



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

# CH-IQI / G-IQI V5.4

## FAQ / Explications

9 Janvier 2023

Dr. Dorothee Assenmacher  
AVC Aviation & Healthcare Consulting GmbH

## Impressum

© Herausgeber / éditeur / editore:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Publikationszeitpunkt / date de publication / data di pubblicazione: 01. 2023

Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe gestattet.

Reproduction partielle autorisée avec mention de la source.

La riproduzione di estratti è autorizzata con citazione della fonte.

Redaktion / rédaction / redazione:

Dr. Dorothee Assenmacher, AHC Aviation & Healthcare Consulting GmbH

Theres Hauser (BAG/OFSP/UFSP), Bern

Auskünfte / complément d'informations / informazioni:

BAG, Sektion Datenmanagement und Statistik, 3003 Bern

Theres Hauser, Telefon +41 58 464 06 98, [KUV-DMS@bag.admin.ch](mailto:KUV-DMS@bag.admin.ch)

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>Abréviations</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>Actualité</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>Types d'indicateurs</b> .....  | <b>8</b>  |
| Mortalité ajustée en fonction du risque, avec valeurs attendues et ratio standardisé de mortalité (SMR) ..  | 8         |
| Mortalité sans valeur attendue.....   | 8         |
| Valeurs observées .....   | 9         |
| Valeurs d'information .....   | 9         |
| Indicateurs relatifs aux processus et aux complications.....  | 9         |
| Informations quantitatives .....  | 9         |
| Volumes minimaux légaux .....   | 9         |
| <b>Ajustement des risques</b> .....   | <b>10</b> |
| Ajustement indirect / SMR (Standardized Mortality Ratio) .....  | 10        |
| Modèles de risques élargis .....  | 10        |
| <b>Généralités concernant les indicateurs</b> .....   | <b>11</b> |
| Données (D/CH).....   | 11        |
| Cas analysés .....  | 11        |
| Paramètres / description du jeu de données (D) .....  | 11        |
| Valeurs de référence nationales (D/CH).....   | 12        |
| <b>A - Maladies cardiaques</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>B - Maladies du système nerveux, accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)</b> .....  | <b>13</b> |
| B.1 (GIQI_09) - Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale).....   | 13        |
| B.2 (GIQI_10) - Traitement en unité cérébrovasculaire.....  | 13        |
| B.2.3.F (GIQI_10_1;F) - Traitement complexe neurologique ou autre (unité cérébrovasculaire) .....   | 14        |
| B.2.4.P (GIQI_10_2;Z/N) - Infarctus cérébral avec traitement complexe neurologique ou autre, pourcentage .....  | 14        |
| B.2.2.P (GIQI_10_3;Z/N) - AIT avec traitement complexe neurologique ou autre, pourcentage.....  | 14        |
| B.2.5.P (GIQI_10_41;Z/N) - DP infarctus cérébral ou AIT (âge >19) avec traitement complexe neurologique ou autre, admissions directes, pourcentage .....          | 14        |
| B.2.6.P (GIQI_10_42;Z/N) - DP infarctus cérébral ou AIT (âge >19) avec traitement complexe neurologique ou autre, transféré d'un autre hôpital, pourcentage ..... | 15        |
| B.2.7.F (GIQI_10_5;F) - Traitement complexe neurologique ou autre (unité cérébrovasculaire) en cas d'autre diagnostic ou âge <20.....                             | 15        |
| <b>C - Médecine gériatrique</b> .....   | <b>16</b> |



|   |           |
|---|-----------|
| C.1 (GIQI_13) - Rééducation gériatrique précoce .....   | 16        |
| C.1.1.F (GIQI_13_1;F) - Rééducation gériatrique précoce .....   | 16        |
| C.1.2.P (GIQI_13_111;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec index de Barthel, pourcentage .....  | 16        |
| C.1.3.S (GIQI_13_112;W) - Valeur moyenne de l'index de Barthel moteur à l'admission .....   | 16        |
| C.1.7.P (GIQI_13_113;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec index de Barthel étendu, pourcentage .....   | 16        |
| C.1.4.P (GIQI_13_121;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec FIM moteur, pourcentage .....  | 17        |
| C.1.5.S (GIQI_13_122;W) - Valeur moyenne du FIM moteur à l'admission .....  | 17        |
| C.1.8.P (GIQI_13_123;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec FIM cognitif, pourcentage.....   | 17        |
| C.1.9.P (GIQI_13_131;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec MMSE, pourcentage.....   | 17        |
| <b>D - Maladies pulmonaires.....</b>  | <b>18</b> |
| D.1 (GIQI_14) - Pneumonie .....   | 18        |
| D.1.16.M (GIQI_14_6;Z/N) - Pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, mortalité.....  | 18        |
| D.1.17.M (GIQI_14_611;Z/N) - Respiration artificielle >24 h en cas de pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, mortalité .....  | 18        |
| D.1.17.P (GIQI_14_61;Z/N) - Respiration artificielle >24 h en cas de pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, pourcentage ..... | 19        |
| <b>E - Maladies des organes abdominaux .....</b>  | <b>19</b> |
| E.1 (GIQI_18) - Ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie).....  | 19        |
| G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (nur D).....  | 19        |
| <b>F - Affections des vaisseaux.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>G - Gynécologie et obstétrique.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>H - Maladies des voies urinaires et des organes génitaux masculins .....</b>   | <b>21</b> |
| H.4 (GIQI_52) - Résection prostatique transurétrale (TURP) .....  | 21        |
| H.4.2.P (GIQI_52_3;Z/N) - RTU de la prostate avec complications, pourcentage .....  | 22        |
| H.4.3.M (GIQI_52_1;Z/N) - RTU de la prostate pour affections bénignes, mortalité .....  | 22        |
| H.4.4.M (GIQI_52_2;Z/N) - RTU de la prostate en cas de tumeurs malignes, mortalité.....   | 22        |
| <b>I - Maladies des os, des articulations et du tissu conjonctif .....</b>  | <b>23</b> |
| I.1 (GIQI_41/42/43/44/45) - Remplacement de l'articulation, endoprothèse .....  | 23        |
| I.1.12.M (GIQI_42_1;Z/N) - Changement d'endoprothèse de hanche, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité.....                                  | 23        |
| I.1.18.M (GIQI_44_1;Z/N) - Changement d'endoprothèse de genou, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité.....                                   | 23        |
| I.3 (GIQI_46) - Fractures métaphysaires de la hanche .....  | 24        |
| <b>J - Affections complexes, hétérogènes (indicateur pour peer review) .....</b>  | <b>24</b> |
| J.3 (GIQI_58) - Constellations complexes.....   | 25        |



|   |           |
|---|-----------|
| J.3.4.P (GIQI_58_3;Z/N) - Transfusions totales, pourcentage .....   | 25        |
| J.3.5.P (GIQI_58_31;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe),<br>pourcentage .....                         | 25        |
| J.3.6.M (GIQI_58_311;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe),<br>traitement conservateur, mortalité ..... | 25        |
| J.3.7.M (GIQI_58_312;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe),<br>traitement opératoire, mortalité .....   | 25        |
| J.3.8.M (GIQI_58_41;Z/N) - DS embolie pulmonaire en cas de traitements avec OP, mortalité .....   | 26        |
| J.3.8.P (GIQI_58_4;Z/N) - DS embolie pulmonaire en cas de traitements avec OP, pourcentage .....  | 26        |
| <b>K - Affections de la peau .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>L - Médecine hautement spécialisée .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>M - Médecine palliative .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>N - Chirurgie robotisée .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>Y - COVID-19 .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>Z - Informations supplémentaires .....</b>   | <b>28</b> |
| Z.3 (GIQI_M) - Traitements/interventions avec nombre minimal de cas (D - G-BA) .....  | 28        |
| <b>Volumes minimaux par hôpital (G-BA) .....</b>  | <b>28</b> |
| Objectif .....  | 29        |
| Règles relatives aux volumes minimaux .....   | 29        |
| Réglementation transitoire .....  | 29        |
| Prestations soumises à des volumes minimaux .....   | 29        |
| 70 - Volumes minimaux gemäß Definitionen des G-BA (D) .....   | 30        |
| « Standort eines Krankenhauses » (= « Entlassender Standort ») (Site d'un hôpital / Site de sortie) .....                                     | 30        |
| G-IQI M.04Z1 - Interventions complexes au système d'organes du pancréas à partir de 2022 - volume<br>minimal par site .....                   | 31        |
| G-IQI M.04Z2 - Interventions complexes au système d'organes du pancréas à partir de 2025 - volume<br>minimal par site .....                   | 31        |
| Z.3.13.F (GIQI_M_09;F) - Traitement chirurgical du cancer du sein (chirurgie du carcinome mammaire). .....                                    | 32        |
| G-IQI M.09Z - Traitement chirurgical du cancer du sein (chirurgie du carcinome mammaire) à partir de<br>2025 - volume minimal par site .....  | 32        |
| Z.3.14.F (GIQI_M_10;F) - Traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon chez l'adulte .....   | 32        |
| G-IQI M.10Z - Traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon chez l'adulte à partir de 2025 -<br>volume minimal par site .....      | 33        |
| <b>Z.4 - Traitements/interventions avec nombre minimal de cas (CH - GPPH, MHS) .....</b>  | <b>33</b> |

## Introduction

L'Initiative Qualitätsmedizin (IQM) e.V. mène tous les deux ans une procédure de proposition concernant les indicateurs G-IQI et CH-IQI. À l'issue de délibérations, de simulations et d'évaluations approfondies réalisées par un groupe d'experts, de nouveaux indicateurs, des modifications et des extensions sont alors intégrés au set d'indicateurs G-IQI/CH-IQI. Tous les membres peuvent consulter les résultats dans la synthèse correspondante.

De plus, durant l'application des G-IQI et des CH-IQI dans les établissements membres et dans le cadre de la procédure d'évaluation par les pairs (peer review), se posent régulièrement des questions de compréhension quant au fond et à la finalité de certains indicateurs, voire de domaines entiers.

C'est de ce constat qu'est né le souhait d'un document complet facilement accessible qui explique les nouveautés de la dernière version des indicateurs, tout en compilant les questions les plus fréquentes des membres sous la forme d'une FAQ (frequently asked questions) pour les mettre à la disposition des utilisateurs. Par conséquent, le document est amené à évoluer et à être complété en continu.

Les descriptions des indicateurs se rapportent aux G-IQI et aux CH-IQI correspondants. Sont également indiquées les différences fondamentales entre l'Allemagne et la Suisse ainsi que les particularités pertinentes. La désignation « G-IQI/CH-IQI » est employée lorsque le texte concerne les deux systèmes d'indicateurs G-IQI et CH-IQI.

## Abréviations

|           |   |
|-----------|---|
| ADSR      | Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister (Groupement des registres AVC germanophones)                         |
| AHRQ      | Association of Healthcare Research and Quality (Agence américaine pour la recherche et la qualité en matière de soins médicaux) |
| AIT       | Accident ischémique transitoire   |
| AOK       | Allgemeine Ortskrankenkasse (caisse-maladie locale générale)  |
| CE        | Concentré érythrocytaire  |
| CIM-10-GM | Classification internationale des maladies, 10e révision, modification allemande  |
| CH-IQI    | Swiss Inpatient Quality Indicators  |
| CHOP      | Classification suisse des interventions chirurgicales   |
| CP        | Concentré plaquettaire  |
| Destatis  | Statistisches Bundesamt Deutschland (office fédéral allemand de la statistique)   |
| DP        | Diagnostic principal  |
| DS        | Diagnostic secondaire   |
| EPT       | Endoprothèse totale   |
| FAQ       | Frequently asked questions (questions fréquentes)   |
| FIM™      | Functional Independence Measure (mesure de l'indépendance fonctionnelle)  |

|         |   |
|---------|---|
| G-BA    | Gemeinsamer Bundesausschuss Deutschland (Comité fédéral commun d'Allemagne)   |
| G-IQI   | German Inpatient Quality Indicators   |
| h       | Heures  |
| IQI     | Inpatient Quality Indicators (ici, terme générique pour les systèmes G-IQI et CH-IQI)   |
| IQM     | Initiative Qualitätsmedizin   |
| KHEntgG | Krankenhausentgeltgesetz (loi fédérale allemande sur la rémunération des hôpitaux)  |
| Mm-R    | Mindestmengenregelung Deutschland (réglementation allemande sur les volumes minimaux)   |
| MMSE    | Mini-Mental-State-Examination   |
| OCP     | Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (Suisse) |
| OFS     | Office fédéral de la statistique  |
| OFSP    | Office fédéral de la santé publique   |
| OPS     | Classification allemande des opérations et autres procédures médicales  |
| POA     | Present on Admission (présent à l'admission)  |
| PSI     | Patient Safety Indicators (indicateurs de sécurité des patients)  |
| QSR     | Qualitätssicherung mit Routinedaten (assurance-qualité avec des données de routine)   |
| RTU     | Résection transurétrale   |
| SGB V   | Sozialgesetzbuch V (livre V du code social allemand)  |
| SIH     | Système informatique hospitalier  |
| SMR     | Ratio standardisé de mortalité (Standardized Mortality Ratio)   |
| .-      | tous les diagnostics/traitements codés détaillés associés à un code principal   |

## Actualité

Il est possible de se référer aux publications suivantes pour de plus amples informations sur les nouveaux indicateurs et les indicateurs modifiés figurant dans la version 5.4 des G-IQI et des CH-IQI :

German Inpatient Quality Indicators – G-IQI Dokumentation der Regeldesigner Syntax Version 5.4 2021. 3M Health Information Systems

CH-IQI - Swiss Inpatient Quality Indicators Spécifications Version 5.4, 2021. Office fédéral de la santé publique (OFSP)

<https://www.bag.admin.ch/iqhs>

Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020 (valeurs de référence pour l'année d'évaluation 2020). Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin : Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI : <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Structure CH-IQI avec table de conversion pour G-IQI

[https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/chiqi\\_struktur.xlsx?v=1663341339](https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/chiqi_struktur.xlsx?v=1663341339)

## Types d'indicateurs<sup>1</sup>

Les indicateurs issus des données de facturation des hôpitaux dérivent de la combinaison logique plus ou moins complexe de diagnostics principaux et secondaires, de procédures, de renseignements démographiques ainsi que d'autres informations. Les indicateurs relatifs aux tableaux cliniques et aux traitements inclus reposent sur un long processus de sélection et de consensus, auquel sont constamment intégrées les suggestions et les propositions des utilisateurs. Les systèmes G-IQI-/CH-IQI comprennent différents types d'indicateurs, qui sont expliqués ci-après. Pour certains indicateurs, des valeurs cibles sont proposées (p. ex. mortalité interne à l'hôpital inférieure à la moyenne nationale). Ces dernières peuvent être utilisées dans le cadre d'une gestion continue de la qualité en vue de définir des objectifs, d'évaluer et d'améliorer davantage la qualité des processus et des résultats médicaux.

### Mortalité ajustée en fonction du risque, avec valeurs attendues et ratio standardisé de mortalité (SMR)

La méthode de la standardisation indirecte est employée ici : chaque cas de traitement se voit ainsi attribuer, sur la base de ses caractéristiques, le risque de décès attendu selon la moyenne nationale. Pour ce faire, l'ancienne méthodologie prenait seulement en compte les caractéristiques de l'âge et du sexe, tandis que les modèles de risque élargis intègrent en sus des caractéristiques supplémentaires (voir section Ajustement des risques pour plus de détails à ce sujet). La somme de ces risques sur l'ensemble des cas de traitement d'un hôpital permet de déterminer le nombre attendu des décès (valeur attendue) dans un indicateur et de rapporter ce dernier au nombre de décès observé. Le quotient de la mortalité observée et de la mortalité attendue correspond au ratio standardisé de mortalité (Standardized Mortality Ratio, SMR). Un SMR inférieur à 1 signifie que la mortalité au sein d'un hôpital – indépendamment des facteurs pris en compte dans l'ajustement des risques – est plus basse que la moyenne nationale. À l'inverse, un SMR supérieur à 1 indique une mortalité hospitalière plus élevée que la moyenne nationale.

### Mortalité sans valeur attendue

Le calcul d'une mortalité ajustée en fonction du risque n'est pas pertinent pour tous les indicateurs, car la prise en compte des risques qui peuvent exister fait notamment partie de la pose d'indications et de la gestion des risques, et constitue de ce fait un élément de la qualité du processus de traitement dans son ensemble. Dans ce cas de figure, une stratification des risques avec des groupes aussi homogènes que possible se révèle plus judicieuse. À cette fin, les cas sont affectés à des sous-groupes stratifiés en fonction du risque (p. ex. opérations des artères du bassin et des jambes réparties selon le stade Fontaine) ou des groupes de patients largement homogènes sont constitués au moyen de critères d'exclusion prédéfinis (p. ex. résection/remplacement de l'aorte abdominale en cas d'anévrisme, sans rupture, OP à ciel ouvert). Cette répartition permet une évaluation technique pertinente et, le cas échéant, des analyses de cas ciblées. Certains des indicateurs de mortalité sans valeur attendue sont définis en tant que valeurs cibles.

---

<sup>1</sup> Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020 (valeurs de référence pour l'année d'évaluation 2020). Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin : Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI : <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

## Valeurs observées

Pour certains indicateurs (p. ex. opérations majeures de l'œsophage), le nombre de cas dans certains hôpitaux est si faible et les prestations si complexes qu'il est difficile de procéder à des comparaisons significatives. Du fait du nombre réduit de cas et de l'importante incertitude qu'il engendre en matière d'évaluation, un ajustement ou une stratification des risques sont peu indiqués. De ce fait, il n'est pas non plus pertinent de prescrire des valeurs cibles. Les indicateurs de ce type sont par conséquent catégorisés comme des valeurs observées. Malgré les incertitudes qui prédominent en matière d'évaluation, les valeurs peuvent être utilisées en interne comme critères d'intervention pour procéder à des analyses de cas en présence d'écarts importants.

## Valeurs d'information

Certains éléments n'ont pas de lien univoque ou consensuel avec la qualité, mais sont régulièrement demandés à titre informatif. Il s'agit par exemple de la proportion de transferts vers un autre hôpital de soins aigus pour des pathologies données. De même, la durée de séjour moyenne pour certains traitements est une donnée intéressante du point de vue de la gestion hospitalière. Des valeurs comparativement élevées peuvent être révélatrices de problèmes dans l'organisation fonctionnelle, voire parfois de taux de complications trop importants. Les taux de transfert et les durées de séjour doivent figurer dans un bloc supplémentaire séparé des indicateurs médicaux, et peuvent être utilisés en interne pour effectuer des comparaisons et des analyses plus poussées.

## Indicateurs relatifs aux processus et aux complications

La proportion de certaines techniques opératoires, par exemple, peut constituer un indicateur relatif aux processus. Il en va ainsi du pourcentage d'interventions mini-invasives pour les ablations de vésicule biliaire ou la chirurgie rénale. Dans certains cas, les taux de complications sont aussi indiqués directement (p. ex. rupture périnéale lors de l'accouchement). Les indicateurs relatifs aux processus ou aux complications sont assortis de valeurs cibles lorsqu'un consensus a pu être atteint. Dans le cas contraire, ils apparaissent à titre de valeurs d'information pour les discussions techniques en interne.

## Informations quantitatives

Pour de nombreux tableaux cliniques ou traitements, il est impossible à l'heure actuelle de dériver des indicateurs de résultats pertinents sur la base des données disponibles. Il peut cependant être utile de connaître le nombre de cas d'un hôpital en vue de pouvoir évaluer si la pathologie y est traitée et, le cas échéant, quelle est l'expérience acquise en la matière. Le nombre de cas de traitement est donc présenté à titre informatif pour quelques pathologies et traitements importants. La moyenne et la médiane du nombre de cas par hôpital fournissant la prestation donnée servent de valeurs de référence nationales pour ces informations quantitatives. Ces indicateurs permettent d'apprécier comparativement le nombre de cas en interne et de l'évaluer.

## Volumes minimaux légaux

Depuis la version 4.1, les indicateurs font également apparaître si un hôpital atteint le volume minimal de prestations exigé par la loi (conformément à l'art. 136b, al. 1, ch. 2, SGB V). La réalisation ou non du nombre minimal de cas est relevée pour chaque hôpital. La valeur de référence nationale est la proportion

d'établissements, à l'échelle du pays, qui ont atteint ce volume. Cette information peut être utilisée pour étudier dans quelle mesure des groupes d'hôpitaux respectent plus ou moins bien les volumes minimaux en comparaison de la moyenne nationale.

## Ajustement des risques

### Ajustement indirect / SMR (Standardized Mortality Ratio)

Comme la structure de la patientèle peut fortement varier d'un hôpital à l'autre, la « standardisation indirecte » a été retenue pour améliorer la comparabilité. Elle consiste à attribuer à chaque cas de traitement, sur la base de ses caractéristiques, le risque de décès attendu selon la moyenne nationale (voir section Valeurs de référence nationales). Il s'agit de la mortalité à laquelle il faudrait s'attendre si l'on sélectionnait pour l'indicateur étudié, parmi le groupe complet de patients, un échantillon présentant la même répartition par classe d'âge et par sexe que l'hôpital concerné. La somme de ces risques sur l'ensemble des cas de traitement d'un hôpital permet de déterminer le nombre attendu des décès (valeur attendue) dans un indicateur et de rapporter ce dernier au nombre de décès observé. Le quotient de la mortalité observée et de la mortalité attendue correspond au ratio standardisé de mortalité (Standardized Mortality Ratio, SMR).

### Modèles de risques élargis

Jusqu'ici, l'ajustement des risques se basait sur l'âge et le sexe. Des caractéristiques supplémentaires ont été intégrées pour certains indicateurs dans le cadre de modèles de risques élargis<sup>2</sup>. Ces modèles ont été testés pour la première fois dans la version 5.3. Les modèles de risques élargis prennent ainsi également en compte, outre l'âge et le sexe, la comorbidité, et éventuellement la gravité de la maladie ainsi que le fait que le patient ait été transféré ou non d'un autre hôpital. Pour l'heure, les modèles élargis sont calculés pour les indicateurs suivants :

IQI 1.1 / A.1.1.M DP infarctus du myocarde (âge >19), mortalité ;

IQI 2.1 / A.2.1.M DP insuffisance cardiaque (âge >19), mortalité ;

IQI 9.3 / B.1.7.M Infarctus cérébral (CIM10 I63, âge >19), mortalité ;

IQI 14.26 / D.1.15.M DP pneumonie, âge >19, sans tumeur, ni mucoviscidose, ni COVID-19, admissions directes, mortalité ;

IQI 21.311 / E.4.2.M Résections du côlon pour cancer colorectal sans diagnostic compliquant, mortalité.

Des informations détaillées sur l'ajustement des risques sont disponibles dans la publication contenant les valeurs de référence nationales pour les G-IQI (p. 61 ss pour la standardisation selon l'âge et le sexe, p. 71 pour les modèles de risques élargis).<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Schwarzkopf, Daniel et al. (2021) : Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten - ein Werkstattbericht. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 163, S. 1–12.

<sup>3</sup> Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020 (valeurs de référence pour l'année d'évaluation 2020). Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin : Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI : <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

## Généralités concernant les indicateurs

### Données (D/CH)

Allemagne

Données : jeu de données visé à l'art. 21, al. 1, KHEntgG

Classification des diagnostics : CIM-10-GM de l'année du relevé

Classification des procédures/opérations : catalogue OPS de l'année du relevé

Suisse

Données : jeu de données de l'OFS<sup>4</sup>

Classification des diagnostics : depuis le 1.1.2021, CIM-10-GM de l'année du relevé ; la CIM-10-GM 2018 a été utilisée jusqu'au 31.12.2020

Classification des procédures/opérations : catalogue CHOP de l'année du relevé

Les G-IQI sont transposés chaque année dans les CH-IQI. La procédure et les résultats sont publiés dans un rapport disponible sur le site de l'OFSP<sup>5</sup>.

### Cas analysés

Allemagne

Les indicateurs sont calculés sur la base des cas sortis de l'hôpital au cours de la période considérée. Le calcul prend en compte les cas entièrement stationnaires facturés selon les DRG.

Suisse

L'attribution d'un cas à une période d'analyse se fait en fonction de la date de la sortie. Les données incluent toutes les sorties de la période considérée. Il s'agit des « cas de type A » dans la Statistique médicale.

Tous les cas stationnaires sont pris en compte dans le calcul des indicateurs de qualité. Les décès sont inclus indépendamment du type de traitement codé, car ils sont réputés hospitaliers en vertu de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

### Paramètres / description du jeu de données (D)

Date OPS et heure OPS

Pour chaque code OPS, une indication de date et d'heure est transmise dans le jeu de données visé à l'art. 21. Cette information vise à indiquer le début pour la procédure. Elle permet d'identifier dans le système G-DRG des interventions en plusieurs temps, seule la date étant toutefois prise en compte. S'agissant de l'heure indiquée, en particulier, il n'est pas certain qu'elle corresponde au début effectif de la procédure : il peut aussi s'agir du moment de la saisie, ou encore d'un réglage par défaut dans le SIH. Des simulations ont de plus mis

---

<sup>4</sup> Office fédéral de la statistique (OFS) (2020) : Variables de la statistique médicale. Spécifications valables à partir du 1.1.2020

<sup>5</sup> Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022) : Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

en évidence que l'heure OPS, notamment, n'est pas documentée à une fréquence pertinente. C'est pourquoi l'heure OPS n'est pas utilisée actuellement pour les calculs.

Date d'admission et heure d'admission

Pour chaque cas de traitement, une indication de la date et de l'heure d'admission est transmise dans le jeu de données visé à l'art. 21. Ce dernier ne comporte toutefois pas de définition exacte pour le paramètre « Aufnahmezeitpunkt » (moment de l'admission), si bien qu'il existe une marge d'interprétation. Dans nombre d'hôpitaux, le moment d'admission documenté est celui où la carte d'assuré est insérée dans le lecteur. On peut donc se demander si l'élément « Door-time » correspond au moment de l'entrée physique du patient à l'hôpital. Seule la date d'admission, qui est utilisée pour calculer la durée du séjour, fait l'objet d'incitations en vue d'une documentation correcte.

## Valeurs de référence nationales (D/CH)

Les valeurs de référence, le SMR et les valeurs cibles diffèrent entre l'évaluation publiée par l'OFSP et l'évaluation IQM des CH-IQI. Comment s'expliquent ces écarts ?

Réponse :

Pour la Suisse, le calcul des valeurs de référence se fonde sur les données fédérales de l'année considérée (publication de l'OFSP en Suisse), ce qui permet de disposer de données récentes.

Pour l'Allemagne, ce sont les données fédérales de Destatis (l'Office fédéral allemand de la statistique) qui sont utilisées. Or elles ne sont disponibles qu'avec un décalage d'un ou deux ans.

Les évaluations IQM utilisent essentiellement les données Destatis pour les valeurs de référence nationales, le calcul des valeurs attendues, les SMR et les valeurs cibles, dans le cas des CH-IQI comme des G-IQI, afin d'assurer la comparabilité entre les établissements membres de l'IQM.

## A - Maladies cardiaques

### A.1 (GIQI\_01) - Infarctus du myocarde

### A.2 (GIQI\_02) - Insuffisance cardiaque

### A.3 (GIQI\_03) - Cathétérisme cardiaque

### A.4 (GIQI\_04) - Troubles du rythme cardiaque

### A.5 (GIQI\_05) - Traitement par pacemaker ou défibrillateur implantable

## A.6 (GIQI\_06) - Traitement par ablation

## A.7 (GIQI\_07) - Opérations du cœur

# B - Maladies du système nerveux, accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)

## B.1 (GIQI\_09) - Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)

Les domaines « 09 – Accident vasculaire cérébral » et « 10 – Accident ischémique transitoire (AIT) » de la version 5.4 des G-IQI/CH-IQI ont été profondément remaniés et réorganisés dans le cadre de la procédure de proposition G-IQI/CH-IQI 2022. Le domaine « 10 – Accident ischémique transitoire (AIT) » n'est plus un domaine à part entière suite à son intégration au domaine « 09 – Accident vasculaire cérébral ». Le domaine 10 ainsi libéré est maintenant utilisé comme catégorie « 10 – Traitement en unité cérébro-vasculaire ». Les propositions portant sur le thème du traitement des accidents vasculaires cérébraux formulées dans le cadre du processus de développement ont fait ressortir la nécessité de le représenter de manière plus différenciée dans les G-IQI/CH-IQI. Cette refonte permet d'y répondre.

D'autres propositions en vue d'une représentation plus différenciée du traitement des accidents vasculaires cérébraux selon le set de l'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister), élaborées en collaboration avec l'association IQM, ont été examinées sous l'angle de la faisabilité dans le cadre de la procédure de proposition. Il s'agissait des indicateurs « Infarctus cérébral avec thrombolyse systémique, cas avec door-to-needle time <= 60 min, pourcentage » et « Infarctus cérébral avec thrombectomie intracrânienne, cas avec door-to-puncture time <= 90 min, pourcentage ». Si la mise en œuvre est techniquement possible, aucune des propositions n'a permis d'obtenir des résultats fiables lors des simulations de calcul poussées qui ont été réalisées. En cause, essentiellement : le manque de disponibilité et de validité de certains paramètres des données de routines visées à l'art. 21.

De plus amples détails à ce sujet sont disponibles dans la section Paramètres / description du jeu de données (D).

## B.2 (GIQI\_10) - Traitement en unité cérébrovasculaire

Les domaines « 10 – Accident ischémique transitoire (AIT) » et « 09 – Accident vasculaire cérébral » de la version 5.4 des G-IQI/CH-IQI ont été profondément remaniés et réorganisés dans le cadre de la procédure de proposition G-IQI/CH-IQI 2022. Le domaine « 10 – Accident ischémique transitoire (AIT) » n'est plus un domaine à part entière suite à son intégration au domaine « 09 – Accident vasculaire cérébral ». Le domaine 10 ainsi libéré est maintenant utilisé comme catégorie « 10 – Traitement en unité cérébro-vasculaire ». Les propositions portant sur le thème du traitement des accidents vasculaires cérébraux formulées dans le cadre du processus de développement ont fait ressortir la nécessité de le représenter de manière plus différenciée dans les G-IQI/CH-IQI. Les nouveaux G-IQI/CH-IQI permettent d'y répondre.

Remarques :

Les personnes décédées dans les 24 heures suivant leur admission ne sont pas prises en considération ici, car les codes OPS pour un traitement complexe ne peuvent être utilisés pour ces cas.

Les cas avec rééducation gériatrique précoce sont déjà indiqués séparément (G-IQI 9.351/2 et CH-IQI B.1.16.P/17P) et sont inclus ici, faute de quoi les cas où les deux traitements complexes ont été effectués ne seraient pas pris en compte.

Nouveaux indicateurs :

#### **B.2.3.F (GIQI\_10\_1;F) - Traitement complexe neurologique ou autre (unité cérébrovasculaire)**

Objectif :

Cas avec traitement complexe correspondant en vue de représenter le volume de traitements en unité cérébro-vasculaire

Définition :

Nombre de cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke

#### **B.2.4.P (GIQI\_10\_2;Z/N) - Infarctus cérébral avec traitement complexe neurologique ou autre, pourcentage**

Objectif :

Représentation du pourcentage des traitements en unité cérébro-vasculaire chez les cas avec infarctus cérébral

Définition :

Pourcentage des cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke sur l'ensemble des cas où le diagnostic principal est l'infarctus cérébral (I63.-)

#### **B.2.2.P (GIQI\_10\_3;Z/N) - AIT avec traitement complexe neurologique ou autre, pourcentage**

Objectif :

Représentation du pourcentage des traitements en unité cérébro-vasculaire chez les cas avec accident ischémique transitoire (AIT)

Définition :

Pourcentage des cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke sur l'ensemble des cas où le diagnostic principal est l'accident ischémique transitoire (AIT)

#### **B.2.5.P (GIQI\_10\_41;Z/N) - DP infarctus cérébral ou AIT (âge >19) avec traitement complexe neurologique ou autre, admissions directes, pourcentage**

Sur le modèle des indicateurs correspondants de l'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister), les G-IQI 10.41 et 10.42 et les CH-IQI B.2.5.P et 2.6.P ont été mis en œuvre de façon optimale dans le cadre des possibilités qu'offrent les données de routine (art. 21).

Objectif :

Représentation du pourcentage des traitements en unité cérébro-vasculaire chez les cas initialement admis avec comme diagnostic principal un infarctus cérébral (I63.-) ou un accident ischémique transitoire (AIT)

Définition :

Pourcentage des cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke sur les cas avec infarctus cérébral (I63.-) ou accident ischémique transitoire (AIT) non transférés de l'extérieur (exclusion)

#### **B.2.6.P (GIQI\_10\_42;Z/N) - DP infarctus cérébral ou AIT (âge >19) avec traitement complexe neurologique ou autre, transféré d'un autre hôpital, pourcentage**

Sur le modèle des indicateurs correspondants de l'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister), les G-IQI 10.41 et 10.42 et les CH-IQI B.2.5.P et 2.6.P ont été mis en œuvre de façon optimale dans le cadre des possibilités qu'offrent les données de routine (art. 21).

Objectif :

Représentation du pourcentage des traitements en unité cérébro-vasculaire uniquement chez les cas transférés avec comme diagnostic principal un infarctus cérébral (I63.-) ou un accident ischémique transitoire (AIT)

Définition :

Pourcentage des cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke sur les cas avec infarctus cérébral (I63.-) ou accident ischémique transitoire (AIT) et transfert de l'extérieur (inclusion)

#### **B.2.7.F (GIQI\_10\_5;F) - Traitement complexe neurologique ou autre (unité cérébrovasculaire) en cas d'autre diagnostic ou âge <20**

Objectif :

Représentation de l'ensemble des cas avec traitement en unité cérébro-vasculaire qui ne sont pas inclus dans les G-IQI 10.1 à 10.4 ou CH-IQI B.2.2.P à B.2.6.P. Il s'agit ici d'une « classe résiduelle » qui vise à garantir qu'aucun cas n'est perdu.

Définition :

Nombre de cas avec traitement complexe figurant dans le tableau OPS\_GIQI\_Stroke ou CHOP\_CHIQI\_Stroke pour lesquels ni l'infarctus cérébral (I63.-) ni l'accident ischémique transitoire (AIT) n'est codé comme diagnostic principal.

### **B.3 (GIQI\_08) - Tumeurs malignes de l'encéphale ou des méninges cérébrales**

### **B.4 (GIQI\_11) - Epilepsie**

### **B.5 (GIQI\_12) - Sclérose en plaques**

## C - Médecine gériatrique

### C.1 (GIQI\_13) - Rééducation gériatrique précoce

Dans les anciennes versions, les indicateurs du domaine « 13.1 – Rééducation gériatrique précoce » se rapportaient uniquement aux limitations fonctionnelles motrices (index de Barthel moteur, FIM™ moteur). Les propositions portant sur le thème de la rééducation gériatrique précoce formulées dans le cadre du processus de développement ont fait ressortir la nécessité de représenter également les limitations fonctionnelles cognitives dans ce domaine des G-IQI/CH-IQI. Des indicateurs supplémentaires concernant d'autres procédures de test relevant des codes CIM U50.- et U51.- (index de Barthel, FIM™, MMSE) ont donc été intégrés dans le set d'indicateurs.

#### C.1.1.F (GIQI\_13\_1;F) - Rééducation gériatrique précoce

Objectif :

Cas avec rééducation gériatrique précoce en vue de représenter le domaine de soins.

Définition :

Cas avec code OPS du tableau OPS\_GIQI\_Ger\_Fruehreha ou CHOP\_CHIQI\_Ger\_Fruehreha

#### C.1.2.P (GIQI\_13\_111;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec index de Barthel, pourcentage

Objectif :

Taux de documentation d'un index de Barthel (moteur ou cognitif) à l'admission chez les cas avec rééducation gériatrique précoce

Définition :

Pourcentage des cas avec rééducation gériatrique précoce et index de Barthel documenté (moteur et/ou cognitif) à l'admission

Nouveau dans la v5.4 : prise en compte supplémentaire des cas avec index de Barthel étendu (limitation fonctionnelle cognitive – CIM U51.00, .10, .20)

#### C.1.3.S (GIQI\_13\_112;W) - Valeur moyenne de l'index de Barthel moteur à l'admission

Objectif :

Représentation du degré de gravité moyen de la limitation motrice des patients admis selon l'index de Barthel

Définition :

Calcul de la valeur moyenne à partir des valeurs rattachées au code CIM saisi lors du codage

#### C.1.7.P (GIQI\_13\_113;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec index de Barthel étendu, pourcentage

Objectif :

Taux de documentation de l'index de Barthel étendu à l'admission chez les cas avec rééducation gériatrique précoce

Définition :

Pourcentage des cas avec rééducation gériatrique précoce et index de Barthel étendu documenté (U51.00, .10, .20) à l'admission

#### C.1.4.P (GIQI\_13\_121;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec FIM moteur, pourcentage

Objectif :

Taux de documentation d'un FIM™ à l'admission chez les cas avec rééducation gériatrique précoce

Définition :

Pourcentage des cas avec rééducation gériatrique précoce et FIM™ documenté à l'admission

#### C.1.5.S (GIQI\_13\_122;W) - Valeur moyenne du FIM moteur à l'admission

Objectif :

Représentation du degré de gravité moyen de la limitation motrice des patients admis selon le FIM™

Définition :

Calcul de la valeur moyenne à partir des valeurs rattachées au code CIM saisi lors du codage

#### C.1.8.P (GIQI\_13\_123;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec FIM cognitif, pourcentage

Objectif :

Taux de documentation du FIM™ cognitif à l'admission chez les cas avec rééducation gériatrique précoce

Définition :

Pourcentage des cas avec rééducation gériatrique précoce et FIM™ cognitif documenté à l'admission

#### C.1.9.P (GIQI\_13\_131;Z/N) - Rééducation gériatrique précoce avec MMSE, pourcentage

Objectif :

Taux de documentation du MMSE à l'admission chez les cas avec rééducation gériatrique précoce

Définition :

Pourcentage des cas avec rééducation gériatrique précoce et MMSE documenté (U51.02, .12, .22) à l'admission

## C.2 (GIQI\_13) - Malnutrition des personnes âgées

## D - Maladies pulmonaires

### D.1 (GIQI\_14) - Pneumonie

#### D.1.16.M (GIQI\_14\_6;Z/N) - Pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, mortalité

Objectif :

Décès en cas de pneumonie nosocomiale (complication relevant de plusieurs domaines) comme indication d'un potentiel d'amélioration et critère d'intervention possible pour les évaluations par les pairs. Plus les processus, les interfaces et la communication sont bons, meilleur devrait être le résultat.

Définition :

Mortalité chez les cas avec U69.01! Pneumonie contractée à l'hôpital non classée ailleurs, qui survient plus de 48 heures après l'admission, **et** pour lesquels la pneumonie n'est pas le diagnostic principal (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Exclusions similaires aux G-IQI 14.2 et CH-IQI D.1.8.M (sans transfert, ni tumeur, ni mucoviscidose), afin de ne pas intégrer les cas à haut risque.

#### D.1.17.M (GIQI\_14\_611;Z/N) - Respiration artificielle >24 h en cas de pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, mortalité

Objectif :

Décès en cas de respiration artificielle >24 h (cas graves) lors d'une pneumonie nosocomiale (complication relevant de plusieurs domaines) comme indication d'un potentiel d'amélioration et critère d'intervention possible pour les évaluations par les pairs. Le critère « respiration artificielle >24 h » vise à identifier les cas graves.

Définition :

Décès en cas de respiration artificielle >24 h chez les cas avec U69.01! Pneumonie contractée à l'hôpital non classée ailleurs, qui survient plus de 48 heures après l'admission, **et** pour lesquels la pneumonie n'est pas le diagnostic principal (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Exclusions similaires aux G-IQI 14.2 et CH-IQI D.1.8.M (sans transfert, ni tumeur, ni mucoviscidose), afin de ne pas intégrer les cas à haut risque

Question :

Les pneumonies nosocomiales peuvent être contractées à l'hôpital ou acquises sous ventilation mécanique, c.-à-d. qu'un patient peut développer une pneumonie et devoir de ce fait être placé sous respiration artificielle (cas 1), ou être placé sous respiration artificielle et développer une pneumonie dans ce cadre (cas 2).

Les groupes de cas peuvent-ils être représentés séparément ?

Réponse :

Les données visées à l'art. 21 ne permettent pas de déterminer à quel moment la pneumonie nosocomiale est survenue, si bien que les deux groupes mentionnés ci-dessus sont pris en compte dans le calcul et peuvent uniquement être représentés dans un indicateur commun. Il est impossible de calculer la part respective de chaque groupe de patients.

### D.1.17.P (GIQI\_14\_61;Z/N) - Respiration artificielle >24 h en cas de pneumonie nosocomiale, âge >19, sans tumeur ni mucoviscidose, admissions directes, pourcentage

Objectif :

Pourcentage de respiration artificielle >24 h en cas de pneumonie nosocomiale (complication relevant de plusieurs domaines) comme indication d'un potentiel d'amélioration et critère d'intervention possible pour les évaluations par les pairs. Le critère « respiration artificielle >24 h » vise à identifier les cas graves.

Définition :

Pourcentage de respiration artificielle >24 h (cas graves) chez les cas avec U69.01! Pneumonie contractée à l'hôpital non classée ailleurs, qui survient plus de 48 heures après l'admission, **et** pour lesquels la pneumonie n'est pas le diagnostic principal (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-).

Exclusions similaires aux G-IQI 14.2 et CH-IQI D.1.8.M (sans transfert, ni tumeur, ni mucoviscidose), afin de ne pas intégrer les cas à haut risque.

### D.2 (GIQI\_15) - Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

### D.3 (GIQI\_16) - Cancer du poumon (carcinome bronchique)

### D.4 (GIQI\_17) - Opérations du poumon

## E - Maladies des organes abdominaux

### E.1 (GIQI\_18) - Ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie)

#### G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (nur D)

Objectif :

Le but est de représenter le degré d'exactitude de l'évaluation des conditions préopératoires pour une intervention laparoscopique planifiée. Lorsque la conversion en chirurgie ouverte est plus fréquente que la valeur de référence pour une opération, il y a lieu de procéder à une analyse détaillée.

Définition :

Pourcentage des cas avec conversion (d'une intervention laparoscopique en une chirurgie ouverte) sur l'ensemble des cholécystectomies en cas de calculs biliaires.

Question :

Pour quelle raison les cas en chirurgie ouverte sont-ils inclus dans la population au dénominateur ? Par définition, il ne peut y avoir de conversion en l'occurrence ; le taux est par conséquent dilué, donc plus faible.

Réponse :

La décision de recourir à une procédure laparoscopique ou en chirurgie ouverte intervient tout au début. Le



choix d'opérer directement en chirurgie ouverte est légitime, et le taux de conversion est alors, à juste titre, plus bas. Ce phénomène doit être représenté, raison pour laquelle toutes les interventions potentielles de cholécystectomie constituent la population de base.

## E.2 (GIQI\_19) - Réparations de hernie

## E.3 (GIQI\_20) - Opérations de la thyroïde

## E.4 (GIQI\_21) - Maladies du côlon et du rectum

## E.5 (GIQI\_22) - Maladies de l'estomac

## E.6 (GIQI\_24) - Opérations de l'œsophage

## E.7 (GIQI\_25) - Opérations du pancréas et du foie

## E.8 (GIQI\_23) - Interventions bariatriques

## F - Affections des vaisseaux

### F.1 (GIQI\_26) - Opérations des artères cérébrales

### F.2 (GIQI\_27) - Maladies de l'aorte

### F.3 (GIQI\_28) - Opérations des artères du bassin et des jambes

### F.4 (GIQI\_29) - Amputations

### F.5 (GIQI\_30) - Angioplasties transluminales percutanées (ATP)



## F.6 (GIQI\_31) - Fistule artérioveineuse

# G - Gynécologie et obstétrique

## G.1 (GIQI\_32) - Accouchements

## G.2 (GIQI\_33) - Nouveaunés

## G.3 (GIQI\_34) - Ablation de l'utérus pour affections bénignes (hystérectomie)

## G.4 (GIQI\_35/36/37) - Tumeurs malignes du sein et des organes génitaux féminins

## G.5 (GIQI\_38) - Interventions sur le sein

## G.6 (GIQI\_39) - Interventions sur le plancher pelvien chez la femme

# H - Maladies des voies urinaires et des organes génitaux masculins

## H.1 (GIQI\_50) - Ablation du rein (néphrectomie et néphrectomie partielle)

## H.2 (GIQI\_54) - Calculs rénaux

## H.3 (GIQI\_51) - Opérations de la vessie

## H.4 (GIQI\_52) - Résection prostatique transurétrale (TURP)

Le domaine 52 comprend à l'heure actuelle trois indicateurs qui se rapportent à la population de base des résections prostatiques transurétrales (TURP) isolées, généralement électives.

#### H.4.2.P (GIQI\_52\_3;Z/N) - RTU de la prostate avec complications, pourcentage

Objectif :

Cas avec complications en cas d'interventions isolées sur la prostate

Définition :

Pourcentage des cas avec des complications graves (F\_schwere\_Komplikationen) en cas de TURP isolée (tableaux OPS\_GIQI\_Prostata\_TUR et CHOP\_CHIQI\_Prostata\_TUR)

Question :

Pour quelle raison les codes OPS du domaine « 5-601.- Excision et destruction transurétrales de tissus prostatiques : ... dans le cadre d'une autre intervention » ne sont-ils pas pris en compte dans les indicateurs mentionnés ci-dessus (voir tableau OPS\_GIQI\_Prostata\_TUR), alors qu'ils constituent également des opérations de TURP ?

Réponse :

En ce qui concerne les indicateurs mentionnés ci-dessus, la non-inclusion des codes OPS du domaine 5-601.- dans le tableau OPS\_GIQI\_Prostata\_TUR est un choix délibéré : seules sont prises en compte les TURP « pures » afin d'obtenir un groupe aussi homogène que possible.

#### H.4.3.M (GIQI\_52\_1;Z/N) - RTU de la prostate pour affections bénignes, mortalité

Objectif :

Détermination, en tant qu'événements sentinelles, des décès en cas d'interventions programmées.

Définition :

Mortalité sur l'ensemble des TURP isolées. Sont exclus ici tous les cas avec une maladie maligne (tableaux ICD\_GIQI\_TUMOR et ICD\_CHIQI\_TUMOR).

#### H.4.4.M (GIQI\_52\_2;Z/N) - RTU de la prostate en cas de tumeurs malignes, mortalité

Objectif :

Décès en cas d'interventions planifiées chez les cas présentant une maladie maligne

Définition :

Mortalité sur l'ensemble des TURP isolées. L'indicateur est complémentaire aux G-IQI 52.1 et aux CH-IQI L.3.2.F, c.-à-d. qu'il présente séparément les cas avec des maladies malignes, lesquels sont exclus des indicateurs G-IQI 52.1 et CH-IQI L.3.2.F (tableaux ICD\_GIQI\_TUMOR et ICD\_CHIQI\_TUMOR).

### H.5 (GIQI\_53) - Carcinome de la prostate

## I - Maladies des os, des articulations et du tissu conjonctif

### I.1 (GIQI\_41/42/43/44/45) - Remplacement de l'articulation, endoprothèse

#### I.1.12.M (GIQI\_42\_1;Z/N) - Changement d'endoprothèse de hanche, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité

Objectif :

Détermination, en tant qu'événements sentinelles, des décès en cas d'interventions programmées.

Définition :

Mortalité sur l'ensemble des cas avec changement d'endoprothèse de hanche. Sont exclus les cas très probablement non électifs (p. ex. fracture ou infection à l'admission)

Question :

Pourquoi les cas avec fracture ou infection sont-ils inclus dans l'indicateur alors qu'ils sont exclus dans le libellé ?

Réponse :

Tous les cas avec fractures ou infections ne sont pas exclus, mais uniquement ceux présentant une fracture ou une infection à l'admission, car il s'agit alors plutôt de cas non électifs. Le calcul de l'indicateur est conforme à l'objectif : la fracture en tant que diagnostic secondaire est délibérément incluse, car elle ne constituait pas le motif de l'admission, c.-à-d. qu'elle est vraisemblablement survenue pendant le séjour stationnaire. Ces cas avec complication / conséquence de chute doivent apparaître. Dans un souci de clarté, les désignations sont modifiées comme suit : « G-IQI 42.1 Hüft-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Anteil Todesfälle » et « CH-IQI I.1.12.M Changement d'endoprothèse de hanche, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité ».

Il en va de même pour l'indicateur G-IQI 44.1 / CH-IQI I.1.18.M Changement d'endoprothèse de genou (voir section correspondante). Les désignations sont également modifiées.

#### I.1.18.M (GIQI\_44\_1;Z/N) - Changement d'endoprothèse de genou, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité

Objectif :

Détermination, en tant qu'événements sentinelles, des décès en cas d'interventions programmées.

Définition :

Mortalité sur l'ensemble des cas avec changement d'endoprothèse de genou. Sont exclus les cas très probablement non électifs (p. ex. fracture ou infection à l'admission).

Complément :

Tous les cas avec fractures ou infections ne sont pas exclus, mais uniquement ceux en présentant à l'admission, car il s'agit alors plutôt de cas non électifs. La fracture en tant que diagnostic secondaire est délibérément incluse, car elle ne constituait pas le motif de l'admission, c.-à-d. qu'elle est vraisemblablement survenue pendant le séjour stationnaire. Ces cas avec complication / conséquence de chute doivent apparaître. Dans un souci de clarté, la désignation a été modifiée comme suit pour l'avenir : « G-IQI 44.1 Knie-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Anteil Todesfälle » et « CH-IQI

I.1.18.M Changement d'endoprothèse de genou, sans fractures ou infections en cas d'admission/comme DP, mortalité ».

## I.2 (GIQI\_47) - Traitements/opérations de la colonne vertébrale et de la moelle épinière

### I.3 (GIQI\_46) - Fractures métaphysaires de la hanche

Question :

Pour quelle raison le code CIM « S72.02 – Fracture du col du fémur : Épiphyse (proximale), décollement épiphysaire » figure-t-il dans les tableaux ICD\_GIQI\_Schenkelhalsnahe\_Frakturen et ICD\_CHIQI\_Schenkelhalsnahe\_Frakturen alors qu'il ne peut pas être employé pour les adultes ? L'IQTiG et le WIdO n'utilisent pas ce code.

Réponse :

Les tableaux ICD\_GIQI\_Schenkelhalsnahe\_Frakturen et ICD\_CHIQI\_Schenkelhalsnahe\_Frakturen ont été alignés sur les spécifications correspondantes de l'IQTiG et du WIdO. Seul le code « CIM S72.02 – Fracture du col du fémur : Épiphyse (proximale), décollement épiphysaire » a été repris dans les spécifications G-IQI/CH-IQI pour la version 5.4.

On peut supposer que la présence du code S72.02 est une erreur de codage, car les « véritables » décollements épiphysaires au-delà de l'âge défini (âge >19) sont exclus. Le code a été repris dans les tableaux pour ne pas perdre ces cas incorrectement codés dans le calcul.

## I.4 (GIQI\_40) - Tumeurs malignes des os, des articulations et du tissu conjonctif

## I.5 (GIQI\_48) - Endoprothese Schulter Ellenbogen

## I.6 (GIQI\_49) - Polytraumatisme

## J - Affections complexes, hétérogènes (indicateur pour peer review)

### J.1 (GIQI\_56) - Respiration artificielle et procédures extracorporelles

### J.2 (GIQI\_57) - Septicémie

## J.3 (GIQI\_58) - Constellations complexes

### J.3.4.P (GIQI\_58\_3;Z/N) - Transfusions totales, pourcentage

Objectif :

Représentation quantitative des transfusions

Définition :

Part des transfusions rapportée au nombre total des cas de traitement

### J.3.5.P (GIQI\_58\_31;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe), pourcentage

Objectif :

Représentation des transfusions en médecine intensive

Définition :

Pourcentage des cas avec transfusion de plus de cinq concentrés érythrocytaires et/ou plaquettaires et séjour aux soins intensifs sur l'ensemble des cas transfusés ; les transplantations d'organes sont exclues

### J.3.6.M (GIQI\_58\_311;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe), traitement conservateur, mortalité

Objectif :

Meilleure représentation de la médecine intensive et utilisation comme critère d'intervention pour les évaluations par les pairs, puisque l'indicateur devrait permettre de mettre en évidence un potentiel d'amélioration.

Les cas avec traitement conservateur et opératoire sont indiqués séparément, car la fréquence et les motifs des transfusions diffèrent sensiblement entre les deux groupes.

Définition :

Mortalité chez les cas en médecine intensive avec traitement conservateur et transfusion de plus de cinq concentrés érythrocytaires et/ou plaquettaires rapportée à l'ensemble des cas transfusés en médecine intensive ; les transplantations d'organes sont exclues

### J.3.7.M (GIQI\_58\_312;Z/N) - Transfusions avec CE ou CP >4 et USI (sans transplantation d'organe), traitement opératoire, mortalité

Objectif :

Meilleure représentation de la médecine intensive et utilisation comme critère d'intervention pour les évaluations par les pairs, puisque l'indicateur devrait permettre de mettre en évidence le potentiel d'amélioration.

Les cas avec traitement opératoire et conservateur sont indiqués séparément, car la fréquence et les motifs des transfusions diffèrent sensiblement entre les deux groupes.

Définition :

Mortalité chez les cas en médecine intensive avec traitement opératoire et transfusion de plus de cinq

concentrés érythrocytaires et/ou plaquettaires rapportée à l'ensemble des cas transfusés en médecine intensive ; les transplantations d'organes sont exclues

### J.3.8.M (GIQI\_58\_41;Z/N) - DS embolie pulmonaire en cas de traitements avec OP, mortalité

Objectif :

L'indicateur peut pointer un potentiel d'amélioration, p. ex. s'agissant des processus péri-opératoires ou de la gestion péri-opératoire.

Définition :

Mortalité chez les cas opératoires avec embolie pulmonaire comme diagnostic secondaire

Les interventions sur la veine cave sont exclues

Remarque importante :

Les indicateurs ne se prêtent pas à des comparaisons (voir également le rapport de révision QSR de l'AOK, Revisionsbericht 2020).

Ils peuvent cependant être utiles pour obtenir des informations sur l'évolution dans le temps au sein d'un hôpital donné.

En Allemagne, il manque jusqu'à présent un indicateur de diagnostic pour la caractéristique « Présent à l'admission » (Present on Admission [POA]) (voir également AHRQ-PSI 12). De plus, aucune donnée sur la date ou l'heure du diagnostic n'est incluse dans les données visées à l'art. 21. Il convient par conséquent, lors de l'interprétation des indicateurs, de tenir compte du fait qu'il est difficile d'identifier les diagnostics figurant dans le jeu de données prévu à l'art. 21 comme des complications et de les différencier du motif du traitement.

### J.3.8.P (GIQI\_58\_4;Z/N) - DS embolie pulmonaire en cas de traitements avec OP, pourcentage

Objectif :

L'indicateur peut pointer un potentiel d'amélioration, p. ex. s'agissant des processus péri-opératoires ou de la gestion péri-opératoire.

Définition :

Pourcentage des cas avec opération et embolie pulmonaire comme diagnostic secondaire

Les interventions sur la veine cave sont exclues

## K - Affections de la peau

### K.1 (GIQI\_55) - Affections de la peau

## L - Médecine hautement spécialisée



L.1 (GIQI\_60) - Transplantations cardiaques

L.2 (GIQI\_61) - Transplantations pulmonaires

L.3 (GIQI\_62) - Transplantations hépatiques

L.4 (GIQI\_63) - Transplantations du pancréas

L.5 (GIQI\_64) - Transplantations rénales

L.6 (GIQI\_65) - Transplantations/transfusions de cellules souches

L.7 (GIQI\_67) - Chimiothérapie hyperthermique

M - Médecine palliative

M.1 (GIQI\_68) - Médecine palliative

N - Chirurgie robotisée

N.1 (GIQI\_69) - Chirurgie robotisée

Y - COVID-19

Y.1 (GIQI\_C) - COVID-19 - Dépistage de l'infection

Y.2 (GIQI\_C) - COVID-19 - Aperçu

Y.3 (GIQI\_C) - COVID-19 - Soins intensifs et ventilation

Y.4 (GIQI\_C) - COVID-19 - Application de l'ECMO

Y.5 (GIQI\_C) - COVID-19 - Complications

Y.6 (GIQI\_C) - Post-COVID-19 - Aperçu

Y.7 (GIQI\_C) - COVID-19 - Réactions aux vaccins

## Z - Informations supplémentaires

Z.1 (GIQI\_A) - Durée de séjour

Z.2 (GIQI\_A) - Transferts (pourcentage)

Z.3 (GIQI\_M) - Traitements/interventions avec nombre minimal de cas (D - G-BA)

## Volumes minimaux par hôpital (G-BA)<sup>67</sup>

Ce domaine décrit les règles et les définitions des indicateurs pour les règles du G-BA applicables aux hôpitaux d'Allemagne en matière de volumes minimaux. Celles-ci ne sont pas compatibles avec les concepts ayant cours en Suisse (nombres minimaux de cas), aussi bien du point de vue des contenus que des valeurs seuils<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

<sup>7</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäss § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2021).

<sup>8</sup> Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022) : Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

## Objectif

L'idée législative des volumes minimaux est sous-tendue par l'objectif d'autoriser la réalisation d'interventions particulièrement complexes uniquement dans les hôpitaux dont les médecins ont une expérience suffisante en la matière, pour des raisons d'assurance qualité.

Le G-BA désigne les prestations stationnaires planifiables pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement. Sur la base des données scientifiques disponibles, il fixe pour ces prestations des volumes minimaux par médecin et/ou par site d'un hôpital.

## Règles relatives aux volumes minimaux

Les règles relatives aux volumes minimaux du G-BA définissent plus précisément dans quel cas un hôpital est autorisé à fournir les prestations pour lesquelles des volumes minimaux ont été prévus. Pour que l'autorisation soit accordée, il faut que des prévisions quantitatives justifiées montrent que le volume minimal sera probablement atteint au cours de l'année civile suivante. L'organisme responsable de l'hôpital doit présenter tous les ans ces prévisions aux associations de caisses-maladie des différents Länder et aux caisses complémentaires.

La fourniture à titre exceptionnel d'une prestation avec droit à rémunération est possible uniquement à certaines conditions, p. ex. lorsqu'un hôpital souhaite fournir une prestation pour la première fois ou à nouveau.

Le G-BA met à jour tous les ans le nombre de cas à atteindre pour chaque domaine soumis aux volumes minimaux et publie les tableaux correspondants, avec les codes OPS, qui servent de base pour déterminer le « Volume minimal par site d'un hôpital ».

## Réglementation transitoire

Lorsqu'un volume minimal est nouvellement instauré ou relevé pour une prestation, ou qu'il est nouvellement défini par médecin, un délai de transition est prévu. Pendant ce délai, généralement d'une durée de douze mois, mais ne pouvant excéder 24 mois, il n'est pas impératif d'atteindre pleinement le volume minimal concerné.

## Prestations soumises à des volumes minimaux

L'annexe des règles relatives aux volumes minimaux contient les dix prestations pour lesquelles le G-BA a instauré des volumes minimaux à ce jour<sup>9</sup> :

- Transplantation du foie (y c. don partiel vivant)
- Transplantation rénale (y c. don vivant)
- Interventions complexes au système d'organes de l'œsophage chez l'adulte

---

<sup>9</sup> Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

- Interventions complexes au système d'organes du pancréas
- Transplantation de cellules souches
- Endoprothèse totale du ligament du genou
- Interventions chirurgicales coronariennes (actuellement sans fixation d'un volume minimal concret)
- Traitement des prématurés et des nouveau-nés pesant <1250 g à la naissance
- Traitement chirurgical du cancer du sein (chirurgie du carcinome mammaire)
- Traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon chez l'adulte

## 70 - Volumes minimaux gemäß Definitionen des G-BA (D) <sup>1011</sup>

« Depuis la version 4.1, les indicateurs font également apparaître si un hôpital atteint le volume minimal de prestations exigé par la loi (conformément à l'art. 136b, al. 1, ch. 2, SGB V). La réalisation ou non du nombre minimal de cas est relevée pour chaque hôpital. La valeur de référence nationale est la proportion d'établissements, à l'échelle du pays, qui ont atteint ce volume. Cette information peut être utilisée pour étudier dans quelle mesure des groupes d'hôpitaux respectent plus ou moins bien les volumes minimaux en comparaison de la moyenne nationale. »<sup>12</sup>

Le but de la définition de volumes minimaux se rapporte à l'ensemble des indicateurs et est exposé plus haut.

Les spécifications du set G-IQI/CH-IQI concernant les indicateurs pour les volumes minimaux s'appuient pour l'essentiel sur les prescriptions du G-BA. Ponctuellement, il existe des écarts ou des indicateurs supplémentaires, ce qui est précisé dans les informations sur les indicateurs concernés.

### « Standort eines Krankenhauses » (= « Entlassender Standort ») [Site d'un hôpital / Site de sortie]

#### Désignation

Dans les évaluations IQM des G-IQI/CH-IQI jusqu'à la version 5.3 (inclusive) et dans les données de référence nationales, la désignation « Volume minimal par hôpital » est utilisée à la place de « Volume minimal par site d'un hôpital ». À partir de la version 5.4 des G-IQI/CH-IQI, les désignations sont remplacées par « Volume minimal par site » (« Mindestmenge pro Standort ») dans les évaluations IQM.

#### Calcul

Les règles du G-BA relatives aux volumes minimaux disposent que les volumes de prestations se rapportent au « Site d'un hôpital » (« Standort eines Krankenhauses »), ce qui correspond généralement au site fournissant la prestation. Toutefois, aucune indication relative au site fournissant la prestation ne figure dans les données visées à l'art. 21, raison pour laquelle l'IQM utilise le paramètre « Site de sortie » (« Entlassender Standort »)

---

<sup>10</sup> Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

<sup>11</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäss §136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2021).

<sup>12</sup> Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020 (valeurs de référence pour l'année d'évaluation 2020). Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin : Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI : <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

dans les spécifications des indicateurs relatifs aux volumes minimaux. Il convient de noter que des décalages peuvent survenir au niveau des indicateurs lorsque le site fournissant la prestation n'est pas membre de l'IQM alors que le site de sortie l'est, si bien que les volumes de prestations sont attribués à tort au site de sortie et non au site fournissant la prestation.

Remarque : eu égard aux incertitudes concernant le site fournissant la prestation et le site de sortie, l'identifiant du site n'est pas utilisé dans les valeurs de référence nationales. La part des hôpitaux qui atteignent le volume minimal donné peut ainsi être surestimée dans les valeurs de référence nationales.

Les sections qui suivent expliquent dans un premier temps les indicateurs relatifs aux volumes minimaux qui ont été modifiés ou ajoutés à partir de la version 5.4.

### G-IQI M.04Z1 - Interventions complexes au système d'organes du pancréas à partir de 2022 - volume minimal par site

#### Objectif

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

#### Définition

Toute opération pour laquelle a été indiqué au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 4 de l'annexe) est prise en compte dans le nombre de cas minimal. Les codes OPS 5-525.3 et 5-525.4 (voir réglementation transitoire) ne sont pas comptabilisés (**valeur cible >= 10**)

#### Réglementation transitoire

Pour le calcul du volume de prestations sur les deux premiers trimestres de l'année civile 2022, les codes OPS 5-525.3 et 5-525.4 sont aussi pris en compte en sus des codes OPS inscrits au point 4 de l'annexe.

Au cours des années civiles 2022 et 2023, un volume minimal de dix prestations par an et par site d'un hôpital s'applique à titre transitoire.

### G-IQI M.04Z2 - Interventions complexes au système d'organes du pancréas à partir de 2025 - volume minimal par site

#### Objectif

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

#### Définition

Toute opération pour laquelle a été indiqué au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 4 de l'annexe) est prise en compte pour le nombre de cas minimal (**valeur cible >= 20**)

#### Réglementation transitoire

Un volume minimal de quinze prestations par site d'un hôpital s'applique à titre transitoire pour l'année 2024.

#### Fin de la réglementation transitoire

Le volume minimal de 20 prestations par site d'un hôpital s'applique pour l'année 2025.

### Z.3.13.F (GIQI\_M\_09;F) - Traitement chirurgical du cancer du sein (chirurgie du carcinome mammaire)

Objectif :

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

Définition :

Est comptée comme prestation, par côté du corps :

toute opération pour laquelle ont été indiqués simultanément au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) et un code de la liste CIM (CIM-GM version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 9 de l'annexe) **(valeur cible >= 50)**

Réglementation transitoire :

À titre transitoire, aucun volume minimal n'est appliqué au cours des années civiles 2022 et 2023.

Un volume minimal de 50 prestations par site d'un hôpital s'applique à titre transitoire pour l'année 2024.

### G-IQI M.09Z - Traitement chirurgical du cancer du sein (chirurgie du carcinome mammaire) à partir de 2025 - volume minimal par site

Objectif

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

Définition

Est comptée comme prestation, par côté du corps :

toute opération pour laquelle ont été indiqués simultanément au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) et un code de la liste CIM (CIM-GM version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 9 de l'annexe) **(valeur cible >= 100)**

Fin de la réglementation transitoire

Le volume minimal de 100 prestations par site d'un hôpital s'applique pour l'année 2025.

### Z.3.14.F (GIQI\_M\_10;F) - Traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon chez l'adulte

Objectif :

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

Définition :

Toute opération pour laquelle ont été indiqués simultanément au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) et un code de la liste CIM (CIM-GM version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 10 de l'annexe) **(valeur cible >= 40)**

Remarque : Dans le domaine « 17 – Opérations du poumon » (interventions majeures en chirurgie thoracique), différents indicateurs relatifs au traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon sont également représentés. Les définitions, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion, divergent toutefois en partie des définitions du G-BA en lien avec les volumes minimaux, l'accent étant mis sur d'autres

problématiques dans les G-IQI/CH-IQI.

Les indicateurs G-IQI/CH-IQI sont en effet axés sur les carcinomes du poumon, si bien que le code « CIM C78.0 – Tumeur maligne secondaire du poumon », p. ex., n'est pas utilisé.

Réglementation transitoire :

À titre transitoire, aucun volume minimal n'est appliqué au cours des années civiles 2022 et 2023.

Un volume minimal de 40 prestations par site d'un hôpital s'applique à titre transitoire pour l'année 2024.

### G-IQI M.10Z - Traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon chez l'adulte à partir de 2025 - volume minimal par site

Objectif

Les interventions planifiables particulièrement complexes pour lesquelles un lien est établi entre la fréquence de réalisation et la qualité du traitement ne doivent être effectuées que lorsque l'expérience correspondante est démontrée.

Définition

Toute opération pour laquelle ont été indiqués simultanément au moins un code figurant dans la liste de codes OPS (OPS version 2022) et un code de la liste CIM (CIM-GM version 2022) des règles relatives aux volumes minimaux pour l'année 2022 (point 10 de l'annexe) (**valeur cible  $\geq$  75**)

Remarque :

Dans le domaine « 17 – Opérations du poumon » (interventions majeures en chirurgie thoracique), différents indicateurs relatifs au traitement chirurgical thoracique du carcinome du poumon sont également utilisés. Les définitions, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion, divergent toutefois en partie des définitions du G-BA en lien avec les volumes minimaux, l'accent étant mis sur d'autres problématiques dans les G-IQI/CH-IQI. Les indicateurs G-IQI/CH-IQI sont en effet axés sur les carcinomes du poumon, si bien que le code « CIM C78.0 – Tumeur maligne secondaire du poumon », p. ex., n'est pas utilisé.

Fin de la réglementation transitoire

Le volume minimal de 75 prestations par site d'un hôpital s'applique pour l'année 2025.

## Z.4 - Traitements/interventions avec nombre minimal de cas (CH - GPPH, MHS)