

Ideenbox

Dauer-Rezepte in vernünftigen Packungsgrößen

1.	Idee und Besprechungsergebnis	1
1.1.	Vorschlagstext in der Ideenbox	1
1.2.	Besprechungsergebnis	1
2.	Problem, Idee und Gespräch im Detail	2
3.	Begriffe und Ernüchterung	3
3.1.	Ein Beispiel aus der grünen Box - Schilddrüse	4
3.2.	Historisches – das Wiederholungsrezept	5
3.3.	Historisches – der Erstattungskodex EKO	6
3.4.	Rechtlicher Konflikt	7
3.5.	Sicherheit für Patienten	7
4.	Volkswirtschaftliche Betrachtung	8
4.1.	Auswahl profitabler Dauertherapien	8
4.2.	Annahmen für Aufwand und Einsparungen	8
4.3.	Aggregierte Einsparungen (2 Mio. Patienten).....	9
4.4.	Monetäre Abschätzung (nur Produktivität / Zeitwert)	9
	Gesamtsystemeinsparung (ohne Medikamentenkosten)	10
4.5.	Vergleich Monats- vs. Quartalsversorgung.....	10
4.6.	Fazit	10
5.	Einschränkungen und finale Idee	11
6.	Anhang A: Rezepte für Dauertherapien	12
7.	Anhang B: Der EKO als untergesetzliches Instrument	12
8.	Anhang C: Packungsgrößen und Besonderheiten.....	13

1. Idee und Besprechungsergebnis

1.1. Vorschlagstext in der Ideenbox

Für absehbar langdauernde Behandlungen sollten Medikamente in vernünftigen Packungsgrößen verschreibbar sein.

Eine Verschreibungsmöglichkeit per e-Rezept ist dabei zwar eine Erleichterung, wenn das e-Rezept per Telefon angefordert werden kann, aber trotzdem nur der halbe Weg.

1.2. Besprechungsergebnis

Offizielle Updates

Letztes Update: 5. März 2026

Zur eingebrachten Idee fand Anfang März 2026 ein Gespräch statt. Beim Gespräch wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert.

Speziell wurde die Regelung zur wiederholten Abgabe von Medikamenten besprochen: § 4 Abs. 2 des Rezeptpflichtgesetzes (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010351>)

§ 4 Abs. 2. Sofern vom Verschreibenden auf dem Rezept für Arzneimittel nichts anderes vermerkt ist, darf die Abgabe fünfmal wiederholt werden. Die wiederholte Abgabe ist verboten, wenn das Arzneimittel aufgrund der gemäß § 1 erlassenen Verordnungen einer solchen Abgabebeschränkung (Wiederholungsverbot) unterworfen ist und der Verschreibende auf dem Rezept nicht ausdrücklich die wiederholte Abgabe angeordnet hat.

Gesundheit Österreich GmbH
Veröffentlicht am 5. März 2026

Link: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010351>

OK, das Besprechungsergebnis und die Expertenperspektive hatte nicht ganz die Tiefe, die ich mir erhofft hatte. Aber der Verweis auf die grundlegende Rechtslage war ein wichtiger Startpunkt für eine weitere Aufarbeitung.



Das Thema ist allerdings komplex, darum sind explizite Diskussionsstränge im Anhang als eigene Dokumente angeführt.

2. Problem, Idee und Gespräch im Detail

Eine beträchtliche Anzahl Patienten klagen über restriktive Rezeptausstellungen, welche immer nur einen **Monatsbedarf** ihrer oft lebenslang notwendigen Dauermedikation abdecken. Die Praxis der monatsweisen Medikamentenverschreibung für Dauertherapien erleben Patienten dann als besonders schikanös, wenn sie viele verschiedene Medikamente brauchen, die persönlichen Einschränkungen groß sind und sie immer mehr oder ganz auf Hilfe Zweiter angewiesen sind.

Zu den ökonomischen und sozialen Bürden addieren sich auch **berechtigte Existenzängste**, wenn die Liefersituationen für Medikamente zunehmend und permanent unvorhersehbar werden und man befürchten muss, durch ein – wenn auch kurzzeitiges – Pausieren der Medikamentierung unweigerlich in einen neuen Krankheitsschub mit teilweise irreversiblen Folgen zu rutschen.

Eine mögliche Linderung der Problemsituation könnte durch die Verwendung von größeren Verpackungseinheiten zur Deckung eines **Quartalsbedarfs**, wie er in anderen Ländern üblich ist (z.B. N3-Packungsgrößen in Deutschland), erreicht werden. Dachte ich mir. Ich hatte allerdings nicht mit den selbstgemachten Restriktionen unserer Gesundheitsversorger gerechnet und möchte das im Weiteren ausführen.

Beginnen wir mit dem Gespräch zur Idee in der Ideenbox. Ich habe am Beispiel der Situation zweier Patientinnen versucht darzulegen, dass die aktuelle Verschreibungspraxis Probleme verursacht. Und dass diese Probleme um die eingestellte Langzeittherapie durch Rezepte für längere Versorgungsintervalle wesentlich gelindert werden könnten, um den Patientinnen möglichst lange ein selbstständiges Leben zu ermöglichen.

Es ging dabei überhaupt nicht um hochpreisige oder grundsätzlich genehmigungspflichtige Medikamente, sondern nur um Allerwelts-**Medikamente der untersten Preisklasse**, die häufig verschrieben werden. Wo es nicht so sehr um die Kosten geht, sondern vor allem ums komfortabel Kriegen. Aber letztendlich auch um die Kosten, weil chronisch krank heißt leider auch oft ökonomisches Existenzminimum.

Im Gespräch wurde ich dann aufgeklärt. Über den Erstattungskodex mit seinen farbigen Schachteln, der regelt, was alles verschrieben werden darf. Über den Unterschied zwischen Wiederholungsrezept und Dauerbewilligung.

Und ich wurde auf die Gesetzeslage hingewiesen, die eine wiederholte Abgabe von bis zu 6 Packungen mit einem einzelnen Rezept – einem „**Wiederholungsrezept**“ – vorsieht.

An dieser Stelle hab ich mich in Grund und Boden geniert, weil ich offenbar mit einem eingebildeten Problem und einer Lösungsidee aufgetaucht bin, obwohl das Problem offenbar laut Gesetz keines sein sollte. Aber da war auch noch die Expertenaussage im Gespräch, dass es bekannter Weise häufiger Beschwerden gäbe – was ich dann so interpretiert habe, dass die Rezeptaussteller, die Apotheker und die Patienten sich nicht auskennen.

Ich hab noch am selben Tag voller Aufklärungsdrang an der Verschreibungstheke meines Hausarztes vorgesprochen und habe dort ebenso viel Heiterkeit hervorgerufen wie beim Apotheker meines Vertrauens. Obwohl – zwei Hinweise hat es gegeben. Eine Patientin meinte bei unserem Hausarzt, dass es ein Wiederholungsrezept während Corona gegeben hätte und mein Apotheker konstatierte, dass es Wiederholungsrezept nur bei Privatrezepten gäbe.

3. Begriffe und Ernüchterung

Ernüchtern musste ich mir an dieser Stelle eingestehen, dass ich weniger wusste als vor unserer Ideenbesprechung. Als interessierter Bürger und Patientenvertreter habe ich schon diverse Schulungen rund um die Medikamentenverschreibung und Medikamentenbeurteilung hinter mir und trotzdem (ich bin Laie im Gesundheitswesen) hatte ich für viele Begrifflichkeiten keine scharfe Definition – z.B. was ist ein Dauerrezept?

Eine nette Quelle, wo z.B. der Begriff Langzeitbewilligung ausgeführt wird, ist die Broschüre [Ihr Recht als PatientIn](#) (Link von der [NÖ-PPA](#)).

Dort wird ausgeführt, dass der behandelnde Arzt für eine Langzeittherapie mit einem bewilligungspflichtigen Medikament auch um eine Langzeitbewilligung ansuchen kann.

Langzeitbewilligung

Sollte Ihre Arzt/Ärztin davon ausgehen, dass Sie ein bewilligungspflichtiges Medikament über einen längeren Zeitraum einnehmen müssen, kann er/sie über das ABS-System eine Langzeitbewilligung einholen. Das bedeutet, dass Ihnen ein Medikament für 3, 6 oder 12 Monate bewilligt wird. Reicht eine Packung Ihres Medikaments also beispielsweise für einen Monat und Sie bekommen eine Langzeitbewilligung für 6 Monate, steht Ihnen ein Kontingent von 6 Packungen zur Verfügung. Sie müssen somit nicht jeden Monat auf eine Bewilligung warten, sondern Ihre Arzt/Ärztin kann Ihnen ein Rezept ausstellen, das von Ihrem Kontingent abgebucht wird. Ist Ihr Kontingent aufgebraucht und Sie müssen das Medikament weiter einnehmen, kann erneut eine Langzeitbewilligung beantragt werden.

Aber wie ist das bei zwar rezeptpflichtigen, aber nicht bewilligungspflichtigen Medikamenten? Kann mein Arzt auch dafür um eine Bewilligung einreichen und würde die im Regelfall genehmigt werden? Und ist das überhaupt sinnvoll?

Was macht man in dieser Situation weiter? Selbstgespräche führen, nur um zu erkennen, dass man keinen gescheiterten Gesprächspartner hat?

Eine ergebnisreichere Form der Selbstgespräche ist die Verwendung eines KI-Chat-Programms zur Informationssuche und strukturierten Textablage. Ich habe drei dieser Textstränge im Anhang als eigene Dokumente zum Einlesen in die Thematik und zur Diskussion von Begriffen verlinkt.


 [Diskussionsstränge](#) (siehe Anhang)

Die Erklärung von Begriffen ist wichtig, weil wir Ausdrücke oft irreführend verwenden. Auch in diesem Text wird öfter von Rezeptgebühr geschrieben, obwohl wir in Österreich offensichtlich keine Rezept-, sondern eigentlich eine **Packungsgebühr** haben.

3.1. Ein Beispiel aus der grünen Box - Schilddrüse

Ein Beispiel aus der grünen Box des EKO – das Schilddrüsenmedikament Euthyrox. Einmal eingestellt empfiehlt die Literatur jährliche Kontrollen während der lebenslangen Einnahme.

Gleicher Wirkstoff: **Levothyroxin-Natrium**

Bezeichnung	Pkg	OP	B	Kass	KVP	KVP/E	Rg
 Euthyrox 112 mcg Tabl.	50 St	1	■		3,00	0,06	01

Euthyrox 112 mcg Tabl. Levothyroxin-Natrium (H03AA01)

Box-Kennzeichen:	■	Kassenverkaufspreis:	3,00
Kassenzeichen:		Teilbarkeit:	T2
Packungsgröße:	50 St	Pharmazentralnummer:	3909030
Abgebbare Originalpackung:		Langzeitbewilligung:	
Rezeptpflicht:	rezeptpflichtig	Suchtgift-Vignette:	
Preismodell-Kennzeichnung:		Information zu Wirkstoff(en):	

Screen Shot aus dem EKO: <https://www.sozialversicherung.at/oeko/views/index.xhtml>

Eine Packung/Verschreibung reicht für 50 Tage und es darf nur eine Packung abgegeben werden (OP = 1). Wir reden hier von recht billigen Medikamenten, der Kassenverkaufspreis ist netto **3 Euro**. Aufgrund der Rezeptgebührenbefreiung (und der großen Anzahl an Medikamenten, welche die Patientin verschrieben bekommt), ist der Bezug nach zwei Monaten für den Rest des Jahres für die Patientin mit keinen direkten Kosten verbunden. Sie würde aber groß davon profitieren, wenn zumindest ein Quartalsbedarf mit einem Rezept abgedeckt wäre, weil die Wege zu Arzt und Apotheke zeitweise (und derzeit oft) herausfordernd sind (ebenso wie die finanzielle Situation während der ersten beiden Monate im Jahr, in denen Rezeptgebühr fällig wird und die Überlegung, Medikamente oder Essen zu kaufen, keine Satire ist).

[Und ja, ich weiß, dass es für Euthyrox 100mg- und 125mg-Tabletten in 100er-Packungen gibt. Der verschreibende Arzt wird aber einen Grund gehabt haben, warum er die Patientin ausgerechnet auf 112mg eingestellt hat.]

Für diese Medikament gibt es offensichtlich keine Möglichkeit einer „Langzeitbewilligung“ wie oben angeführt. Aber gibt es eine andere Möglichkeit, eine länger reichende Verschreibung zubekommen?

Einfach statt eines Kassenrezeptes ein Privat Rezept auszustellen ist auch keine Option, weil Privatrezepte immer voll bezahlt werden müssen und das Jahr lang ist.

Zur Erinnerung: Wir behandeln hier eine Situation, bei der das Medikament die Kasse rund 2 Euro pro Monat kostet!

3.2. Historisches – das Wiederholungsrezept

Die Wiederholungsabgabe von Medikamenten in Österreich wurde mit dem Rezeptpflichtgesetz (RezPG) 1972 erstmals gesetzlich geregelt.

Dieses Gesetz regelte erstmals bundesweit:

- welche Arzneimittel **rezeptpflichtig** sind
- **wer Rezepte ausstellen darf**
- **wie Rezepte eingelöst werden dürfen**
- und **unter welchen Bedingungen eine Wiederholungsabgabe zulässig ist.**

Diese Grundregel existiert also **seit den 1970er-Jahren**, wurde aber mehrfach **novelliert** (z. B. zur Rezeptgültigkeit oder zu elektronischen Rezepten).

Wichtige spätere Änderungen:

- **2003:** Verlängerung der **Rezeptgültigkeit auf 12 Monate** (Budgetbegleitgesetz).
- **2022–2023:** Einführung und Ausweitung des **e-Rezepts** in Österreich.

Die wichtigsten Gründe für das Wiederholungsrezept waren organisatorische, medizinische und ökonomische Überlegungen.

a) Erleichterung für Patienten – besonders bei Dauermedikation

Ein zentraler Grund war, **Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen zu entlasten**. Bei Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen müssen Medikamente oft über lange Zeiträume regelmäßig eingenommen werden. Mit dem Wiederholungsrezept könnte eine Verschreibung **mehrfach eingelöst werden**, ohne dass jedes Mal ein neuer Arztbesuch nötig ist.

Ziel:

- weniger Arztbesuche nur zum „Rezept holen“
- geringere Wartezeiten
- bessere Versorgung bei Langzeittherapien

b) Entlastung von Ärzten und Gesundheitssystem

Viele Arzt- oder Praxiskontakte entstehen nur wegen Routine-Rezepten. Durch Wiederholungsrezepte sollten:

- Arztpraxen administrativ entlastet werden
- mehr Zeit für diagnostische und therapeutische Aufgaben bleiben
- das Gesundheitssystem effizienter arbeiten

c) Kontinuierliche Medikamentenversorgung

Die Regelung ermöglicht eine **kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten**, weil ein Rezept über einen längeren Zeitraum gültig ist (in der Regel bis zu 12 Monate).

Die Apotheke darf ein Medikament **mehrmals abgeben (bis zu fünf Wiederholungen)**, sofern der Arzt nichts anderes festlegt.

Vorteil:

- weniger Therapieunterbrechungen
- bessere Therapietreue („Compliance“)

Und „damals“, bei der Erstellung dieses Gesetzes, waren Lieferkettenunterbrechungen noch kein bewusstes Thema ...

3.3. Historisches – der Erstattungskodex EKO

Der schon öfter erwähnte Erstattungskodex (EKO) wurde 2005 erstmal veröffentlicht und listet alle zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Medikamente.

Der Erstattungskodex (EKO) wurde vom Hauptverband (jetzt Dachverband) der Sozialversicherungsträger (DVS)V) erstmals herausgegeben.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Erstattungskodex>

Der EKO enthält die von den österreichischen Krankenkassen bezahlten Arzneimittel, deren Preise und Abgabemengen.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844503>

Die letztendliche **Entscheidung** über den Inhalt des Erstattungskodex (EKO) liegt beim **Dachverband** der Sozialversicherungsträger. Er entscheidet formal-rechtlich nach Beratung durch die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK), welche Arzneispezialitäten im EKO enthalten sind und auch unter welchen Bedingungen sie verschreibbar sind – in welcher „Box“ sie gelistet werden und ob es spezielle Verschreibungsindikationen gibt.

Anm.: In der HEK sitzen auch zwei Patientenanwälte – aktuell aus Tirol und NÖ:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.904650>

Die rechtliche Grundlage des EKO liegt im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Dort wird dem Dachverband der Sozialversicherung die Aufgabe übertragen, einen Erstattungskodex zu erstellen.

Der EKO ist damit:

- **kein Gesetz**
- **keine Verordnung des Bundes**
- sondern eine **amtliche Verlautbarung der Sozialversicherung** (eine Art autonomes Regelwerk).

Die **Aufsicht** über das Geschehen rund um den EKO obliegt dem **Gesundheitsministerium**.

3.4. Rechtlicher Konflikt

Während der Gesetzgeber kontinuierlich über Jahrzehnte eine Medikamentenabgabe durch ein Wiederholungsrezept gesetzlich vorsieht, wird diese Möglichkeit für Kassenrezepte praktisch durch die Packungs-Abgabenbeschränkung im EKO vollständig vereitelt.

Juristen bezeichnen den EKO als untergesetzliches Instrument, das eine gesetzliche Regelung faktisch einschränkt. Als Laie nenne ich das Gesetz um das Wiederholungsrezept **getötetes Recht**, weil seine Anwendung praktisch unmöglich gemacht wird.

An dieser Stelle denke ich mir, dass der Expertenhinweis auf die Rechtslage der Wink sein sollte, beim Ministerium die Wiederherstellung des gültigen Rechts einzufordern.

Die Diskussion, Erstattungskodex und Recht, ist ein wichtiges und ich habe deshalb einen Diskussionsfaden mit ChatGPT erstellt:

👉 [Der EKO als untergesetzliches Instrument](#) (siehe Anhang)

3.5. Sicherheit für Patienten

Sicherheit für Patienten bedeutet auch, dass sie ihre Medikamente haben, wenn sie sie brauchen. Bei Langzeittherapien, die medizinisch keine Unterbrechung zulassen, ist ein relevanter Vorrat an Medikamenten auch ein notwendiger Teil dieser Sicherheit.

Zu den ökonomischen und sozialen Bürden der Erkrankung addieren sich auch berechnete Existenzängste, wenn die Liefersituationen für Medikamente zunehmend und permanent unvorhersehbar werden und man befürchten muss, durch ein – wenn auch kurzzeitiges – Pausieren der Medikamentierung unweigerlich in einen neuen Krankheitsschub mit teilweise irreversiblen Folgen zu rutschen. Dieses existenzbedrohende Damoklesschwert schwebt auch immer über jedem Patienten und es erscheint umso öfter prominent, je häufiger der Medikamentenvorrat zur Neige geht.

Eine **offizielle Empfehlung** von Dr. Andreas Krauter (Leiter Medizinischer Dienst und Versorgungsinnovation der ÖGK, ORF Publikumsrat) vom Podium der Feier 30 Jahre Rheumatologie (25.2.2026) im Josephinum war, dass Patientinnen gut beraten wären, sich einen Quartalsvorrat ihrer Dauermedikamente auf Vorrat zu legen. Die spontane Erwiderung einer anwesenden Patientenvertreterin „aber ihr bewilligt uns des ned“ fand großen Applaus.

4. Volkswirtschaftliche Betrachtung

Es geht nicht immer nur um Medikamentenpreise, wenn man wirtschaftliche Betrachtungen anstellt. Oder vielleicht schon – das hängt wahrscheinlich davon ab, wie groß der Tellerrand ist, über den man nicht hinausieht.

Während das Medikament selbst nur sehr geringe Kosten verursacht, generieren die Regelungen des EKO große Aufwände bei Ärzten, Apotheken und Patienten, die man leicht und ohne großen Aufwand reduzieren könnte.

Ich habe mir von ChatGPT eine **modellhafte Abschätzung** machen lassen, wieviel Zeit und administrative Kosten durch **3- oder 6-Monats-Rezepte** bei typischen Dauertherapien eingespart werden könnten. Berücksichtigt werden **Patientenaufwand, Ärzte, Apotheken**, und wir beschränken uns auf die **häufigsten, billigen und stabilen Therapien**, die in der Praxis von Wiederholungsrezepten profitieren würden.

4.1. Auswahl profitabler Dauertherapien

Wir konzentrieren uns auf **stabile chronische Therapien**, bei denen:

- Patienten **keine engmaschige Kontrolle** benötigen
- Medikamente **niedrigpreisig** sind (< Rezeptgebühr bis ca. 10–15 €)
- Viele Patienten **im Erwerbsleben** stehen

Typische Kandidaten sind:

Therapie / Medikamentengruppe	Patienten (ca.)	Packungsbedarf/Monat
Hypertonie (ACE-Hemmer, Sartane)	800.000	1 Packung/Monat
Lipidsenker (Statine)	500.000	1 Packung/Monat
Thyreostatika / Schilddrüse	150.000	1 Packung/Monat
Orale Antidiabetika (Metformin, Sulfonylharnstoffe)	350.000	1 Packung/Monat
Antikoagulation (Vitamin K-Antagonisten, NOAKs)	200.000	1 Packung/Monat

 **Summe:** ~2 Mio. Patienten, die direkt von 3-Monats-Rezepten profitieren könnten.

4.2. Annahmen für Aufwand und Einsparungen

a) Patientenaufwand

- Arztbesuch pro Rezept: 25 Minuten (inkl. Weg, Wartezeit, Organisation)
- 1-Monats-Rezept → 12 Rezepte/Jahr → 300 Minuten/Jahr
- 3-Monats-Rezept → 4 Rezepte/Jahr → 100 Minuten/Jahr

Einsparung pro Patient/Jahr: 200 Minuten (~3,3 h)

b) Ärzte und Apotheken

- Arztzeit: 2 Minuten pro Rezept → 12 Monatsrezepte = 24 Minuten, 4 Quartalsrezepte = 8 Minuten
- Apothekerzeit: 2 Minuten pro Rezept → 12 Monatsrezepte = 24 Minuten, 4 Quartalsrezepte = 8 Minuten

Einsparung Arzt + Apotheke pro Patient/Jahr: 32 Minuten (~0,53 h)

4.3. Aggregierte Einsparungen (2 Mio. Patienten)

a) Patientenzeit

- $3,3 \text{ h} \times 2.000.000 \rightarrow 6,6 \text{ Mio. Stunden/Jahr}$

b) Ärzte + Apotheken

- $0,53 \text{ h} \times 2.000.000 \rightarrow 1,06 \text{ Mio. Stunden/Jahr}$
-

4.4. Monetäre Abschätzung (nur Produktivität / Zeitwert)

a) Patienten (Erwerbstätige)

- 60 % der Patienten im Erwerbsleben → 1,2 Mio.
- Stundenlohn konservativ: 30 €/h

Jährliche Einsparung für Patienten (Produktivitätswert):

$1,2 \text{ Mio} \times 3,3 \text{ h} \times 30 \text{ €} \approx 119 \text{ Mio €/Jahr}$

b) Ärzte und Apotheken

- Ärzte: $0,53 \times 2 \text{ Mio} = 1,06 \text{ Mio Stunden}$
- Zeitwert Arzt (konservativ) 60 €/h, Apotheker 40 €/h, Annahme Hälfte Arzt/Hälfte Apotheke

$1,06 \text{ Mio} \times 0,5 \times 60 \text{ €} + 1,06 \text{ Mio} \times 0,5 \times 40 \text{ €} \approx 53 \text{ Mio €/Jahr}$

Gesamtsystemeinsparung (ohne Medikamentenkosten)

- Patienten + Leistungserbringer \approx **172 Mio €/Jahr**
- Verwaltungskosten der Kassen sinken zusätzlich leicht, nicht eingerechnet

4.5. Vergleich Monats- vs. Quartalsversorgung

Dimension	Monatsrezept	Quartalsrezept	Einsparung
Patientenzeit	6,6 Mio h	2,0 Mio h	4,6 Mio h
Arzt+Apotheke	1,06 Mio h	0,35 Mio h	0,71 Mio h
Geldwert	0 €	0 €	172 Mio €

Hinweis: Bei 6-Monats-Rezepten wären die Einsparungen noch höher (~5,5 Mio h Patientenzeit), aber die EKO-Änderung müsste dann auf 6 Packungen pro Rezept erfolgen.

4.6. Fazit

- **Kurzfristig umsetzbare EKO-Änderung** (Anhebung der abgebbaren Packungen auf 3) kann:
 - **>6 Mio Stunden Patientenzeit** sparen
 - **>1 Mio Stunden Ärzte/Apothekenzeit** sparen
 - Monetär **>170 Mio €/Jahr** an Produktivität und administrativer Entlastung freisetzen
- Der Aufwand: nur **Änderung der abgebbaren Packungszahl im EKO**, Nutzung bestehender Wiederholungsrezepte.
- Umsetzung innerhalb **ca. 4–7 Monaten** möglich.

Zur Diskussion um Packungsgrößen und Besonderheiten rund um Rezepte und deren Benennung habe ich einen eigenen Diskussionsfaden mit ChatGPT erstellt:

 [Packungsgrößen und Besonderheiten](#) (siehe Anhang)

5. Einschränkungen und finale Idee

Die Modellrechnung, die ChatGPT im vorigen Kapitel angestellt hat, ist natürlich nur eine Milchmädchenrechnung und viele Details, wie z.B. die **elektronische Rezeptanforderung** werden nicht berücksichtigt. Wobei gerade diese aufkommenden Verschreibungsgepflogenheiten, die praktisch immer nur eine administrative Abwicklung darstellen und keinen Arztkontakt hervorrufen, ein **perfektes Plädoyer** für ein Wiederholungsrezept sind.

Die Schätzungen gehen aber bestimmt in die richtige Richtung. Und ob die volkswirtschaftlichen Einsparungen jetzt 50, 100, oder 300 Millionen sind – positiv ist die Rechnung auf jeden Fall und ich kenne nur Gründe, die für **sofortiges Handeln** sprechen und keinen dagegen. Zumindest keinen, den man fachlich nicht augenblicklich in der Luft zerreißen könnte.

Dazu kommt noch, dass die Kosten für die EKO-Umstellung auf mehrere verschreibbare Packungen überschaubar niedrig und kurzfristig abgeschlossen sein sollte und sich vielleicht auch gerade aus diesem Titel letztendlich Einsparungen bei den Kassen ergeben.

Wie schon ausgeführt, es geht hier um billige Alltagsmedikamente aus der grünen Box.

Größere Packungsgrößen wären natürlich eine feine Steuerungsgröße, um **sinnvolle Verschreibungsintervalle** zu generieren. Eine Alternative, falls größere Packungseinheiten in Österreich undenkbar sind, wäre die Rezeptgebühr pro Medikament nur einmal im Quartal einzuheben. Dadurch würde der Anreiz, möglichst oft ein Rezept auszustellen, erheblich reduziert und die sinnvolle „Quartalsverschreibung“ gefördert werden.

👉 **Als schnelle und kostengünstige Lösung mit bestehenden Logistikmitteln erscheint mir die einfache Erhöhung der abgebbaren Packungen im EKO eine notwendige und gangbare Ersthilfe.**

6. Anhang A: Rezepte für Dauertherapien

Datei: [Rezepte für Dauertherapien](#)

Link: www.sarko.at/Themen-GOEG-IdeenBox/storage/Rezepte_fuer_Dauertherapien.pdf

Inhaltsübersicht

- 1 Historisches – das Wiederholungsrezept
- 2 Entscheidungshoheit über den Erstattungskodex
- 3 Hürden für eine weitere Packungsgröße
- 4 Wer hat Interesse am Monatsintervall
- 5 Verschreibung von billigen Medikamenten
- 6 Reformdiskussionen
- 7 Situation in Deutschland
- 8 Vergleich mit Skandinavien oder den Niederlanden
- 9 Praktischer Unterschied für Patienten
- 10 Administrativer Aufwand durch Kurzverschreibungen
- 11 Aufwand auch für Patienten
- 12 Hindernisse bei der Einsparung
- 13 Quartalsbedarf durch Wiederholungsrezept
- 14 Schätzung Umsetzungszeit
- 15 Geschätzte Einsparungen
- 16 GÖG als Expertenpool zur Unterstützung
- 17 Priorisierte Medikamentengruppen
- 18 Einsparungen höher als Medikamentenpreise

7. Anhang B: Der EKO als untergesetzliches Instrument

Datei: [Der EKO als untergesetzliches Instrument](#)

Link: www.sarko.at/Themen-GOEG-IdeenBox/storage/Der_EKO_als_untergesetzliches_Instrument.pdf

Inhaltsübersicht

- 1 Sind Wiederholungsrezepte totes Recht?
- 2 Werden Wiederholungsverschreibungen genutzt?
- 3 Der EKO als untergesetzliches Instrument
- 4 Der EKO im internationalen Vergleich
- 5 Warum eine 6-Packungs-Regel im Gesetz?
- 6 Mini-Zeitleiste: 6-Packungs-Regel

8. Anhang C: Packungsgrößen und Besonderheiten

Datei: [Packungsgrößen und Besonderheiten](#)

Link: www.sarko.at/Themen-GOEG-IdeenBox/storage/Packungsgroessen_und_Besonderheiten.pdf

Inhaltsübersicht

- 1 Kasseninteresse an Rezeptgebühren?
- 2 Warum es in Österreich keine N3-Packungen gibt
- 3 Inhalt 28 statt 30 Tabletten
- 4 Warum zwei kleine statt einer großen Packung
- 5 Stabil eingestellte chronische Therapie
- 6 Auffällige Besonderheiten
- 7 Besonderheiten rund um Rezeptverschreibungen
- 8 Grauzonen der Verschreibungspraxis
- 9 Wiederholungsrezept, Dauerrezept und Langzeitbewilligung
- 10 Was ist eine Folgeverschreibung
- 11 Experten zum Verschreibungssystem