

Medizinische Begründung für die Notwendigkeit der Durchführung eines NIPT
- zur Vorlage bei der Krankenversicherung -

An die
Muster Versicherung
Leistungsabteilung
Musterstrasse
0000 Musterstadt

Ort, Datum

Pat.: Muster, Anna

geb.: 01.01.1980

Vers.nr.: 00000000000000

**Medizinische Begründung und Antrag auf Kostenübernahme
Prenatalis® - Test (nicht-invasiver Pränataltest aus mütterlichem Blut, NIPT)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Frau ...Muster, Anna... besteht eine Schwangerschaft in der Woche. Aufgrund des mütterlichen Alters über 35 Jahre, einer genetische Vorbelastung in der engeren Verwandtschaft, einer Chromosomenanomalie in vorangegangenen Schwangerschaften, einer erhöhten Nackentransparenz im Ultraschall, einem auffälligen biochemischen Werten im Ersttrimester-Screening (*bitte auswählen*) ergibt sich eine Risikokonstellation, die eine invasive Diagnostik zum Ausschluss chromosomaler Anomalien nach sich ziehen würde. Eine Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie birgt jedoch Risiken für Mutter und Kind (Blasensprung mit Fehlgeburt, Infektionsrisiko, Arbeitsunfähigkeit). Die Patientin möchte daher einen nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) vornehmen lassen.

In Deutschland ist NIPT derzeit keine Regelleistung der Krankenversicherungen, obwohl aufgrund der hohen Sensitivität (> 98%) und Spezifität (> 99%) der Test eine für die Patientin nahezu risikofreie Alternative zur invasiven genetischen Diagnostik darstellt (s. auch Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik GfH, www.gfhev.de und des Gemeinsamen Bundesausschusses Ga BA).

Der Prenatalis®-NIPT ermöglicht die nicht-invasive genetische Diagnostik mit Hilfe zellfreier fetaler DNA (cffDNA) allein durch eine mütterliche Blutanalyse. Das Ergebnis liegt nach 3-5 Werktagen nach Probeneingang vor, wodurch der Patientin eine psychisch belastende Schwangerschaftszeit erspart werden kann. Der Test wird vollständig am **Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsdiagnostik (MVZ) Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen**, einem akkreditierten, ärztlich geleiteten Labor in Martinsried bei München durchgeführt. Alle Maßgaben des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Arzthaftung sind hier vollumfänglich erfüllt.

Aufgrund der o.g. medizinischen Indikation befürworte ich die Durchführung des Prenatalis®-Test bei Frau ...Muster, Anna... und unterstütze ihren Antrag auf Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Musterfrau/mann

Anlage

Rückantwort-Formular Verantwortliche Ärztliche Person Fax:

MVZ Martinsried Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen, Fax (089) 895578-780

Kostenübernahmeerklärung für den Prenatalis®-Test

Patientin:

Vers.nr.:

Empfohlene Abrechnung der Leistungen der verantwortlichen ärztlichen Person nach GOÄ

Anz.	GOÄ Ziffer	Leistungslegende	Anmerkung	Punkte	1 x GOÄ	Faktor	Summe
1	21	Eingehende genetische Beratung vor und nach dem Test, je angefangene 30 Min*	Aufklärung und genetische Beratung müssen nicht von der gleichen Person durchgeführt werden	360*	20,98 €*	2,3*	48,25 €*
1	250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter		40	2,33 €	2,5	5,83 €
<i>*eine eingehende genetische Beratung schließt u.a. eine ausführliche Familienanamnese mit ein.</i>							54,08 €*

Abrechnung der Leistungen im Labor des MVZ Martinsried

Anz.	GOÄ Ziffer	Leistungslegende	Anmerkung	Punkte	1 x GOÄ	Faktor	Summe
1	§10 Abs. (1-4) GOÄ	Transport pot. infektiösen Materials in UN-Gefahrgutverpackungen für Klasse 6.2 des ADR entsprechend der Verpackungsanweisung P650 incl. Transportgefäß, Schutzhülle mit Saugeinlage, Probenentnahmematerial und Befundporto	Material u. Transport				38,00 €
1	80	Schriftliche gutachterliche Äußerung	Befund	300	17,49 €	2,3	40,23 €
3	3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Sequenzermittlung	NGS Chr. 13, 18, 21	2000	116,57 €	1,0	349,71 €
Untersuchung auf Trisomie 21, 18, 13							427,94 €
1	3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	NGS Chr. X,Y	2000	116,57 €	1,0	116,57 €
Untersuchung auf Trisomie 21, 18, 13 und gonosomale Aberrationen							544,51 €

Hiermit wird die Kostenübernahme entsprechend o.g. Kosteninformation bestätigt.

.....
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Versicherers

Rückantwort-Formular Verantwortliche Ärztliche Person Fax: