

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2021 Informationsstand Mai 2021

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BA03 Fulvestrant</b>					
<b>Fulvestrant "+pharma"</b> 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	130,60	<b>434,35**</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i>					
<b>Fulvestrant "Stada"</b> 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	130,60	<b>434,35**</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</i>					
Fulvestrant "+pharma" und Fulvestrant "Stada" sind weitere Nachfolgepräparate zu Faslodex. Der Verordnungsanteil der Generika von rund 15 % im März kann noch deutlich gesteigert werden. Der Preisvorteil ist eindrucksvoll.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX17 Milnacipran</b>					
<b>Milnacipran "Rivopharm" 25 mg Hartkaps.</b>	28 Stk.	-	-	5,35	<b>5,65</b>
	56 Stk.	-	-	9,25	<b>8,50</b>
<b>50 mg Hartkaps.</b>	28 Stk.	-	-	8,60	<b>7,95</b>
	56 Stk.	-	-	14,30	<b>13,15</b>
Ixel gehört zu den teuersten Antidepressiva aus dem Grünen Bereich des EKO. Mit der Verfügbarkeit des ersten Nachfolgepräparates kann die Therapie mit Milnacipran deutlich kosteneffizienter durchgeführt werden.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2021)

\*\* Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

## Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AB04 Insulin lispro</b>				
Lyumjev 100 E/ml Inj.Isg. Dstfl.	1 Stk. 10 ml	-	(2)	26,70
100 E/ml Inj.Isg. Patrone	5 Stk. 3 ml	-	(2)	39,15
100 E/ml Junior KwikPen Inj.Isg. Fertigpen	5 Stk. 3 ml	-	(2)	39,15
100 E/ml. KwikPen Inj.Isg. Fertigpen	5 Stk. 3 ml	-	(2)	39,15

Lyumjev ist eine weiterentwickelte Insulin lispro-Formulierung, die Citrat und Treprostinil enthält. Citrat erhöht die lokale, vaskuläre Permeabilität und Treprostinil induziert eine Vasodilatation der lokalen Blutgefäße, um eine beschleunigte Absorption des Insulin lispro zu erreichen.

**ROT** → **GELB**

## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:



Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J02AC04 Posaconazol</b>						
RE2	Posaconazol "Accord" 100 mg magensaftresistente Tabl.	24 Stk.	-	-	171,00	407,05
		96 Stk.	-	-	602,60	1.572,05

- Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:
  - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,
  - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,
  - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,
  - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.
- Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für
  - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht,
  - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht.

Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
61 Patientinnen und Patienten haben im Jänner 2021 ein Posaconazol-Präparat auf Kassenkosten erhalten, davon 25 ein generisches. Der angeführte Preisvorteil sollte auch für die ersteinstellenden Zentren Motivation für die Therapie mit einem Generikum sein.					

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>Haemoclin SDH 200 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 1000 IE	-	-	<b>624,75</b>
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
Haemoclin SDH 200 IE/ml zu 5 ml enthält die gleiche Menge Gerinnungsfaktor VIII wie die bisherige Packung Haemoclin SDH 100 IE/ml zu 10 ml.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XJ02 Sonidegib</b>					
RE1	<b>Odomzo 200 mg Hartkaps.</b>	30 Stk.	-	-	<b>4.606,85</b>
Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine kurative Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA45 Filgotinib</b>					
RE2	<b>Jyseleca 100 mg Filmtabl. </b>	30 Stk.	-	-	<b>738,55</b>
RE2	<b>200 mg Filmtabl. </b>	30 Stk.	-	-	<b>738,55</b>
Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Filgotinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Filgotinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Filgotinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Cave: In tierexperimentellen Studien wurden eine verringerte Fertilität, eine eingeschränkte Spermato-genese und histopathologische Auswirkungen auf die männlichen Fortpflanzungsorgane beobachtet. Die potentielle Wirkung von Filgotinib auf die Spermienproduktion und die männliche Fertilität beim Menschen ist derzeit nicht bekannt. Die Reversibilität dieser potentiellen Wirkungen ist nicht bekannt. Das potentielle Risiko einer verringerten Fertilität oder Infertilität sollte vor Behandlungsbeginn mit männlichen Patienten besprochen werden. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2023.					



**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aleptan 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.05.2021
Aleptan 3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.05.2021
Diabetalan 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.05.2021
Diabetormin 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BA02	01.05.2021
Fluoxetin "G.L." 20 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB03	01.05.2021
Mononine 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	1 Stk.	B02BD04	01.05.2021
Pantoprazol "Mylan" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.05.2021
Pantoprazol "Mylan" 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.05.2021
Rheumon Creme	40 g	M02AA06	01.05.2021
Risedronat "Sandoz" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	4 Stk.	M05BA07	01.05.2021
Rivastigmin "Genericon" 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	N06DA03	01.05.2021
Sormodren Tabl.	50 Stk. 100 Stk.	N04AA11	01.05.2021
Thermo Rheumon Creme	35 g	M02AA06	01.05.2021
Tramundal 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.05.2021
Tramundal retard 200 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.05.2021
Tramundal Tropfen	10 ml 30 ml 50 ml	N02AX02	01.05.2021
Udima 50 mg Kaps.	30 Stk.	J01AA08	01.05.2021
Unifyl retard 400 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	R03DA04	01.05.2021
Unifyl retard 600 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	R03DA04	01.05.2021

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>					
<b>D11AH04 Alitretinoin</b>					
RE1	Toctino 10 mg Weichkaps.	30 Stk.	-	-	<b>360,95</b>
RE1	30 mg Weichkaps.	30 Stk.	-	-	<b>360,95</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokalthherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht.            Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4).            Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden.            Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen.            Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.</p>					
Der Regeltext wurde an jenen des Nachfolgers angepasst.					
<b>H05 CALCIUMHOMÖOSTASE</b>					
<b>H05AA02 Teriparatid</b>					
RE2 L6	<b>Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor</b>	1 Stk. 2,4 ml (28 ED)	-	-	<b>154,60</b>
<p>PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten.            Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz.            Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate.            Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).            Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p>					
RE2 L6	<b>Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.</b>	1 Stk. 2,4 ml (28 ED) 1 Pkg+Pen 2,4 ml (28 ED)	- -	- -	<b>154,60</b> <b>154,60</b>
<p>PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten.            Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz.            Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate.            Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).            Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p>					
Beide Präparate wurden vom RE1- in den RE2-Bereich übergeführt.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XK01 Olaparib</b>					
RE1	<b>Lynparza 100 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	112 Stk.	-	-	<b>5.281,25</b>
RE1	<b>150 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	112 Stk.	-	-	<b>5.281,25</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>– Als Monotherapie für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer vorangegangenen abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist.</li> <li>• Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ein Ansprechen zeigen. Die Therapie kann bis zur Progression der Grunderkrankung oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden.</li> </ul> <p>– Als Kombinationstherapie mit Bevacizumab für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltungstherapie erwachsener Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen zeigen und deren Tumor mit einem positiven Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität. Der BRCA-Mutationsstatus und/oder eine genomische Instabilität ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Die Therapie kann bis zur radiologischen Krankheitsprogression oder bis zum Auftreten einer inakzeptablen Toxizität fortgeführt werden oder für bis zu 2 Jahre, wenn nach 2-jähriger Behandlung die Erkrankung radiologisch nicht nachweisbar ist. Vor Therapiebeginn mit Olaparib muss das vollständige oder partielle Ansprechen auf die Platin-basierte Chemotherapie mittels RECIST-Kriterien dokumentiert worden sein.</li> </ul> <p>– Bei humanem epidermalem Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit BReast CAncer 1/2 (BRCA1/2)-Mutationen in der Keimbahn nach Behandlung mit einem Anthracyclin UND einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, die PatientInnen waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Bei PatientInnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom nur bei Krankheitsprogression während oder nach zumindest einer vorherigen endokrinen Therapie in Kombination mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 oder wenn eine endokrine Therapie nicht geeignet ist.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> <p>Die Indikation wurde erweitert.</p>					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA37 Baricitinib</b>					
RE2	<b>Olumiant 2 mg Filmtabl.</b> 	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	<b>381,60</b> <b>738,55</b>
RE2	<b>4 mg Filmtabl.</b> 	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	<b>381,60</b> <b>738,55</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Baricitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Baricitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Therapie mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</li> <li>Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensivierter Lokalthherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.</li> </ul>				
Die Indikation schwere atopische Dermatitis wurde in den Regeltext aufgenommen.				

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC03 Lansoprazol</b>				
Lansobene 30 mg Kaps.	14 Stk.	-	-	<b>6,65</b>
	28 Stk.	-	-	<b>11,70</b>
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>Haemoctin SDH 50 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 250 IE	-	-	<b>172,350</b>
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
Streichung der 1 Stk.-Pkg. mit 500 IE					
RE1	<b>Haemoctin SDH 100 IE/ml Plv. u. Lsgm. zur Herstellung einer Inj.lsg.</b>	1 Stk. 500 IE	-	-	<b>327,55</b>
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
Streichung der 1 Stk.-Pkg mit 1000 IE					
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>					
<b>J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung</b>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	<b>Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg. 10 ml</b>	1 Stk.	-	-	<b>110,10</b>
		10 Stk.	-	-	<b>881,85</b>
		20 Stk.	-	-	<b>1.739,00</b>
RE1	<b>Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg. 20 ml</b>	10 Stk.	-	-	<b>1.739,00</b>
RE1	<b>Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg. 48 ml</b>	1 Stk.	-	-	<b>436,10</b>
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					
Streichung der Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg. 6 ml 10 Stk-Pkg.					

**Kontaktadresse:**

Österreichische Gesundheitskasse  
 Medizinische Ökonomie  
 8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1  
 Tel. +43 5 0766-151385  
[www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at)

**Mag. pharm. Dr. med. Isabella Bauer-Rupp**  
[isabella.bauer-rupp@oegk.at](mailto:isabella.bauer-rupp@oegk.at)

**Impressum**

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien  
[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)  
 Redaktion: Österreichische Gesundheitskasse, Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter [www.gesundheitskasse.at/datenschutz](http://www.gesundheitskasse.at/datenschutz)