

## **Vorgehensweise bei der Durchführung eines zellfreien DNA-Tests (NIPT) ab dem 01.07.22**

Im Erlaß des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), beschlossen am 18.05.2022 mit Wirkung ab 01.07.2022 stehen Schwangeren mit bestimmten Indikationen im Rahmen einer zellfreien DNA - / NIPT-Untersuchung die Übernahme der Laborkosten zu.

### **Die Vorgehensweise in unserer Praxis ist wie folgt:**

Es wird ein ausführliches Beratungsgespräch nach den Richtlinien des GenDG gemäß den geltenden Mutterschaftsrichtlinien durchgeführt. Die Abrechenbarkeit der Ziffern 01789 und im auffälligen Befundfall 01790, bedarf eines Qualifikationsnachweises bei der zuständigen KV (fachgebundene genetische Beratung). Diese Leistung, die bis dato im Rahmen einer individuellen Gesundheitsleistung (iGeL) mit der Pat abgerechnet wurde, wird nun in jedem Falle bei geplantem NIPT von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

### **Ultraschalluntersuchung:**

Obwohl im Beschlusstext des GBA, ebenso wie in dessen Broschüre „Bluttest auf Trisomien, der nicht invasive Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13,18, und 21“ nicht eindeutig festgelegt wird, dass ein Ultraschall erfolgen muss, ist die differenzierte Ultraschalluntersuchung des Ungeborenen in den Augen der DEGUM unverzichtbarer Bestandteil der Untersuchung. Dies hat zum Ziel, die körperliche Unversehrtheit des Kindes zu diagnostizieren oder Auffälligkeiten zu benennen / bewerten. Ohne Kenntnis über den sonoanatomischen Zustand des Fetus ist der Bluttest nicht sinnvoll und wird somit bei uns nicht initiiert.

### **Indikationen für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse:**

Die oben erwähnte Beschlussfassung des GBA lässt den Punkt der Indikationen offen. Allerdings herrscht in allen Kommentaren die Meinung vor, dass die zur Sonographie gehörenden Kriterien gemäß den Mutterschaftsrichtlinien in diesem Falle greifen, d.h. der Test zum einen eine Indikation braucht und zum anderen ohne entsprechende Indikationsstellung keine Kassenleistung im oben beschriebenen Zusammenhang möglich ist.

Die Indikationen sind u.a. Auffälligkeiten des Fetus, belastete Vorgeschichte der Mutter, Tod eines Kindes mit Trisomie, und Einzelfallentscheidungen, bei denen der Arzt gemeinsam mit der Patientin entscheidet, dass der NIPT in der persönlichen Situation der Schwangeren notwendig ist. Dies stellt also **keinen** Freibrief für eine generelle Übernahme der Laborkosten durch die Krankenkassen dar. Ebenso stellt das fortgeschrittene Alter der Schwangeren keine überweisungsfähige Indikation dar.

Je nach sonographischem Befund oder sonstiger Indikation, ist somit die individuelle Entscheidung zu treffen, ob die Durchführung der Serumuntersuchung in einem Labor, als Kassenleistung möglich ist.

### **Ultraschall als iGeL- oder Kassenleistung?**

Die Beschlussfassung des GBA setzt die Sonographiekriterien gemäß der Mutterschaftsrichtlinien nicht außer Kraft. Somit sind sonographische Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einem NIPT durchgeführt werden, in der Regel, keine Kassenleistung (Primärer NIPT). Anders ist es, wenn eine gezielte Verdachtsdiagnose auf eine fetale Erkrankung vom zuweisenden Frauenarzt/-in gestellt wird. Die Durchführung eines NIPT hängt dann weitestgehend vom Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ab. (Sekundärer NIPT).

Die Broschüre „Bluttest auf Trisomien - Der nicht invasive Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21“ ist als Download oder zur Einsicht auf unserer Homepage [www.praenatalplus.de](http://www.praenatalplus.de) verfügbar, gleiches gilt für die Stellungnahmen der DEGUM, sowie der sog. „10 goldenen Regeln“ der DEGUM im Zusammenhang mit dem NIPT.

Wir bitten um Verständnis, dass Rückfragen **nur** unter der Hotline **0221-977600 Mo-Fr, 11-15h** möglich sind.