2025 655,6 Mio. Euro bzw. 13,2 % der gesamten Heilmittelkosten. Seit 2013 nahmen die Heilmittelkosten außerhalb des EKO um 105,9 % zu bzw. durchschnittlich 6,2 % pro Jahr (im EKO: +85,8 % bzw. durchschnittlich +5,3 % pro Jahr).

2024 vs. 2025

Die Kosten außerhalb des EKO nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 16,8 Mio. Euro bzw. 2,6 % zu.

Abbildung 39: Entwicklung der Verordnungen aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025

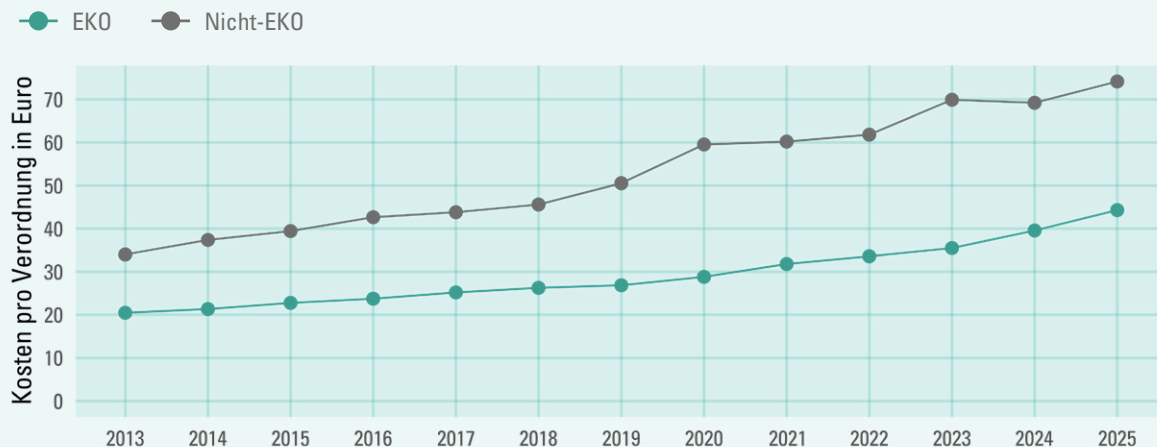


Die Verordnungsmengen außerhalb des EKO entsprechen mit 9,0 Mio. Heilmittelverordnungen im Jahr 2025 einem Anteil von 8,3 % aller Heilmittelverordnungen. Seit 2013 nahmen die Verordnungen um 0,5 Mio. bzw. 5,6 % ab.

2024 vs. 2025

Die Verordnungsmengen außerhalb des EKO nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 0,4 Mio. bzw. 4,2 % ab.

Abbildung 40: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025



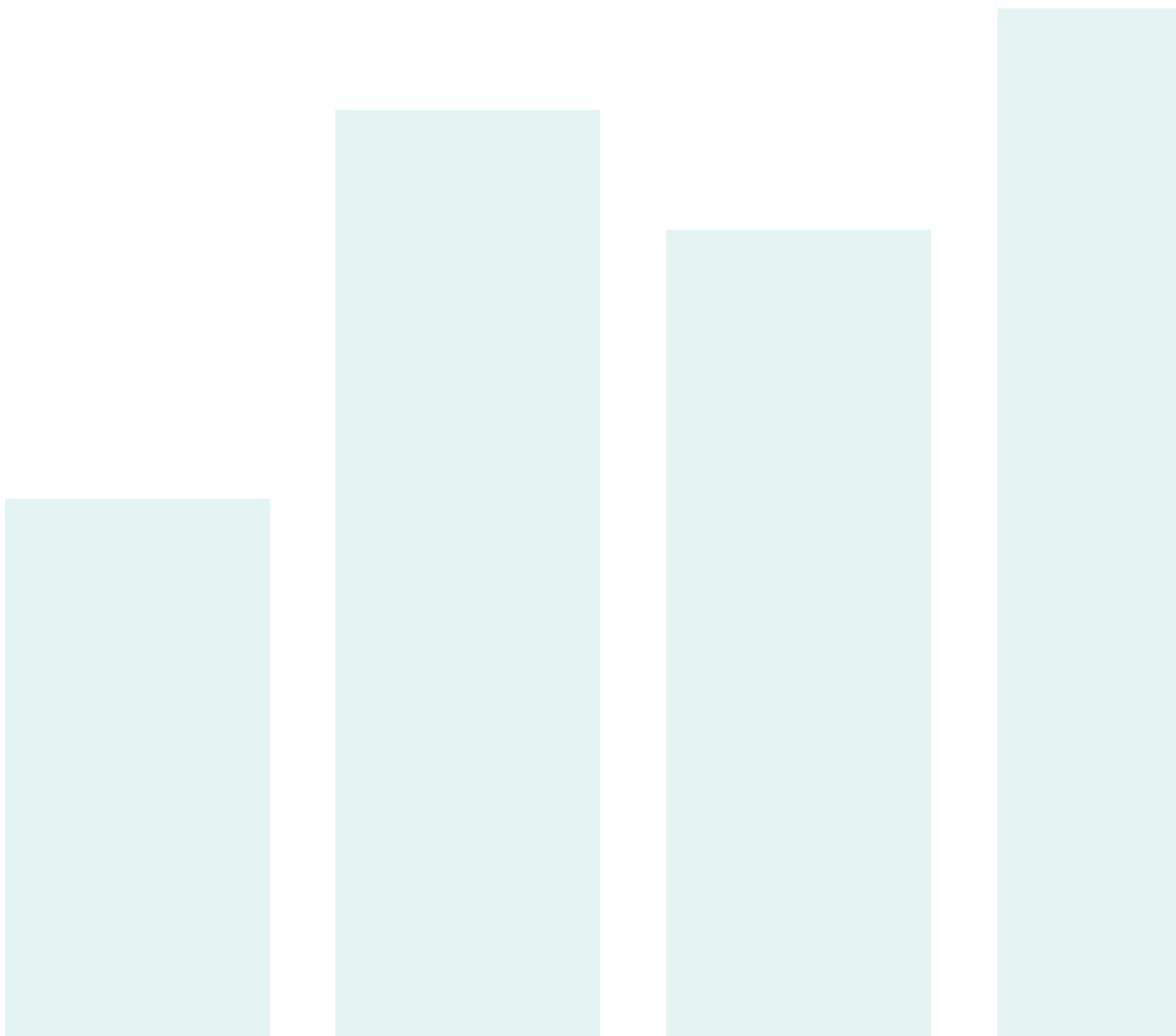
Eine Verordnung außerhalb des EKO kostete im Jahr 2025 mit 74,15 Euro im Durchschnitt um 67,3 % mehr als eine Verordnung aus dem EKO mit knapp 44,31 Euro. Seit 2013 nahmen die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung außerhalb des EKO um 40,1 Euro bzw. 118,1 % zu.

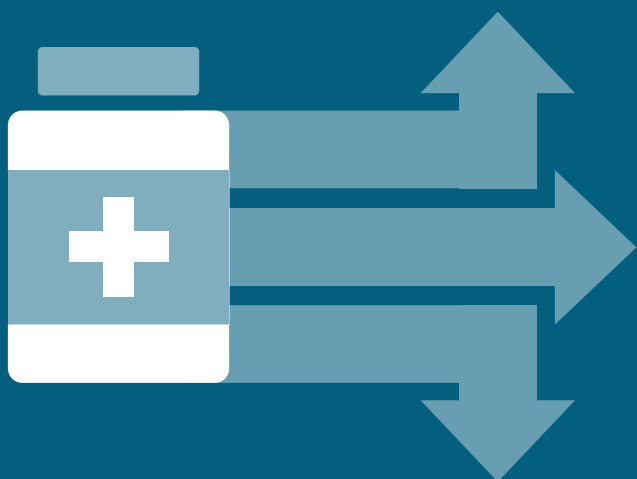
2024 vs. 2025

Die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung außerhalb des EKO stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 4,96 Euro bzw. 7,2 %.



Die überwiegende Mehrheit (72 %) der Medikamentenkosten außerhalb des EKO fielen 2025 für Medikamente an, die nie einen EKO-Antrag gestellt haben.

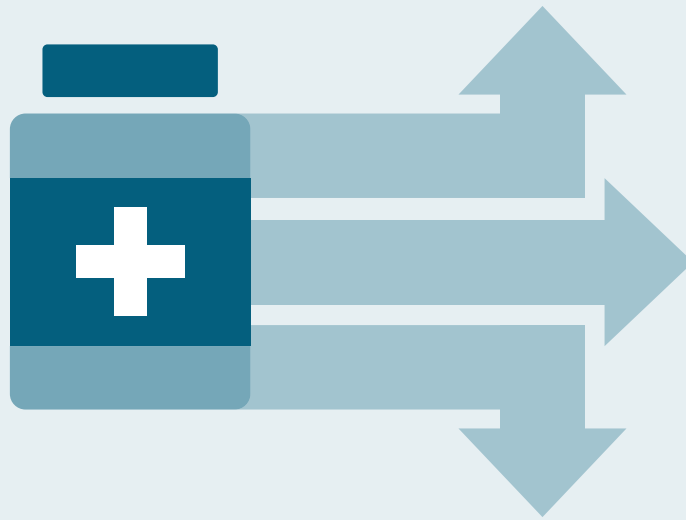




04

Daten und Fakten zum Heilmittelvertrieb

- 4.1. Heilmittelvertrieb im Überblick
- 4.2. Pharmazeutische Industrie
- 4.3. Großhandel
- 4.4. Öffentliche Apotheken und Hausapotheken



Auf den Punkt gebracht

Die pharmazeutischen Unternehmen sowie die Arzneimittel-Großhändler, die die hergestellten Medikamente vertreiben, haben eine ausreichende und beständige Bereitstellung der Medikamente für die Abgabe durch Apotheken und Hausapotheken sicherzustellen, um den Medikamentenbedarf der österreichischen Patient:innen zu decken. Damit sind die pharmazeutischen Unternehmen, der Großhandel und die Apotheken als Akteure für die Sicherstellung der Medikamentenversorgung der Bevölkerung unerlässlich. Sie generieren ihre Umsätze aus der Medikamentenversorgung, was in hohem Maße von der solidarischen Versichertengemeinschaft finanziert wird. Immer mehr Ausgaben der Krankenversicherungen fließen an diese Akteure. Zur finanziellen Stabilität des Systems ist es wichtig, dass alle Beteiligten ihre Verantwortung wahrnehmen und einen fairen Beitrag leisten.

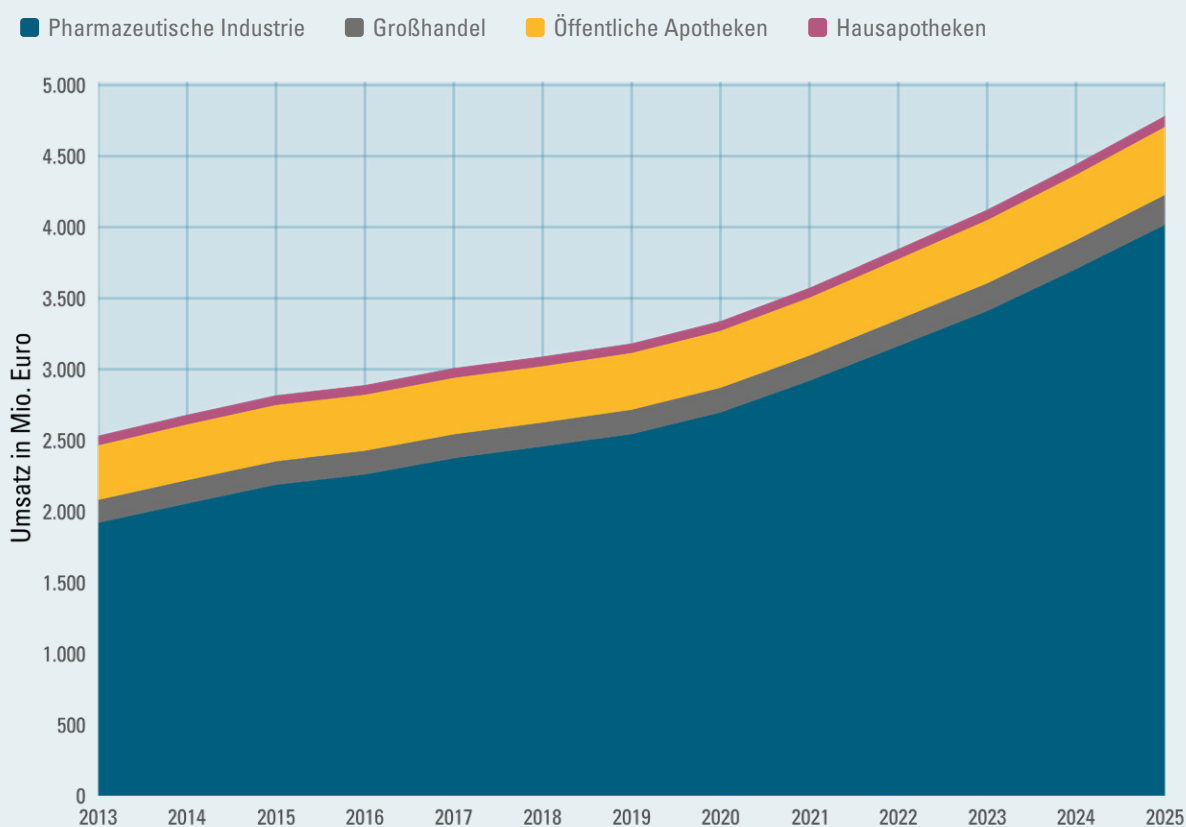
4.1. Heilmittelvertrieb im Überblick

Das folgende Kapitel stellt die Vergütung der Leistungen der an dem Vertrieb von *Heilmitteln* beteiligten Akteure – der pharmazeutischen Industrie, des Großhandels sowie der Apotheken – dar.

Die Preisbildung von Medikamenten erfolgt in Österreich durch ein Aufschlagssystem (Spannen). Aus dem Fabriksabgabepreis des Herstellers ergibt sich nach Anwendung eines Aufschlages für den Großhandel (Großhandelsspanne) und für die Apotheken

(Apothekenspanne) schließlich der Kassenverkaufspreis (vgl. dazu Kapitel 1.2.). Die Ausgaben der Krankenversicherung für Medikamente setzen sich somit aus Umsätzen der pharmazeutischen Industrie sowie Großhandels- und Apothekenspannen zusammen. Im folgenden Kapitel handelt es sich ausschließlich um Ausgaben für Arzneispezialitäten. Ausgaben für weitere Medikamente (z.B. magistrale Zubereitungen), für die der Preis auf andere Art zustande kommt, werden nicht abgebildet.

Abbildung 41: Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung für Arzneispezialitäten, 2013-2025

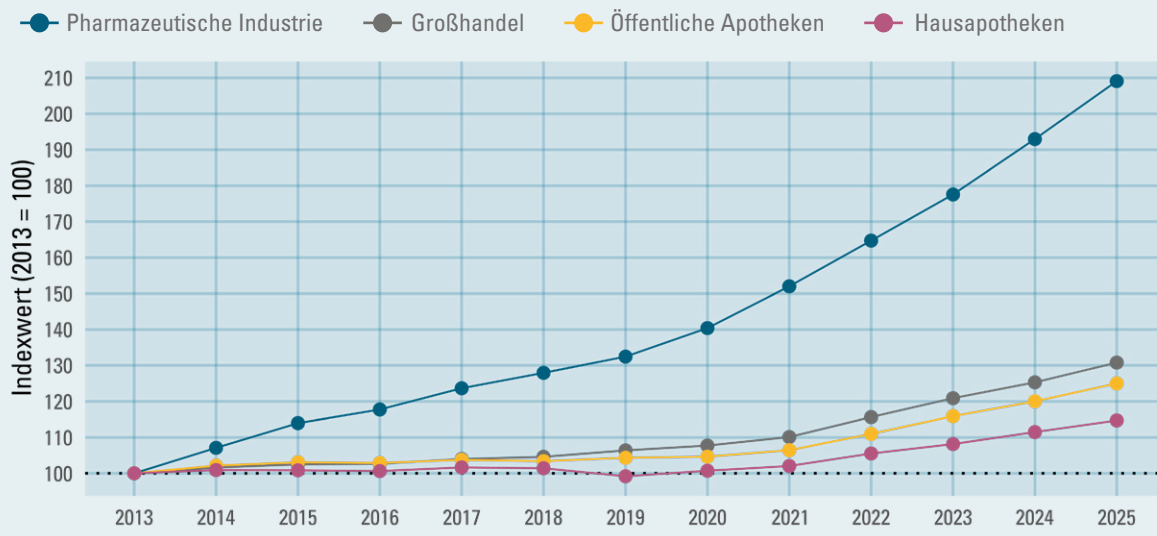


Nach Umsätzen der am Vertriebsweg beteiligten Stakeholder 2013-2025.

Im Jahr 2025 gab die Krankenversicherung 4.782,9 Mio. Euro für Medikamente aus. Davon entfielen 4.015,6 Mio. Euro auf die pharmazeutische Industrie, 210,5 Mio.

Euro auf den Großhandel und 556,8 Mio. Euro auf die Apotheken (*Öffentliche Apotheken*: 479,2 Mio. Euro, *Hausapotheken*: 77,6 Mio. Euro).

Abbildung 42: Indexierte Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung für Arzneispezialitäten, 2013-2025



Nach Umsätzen der am Vertriebsweg beteiligten Stakeholder 2013-2025, indexierte Darstellung (Basisjahr 2013 = 100).

Im Vergleich zum Basisjahr 2013 haben sich bis ins Jahr 2025 die Ausgaben der Krankenversicherung für Medikamente, die an die pharmazeutische Industrie gehen, mehr als verdoppelt (+109,1 %). Die Ausgaben für Spannen des Großhandels sind seit 2013 um fast ein

Drittel gestiegen (+30,8 %). Bei den öffentlichen Apotheken stiegen die Spannenausgaben im gleichen Referenzzeitraum um 25,0 % und die der Hausapotheken um 14,7 % an.



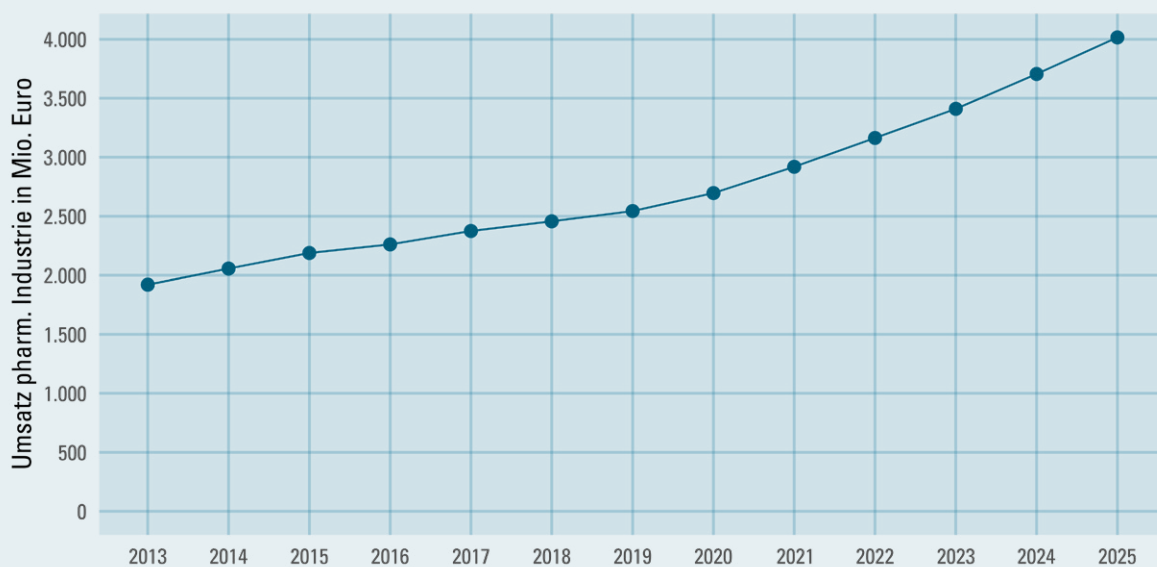
84 % der Ausgaben der Krankenversicherung für Medikamente gingen im Jahr 2025 an die pharmazeutische Industrie, 16 % an Großhandel und Apotheken.

4.2 Pharmazeutische Industrie

Die pharmazeutischen Unternehmen spielen als Entwickler und Hersteller von Medikamenten eine maßgebliche Rolle bei der Versorgung der Bevölkerung

mit Medikamenten. Pharmazeutische Unternehmen erzielen einen großen Teil ihrer Umsätze mit von der Krankenversicherung erstatteten Medikamenten.

Abbildung 43: Umsatzentwicklung der pharmazeutischen Industrie mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneispezialitäten, 2013-2025

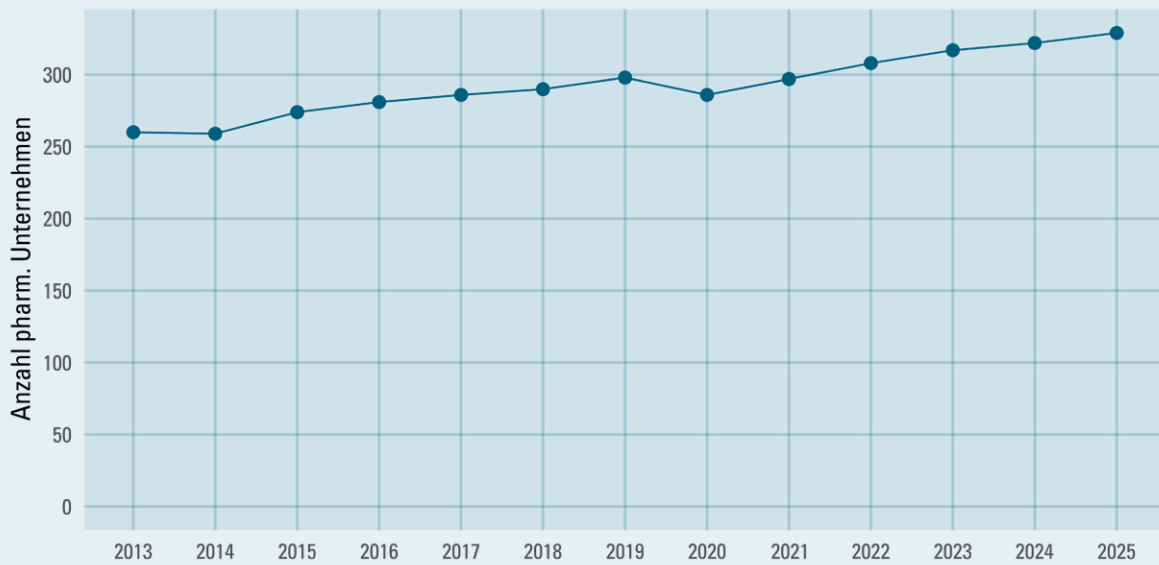


In absoluten Zahlen erhöhten sich die Umsätze der pharmazeutischen Industrie mit durch die Krankenversicherung erstatteten Medikamenten seit 2013 von 1.920,4 Mio. Euro auf 4.015,6 Mio. Euro im Jahr 2025. Der relative Anteil der pharmazeutischen Industrie an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung für Medikamente stieg in diesem Zeitraum von rund 75,8 % auf rund 84,0 % an.

2024 vs. 2025

Die Medikamentenausgaben der Krankenversicherung an die pharmazeutische Industrie nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 310 Mio. Euro bzw. 8,4 % zu.

Abbildung 44: Anzahl pharmazeutischer Unternehmen, 2013-2025

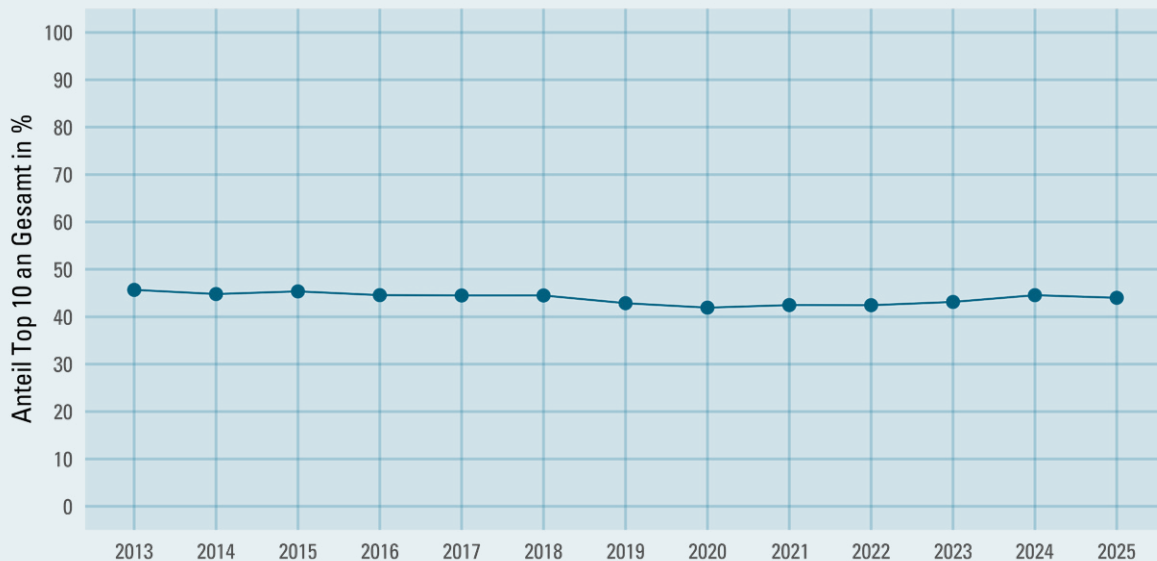


Entwicklung der Anzahl pharmazeutischer Unternehmen von 2013-2025, die Umsätze mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneispezialitäten aufweisen.

Die Anzahl der pharmazeutischen Unternehmen, die Umsätze mit durch die Krankenversicherung erstatteten Medikamenten erzielen, nimmt seit 2013 kontinuierlich zu. Im Jahr 2013 waren es 258 Unternehmen. Diese

Zahl stieg in den letzten Jahren auf mittlerweile 329 Unternehmen an, die den niedergelassenen Bereich im Jahr 2025 mit Medikamenten versorgten.

Abbildung 45: Anteil der Top 10 pharmazeutischen Unternehmen nach Umsatz an den gesamten Industrieumsätzen mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneispezialitäten in %, 2013-2025



Der Gesamtumsatz mit von der Krankenversicherung erstatteten Medikamenten der pharmazeutischen Industrie teilt sich auf die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen auf.

Im Jahr 2025 betrug der Anteil der zehn umsatzstärksten pharmazeutischen Unternehmen an den gesamten Industrieumsätzen 44,0 % (Top 30: 79,3 %, Top 50: 89,0 %). Diese Anteile sind relativ stabil im Betrachtungszeitraum, was gegen eine deutlich zunehmende Marktkonzentration in diesem Bereich spricht.

Die Top 10 der umsatzstärksten pharmazeutischen Unternehmen im Jahr 2025 waren: Novartis, Pfizer,

Janssen-Cilag, Sanofi-Aventis, AstraZeneca, AbbVie, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Amgen und Eli Lilly. Diese Unternehmen gehören weltweit zu den führenden Pharma-Konzernen und bestimmen maßgeblich die Forschung und den Markt für hochpreisige und spezialisierte Medikamente.

Die Zahl der Unternehmen steigt somit kontinuierlich (2025 waren es 329 Anbieter), zeitgleich lässt sich keine zunehmende Umsatzkonzentration auf wenige Unternehmen erkennen. Dies unterstreicht die Attraktivität des österreichischen Pharmamarktes und zeigt eine breite Anbieterstruktur.



Der Anteil der Top 10 umsatzstärksten pharmazeutischen Unternehmen an den gesamten Industrieumsätzen mit der Krankenversicherung beträgt 44,0 % (bei 14,6 % der Verordnungen).

4.3. Großhandel

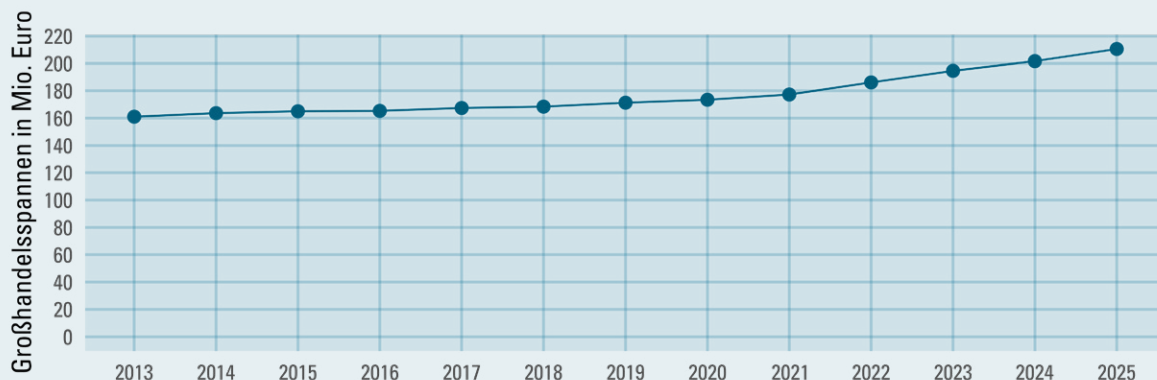
Der *Großhandel* nimmt in der Vertriebskette von Medikamenten die Position zwischen den pharmazeutischen Unternehmen und den öffentlichen Apotheken ein und beliefert diese mit Medikamenten. Wesentlich für den Großhandel ist die Gewährleistung einer schnellen Belieferung aller öffentlichen Apotheken in Österreich mit den erforderlichen Medikamenten.

Im Jahr 2025 waren in Österreich fünf vollsortierte *Arzneimittel*-Großhändler tätig, die mit einem umfangreichen Medikamentenlager und -sortiment die Medikamentenversorgung durch eine regelmäßige

Lieferfrequenz an Apotheken sicherstellen sollen. Neben diesen vollsortierten Großhändlern belieferten noch eine Vielzahl an gewerblich tätigen Handelsunternehmen, welche zum Handel mit Arzneimitteln berechtigt sind, Österreichs Apotheken. Diese Unternehmen müssen im Gegensatz zu den vollsortierten Großhändlern nicht über ein breites Medikamentenlager verfügen.

Die Großhändler bekommen ihre Dienstleistungen (Lagerung, Transport, Medikamentenverteilung) durch die Großhandelsspannen, das sind gesetzlich geregelte Preisaufschläge auf den *Fabriksabgabepreis*, vergütet.

Abbildung 46: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Großhandelsspannen für erstattete Arzneispezialitäten, 2013-2025



Die Großhandelsspannen bei durch die Krankenversicherung erstatteten Medikamenten sind seit 2013 von 161,0 Mio. Euro auf 210,5 Mio. Euro im Jahr 2025 gestiegen. Der relative Anteil der Großhandelsspannen an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung für Medikamente belief sich im Jahr 2025 auf 4,4 %.

2024 vs. 2025

Die Großhandelsspannen sind im Vergleich zum Vorjahr um 8,9 Mio. Euro bzw. 4,4 % gestiegen.



Im Jahr 2025 belief sich...

...die höchste bezahlte Großhandelsspanne für eine Packung auf 30,52 Euro.

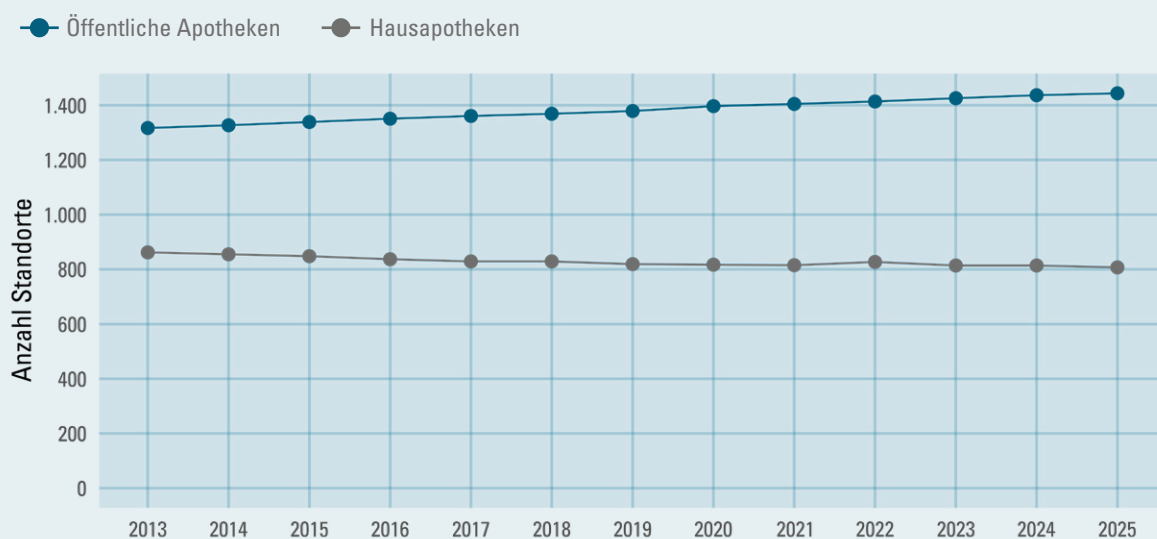
... die durchschnittliche bezahlte Großhandelsspanne für eine Packung auf 2,12 Euro.

4.4. Öffentliche Apotheken und Hausapotheken

Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Medikamenten erfolgt im *niedergelassenen Bereich* durch *öffentliche Apotheken*. Durch den niederschweligen Zugang hinsichtlich Öffnungszeiten sowie Nacht- und Wochenenddiensten ist die Medikamenten-

versorgung rund um die Uhr sichergestellt. Wenn wohnortnah keine öffentliche Apotheke vorhanden ist, ist es Ärzt:innen erlaubt, Medikamente aus einer ärztlichen *Hausapotheke* abzugeben.

Abbildung 47: Entwicklung der Anzahl öffentlicher Apotheken und Hausapotheken, 2013-2025



Entwicklung der Anzahl der Standorte öffentlicher Apotheken und Hausapotheken, die Umsätze mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneyspezialitäten aufweisen.

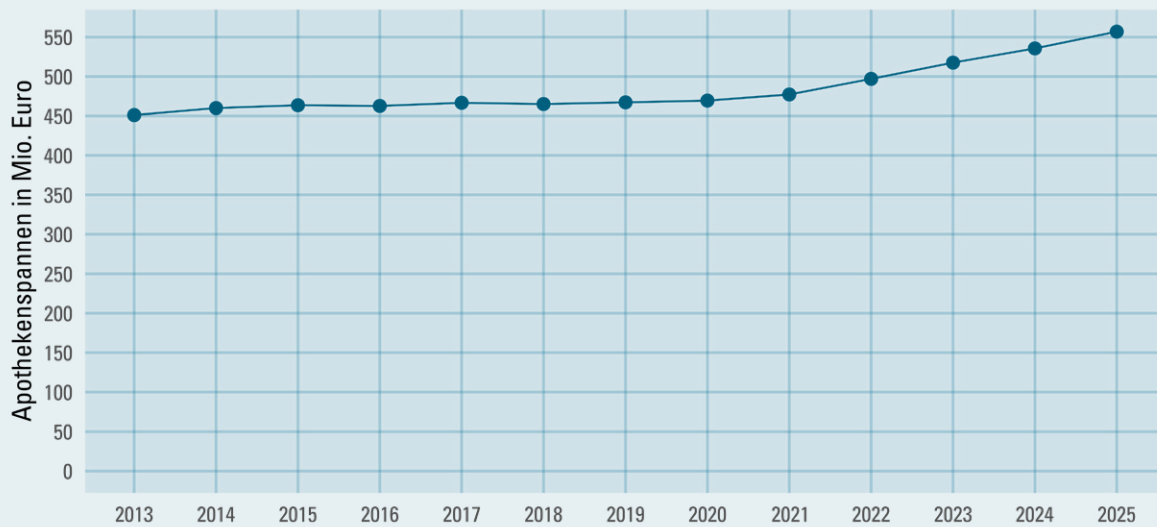
Österreich weist eine hohe Versorgungsdichte im Apothekenbereich auf. Im Jahr 2025 waren im niedergelassenen Bereich insgesamt 2.251 Apotheken (öffentliche Apotheken und Hausapotheken) verfügbar, die die österreichische Bevölkerung mit Medikamenten

versorgen. Seit 2013 hat sich das flächendeckende Netz an österreichischen Apotheken um insgesamt 72 Standorte (+3,3 %) vergrößert (Öffentliche Apotheken: +127 Standorte; Hausapotheken: -55 Standorte seit 2013).



Im Jahr 2025 wurden in 2.251 Apotheken
Medikamente abgegeben.

Abbildung 48: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen für erstattete Arzneispezialitäten, 2013-2025



Sondernachlässe sind nicht berücksichtigt (vgl. § 3a Österreichische Arzneitaxe 1962).

Die Apothekenspanne ist in der Österreichischen Arzneitaxe festgelegt und orientiert sich an einem degressiven Aufschlagssystem mit Preisaufschlägen zwischen 37 % und 3,9 %. Das bedeutet, dass bei günstigen Medikamenten ein höherer prozentualer Aufschlag als bei teuren Medikamenten angewendet wird. Da der Aufschlag für teure Medikamente nach oben hin nicht gedeckelt ist (anders als bei der Großhandelsspanne), erhalten Apotheken für hochpreisige Medikamente durchaus hohe Summen. Die Apothekenspanne stellt die von der Krankenversicherung bezahlte Vergütung für die Abgabe von Medikamenten inkl. der damit verbundenen Dienstleistungen an die Apotheken dar.

In absoluten Zahlen stieg die Apothekenspanne von 2013 bis 2025 von 451,1 Mio. Euro auf 556,8 Mio. Euro an (+105,7 Mio. Euro bzw. +23,4 % seit 2013). Der relative Anteil der Apothekenspannen (öffentliche Apotheken und Hausapotheken) an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung für Medikamente beträgt 11,6 %.

Die Umsätze mit von der Krankenversicherung erstatteten Medikamenten machen lediglich einen Teil des Gesamtumsatzes der Apotheken aus. Apotheken generieren mit weiteren für sie wichtigen Ertragsquellen zusätzliche Umsätze (vgl. Kapitel 1.2.).

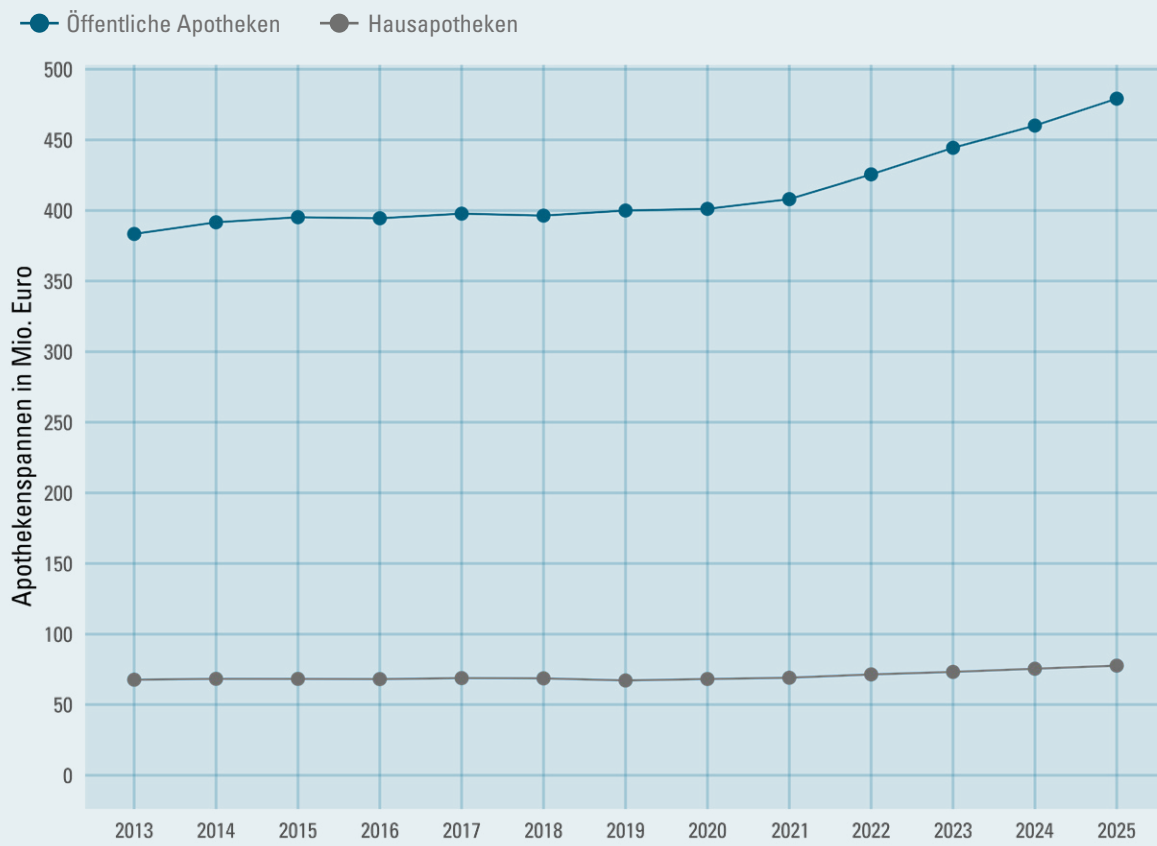


Im Jahr 2025 belief sich...

...die höchste bezahlte Apothekenspanne für die Abgabe einer einzelnen Packung auf 3.776,58 Euro.

... die durchschnittlich bezahlte Apothekenspanne für die Abgabe einer einzelnen Packung auf 5,62 Euro.

Abbildung 49: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen für erstattete Arzneispezialitäten, getrennt nach öffentlichen Apotheken und Hausapotheken, 2013-2025



Sondernachlässe sind nicht berücksichtigt (vgl. Österreichische Arzneitaxe 1962 § 3a).

Der überwiegende Anteil der von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen fließt an die öffentlichen Apotheken (2025: 86,1 %). Der Anteil der Hausapotheken an den Apothekenspannen nahm analog zur Entwicklung der Standorthäufigkeit (vgl. Abbildung 47) tendenziell ab (2013: 15,0 %, 2025: 13,9 %).

Seit 2021 kam es zu einer deutlichen Zunahme der Apothekenspannen, insbesondere bei den öffentlichen Apotheken (pro Jahr durchschnittlich +17,8 Mio. Euro bzw. +4,1 % bei den öffentlichen Apotheken; +2,1 Mio. Euro bzw. +3,0 % bei den Hausapotheken).

2024 vs. 2025

Die Apothekenspanne stieg im Vergleich zum Vorjahr um 21,3 Mio. Euro bzw. +4,0 % an (öffentliche Apotheken: 19,1 Mio. Euro bzw. +4,1 %, Hausapotheken: 2,2 Mio. Euro bzw. +2,9 %).

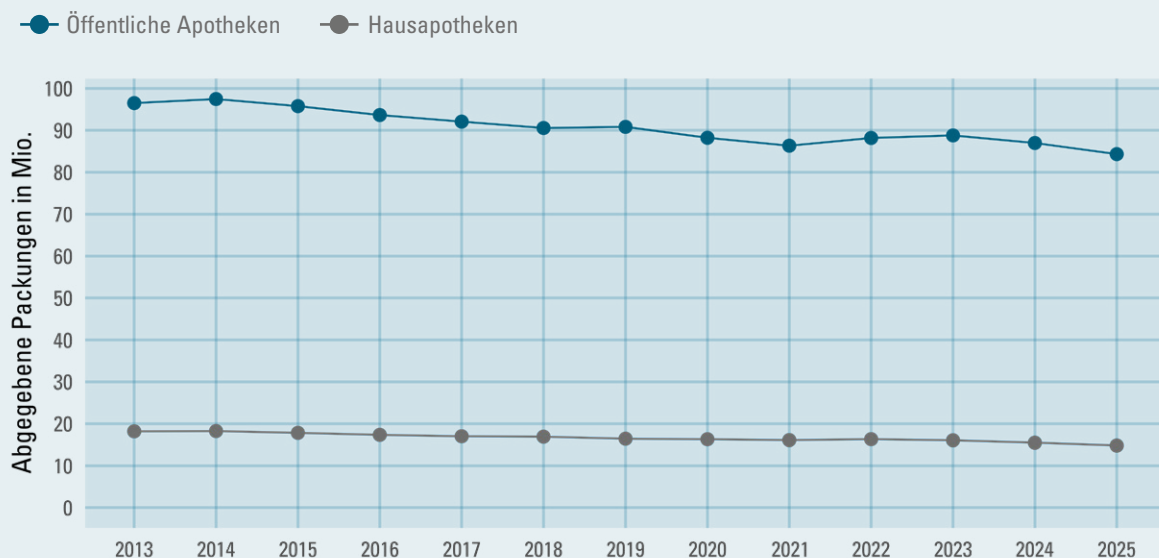


Die von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen im Jahr 2025 betragen ...

... **durchschnittlich 0,33 Mio. Euro pro öffentliche Apotheke**. Das Maximum für eine einzelne öffentliche Apotheke betrug 3,2 Mio. Euro.

... **durchschnittlich 0,10 Mio. Euro pro Hausapotheke**. Das Maximum für eine einzelne Hausapotheke betrug 0,33 Mio. Euro.

Abbildung 50: Entwicklung der Zahl der von der Krankenversicherung erstatteten und in öffentlichen Apotheken und Hausapotheken abgegebenen Medikamentenpackungen, 2013-2025



Die Anzahl der Packungen, die in öffentlichen Apotheken abgegeben und mit der Krankenversicherung verrechnet wurden, ist seit 2013 von 96,5 Mio. auf 84,3 Mio. im Jahr 2025 gesunken. Bei den Hausapotheken wurden im Jahr 2013 rund 18,2 Mio. Packungen mit der Krankenversicherung verrechnet. Bis zum Jahr 2025 ist dieser Wert auf rund 14,8 Mio. gesunken. Der mengenmäßig bedeutende und weiter wachsende Bereich der nicht über die Krankenversicherung abgerechneten Medikamente bleibt dabei jeweils unberücksichtigt.

2024 vs. 2025

Die Anzahl der von der Krankenversicherung erstatteten Medikamentenpackungen nahm im Vergleich zum Vorjahr um 3,3 Mio. bzw. 3,3 % ab (öffentliche Apotheken: -2,7 Mio. Packungen bzw. -3,1 %; Hausapotheken: -0,7 Mio. Packungen bzw. -4,4 %).

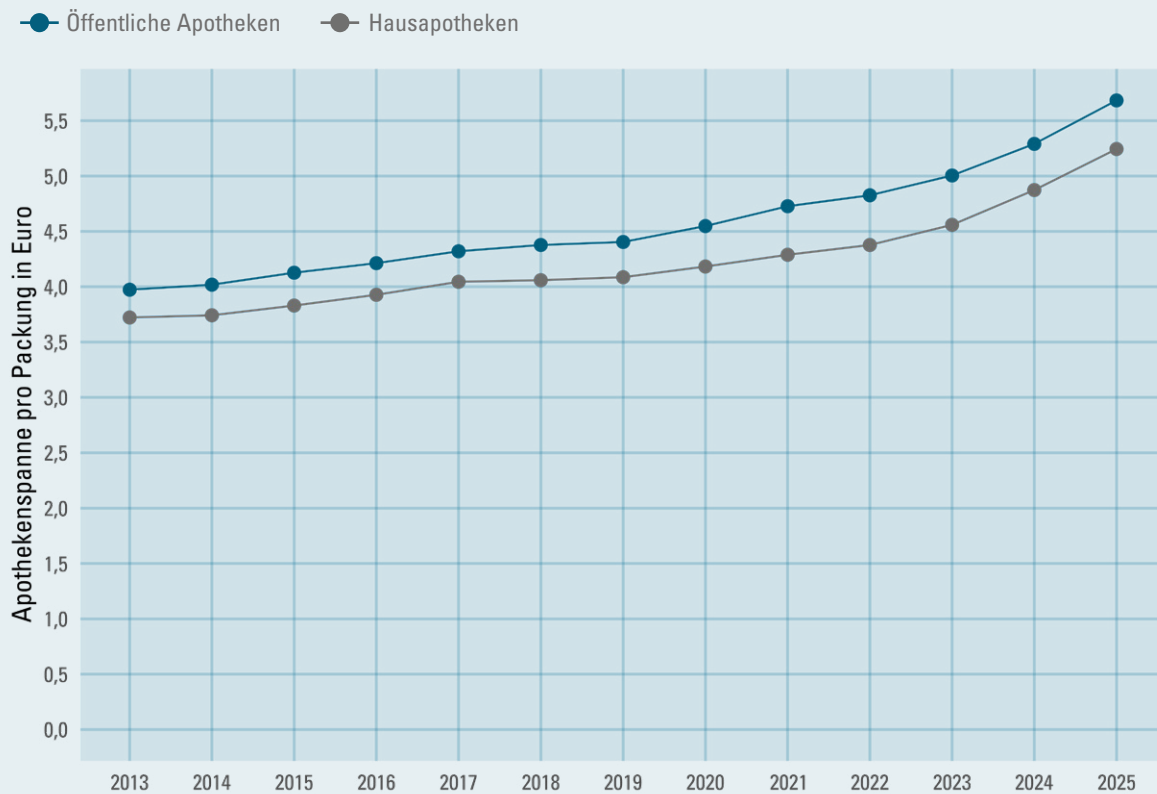


Im Jahr 2025 wurden an von der Krankenversicherung erstatteten Medikamentenpackungen ...

... durchschnittlich rund 44.000 pro Apotheke abgegeben.

... in einer einzelnen Apotheke maximal rund 301.000 abgegeben.

Abbildung 51: Entwicklung der durchschnittlichen von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspanne pro abgegebener Medikamentenpackung in öffentlichen Apotheken und in Hausapotheken, 2013-2025

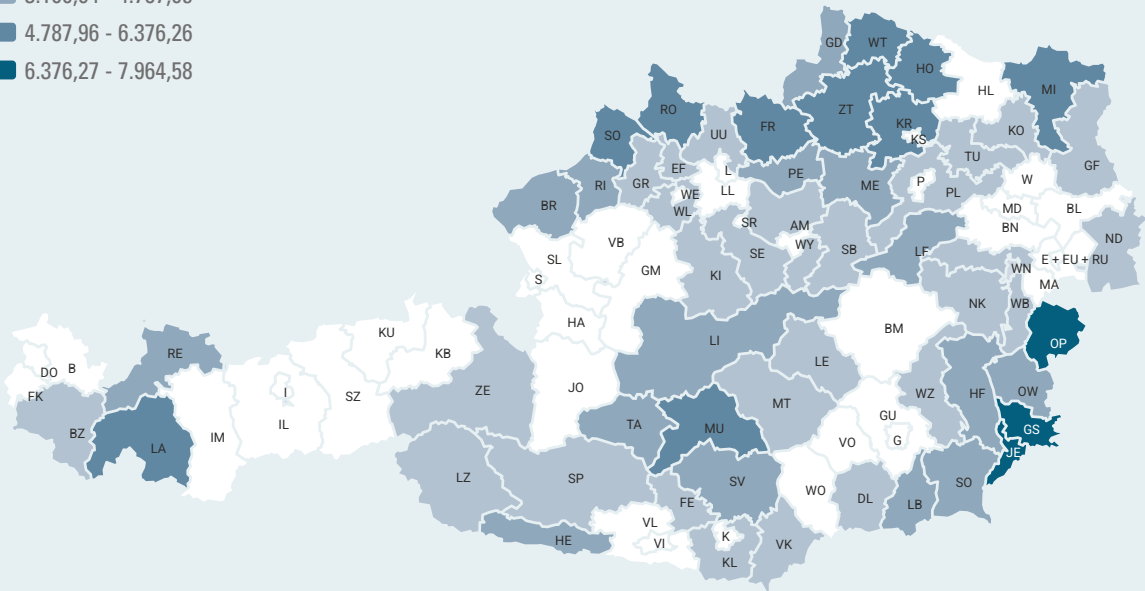


Pro abgegebener Medikamentenpackung von erstatteten Arzneispezialitäten wurde im Jahr 2025 eine durchschnittliche Apothekenspanne in Höhe von 5,62 Euro durch die Krankenversicherung bezahlt (Öffentliche Apotheken 5,68 Euro, Hausapotheke 5,24 Euro). Seit 2013 ist die Durchschnittsspanne um 1,68 Euro bzw. 42,8 % gestiegen (Öffentliche Apotheken: +1,71 Euro bzw. +43,1 %; Hausapotheken: +1,52 Euro bzw. +40,9 %).

2024 vs. 2025

Die durchschnittliche Apothekenspanne pro von der Krankenversicherung erstatteter Medikamentenpackung nahm im Vergleich zum Vorjahr um 0,39 Euro bzw. 7,5 % zu (Öffentliche Apotheken: +0,39 Euro bzw. +7,4 %; Hausapotheken: +0,37 Euro bzw. +7,6 %).

Abbildung 52: Verteilung der in Hausapotheken abgegebenen Heilmittelverordnungen



Datenbasis bilden die mit der Krankenversicherung abgerechneten Heilmittelverordnungen im Jahr 2025; dargestellt werden die erstatteten Packungen pro 1.000 Anspruchsberechtigte aus Hausapotheken nach Wohnregion im Jahr 2025.

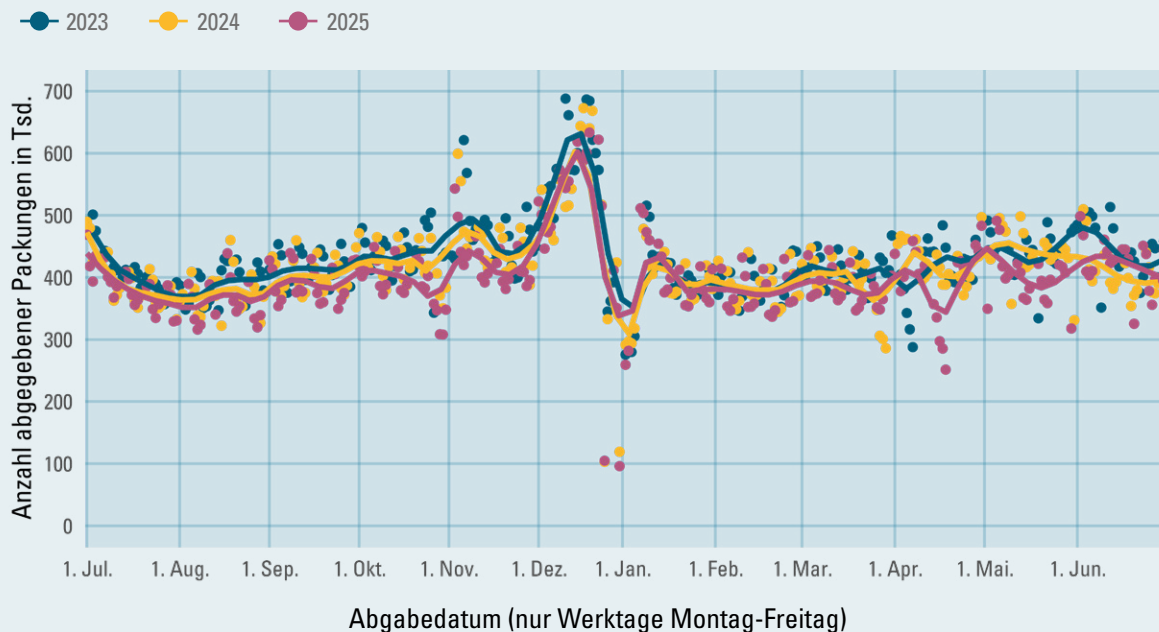
Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung durch Hausapotheken ist naturgemäß im ländlichen Raum besonders relevant. Die höchste Bedeutung von Hausapotheken für die Medikamentenversorgung (abgegebene Packungen pro 1.000 Anspruchsberechtigte) zeigte sich

im Jahr 2025 in den drei burgenländischen Bezirken Jennersdorf, Güssing und Oberpullendorf, gefolgt von den Bezirken Zwettl (Niederösterreich) und Murau (Steiermark).



Hausapotheken ermöglichen auch in ländlichen Gebieten die wohnortnahe Medikamentenversorgung.

Abbildung 53: Anzahl abgegebener Medikamentenpackungen im Jahresverlauf



Datenbasis bilden die in den Jahren 2023, 2024 und 2025 mit der Krankenversicherung abgerechneten Heilmittelverordnungen, dargestellt nach dem Datum der Abgabe in der Apotheke im Jahresverlauf. Als Punkte abgebildet sind sämtliche Abgaben an regulären Apothekenöffnungstagen (Montag–Freitag) unter Ausschluss von Feiertagen. Zur visuellen Hervorhebung des Verordnungsgeschehens rund um den Jahreswechsel wurde eine auf den 1. Jänner zentrierte Darstellung gewählt. Zur besseren Sichtbarkeit des typischen saisonalen Verlaufs wurde über die als Punkte dargestellten tageweisen Abgaben eine geglättete Verlaufslinie mittels LOESS-Schätzer hinzugefügt.

Der Medikamentenbedarf unterliegt saisonale Schwankungen. So führen etwa jährlich wiederkehrende epidemisch auftretende Krankheiten (z.B. Influenza, SARS-CoV-2) in den Herbst- und Wintermonaten zu einem erhöhten Medikamentenbedarf. Darüber hinaus lassen sich regelmäßig Zeitfenster vor und nach Feiertagen sowie typischen Urlaubsperioden beobachten, in denen die Anzahl abgegebener Medikamente

überdurchschnittlich hoch ist, insbesondere rund um die Phase zwischen Weihnachten und dem 6. Jänner, Ostern sowie Allerheiligen. Hierbei spielen zeitliche Verschiebungseffekte der Inanspruchnahme infolge geschlossener Arztordinationen, eines veränderten Alltagsverhaltens der *Heilmittelpatient:innen* sowie verkürzter Apothekenöffnungszeiten eine bedeutende Rolle.



Im Jahr 2025 wurden die meisten Medikamente an Apothekenöffnungstagen in der Vorweihnachtszeit (am 19.12., 16.12., 22.12., 15.12. und 18.12.) abgegeben.

Die wenigsten Medikamente wurden am 31.12. (Silvester), 24.12. (Heiligabend), 18.4. (Karfreitag) sowie an den ersten beiden Werktagen nach Neujahr abgegeben.



Summit Objectives

• Develop a shared vision of the future of cancer research and biomanufacturing

• Identify key challenges and opportunities in cancer research and biomanufacturing

• Explore innovative approaches to cancer research and biomanufacturing

• Foster collaboration and partnership between academia, industry, and government

• Develop a roadmap for cancer research and biomanufacturing

• Establish a network of experts and stakeholders in cancer research and biomanufacturing

• Create a legacy of innovation and discovery in cancer research and biomanufacturing

• Inspire the next generation of cancer researchers and biomanufacturers

• Accelerate the development of new cancer treatments and diagnostics

• Improve the quality of life for cancer patients

• Advance the mission of the National Cancer Institute

• Make a lasting impact on the field of cancer research and biomanufacturing

• Set the stage for the future of cancer research and biomanufacturing

• Create a legacy of innovation and discovery in cancer research and biomanufacturing

• Inspire the next generation of cancer researchers and biomanufacturers

05

Sonderthemen des Jahres

- 5.1. Über 20 Jahre EKO
- 5.2. Medikamentenversorgung im internationalen Vergleich
- 5.3. Rezeptgebührenobergrenze Neu

5.1. Über 20 Jahre EKO

Der *Erstattungskodex (EKO)* wurde mit 1.1.2005 in Österreich eingeführt und löste das davor bestehende Heilmittelverzeichnis ab. Seither leistet er einen wichtigen Beitrag für die Zugänglichkeit zu Medikamenten, indem diese für Patient:innen anhand einheitlicher Kriterien bereitgestellt werden. Vorrangiges Ziel des EKO ist es, die *Versicherten*

(auch „*Mitversicherten*“) innerhalb der sozialen Krankenversicherung mit hochwertigen Medikamenten unter Beachtung ökonomischer Aspekte zu versorgen. Gleichzeitig sollen Ärzt:innen in der Praxis dabei unterstützt werden, von mehreren therapeutisch geeigneten Medikamenten das ökonomisch günstigste auszuwählen.

Abbildung 54: Der EKO und sein Umfeld



Die Einführung des EKO brachte eine Reihe von Neuerungen im Bereich der Medikamentenerstattung, die bis heute – mehr als 20 Jahre später – nach wie vor Bestand haben:

- Die bisherige Gliederung der Medikamente nach Indikationsgruppen wurde durch die internationale Klassifikation von Heilmitteln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Form des ATC-Codes-Systems (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) ersetzt.
- Die Einteilung des EKO in Boxen (Grün, Gelb, Rot)

brachte transparente Regelungen für die Kostenübernahme von Medikamenten sowohl bei ärztlichen Verschreibungen als auch für die Versichertengemeinschaft. Die Boxen und das *Ampelprinzip* („Grün vor Gelb vor Rot“) haben sich seither bewährt.

- Weiters wurden mit der Einführung des EKO (durch die Verfahrensordnung zur Herausgabe des EKO - VO-EKO) klare Regelungen für die Aufnahme von Medikamenten in den EKO sowie deren Streichung oder Änderung geschaffen. Dies brachte entscheidende Vorteile für alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

Im Laufe der Zeit wurde der EKO und die mit dessen Herausgabe verbundenen Prozesse zunehmend digitalisiert, sodass der EKO nunmehr monatlich aktualisiert elektronisch zur Verfügung steht (eEKO). Im Jahr 2014 wurde mit „EKO2go“ die erste App der Sozialversicherung zugänglich. Mit dieser App kann der EKO nicht nur jederzeit von unterwegs eingesehen werden, sondern können auch zu jedem darin angeführten Medikament tagesaktuelle Lieferinformationen abgerufen werden.

Weiters gibt es für Ärzt:innen digitale Informationsangebote (Infotool), die sie in der Praxis bei der Umsetzung der für sie verpflichtenden ökonomischen Verschreibweise unterstützen. Dabei werden wirkstoffgleiche Medikamente in einer ökonomischen Rangfolge abgebildet (das günstigste Präparat an oberster Stelle), wodurch es Ärzt:innen vereinfacht wird, von verschiedenen wirkstoffgleichen oder wirkstoffähnlichen Präparaten das passendere, kostengünstigere Medikament auszuwählen.



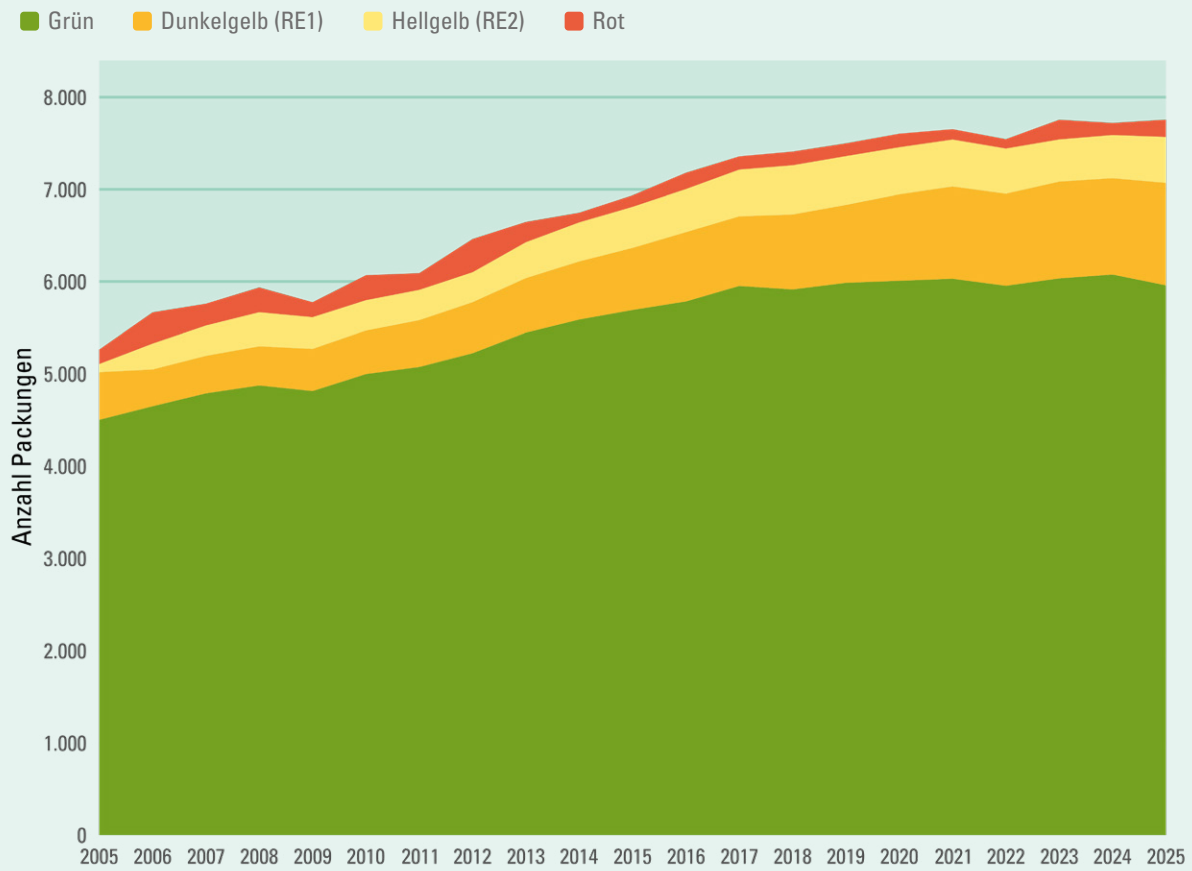
Die Medikamentenversorgung wird
aktuell zu rund 78 % aus dem Grünen
Bereich des EKO gewährleistet.

Die Entwicklung des EKO

Ein Rückblick auf die vergangenen zwei Jahrzehnte zeigt, dass sich nicht nur das Informationsangebot zum EKO weiterentwickelt, sondern auch der Umfang des EKO stark geändert hat. Während er im Jahr 2005 insgesamt 5.264 Packungen umfasste, befinden sich im Jahr 2025 – mehr als 20 Jahre später – aufgrund zahlreicher Neuaufnahmen in den Grünen und Gelben Bereich des EKO nunmehr insgesamt 7.756 Packungen im EKO, davon sind 5.959 Packungen dem Grünen Bereich zugeordnet. Dies entspricht einem prozentuellen Anstieg der Packungen im EKO in den letzten 20 Jahren von +47,3 %.

Dabei ist es vor allem im Gelben Bereich des EKO zu einem deutlichen Wachstum von +165,5 % gekommen, was beinahe eine Verdreifachung der Packungen im Gelben Bereich bedeutet. Trotz des Wachstums der Gelben Box ist speziell der Grüne Bereich des EKO auch nach mehr als 20 Jahren das Fundament für die Medikamentenversorgung der Bevölkerung. Mehr als drei Viertel der verordneten Medikamente entstammen dem Grünen Bereich des EKO, der als substantielle Basis wesentlich zu einem raschen und niederschweligen Zugang zu grundlegenden Medikamenten für die Patient:innen beiträgt.

Abbildung 55: Entwicklung Anzahl der Medikamentenpackungen im EKO, 2005-2025



Packungszählung im EKO für jedes Jahr jeweils zum Stichtag 1.1.

Die Kassenverkaufspreise der gelisteten Medikamentenpackungen bewegten sich bei der ersten Ausgabe des EKO im Jahr 2005 im Bereich von 50 Cent bis 7.600 Euro pro Packung. Mehr als 20 Jahre später liegen sie im Bereich von 55 Cent bis zu 100.600 Euro pro Packung (Stichtag 1.1.2025). Auch im Bereich von therapeutischen Alternativen, wie sie beispielsweise Nachfolgeprodukte in Form von *Generika* und *Biosimilars* darstellen, zeigt sich eine Veränderung. Entfielen anfänglich noch 32 % der im EKO gelisteten Medikamente auf diese Gruppen, ist dieser Anteil auf aktuell 52 % gestiegen.

Mit dem EKO wurde vor zwei Jahrzehnten eine solide Basis für die Versorgung mit Medikamenten durch die Krankenversicherung geschaffen, die bis heute Bestand hat. Dass der österreichische Erstattungsmarkt für pharmazeutische Unternehmen attraktiv ist, zeigt sich an der hohen Anzahl der im EKO angeführten Medikamente. Dieses wachsende Versorgungsangebot gewährleistet, dass neuartige Therapien für Patient:innen zugänglich gemacht werden und die Versorgungsqualität im *niedergelassenen Bereich* somit stets dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.

Der EKO umfasste noch nie so viele
Medikamentenpackungen wie im Jahr 2025.

5.2. Medikamentenversorgung im internationalen Vergleich

Heilmittel sind weltweit eine unverzichtbare und notwendige Leistung bei der Krankenbehandlung von Patient:innen. Sie stellen daher einen wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung sowie der -ausgaben dar. Um

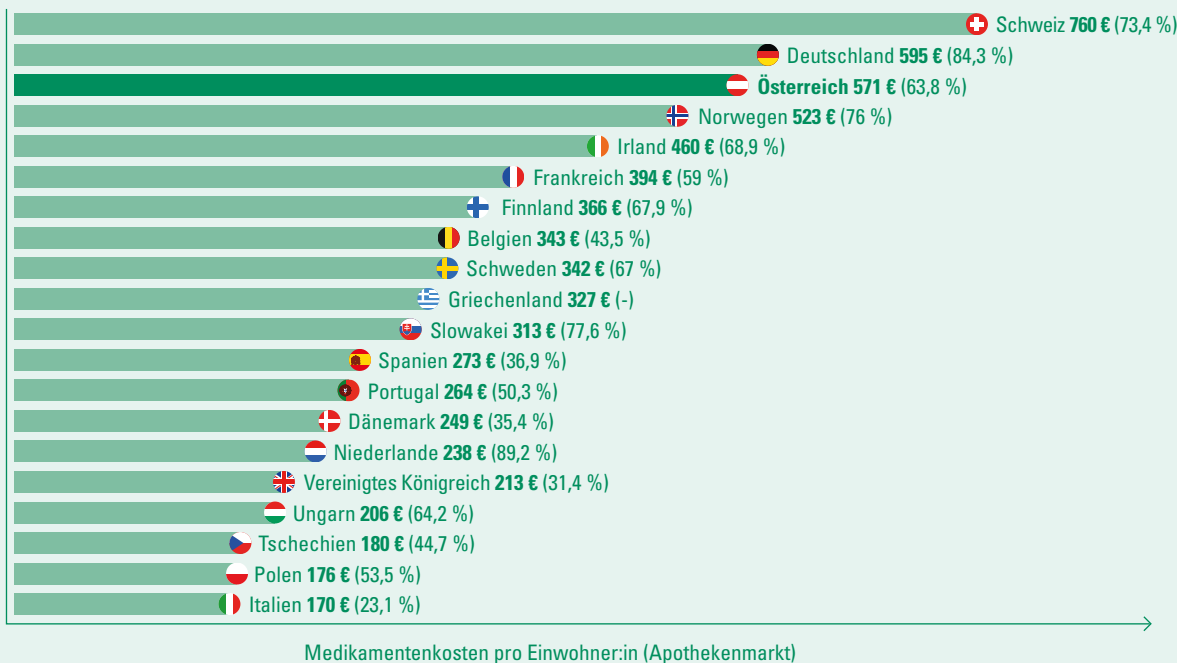
die österreichische Medikamentenversorgung im europäischen Umfeld hinsichtlich der Medikamentenkosten sowie Preisen im niedergelassenen Bereich einzuordnen, lohnt sich ein Blick über die Landesgrenzen hinweg.

Eine rezent im Jahr 2026 veröffentlichte, fundierte Analyse der schwedischen Erstattungsbehörde TLV ergibt, dass die österreichische Sozialversicherung im internationalen Vergleich besonders rasch und umfangreich neue Medikamente erstattet und auch die Einführung neuer innovativer Therapien überdurchschnittlich schnell erfolgt. Die Preise sind in Österreich dabei höher als in vielen anderen europäischen Ländern. Hierbei zeigt sich, dass die Medikamentenausgaben pro Kopf in Österreich – neben der Schweiz und Deutschland –

europaweit am höchsten liegen (siehe Abbildung 56).

In Österreich gehören die Medikamentenausgaben pro Kopf im niedergelassenen Bereich zu den höchsten in Europa.

Abbildung 56: Jährliche Medikamentenkosten im niedergelassenen Bereich pro Einwohner:in



Medikamentenkosten pro Einwohner:in im Zeitraum April 2024 bis März 2025 laut einer Publikation der schwedische Erstattungsbehörde TLV. In Klammer Anteil der Ausgaben des Apothekenmarktes (niedergelassener Bereich) am gesamten Medikamentenmarkt. Schwedische Kronen umgerechnet in Euro zum Wechselkurs laut OeNB für den März 2025 (10,9675 SEK je EUR). Für weitere Details siehe Primärquelle (vgl. Datenbasis & Quellen).

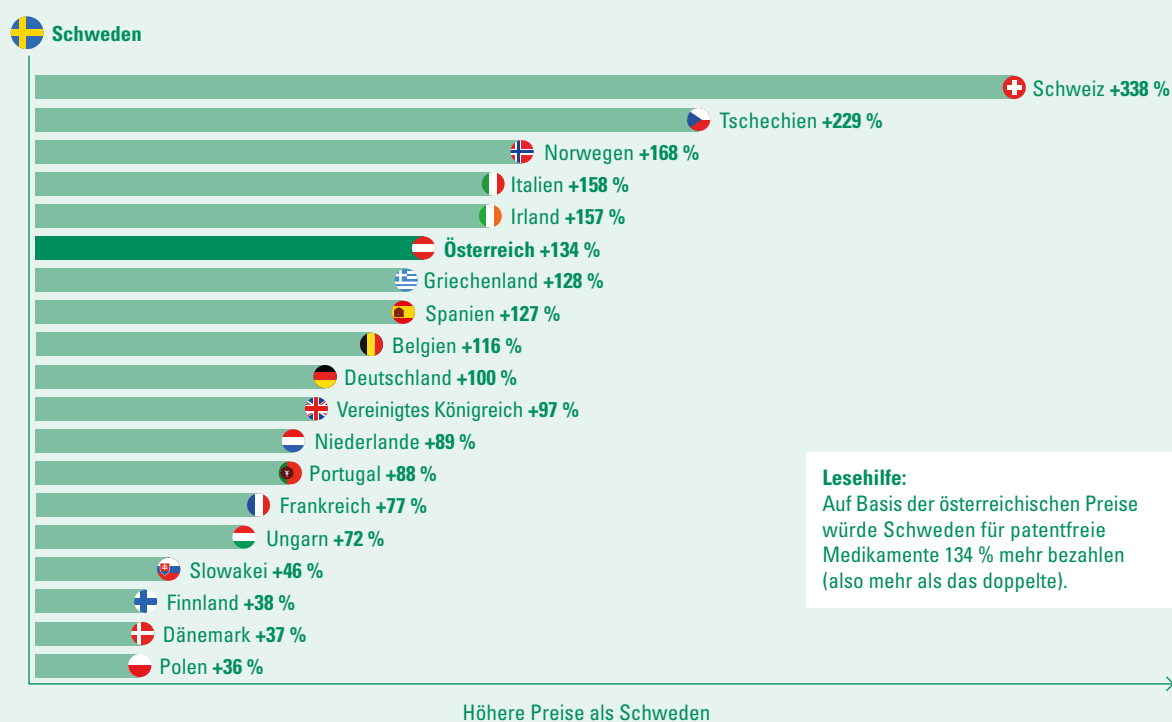
Darüber hinaus ergibt sich aus dem durch die schwedische Erstattungsbehörde durchgeführten Preisvergleich, dass Österreich zu den teureren der 20 untersuchten Länder in Europa zählt.

So ist Österreich am Marktsegment mit wirkstoffgleichen Wettbewerb (*generikafähiger Markt*, niedergelassener Bereich) das viert teuerste Land innerhalb der EU bzw. das sechst teuerste Land aller verglichenen Länder. Die österreichischen Preise waren mehr als zwei Mal so hoch wie in Schweden, und beispielsweise auch deutlich über jenen in Deutschland, den Niederlanden, Frankreich und Dänemark. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich weniger Anreiz für einen Preis-

wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern des gleichen Wirkstoffs bieten, als dies in anderen Ländern der Fall ist. So verfügt der Dachverband im Gegensatz zu den gelisteten Ländern weder über die Möglichkeit zur Durchführung von wettbewerbsfördernden Ausschreibungen noch wird in Österreich die international übliche *Wirkstoffverschreibung* oder *Generikasubstitution* eingesetzt.

Generikamarkt: mehr als doppelt so hohe Preise wie in Schweden.

Abbildung 57: Preisvergleich von Medikamenten im generikafähigen Markt

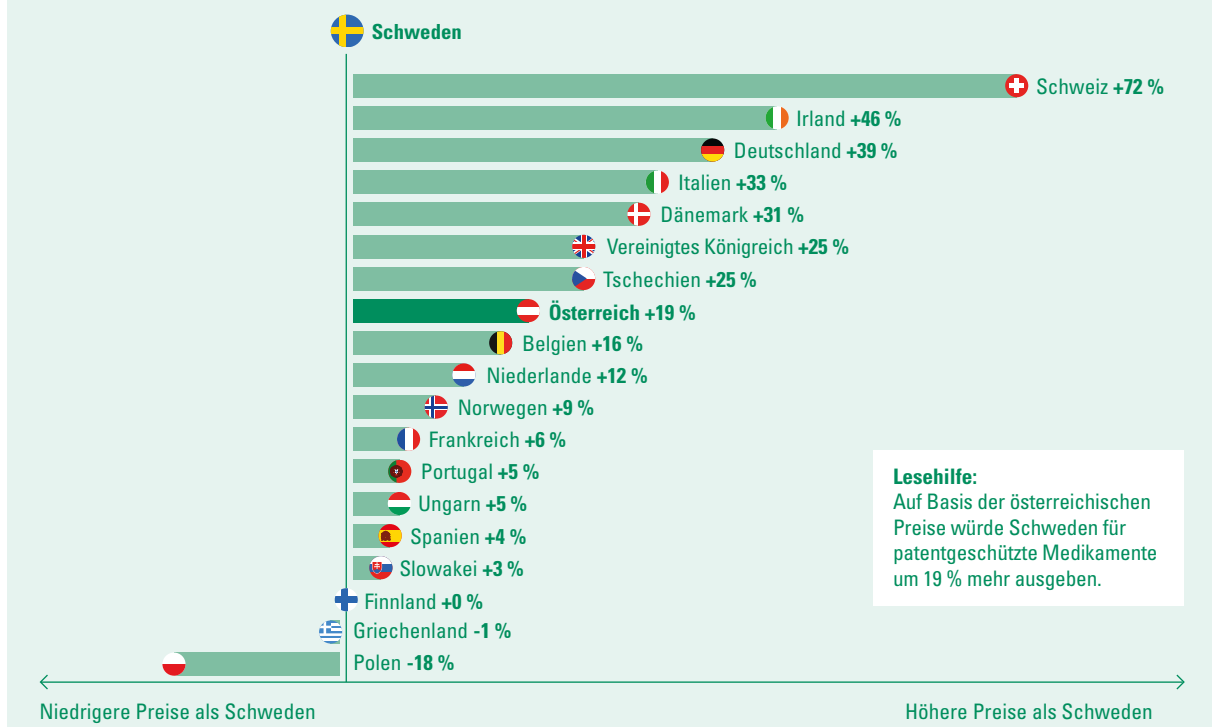


Preisvergleich von Medikamenten mit mehreren Anbietern (generikafähiger Markt), der durch die schwedische Behörde TLV 2025 durchgeführt wurde. Angegebener Prozentsatz im Vergleich zu schwedischen Preisen. Für weitere Details siehe Primärquelle (vgl. Datenbasis & Quellen).

Im patentgeschützten Markt ist Österreich von allen 20 analysierten Ländern das acht teuerste Land bzw. das sechst teuerste Land der 16 verglichenen EU-Länder (siehe Abbildung 58). Ausgehend vom Referenzland Schweden sind die Preise in Österreich im Durchschnitt um 19 % höher.

Patentgeschützter Markt: Österreich im oberen Mittelfeld der analysierten EU-Länder.

Abbildung 58: Preisvergleich von Medikamenten im patentgeschützten Markt



Preisvergleich von Medikamenten mit Marktexklusivität (patentgeschützter Markt), der durch die schwedische Behörde TLV 2025 durchgeführt wurde. Angegebener Prozentsatz im Vergleich zu schwedischen Preisen. Für weitere Details siehe Primärquelle (vgl. Datenbasis & Quellen).

Der internationale Vergleich zeigt, dass Österreich im Medikamentenbereich kein „Niedrigpreisland“ ist.

Als Limitation von internationalen Preisvergleichen, wie auch der oben angeführten TLV-Analyse, muss angemerkt werden, dass vertrauliche Rabattvereinbarungen zwischen Erstattungsbehörden und pharmazeutischen Unternehmen keine Berücksichtigung finden können. Je nach Häufigkeit und Ausgestaltung solcher vertraulichen Rabattvereinbarungen in den einzelnen Ländern, kann bei Ländervergleichen auf Basis der Listenpreise daher ein gewisses Verzerrungspotential bestehen.

Österreich ist im internationalen Vergleich ein attraktives Land für pharmazeutische Unternehmen, das zeigen auch publizierte Analysen der pharmazeutischen Industrie.

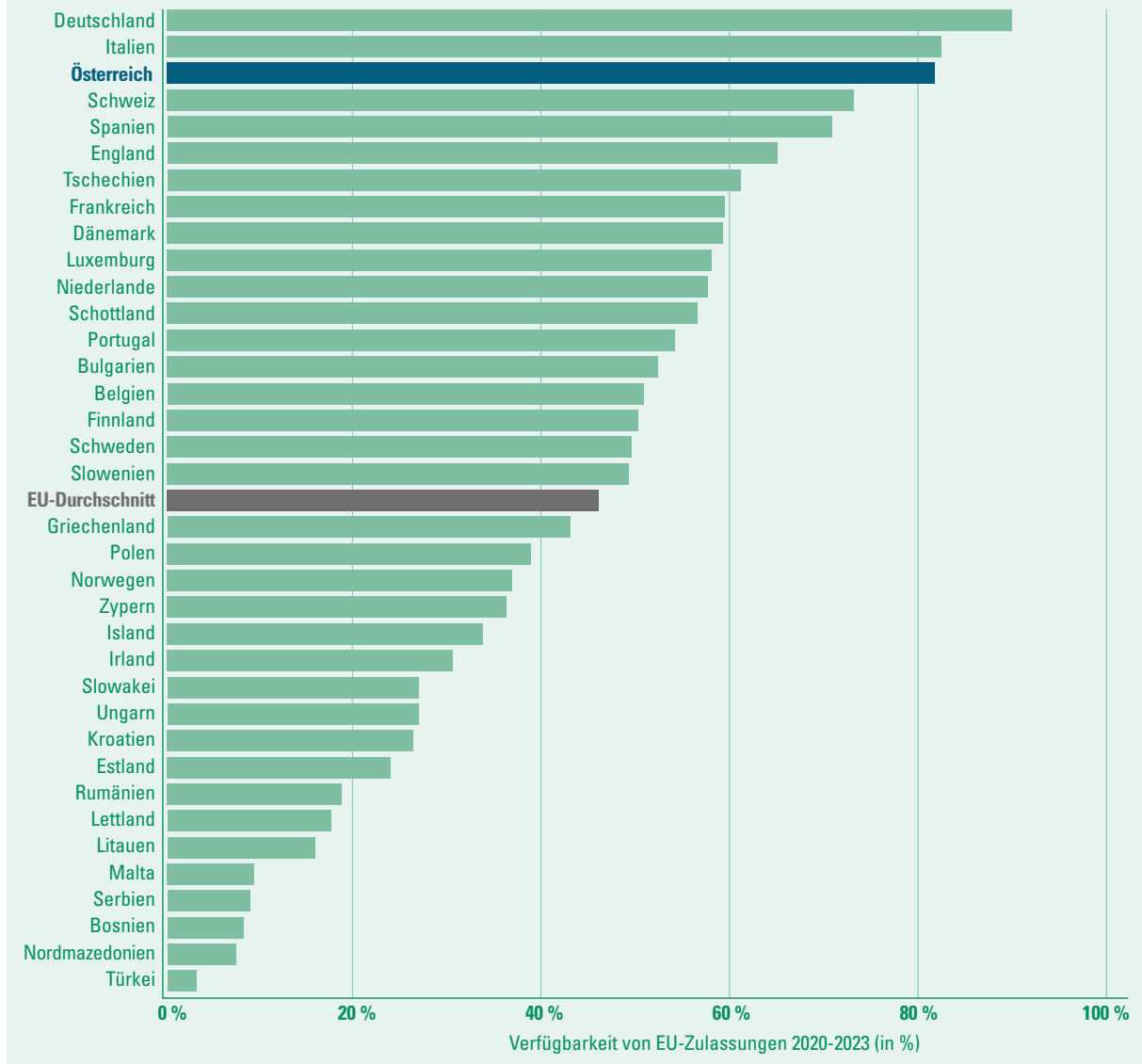
Der von der europäischen Pharma-Interessensvertretung EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) in Auftrag gegebene und vom globalen Gesundheitsdatenunternehmen IQVIA erstellte „W.A.I.T. indicator“ zeigt, dass Österreich

unter den führenden europäischen Ländern ist, wenn es um den Zugang der Patient:innen zu neuen Medikamenten geht.

Von den 173 neuen Medikamenten, die zwischen 2020 und 2023 in Europa neu zugelassen wurden, waren in Österreich zum Stichtag (5.1.2025) 142 für die Patient:innen verfügbar (82 %). Dieser Wert wird nur von Deutschland und Italien übertroffen. Der EU-Durchschnitt lag bei 80 der 173 neuen Medikamente, also bei weniger als der Hälfte (Abbildung 59).

Österreich gehört zu den attraktivsten Ländern bei Markteinführungen: Neue Medikamente sind rasch und in sehr hohem Ausmaß verfügbar.

Abbildung 59: Verfügbarkeit von neuen Medikamenten im Ländervergleich

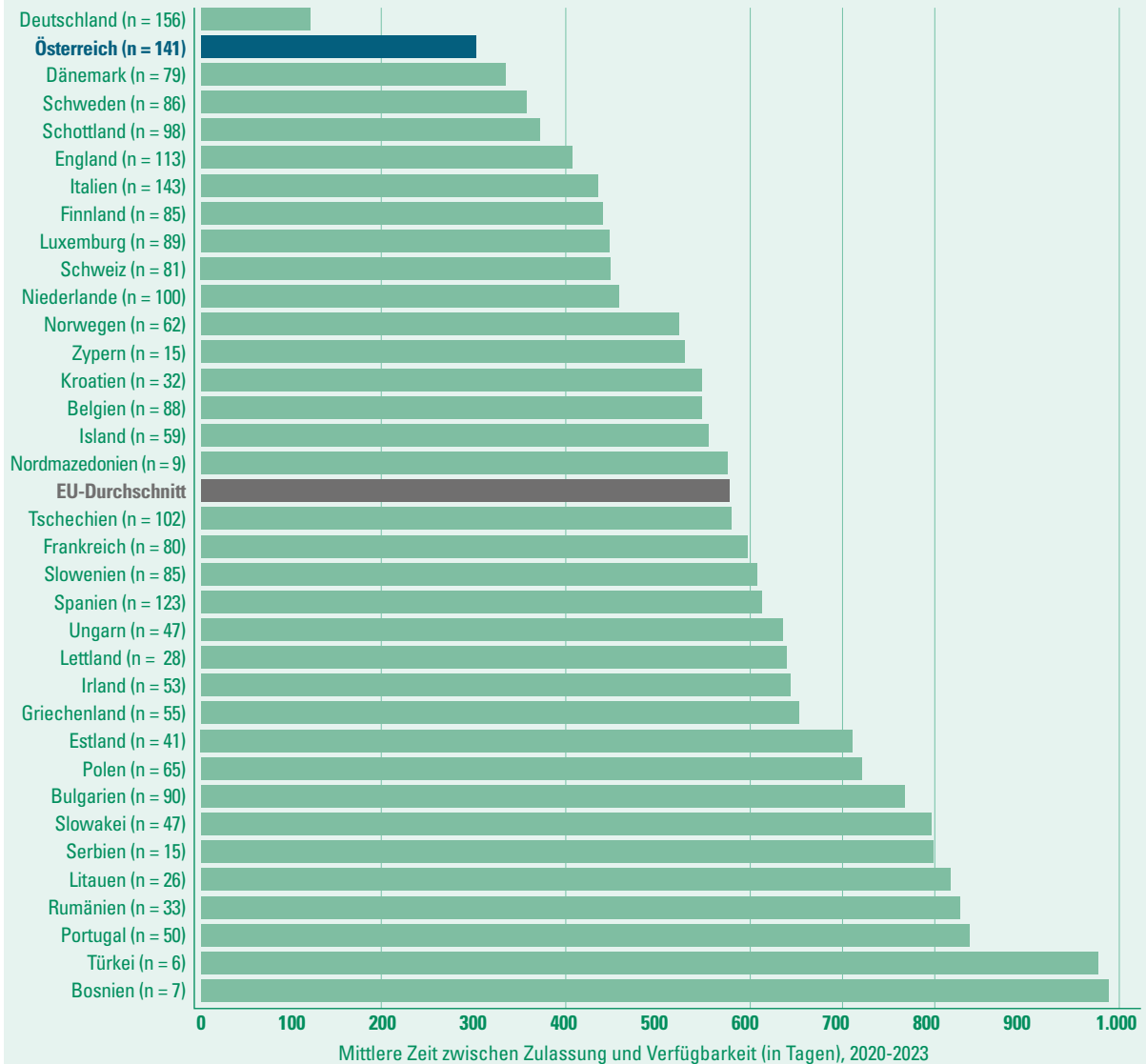


Dargestellt ist die Verfügbarkeit von neuen Medikamenten im Ländervergleich laut EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024. Für jedes Land ist der Anteil von neuen Medikamenten angegeben, die zum Stichtag (5.1.2025) am Markt verfügbar waren (Basis: 173 neue Medikamente, die zwischen 2020 und 2023 auf EU-Ebene (zentral) zugelassen wurden). Für weitere Details siehe Primärquelle (vgl. Datenbasis & Quellen).

Auch bei der durchschnittlichen Zeit bis zur Verfügbarkeit dieser Medikamente ist Österreich mit 309 Tagen nach der zentralen *Zulassung* im europäischen Spitzenfeld

und wird dabei nur von Deutschland (128 Tage) übertroffen. Der EU-Durchschnittswert über alle Mitgliedsländer betrug 578 Tage nach der zentralen Zulassung.

Abbildung 60: Zeit bis zur Verfügbarkeit von neuen Medikamenten im Ländervergleich



Für jedes Land ist für alle verfügbaren neuen Medikamente die durchschnittliche Dauer von der EU-Zulassung bis zur Marktverfügbarkeit laut EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 angegeben. Jeweils in Klammer angeführt ist die Anzahl berücksichtigter Medikamente mit verfügbaren Daten über die Dauer (vgl. Abbildung 59). Für weitere Details siehe Primärquelle (vgl. Datenbasis & Quellen).

Auf den Punkt gebracht

Im internationalen Vergleich zeichnet sich Österreich durch eine umfängliche und rasche Verfügbarkeit neuer Medikamente aus. Patient:innen in Österreich profitieren bei Bedarf somit von einem überdurchschnittlich schnellen Zugang zu (neuen) Medikamenten.

Die Preise sind in Österreich dabei höher als in vielen anderen europäischen Ländern. Insbesondere bei den Medikamentenausgaben pro Patient:in liegt Österreich

neben Deutschland und der Schweiz europaweit am höchsten.

Auch künftig gilt es, Österreichs Position als eines der führenden Länder beim Zugang zu neuartigen Therapien zu sichern und potenziell weiter auszubauen. Gleichzeitig ist es notwendig, die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems langfristig konsequent abzusichern.

5.3. Rezeptgebührenobergrenze Neu

Im Jahr 2025 wurden für die Versicherten vorteilhafte gesetzliche Änderungen im Bereich der Rezeptgebührenbefreiung beschlossen. Durch diese Änderungen werden in Zukunft Versicherte mit hohen Medikamentenausgaben in Relation zu ihrem Einkommen öfter und schneller von einer Rezeptgebührenbefreiung profitieren können. Durch die neue Regelung können mit

hoher Treffsicherheit insbesondere jene Versicherten deutlich entlastet werden, die bislang einen überproportionalen Anteil ihres Einkommens für notwendige Medikamentenausgaben aufwenden mussten. In der Folge werden diese neuen Regelungen im Detail erläutert und anhand eines Beispiels dargestellt.

Rezeptgebühr erklärt

Die Rezeptgebühr ist ein fixer Betrag, den die Versicherten im Regelfall bei der Einlösung eines Kassenrezepts in der Apotheke bezahlen. Ungeachtet dessen, welchen Preis die Krankenversicherung für das Medikament tatsächlich bezahlt – seien es 10, 100 oder mehrere 1.000 Euro – leistet die oder der Versicherte durch die Rezeptgebühr eine fixe Kostenbeteiligung. Die Rezeptgebühr beträgt in den Jahren 2025 und 2026 7,55 Euro und ist grundsätzlich für jedes Medikament

auf Kassenrezept zu bezahlen. Liegt der von der Krankenversicherung bezahlte Preis eines Medikaments unter der Rezeptgebühr, so ist von der bzw. dem Versicherten nicht die (höhere) Rezeptgebühr zu entrichten, sondern der (niedrigere) Preis des Medikaments direkt zu bezahlen. Werden auf einem Rezept mehrere Medikamente verordnet, sind demnach auch mehrere Rezeptgebühren zu bezahlen.

Rezeptgebührenbefreiung

Von der Pflicht zur Zahlung einer Rezeptgebühr gibt es Ausnahmen: Einerseits sind bestimmte Personengruppen automatisch von der Rezeptgebühr befreit. Dies betrifft insbesondere Personen mit besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit (beispielsweise Bezieher:innen einer Ausgleichszulage und Zivildienen).

Darüber hinaus sind automatisch keine Rezeptgebühren bei Medikamenten zur Behandlung von anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten zu entrichten. Andererseits können sich auch Personen mit geringem Einkommen (dessen Höhe unter bestimmten Richtsätzen liegt) per Antrag von der Rezeptgebühr befreien lassen.

Rezeptgebührenobergrenze

Für Versicherte, die weder automatisch noch per Antrag von der Rezeptgebühr befreit sind, ist eine vom Einkommen abhängige Deckelung der in einem Kalenderjahr maximal zu entrichteten Rezeptgebühren vorgesehen. Eine Rezeptgebührenbefreiung tritt ein, wenn die Belastung durch den Bezug von Medikamenten einen bestimmten vom jeweiligen Einkommen abhängigen Grenzbetrag – die Rezeptgebührenobergrenze

– übersteigt. Dadurch soll verhindert werden, dass Patient:innen mit einem hohen Medikamentenbedarf, insbesondere chronisch und mehrfach erkrankte Personen, durch die Rezeptgebühr übermäßigen finanziellen Belastungen ausgesetzt werden. Die Regelungen zur im Jahr 2008 eingeführten Rezeptgebührenobergrenze erfuhren mit 1. Jänner 2026 wesentliche Änderungen.

Die Regelungen zur Rezeptgebührenobergrenze legten bisher fest, dass Versicherte von der Rezeptgebühr automatisch befreit werden, sobald die Summe der bezahlten Rezeptgebühren in einem Kalenderjahr 2 % des Jahresnettoeinkommens (ohne Sonderzahlungen) erreicht. Sobald die Summe der bezahlten Rezeptgebühren diese individuelle Rezeptgebührenobergrenze in Höhe von 2 % des Jahresnettoeinkommens übersteigt, ist die Person für das restliche Kalenderjahr von der Rezeptgebühr befreit. Dies wird Ärzt:innen angezeigt und die Befreiung von der Rezeptgebühr wird anschließend auf dem Rezept vermerkt.

Durch die Einführung der Rezeptgebührenobergrenze wurde eine Entlastung für Patient:innen mit einem

besonders hohen Bedarf an Medikamenten erreicht. Allerdings blieb eine Lücke bei jenen Patient:innen, die regelmäßig Medikamente bezogen und deren Preis unterhalb der Rezeptgebühr lag, bestehen. Da in diesen Fällen der oder dem Versicherten zwar Kosten entstehen, jedoch keine Rezeptgebühr zu zahlen ist (siehe oben), trugen diese auch nicht zur Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze bei. Dies hatte zur Folge, dass die betroffenen Versicherten erst später oder gar nicht von der Rezeptgebühr befreit wurden, obwohl die Ausgaben für auf Kassenrezept verordnete Medikamente in Summe (Rezeptgebühren zuzüglich Kosten für Medikamente mit Preisen unter der Rezeptgebühr) die Obergrenze von 2 % des Nettoeinkommens bereits übertrafen.

Rezeptgebührenobergrenze Neu: „Arzneimittelkostenobergrenze“

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde die Rezeptgebührenobergrenze zur Arzneimittelkostenobergrenze weiterentwickelt. Die einkommensabhängige Arzneimittelkostenobergrenze begrenzt nun nicht mehr nur die von den individuellen Versicherten zu bezahlenden Rezeptgebühren, sondern alle Arzneimittelkosten für Kassenrezepte. Ab dem 1. Jänner 2026 tragen im Rahmen der Krankenbehandlung verordnete Heilmittel, deren Preis unter der Rezeptgebühr liegt, zur Erreichung der Obergrenze bei. Zur Erreichung der Obergrenze sind somit fortan nicht nur die gezahlten Rezeptgebühren für Medikamente über der Rezeptgebühr, sondern auch die gezahlten Beträge für Medikamente unter der Rezeptgebühr heranzuziehen. Die neue Arzneimittelkostenobergrenze deckelt somit die gesamten von den Versicherten selbst zu tragenden Arzneimittelkosten bei Kassenrezepten innerhalb eines Jahres mit 2 % des Nettoeinkommens.

Zusätzlich zu diesen Änderungen wird die Arzneimittelkostenobergrenze stufenweise bis zum Jahr 2030

jährlich weiter abgesenkt – von derzeit 2 % auf 1,5 % des Jahresnettoeinkommens. Dies führt zu weiteren Entlastungen der betroffenen Personen. Die laufende Kontrolle, ob die individuelle Obergrenze erreicht wurde, erfolgt weiterhin automatisch über das e-card System, die Befreiung tritt ohne Antrag ein und gilt für das restliche Kalenderjahr.

Im Zuge der gesetzlichen Änderungen im Bereich der Rezeptgebührenbefreiung wurde zudem die Rezeptgebühr, deren Höhe gewöhnlich jährlich angepasst wird, im Jahr 2026 eingefroren. Sie beträgt daher im Jahr 2026 ebenso wie 2025 unverändert 7,55 Euro.

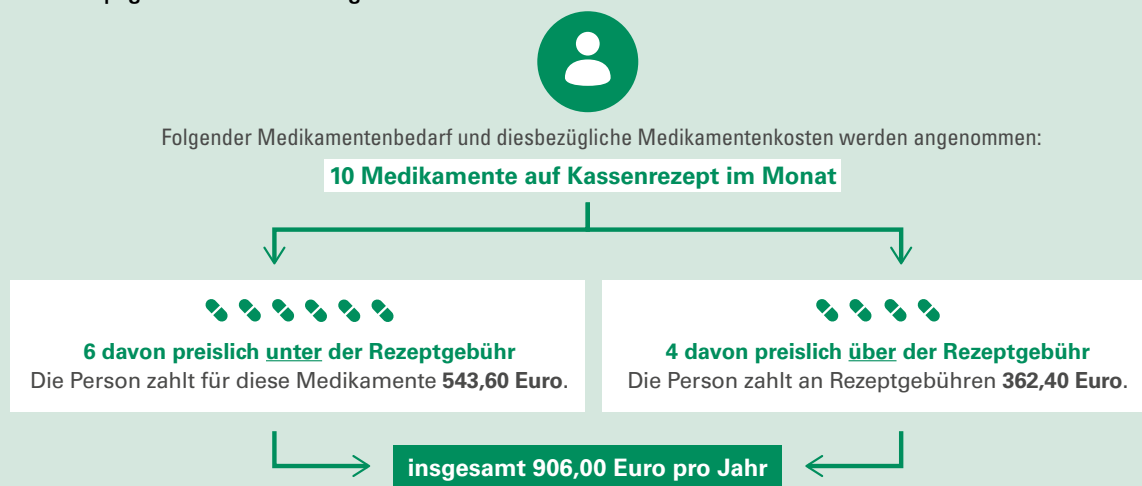
Die neuen Regelungen im Bereich der Rezeptgebührenbefreiung stellen damit eine erhebliche Entlastung für die betroffenen Personen dar. Einerseits wird durch die Änderungen die Obergrenze schneller erreicht, andererseits werden auch zusätzliche Versicherte, die bisher die Rezeptgebührenobergrenze nicht erreicht haben, von einer Rezeptgebührenbefreiung profitieren können (siehe Beispiel „Finanzielle Entlastung“).

Finanzielle Entlastung durch Arzneimittelkostenobergrenze

Für das folgende Beispiel wird eine Person mit hohem Medikamentenbedarf herangezogen, die sowohl diverse Dauermedikationen (z.B. Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Vitamin D3, Schmerzmittel, Antidiabetikum,

Blutverdünner, Antidepressivum und Schlafmittel, Magenschutz) als auch anlassbezogene Akutmedikationen (z.B. Antibiotikum, Nasentropfen, Fiebersenker, Schleimlöser) erhält.

Abbildung 61: Beispiel zur finanziellen Entlastung durch die neuen Regelungen im Bereich der Rezeptgebührenbefreiung



Kostenvergleich anhand eines beispielhaften Jahresnettoeinkommens von **21.600 Euro***:

Alte Regelung bis 2025 – Rezeptgebührenobergrenze bei 2 % des Nettoeinkommens

Die Rezeptgebührenobergrenze liegt bei 2 % des Jahresnettoeinkommens (exkl. Sonderzahlungen). Somit beträgt die persönliche Rezeptgebührenobergrenze der Person 432,00 Euro. Sie bezahlt Rezeptgebühren in Höhe von 362,40 Euro und erreicht damit die Obergrenze und somit eine Rezeptgebührenbefreiung mit der bisherigen Regelung nicht.

Der Person entstehen im Jahr somit folgende Kosten für die Medikamente:

906,00 Euro

Neue Regelung ab 2026 – Arzneimittelkostenobergrenze bei 2 % des Nettoeinkommens

Die Arzneimittelkostenobergrenze beträgt wie bisher 432,00 Euro (2 % des Jahresnettoeinkommens exkl. Sonderzahlungen). Durch die Berücksichtigung von Kosten für Medikamente mit Preisen unter der Rezeptgebühr erspart sich die Person jedoch nun 445,45 Euro. Diese Entlastung entspricht etwa der Hälfte ihrer bisherigen jährlichen Medikamentenkosten. **Statt bisher 906,00 Euro zahlt sie nur mehr:**

460,55 Euro

Neue Regelung ab 2030 – Arzneimittelkostenobergrenze bei 1,5 % des Nettoeinkommens

Die reduzierte Arzneimittelkostenobergrenze (1,5 % statt 2 % des Jahresnettoeinkommens) beträgt für die Person 324,00 Euro. Durch die Einführung der Arzneimittelkostenobergrenze und die Reduktion der Obergrenze auf 1,5 % statt 2 % des Nettoeinkommens erspart sich die Person 558,70 Euro. **Sie zahlt somit nur noch:**

347,30 Euro

*exkl. Sonderzahlungen; dies entspricht etwa der mittleren Alterspension laut Statistik Austria (siehe Datenbasis & Quellen). Alle Berechnungen folgen den Bestimmungen des ASVG sowie der Richtlinie für die Befreiung von der Rezeptgebühr 2008.



Datenbasis & Quellen

Die Auswertungen und Darstellungen basieren in der Regel auf den Jahren von 2013 bis 2025. Dies entspricht dem vollständig verfügbaren Zeitraum, für den alle verwendeten Daten aus der Maschinellen

Heilmittelabrechnung in der notwendigen standardisierten Form verwertbar vorliegen. Der Heilmittelreport basiert auf den nachfolgend angeführten Quellen:

Kosten (Heilmittelkosten, Arzneyspezialitätenkosten, Umsätze pharmazeutische Industrie, Spannumsätze Großhandel, Spannumsätze Apotheken)

Datenbasis: Maschinelle Heilmittelabrechnung

Erläuterungen: Die Kosten werden exkl. Umsatzsteuer angegeben. Die Angaben der Kosten beziehen sich auf den von den Apotheken mit den Krankenversicherungen abgerechneten Kassenverkaufspreis. Dabei handelt es sich um den öffentlichen Preis eines Medikaments, der u.a. im EKO gelistet ist. Im Normalfall entspricht dieser (Listen-) Kassenverkaufspreis den

Kosten des Medikaments für die Krankenversicherungen. Vereinzelt kommt es zu Rückzahlungen durch die pharmazeutische Industrie aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen oder vertraulichen privatrechtlichen Rabattvereinbarungen. Diese vertraulichen bzw. nicht-öffentlichen Rückerstattungsbeträge erfolgen zeitverzögert und sind in den abgebildeten Kosten nicht berücksichtigt.

Verordnungen

Datenbasis: Maschinelle Heilmittelabrechnung

Erläuterungen: Die Anzahl an Verordnungen ist eine Mengenkennzahl für die Anzahl der verordneten und auf Rechnung der sozialen Krankenversicherung auch tatsächlich abgegebenen Heilmittel. Als eine Verordnung wird jedes abgegebene Heilmittel gezählt. So wird bei handelsüblichen Medikamenten jede einzelne Packung (unabhängig von der Packungsgröße) als Verordnung gewertet.

Kosten pro Verordnung

Datenbasis: Maschinelle Heilmittelabrechnung

Erläuterungen: Die Kosten pro Verordnung sind eine Kennzahl für das Preisniveau. Sie entsprechen den durchschnittlichen Kosten für die Krankenversicherungen pro verordneter und tatsächlich abgegebener Medikamentenpackung.

Heilmittelpatient:innen

Datenbasis: Maschinelle Heilmittelabrechnung

Erläuterungen: Die Kennzahl Heilmittelpatient:innen ist die Anzahl an Versicherten, die ein Heilmittel auf Kosten der Krankenversicherung bezogen haben. Die Zählung erfolgt über Patient:innen-Pseudonyme.

Anspruchsberechtigte

Datenbasis: Krankenversicherungsanspruchsberechtigten-Datenbank des Dachverbands

Vertriebsberechtigtes Unternehmen, Fachrichtung der verschreibenden Ärzt:innen, abgebende Stelle (öffentliche Apotheke, Hausapotheke)

Datenbasis: Maschinelle Heilmittelabrechnung

Erläuterungen: Die Zuordnung erfolgt zum Zeitpunkt der Verschreibung (Fachrichtung) bzw. zum Zeitpunkt der Abgabe des jeweiligen Heilmittels in der Apotheke (Unternehmen, abgebende Stelle). Bei Zählungen wurden für jedes Jahr jene vertriebsberechtigten Unternehmen und Apothekenstandorte gezählt, welche mindestens eine zugeordnete Abgabe auf Kosten der Krankenversicherungen in den Daten aufwiesen.

Weitere Attribute der dargestellten Heilmittel (Preis, EKO-Bereich, Informationen zur Marktexklusivität, ATC-Code)

Datenbasis: EKO Basisdatenbank

Erläuterungen: Die Zuordnung der zeitlich veränderlichen Attribute erfolgt zum jeweiligen Abgabedatum des Heilmittels in der Apotheke.

Weitere Quellen

- Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung 2026, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. www.sozialversicherung.at/cds/content/load?contentid=10008.807386&version=1780388035
- BASG. www.ages.at/mensch/arzneimittel-medicinprodukte/arzneimittel-lieferengpaesse
- Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV), International price comparison 2025. An analysis of Swedish pharmaceutical prices and volumes relative to 19 other European countries. www.tlv.se/download/18.7da0ebe919bd8d1ee904a4de/1769772234825/international_price_comparison_2025.pdf
- EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/library/publications/efpia-patients-wait-indicator-2024.pdf
- Statistik Austria. Höhe der Durchschnittspensionen. www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/pensionen/pensionen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Medikamentenversorgung im niedergelassenen Bereich	8
Abbildung 2: Beispielhafte Aufteilungen der Umsätze an zwei auf Kassenkosten abgegebenen Medikamenten	11
Abbildung 3: Anteile der Stakeholder an den Medikamentenausgaben der Krankenversicherung 2025	12
Abbildung 4: Anzahl Medikamentenpackungen nach EKO-Bereichen	13
Abbildung 5: Das EKO-System in Österreich	14
Abbildung 6: Anspruchsberechtigte in der sozialen Krankenversicherung, 2013-2025	21
Abbildung 7: Aufteilung der Anspruchsberechtigten auf die Krankenversicherungen	22
Abbildung 8: Anspruchsberechtigte Personen nach Altersgruppen, 2013-2025	23
Abbildung 9: Anspruchsberechtigte Personen nach Versicherungsstatus, 2013-2025	24
Abbildung 10: Anspruchsberechtigte Personen und Heilmittelpatient:innen im Vergleich, 2013-2025	25
Abbildung 11: Heilmittelpatient:innen nach Anzahl bezogener Wirkstoffe	26
Abbildung 12: Patient:innen aufgeteilt nach EKO-Bereichen ihrer bezogenen Medikamente, 2013-2025	27
Abbildung 13: Durchschnittliche Kosten pro Heilmittelpatient:in, 2013-2025	28
Abbildung 14: Heilmittelpatient:innen nach ihren jährlichen Heilmittelkosten, 2013-2025	29
Abbildung 15: Kostenanteil der Patient:innen im oberen Behandlungskostensegment, 2013-2025	30
Abbildung 16: Durchschnittliche Kosten pro Heilmittelpatient:in nach Altersgruppen, 2013-2025	31
Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Heilmittelpatient:in, 2013-2025	32
Abbildung 18: Durchschnittliche Anzahl an Verordnungen pro Heilmittelpatient:in nach Altersgruppen, 2013-2025	33
Abbildung 19: Anteil der Patient:innen mit Verordnungen aus den angegebenen Fachrichtungen	34
Abbildung 20: Personen mit Befreiung von der Rezeptgebühr, 2013-2025	35
Abbildung 21: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung, 2013-2025	39
Abbildung 22: Entwicklung der Anzahl an Heilmittelverordnungen, 2013-2025	40
Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung, 2013-2025	40
Abbildung 24: Komponenten der Heilmittelkostenentwicklung, 2013-2025	41
Abbildung 25: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung je EKO-Bereich, 2013-2025	42
Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl von Heilmittelverordnungen je EKO-Bereich, 2013-2025	43
Abbildung 27: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung je EKO-Bereich (exklusive Roter Bereich), 2013-2025	44
Abbildung 28: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung je Preissegment, 2013-2025	45
Abbildung 29: Entwicklung der Heilmittelverordnungen je Preissegment, 2013-2025	46
Abbildung 30: Entwicklung der Heilmittelkosten der Krankenversicherung im EKO nach Marktsituation, 2013-2025	47
Abbildung 31: Entwicklung der Heilmittelverordnungen (nur EKO) nach Marktsituation, 2013-2025	48
Abbildung 32: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung (nur EKO) nach Marktsituation, 2013-2025	49
Abbildung 33: Heilmittelkosten aufgeteilt nach ATC-Hauptgruppen	50
Abbildung 34: Entwicklung der kostenstärksten Medikamentenuntergruppen	51
Abbildung 35: Heilmittelverordnungen aufgeteilt nach ATC-Hauptgruppen	53
Abbildung 36: Entwicklung der Medikamentenuntergruppen mit den höchsten Heilmittel- verordnungsmengen	54
Abbildung 37: Durchschnittliche Kosten pro Verordnung aufgeteilt nach ATC-Hauptgruppe	56
Abbildung 38: Entwicklung der Kosten aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025	57

Abbildung 39: Entwicklung der Verordnungen aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025	58
Abbildung 40: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Verordnung aufgeteilt nach EKO-Zugehörigkeit, 2013-2025	58
Abbildung 41: Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung für Arzneispezialitäten, 2013-2025.....	63
Abbildung 42: Indexierte Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung für Arzneispezialitäten, 2013-2025	64
Abbildung 43: Umsatzentwicklung der pharmazeutischen Industrie mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneispezialitäten, 2013-2025	65
Abbildung 44: Anzahl pharmazeutischer Unternehmen, 2013-2025	66
Abbildung 45: Anteil der Top 10 pharmazeutischen Unternehmen nach Umsatz an den gesamten Industrieumsätzen mit von der Krankenversicherung erstatteten Arzneispezialitäten in %, 2013-2025	67
Abbildung 46: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Großhandelsspannen für erstattete Arzneispezialitäten, 2013-2025	68
Abbildung 47: Entwicklung der Anzahl öffentlicher Apotheken und Hausapotheken, 2013-2025	69
Abbildung 48: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen für erstattete Arzneispezialitäten, 2013-2025	70
Abbildung 49: Entwicklung der von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspannen für erstattete Arzneispezialitäten, getrennt nach öffentlichen Apotheken und Hausapotheken, 2013-2025	71
Abbildung 50: Entwicklung der Zahl der von der Krankenversicherung erstatteten und in öffentlichen Apotheken und Hausapotheken abgegebenen Medikamentenpackungen, 2013-2025	72
Abbildung 51: Entwicklung der durchschnittlichen von der Krankenversicherung bezahlten Apothekenspanne pro abgegebener Medikamentenpackung in öffentlichen Apotheken und in Hausapotheken, 2013-2025.....	73
Abbildung 52: Verteilung der in Hausapotheken abgegebenen Heilmittelverordnungen	74
Abbildung 53: Anzahl abgegebener Medikamentenpackungen im Jahresverlauf.....	75
Abbildung 54: Der EKO und sein Umfeld	78
Abbildung 55: Entwicklung Anzahl der Medikamentenpackungen im EKO, 2005-2025	80
Abbildung 56: Jährliche Medikamentenkosten im niedergelassenen Bereich pro Einwohner:in	81
Abbildung 57: Preisvergleich von Medikamenten im generikafähigen Markt.....	82
Abbildung 58: Preisvergleich von Medikamenten im patentgeschützten Markt.....	83
Abbildung 59: Verfügbarkeit von neuen Medikamenten im Ländervergleich.....	84
Abbildung 60: Zeit bis zur Verfügbarkeit von neuen Medikamenten im Ländervergleich	85
Abbildung 61: Beispiel zur finanziellen Entlastung durch die neuen Regelungen im Bereich der Rezeptgebührenbefreiung	88

Glossar

Begriff	Erklärung
Ampelprinzip	Mit dem Ampelprinzip geht eine bestimmte Rangordnung bei der Verschreibung von Medikamenten auf Rechnung der Krankenversicherung einher - es gilt Grün vor Gelb vor Rot. Das bedeutet, dass vor der Verschreibung eines Medikaments aus dem Gelben Bereich zu überprüfen ist, ob die Verordnung eines Medikaments aus dem Grünen Bereich zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre. Vor der Verordnung eines Medikaments aus dem Roten Bereich ist zu überprüfen, ob eine Verordnung aus dem Grünen oder Gelben Bereich zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre. Ein Medikament außerhalb des EKO darf nur verschrieben werden, wenn dies aus therapeutischen Gründen zwingend notwendig ist und kein alternatives Medikament aus dem EKO für die Behandlung zur Verfügung steht.
Anspruchsberechtigte	Dabei handelt es sich um einen Oberbegriff, der alle Personen (sowohl Versicherte als auch Mitversicherte) umfasst, die gegenüber den Krankenversicherungen (BVAEB, ÖGK, SVS) einen Anspruch auf Leistungen haben (z.B. Medikamente). Siehe auch <i>Mitversicherte</i>, <i>Versicherte</i> und <i>Versichertengemeinschaft</i>.
Arzneimittel	Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung im oder am menschlichen Körper und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder zur Linderung oder zur Verhütung menschlicher Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind, oder als Grundlage für eine medizinische Diagnose dienen. Arzneimittel (alltagssprachlich auch „Medikamente“) umfassen Arzneispezialitäten, magistrale Zubereitungen sowie allergenspezifische Immuntherapien (sog. Desensibilisierungsprodukte). Siehe auch <i>Arzneispezialitäten</i>, <i>Heilmittel</i> und <i>Magistrale Zubereitung</i>.
Arzneispezialitäten	Arzneimittel, die industriell oder im Voraus in gleicher Zusammensetzung hergestellt und unter der gleichen Bezeichnung in einer bestimmten Form in den Handel gebracht werden. Der Kassenverkaufspreis für Arzneispezialitäten setzt sich aus dem Fabriksabgabepreis sowie prozentualen Aufschlägen zur Vergütung des Großhandels und der Apotheken zusammen. Nicht vom Begriff Arzneispezialitäten umfasst sind Arzneimittel, die nicht auf diese standardisierte bzw. industrielle Weise hergestellt werden (z.B. magistrale Zubereitungen) und für die auch der Preis auf andere Art zustande kommt. Siehe auch <i>Arzneimittel</i>, <i>Fabriksabgabepreis</i>, <i>Heilmittel</i>, <i>Kassenverkaufspreis</i> und <i>Magistrale Zubereitung</i>.

Begriff	Erklärung
ATC-Klassifikation	Medikamente im EKO sind nach dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geordnet. Dabei handelt es sich um einen siebenstelligen ATC-Code, der in fünf Stufen aufgebaut ist (ATC-Hauptgruppe und Untergruppen). Die erste Stufe gibt an, auf welches Organ oder Organsystem ein Medikament wirkt (z.B. A – Alimentäres System und Stoffwechsel). Mit der ATC-Klassifikation können Medikamente weltweit einheitlich erfasst und verglichen werden.
Biosimilar	Medikamente, die nach Ablauf des Patentschutzes eines biologischen Arzneimittels als wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte von anderen Unternehmen auf den Markt gebracht werden dürfen. Biologische Arzneimittel enthalten Wirkstoffe, die aus lebenden Systemen stammen (z.B. Blut oder Zellen) oder mit Hilfe von Zellen erzeugt werden. Ein Biosimilar darf nur dann zugelassen werden, wenn nachgewiesen ist, dass es hinsichtlich Qualität, Sicherheit und Wirkung gleichwertig zum Original ist.
Boxensystem	Bezeichnet die Einteilung der Medikamente im EKO in den Grünen, Gelben oder Roten Bereich. Die verschiedenen Bereiche des EKO werden auch als Boxen bezeichnet.
Chef- und kontrollärztlicher Dienst	Beschreibt jene Stellen bei den Krankenversicherungen (BVAEB, ÖGK, SVS), die für die Vorabbeurteilung und nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der Kriterien für die Kostenübernahme für Medikamente zuständig sind, die unter die Vorabbeurteilung- oder Dokumentationspflicht fallen. Bewilligungsanfragen sind durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Krankenversicherungen im Regelfall innerhalb von 30 Minuten zu beantworten.
Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV)	Alle fünf Sozialversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB, PVA, AUVA) gehören dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (bis 31.12.2019 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) an. Der Aufgabenbereich ist gesetzlich geregelt und entspricht weitgehend den bisherigen Aufgaben des Hauptverbands. Der Dachverband ist unter anderem für die Koordination der Vollziehungstätigkeit der Sozialversicherungsträger zuständig und nimmt trägerübergreifende Verwaltungsaufgaben im Bereich der Sozialversicherung wahr. Im Heilmittelbereich ist er für die Herausgabe und laufende Wartung des EKO zuständig.
Erstattungskodex (EKO)	Der EKO wird vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) herausgegeben. In den EKO werden für Österreich zugelassene, erstattungsfähige und gesichert lieferbare Medikamente aufgenommen, die nach Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patient:innen im Sinne der Krankheitsbehandlung annehmen lassen. Der EKO ist in drei Bereiche (Grün, Gelb, Rot) unterteilt.

Begriff	Erklärung
Erstattungsmarkt	Teilbereich des Arzneimittelmarktes, der die auf Kosten einer Krankenversicherung (BVAEB, ÖGK, SVS) im niedergelassenen Bereich abgebbaren Arzneimittel umfasst. Die Abgabe erfolgt zum Erstattungspreis, der vorab aufgrund der rechtlichen Grundlagen und den Verhandlungen zwischen pharmazeutischem Unternehmen und der Sozialversicherung festgelegt wurde.
Fabriksabgabepreis (FAP)	Der vom herstellenden Unternehmen festgesetzte Preis für ein Arzneimittel. Eine Erstattung von Medikamenten im EKO erfolgt nur, sofern der aus Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und der Sozialversicherung resultierte Preis umgesetzt wurde. Siehe auch <i>Erstattungsmarkt</i> und <i>Kassenverkaufspreis</i> .
Generika	Medikamente, die nach Ablauf des Patentschutzes eines Originalmedikaments als wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte von anderen Unternehmen auf den Markt gebracht werden dürfen. Generika müssen die gleiche therapeutische Wirksamkeit und Sicherheit wie das Originalmedikament aufweisen.
Generikafähiger Markt	Jenes Segment des Arzneimittelmarktes, in dem die Verfügbarkeit von Generika grundsätzlich möglich ist, da der Patentschutz für ein Originalmedikament abgelaufen ist. Dies bedeutet aber nicht notwendigerweise, dass es zu jedem Originalprodukt am generikafähigen Markt auch ein Generikum gibt.
Generikasubstitution	Austausch eines verordneten Medikaments durch ein wirkstoff- und dosisgleiches Generikum. Anders als in Österreich ist die Arzneimittelsubstitution in sehr vielen europäischen Ländern üblich.
Gesundheitsökonomische Evaluation	Dabei handelt es sich im Rahmen einer EKO-Aufnahme um die Prüfung, ob der Preis eines Medikaments im Verhältnis zu seinem medizinischen Nutzen und im Vergleich zu bereits verfügbaren Therapien wirtschaftlich vertretbar ist.
Großhandel	In der Regel liefern pharmazeutische Unternehmen ihre Arzneimittel nicht direkt an Apotheken, sondern bedienen sich für den Vertrieb sogenannter „Arzneimittel-Großhändler“.
Hausapotheke	Eine Apotheke, die direkt von einer Ärztin bzw. einem Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen der eigenen Ordination geführt wird. Dies ist zulässig, wenn im Versorgungsgebiet keine ausreichende öffentliche Apothekenversorgung gegeben ist.
Heilmittel	Unter dem Heilmittelbegriff sind neben Arzneimitteln auch sogenannte „sonstige Mittel“, die bei der Verabreichung bestimmter Arzneimittel benötigt werden, umfasst (z.B. Verbandsmaterialien und Desinfektionsmittel). Bei den Heilmittelverordnungen auf Kosten der Krankenversicherung spielen diese eine untergeordnete Rolle. Siehe auch <i>Arzneimittel</i> , <i>Arzneispezialitäten</i> und <i>Magistrale Zubereitung</i> .

Begriff	Erklärung
Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)	Das beim Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) eingerichtete Beratungsgremium für die Verfahren zur Herausgabe des Erstattungskodex (EKO). Die HEK richtet Empfehlungen an den Dachverband, die den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und der gesundheitsökonomischen Bewertung entsprechen.
Heilmittelkosten	Kosten, die der Krankenversicherung insgesamt für Heilmittel entstehen (Summe über alle drei Krankenversicherungen – ÖGK, BVAEB und SVS).
Heilmittelpatient:in	Versicherte oder mitversicherte Person, die ein oder mehrere Heilmittel auf Kosten der Krankenversicherung bezieht. Nicht dazu zählen Personen, die (alle) Heilmittel ausschließlich privat kaufen (z.B. Kopfschmerztabletten ohne Kassenrezept).
Kassenverkaufspreis (KVP)	Der Preis, den die Krankenversicherungen (ÖGK, BVAEB und SVS) für ein Arzneimittel bezahlen. Er setzt sich aus dem Fabriksabgabepreis (FAP) und den Aufschlägen zur Vergütung der Arzneimittel-Großhändler sowie der Apotheken zusammen. Siehe auch <i>Großhandel</i> .
Lieferfähigkeit	Darunter versteht man die Verfügbarkeit von Medikamenten in den Apotheken. Die Gründe für etwaige Lieferschwierigkeiten bei Medikamenten sind multifaktoriell (z.B. Produktionsprobleme, Qualitätsmangel, Lieferkomplikationen am Transportweg, etc.). Ist die Lieferfähigkeit einzelner Medikamente eingeschränkt oder nicht gegeben, stehen in der Regel gleichwertige therapeutische Alternativen für die Versorgung der Patient:innen zur Verfügung. Die pharmazeutischen Unternehmen sowie die Arzneimittel-Großhändler, die die hergestellten Medikamente vertreiben, haben für Medikamente im EKO eine gesicherte Lieferfähigkeit nachzuweisen und sicherzustellen. Lieferschwierigkeiten sind von den Unternehmen meldepflichtig.
Magistrale Zubereitung	Arzneimittel, das in einer Apotheke auf Grund einer ärztlichen Verschreibung für eine bestimmte Patientin bzw. einen bestimmten Patienten individuell hergestellt wird (z.B. Salben, Cremen, Hustensäfte, etc.).
Medizinisch-therapeutische Evaluation	Es wird im Rahmen einer EKO-Aufnahme geprüft, für welche Patient:innen-gruppe das beantragte Medikament zur Anwendung kommen soll und welchen therapeutischen Nutzen es im Vergleich zu anderen therapeutischen Alternativen bringt.

Begriff	Erklärung
Mitversicherte	„Mitversicherte“ Personen (Kinder sowie bestimmte andere Angehörige) sind, sofern sie nicht selbst kraft Gesetzes krankenversichert sind, unter bestimmten Voraussetzungen, mitversichert. Der Krankenversicherungsschutz einer mitversicherten Person leitet sich dabei von der versicherten Person ab. Mitversicherte bezahlen keine eigenen Versicherungsbeiträge, jedoch hat die versicherte Person für bestimmte Angehörige einen Zusatzbeitrag zu leisten. Siehe auch <i>Anspruchsberechtigte</i> , <i>Versicherte</i> und <i>Versichertengemeinschaft</i> .
Niedergelassener Bereich	Umfasst die medizinische Versorgung außerhalb der Krankenhäuser. Dazu zählen insbesondere Ordinationen wie Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie Primärversorgungszentren.
Öffentliche Apotheken	Sind behördlich konzessionierte Einrichtungen, die der Medikamentenversorgung der Bevölkerung dienen. Für bestehende Apotheken wird ein gewisser Existenzschutz gewährt, indem vor der Neuerrichtung einer Apotheke eine Bedarfsprüfung durchzuführen ist. Mit der Bedarfsprüfung wird festgelegt, ob an einem bestimmten Standort eine neue öffentliche Apotheke eröffnet werden darf. Mithilfe der Bedarfsprüfung soll eine Medikamentenversorgung auch in ländlichen Gebieten, nicht nur in Ballungszentren, gewährleistet werden.
Pharmakologische Evaluation	Es wird im Rahmen einer EKO-Aufnahme der Innovationsgrad eines Medikaments geprüft, d.h. inwiefern das beantragte Medikament eine therapeutische Alternative zu den bereits im EKO vorhandenen Medikamenten darstellt. Außerdem werden die therapeutischen Alternativen festgelegt.
Rezeptfreie Medikamente	Medikamente, die ohne ärztliche Verordnung („Rezept“) in der Apotheke bzw. Hausapotheke abgegeben werden dürfen.
Rezeptpflichtige Medikamente	Medikamente, die nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung („Rezept“) von einer zur Verordnung berechtigten Person (Ärztin bzw. Arzt) in der Apotheke bzw. Hausapotheke abgegeben werden dürfen.
Spitalsbereich	Umfasst die medizinische Versorgung innerhalb von Krankenhäusern. Dazu zählt insbesondere die stationäre Versorgung.
Versicherte	Versicherte Personen sind aufgrund eigener Tätigkeit oder eines speziellen Status selbst in der Krankenversicherung versichert und zahlen in der Regel eigene Versicherungsbeiträge, sie sind daher auch Beitragsleistende. In bestimmten Fällen werden die Beiträge auch von anderen Institutionen getragen. Siehe auch <i>Anspruchsberechtigte</i> , <i>Mitversicherte</i> und <i>Versichertengemeinschaft</i> .

Begriff	Erklärung
Versichertengemeinschaft	Die Versichertengemeinschaft umfasst die Gesamtheit aller Personen, die durch das System der sozialen Krankenversicherung geschützt sind. Dieser Begriff dient in der ggs. Publikation als Sammelbegriff und beinhaltet sämtliche anspruchsberechtigte Personen (Versicherte sowie „mitversicherte“ Angehörige). Siehe auch <i>Anspruchsberechtigte</i>, <i>Mitversicherte</i> und <i>Versicherte</i>.
Wirkstoffverschreibung	Wenn bei Verfügbarkeit von Originalprodukten und Generika nicht ein spezifisches Medikament von der Ärztin bzw. dem Arzt verschrieben wird, sondern der Wirkstoff (mit der geeigneten Wirkstoffstärke und Packungsgröße). Anders als in Österreich, ist die Wirkstoffverschreibung in sehr vielen europäischen Ländern üblich.
Zulassung von Medikamenten	Gesetzlich vorgeschriebenes behördliches Prüfverfahren, das ein neues Medikament erfolgreich durchlaufen muss, bevor es auf den Markt gebracht werden darf. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) ist die österreichische Behörde, die für die Zulassung und Überwachung von Medikamenten zuständig ist. Für bestimmte Medikamente ist eine europaweite Zulassung über die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) verpflichtend.



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

Dachverband der
Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21
1030 Wien
www.sozialversicherung.at

