

## Änderungsvorschlag für den OPS 2023

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2023-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2022** an **vorschlagsverfahren@bfarm.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten.

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Privatinstitut für Klinikmanagement (PKM) GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	PKM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.pk-management.de/">https://www.pk-management.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Lindner
Vorname *	Dominik
Straße *	Beethovenstraße 5-13
PLZ *	50674
Ort *	Köln
E-Mail *	<a href="mailto:lindner@pk-management.de">lindner@pk-management.de</a>
Telefon *	01511/ 9113755

### Einräumung der Nutzungsrechte

- \* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

\* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



**Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.**

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Etablierung eines Codes für die Messung des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird\***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

IB10 sphingotest® DPP3, SpingoTec GmbH

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

CE-Deklaration IB10 sphingotest® DPP3: 29.08.2019

**VERWENDUNGSZWECK**

Der IB10 sphingotest® DPP3 ist ein schneller patientennaher (Point-of-Care, POC) Immunoassay für die quantitative In-vitro-Bestimmung von Dipeptidylpeptidase 3 (DPP3) in EDTA-Vollblut und Plasma. Dieser Test ist für den Einsatz in Verbindung mit dem Nexus-IB10-Analysegerät vorgesehen und liefert quantitative Ergebnisse in nur 22 Minuten.



Der IB10 sphingotest® DPP3 ist nur für den professionellen Einsatz konzipiert und kann in Krankenhaus-Zentrallaboren und in anderen medizinischen Einrichtungen wie z. B. Notaufnahmen, Intensivstationen und sonstigen Orten, an denen patientennahe Tests praktiziert werden, eingesetzt werden.

**6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird \***

Nein

Ja

**a. Name des Arzneimittels und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

**b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neueinführung der Schlüsselnummern 1-998.3- "spezifische Bestimmung des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3 differenziert nach Anzahl der durchgeführten peripheren Messungen:

Vorschlag für den neu einzuführenden, differenzierten OPS-Kode im OPS-Katalog 2023:

- 1-998.31 1-5 durchgeführte Messungen des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3
- 1-998.32 6-10 durchgeführte Messungen des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3
- 1-998.33 11-15 durchgeführte Messungen des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3
- 1-998.34 16-20 durchgeführte Messungen des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3
- 1-998.35 mehr als 20 durchgeführte Messungen des Biomarkers Dipeptidylpeptidase 3

## 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Der kardiogene Schock hat eine besonders schlechte Prognose mit hoher Krankenhausmortalität. Trotz des hohen Forschungsaufwands gibt es aktuell keine neue etablierte Therapie. Alle Phase 3 Studien der letzten Jahrzehnte haben keinen klinischen Benefit neuer Therapieansätze zeigen können. Daher bestand eine dringende Notwendigkeit, den Pathomechanismus der Erkrankung besser zu verstehen, um so neue Therapieziele finden zu können. Wesentlich hierbei ist der neuartige Biomarker Dipeptidylpeptidase 3 (DPP3). DPP3 ist ein breit vorkommendes, intrazelluläres Enzym, das den Abbau verschiedener Peptidhormone, die regulierend für den Blutdruck sind, katalysiert (z.B. Angiotensin II).

Eine klinisch-translationselle Studie [1] untersuchte nun Patienten mit kardiogenem Schock und konnte zeigen, dass hohe Plasmaspiegel des zirkulierenden DPP3 bei Aufnahme mit eingeschränkter Herzfunktion, schwerwiegenderer Organdysfunktion sowie einem schlechteren Überleben assoziiert sind.

In Patienten mit kardiogenem Schock, die in die Studien OptimaCC (n=57) und CardShock (n=174 Patienten) aufgenommen wurden, gingen anhaltend hohe oder steigende DPP3-Plasmaspiegel mit einer signifikant reduzierten kardialen linksventrikulären Ejektionsfraktion und einer deutlich verschlechterten Nierenfunktion, sowie einem signifikant erhöhten Mortalitätsrisiko einher [1, 2]. Dagegen waren sinkende DPP3-Spiegel klar mit höheren Überlebensraten assoziiert.

Der Modellvorstellung der Wissenschaftler zufolge wird die Peptidase DPP3 beim Zelltod aus den Zellen in die Blutbahn freigesetzt und baut dort das Angiotensin II, einen zentralen Mediator der Herz-Kreislauf-Funktion, ab. Dies kann zu Schockzuständen und konsekutivem Multiorganversagen führen [3]. Zirkulierendes DPP3 ist somit ein neuer Biomarker in der frühzeitigen Diagnostik des refraktären Schocks mit kardialer Beteiligung [1,6].

Eine kausale Rolle von DPP3 wird durch Studien mit präklinischen Modellen gestützt, in denen die Injektion von DPP3 zur deutlichen Verschlechterung der Herz- und Nierenfunktion führte [2].

Daher ist die Bestimmung von DPP3 nicht nur in Patienten mit kardiogenem Schock von diagnostischer Relevanz, sondern auch in anderen Krankheitsbildern, in denen es zu einem massiven Zelluntergang kommt wie septischer Schock und Verbrennungsschock (hypovolämisch) sowie Patienten mit hämodynamischer Instabilität nach großen Operationen.

Bei Verbrennungspatienten kommt es zur Freisetzung von DPP3 durch entstandene Nekroseareale und erhöhte Werte sind mit hemodynamischer Instabilität und einem erhöhten Versterben assoziiert [3]. Vergleichbare Daten wurden auch in Patienten mit schwerer Sepsis und septischen Schock erhoben in denen hohe DPP3 Werte bei Aufnahme auf die Intensivstation einen erhöhten Bedarf an Organunterstützungssystem vorhersagten [7].

In großen Operationen sind postoperativ erhöhte DPP3 Werte zu erwarten. Sollten diese sich jedoch über 12h nicht normalisieren, besteht die Gefahr - wie auch im kardiogenen oder septischen Schock und bei Schwerstverbrannten – eines schwerem Organversagens und damit assoziierter hoher Mortalität [4, 5].

DPP3 ist damit ein Biomarker mit hohem medizinischem Nutzen in der Diagnostik der kardialen Depression und der Vorhersage des Krankheitsverlaufs bei schwerstkranken Patienten.



Auf der Grundlage der neuen Diagnosemethode können Therapien entsprechend frühzeitig eingeleitet werden und so erheblich zur Verbesserung der Behandlung von Patienten beitragen, bei denen die DPP3 Freisetzung zur Einschränkung der Herz-Kreislauf-Funktion führt. Dies ist besonders bei refraktären Schock-Zuständen von Bedeutung.

Im Zusammenhang mit der therapeutischen Substitution von Angiotensin 2 Biosimilars zur Therapie refraktärer Schockzustände wird das Verfahren sinnvollerweise als therapiebegleitende Diagnostik regelhaft eingesetzt werden.

Um diese neuartige, fächendeckend auftretende, für die Therapieentscheidung und das Patientenwohl essenzielle Diagnoseoption im stationären Bereich in Deutschland optimal abbilden zu können, wird hiermit ein eigener differenzierter OPS-Kode für die Messung von DPP3 im Kapitel 1 des OPS-Kataloges 2023 beantragt.

Nur so kann diese wesentliche, hochkostenintensive, patientenindividuelle diagnostische Methode sachgerecht in den Abrechnungsdaten der deutschen Krankenhäuser erfasst werden.

Auch ermöglicht der neue OPS-Schlüssel erst eine sachgerechte Zuordnung der hohen diagnostikbezogenen Kosten im Rahmen der Kostenkalkulation und konsekutiv eine Prüfung der erlösrelevanten Abbildung im aDRG-System durch das InEK.

Eine entsprechende Schlüsselnummer wird daher hiermit beantragt.

Literaturhinweise:

- [1] Takagi et al. (2019), Circulating dipeptidyl-peptidase 3 and alteration in hemodynamics in cardiogenic shock: Results from the OptimaCC Trial, Eur J Heart Fail., DOI: 10.1002/ejhf.1600.
- [2] Deniau et al. (2019), Circulating dipeptidyl peptidase 3 is a myocardial depressant factor - dipeptidyl peptidase 3 inhibition rapidly and sustainably improves haemodynamics, Eur J Heart Fail, DOI: 10.1002/ejhf.1601.
- [3] Dépret et al. (2020), Circulating dipeptidyl peptidase-3 at admission is associated with circulatory failure, acute kidney injury and death in severely ill burn patients, Crit. Care., DOI: 10.1186/s13054-020-02888-5.
- [4] Gombert et al (2020), In-hospital mortality and organ failure after open and endovascular thoraco-abdominal aortic surgery can be predicted by increased levels of circulating dipeptidyl peptidase 3, Eur J Cardiothorac Surg, DOI: 10.1093/ejcts/ezaa413.
- [5] van Lier (2022) The value of bio-ADM and DPP3 to predict short-term unfavourable outcomes after cardiac surgery, Eur J Anaesthesiol, DOI: 10.1097/EJA.0000000000001662.
- [6] van Lier (2020) Promotion of vascular integrity in sepsis through modulation of bioactive adrenomedullin and dipeptidyl peptidase 3, JIM, DOI: 10.1111/joim.13220.
- [7] Blet (2021) Blet 2021 Monitoring circulating dipeptidyl peptidase 3 (DPP3) predicts improvement of organ failure and survival in sepsis: A prospective observational multinational study, Crit Care, DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03471-2>.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

Derzeit kann die Bestimmung von Dipeptidylpeptidase 3 (DPP3) nicht über eigene OPS-Schlüsselnummern abgebildet werden und somit keine sachgerechte Zuordnung der Kosten im Rahmen der Kostenkalkulation erfolgen.

Die Kosten für die einmalige Bestimmung von DPP3 liegen laut Hersteller bei 99,05 €. Um die notwendige kontinuierliche Messung sicherzustellen und somit die unkontrollierte Freisetzung von DPP3 im Blut frühzeitig festzustellen, ist eine Messung alle 12-24 Stunden erforderlich.

Bezogen auf einen typischen stationären Aufenthalt in den betroffenen DRGs entstehen so kalkulierbare Mehrkosten in Höhe von mindestens 495,25 € bis hin zu 2.575,30 € bei einer Messung alle 24 Stunden sowie Kosten in Höhe von bis zu 5.150,60 € bei einer Messung im 12-stündigen Intervall (siehe auch Berechnungen unter Punkt e) Kosten).

Diese Kosten bilden sich in der InEK-Kalkulation der jeweiligen DRGs nicht ab (siehe weitere Berechnungen mit konkretem DRG-Bezug weiter unten).

Damit entsteht eine deutliche Kostenunterdeckung bei der Bestimmung von DPP3.

Um eine sachgerechte Abbildung der Kosten im Kontext der Kalkulation zu ermöglichen, ist ein eigener OPS-Kode für die Bestimmung von Dipeptidylpeptidase 3 notwendig.

Zur ökonomischen Beurteilung werden nachstehend die folgenden Indikationen betrachtet, für die die Messung von DPP3 besonders relevant ist:

- 1) Patienten mit kardiogenem Schock
- 2) Patienten mit septischem Schock
- 3) Patienten mit Polytrauma
- 4) Patienten mit Verbrennungen

Betrachtung der relevanten DRG-Fallpauschalen (bezogen auf den Katalog 2022):

Eine Analyse anhand des InEK DatenBrowsers zeigt für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021 folgendes DRG-Spektrum für die Hauptdiagnose R57.0 (Kardiogener Schock) mit MVD > 1 Tag:

DRGBezeichnung (Anzahl/ Anteil der Fälle)

F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.

(184 Fälle/ 7,51 %)

F43C Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. Herzunterst. System

(157 Fälle/ 6,41 %)

Darüber hinaus sind 84 weitere DRGs mit einer jeweiligen Fallzahl von < 157 Fällen relevant für die Abbildung von Patienten mit kardiogenem Schock als Hauptdiagnose.

Weiterhin wurde die Diagnose R57.0 (Kardiogener Schock) im Jahr 2021 in 41.796 Fällen als Nebendiagnose mitangegeben.

Eine Analyse anhand des InEK DatenBrowsers zeigt für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021 folgendes DRG-Spektrum für die Indikation 2) Patienten mit septischem Schock:

DRGBezeichnung (Anzahl/ Anteil der Fälle)

T60E Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag  
(18.780 Fälle/41,90 %)

T60C Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC  
(3.295 Fälle/ 7,35 %)

T60D Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte  
(2.689 Fälle/6,00 %)

T36Z Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte  
(1.810 Fälle/ 4,04 %)

T01A OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte  
(1.284 Fälle/ 2,86 %)

Darüber hinaus sind 63 weitere DRGs mit einer jeweiligen Fallzahl von < 1.284 Fällen relevant für die Abbildung von Patienten mit septischem Schock.

Eine Analyse anhand des InEK DatenBrowsers zeigt für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021 folgendes DRG-Spektrum für die Indikation 3):

DRGBezeichnung (Anzahl/ Anteil der Fälle)

W04APolytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen  
(129 Fälle/ 8,40 %)

W02APolytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte  
(121 Fälle/ 7,88 %)



W01BPolytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte  
(112 Fälle/ 7,30 %)

Darüber hinaus sind zahlreiche weitere DRGs mit einer jeweiligen Fallzahl von < 112 Fällen in den InEK-Daten des Jahres 2021 abgebildet.

Eine Analyse anhand des InEK DatenBrowsers zeigt für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021 folgendes DRG-Spektrum für die Indikation 4):

DRGBezeichnung (Anzahl/ Anteil der Fälle)

Y03Z Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen  
(5.398 Fälle/ 41,92 %)

Y62Z Andere Verbrennungen  
(2.975 Fälle/ 23,10 %)

Y02D Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.  
(1.312 Fälle/10,19 %)

Darüber hinaus sind Patienten mit Verbrennungen in weiteren 30 DRGs mit einer Fallzahl < 1.312 Fällen abgebildet.

In den oben dargestellten DRGs sind in den Kostenstellen Normalstation (01), Intensivstation (02) und Diagnostische Bereiche (11) für die Kostenart „Sachkosten übriger medizinischer Sachbedarf, Einzelkostenzuordnung“ (6b) in der Summe folgende Werte hinterlegt:

F62C: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	0,99 €
F43C: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	508,60 €
T60E: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	2,54 €
T60C: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	7,66 €
T60D: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	2,08 €
T36Z: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	56,11 €
T01A: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	21,43 €
W04A: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	15,43 €
W02A: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	22,69 €
W01B: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	107,75 €
Y03Z: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	11,33 €
Y62Z: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	3,00 €
Y02D: Summe Kostenstellen 01, 02 und 11 für die Kostenart 6b:	23,52 €

Die Kosten liegen lediglich zwischen 0,99 € in der DRG F62C und 508,60 € in der DRG F43C. Die unter e) aufgeführten fallbezogenen Kosten von mindestens 495,25 € bis zu 5.150,60 € bei der



Bestimmung der DPP3-Werte werden bei Weitem nicht durch die in den dargestellten DRGs hinterlegten Sachkosten gedeckt.

Um für die Bestimmung von DPP3 passende Abbildungsoptionen über NUB-Entgelte oder Zusatzentgelte zu etablieren, wird ein spezifischer OPS-Schlüssel zur Verschlüsselung der Therapie benötigt.

Dieser dringend notwendige OPS-Kode wird hiermit beantragt.

Grundlagen der Berechnung:

Fallpauschalen-Katalog 2022 (InEK)

G-DRG-Report-Browser 2022 (InEK)

InEK DatenBrowser - Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2021 (InEK)

#### c. Verbreitung des Verfahrens \*

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

#### d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

- (1) van Lier (2020) Promotion of vascular integrity in sepsis through modulation of bioactive adrenomedullin and dipeptidyl peptidase 3, JIM, DOI: 10.1111/joim.13220.
- (2) Takagi et al. (2019), Circulating dipeptidyl-peptidase 3 and alteration in hemodynamics in cardiogenic shock: Results from the OptimaCC Trial, Eur J Heart Fail., DOI: 10.1002/ejhf.1600.
- (3) Dépret et al. (2020), Circulating dipeptidyl peptidase-3 at admission is associated with circulatory failure, acute kidney injury and death in severely ill burn patients, Crit. Care., DOI: 10.1186/s13054-020-02888-5.
- (4) Gombert et al (2020), In-hospital mortality and organ failure after open and endovascular thoraco-abdominal aortic surgery can be predicted by increased levels of circulating dipeptidyl peptidase 3, Eur J Cardiothorac Surg, DOI: 10.1093/ejcts/ezaa413.
- (5) Blet (2021) Blet 2021 Monitoring circulating dipeptidyl peptidase 3 (DPP3) predicts improvement of organ failure and survival in sepsis: A prospective observational multinational study, Crit Care, DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03471-2>.

#### e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*

Die Kosten für die einmalige Bestimmung von DPP3 liegen laut Hersteller bei 99,05 € (inkl. MwSt.). Um eine kontinuierliche Messung sicherzustellen und somit eine Freisetzung von DPP3 im Blut frühzeitig festzustellen, ist eine Messung alle 12-24 Stunden erforderlich. Für die unter b) dargestellten DRGs ergeben sich somit die folgenden Kosten:

F62C (MVD 8,1 Tage)	891,45 € bei Messung alle 24 h / 1.782,90 € bei Messung alle 12 h
F43C (MVD 10,7 Tage)	1.089,55 € bei Messung alle 24 h / 2.179,10 € bei Messung alle 12 h



W04A (MVD 18,8 Tage)	1.881,95 € bei Messung alle 24 h / 3.763,90 € bei Messung alle 12 h
W02A (MVD 24,5 Tage)	2.476,25 € bei Messung alle 24 h / 4.952,50 € bei Messung alle 12 h
W01B (MVD 25,6 Tage)	2.575,30 € bei Messung alle 24 h / 5.150,60 € bei Messung alle 12 h
Y03Z (MVD 5,5 Tage)	594,30 € bei Messung alle 24 h / 1.188,60 € bei Messung alle 12 h
Y62Z (MVD 4,7 Tage)	495,25 € bei Messung alle 24 h / 990,50 € bei Messung alle 12 h
Y02D (MVD 13,5 Tage)	1.386,70 € bei Messung alle 24 h / 2.773,40 € bei Messung alle 12 h

Hinweis: Für die Berechnungen wurde auf ganze Tage aufgerundet und eine Messung alle 12 bzw. alle 24 Stunden angenommen.

Die Kosten liegen somit bei mindestens 495,25 € bis zu 2.575,30 € bei einer Messung alle 24 Stunden sowie bei Kosten in Höhe von bis zu 5.150,60 € bei einer Messung im 12-stündigen Intervall.

**f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

Die oben beschriebenen Kosten von 495,25 € bis zu 5.150,60 € definieren die Kostenunterschiede vollständig, da ein vergleichbares Verfahren bisher nicht existiert.

**g. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

Bezogen auf die Gesamtpatientenzahl in Deutschland im Rahmen der vollumfänglichen Anwendung in den oben dargestellten Indikationen ist mit einer Fallzahl von mehreren hunderttausend Patienten zu rechnen.

**h. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Nicht relevant.

**9. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Bislang existiert kein spezifischer OPS-Code für die Kodierung der Messung des Biomarkers DPP3.

**10. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)