

Radiologie

Dr. med. Jochen Steen
doctor (Bulgarien) Holger Heyer
Dr. med. Klaus Bootsveld
Dr. med. Volker Kunze
Dr. med. Britta Mathys
Dr. med. Tobias Kowald
Martin Brand
Fachärzte für Radiologie

Nuklearmedizin

Dr. med. Rainer Niemann
Facharzt für Nuklearmedizin u. Radiologie

Telefon 0441–92678-0
Telefax 0441–92678-55

www.radiologie-oldenburg.de

Erklärung des Versicherten zur Behandlung auf eigene Kosten

Wahlerklärung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Patient:in:

geboren am:

Geplante Behandlung:

Datum der Erklärung:

Bei mir ist die oben genannte Behandlung vorgesehen. Im Rahmen der ärztlichen Aufklärung wurde ich über folgende Behandlungsalternativen informiert:

1. Kassenleistung (Sachleistung)

Eine PRT unter Verwendung des Arzneimittels Triamcinolonacetonid (Volon A) kann als vertragsärztliche Leistung vollständig zulasten meiner gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden. Diese Leistung steht mir anderenorts uneingeschränkt und ohne Zusatzkosten zur Verfügung – unabhängig davon, wie ich mich nachfolgend entscheide.

Anmerkung: Da die Verwendung von Volon A in der aktuellen S3-Leitlinie (siehe unten) insbesondere für die zervikale PRT nicht mehr empfohlen wird, wird diese Behandlung auf Höhe der Halswirbelsäule (zervikale PRT) und auf Höhe der Brustwirbelsäule (thorakale PRT) in unserer Praxis nicht mehr angeboten.

2. Privatleistung

Alternativ kann eine PRT unter Verwendung des Arzneimittels Dexamethason durchgeführt werden. Dieses Vorgehen wird von der aktuellen S3-Leitlinie (*Leitlinie Epidurale Injektionen bei degenerativen Erkrankungen, Stand April 2025, AWMF-Register-Nr. 151/005*) empfohlen. Für die Anwendung von Dexamethason bei dieser Indikation besteht jedoch keine arzneimittelrechtliche Zulassung (*Off-Label-Use*). Nach rechtlicher Bewertung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen kann diese Behandlung daher nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Ich wurde über beide Alternativen einschließlich ihrer medizinischen Bewertung, möglicher Vor- und Nachteile sowie der jeweiligen Kostenfolgen mündlich und anhand gesonderter Unterlagen (Aufklärungsbogen Off-Label-Use, wirtschaftliche Aufklärung/Kostenaufstellung) umfassend informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherte:r grundsätzlich Anspruch auf die Kassenleistung (Sachleistung) habe und diese kostenfrei in Anspruch nehmen kann, solange ich nicht selbst die Kostenerstattung bzw. Privatbehandlung wähle (§ 18 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ä). Meine Entscheidung treffe ich freiwillig, ohne Zeitdruck und ohne dass ich hierzu von der Praxis gedrängt oder in unsachlicher Weise

beeinflusst wurde.

Meine Entscheidung:

- ☐ Ich wünsche die Behandlung als **Kassenleistung (Sachleistung)** mit Volon A.
- ☐ Ich verlange hiermit **ausdrücklich und vor Beginn der Behandlung**, auf **eigene Kosten mit Dexamethason** behandelt zu werden, und verzichte für diese Behandlung auf die Sachleistung.

Mir ist bekannt, dass im letztgenannten Fall der gesamte Behandlungsfall (ärztliche Leistung, CT-gesteuerte Bildgebung sowie Arzneimittelkosten) als privatärztliche Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wird und ich hierüber eine gesonderte Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ unterzeichne, bevor die Behandlung beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Arzt/Ärztin (Bestätigung: Erklärung erfolgte vor Behandlungsbeginn)

Radiologie

Dr. med. Jochen Steen
 doctor (Bulgarien) Holger Heyer
 Dr. med. Klaus Bootsvelde
 Dr. med. Volker Kunze
 Dr. med. Britta Mathys
 Dr. med. Tobias Kowald
 Martin Brand
 Fachärzte für Radiologie

Nuklearmedizin

Dr. med. Rainer Niemann
 Facharzt für Nuklearmedizin u. Radiologie

Telefon 0441–92678-0
 Telefax 0441–92678-55

www.radiologie-oldenburg.de

Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ

Abweichende Vereinbarung über die Höhe der Vergütung

Patient:in:

geboren am:

Behandlung(en) ab (Datum):

Zwischen der Praxis Radiologie Oldenburg und der oben genannten Person wird für die nachfolgend aufgeführten Leistungen im Rahmen der Behandlung(en) ab dem oben genannten Datum eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung über die Höhe der Vergütung getroffen:

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	Vereinbarter Betrag
5	Symptombezogene Untersuchung	3,0	13,98 €
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung	3,0	13,98 €
370	Einbringung Kontrastmittel	3,0	34,98 €
5378	CT zur Planung	1,8	104,92 €
	Sachkosten:		
	Schmerzmittel Bupivacain 5 ml		2,85 €
	Kontrastmittel Solutrast 5 ml		2,37 €
	Cortison-Präparat Dexamethason 1 ml		1,11 €
	Materialpauschale		3,00 €
	Voraussichtliche Kosten pro Behandlung	Summe:	177,19 €

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung dieser Vergütung durch meine Krankenkasse möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Diese Vereinbarung bezieht sich ausschließlich auf die oben genannte(n) Leistung(en) und stellt eine individuelle Absprache im Einzelfall dar.

Diese Vereinbarung wird vor Erbringung der Leistung geschlossen und von beiden Vertragspartner:innen
eigenhändig unterschrieben.

Ort, Datum (vor Behandlungsbeginn)

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Arzt/Ärztin

Radiologie

Dr. med. Jochen Steen
doctor (Bulgarien) Holger Heyer
Dr. med. Klaus Bootsvelde
Dr. med. Volker Kunze
Dr. med. Britta Mathys
Dr. med. Tobias Kowald
Martin Brand
Fachärzte für Radiologie

Nuklearmedizin

Dr. med. Rainer Niemann
Facharzt für Nuklearmedizin u. Radiologie

Telefon 0441–92678-0
Telefax 0441–92678-55

www.radiologie-oldenburg.de

Patientenaufklärung: Anwendung von Dexamethason außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung (Off-Label-Use)

Im Rahmen der CT-gesteuerten periradikulären Therapie (PRT)

Patient:in:

geboren am:

Diagnose/Beschwerdebild:

1. Anlass und Ziel der Behandlung

Bei Ihnen ist eine CT-gesteuerte periradikuläre Therapie (PRT) vorgesehen. Dabei wird unter Bildsteuerung ein Medikamentengemisch gezielt an die betroffene Nervenwurzel appliziert, um Schmerzen und Entzündung zu lindern.

2. Standardbehandlung (Kassenleistung)

Als Kassenleistung steht Ihnen eine PRT unter Verwendung des Kortisonpräparats Triamcinolonacetonid (Volon A) zur Verfügung.

3. Leitliniengerechte Alternative: Dexamethason

Die aktuelle S3-Leitlinie (*Leitlinie Epidurale Injektionen bei degenerativen Erkrankungen, Stand April 2025, AWMF-Register-Nr. 151/005*) empfiehlt für die PRT stattdessen das Kortisonpräparat Dexamethason, da es sich um eine kristallfreie Lösung handelt und daher das Risiko für Durchblutungsstörungen des Gehirns und des Rückenmarks – und damit auch das Risiko für resultierende neurologische Symptome wie z.B. Lähmungserscheinungen – geringer ist.

4. Zulassungssituation (Off-Label-Use)

Für die Anwendung von Dexamethason bei dieser Indikation (periradikuläre/epidurale Applikation) besteht in Deutschland keine arzneimittelrechtliche Zulassung. Das Präparat wird damit außerhalb seiner zugelassenen Anwendungsgebiete eingesetzt (sogenannter »Off-Label-Use«). Grundlage für den Einsatz ist die Empfehlung der genannten S3-Leitlinie; eine gesonderte arzneimittelrechtliche Zulassungsprüfung für diese Anwendung hat dies nicht ersetzt.

5. Nutzen und Risiken im Vergleich

Wie unter Punkt 3 erwähnt, wird das Risiko für eine Schädigung von Gehirn und / oder Rückenmark im Rahmen einer PRT bei Verwendung von Dexamethason von den relevanten Fachgesellschaften als geringer eingeschätzt, als bei Verwendung von Triamcinolon (Volon A). Die oben Leitlinie hebt auch hervor, dass Studien zum Wirksamkeitsvergleich keine Überlegenheit von kristallhaltigen Kortisonpräparaten wie Volon A gegenüber

Dexamethason gezeigt haben.

6. Alternativen

Ihnen steht weiterhin uneingeschränkt die Behandlung mit Volon A als Kassenleistung zur Verfügung. Weitere Alternativen können neben nicht-invasiven Maßnahmen wie z. B. Physiotherapie und medikamentöser Schmerztherapie in bestimmten Fällen auch operative Verfahren sein.

7. Kosten- und Haftungshinweis

Da für diese Anwendung keine Zulassung besteht, ist die Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und wird nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet (siehe gesonderte wirtschaftliche Aufklärung / Kostenaufstellung sowie Honorarvereinbarung).

Einwilligung

Ich wurde über den Off-Label-Use von Dexamethason, seine Zulassungssituation, Nutzen und Risiken sowie bestehende Alternativen mündlich und anhand dieses Bogens umfassend aufgeklärt und hatte ausreichend Gelegenheit zu Rückfragen. Ich willige in die Anwendung von Dexamethason im Rahmen der geplanten PRT ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift aufklärende:r Arzt/Ärztin

Radiologie

Dr. med. Jochen Steen
 doctor (Bulgarien) Holger Heyer
 Dr. med. Klaus Bootsvelde
 Dr. med. Volker Kunze
 Dr. med. Britta Mathys
 Dr. med. Tobias Kowald
 Martin Brand
 Fachärzte für Radiologie

Nuklearmedizin

Dr. med. Rainer Niemann
 Facharzt für Nuklearmedizin u. Radiologie

Telefon 0441–92678-0
 Telefax 0441–92678-55

www.radiologie-oldenburg.de

Wirtschaftliche Aufklärung und Kostenaufstellung

gemäß § 630c Abs. 3 BGB – vor Beginn der Behandlung auszuhändigen

Patient:in:

geboren am:

Geplante Behandlung: **CT-gesteuerte PRT mit Dexamethason (Off-Label-Use, Privatleistung)**

Datum der Aushändigung (vor Behandlungsbeginn)

Die von Ihnen gewählte Behandlung (PRT mit Dexamethason) kann – anders als die Behandlung mit Volon A – nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Wir informieren Sie daher vorab in Textform über die voraussichtlich entstehenden Kosten sowie über die kostenfreie Alternative.

A. Gegenüberstellung der Alternativen

Alternative	Kosten für Sie
Kassenleistung mit Volon A (Sachleistung)	0,00 € – vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen
Privatleistung mit Dexamethason (Off-Label-Use, von Ihnen gewählt)	Eigenkosten gemäß Aufstellung unten

B. Voraussichtliche Kostenaufstellung (Privatleistung)

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	Vereinbarter Betrag
5	Symptombezogene Untersuchung	3,0	13,98 €
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung	3,0	13,98 €
370	Einbringung Kontrastmittel	3,0	34,98 €
5378	CT zur Planung	1,8	104,92 €
	Sachkosten:		
	Schmerzmittel Bupivacain 5 ml		2,85 €

	Kontrastmittel Solustrast 5 ml		2,37 €
	Cortison-Präparat Dexamethason 1 ml		1,11 €
	Materialpauschale		3,00 €
	Voraussichtliche Kosten pro Behandlung	Summe:	177,19 €

Es handelt sich um eine Kostenschätzung auf Basis des aktuellen Behandlungsplans. Im Einzelfall können sich Abweichungen ergeben, z. B. bei Komplikationen oder zusätzlich erforderlichen Leistungen. Die verbindliche Höhe wird in der gesonderten Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ festgehalten.

C. Hinweis zur Kostenerstattung

Da es sich um eine Leistung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung handelt, ist eine – auch nur teilweise – Erstattung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse nicht gesichert. Sie können sich unabhängig von dieser Behandlung mit einem eigenen Antrag an Ihre Krankenkasse wenden, um eine Kostenübernahme im Einzelfall zu erfragen.

Bestätigung

Ich bestätige, diese wirtschaftliche Aufklärung und Kostenaufstellung vor Beginn der Behandlung erhalten und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Arzt/Ärztin