

An die

Pat.: ..... geb.: ..... Vers.nr.: .....

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Frau ..... besteht eine Schwangerschaft in der.....Woche.

Aufgrund (*bitte auswählen*):

- des mütterlichen Alters über 35 Jahre
- einer durch **VERACITY** nachweisbaren Chromosomenanomalie in vorangegangenen Schwangerschaften
- einer erhöhten Nackentransparenz im Ultraschall
- eines auffälligen biochemischen Wertes im Ersttrimester-Screening

ergibt sich eine Risikokonstellation, die eine invasive Diagnostik zum Ausschluss chromosomaler Anomalien nach sich ziehen könnte. 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 (> 99%) 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](http://www.gfhev.de) und des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA).

Der VERACITY-NIPT ermöglicht die nicht-invasive genetische Diagnostik mit Hilfe zellfreier fetaler DNA (cffDNA) aus einer mütterlichen Blutprobe. Das Ergebnis liegt nach 5-10 Arbeitstagen vor. 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 **VERACITY**-Tests bei Frau ..... und unterstütze ihren Antrag auf Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Rückantwort-Formular Verantwortliche Ärztliche Person ..... Fax: .....

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

### Kostenübernahmeerklärung für den VERACITY-Test

Patientin: .....

Vers.nr.: .....

### Empfohlene Abrechnung der Leistungen der verantwortlichen ärztlichen Person nach GOÄ (Stand 12.2018)

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>							<b>54,08 €* €</b>

### Abrechnung der Leistungen im Labor des MVZ Martinsried nach GOÄ (Stand 12.2018) Testoption bitte auswählen:

#### Einlingsschwangerschaft

- Option ES I Trisomien 13, 18, 21 229,00 €
- Option ES II Trisomien 13, 18, 21  
Monosomie X, Trisomie X, Klinefelter Syndrom (XXY),  
Diplo Y-Syndrom (XYY), XYY-Syndrom 269,00 €
- Option ES III Trisomien 13, 18, 21  
Monosomie X, Trisomie X, Klinefelter Syndrom (XXY),  
Diplo Y-Syndrom (XYY), XYY-Syndrom  
Mikrodeletionen: del22q11.2 (z. B. DiGeorge-Syndrom), del1p36,  
del17p11.2 (Smith-Magenis-Syndrom), del4p16.3 (Wolf-Hirschhorn-Syndrom) 299,00 €

#### Zwillingsschwangerschaft/Vanishing Twin

- Option ZS I Trisomien 13, 18, 21 229,00 €
- Option ZS III Trisomien 13, 18, 21  
Monosomie X, Trisomie X, Klinefelter Syndrom (XXY),  
Diplo Y-Syndrom (XYY), XYY-Syndrom  
Mikrodeletionen: del22q11.2 (z. B. DiGeorge-Syndrom), del1p36,  
del17p11.2 (Smith-Magenis-Syndrom), del4p16.3 (Wolf-Hirschhorn-Syndrom) 299,00 €

Eine detaillierte Kostenaufstellung mit Leistungslegende kann auf Anfrage zugesendet werden.  
[abrechnung@medizinische-genetik.de](mailto:abrechnung@medizinische-genetik.de)

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

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