

Marburg, 04. März 2026

**Notwendigkeit eines wissenschaftlich fundierten
Monitorings der medizinischen, psychosozialen und
ethischen Folgen der Zulassung des nichtinvasiven
Pränataltests auf Trisomien (NIPT) als Kassenleistung**

Anmerkungen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher
Mediziner (ACM)

Mit der Zulassung des nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) auf Trisomien als Kassenleistung im Juli 2022 verband der Gesetzgeber das Ziel, Schwangeren in begründeten Ausnahmen eine risikoärmere Alternative zu invasiven diagnostischen Verfahren zu eröffnen. Nach mehreren Jahren praktischer Anwendung zeigt sich jedoch, dass sich der Test in der Versorgungspraxis in einem Ausmaß etabliert hat, das deutlich über diese ursprüngliche Zielsetzung hinausgeht. Eine politische Neubewertung sowie ein systematisches Monitoring der Folgen der Kassenzulassung sind daher dringend geboten.

Entwicklung zu einer Reihenuntersuchung

Daten der Barmer-Ersatzkasse zufolge nehmen ca. 50% aller Schwangeren einen NIPT in Anspruch. Damit hat sich der Test faktisch zu einer Reihenuntersuchung entwickelt. Die jährlichen Ausgaben für den NIPT beziffern sich auf rund 60 Millionen Euro bei Testkosten von etwa 160–200 Euro. Darin enthalten sind noch nicht die Kosten der Beratungen in Zusammenhang mit einem NIPT.¹

Dabei bleiben die statistischen Grenzen des Verfahrens in der Versorgungspraxis oft unzureichend berücksichtigt: bei einer 40-jährigen Schwangeren hat der NIPT für Trisomie 21 einen positiven Vorhersagewert von 93%. Das bedeutet, dass in 93% der positiven Tests auch tatsächlich eine Trisomie 21 vorliegt. Bei einer 24-jährigen Schwangeren hingegen verschlechtert sich der positive Vorhersagewert des Tests auf 71%. Bei 29% der Föten mit positivem Testergebnis liegt also gar keine Trisomie 21 vor.³ Diese Unterschiede werden in der Praxis häufig nicht hinreichend kommuniziert – auch, weil die Testkommerzialisierung (inkl. Marketing durch Hersteller) zu einer Überschätzung der Sicherheit beiträgt. Die Folge sind Verunsicherung, unnötige Folgeuntersuchungen und nicht selten risikobehaftete invasive Eingriffe bei eigentlich gesunden Föten.²

Ausweitung invasiver Folgeuntersuchungen

Diese Problematik wird zudem durch eine relevante Testausfallrate des NIPT von 3,3% bei einem Test und 1,2% bei wiederholter Testung weiter verschärft.³ Dies wird auch im aktuellen Tätigkeitsbericht der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) thematisiert.⁴ Ein nicht unerheblicher Teil der Untersuchungen liefert also kein auswertbares Ergebnis. Für die

¹ Zahlen der BARMER 2022–2024 zeigen, dass etwa 48 % der Schwangerschaften einen NIPT beinhalten. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg): *Erste Zahlen zur Inanspruchnahme des NIPT* https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg_ePaper_NIPT.pdf (Januar 2025)

² Vgl. Norton ME, Jacobsson B, Swamy GK, et al. *Cell-free DNA analysis for noninvasive examination of trisomy*. NEJM. 2015;372(17):1589–1597; sowie Genetic Support Foundation. *Positive Predictive Value (PPV) Calculator*, <https://ppv.geneticsupportfoundation.org/> 29.11.2025

³ Vgl. Palomaki, Glenn E. et al. (2018). *Prenatal cell-free DNA screening test failures: a systematic review of failure rates, risks of Down syndrome, and impact of repeat testing*. Genetics in Medicine, Volume 20, Issue 11, 1312 - 1323

⁴ Fünfter Tätigkeitsbericht der Gendiagnostik-Kommission (GEKO): https://www.rki.de/DE/Institut/Organisation/Stabsstellen/GEKO/Taetigkeitsberichte/Taetigkeitsbericht_05.pdf?blob=publicationFile&v=2#page55; S. 57

betroffenen Schwangeren bedeutet dies zusätzliche Verunsicherung, Verzögerungen in einer ohnehin hochbelastenden Entscheidungssituation sowie nicht selten weitere Blutentnahmen oder direkt den Übergang zu invasiven diagnostischen Verfahren. Eine Reduktion der invasiven Untersuchungen durch die Einführung des NIPT ist nicht nachweisbar. Damit wird ein zentrales vom Gemeinsamen Bundesausschuss formuliertes Ziel nicht erreicht.

Diese ausgebliebene Reduktion an Amniozentesen und Chorionzottenbiopsien könnte darauf zurückgeführt werden, dass der Test zunehmend auch bei jüngeren Schwangeren mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit eingesetzt wird. Gerade in diesen Gruppen ist jedoch der positive Vorhersagewert niedrig, was wiederum zusätzliche invasive Abklärungen erforderlich macht. Der NIPT trägt damit in der gegenwärtigen Anwendung nicht zur Entlastung, sondern teilweise sogar zur Ausweitung invasiver Diagnostik bei.⁵ Für eine wissenschaftliche Klärung der Zusammenhänge fehlen allerdings entsprechende systematische Daten.

Verdrängung sonographischer und klinischer Frühdiagnostik

Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Einführung des NIPT das pränatal-diagnostische Gesamtkonzept erheblich verschieben kann. Besonders deutlich wird dies im Verhältnis zum Ersttrimester-Screening (ETS), das weiterhin eine zentrale Rolle für die frühe Fehlbildungsdiagnostik und die Einschätzung des Präeklampsie-Risikos spielt. Daten aus der niederländischen TRIDENT-2-Studie zeigen, dass mit der Einführung des NIPT die Nutzung des kombinierten Ersttrimestertests innerhalb weniger Jahre nahezu vollständig verdrängt wurde. Damit gehen essenzielle diagnostische Möglichkeiten verloren, da der NIPT weder strukturelle Fehlbildungen erfassen noch Risiken wie Präeklampsie beurteilen kann. Die zunehmende Dominanz eines molekulargenetischen Bluttests gegenüber der sonographischen und klinischen Frühdiagnostik ist daher medizinisch hochproblematisch.^{6,7}

Psychosoziale Folgen für Schwangere

Über die medizinischen Aspekte hinaus sind die psychosozialen Folgen des NIPT von erheblicher Bedeutung. Studien zeigen, dass auffällige oder unklare Befunde häufig zu starken Ängsten, innerem Druck und emotionaler Überforderung führen. Besonders belastend ist dabei, dass der Test bereits ab der 10. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann, während diagnostische Bestätigungstests wie Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie erst deutlich später möglich sind. Die daraus entstehende oft

⁵ Ebd. Barner

⁶ Manegold-Brauer, G., et al. (2014). Implementation of NIPT and impact on first-trimester screening and invasive testing. *Swiss Medical Weekly* sowie: Tutschek, B. (2025). *Non-invasive prenatal testing is not a substitute for first trimester ultrasound screening*. *Swiss Medical Weekly*

⁷ Van der Meij, K.R.M. et al. (2021). Trends in prenatal screening uptake after implementation of non-invasive prenatal testing. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*

wochenlange Phase der Unsicherheit stellt für viele Schwangere eine relevante psychische Belastung dar. Ergänzend belegen wissenschaftliche Untersuchungen, dass Schwangere in diesen Situationen nicht selten das Gefühl entwickeln, persönlich verantwortlich für das „genetische Ergebnis“ ihres Kindes zu sein. Dies kann Schuldgefühle, Überforderung und schwer auflösbare innere Konflikte auslösen. Besonders bei erweiterten NIPT-Verfahren mit zusätzlichen genetischen Zusatzbefunden zeigen sich teils anhaltende Angstzustände und gravierende psychische Belastungen.⁸⁹¹⁰¹¹

Parallel hierzu wird aus der klinischen Praxis und der bioethischen Forschung zunehmend über einen wachsenden gesellschaftlichen Erwartungsdruck berichtet. Durch die Zulassung als Kassenleistung wird der NIPT von vielen Schwangeren als medizinischer Versorgungsstandard angesehen, der durchgeführt werden sollte. Die Entscheidung für oder gegen den Test wird nicht selten zu einer moralischen Belastung mit deutlichen negativen Auswirkungen auf das emotionale Erleben der Schwangerschaft.¹²

Der seit 2023 beobachtete Anstieg der Abtreibungszahlen gibt Anlass zu der Frage, ob nach positiven NIPT-Ergebnissen mitunter ohne bestätigende invasive Diagnostik Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden. Eine Klärung ist derzeit aufgrund fehlender Datengrundlage nicht möglich.

Ethisch fragwürdige Nutzung von NIPT zur frühen Geschlechtsbestimmung

Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang auch die zunehmende faktische Nutzung des NIPT zur frühen Geschlechtsbestimmung zu bewerten, obwohl diese nicht dem eigentlichen medizinischen Zweck des Tests entspricht und rechtlich begrenzt ist. Wie aus dem Bericht der Gendiagnostikkommission hervorgeht, unterläuft diese Praxis den Schutzgedanken der geltenden Regelungen und öffnet geschlechtsselektiven Entscheidungen Vorschub. Auch dies verdeutlicht, wie stark sich die Anwendung des NIPT in der Versorgung bereits von seinem ursprünglich vorgesehenen Rahmen entfernt hat.¹³

⁸ Van Schendel, R. V. et al. (2017). Women's experiences with non-invasive prenatal testing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 235.

⁹ Lewis, C. et al. (2016). Anxiety following non-invasive prenatal testing: A mixed-methods Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045195/> 29.11.2025

¹⁰ Labonté, O. et al. (2019). Psychological and social consequences of non-invasive prenatal testing (NIPT): A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*

¹¹ Bakkeren, I. M. et al. (2024). Psychological impact of additional findings detected by genome-wide NIPT (TRIDENT-2 study). *Genetics in Medicine*

¹² Young, M. et al. (2025). Attitudes About NIPT Routinisation: Perspectives from Healthcare Providers. *Journal of Bioethical Inquiry*

¹³ Vgl. 5. Tätigkeitsbericht der GEKO (2022-2024), veröffentlicht 22.10.2025, S. 51-62

Ermöglichung der negativen Selektion von Menschen mit Behinderungen

In höchstem Maße bedenklich ist der durch die Kassenzulassung entstandene grundlegende Wertungswiderspruch. Die gesetzlichen Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts an die UN-Behindertenrechtskonvention gebunden, die die Würde, Gleichberechtigung, gesellschaftliche Teilhabe und den Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen ausdrücklich garantiert. Zugleich finanziert dieses System ein pränatales Screening, dessen praktische Anwendung faktisch zu einer breiten genetischen Selektion beiträgt und den gesellschaftlichen Druck zur „Vermeidung“ bestimmter genetischer Besonderheiten verstärkt.

Während die einzelne Frau die moralische Last existenzieller Entscheidungen tragen muss, schafft der Staat durch die strukturelle Förderung des NIPT eine Rahmenordnung, die Inklusion fordert, gleichzeitig aber Selektion ermöglicht. Dieser doppelte Widerspruch – individuell wie institutionell – macht die politische Brisanz des Themas besonders deutlich.

Notwendigkeit einer Überprüfung der Kassenzulassung und einer vorausschauenden ethischen Auseinandersetzung

Vor diesem Hintergrund zeigen die dargestellten Zahlen und Entwicklungen aus unserer Sicht eindrücklich, dass die Folgen der Zulassung des NIPT als Kassenleistung bislang weder systematisch wissenschaftlich ausgewertet noch politisch angemessen begleitet wurden. Der bereits im Bundestag angestoßene, jedoch bislang nicht weiterverfolgte Antrag zum Monitoring der Kassenzulassung muss daher dringend wieder aufgegriffen werden.

Darüber hinaus ist eine vorausschauende ethische Auseinandersetzung mit der Zukunft der pränatalen Diagnostik unerlässlich. Die technologischen Möglichkeiten entwickeln sich in hohem Tempo weiter, und neue genetische Testverfahren mit immer breiterem Untersuchungsspektrum werden in den kommenden Jahren zunehmend in die Versorgung drängen. Damit technologischer Fortschritt nicht gesellschaftliche Entwicklungen überholt, ist es notwendig, bereits jetzt tragfähige Leitlinien, ethische Orientierungspunkte und klare Entscheidungsrahmen zu schaffen. Dies dient nicht nur dem Schutz werdender Eltern vor Überforderung, sondern auch der Wahrung eines Gesundheitssystems, das medizinischen Fortschritt verantwortungsvoll einbettet und die Würde sowie Teilhabe aller Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Als Arbeitskreis Ethik der ACM möchten wir diesen Prozess aktiv begleiten und stehen Ihnen für weiterführende Gespräche, fachliche Einschätzungen und eine gemeinsame Erarbeitung solider ethischer Grundlagen jederzeit gerne zur Verfügung.

Arbeitskreis Ethik der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM)

Autorinnen der Stellungnahme:

Dr. med. Sabine Pilatz, Fachärztin für Allgemeinmedizin | Amelie Warth, stud.med. | Judith Khoury, MPH | Dr. med. Kathrin Sander, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Literaturangaben

- Bakkeren, I. M. et al. (2024). Psychological impact of additional findings detected by genome-wide NIPT (TRIDENT-2 study). *Genetics in Medicine*
- Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg): Erste Zahlen zur Inanspruchnahme des NIPT (Januar 2025). https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg_ePaper_NIPT.pdf _04.03.2026
- Gendiagnostik-Kommission (GEKO): Fünfter Tätigkeitsbericht (2022-2024), veröffentlicht 22.10.2025:
https://www.rki.de/DE/Institut/Organisation/Stabsstellen/GEKO/Taetigkeitsberichte/Taetigkeitsbericht_05.pdf?__blob=publicationFile&v=2#page55; S. 57
- Genetic Support Foundation. Positive Predictive Value (PPV) Calculator, <https://ppv.geneticsupportfoundation.org/> _29.11.2025
- Labonté, O. et al. (2019). Psychological and social consequences of non-invasive prenatal testing (NIPT): A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*
- Lewis, C. et al. (2016). Anxiety following non-invasive prenatal testing: A mixed-methods study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045195/> _29.11.2025
- Manegold-Brauer, G., et al. (2014). Implementation of NIPT and impact on first-trimester screening and invasive testing. *Swiss Medical Weekly*
- Norton ME, Jacobsson B, Swamy GK, et al. Cell-free DNA analysis for noninvasive examination of trisomy. *NEJM*. 2015;372(17):1589–159
- Palomaki, Glenn E. et al. (2018). Prenatal cell-free DNA screening test failures: a systematic review of failure rates, risks of Down syndrome, and impact of repeat testing: *Genetics in Medicine*, Volume 20, Issue 11, 1312 - 1323
- Tutschek, B. (2025). Non-invasive prenatal testing is not a substitute for first trimester ultrasound screening. *Swiss Medical Weekly*
- van der Meij, K.R.M. et al. (2021). Trends in prenatal screening uptake after implementation of non-invasive prenatal testing. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*
- Van Schendel, R. V. et al. (2017). Women’s experiences with non-invasive prenatal testing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 235.
- Young, M. et al. (2025). Attitudes About NIPT Routinisation: Perspectives from Healthcare Providers. *Journal of Bioethical Inquiry*