

Änderung der Verwendung seit 1.6.2009:

Nr. 14 – AVODART 0,5 mg Weichkaps. (Dutasterid)

Regelkonforme Anwendung – Dokumentation:

Eine Kostenübernahme ist möglich

- bei Erstverordnung durch den Urologen/die Urologin.
- bei Patienten mit benigner Prostata-Hyperplasie mit mittelgradiger bis schwerer Symptomatik.
- wenn mit alpha-Reduktasehemmern aus dem Grünen Bereich allein oder in Kombination mit Alphablockern (ATC-Code G04CB, G04CA, C02CA) über einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten nachweislich nicht der gewünschte Behandlungserfolg erzielt werden konnte.
- für Patienten, die bereits auf Avodart eingestellt sind.

Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden.

Dem Regeltext entsprechend können Neueinstellungen auf Avodart nur noch nach einer zumindest halbjährigen erfolglosen Therapie mit Finasterid allein oder in Kombination mit einem Alphablocker durchgeführt werden.

Nicht regelkonform – keine Dokumentation möglich:

Trifft die EKO-Regel nicht im vollen Umfang zu, ist grundsätzlich eine Kostenübernahme nicht vorgesehen, so beispielsweise bei Neueinstellungen, die nicht regelkonform erfolgen, wie

- Verschreibung ohne Erstverordnung durch den Urologen/die Urologin.
- Hinweis „Facharztweiterverordnung“ ohne nähere Information.
- fehlender Vortherapie mit alpha-Reduktasehemmern aus dem Grünen Bereich allein oder in Kombination mit Alphablockern für einen Zeitraum von mind. 6 Monaten.

Für Patienten, die zwar auf Avodart eingestellt sind, dessen Verschreibung aber außerhalb der bis 31.5.2009 gültigen EKO-Regel bzw. ohne der dafür erforderlichen chef- und kontrollärztlichen Bewilligung erfolgte, ist eine Kostenübernahme ebenfalls nicht vorgesehen.

Eine Kostenübernahme außerhalb der bestimmten Verwendung kann sich nur auf medizinisch begründete Einzelfälle beschränken. Um dem chef- und kontrollärztlichen Dienst die Entscheidung über eine eventuelle Kostenübernahme im Einzelfall zu ermöglichen, kennzeichnen Sie bitte das Bewilligungsansuchen eindeutig (zB **nicht regelkonform**, weil der Regelbestandteil ... nicht zutrifft) und führen Sie eine entsprechende medizinische Einzelfallbegründung an (außer bei jenen Krankenversicherungsträgern, die eine Zielvereinbarung abgeschlossen haben, wie zB die Oö. Gebietskrankenkasse).