



# 12

**GESCHÄFTSBERICHT**



**UniversitätsSpital  
Zürich**



*Casemix-Index*

**1.573**



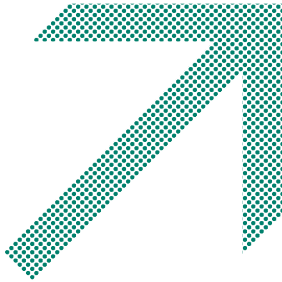
*Ertrag*

**1'119'754'461** CHF

**Impressum**

**Herausgeber** UniversitätsSpital Zürich **Konzept und Redaktion** Unternehmenskommunikation  
**Gestaltungskonzept und Layout** Crafft Kommunikation AG, Zürich **Fotografie** Christian Schnur, Zürich  
**Korrektorat und Druck** Neidhart + Schön AG, Zürich **Auflage** 2'000 Exemplare

*Casemix*  
**57'269**



*Anzahl stationäre Fälle*  
**36'484**



*Durchschnittliche Verweildauer*  
**6.8** TAGE



*Ambulante Besuche*  
**510'782**



---

## Die wichtigsten Kennzahlen auf einen Blick

**D**as UniversitätsSpital Zürich blickt auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2012 zurück. Neben dem erhöhten Ertrag ist auch die Anzahl ambulanter Besuche gestiegen. Der hohe Casemix-Index zeigt die beabsichtigte Entwicklung hin zur Konzentration von komplexen Fällen am Universitätsspital. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten praktisch konstant geblieben. Die Jahresrechnung schliesst mit einem Gewinn. Für das erste Jahr unter DRG ist damit ein wichtiges Ziel erreicht.

*EBITDA-Marge*

**3.9%**



*Gewinn*

**1'190'242** CHF



*Eigenfinanzierungsgrad*

**6.2%**



# 12

- 4 *Bericht des Spitalrats und der Spitaldirektion*
- 8 *Interview mit Dr. Peter Hasler und Rita Ziegler*
- 12 *Fokus: die neue Spitalfinanzierung – eine erste Bilanz*
- 18 *Neues aus den Medizinbereichen, Kliniken und Instituten*
- 52 *Leistungsbericht*
- 56 *Personalbericht*
- 66 *Finanzbericht*

## — Jahresbericht 2012

Die Berichterstattung zum Jahr 2012 erfolgt in drei Publikationen: Während der Geschäftsbericht die Entwicklung des Geschäftsgangs dokumentiert, zeigt der Qualitätsbericht die Fortschritte in Bezug auf die Qualität der erbrachten Behandlungen. Der Wissensbericht fokussiert auf die Vermittlung, Vermehrung und Anerkennung von Wissen am UniversitätsSpital Zürich.

→ [www.usz.ch/Jahresbericht](http://www.usz.ch/Jahresbericht)



# Herausforderung DRG in Angriff genommen

— *Sehr geehrte Damen und Herren*

**D**as UniversitätsSpital kann auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2012 zurückblicken: Der Betriebsertrag erhöhte sich um 2.1 % auf 1.1 Milliarden Franken und die Rechnung konnte mit einem Gewinn abgeschlossen werden. Positive Jahresabschlüsse gewinnen für unsere Institution an Bedeutung, weil wir im veränderten regulatorischen Umfeld Investitionen zu einem grösseren Teil selbst finanzieren und Geschäftsrisiken selber tragen werden.

## MEHR KOMPLEXE LEISTUNGEN ERBRACHT

Die Anzahl der erbrachten Leistungen nahm gegenüber dem Jahr 2011 weiter zu. Besonders aber freut uns, dass sich die angestrebte Konzentration von komplexen Diagnosen und Therapien am Universitätsspital weiter erhöhte. Dies zeigt der durchschnittliche Casemix-Index, der um 0.145 auf 1.573 stieg. Dass wir immer mehr komplexe Leistungen erbringen können, verdanken wir nicht zuletzt der Kompetenz und dem grossen Engagement unserer Mitarbeitenden. Auch unser starker Fokus auf Aus-, Fort- und Weiterbildung in einem universitären Umfeld und die stetige Erneuerung unserer medizinischen Einrichtungen tragen dazu bei.

## VERBESSERUNGEN AM DRG-SYSTEM NOTWENDIG

Zu den grössten Herausforderungen gehörte im Jahr 2012 die mit viel Einsatz in Angriff genommene Anpassung an das Fallpauschalensystem, welches die neue Spitalfinanzierung mit sich brachte. Das System hat sich zwar grundsätzlich als praxistauglich und wettbewerbsfördernd erwiesen, bildet aber die Vielschichtigkeit der Fälle an Universitätsspitalern noch zu wenig genau ab. Die dadurch entstehende Benachteiligung der Universitätsspitäler muss dringend korrigiert werden.

Im Berichtsjahr haben wir zusammen mit dem Kanton weitere Schritte in der Planung des Neubaus unternommen und die notwendige Instandhaltung der bestehenden Gebäudeinfrastruktur vorangetrieben. Im Rahmen des Projekts LEAD 2 wurden die Prozesse und die Aufbauorganisation des Spitals angepasst. Der Kostendruck blieb auch im Jahr 2012 unvermindert hoch.



## — Spitalrat

1  
**Prof. Dr. med.  
 Hans-Rudolf Lüscher**  
 Vertreter des  
 Universitätsrats  
 Im Amt seit 2011

2  
**David Chaksad**  
 Lic. iur.  
 Generalsekretär  
 Im Amt seit 2011

3  
**Dr. oec. HSG  
 Arnold Bachmann**  
 Vizepräsident des  
 Spitalrats  
 Im Amt seit 2007

4  
**Dr. sc. nat.  
 Martina Weiss**  
 Spitalrätin  
 Im Amt seit 2013

5  
**Prof. Dr. med.  
 Dieter Conen**  
 Spitalrat  
 Im Amt seit 2007

6  
**Rolf Schüllli**  
 Ministerialrat a.D.  
 Spitalrat  
 Im Amt seit 2007

7  
**Dr. med.  
 Ulrich Gabathuler**  
 Vertreter der  
 Gesundheitsdirektion  
 Im Amt seit 2007

8  
**Monika Urfer**  
 MPH, MAS EBBM  
 Spitalrätin  
 Im Amt seit 2007

9  
**Prof. Dr. med.  
 Otto Haller**  
 Spitalrat  
 Im Amt seit 2007

10  
**Dr. iur.  
 Peter Hasler**  
 Präsident des  
 Spitalrats  
 Im Amt seit 2007



## — Spitaldirektion

1  
**Hugo Keune**  
 Direktor Finanzen  
 Im Amt seit 2010

2  
**Renate Gröger  
 Frehner**  
 Direktorin Betrieb  
 Im Amt seit 2008

3  
**Johannes Seitz  
 MBA HSG**  
 Leiter Direktions-  
 stab-HRM-Unterneh-  
 mensentwicklung  
 Im Amt seit 2009

4  
**Rita Ziegler  
 Lic. oec. HSG**  
 Vorsitzende der  
 Spitaldirektion  
 Im Amt seit 2008

5  
**Prof. Dr. med.  
 Gregor Zünd**  
 Direktor Lehre und  
 Forschung  
 Im Amt seit 2008

6  
**Prof. Dr. med.  
 Klaus Wilhelm Grätz**  
 Dekan der Medizinischen  
 Fakultät  
 der Universität Zürich  
 Im Amt seit 2011

7  
**Prof. Dr. med.  
 Jürg Hodler**  
 Stellvertretender  
 Vorsitzender der  
 Spitaldirektion und  
 Ärztlicher Direktor  
 Im Amt seit 2011

8  
**Dr. sc. Jürgen  
 Müller**  
 Direktor ICT  
 Im Amt seit 2009

9  
**Prof. Dr. med.  
 Walter Weder**  
 Ärztlicher  
 Co-Direktor  
 Im Amt seit 2011



## DIVERSE PROJEKTE UMGESETZT

Im Berichtsjahr sind am UniversitätsSpital Zürich zahlreiche Vorhaben umgesetzt worden – etwa der Ausbau der Klinik für Neonatologie, die Eröffnung des Kompetenzzentrums Palliative Care oder die Eröffnung des Tumorzentrums. Das Transplantationszentrum hat die Strukturen des Organspendernetzwerks Zürich erneuert und so erste Erfolge in der Rekrutierung von Spendern verzeichnen können. Die Zürcher Gesundheitsdirektion und der Stadtrat von Zürich haben entschieden, dass das UniversitätsSpital Zürich und das Stadtspital Triemli gemeinsam das universitäre Herzzentrum Zürich betreiben werden.

Im Jahr 2012 konnten wir ausserdem die Beziehungen zu wichtigen Partnern stärken. Die Zusammenarbeit mit der Rega und Schutz und Rettung Zürich konnte intensiviert und vertraglich neu geregelt werden. Zusammen mit der Universität Zürich und der ETH gründete das UniversitätsSpital Zürich den Verbund Hochschulmedizin Zürich. Gefeierte haben wir zwei Jubiläen: Die Augenklinik konnte auf ihr 150-jähriges Bestehen zurückblicken, die Klinik für Urologie feierte das 50-Jahr-Jubiläum.

## VIELE INNOVATIONEN

Die vom UniversitätsSpital Zürich lancierten medizinischen Innovationen waren vielfältig. Sie reichten unter anderem von neuartigen implantierbaren Hirnschrittmachern für Epilepsiepatienten über neue Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Herzinsuffizienz bis hin zur Einführung von einfachen Augentests zur Früherkennung von Schlaganfallrisiken. Weltweite Premiere war eine an unserem Spital durchgeführte Lebendlebertransplantation mit gleichzeitiger Herzteilresektion.

Die herausragenden Leistungen, die unsere Mitarbeitenden im Jahr 2012 erbrachten, veranlassen zu berechtigtem Stolz und verdienen ein grosses Lob. Wir freuen uns, mit ihnen weitere Projekte anzugehen und umzusetzen, damit das UniversitätsSpital Zürich im sich rasch verändernden Umfeld auch künftig innovativ und erfolgreich bleibt.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

*Der Spitalrat  
Die Spitaldirektion*

— Interview mit Dr. Peter Hasler und Rita Ziegler

## «Ein solider Gewinn ist wichtig!»

**D**as Jahr 2012 wurde unter anderem geprägt durch das neue Tarifsysteem SwissDRG und die Planung des Neubaus des Universitätsspitals. Der Spitalratspräsident Dr. Peter Hasler und die Vorsitzende der Spitaldirektion, Rita Ziegler, blicken zurück, wagen einen Ausblick und sprechen einen Dank aus.

Werfen Sie einen Blick zurück:

Wie zufrieden sind Sie mit dem Jahr 2012?

*Peter Hasler* — Wir haben ein sehr intensives Jahr hinter uns, das geprägt war von der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen DRG und einer regen Bautätigkeit. Beides hat uns stark gefordert. Wir mussten die DRG zum Leben erwecken. Das war und ist ein stetiger Prozess. In der Rückschau auf 2012 können wir aber feststellen, dass die Einführung sehr gut verlief; Als Nächstes wollen wir, dass gewisse Defizite in der Konzeption der DRG an die Realität angepasst werden.

*Rita Ziegler* — Im Jahr 2012 haben wir zusammen mit dem Kanton weitere Schritte in der Planung unseres Neubaus unternommen. Wir haben aber auch im Bestand renoviert. Ein Highlight war sicher der Ausbau der Klinik für Neonatologie, der viel positives Echo hervorgerufen hat. Auch in der Organisation des USZ sind wir vorangekommen. So hat die Anpassung der Bereichsorganisation zu einer definitiven Struktur mit mehr Autonomie für die Bereiche geführt. Dies war nochmals ein Kraftakt, aber die Reaktionen aus den Kliniken zeigen, dass wir hier den richtigen Weg gegangen sind.

Wie gut hat das Universitätsspital Zürich gearbeitet? Sind Sie mit dem Betriebsergebnis zufrieden?

*Rita Ziegler* — Die Budgetierung für das Jahr 2012 war sehr schwierig, weil nur provisorische Tarife vorlagen und auch die Auswirkungen der Spitalisten auf vagen Annahmen beruhten. Unsere Einschätzungen waren aber zutreffend: Wir haben bei einem um 2.1 % erhöhten Umsatz ein positives Ergebnis erzielt. Das ist das Resultat der täglichen Anstrengung aller Mitarbeitenden, dafür gebührt Ihnen Dank. Und bei den grossen Veränderungen durch die Abrechnung mit DRG ist

dieses Ergebnis besonders zu würdigen.

*Peter Hasler* — Es ist sehr wichtig, dass wir einen soliden Gewinn gemacht haben. Dies wird in Zukunft ein wesentlicher Bestandteil unserer Bemühungen werden. Denn wir werden die Investitionen selber finanzieren und auch das Risiko selber tragen müssen. Und wir wollen nicht nur die Kosten für bauliche Tätigkeiten erwirtschaften, sondern auch einmal ins Kerngeschäft investieren.

### «Aus der regenerativen Medizin erwarten wir in der Zukunft wichtige Impulse.»

— Peter Hasler

Sie haben den Handlungsbedarf bei den DRG erwähnt. Welche Änderungen wollen Sie anstreben?

*Peter Hasler* — Wir haben den Einstieg in DRG gut bewältigt, und das war keine einfache Übung. Darauf können alle Mitarbeitenden des Universitätsspitals stolz sein. Wir haben im Verlauf des Jahres 2012 viele Erkenntnisse gesammelt. So haben wir gesehen, dass das System DRG noch nicht alle Kosten richtig abbildet. Universitätsspitäler können einfach nicht gleich behandelt werden wie nicht universitäre Krankenhäuser.

*Rita Ziegler* — DRG ist noch nicht so ausgereift, dass es der universitären Medizin gerecht wird. Bei der gemeinsamen Medienkonferenz mit den anderen vier Universitätsspitalern im Frühling 2012 konnten wir das auch in der Öffentlichkeit aufzeigen. Wir haben darauf hingewiesen, dass die Vielschichtigkeit der Fälle in Universitätsspitalern nicht korrekt abgebildet ist. So sind zum Beispiel vier



**PETER HASLER**

«Der tägliche Einsatz unserer Mitarbeitenden stellt unsere Qualität sicher.»

Prozent aller Fälle am Universitätsspital hochkomplex und damit ein Grund für die höheren Fallpauschalen. Auch können viele Innovationen nicht kostengerecht abgerechnet werden, da sie noch nicht in den DRG enthalten sind. Hier werden wir gewissermassen dafür bestraft, dass wir innovativ sind! Aber es ist die Aufgabe der Universitätsspitäler, die Medizin weiterzuentwickeln.

[Im Vorfeld der Einführung der Fallpauschalen wurde von Kritikern befürchtet, die Qualität der Arbeit im Spital würde sich verschlechtern. Hat die Qualität unter DRG gelitten?](#)

*Peter Hasler* — Wir messen die Qualität unserer Leistungen an den Patienten stetig. Seit vier Jahren publizieren wir einen Qualitätsbericht, der schweizweit anerkannt wird und als Vorbild dient. Wir haben keinerlei Hinweis darauf, dass die Qualität durch die Fallpauschalen nachgelassen hat.

[Der Bund will bis ins Jahr 2015 bei den Gesundheitskosten 20 % einsparen. Wie sehr wird dieser Kostendruck das Universitätsspital Zürich belasten?](#)

*Rita Ziegler* — Wir erkennen an, dass es ideal wäre, 20 % der Gesundheitskosten einzusparen, aber mit den aktuellen Rahmenbedingungen und Ansprüchen an das Gesundheitswesen, die stetig zunehmen, ist das unrealistisch und bleibt ein Wunschtraum.

*Peter Hasler* — Der Kostendruck wird sicher auch während der kommenden Jahre die grösste Herausforderung für das Universitätsspital sein. Mit einer guten, effizienten Zusammenarbeit aller Mitarbeitenden und mit Effizienzgewinnen bei den Prozessen und in der Administration können wir dem begegnen.

[Sie haben im letzten Jahr im Rahmen der Reorganisation das Projekt LEAD 2 gestartet. Wie weit sind Sie damit gekommen?](#)



#### RITA ZIEGLER

«Es ist die Aufgabe der Universitätsspitäler, die Medizin zu entwickeln.»

*Peter Hasler* — Durch den Einbezug der Kliniken in die Prozesse haben die Klinikdirektorinnen und -direktoren viel Gestaltungsspielraum erhalten. Wir haben nicht von oben diktiert, was geschieht, sondern die Kadermitarbeitenden konnten ihre Organisation mitgestalten. Das führt wiederum zu einer Erhöhung der Zufriedenheit, vor allem bei den Ärzten.

*Rita Ziegler* — Die Massnahmen, wie beispielsweise neue Reglemente und Geschäftsordnungen, haben sich bewährt. Darüber hinaus haben wir die Spitaldirektion durch mehrere Ärzte verstärkt. Wir haben nun vier Mitglieder aus dem medizinischen Bereich: den Direktor Forschung und Lehre, den ärztlichen Direktor und den ärztlichen Co-Direktor sowie den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität.

[Verabschiedet wurden auch die strategischen Grundsätze zur baulichen Gesamtenerneuerung des USZ. Wie geht es nun weiter?](#)

*Rita Ziegler* — Die strategischen Grundsätze sind eine Richtschnur für die weitere Konkretisierung unserer Planungen. An diesen sind Entscheidungen auf dem Wege der Realisierung zu messen: Vermögen diese den Grundsätzen zu genügen? In mehrjährigen Planungsprozessen besteht die Gefahr, dass man von den ursprünglichen Zielsetzungen abkommt oder diese nicht systematisch prüft. Die strategischen Grundsätze selbst sind mit dem Fortschreiten der Arbeiten weiterzuentwickeln. Eine besondere Bedeutung wird ihnen bei der Formulierung der Vorgaben für den Projektwettbewerb zukommen.

Nachdem nun der Masterplan formuliert worden ist, stehen die Arbeiten für einen Projektwettbewerb und jene für den Gestaltungsplan an. Die Arbeiten sind momentan nicht immer öffentlichkeitswirksam, aber wir sind auf dem Weg.

*Peter Hasler* — Nicht vergessen dürfen wir dabei, dass wir nach wie vor die bestehenden Gebäude den neuen Anfor-

derungen anpassen müssen. Wir haben noch nie so viel Geld für den Bau ausgegeben wie im Jahr 2012, nämlich über 77 Millionen Franken. In den nächsten 15 Jahren werden wir über 600 Millionen Franken verbauen: 45 Baustellen sind in Planung, 21 zurzeit in Ausführung.

Im Universitätsspital wird an verschiedenen medizinischen Zentren gearbeitet. Was sind die Highlights?

*Rita Ziegler* — Mit der Inbetriebnahme der Gebäude OST1 und OST2 integrieren wir die Klinik für Herzchirurgie und die Klinik für Kardiologie in ein gemeinsames Herzzentrum. Hier entsteht etwas ganz Neues. Das Herzzentrum ist nicht nur ein virtuelles Etikett, Sie werden es betreten können – und es wird funktionieren, unabhängig von allen politischen Fragen.

**«DRG ist noch nicht so ausgereift, dass es der universitären Medizin gerecht wird.»**

— Rita Ziegler

*Peter Hasler* — Mit den diversen Zentren, die bereits bestehen oder im Aufbau sind, investieren wir in unsere medizinischen Schwerpunkte Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neurowissenschaften und Onkologie. So entwickeln wir momentan das Tumorzentrum, wir haben gemeinsam mit der Universität leistungsfähige MRI-Geräte für die Neurofächer angeschafft und im Nordtrakt bauen wir für das Stroke Center.

*Rita Ziegler* — Im Jahr 2012 haben wir auch das Kompetenzzentrum Palliative Care eröffnet, um die Behandlung, Pflege und Betreuung von Patientinnen

und Patienten mit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen zu ermöglichen. Und nicht vergessen dürfen wir das Transplantationszentrum, in dem eine erfolgreiche Netzwerkorganisation für die Spenderrekrutierung aufgebaut wurde, der national viel Anerkennung zuteil wird.

Welche Themen werden Sie auch in den kommenden Jahren stark beschäftigen?

*Peter Hasler* — 2012 wurde der Verbund Hochschulmedizin Zürich gegründet, in dem die ETH, die Universität und das Universitätsspital eng zusammenarbeiten. Hieraus werden Initiativen und Ergebnisse entstehen, die uns beschäftigen werden. Aus der regenerativen Medizin und auch aus der personalisierten Medizin, für die es in diesem Rahmen Netzwerke gibt, erwarten wir in der Zukunft wichtige Impulse. Wichtig wird auch die Umsetzung der im Jahr 2012 erarbeiteten Teilstrategien Medizin und MTTB sowie Human Resources, Allianzen und Aussenbeziehungen sein. Hier werden wir unser Engagement verstärken.

*Rita Ziegler* — Herausfordern werden uns weiterhin der Kostendruck und die Auseinandersetzung mit DRG. Vor allem für die angemessenen Fallpauschalen für Universitätsspitäler müssen und werden wir uns weiter einsetzen. Und dann wird der Fachkräftemangel auch in den kommenden Jahren ein Thema sein.

*Peter Hasler* — Gegen diesen Mangel setzen wir uns mit dem Erhalt der aussergewöhnlich hohen Qualität an unserem Spital zur Wehr. Der tägliche Einsatz unserer Mitarbeitenden stellt unsere Qualität sicher und dafür bedanken wir uns nochmals ausdrücklich!

# Fokus

Seit Anfang 2012 gilt das neue Spitalfinanzierungssystem der Fallpauschalen. Dieses ist grundsätzlich praxistauglich, doch bildet es die Vielschichtigkeit der Fälle an Universitäts spitälern noch zu wenig genau ab. Der Fokusbeitrag fordert, dass diese Benachteiligung korrigiert wird.

## Zum Bild

In diesem Vorraum werden Patientinnen und Patienten auf spezielle Liegen für Untersuchungen in den benachbarten Magnetresonanztomografen umgelagert. Im Sommer 2012 nahm das Universitätsspital drei Geräte der jüngsten Generation in Betrieb. Sie eröffnen neue Möglichkeiten im intraoperativen Bereich, in der ambulanten Bildgebung und in der Forschung.



— Fokus

# Die neue Spitalfinanzierung – eine erste Bilanz

Seit gut einem Jahr regelt ein neues Gesetz die Spitalfinanzierung. Zwar erweist sich dieses als praxistauglich und wettbewerbsfördernd, dennoch gibt es in der Umsetzung Korrekturbedarf. Tatsächlich führen die Umstellungen auf das Fallpauschalensystem dazu, dass das Universitäts-Spital Zürich benachteiligt wird. Gründe dafür sind der überdurchschnittliche Anteil hochkomplexer Fälle sowie das breite Aus- und Weiterbildungsangebot.



**Hugo Keune,**  
der Autor dieses Beitrags,  
ist Direktor Finanzen.

Am 1. Januar 2012 trat das neue Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) in Kraft. Gemäss §1 bezweckt es «die Sicherstellung einer ausreichenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung in Spitälern. Wettbewerbliche Elemente werden gefördert.» Obwohl ein Jahr kaum als langfristig bezeichnet werden kann, lassen sich dem SPFG heute gute Noten ausstellen.

Das Gesetz erweist sich als praxistauglich und wettbewerbsfördernd. Die befürchteten Einschränkungen in der medizinischen Versorgung haben sich im Vergleich zur alten Spitalfinanzierung mit Globalbudget nicht verschärft. Auch haben die innerbetriebliche Transparenz und die Vergleichbarkeit unter den Spitälern stark zugenommen.

Trotz der insgesamt als erfolgreich zu bezeichnenden Umsetzung des SPFG bestehen aber aus Sicht des UniversitätsSpitals Zürich noch offene Fragen.

## FALLPAUSCHALEN BENACHTEILIGEN UNIVERSITÄTSSPITÄLER

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht im stationären Bereich eine Abgeltung auf Basis von so genannten Swiss-DRG-Fallpauschalen vor. Die Entschädigung für die Behandlungsleistung eines stationären Falls entspricht dem Produkt Basisfallpreis (Baserate)  $\times$  Kostengewicht (Cost Weight). Für die Berechnung des Kostengewichts wird ein stationärer Fall nach der Behandlung entsprechend seiner Diagnose und weiteren Parametern (Alter, Geschlecht etc.) einer Behandlungsgruppe (Diagnosis Related Group, kurz DRG) zugeordnet. Jeder dieser DRGs ist in den schweizweit gültigen Fallpauschalen ein Kostengewicht zugeordnet, das zur Berechnung der Entschädigung herangezogen wird. Ermittelt werden die Kostengewichte vom Schweizer

Case Mix Office (CMO). Grundlage dafür sind die Kostendaten von Referenzspitälern. Das Kostengewicht einer DRG entspricht dem Verhältnis der durchschnittlichen Behandlungskosten dieser DRG zu den durchschnittlichen Kosten der Behandlung aller stationären Fälle.

Für die Behandlung eines Falls mit einer bestimmten Diagnose erhält das Spital als Entschädigung also den Basisfallpreis für das Kostengewicht 1.0, multipliziert mit dem Kostengewicht der für diesen Fall relevanten DRG. Dabei ist es grundsätzlich unerheblich, wie lange der Spitalaufenthalt des Patienten dauert. Lediglich für Ausreisser mit extrem kurzer oder langer Aufenthaltsdauer wird das Kostengewicht adjustiert.

Im Durchschnitt aller Spitäler entspricht das Kostengewicht den angefallenen Kosten. Das Spital hat in dieser Situation einen ökonomischen Anreiz, die Patienten nicht länger als nötig stationär zu behandeln. Die Fallpauschalen helfen damit, unnötige oder unnötig lange medizinische Behandlungen zu verringern. Dagegen ist die vor Einführung der Fallpauschalen geäusserte Befürchtung, Patienten würden früher als medizinisch notwendig entlassen werden, nicht eingetreten. Welche medizinischen Massnahmen für den Patienten getroffen werden und welche nicht, hängt alleine von der ärztlichen und pflegerischen Einschätzung und von den Bedürfnissen des Patienten ab. Mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 6.8 Tagen steht das UniversitätsSpital Zürich heute im schweizweiten Vergleich gut da. In den letzten Jahren hat sich die mittlere Verweildauer positiv entwickelt (vgl. Grafik auf der rechten Seite).

Ein Problem für das UniversitätsSpital Zürich – und für die übrigen Universitäts-spitäler – sind jedoch die Extremkostenfälle. Diese sind durch einen extrem hohen Ressourcenaufwand gekennzeichnet, wer-



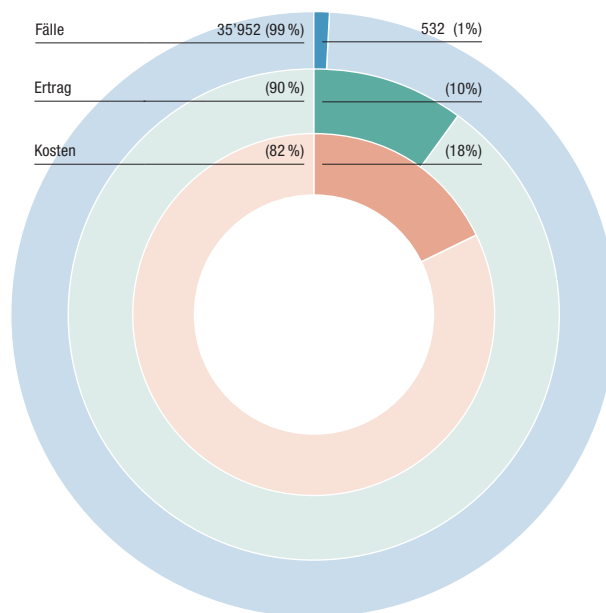
den aber vom Fallpauschalensystem in eine DRG klassiert, deren Kostengewicht den durchschnittlichen Ressourcenaufwand von «Normalkostenfällen» widerspiegelt. Die unzureichende Abbildung liegt daran, dass im Swiss-DRG-System viele der im Zusammenhang mit der Behandlung von Extremkostenfällen stehenden Aspekte nicht relevant sind für die Bildung der DRG. Obwohl die Anzahl der Extremkostenfälle niedrig ist, vereinigen diese Fälle einen signifikanten Anteil der gesamten Behandlungskosten auf sich. Die Darstellung rechts zeigt, dass im Jahr 2012 die 532 Extremkostenfälle, also Fälle mit einem Defizit von über 50'000 Franken, 1% aller Fälle am UniversitätsSpital Zürich ausmachten. Diese Fälle generierten aber 10% des Ertrags und verursachten ganze 18% der Behandlungskosten des Spitals. Diese Extremkostenfälle treten in Universitätsspitalern mit ihrer umfassenden Infrastruktur, ihrem breiten und spezialisierten Leistungsangebot und ihrer umfangreichen Notfallvorhalteleistung gehäuft auf. Dies zeigt eine Studie der Universität Basel: Die teuersten 10% der Erkrankten verursachen rund 46% und die teuersten 2% der Patienten 25% der Gesamtkosten in den Spitalern.

**FÜR GERECHTERE VERGLEICHE**

Aus den oben dargelegten Zusammenhängen folgt, dass die Effizienzkennzahl «Fallnormkosten», die sich nach der Formel «Fallnormkosten = Behandlungskosten/Summe Kostengewichte» berechnet, bei Spitalern mit überdurchschnittlich vielen Extremkostenfällen schlechter ausfällt, als es tatsächlich der Fall ist. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn der Vergleich mit Spitalern angestellt wird, welche nur wenige oder keine Extremkostenfälle behandeln. Damit sind jedoch die Voraussetzungen für

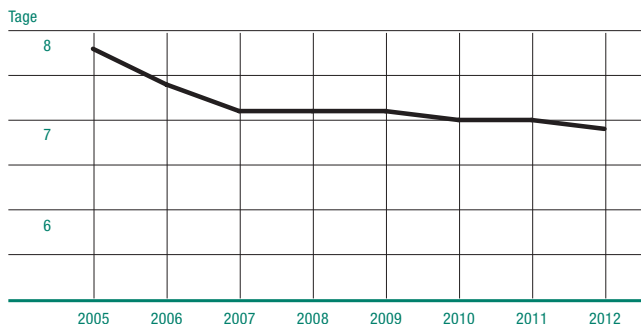
**Extremkostenfälle am Universitätsspital**

Die Darstellung zeigt, dass im Jahr 2012 die 1% der Extremkostenfälle, also Fälle mit einem Defizit von über 50'000 Franken, 10% des Ertrags und 18% der Behandlungskosten am UniversitätsSpital Zürich generieren.



■ Anteil der Extremkostenfälle (Fälle mit einem Defizit von über 50'000 Franken) an allen Fällen des UniversitätsSpitals Zürich\*  
 ■ Anteil Ertrag der Extremkostenfälle am Gesamtertrag\*  
 ■ Anteil Kosten der Extremkostenfälle an den Gesamtkosten\*  
 \*Berechnet mit einer Baserate von 11'300 CHF (nur OKP-Anteil).

**Mittlere Verweildauer**



einen gerechten Vergleich der Spitäler hinsichtlich ihrer Fallnormkosten (Benchmarking) derzeit nicht gegeben. Das CMO ist sich dieser Problematik bewusst und hat sich bis zur ausreichenden Differenzierung des Systems für unterschiedliche Preise ausgesprochen.

Diese Realität wird indes von den Krankenversicherern und von der Preisüberwachung weitgehend bestritten. Aus ihrer Sicht ist das System genügend entwickelt, um sämtliche Spitäler anhand der Fallnormkosten in einem national einheitlichen Benchmarking vergleichen zu können. Dies widerspricht aus Sicht der Universitätsspitäler dem Grundsatz der Rechtsgleichheit, weil in einem solchen Benchmarking nicht Gleiches mit Gleichem verglichen wird.

Die Universitätsspitäler wehren sich nicht grundsätzlich gegen ein Benchmarking. Damit aber nicht die durch das System bedingten Verzerrungen, sondern die Ineffizienzen, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, verglichen werden, fordern sie eine eigene Benchmarking-Gruppe. Innerhalb dieser Gruppe soll der Median als effizienter Preis definiert werden. Damit ist sichergestellt, dass auch unter den Universitätsspitalern ein Anreiz und Druck zu mehr Effizienz besteht. Erst wenn das DRG-System über ausreichend kostenhomogene DRG-Gruppen verfügt und keine systematischen Unterschätzungen des Ressourcenverbrauchs mehr bestehen, kann ein einheitliches Benchmarking für die Preisfestsetzung über sämtliche Spitäler erwogen werden. Hier werden auch die Spitäler selber in der Pflicht sein, ihre Daten in ausreichender Qualität beim CMO abzugeben, damit das DRG-System rasch weiter differenziert werden kann.

Kurzfristig können höhere Preise als Ausgleich für die überdurchschnittlich hohe Anzahl von komplexen Hochkostenfällen als Lösung der Problematik dienen. Län-

gerfristig sind hier aber entsprechenden Anpassungen am SwissDRG-System unabdingbar. Denn die hohen Preise haben eine abschreckende Wirkung bei den ausserkantonalen Zuweisern. Die Kantone scheuen die Übernahme von Kosten für ausserkantonale Behandlungen. Die Universitätsspitäler werden dadurch nur für ganz spezifische, hochspezialisierte Leistungen auf die Spitalisten genommen. Dadurch jedoch werden die Innovation, die Forschung und die Ausbildung gefährdet. Die Universitätsspitäler setzen sich daher stark für eine rasche Weiterentwicklung des DRG-Systems ein, um die Voraussetzungen für einen echten Preis- und Effizienzvergleich zu schaffen. Eine zweite Voraussetzung für ein einheitli-

## Die Universitätsspitäler setzen sich für eine rasche Weiterentwicklung des DRG-Systems ein.

ches Benchmarking ist aus Sicht der Universitätsspitäler die ausreichende Finanzierung der so genannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dazu gehören namentlich die Tätigkeiten im Bereich der universitären Forschung sowie der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Hier bestehen teilweise noch immer Finanzierungslücken.

### UNGEWISSER AUSGANG DER PREISVERHANDLUNGEN

Mit wenigen Ausnahmen ist 2012 keine Einigung bei den Preisverhandlungen zwischen den Krankenversicherern und dem Universitätsspital Zürich zustande gekom-

men. Die Krankenversicherer haben sich zu wenig mit der speziellen Situation der Universitätsspitäler auseinandergesetzt. Zwar kam es zwischen einzelnen Universitätsspitalern und den Versicherern bereits zu Vertragsabschlüssen, doch waren bei diesen Spitalern die betreffenden Kantone bereit, einen Teil des durch die tiefen Preise anfallenden Defizits zu übernehmen.

Das Universitätsspital Zürich hat 2012 im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens seine Forderungen verschiedentlich eingebracht und die entsprechenden Daten-grundlagen bereitgestellt. 2013 wird der Regierungsrat des Kantons Zürichs die Tarife festsetzen. Es ist zu befürchten, dass die festgesetzten Preise durch die Krankenversicherer vor Bundesverwaltungsgericht bestritten werden. Wann das Bundesverwaltungsgericht sodann Urteile fällen wird, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt kaum abschätzen. Damit würden sich die Planungsunsicherheit und das Risiko von aufwändigen Rückabwicklungsverfahren weiter fortsetzen. Ebenso bedauerlich ist aus Sicht des Universitätsspitals die Tatsache, dass die mit dem revidierten KVG angestrebte Stärkung des Wettbewerbs zugunsten einer innovativen und patientenfreundlichen Gesundheitsversorgung durch die unsachgemässe Haltung der Krankenversicherer und der Preisüberwachung leichtfertig aufs Spiel gesetzt wird.

Ein zentraler Streitpunkt zwischen den Krankenversicherern und der Preisüberwachung einerseits und den Universitätsspitalern andererseits sind die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre. Diese Kosten dürfen gemäss KVG nicht über die Tarife finanziert werden, sondern sind durch die öffentliche Hand zu tragen. In der Vergangenheit wurde mangels verlässlicher Kostendaten bei den stationären Kosten ein Normabzug für Forschung und Lehre von

23% vorgenommen. Die Universitätsspitäler bestreiten diesen Normabzug bereits seit mehreren Jahren, waren jedoch nicht in der Lage, die tatsächlichen Kosten zu belegen.

Mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung hat das UniversitätsSpital Zürich deshalb in den Jahren 2010 und 2012 in aufwändigen Verfahren die Kosten für Forschung und Lehre detailliert erhoben. Daraus resultiert ein Anteil gemessen an den stationären Behandlungskosten von knapp 10%. Die Daten dieser Erhebungen wurden von unabhängigen Experten als verlässlich begutachtet. Es wird sich zeigen, ob das Bundesverwaltungsgericht trotz dieser Ausgangslage die Anwendung eines Normabzugs weiterhin stützt. Aus Sicht des Universitätsspitals lässt sich das Festhalten an einem Normabzug in der Höhe von 23% in keiner Weise mehr rechtfertigen.

#### DER INVESTITIONSBEDARF IST UNZUREICHEND FINANZIERT

Neu umfassen die Preise für die stationäre Behandlung auch die Investitionen bzw. die Anlagenutzungskosten. Die gesetzlichen Bestimmungen schreiben einen Einbezug der Anlagenutzungskosten in den Tarifen auf der Basis von historischen Anschaffungskosten und linearen Abschreibungen über die wirtschaftliche Nutzungsdauer vor. Zudem beinhalten die Anlagenutzungskosten eine kalkulatorische Verzinsung des gebundenen Kapitals von 3.7%. Für 2012 hat der Bundesrat einen einheitlichen Zuschlag für die Investitionen von 10% auf die Baserate festgelegt. Die Spitäler haben bereits verschiedentlich darauf hingewiesen, dass ein Zuschlag von 10% die Finanzierung des Investitionsbedarfs nicht zu decken vermag. Die in den Büchern der Spitäler vorhandenen Restbuchwerte der Anlagen und insbesondere der Immobilien

sind eine unzureichende Bezugsgrösse zur Bestimmung des Zuschlags.

In vielen öffentlichen Spitälern wurden in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten die notwendigen Sanierungen und baulichen Anpassungen nicht vorgenommen. Nun verfügen viele Spitäler über eine veraltete Infrastruktur und bereits abgeschriebene Werte in der Anlagebuchhaltung. Hinzu

### Die Kosten für Forschung und Lehre sind gemäss KVG durch die öffentliche Hand zu tragen.

kommt, dass selbst auf Grundlage von Wiederbeschaffungswerten der alte Infrastrukturbestand keine Referenz für zukunftsweisende Neubauten sein kann. Ab 2013 hat es der Bundesrat den Tarifpartnern überlassen, die Investitionszuschläge bilateral zu verhandeln. Es bleibt hier zu hoffen, dass den Spitälern ein angemessener Zuschlag zugestanden wird, damit die teilweise dringend notwendigen Infrastrukturerneuerungen vorgenommen werden können.


#### DIE ROLLE DER KANTONE ÄNDERT SICH

Mit der neuen Spitalfinanzierung ändert sich auch die Rolle der öffentlichen Hand. Im revidierten KVG und im SPFG ist keine Sonderstellung der öffentlichen Spitäler mehr vorgesehen. Sämtliche Spitäler auf der Spitalliste werden bezüglich der Finanzierung gleich behandelt. Es gilt der Grundsatz der «gleich langen Spiesse». Dem Kanton kom-

men folgende Rollen zu: Gewährleistung einer hochstehenden und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, Führung der Spitalliste, Erteilung von Leistungsaufträgen, Überwachung der Einhaltung von Auflagen, Erteilung von Bewilligungen, Prüfung von Darlehensanträgen, Prüfung und Begleitung der Rechnungen für Kantonsbürger gemäss kantonalem Kostenteiler. Gleichzeitig sind einige Kantone auch Eigentümer von eigenen Spitälern. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden, sofern dadurch keine Bevor- oder Benachteiligung der eigenen Spitäler stattfindet. Direkte oder verdeckte Subventionierungen müssen offengelegt werden, um Verzerrungen und Fehlentscheidungen zu vermeiden.

Es ist zu vermuten, dass in den nächsten Jahren eine weitere Entflechtung der verschiedenen Rollen des Kantons stattfinden wird. Dabei ist eine Entflechtung auch ohne Änderung der Trägerschaft und der Rechtsform möglich. Der Kanton Zürich ist diesbezüglich sehr fortschrittlich und hat dieses Ziel mit dem neuen SPFG deutlich vorgegeben. In den nächsten Jahren wird zu prüfen sein, welche gesetzlichen und organisatorischen Anpassungen auf dem Weg zu diesem Ziel noch nötig sind. •

*Hugo Keune, Direktor Finanzen*



# Neues aus den Medizinbereichen

In den neun Medizinbereichen und einem Forschungsbereich des UniversitätsSpitals Zürich sind 42 Kliniken und Institute zusammengefasst. Diese berichten auf den nächsten Seiten über Neuigkeiten wie personelle und organisatorische Veränderungen, medizinische Innovationen oder Forschungsprojekte. Ausserdem gewähren sie Einblick in die Entwicklung des medizinischen Angebots.

## Zum Bild

Der Hybrid-OP kombiniert einen Operationsaal mit einem Katheterlabor. Ist bei einem Kathetereingriff ein chirurgischer Eingriff nötig, können die Spezialisten sofort operieren. Ausserdem ist der Raum mit modernsten bildgebenden Technologien ausgestattet. Dadurch gewinnt die Behandlung der Patientinnen und Patienten an Sicherheit und Qualität.



— *Medizinbereich*

# Neuro-Kopf

**D**as Jahr 2012 war für den Medizinbereich Neuro-Kopf ein bewegtes Jahr. Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende waren in vielen Klinikbereichen mit Baulärm, Umzügen und unbequemen Arbeitsbedingungen konfrontiert. Erfreulicherweise konnten einige Bauprojekte abgeschlossen werden: Im März wurde der Umbau des Operationstrakts Nord2 beendet und im Sommer 2012 wurde das neue MR-Zentrum Nord eröffnet. Die erste Bauphase der Teilsanierung Haldenbach startete. Eine wichtige Aufgabe der Pflegeexpertise war die Evaluation und Anpassung der Tracheostoma-Pflegesprechstunde. Weitere wichtige Projekte waren die Überprüfung des Skill Grade Mix in einer Abteilung und das Fallmanagement in einer anderen – beides mit Methoden aus dem Lean Management. Die Akkreditierung des Hirntumorzentrums ist inzwischen abgeschlossen und diejenige des Head Neck Tumorzentrums hat begonnen.

Spitalausritte (Fälle)  
7'453

**-1.1 %**

Casemixpunkte  
10'017

**+0.5 %**

Casemix-Index (CMI)  
1.344

**+1.6 %**

Verweildauer in Tagen (Ø)  
5.3

**-0.9 %**

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 40'945

**+7.0 %**

Ambulante Patienten  
48'400

**+4.6 %**



**Prof. Klaus W. Grätz**  
Leiter Medizinbereich  
Direktor Klinik für Mund-,  
Kiefer- und Gesichtschirurgie



**Karsten Boden**  
Leiter Pflegedienst



**Cornelia Eickhoff**  
Leiterin  
Betriebswirtschaft



**Prof. Antonios Valavanis**  
Leiter Medizin, Direktor  
Klinik für Neuroradiologie



**Prof. Klara Landau**  
Direktorin Augenklinik



**Prof. Rudolf Probst**  
Direktor Klinik für  
Ohren-, Nasen-, Hals-  
und Gesichtschirurgie



**Prof. Luca Regli**  
Direktor Klinik  
für Neurochirurgie



**Prof. Ulrich Schnyder**  
Direktor Klinik  
für Psychiatrie und  
Psychotherapie



**Prof. Michael Weller**  
Direktor Klinik  
für Neurologie



**Prof. Dominik Straumann**  
Leitender Arzt Klinik für  
Neurologie

## — AUGENKLINIK

Im März 2012 wurde die Augenklinik des UniversitätsSpitals Zürich 150 Jahre alt. Die Feierlichkeiten begannen mit einem Festakt mit Gästen aus dem In- und Ausland sowie der Vernissage einer Ausstellung, welche das Thema «Sehen» originell und anschaulich wiedergab. Es folgten ein internationales wissenschaftliches Symposium, eine «EyeFair» mit Informationen und Augentests für die Bevölkerung und schliesslich ein Fest für aktuelle und ehemalige Mitarbeitende der Klinik. Verschiedene Medien haben über das Jubiläum berichtet. Unter dem Motto «Rückblick – Augenblick – Ausblick» verrät ein Jubiläumsband viel Wissenswertes über die Klinik. Parallel zum Feiern wurde auch fleissig gearbeitet: Die sehr hohe Zahl von Operationen wurde gehalten, jene der intravitrealen Injektionen sogar um 10 % gesteigert. PD Dr. Christina Gerth-Kahlert wurde an die Universität Zürich umhabilitiert. Die Netzhautabteilung konnte personell verstärkt werden. Die Forschung, sowohl im Labor für Zellbiologie der Netzhaut wie auch in der Klinik, wurde vorangetrieben.

	2012	Veränderung 2011/2012
Katarakt-, Glaukom- und Hornhautoperationen	1'452	0 %
Operationen der Netzhaut	782	1 %
Operationen der Orbita, Lider, Tränenwege und Augenmuskeln	830	0 %
Total aller Operationen	3'108	0 %
Intravitrealen Injektionen bei Erkrankungen der Netzhaut	3'772	10 %
Laserbehandlungen	1'025	0 %
Spezialuntersuchungen	12'160	3 %
Fotografische Dokumentationen	7'445	-2 %
Spitalaustritte (Fälle)	1'521	-4.0 %
davon Notfall (in %)	19	-13.4 %
Casemix-Punkte	968	-2.6 %
Casemix-Index (CMI)	0.638	1.5 %
Verweildauer in Tagen (Ø)	2.3	11.6 %
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	15'688	3.4 %
Ambulante Patienten	19'568	4.7 %

## — KLINIK FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) konnte im März 2012 die neuen Operationssäle im Gebäude Nord2 des Universitätsspitals beziehen. Mitarbeitende und Interessierte hat-

ten Gelegenheit, die neuen Räumlichkeiten der drei Kopfkliniken für Auge (AUG), Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) und MKG zu besichtigen und sich von Experten über Operationsverfahren und medizintechnische Entwicklungen informieren zu lassen. Die Klinik organisierte Symposien zu den Themen «Das Kiefergelenk und damit assoziierte Beschwerden» und «Sekundäre Spaltchirurgie», die gut besucht waren. In diesem Rahmen fand auch die gemeinsame Tagung der schweizerischen Fachgesellschaften für MKG und LKG (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) statt. PD Dr. Dr. Joachim A. Obwegeser wurde am 30. Mai 2012 zum Titularprofessor der Medizinischen Fakultät an der Universität Zürich ernannt. Die Forschungsabteilung der Klinik befasste sich intensiv mit der Regeneration von Hart- und Weichgewebe.

	2012	Veränderung 2011/2012
Eingriffe bei Trauma	315	-7 %
Eingriffe bei Kieferfehlstellungen, Orthognathe Chirurgie	98	-26 %
Eingriffe bei Tumoren des Kopf-Hals-Bereichs	200	0 %
Rekonstruktive Eingriffe mit Nah- und Fernlappen und mikrovaskulärem Gewebettransfer	105	-3 %
Eingriffe bei LKG-Spalten und craniofazialen Missbildungen	134	9 %
Kiefergelenkschirurgie und -endoskopie	36	-25 %
Ästhetische Chirurgie	91	44 %
Präprothetische Chirurgie und Implantologie	104	82 %
Dentoalveoläre Eingriffe	307	-0.5 %
Total Operationen/Interventionen	1'390	1 %
Spitalaustritte (Fälle)	739	1.5 %
Casemix-Punkte	943	0 %
Casemix-Index (CMI)	1.277	-1.3 %
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	326	10.1 %
Ambulante Patienten	814	2.9 %

## — KLINIK FÜR NEUROCHIRURGIE

Seit Oktober 2012 hat die Klinik einen neuen Klinikdirektor. Prof. Luca Regli spezialisierte sich an der Mayo Clinic in Rochester, USA, in der mikrochirurgischen Behandlung intrakranieller Erkrankungen. Bevor er nach Zürich kam, war er Klinikleiter der Neurochirurgie an der Universität Utrecht. Das grösste derartige Zentrum der Niederlande deckt dieselben Schwerpunkte ab wie das Universitätsspital Zürich: vaskuläre Neurochirurgie, Epilepsie-Chirurgie und Neuroonkologie. Diese neurochirurgischen Spezialgebiete sowie die

## — Medizinbereich Neuro-Kopf

Tiefenhirnstimulation wurden 2012 durch die interkantonale Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) dem UniversitätsSpital Zürich zugeteilt. Bei den Patientenbehandlungen zeigten sich im Jahr 2012 erneut eine Erhöhung der Komplexität und eine leichte Zunahme der stationären Fallzahlen. Im März 2012 wurde die «Tagung der Sektion Vaskuläre Neurochirurgie» der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie in Zürich unter dem Präsidium von Dr. Oliver Bozinov erfolgreich abgehalten. Unter der Leitung von PD Dr. Niklaus Kraysenbühl und Dr. Oliver Bozinov wurden die neuroanatomischen Kurse «Microsurgical Dissection of the Human White Matter» und «Microsurgical Approaches to the Skull Base and Vascular Anatomy» durchgeführt. Rosemarie Frick leitete die mikrochirurgischen Kurse, die mit 129 Teilnehmenden rege genutzt wurden.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte (Fälle)	1'061	-3.2%
Davon Notfall (in %)	46	-2.7%
Casemix-Punkte	3'652	0.5%
CMI	3.455	4.0%
Verweildauer in Tagen (Ø)	11.2	-4.9%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	3'125	4.5%
Ambulante Patienten	2'855	8.1%

### — KLINIK FÜR NEUROLOGIE

Die Klinik für Neurologie setzte im Jahr 2012 ihren erfolgreichen Kurs fort. Die Patientenzahlen im ambulanten Bereich stiegen deutlich an. Im stationären Bereich wurde trotz Einschränkungen durch die Renovation des Haldenbachtrakts ein vergleichbares Ergebnis erreicht wie 2011. Die Auswirkungen auf das Betriebsergebnis waren entsprechend positiv. Die Qualität der ambulanten Versorgung konnte durch den Ausbau der Tagesklinik verbessert werden: Viele Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose oder Hirntumoren werden dort behandelt. Das Tumorzentrum, das mehrere Bereiche des UniversitätsSpitals Zürich einschliesslich des Hirntumorzentrums umfasst, wurde erfolgreich zertifiziert. Die Planung der Stroke Unit mit neun Betten wurde abgeschlossen und die Bauphase begonnen.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte (Fälle)	1'581	0.2%
Davon Notfall (in %)	74	0.5%
Verweildauer in Tagen (Ø)	7.3	-1.7%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	9'054	15.9%
Ambulante Patienten	6'910	7.4%

### — KLINIK FÜR NEURORADIOLOGIE

Wichtigstes Ereignis war die Eröffnung des neuen MR-Zentrums Nord mit der Inbetriebnahme von drei 3-Tesla-MR-Systemen. Eingesetzt werden sollen sie in der ambulanten neuroradiologischen Bildgebung, der intraoperativen Bildgebung bei mikroneurochirurgischen Eingriffen und der neurologischen Forschung. Mit der Steigerung der ambulanten MR-Untersuchungen um 40% bei deutlich verkürzten Wartezeiten, dem weiteren Ausbau der mechanischen Thrombektomie zur Behandlung des Schlaganfalls und der Verbesserung der Notfallprozesse hat die Klinik ihre Jahresziele erreicht. 2012 wurden über 80 Vorträge auf Einladung gehalten, 28 Publikationen in führenden Zeitschriften veröffentlicht und der 20th Zurich Course on Interventional Neuroradiology mit 140 Teilnehmern erfolgreich durchgeführt. An den Forschungsprojekten beteiligten sich 19 durch Drittmittel geförderte Nachwuchskräfte, und an der Klinik weilten 36 Gastärzte aus verschiedenen Ländern. Prof. Antonios Valavanis wurde die Ehrenmitgliedschaft der Japanese Society of Intravascular Neurosurgery verliehen.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Neuro-MR	10'411	20.5%
Neuro-CT	14'893	-2.9%
Neurosonografie	878	-32.4%
Konventionelle Radiologie	6'640	-5.3%
Endovaskuläre Operationen	345	-4.2%
Neuroangiographie	1'481	-1.8%
Eingriffe an den Tränenwegen	227	22.0%
Konsultation Spezialsprechstunden	504	4.0%
Konsilien, Zweitbefundungen	316	75.5%
Total	2'557	2.0%



### — KLINIK FÜR OHREN-, NASEN-, HALS- UND GESICHTSCHIRURGIE

Die ORL-Klinik konnte zusammen mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Augenklinik 2012 den neuen Operationstrakt Nord2 beziehen und ihren normalen Operationsbetrieb wieder aufnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der Hals-, Kopf- und Ohroperationen zu. Im ambulanten Bereich war die Aufrechterhaltung der Dienstleistungen der Klinik vor allem im Notfallbereich nur dank des speziellen Einsatzes des gesamten Klinikpersonals möglich. Gründe für die angespannte Situation sind die aktuelle Infrastruktur und die knappen personellen Ressourcen. Personell erwähnenswert ist 2012 besonders die Umhabilitation des Leiters der Poliklinik, PD Dr. Tobias Kleinjung, von der Universität Regensburg an die Universität Zürich und die Beförderung von Dr. Gerhard Huber zum PD und Leitenden Arzt. PD Dr. Huber leitete neu die ORL-Onkologie und das Kopf- und Hals-Team.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Ohroperationen	845	25 %
Hals- und Kopfoperationen	2'246	12 %
Speicheldrüsenoperationen	109	-7 %
Tonsillektomie/Adenotomie	487	5 %
Nasenoperationen	899	14 %
Endoskopien	412	5 %
Operationen total	4'998	12 %
Spitalaustritte (Fälle)	2'125	0.2 %
Davon Notfall (in %)	14	-10.0 %
Casemix-Punkte	2'210	4.9 %
CMI	1.041	4.8 %
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	8'901	7.9 %
Ambulante Patienten	15'070	3.3 %

### — KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Die Klinik wurde 2012 vermehrt für Kooperationen innerhalb des UniversitätsSpitals Zürich angefragt, insbesondere im Rahmen von Zertifizierungsprozessen. Dieses verstärkte Interesse an einer interdisziplinären Zusammenarbeit ist sehr erfreulich, stellt aber angesichts begrenzter Ressourcen für alle beteiligten Kliniken eine Herausforderung dar. Das Jahr 2012 war für die Klinik auch ein Jahr der akademischen Erfolge: PD Dr. Chantal Martin-Sölch hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Fribourg übernommen, PD Dr. Richard Klaghofer wurde zum Titularprofessor

ernannt, PD Dr. Lutz Wittmann wurde auf die Professur für psychodynamische Psychotherapie und Psychotherapieforschung an der International Psychoanalytic University in Berlin berufen, PD Dr. Michael Rufer wurde Extraordinarius ad personam für Psychosoziale Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Zürich. Und schliesslich wurde unser Antrag für eine Assistenzprofessur für Psychophysiologie von der Universität Zürich genehmigt.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Ambulante Patienten	2'292	-1.4
Anzahl Konsultationen (insgesamt)	11'095	6 %
Anzahl Konsultationen im Ambulatorium	5'508	1 %
Anzahl Konsilien am UniversitätsSpital Zürich	4'625	5.3 %
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	3'052	-0.8 %
Spitalaustritte (Fälle)	261	8.8 %
Davon Notfall (in %)	87	5.7 %
Davon Anzahl Spitalaustritte (Fälle) im Zentrum für Essstörungen	41	-11 %
Ø Aufenthaltsdauer in Tagen im Zentrum für Essstörungen	92.3	13.4 %
Anzahl Mitarbeitende (FTE)	49.9	3 %

— *Medizinbereich*

# Innere Medizin-Onkologie

Im Medizinbereich Innere Medizin-Onkologie (IMO) wurden Massnahmen zur Einführung der Fallpauschalenabrechnung (DRG) für stationäre Patienten, zur Stärkung der Tagesklinikstrukturen sowie zur organisatorischen Optimierung der interdisziplinären Notfallstation umgesetzt. Als Partner des Tumorzentrums absolvierten verschiedene Kliniken Zertifizierungsverfahren. Prof. Urs Martin Lütolf, Direktor der Radioonkologie, wurde per Ende 2012 emeritiert; PD Dr. Gabriela Studer wurde die Leitung ad interim übertragen. Die Nachfolgen der Klinik-/Institutsdirektionen in der Klinischen Immunologie, der Naturheilkunde, der Onkologie und Radio-Onkologie wurden in universitären Nachfolgekommissionen bearbeitet. Im Pflegedienst wurden die Pflegeentwicklung und die Umsetzung des Karrieremodells «Fach» vorangetrieben. Die Pflegeexpertise konnte durch die Besetzung vakanter Stellen gestärkt werden. Das Projekt «Erhöhung der Medikamentensicherheit» konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Eine neue Checkliste unterstützt die Pflegepraxis bei der Umsetzung der notwendigen Massnahmen im Medikamentenprozess.



**Prof. Rainer Weber**  
Leiter Medizinbereich  
Direktor Klinik für  
Infektionskrankheiten und  
Spitalhygiene



**Esther Linka**  
Leiterin Pflegedienst



**Monika Niederberger**  
Leiterin Betriebswirtschaft

Spitalaustritte (Fälle)  
3'754

−2.2 %

Casemixpunkte  
7'949

−0.9 %

Casemix-Index (CMI)  
2.117

+1.4 %

Verweildauer in Tagen (Ø)  
10.7

+2.9 %

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 39'103

−2.5 %

Ambulante Patienten  
17'777

+2.1 %

### — KLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE

Neben technischen Innovationen, etwa der Inbetriebnahme des neuen Translationstischs für Ganzkörper-RT und 4D-Planung, wurde 2012 an unserer Klinik die Beschaffung eines Ersatzes für einen am Ende des Gerätezyklus stehenden Linearbeschleunigers eingeleitet. Dieses Gerät bietet substanzielle Vorteile im Arbeitsalltag und in der Realisierbarkeit von Forschungsprojekten. Im Bereich klinische Forschung wurde eine Phase-II-Studie für Kopf-Hals-Tumore lanciert. Die Patientenrekrutierung für die Studie, mit der Laborresultate überprüft werden sollen, läuft gut. Geleitet wird die Studie von PD Dr. Oliver Riesterer. Als wichtiger Partner des Tumorzentrums beteiligte sich die Klinik für Radio-Onkologie an den Zertifizierungen der Zentren Brust/Gynäkologie/Sarkome/Haut/Lunge. Personell war auch dieses Jahr geprägt vom Nachfolgegeschäft für den bisherigen Klinikdirektor Prof. Urs Martin Lütolf, der nach 25 Jahren am UniversitätsSpital Zürich per Ende Jahr in den Ruhestand trat.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausstritte (Fälle)	414	30.2%
Davon Notfall (in %)	48	4.9%
Casemix-Punkte	1'028	30.8%
CMI	2.508	1.4%
Verweildauer in Tagen (Ø)	18.6	1.2%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	16'328	0.6%
Ambulante Patienten	1'932	1.2%

### — KLINIK FÜR INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND SPITALHYGIENE

Die Infektiologie betreut ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten mit komplexen Infektionskrankheiten. Sie ist konsiliarisch in allen Kliniken des UniversitätsSpitals Zürich tätig und führt Projekte zum rationalen Einsatz von Antibiotika durch. Schwerpunkte der Spitalhygiene waren die Erfassung postoperativer Wundinfektionen im Rahmen der Swissnoso-Surveillance sowie Massnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung multiresistenter Bakterien. In der Forschung wurden Fragen zur Pathogenese der HIV-Infektion, der Transplantationsinfektiologie und zu bakteriellen Infektionen bearbeitet. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Klinikern und Grundlagenwissenschaftlern ermöglichte translationale Forschungsprojekte. Beispiele für interinstitutionelle Kollaborationen sind die vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützte schweizerische HIV-Kohortenstudie und die Transplantationskohorte.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Anzahl ambulante Patientinnen und Patienten	2'679	1.4%
Anzahl ambulante Konsultationen	11'757	-0.8%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	3'539	-7.2%
Anonyme Sprechstunde mit HIV-Test und Beratung	2'305	-5.7%
Anzahl stationäre konsiliarische Patienten	2'610	1.3%
Anzahl Konsilien	6'591	-10.7%
Spitalausstritte (Fälle)	146	-14.6%
Davon Notfall (in %)	73	-6.3%
Casemix-Punkte	229	-23.6%
CMI	1.580	-9.9%
Verweildauer in Tagen (Ø)	13.0	-4.3%
Mikroskopischer Nachweis von respiratorischen und intestinalen Parasiten	1'307	-3.4%
Mikrobiologische Untersuchungen Spitalhygiene	4'133	16.8%
Molekulare Keimtypisierung	574	31.2%

### — KLINIK FÜR HÄMATOLOGIE

Die Klinik für Hämatologie führte die Restrukturierungs- und Modernisierungsprozesse im dritten Jahr erfolgreich weiter. Erstmals gab sie die Klinikleitlinien Hämatologie heraus. Sie etablierte neue Tests in der hämatologischen und hämato-onkologischen sowie der Gerinnungsdiagnostik und publizierte zusammen mit dem Institut für Klinische Chemie ein Vademecum. In der Patientenversorgung und bei klinischen Studien verzeichnete die Klinik erneut einen Zuwachs, ebenso bei den Laboranalysen. Das ärztliche Personal konnte erweitert werden: Dr. Jeroen Goede wurde zum Leitenden Arzt ad interim ernannt, PD Dr. Dr. Stefan Balabanov sowie Dr. Bernhard Gerber verstärkten das Team als Oberärzte. In der Forschung wurden 31 Arbeiten publiziert. Prof. Markus Manz wurde zum Leiter des Steering Committee des Cancer Network Zürich gewählt. In Zusammenarbeit mit weiteren Kliniken und Instituten wurde der kompetitive klinische Forschungsschwerpunkt «humane hämatolymphatische Erkrankungen» etabliert. Die Klinik ist Mitglied des neu gebildeten, ebenfalls durch die Universität geförderten Schwerpunktprogramms «Translationale Krebsforschung.»

## — *Medizinbereich* *Innere Medizin-Onkologie*

	Veränderung	
	2012	2011/2012
<b>Stationäre Leistungen</b>		
Spitalausritte total	478	-5.3 %
Pflegetage total (Swiss DRG)	8'604	-8.4 %
Mittlere Verweildauer (Tage)	18	-3.2 %
Blutstammzelltransplantationen		
Allogen	51	-1.9 %
Autolog	10	-16.6 %
<b>Ambulante Leistungen</b>		
Hämatologie/Hämato-Onkologie	5'857	4.2 %
Blutstammzelltransplantation	5'018	-1.15 %
Hämostase	1'330	0.9 %
Therapeutische Plasmapheresen	374	42.2 %
<b>Labor</b>		
Laboranalysen total	71'9208	1 %
<b>Spezialuntersuchungen</b>		
Knochenmarkmorfologie	1'563	1.6 %
Immunphänotypisierungen	1'826	2 %
Molekularbiologische Analysen	3'349	-0.1 %
Spezielle Gerinnung	16'811	-15.2 %

### — **KLINIK FÜR ONKOLOGIE**

Die Klinik für Onkologie blickt auf ein erfolgreiches Jahr 2012 zurück. Die Weiterentwicklung des Tumorzentrums kommt gut voran; alle Zertifizierungen in den verschiedenen Organzentren wurden termingerecht abgeschlossen. Der Klinik gelang es, die herausfordernden Budgetvorgaben zu erfüllen, indem sie den Aufwand speziell im ambulanten und teilstationären Bereich verringerte und so den Ertrag steigerte. Das Angebot klinischer Studien, über die Patientinnen und Patienten Zugang zu neuesten Behandlungen erhalten, konnte erweitert werden. Mit externen Kliniken wurden weitere Kooperationsverträge geschlossen beziehungsweise vorbereitet, insbesondere für genetische Beratungen, etwa bei Brustkrebskrankungen. Die Befragung von externen Zuweisern und von Patientinnen und Patienten erbrachte insgesamt erfreuliche Ergebnisse und Anregungen, die aufgenommen und implementiert wurden. Mitarbeitende der Klinik veröffentlichten zahlreiche Publikationen zur klinischen Forschung und zur Grundlagenforschung und beteiligten sich an nationalen und internationalen Kongressen und Fachtagungen.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte	926	-5 %
Verweildauer nach DRG	7'773	-11.5 %
Mittlere Verweildauer	8.4	-7 %
Ambulante Patienten	2'694	3 %
Besuche	19'701	0 %
Autologe Stammzelltransplantationen*	67	-19 %
Apheresen autolog	117	21 %
Stammzellkonzentrate (kryokonserviert)	448	14 %
Spitalausritte (Fälle)	925	-5.1 %
Davon Notfall (in %)	38	-5.4 %
Casemix-Punkte	1'367	-14.2 %
CMI	1.478	-9.7 %
Verweildauer in Tagen (Ø)	8.4	-6.8 %
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	7'233	1.7 %
Ambulante Patienten	2'861	2.0 %

\*Inklusive Patienten und Patientinnen des Stadtpitals Triemli

### — KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN

Die Klinik betreut vor allem akut, chronisch, komplex und multimorbid internistisch Erkrankte. Der Bedarf nach den allgemeinen und spezialisierten Dienstleistungen der Klinik ist weiterhin gross und die Auslastung der Klinik gut. Sie bietet rund um die Uhr einen für die Leistung des UniversitätsSpitals Zürich essenziellen und ausgebauten Präsenzarztdienst zuhause sämtlicher Kliniken an. Im letzten Jahr standen die Gründung und die Anerkennung des Kompetenzzentrums Multimorbidität ([www.multimorbidity.uzh.ch](http://www.multimorbidity.uzh.ch)) durch die Universität Zürich im Vordergrund. Bei der heutzutage prävalentesten Krankheitsform, der Multimorbidität, entstehen komplexe Interaktionen zwischen den einzelnen Erkrankungen und deren Behandlungen. Wissenschaftliche Grundlagen für multimorbiditätsorientierte Diagnose- und Behandlungsansätze fehlen weitgehend. Das durch die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin initiierte Kompetenzzentrum Multimorbidität schliesst viele weitere Kliniken und Institute der medizinischen und der philosophischen Fakultät mit dem Zweck zusammen, Forschung und Lehre in diesem wichtigen Gebiet zu bündeln und zu fördern.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalaustritte (Fälle)	1'792	-4.2%
Davon Notfall (in %)	89	-1.6%
Casemix-Punkte	2'430	3.3%
CMI	1.359	7.8%
Verweildauer in Tagen ( $\emptyset$ )	7.9	9.0%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	5'535	-5.7%
Ambulante Patienten	7'592	0.5%

### — INSTITUT FÜR NATURHEILKUNDE

Schwerpunkte des Instituts für Naturheilkunde sind die ambulante und konsiliarische Patientenbetreuung sowie die Organisation von nationalen und internationalen Weiterbildungs- und Kongressveranstaltungen. Mitarbeitende des Instituts sind in den verschiedenen Kliniken des Universitätsspitals konsiliarisch tätig. Die Patientenzahlen in den ambulanten Sprechstunden konnten gehalten werden. Insgesamt fanden im Berichtsjahr 1'359 Konsultationen statt. Das Institut bietet neben einem neu eingerichteten Mantelstudium Komplementärmedizin fachspezifische Vorlesungen an, etwa Grundlagen der Naturheilkunde, Komplementärmedizin, Phytotherapie sowie Einführungen in die anthroposophische Medizin und die Homöopathie. Das Institut ist in verschiedenen präklinischen

und klinischen Forschungsprojekten tätig und betreut diverse Doktoranden und Lizentiatskandidatinnen und -kandidaten. Im Jahr 2012 fanden die öffentlichen Vorlesungen der Bewerberinnen und Bewerber im Rahmen des Nachfolgegeschäfts für die Professur für Naturheilkunde und die Leitung des Instituts statt.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	271	-7.1%
Ambulante Patienten	375	3.9%

### — INSTITUT FÜR HAUSARZTMEDIZIN

Im Jahr 2012 ist es gelungen, durch eine Reihe von Publikationen und Vorträgen der Versorgungsforschung, einem Schwerpunkt des Instituts, vermehrt Aufmerksamkeit zu verleihen. Insbesondere die Gesundheitspolitik hat erkannt, dass es diese Forschung braucht, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig und effizient auszurichten. Institutsvertreter konnten die aktuellen Erkenntnisse auf zahlreichen nationalen Tagungen und in Form von Berichten präsentieren. Speziell erwähnenswert ist der erste Versorgungsforschungskongress, der gemeinsam mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veranstaltet wurde. Gestützt auf dieses wachsende Interesse gestalteten sich auch die Drittmittelwerbung und die Publikationstätigkeit mit 134 Arbeiten sehr günstig. Erfreulich ist auch, dass das Team mit kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ergänzt werden konnte. Für das kommende Nationale Forschungsprogramm (NFP) «Versorgungsforschung in der Grundversorgung» ist das Institut damit sowie dank internationaler Allianzen gut aufgestellt.

— *Medizinbereich*

# Herz-Gefäss-Thorax

**D**as Jahr 2012 bedeutete für den Medizinbereich Herz-Gefäss-Thorax (HGT) erneut eine Periode der Veränderung. Im Mittelpunkt stand die Planung für die Inbetriebnahme des Gebäudetraktes OST1+2 im Jahr 2013. In diesem Gebäudeteil wird es unter anderem möglich sein, 22 Intermediate-Care-Betten zu betreiben, was zu einer deutlichen Entlastung der Intensivstationen führen wird. Auch stehen dort künftig eine Privatstation und drei weitere grosse Bettenabteilungen zur Verfügung. Das Ambulatorium der Kardiologie wird ebenfalls dort Platz finden, wodurch der Medizinbereich auch räumlich zusammenrückt. Die Inbetriebnahme eines Tier-Hybrid-OPs Mitte des Jahres war ein besonderes Highlight; in Europa gibt es eine solche Infrastruktur für Forschung nur an wenigen Orten. Kanton und Stadt Zürich legten in einem wegweisenden Entscheid im Dezember 2012 fest, dass am Standort des UniversitätsSpitals Zürich ab 2014 ein gemeinsames, vom Stadtspital Triemli und vom Universitätsspital betriebenes universitäres Herzzentrum entstehen soll. Durch die Zusammenführung der beiden Herzchirurgiekliniken und durch die enge Zusammenarbeit mit der Kardiologie an beiden Standorten entsteht ein in Grösse und Ausstattung bedeutendes Zentrum.



**Andreas Greulich**  
Leiter Medizinbereich



**Prof. Walter Weder**  
Leiter Medizin, Direktor  
Klinik für Thoraxchirurgie



**Judith Schürmeyer**  
Leiterin Pflegedienst



**Sylwia Siofer**  
Leiterin Betriebswirtschaft

Spitalaustritte (Fälle)  
5'611

**-5.1 %**

Casemixpunkte  
15'798

**+6.2 %**

Casemix-Index (CMI)  
2.815

**+11.9 %**

Verweildauer in Tagen (Ø)  
7.6

**+12.9 %**

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 20'109

**+14.6 %**

Ambulante Patienten  
16'344

**+5.8 %**

## — KLINIK FÜR ANGIOLOGIE

Die Klinik für Angiologie betreut schwerpunktmässig Patientinnen und Patienten mit arteriellen und venösen Gefässerkrankungen. Die interdisziplinäre Spezialsprechstunde für Patienten mit Gefässmissbildungen konnte weiter ausgebaut werden; die Kooperation in diesem Bereich mit dem Harvard Medical Center in Boston wurde dank eines vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten Forschungsaufenthalts eines Mitarbeiters der Klinik weiter intensiviert. Als neue Therapieoption für Hypertoniker wurde die renale Denervation eingeführt. Die Zusammenarbeit mit kantonalen und ausserkantonalen Spitälern konnte in Form von angiologischen Sprechstunden, die Kaderärzte der Klinik dort abhalten, ausgebaut werden. Im Jahr 2012 erschien die dritte, durch die Klinik vollständig überarbeitete Auflage des Standardwerks Doppler- und Duplexsonografie im Thieme-Verlag. PD Dr. Christoph Thalhammer wurde zum assoziierten Mitglied der Kommission für Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie gewählt.

	2012	Veränderung 2011/2012
Konsultationen	12'150	19.9%
Duplexsonografien	10'647	0%
Endovenöse Varizen-therapie	301	3.0%
<b>Klinische Mikrozirkulation</b>		
tcPO2	254	-10.9%
Mikrolymphografien, Kapillarmikroskopien, Laser	187	-12.6%
Perkutane Katheterinterventionen	1'713	-4.5%
Davon Becken-Bein-Arterien	1'614	-6.2%

## — KLINIK FÜR HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE

Im Jahr 2012 stieg die Gesamtzahl der Operationen erneut um 10%. Neben einer deutlichen Steigerung im Bereich der katheterbasierten Klappeneingriffe nahmen die komplexen ICD-Eingriffe und Elektrodenextraktionen deutlich zu. Im voll ausgelasteten Hybrid-OP wurden neben perkutanen Klappeneingriffen auch kombinierte minimalinvasive Eingriffe an den Koronarien sowie endovaskuläre Aorteneingriffe vorgenommen. Für die minimalinvasive Rekonstruktion der Mitralklappe kamen innovative Ring-Annuloplastie-Systeme zum Einsatz, welche im Rahmen einer multizentrischen Studie unter Führung des UniversitätsSpitals Zürich evaluiert wurden. Der Einsatz der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) nahm

gegenüber dem Vorjahr um 25% zu. Das ambulante Programm für endovaskuläre Aorten-chirurgie konnte 2012 ebenfalls weiter ausgebaut werden. Die Inbetriebnahme der herzchirurgischen Intermediate-Care-Station führte trotz weiter ansteigender Fallschwere zu einer Entlastung der Intensivstation. Wegweisend für die Zukunft der Zürcher Herzchirurgie war die Entscheidung des Kantons und der Stadt Zürich für einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem Stadtspital Triemli im Sinne eines universitären Herzzentrums.

	2012	Veränderung 2011/2012
Herzchirurgie (mit und ohne HLM)	1'410	11%
ACBP isoliert	299	3%
ACBP und Klappe	84	-16%
Klappe isoliert und Aorten-chirurgie	409	-9%
Transkatheterklappen und MitraClip	185	50%
Herztransplantationen	11	-21%
Assist Device (ECMO&VAD)	55	10%
Rhythmuschirurgie isoliert (PM/ICD)	158	30%
Andere Herzoperationen	209	71%
Gefässchirurgie (OP-Entries)	330	-6%
Gefässchirurgie thorakal und abdominal	210	6%
Gefässe peripher	48	-23%
Venen/Amp./Kleineingriffe	72	-15%

## — KLINIK FÜR KARDIOLOGIE

Die kardiologische Ambulanz wurde von Zuweisern rege genutzt; so stieg die Anzahl von Konsultationen in der allgemeinen Ambulanz wie in der Sprechstunde für kongenitale Vitien. Auch Echokardiografie, Herz-MRI, Elektrophysiologie, Koronarangiografien und Rechtskatheter verzeichneten einen Zuwachs, die Koronarinterventionen blieben stabil hoch. Ein deutliches Wachstum zeigten der perkutane Aortenklappenersatz sowie das Mitra-Clipping. Auch die renale Sympathikusdenervation bei therapieresistenter Hypertonie sowie Endokardiopsien und Spiroergometrien im Hinblick auf eine Herztransplantation wurden vermehrt durchgeführt. Die Forschung publizierte Arbeiten zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz vor und nach Herztransplantation. Viel beachtet wurden Untersuchungen zur Stammzell-dysfunktion bei Herzinsuffizienz sowie der Swiss AMI-Trial zur Stammzelltherapie. In der Lehre wurde zusammen mit der European Association for Heart Failure ein Postgraduiertenkurs akkreditiert; der Kurs für angehende Fachärzte in Kardiologie startet im Herbst 2013.

## — *Medizinbereich* *Herz-Gefäss-Thorax*

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Konsultationen Herzsprechstunde	6'456	9%
EKG	11'503	-19%
Belastungstests	2'753	8%
Holter	2'046	13%
Spiroergometrien	770	78%
Echokardiografie	9'674	13%
SPECT	1'473	-3%
PET	66	0%
CT-Koro (mit Nuklearmedizin)	810	24%
Herz-MRI	408	29%
Sprechstunden kongenitale Vitien	774	25%
Konsultationen Rhythmusprechstunde	767	-8%
Schrittmacher	1'436	12%
ICD-Kontrollen	1'678	2%
Pacer/ICD Implantationen und Wechsel	206	-5%
Elektrophysiologische Stimulationen	368	13%
Radiofrequenzablationen	309	18%
Koronarangiographien USZ/ STGAG	2'774/271	12%/29%
Rechtsherzkatheter USZ	783	4%
Perkutane koronare Interventionen USZ/STGAG	1'185/70	4%/35%
Perkutaner/transapikaler Aortenklappenersatz	134	44%
Mitralclip	44	38%

### — **KLINIK FÜR PNEUMOLOGIE**

Im Jahr 2012 konnte die Klinik für Pneumologie zusammen mit der Klinik für Thoraxchirurgie den 20. Jahrestag des Zürcher Lungentransplantationsprogramms mit einem wissenschaftlichen Symposium feiern. Im Berichtsjahr wurden 33 Transplantationen durchgeführt, was einem weiteren Zuwachs entspricht. In diesem Zusammenhang gewinnen die langzeitlichen Nebenwirkungen der Immunsuppression, etwa Malignome, an Bedeutung. Die Abklärung und Behandlung von Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen und mit neuromuskulär bedingter Ateminsuffizienz waren weiterhin sehr gefragte Dienstleistungen. Vermehrt kamen neuartige, nichtinvasive Beatmungsmethoden bei schwerkranken Patienten mit chronischer Ateminsuffizienz zum Einsatz. Zu den Forschungsschwerpunkten der Klinik erschienen zahlreiche Publikationen in international renommierten Fachzeitschriften. Die Gruppe von Prof. Konrad Bloch konnte klinisch wichtige Ergebnisse zur Behandlung von Patienten mit einem Schlaf-Apnoe-Syndrom, welche ihren Urlaub in der Höhe verbringen, in der sehr angesehenen Zeitschrift JAMA publizieren.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Schlaflaboruntersuchungen, inkl. therapeutischer Interventionen	858	-7%
Bronchoskopien	461	-14%
Lungenfunktionsuntersuchungen	12'038	9%

### — **KLINIK FÜR THORAXCHIRURGIE**

Ende 2012 wurde das erste Audit nach der Zertifizierung des Lungen- und Thoraxonkologiezentrums erfolgreich durchgeführt. Die anspruchsvollen Anforderungen konnten erfüllt werden; Änderungsvorschläge der Auditoren wurden bereits weitgehend umgesetzt. Im Berichtsjahr konnte das UniversitätsSpital Zürich auf 20 Jahre Lungentransplantation zurückblicken. Das Jubiläum wurde mit einem Symposium mit namhaften Referenten aus dem In- und Ausland und einem Patientenanlass gefeiert. Erneut stieg die Zahl der Lungentransplantationen an: von 30 auf 33. Die experimentelle und klinische Forschung an der Klinik für Thoraxchirurgie, vor allem auf den Gebieten der Onkologie und der Lungentransplantation, wurde weitergeführt, neue Studien wurden begonnen. Insgesamt nahm die Komplexität der Fälle in der Klinik für Thoraxchirurgie weiter zu. Durch die neuen Regelungen zur Fallzusammenlegung gemäss DRG wurden weniger stationäre Patienten verzeichnet.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Ambulante Konsultationen	2166	3.3%
Stationäre Patienten	647	-8.8%
Operationen	1042	1.5%
Transplantation Lunge	33	10.0%
Lungenresektionen	419	-3.2%
Portimplantation/-explantation	165	11.5%
Diagnostische Thorakoskopie	94	20.5%
Thoraxwand/Pleura/Mediastinum/Zwerchfell	558	-6.5%
Herz/Gefässe/Perikard/Sympathektomie	36	-10.0%
Interventionelle Bronchoskopie	93	k.A.
Tracheo-Bronchiale Eingriffe	30	k.A.



— *Medizinbereich*

# Trauma-Derma-Rheuma- Plastische Chirurgie

Der Medizinbereich Trauma-Derma-Rheuma-Plastische Chirurgie (TDR) hat wie bereits in den Vorjahren auch im Jahr 2012 einige bereichsübergreifende Projekte durchgeführt. Dazu gehörte die Teilverlegung der Rheumaklinik zur Schaffung von Räumlichkeiten für das Kompetenzzentrum Palliative Care, aber auch die Reduktion von Betten andernorts zugunsten der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie. Obwohl in allen Kliniken erhebliche Ertragssteigerungen und Kostenreduktionen erzielt werden konnten, wurden die finanziellen Jahresziele nicht immer vollständig erreicht. Grund dafür ist die Reduktion von stationären Betten in der Rheumaklinik sowie die Reduktion von OP-Kapazitäten im ersten Halbjahr. Prof. Lars French, Direktor der Dermatologischen Klinik, erhielt am 24. April den Otto-Naegeli-Preis 2012. Der Preis für medizinische und biomedizinische Forschung zählt zu den bedeutendsten Wissenschaftspreisen der Schweiz. Im Oktober 2012 hat Prof. French die Leitung des Medizinbereichs TDR übernommen, den er gemeinsam verantwortet mit Tina Plötz, Leiterin Pflegedienst, und Alexander Soland, Leiter Betriebswirtschaft. Ebenfalls zur Bereichsleitung zählen die weiteren Klinikdirektoren des Bereichs sowie der Leiter Physio- und Ergotherapie.

Spitalaustritte (Fälle)  
6'079

−4.7 %

Casemixpunkte  
7'802

−5.5 %

Casemix-Index (CMI)  
1.283

−0.8 %

Verweildauer in Tagen (Ø)  
6.7

−3.7 %

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 43'130

+2.8 %

Ambulante Patienten  
59'964

+0.9 %



**Prof. Lars French**  
Leiter Medizinbereich  
Direktor Dermatologische  
Klinik



**Tina Plötz**  
Leiterin Pflegedienst



**Alexander Soland**  
Leiter Betriebswirtschaft



**Prof. Pietro Giovanoli**  
Direktor Klinik für  
Plastische Chirurgie  
und Handchirurgie



**Prof. Beat Michel**  
Direktor Rheumaklinik



**Franc Morshuis**  
Leiter Abteilung  
Physio- und Ergotherapie



**Prof. Hans Peter Simmen**  
Direktor Klinik für  
Unfallchirurgie

## — *Medizinbereich* *Trauma-Derma-Rheuma-* *Plastische Chirurgie*

### — KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE

Im Jahr 2012 behandelte die Klinik für Unfallchirurgie 2'096 Patienten stationär, 284 davon waren schwerverletzt. Im ambulanten Bereich konnte die Anzahl Konsultationen im Vergleich zum Vorjahr auf 7'575 Konsultationen gesteigert werden. Im Januar wurde das Bildgebungssystem O-arm TM installiert, das intraoperativ eine CT-ähnliche dreidimensionale Bildgebung ermöglicht. Bei Frakturen mit Gelenkbeteiligung, bei Eingriffen am Becken und an der Wirbelsäule kann damit bereits intraoperativ eine abschliessende Dokumentation und, falls notwendig, eine Korrektur der Implantate erfolgen. Damit lässt sich die Qualität von Operationen steigern und das Risiko für Reoperationen senken. Im November konnte im Notfallbereich der «Fast Track» in Betrieb genommen werden. Damit können nun im Notfallzimmer West B 27 «leichte Fälle» behandelt werden. Die Kapazität der eigentlichen Notfallzone steigt dadurch und die Wartezeiten verkürzen sich. Der leitende Arzt PD Dr. Clement M.L. Werner wurde im Berichtsjahr zum Titularprofessor ernannt.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte (Fälle)	2'926	-3.8%
Pflege tage (abgeleitet von SwissDRG-VWD)	17'308	-8.5%
Verweildauer in Tagen (Ø)	5.9	-5.0%
CMI	1.284	-9.3%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	2'562	2.8%
Ambulante Besuche	7'575	0.4%

### — DERMATOLOGISCHE KLINIK

Die gesamte Klinik erlangte im November 2012 das Reaudit für die Zertifizierung nach ISO sowie die Zertifizierung nach OnkoZert. Auf dem Gebiet der Dermatoonkologie konnte die Klinik das Know-how ihrer Kaderärzte intensivieren und mittels interdisziplinärer Behandlungsstrategien – auch mit qualitativ bedeutenden Studien – optimieren. Verschiedene neue Immuntherapien konnten die Lebenszeit von Patienten mit fortgeschrittenem, lebensbedrohlichem metastasierendem Melanom verlängern und deren Lebensqualität verbessern. Auch Patienten mit fortgeschrittenem Basalzellkarzinom und Hautlymphom wurden im Rahmen von internationalen Studien mit neuen, erfolgreichen Therapien behandelt. Bereits zum zweiten Mal organisierte die Klinik die Zürcher Dermatologischen Fortbildungstage. Der Kongress wurde von über 220 Dermatologen besucht und hat sich damit als einer der wichtigsten Dermatologiekongresse in der Deutschschweiz etabliert.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte (Fälle)	1'247	0.6%
Pflege tage (abgeleitet von SwissDRG-VWD)	8'877	5.8%
Ambulante Besuche	73'495	-1.6%
Verweildauer in Tagen (Ø)	7.1	4.8%
CMI	1.021	7.7%
Abrechenbare Taxpunkte (in TTXP)	14'416	3.7%

### — RHEUMAKLINIK

Wie bereits im Vorjahr wurden auch im Jahr 2012 mehr Patientinnen und Patienten mit Kollagenosen und Vaskulitiden zugewiesen. Neu eingerichtet wurde der Bereich Myopathie. Zur zuverlässigen Erfassung der Behandlungserfolge und Entlastung des Arztes wurde die Position einer Outcome Study Nurse neu geschaffen. Obwohl die Zahl der Betten um 20 % reduziert wurde, führte der Umzug der halben Bettenstation in die Dermatologische Klinik zu einem Mehrbedarf an Ressourcen für Transport, Logistik und Administration. Bezüglich Kompetenz und Inhalt der medizinischen Berichte erhielt die Rheumaklinik bei der vom Universitätsspital durchgeführten Zuweiserumfrage Höchstnoten. Die Forschungsabteilung wurde auch 2012 von der European League Against Rheumatism (EULAR) als «Center of Excellence» ausgezeichnet. Sie ist in vier EU-Grants involviert und erarbeitete mehrere Patente für neue Behandlungsstrategien.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalausritte (Fälle)	683	-10.4%
Verweildauer in Tagen (Ø)	9.0	-17.4%
Ambulante Konsultationen	23'084	6.1%
CMI	1.003	4.8%
Osteodensitometrie	3'500	6.1%
Ultraschalluntersuchungen	3'100	1.2%
Infiltrationen/Punktate (auch unter BV)	6'450	18.3%
Biologics ambulant	3'811	4.4%
Kapillarmikroskopie	412	49.8%
Wundbehandlungen	300	18.6%

## — KLINIK FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE UND HANDCHIRURGIE

Die Klinik hat im Jahr 2012 ihr Profil geschärft, indem sie mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) auf mikrochirurgische Rekonstruktionen und komplexe Handchirurgie fokussiert hat. In den Bemühungen um einen hohen Standard «Sichere Chirurgie» wurden 2012 erneut Human-Factor- und Teamtrainings durchgeführt – dadurch sollen Patienten-, Seiten- und Prozedurenverwechslungen vermieden werden. Als Pilotklinik waren zahlreiche Mitarbeiter in verschiedene Projekte der Spitaldirektion involviert. In der Chirurgischen Poliklinik wurde im Innovationsprojekt DISPUS ein Dispositionstool für die Ambulanz implementiert. Im Rahmen der Planung und Zuteilung der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) ist die Klinik neben der Verbrennungsbehandlung in der Sarkomchirurgie und der Behandlung von Transgenderpersonen beteiligt. Ein Schwerpunkt der klinischen Tätigkeit liegt in der mikrochirurgischen Rekonstruktion von Gesichtslähmungen. Der Klinik steht für die Analyse von biologischen Strukturen eigens ein biomechanisches Labor zur Verfügung.

	2012	Veränderung 2011/2012
<b>Handchirurgie</b>		
Operationen (total)	1'456	- 18 %
Davon notfallmässig	488	- 20 %
<b>Plastische Chirurgie, inkl. ästhetische Chirurgie</b>		
Operationen (total)	1'591	9 %
Davon notfallmässig	196	48 %
<b>Verbrennungschirurgie</b>		
Operationen (total)	343	- 7 %
Davon notfallmässig	105	- 17 %
<b>Spezialsprechstunden (Anzahl Konsultationen)</b>		
Handchirurgie	5'660	- 13 %
Plastische Chirurgie inkl. Verbrennungschirurgie	6'095	- 1 %
<b>Total</b>	<b>11'755</b>	<b>- 8 %</b>

## — ABTEILUNG PHYSIOTHERAPIE UND ERGOTHERAPIE

Die Abteilung Physiotherapie und Ergotherapie des Universitätsospitals (PEU) hat seit dem 1. Oktober 2012 nach halbjähriger Ad-Interimsleitung mit Franc Morshuis einen neuen Leiter. Die PEU ist nach der Trennung von der Rheumaklinik eine selbständige Organisationseinheit geworden. Franc Morshuis ist somit auch Teil der Leitung des Medizinbereichs TDR. Zudem ist die PEU eingebettet

in die Direktion Pflege und medizinisch-therapeutisch und medizinisch-technische Bereiche (MTTB) und Teil der Fachgremien Pflege und MTTB. Die PEU besteht aus neun Therapieteams. Ihre Mitarbeitenden haben 2012 an diversen Kongressen und Tagungen sowie an nationalen Cheftherapeutentreffen und dem Jahrestreffen der Schweizerischen Gesellschaft für Handrehabilitation (SGHR) teilgenommen. PEU-Mitarbeitende mit wissenschaftlicher Ausbildung arbeiten mit Therapie-Forschern aus der Direktion Forschung und Lehre zusammen. In internationalen Zeitschriften mit Schwerpunkt Vestibuläre Dysfunktion, chronischer Schmerz und Arbeitsrehabilitation wurden fünf Publikationen veröffentlicht.

— *Medizinbereich*

# Abdomen-Stoffwechsel

**D**er Bereich Abdomen-Stoffwechsel (AST) umfasst das gesamte Spektrum der internistischen und chirurgischen Diagnostik und Therapie der abdominalen Organe und der Stoffwechselerkrankungen. Obwohl die Fallkomplexität zunahm, konnten die gesetzten finanziellen Ziele erreicht oder sogar übertroffen werden. Vor allem im ambulanten Bereich war eine deutliche Steigerung der Patientenzahlen zu beobachten. Das Jahr war geprägt durch eine ausgezeichnete Zusammenarbeit zwischen den Kliniken unseres Bereichs und einem sehr guten Funktionieren der Bereichsleitung. Besonders hervorzuheben ist das grosse persönliche Engagement der Mitarbeiter des Bereichs AST, vor allem angesichts des Anstiegs der Patientenzahlen, zunehmender Komplexität der Krankheitsfälle und eines zunehmenden Mangels an Betten und Räumen.

Spitalausritte (Fälle)  
4'911

–2.4 %

Casemix-Index (CMI)  
1.711

+1.5 %

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 24'411

+4.7 %

Casemixpunkte  
8'403

–1.0 %

Verweildauer in Tagen (Ø)  
7.7

+1.2 %

Ambulante Patienten  
24'200

+4.5 %



**Prof. Michael Fried**  
Leiter Medizinbereich  
Direktor Klinik für  
Gastroenterologie und  
Hepatologie



**Prof. Pierre-Alain Clavien**  
Co-Leiter Medizinbereich,  
Direktor Klinik für Viszeral-  
und Transplantations-  
chirurgie



**Beatrice Biotti**  
Leiterin Pflegedienst



**Andreas Käser**  
Leiter Betriebswirtschaft



**Prof. Gerd Kullak-Ublick**  
Direktor Klinik für  
Klinische Pharmakologie  
und Toxikologie



**Prof. Giatgen Spinas**  
Direktor Klinik für Endo-  
krinologie, Diabetologie  
und Klinische Ernährung



**Prof. Tullio Sulser**  
Direktor Klinik für  
Urologie



**Prof. Rudolf Wüthrich**  
Direktor Klinik  
für Nephrologie



**Chantal Jelmini**  
Klinikmanagerin Klinik  
für Nephrologie



**Göksen Wang**  
Klinikmanagerin Klinik  
für Urologie



**Katja Guler**  
Klinikmanagerin der  
Kliniken für Gastroentero-  
logie, Endokrinologie  
und Pharmakologie

## — KLINIK FÜR ENDOKRINOLOGIE, DIABETOLOGIE UND KLINISCHE ERNÄHRUNG

Die Klinik führte im Jahr 2012 über 7'900 Konsultationen bei Patienten mit Diabetes, Hormon- und Stoffwechselkrankheiten durch, was einem Zuwachs von 4 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Zudem leistete sie rund 2'700 Konsilien. Da die Sprechstunde für Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen als überregionales Referenzzentrum anerkannt ist, kann die Klinik am neu geschaffenen klinischen Forschungsschwerpunkt für seltene Krankheiten (Radiz) der Universität Zürich partizipieren. Im Rahmen der Betreuung von Patienten mit Adipositas und Essstörungen wurden verschiedene Gruppenkurse (BASEL, Blutglukosewahrnehmungstraining BGAT, eiweissarmes Kochen und Mittagstisch) veranstaltet. Erneut wurden Mitarbeiter der Klinik für ihre Forschung ausgezeichnet: Prof. Jan Krützfeldt erhielt den Wissenschaftspreis der Walter-und-Gertrud-Siegenthaler Stiftung für seine Arbeit «Mikro RNAs als neue therapeutische Ansätze bei Stoffwechselkrankheiten» und Dr. Michel Hochuli den Servier-Forschungspreis der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie.

	2012	Veränderung 2011/2012
<b>Ambulante Konsultationen</b>		
Bei Diabetes mellitus	3'962	-2 %
Bei endokrinologischen Erkrankungen	3'017	9 %
<b>Behandlungen und Beratungen</b>		
Instruktionen für Insulinpumpe	122	0 %
Glukosesensor-Installationen	113	0 %
Diabetesberatungen	5'608	36 %
Ernährungsberatungen	12'612	2 %
Apparative Tests (Sono, Körperfett)	176	13 %
Laborbestimmungen (Blut, Urin)	5'680	9 %
Spitalaustritte (Fälle)	91	4.6 %
CMI	0.912	9.9 %
Verweildauer in Tagen (Ø)	5.6	-23.2 %

## — KLINIK FÜR GASTROENTEROLOGIE UND HEPATOLOGIE

Wie bereits im Vorjahr war vor allem in den Bereichen der komplexen endoskopischen Verfahren wie der endoskopisch retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP) und Endosonografie sowie im der Hepatologie eine starke Leistungszunahme zu verzeichnen. 2012 konnten zudem Innovationen wie die Endobarriertechnik und

3D-Manometrien eingeführt werden. Im Rahmen von klinischen Studien können immer mehr Hepatitis-C-Patienten mit neuen Therapien ohne Interferon behandelt werden; diese Therapien haben deutlich weniger Nebenwirkungen. Bei den klinischen Studien im Bereich chronisch-entzündliche Darmerkrankungen rangierte die Klinik mit drei Studien unter den «Top five recruiting»-Zentren weltweit. Oberarzt Dr. Pascal Frei wurde per 1. Juli 2012 zum Leiter der Gastroenterologie am Spital Zimmerberg gewählt. Oberarzt Dr. Oliver Götze wurde habilitiert und in eine leitende Stelle an der Universität Würzburg berufen. Prof. Gerhard Rogler wurde in die European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) und in die International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases (IOIBD) gewählt.

	2012	Veränderung 2011/2012
Gastroskopien	4'115	0 %
Koloskopien	1'737	-4 %
ERCP	486	8 %
Leberbiopsien	230	35 %
Ultraschalluntersuchungen	4'270	9 %
Endosonografien	734	3 %
Spitalaustritte (Fälle)	720	13.4 %
CMI	1.435	-0.9 %
Verweildauer in Tagen (Ø)	8.1	5.2 %

## — KLINIK FÜR KLINISCHE PHARMAKOLOGIE UND TOXIKOLOGIE

Ein Schwerpunkt der Klinik war die Beratung von Spital- und Praxisärzten zu allen Fragen der Arzneimitteltherapie und zur Behandlung von akuten und chronischen Vergiftungen. Eine Folge davon war, dass deutlich mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen gemeldet wurden. Als einziges Labor in der Schweiz bietet die Klinik seit 2010 die genetische Diagnostik von Varianten in Transportergenen an, welche in ausgewählten Fällen cholestatischer Leberkrankheiten zur Anwendung kommt. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Klinik umfassten die medikamentös induzierte Leberschädigung, die Pharmakogenetik, Arzneimitteltransporter und deren genetische Regulation, biliäre Lipidsekretion, Pharmakoepidemiologie und Arzneimittelsicherheit, Planung von pharmakokinetischen Studien sowie pharmakokinetische und statistische Auswertung von klinischen Studien.

## — *Medizinbereich* *Abdomen-Stoffwechsel*

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Interpretation von AZA-/6-MP-Metaboliten	126	-30 %
Fälle des Medikamenten-Informationsdiensts	737	-2 %
Davon Fragestellungen aus dem USZ	528	-3 %
Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen an Swissmedic	681	13 %
Davon UAW-Meldungen aus dem USZ	138	-25 %
Genetische Diagnostik cholestatischer Leberkrankheiten	1	0 %
Konsultationen bei stationären Patienten	5'102	-12 %
Toxikologische Anfragen USZ/Vergiftungspatienten (STIZ)	259	-14 %

### — **KLINIK FÜR NEPHROLOGIE**

Die medizinischen Dienstleistungen der Klinik stiegen im Jahr 2012 leicht an. Nach langer Vorbereitungsarbeit wurde die Dialysestation am 6. November 2012 erfolgreich nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Im Bereich der ärztlichen Fortbildung organisierte die Klinik mehrere Symposien mit namhaften Referenten aus dem In- und Ausland. Wissenschaftlich war das Jahr sehr erfolgreich: Internationale Kooperationen konnten ausgebaut werden, und es wurden zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten in namhaften Fachzeitschriften publiziert. PD Dr. Clemens Cohen, Leitender Arzt an der Klinik, wurde per 1. Oktober 2013 auf eine Chefarztstelle am Klinikum Harlachingen in München berufen.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Stationäre Patienten	267	8 %
Pflegetage	3'064	-7 %
CMI	2.137	0.3 %
Ambulante Konsultationen	7'385	1 %
Hämodialysebehandlungen	7'792	-1 %
Apherese und Adsorptionen	84	-40 %
Peritonealdialysevisiten	625	6 %
Nierenultraschalluntersuchungen	1'655	4 %
Nierenbiopsien	152	1 %

### — **KLINIK FÜR UROLOGIE**

Im Einführungsjahr der Fallpauschalen (DRG) spürte die Klinik für Urologie bei den komplexen Eingriffen einen starken Konkurrenzdruck. Trotzdem konnte das Budgetziel durch Kompensation mit anderen Eingriffen erreicht werden. Erfreulicherweise konnten die ambulanten Leistungen um 5 % gesteigert werden. Das Prostatakarzinomzentrum wurde erfolgreich rezertifiziert und beteiligt sich am Tumorzentrum des UniversitätsSpitals Zürich. 2012 blickte die Urologie auf ihr 50-jähriges Bestehen zurück, das am 9. Juni mit einem Festakt in der Aula der Universität Zürich gefeiert wurde. Im Rahmen des Jubiläumsjahrs fanden zwei Publikumsveranstaltungen statt, zwei Fortbildungen für Hausärzte und eine zweitägige Veranstaltung «Brennpunkt Urologie» für Urologen. Im Februar konnte das 4. Uro-Onkologische Symposium zum Thema Nierenzellkarzinom mit einer Live-OP mit internationaler Beteiligung durchgeführt werden. PD Dr. Dr. Daniel Eberli wurde zum Leitenden Arzt befördert und mit dem C.E.-Alken-Preis ausgezeichnet.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Da Vinci: Radikale Prostatektomie	109	-12 %
TUR-Prostata	196	16 %
Brachytherapie	14	17 %
Radikale Zystektomie	25	-29 %
Harnblasensphinkter-Implantation	12	100 %
TUR-Blase	190	30 %
Da Vinci: Teilnephrektomie	29	-22 %
Spitalaustritte (Fälle)	1'850	-4.6 %
Anzahl Patienten ambulant	7'372	4.9 %

### — **KLINIK FÜR VISZERAL UND TRANSPLANTATIONSSCHIRURGIE**

Dank einer konsequenten strategischen Ausrichtung auf Spitzenmedizin konnte die Klinik erneut zahlreiche Innovationen verzeichnen. Erstmals weltweit führten Ärzte der Klinik eine Lebertransplantation mit gleichzeitiger Herz-Teilresektion durch; die Patientin litt an einem durch Fuchsbandwurm verursachten Tumor. Bei primär nicht resezierbaren Lebertumoren konnte die neue Operationstechnik Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) eingeführt werden. Dabei wird das Krebsgewebe in einem zweistufigen Eingriff vollständig entfernt. Die irreversible Electroporation (IRE) – Nano Knife – ist eine neuartige Methode zur selektiven Zerstörung von Krebszellen in der Leberchi-

rurgie. Bei diesem Verfahren bleibt, im Gegensatz zu konventionellen Verfahren, die gesamte Gewebeinfrastruktur erhalten. Auf diese Weise entstehen keine temperaturbedingte Verletzungen von benachbarten Gefäss-, Nerv- und Venenstrukturen. Aufgrund mehrerer Abgänge stand das Jahr 2012 für das Fachteam Kolorektal & Proktologie ganz im Zeichen der Teamneubildung und -etablierung. Durch die Rekrutierung neuer Mitarbeiter ist es gelungen, ein kompetentes, innovatives Team aufzubauen. So war es bereits im ersten Wirkungsjahr möglich, eine neue Methode zur Behandlung wiederkehrender Anal fisteln mittels speziellen Clips (OTSC-Proctologie) erstmals in der Schweiz zu testen und in das Behandlungsangebot zu integrieren.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Spitalaustritte (Fälle)	1'986	-6.4 %
Casemix-Index (CMI)	2.534	3.5 %
Verweildauer in Tagen (Ø)	9.9	2.8 %
Leber (Anz. Resektionen)	146	-6 %
Pankreas	44	-23 %
Gallengang	57	8 %
Leber TPL (incl. kombinierte TPL)	39	-3 %
Lebendleber TPL	4	-43 %
Pankreas TPL (alle TPL kombiniert mit Nieren)	12	20 %
Nieren TPL (incl. kombinierte TPL)	58	-15 %
Lebend-Nieren TPL	22	-31 %
Magen	60	-15 %
Oesophagus	73	3 %
Morbide Adipositas	140	-9 %

— *Medizinbereich*

# Frau-Kind

Im Jahr 2012 hat der Medizinbereich Frau-Kind (FKI) erneut die stationären und ambulanten Leistungen des Vorjahres übertroffen und 9.1 Mio CHF mehr erwirtschaftet als budgetiert. Während die stationären Fälle leicht zurückgingen, nahm der Casemix-Index (CMI) zu, was insgesamt zu mehr Erträgen führte. Gesteigert werden konnte auch der Ertrag aus den ambulanten Behandlungen. Mit der neuen Geschäftsordnung sind neu alle vier Klinikdirektoren in der Bereichsleitung vertreten. Die bauliche Erneuerung der Klinik für Neonatologie auf dem gleichen Stockwerk im Gebäude Nord1 konnte planmässig abgeschlossen werden. Die Detailplanung für den Umbau und die Erweiterung des Brustzentrums und des Kinderwunschzentrums wurde in Angriff genommen, so dass im Frühling 2013 mit dem Umbau begonnen werden kann. Diese Investition schafft gute Voraussetzungen für eine hochspezialisierte Medizin in der Frauenheilkunde und der Neonatologie. Nun stehen nur noch die Renovation und Erweiterung der Gebärdabteilung und die Renovation der Bettenstationen an. Dr. Judit Pók Lundquist, die seit 1990 als Oberärztin und ab 2003 als Leitende Ärztin die Frauen-Poliklinik geprägt hatte, trat Ende 2012 in den Ruhestand.



**Prof. Hans Ulrich Bucher**  
Leiter Medizinbereich,  
Direktor Klinik  
für Neonatologie



**Clara Bucher**  
Leiterin Pflegedienst



**Marianne Mettler**  
Leiterin Betriebswirtschaft



**Prof. Daniel Fink**  
Direktor Klinik  
für Gynäkologie



**Prof. Roland Zimmermann**  
Direktor Klinik  
für Geburtshilfe



**Prof. Bruno Imthurn**  
Direktor Klinik für Reproduktions-Endokrinologie

Spitalausritte (Fälle)  
8'464

**-1.9 %**

Casemixpunkte  
6'994

**+2.4 %**

Casemix-Index (CMI)  
0.826

**+4.4 %**

Verweildauer in Tagen (Ø)  
5.6

**-1.4 %**

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 15'097

**+4.0 %**

Ambulante Patienten  
19'991

**+4.2 %**



## — KLINIK FÜR GEBURTSHILFE

Den Wechsel auf das neue Fallpauschalsystem (DRG) hat die Klinik problemlos überstanden, so dass sie Ende Jahr finanziell sehr gut dasteht. Die Geburtenzahl hat im Jahr 2012 um 1 % weiter zugenommen. Die Steigerung wäre höher ausgefallen, doch wie im Vorjahr mussten wegen Kapazitätsengpässen in der Geburtshilfe und in der Neonatologie Schwangere abgewiesen bzw. in andere Kliniken verlegt werden. Die Möglichkeiten, Platz für weitere Schwangere zu schaffen, sind gering, da die meisten Massnahmen bereits ausgeschöpft sind. Gestiegen ist die Zahl der fetalchirurgischen Eingriffe. Im Bereich der Grundlagenforschung konnten erneut mehrere namhafte Unterstützungsbeiträge eingeworben werden. Sorgenkind bleibt die klinische Forschung, die mangels Forschungsräumen und wegen der hohen Arbeitsbelastung in der Klinik nicht wie gewünscht vorankommt.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Entbundene Kinder	2'661	1 %
Abrechenbare Klinikaustritte (ohne NG)	3'882	3 %
Zusatzversicherte (ohne NG)	526	2 %
Abrechenbare Pflagestage (ohne NG)	25'649	1 %
Anzahl Frühgeburten (< 37 SSW)	561	11 %
Anteil Frühgeburten	22.4 %	10 %
Anzahl Sectiones	1'092	2 %
Sectio-Rate	43.5 %	1 %
Amb. Besuche	16'869	4 %
Amb. Patientinnen	5'167	5 %
Amb. Taxipunkte (in Mio.)	5.10	0 %
Ultraschalluntersuchungen	21'782	3 %
Invasive Eingriffe	518	-9 %
Casemix (SwissDRG 1.0)*	3'301	4 %
Casemix-Index (SwissDRG 1.0)*	0.61	4 %
Anteil Inlier < ALOS (alle Fälle)	69.0 %	7 %

\* inkl. berechneter Casemix der noch nicht kodierten Austritte

## — KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE

Medizinische Schwerpunkte der Klinik für Gynäkologie sind die gynäkologische Onkologie, die Senologie mit dem Brustzentrum, die minimalinvasive Chirurgie (inkl. Therapie der Endometriose) und die Urogynäkologie. Auch 2012 war es uns ein grosses Anliegen, beste Qualität in der medizinischen Behandlung und Betreuung sowie in der Forschung und Lehre zu garantieren. Das Brustzentrum und das

gynäkologische Tumorzentrum wurden 2012 durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Dies unterstreicht den Stellenwert der Klinik als Kompetenzzentrum für schwierige operative Eingriffe und komplexe Fälle in der gynäkologischen Onkologie. Trendgemäss nahmen die ambulanten Therapien zu und die stationären ab. Die Zahl der Behandlungen in der Tagesklinik stieg um 9 %. Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer reduzierte sich von 4 auf 3.8 Tage. Im ambulanten Bereich verzeichnete das Brustzentrum eine Steigerung bei den Brustbiopsien (13.8 %), aber auch die Notfälle (inkl. Nacht und Wochenende) nahmen deutlich zu (15.6 %).

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Stationäre Austritte	2'563	-4.4 %
Operative Eingriffe	5'143	-0.4 %
Pflagestage nach DRG	9'739	-9.2 %
Ø Aufenthaltsdauer	3.8	-5 %
ALOS resp. Inlier < ALOS (in Bezug auf alle Fälle %, Swiss DRG)	44.8	9.8 %
CMI	0.81	0.8 %
Konsultationen Poliklinik, pers. Sprechstunden und Spezialsprechstunden	22'654	6.2 %
Anzahl Biopsien im Brustzentrum	445	13.8 %
Behandlungen in der Tagesklinik	3'430	9 %
Notfälle, inkl. Nacht und Wochenende	4'178	15.6 %

## — *Medizinbereich* *Frau Kind*

### — KLINIK FÜR NEONATOLOGIE

Das Jahr 2012 war geprägt durch die Fertigstellung und den Bezug der neuen Räume und die damit verbundene Reorganisation der Klinik. Auf demselben Stock, auf dem die alten Stationen und die Gebärabteilung liegen, wurden zwei Intensivstationen und eine Intermediate-Care-Station für Neugeborene gebaut und mit modernsten Geräten ausgestattet. Gleichzeitig wurden die Pflegeteams schrittweise vergrössert und neu aufgeteilt und die Abläufe neu gestaltet. Trotz der Mehrbelastung durch den Umzug konnte die Patientenzahl über das ganze Jahr sogar gesteigert werden – möglich machten diesen Kraftakt hochmotivierte Mitarbeitende. Die bereits begonnene Rekrutierung von zusätzlichen Pflegefachkräften wird im Jahr 2013 fortgesetzt. Da Pflegenden mit Erfahrung in der Intensivbehandlung von Neugeborenen rar sind, müssen die Weiter- und die Fortbildung vermehrt gefördert werden – von dieser Klinik und anderen Neonatologieabteilungen in der Schweiz.

	2012	Veränderung 2011/2012
Stationäre Eintritte	726	10.3 %
Pflegetage/Aufenthaltsdauer	8'697	3.5 %
Casemix	1'578	6.3 %
CMI	3.04	4.1 %
Verlegungsabschlüsse	166.5	-47.3 %
Mehrlinge	163	1.2 %
Extreme Frühgeborene (24-31 6/7 SSW)	126	-13.7 %
Davon verstorben	20	-28.6 %
Neugeborene mit Fehlbildungen	141	35.6 %
Kranke Neugeborene auf Wochenbettstation	261	9.7 %
Beatmungstage	365	16.6 %
Tage Nasen-CPAP	1'487	27.6 %

### — KLINIK FÜR REPRODUKTIONS-ENDOKRINOLOGIE

Das Berichtsjahr 2012 war gekennzeichnet von einer Konsolidierung der Dienstleistungszahlen auf sehr hohem Niveau. So konnte die Pensionierung des langjährigen Leiters der Fertilitätslabors durch die Beförderung der bisherigen Stellvertreterin erfolgreich aufgefangen werden. Die Akkreditierung der Fertilitätslabors nach ISO 17025 war dabei eine wichtiger Stütze. Aufgrund des kontinuierlichen Wachstums der Kinderwunschbehandlungen konnten in einem aufwändigen Verfahren bauliche Anpassungen der Labors geplant werden, welche im Folgejahr zur Ausführung kommen werden. Die Nachfrage nach den Dienstleistungen der Klinik war auch

im Berichtsjahr erfreulich hoch. Die Konsultationszahlen stiegen im Vergleich zum Vorjahr weiter an. Eine signifikante Steigerung wird zukünftig ohne Ausbau der begrenzten räumlichen und personellen Ressourcen der Klinik kaum mehr möglich sein. Da die Anmeldungen vor allem im Kinderwunschbereich nach wie vor sehr hoch sind, mussten den Patientinnen und Paaren leider wiederum längere Wartezeiten zugemutet werden.

	2012	Veränderung 2011/2012
Ambulante Konsultationen	13'985	2.5 %

— *Medizinbereich*

# Anästhesiologie-Intensivmedizin- OP-Management

Im Medizinbereich Anästhesiologie-Intensivmedizin-OP-Management (AIO) standen im Jahr 2012 einige strukturelle Anpassungen auf der Agenda. Die Strukturen für die Bereichsleitung, die Intensivmedizin, das OP-Management und den Pflegedienst wurden überprüft und angepasst. Hiervon erwartet sich das Universitätsspital Zürich vor allem eine Optimierung der Abläufe. Erfreulicherweise konnten die grossen Projekte des Medizinbereichs entscheidend weitergebracht werden. Das Projekt Same Day Surgery mit dem Ziel, Patienten bereits am Tag der Aufnahme zu operieren, konnte in der Kernzone des Spitals erfolgreich eingeführt werden. Ein erster Pilot des Universitätsspital-weiten Projekts Optimierung Versorgungslogistik wurde ebenfalls erfolgreich auf einer Intensivstation durchgeführt. Auch das Projekt Patientendaten-Management-System (PDMS) erzielte Fortschritte, so dass plangemäss im Lauf des Jahrs 2013 eine entsprechende Ausschreibung stattfinden kann. Im Projekt Skill-/Grademix wurde in einem ersten Schritt der Einsatz von Fachangestellten Gesundheit im Operationssaal und auf der Intensivstation geprüft.



**Andreas Greulich**  
Leiter Medizinbereiche



**Prof. Donat Spahn**  
Leiter Medizin



**Sylwia Siofer**  
Leiterin Betriebswirtschaft  
a. i.

## — *Medizinbereich*

### *Anästhesiologie-Intensivmedizin-OP-Management*

#### — INSTITUT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Die Anästhesie beinhaltet die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten, die eigentliche Durchführung der Anästhesie sowie eine umfassende Nachbetreuung. Ebenso gehören ins Gebiet der Anästhesiologie die Intensivtherapie, die Wiederbelebungs- und Notarztdienste sowie die Behandlung akuter und chronischer Schmerzen. Hochstehende Forschung, eine moderne Lehrtätigkeit und eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten sind Voraussetzungen für eine hohe Qualität in der Anästhesiologie. Die Zahl der Anästhesien war gegenüber 2011 stabil, ebenso die Anzahl Patientinnen und Patienten, welche in einem der Aufwachräume betreut wurden. Die Betreuungszeit im Aufwachraum war leicht rückläufig. Die Anästhesien für Transplantationen sind 2012 gesunken, die Notarzteinsätze mit Schutz & Rettung nahmen zu, diejenigen mit der Rega ab. Die ambulante Anästhesiesprechstundentätigkeit konnte leicht gesteigert werden. Der Verbrauch von labilen Blutprodukten wurde auf dem tiefen Niveau des Vorjahres gehalten; der Verbrauch von stabilen Blutprodukten konnte reduziert werden. Die wissenschaftliche Tätigkeit unserer Mitarbeitenden war mit 35 Veröffentlichungen in hochrangigen wissenschaftlichen Journalen ebenfalls erfolgreich.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Anästhesien	26'636	-0.1 %
Anästhesiezeit (h)	77'297	-1.2 %
ASA 3–5 (%)	32.4	-4.4 %
Anästhesien, Transplantationen	169	-12 %
Ambulante Anästhesiesprechstunde	3'969	11.3 %
Patienten AWR	15'694	-0.1 %
Betreuungszeit AWR (h)	56'322	-3.5 %
Behandlungen Geburtsschmerzen	888	-1.8 %
Patienten F-HOER IPS	1'054	-1.9 %
Notarzteinsätze Schutz & Rettung Zürich	1'774	9.1 %
Notarzteinsätze Rega	819	-11.2 %

#### — INTENSIVMEDIZIN

Wie schon im Vorjahr gestaltete sich auch im Jahr 2012 die Wiederbesetzung der Pflegestellen extrem schwierig, da der Personalmarkt für diplomierte Fachexperten Intensivpflege in der Schweiz ausgetrocknet ist. Die Personalfuktuation konnte nicht auf allen Intensivstationen ausgeglichen werden. Das führte dazu, dass nur 59 von 65 zur Verfügung stehenden Intensivbetten betrieben

werden konnten. Die Tatsache, dass die Bettenauslastung in diesem Jahr aus noch unklaren Gründen leicht zurückging, entschärfte den Mangel an spezialisierten Pflegefachkräften. Erneut war festzustellen, dass der Schweregrad der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten – gemessen am SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) – zunahm. Auch die Zahl beatmeter Patienten stieg leicht an. Die Gründe für den deutlichen Rückgang an Hämofiltrationsschichten sind noch unklar. Womöglich ist er damit zu erklären, dass das intermittierende Nierenersatzverfahren vermehrt eingesetzt wurde.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Anzahl betriebener Betten	59	0 %
Bettenbelegung in %	92	-2.1 %
Anzahl Patienten	4'478	-1.2 %
SGL Kat. 1a in % kumulativ	41.3	-3.5 %
SGL Kat. 1 in % kumulativ	28.2	-2.4 %
SGL Kat. 2 in % kumulativ	28.3	8.5 %
SGL Kat. 3 in % kumulativ	2.2	0 %
IPS-Aufenthalt (Durchschnitt in Tagen)	4.1	-2.4 %
Total geleistete Pflegetage	23'610	-3.6 %
Durchschnittlicher SAPS II	31.3	3.3 %
Anzahl beatmete Patienten	2'492	0.7 %
Durchschnittliche Beatmungsdauer in Tagen	6.4	-4.5 %
Hämofiltration, Anzahl Schichten	17'140	-8.0 %
Mortalität (in %)	6.7	-4.3 %
Nichtgeplante Wiedereintritte (in %)	2.3	-11.5 %

#### — OP-MANAGEMENT

Das OP-Management war neben dem Tagesgeschäft erneut mit dem Ausbau wichtiger Grundlagen beschäftigt, insbesondere mit dem Auf- und Ausbau eines elektronischen OP-Reportings. Die ersten fertiggestellten AMALGA-OP-Reports waren Gegenstand der neu geschaffenen Schnittstellengespräche zwischen dem OP-Management und den chirurgischen Kliniken. Auch konnte der Operationsaal Nord2 nach fast zweijähriger Bauzeit in Betrieb genommen werden. Mit dem Umbau wurde die bauliche Infrastruktur so angepasst, dass Verbesserungen in den OP-Abläufen (zum Beispiel parallele Ein- und Ausleitung) einfacher umsetzbar sind. Ferner hat das OP-Management massgeblich an der Umsetzung des Safe-Surgery-Projekts mitgearbeitet.

— *Medizinbereich*

# Bildgebende Verfahren

**D**er Medizinbereich Bildgebende Verfahren (BGV) fokussierte im Jahr 2012 auf den Ausbau der ambulanten Bildgebung und auf die Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Im Juli 2012 eröffnete das neue MR-Zentrum Nord mit drei neuen Magnetresonanztomografen der jüngsten Generation. Um die Abläufe zu verbessern, wurde ein Projekt gestartet, das die Dispositionen des Bereichs zusammenfasst. Zudem wurden die Öffnungszeiten verlängert. Als innovatives Projekt wurde das «Demenz-Zentrum» Wagi in Zusammenarbeit mit externen Professoren und der Universität initiiert. Unter dem DRG-Fallpauschalensystem ist die Bildgebung ein bedeutender Qualitäts-, aber auch ein Kostenfaktor. Die DRGs verlangen eine raschere Entscheidungsfindung sowie eine Verdichtung der Leistungen innerhalb verkürzter Verweildauern. Neben der wirtschaftlichen Seite muss auch das Umfeld aufrechterhalten werden, um Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung weiterhin zu ermöglichen. Deshalb ist es wichtig, dass die Kliniken des Bereichs Bildgebende Verfahren organisatorisch sowie in Lehre und Forschung näher zusammenrücken. Die strategischen Ziele des Bereichs sind die Reduktion von parallelen Abläufen, die Optimierung des Gesamtbildgebungsprozesses sowie die Schaffung von attraktiven Arbeitsplätzen, Weiterbildungscurricula und von Forschungsmöglichkeiten.



**Prof. Gustav von Schulthess**  
Leiter Medizinbereich,  
Direktor Klinik für  
Nuklearmedizin



**Thomas Frauenfelder**  
Leiter Medizin



**Prof. Jürg Hodler**  
Institut für Diagnostische  
und Interventionelle  
Radiologie



**Beat Hübelin**  
Leiter Pflegedienst



**Gerlinde Spitzl**  
Leiterin Betriebswirtschaft

Spitalaustritte (Fälle)  
160

**+15.1 %**

Casemixpunkte  
136

**+9.5 %**

Casemix-Index (CMI)  
0.852

**-4.9 %**

Verweildauer in Tagen (Ø)  
3.6

**-21.1 %**

Abrechenbare Taxpunkte  
(in TTXP) 15'760

**+4.1 %**

Ambulante Patienten  
9'297

**+1.5 %**

## — *Medizinbereich* *Bildgebende Verfahren*

### — INSTITUT FÜR DIAGNOSTISCHE UND INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Während der Berichtsperiode zeigte sich eine deutliche Verschiebung von konventionellen Röntgenaufnahmen zur aufwändigeren MR-Bildgebung. Auch die interventionelle Radiologie verzeichnete einen Zuwachs (+15 %) und die CT-gesteuerten Interventionen wuchsen noch stärker (+41 %). Die Bildgebung verlagerte sich vom stationären in den ambulanten Bereich; Grund dafür sind vermutlich die DRG-Fallpauschalen. Der Anteil ambulanter Untersuchungen stieg auf 56 % an, 2011 waren es noch 51 %. Abgenommen haben insbesondere die präoperativen konventionellen Thoraxuntersuchungen (–5 %). Festzuhalten ist eine allgemeine Produktivitätssteigerung des Instituts (+2 % Untersuchungen pro Mitarbeiter).

2012 wurden neue, auf die Zukunft ausgerichtete Dienstleistungen aufgebaut. Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (DIR) betreibt seit Juli die Radiologie der SUVA-Rehaklinik in Bellikon, zu der auch eine teleradiologische Anbindung besteht. In die gleiche Richtung zielt die Einführung von DocBox, einem Online-Buchungstool für externe Zuweiser. Mit der Inbetriebnahme des MR-Zentrums Nord wurde die MR-Kapazität deutlich gesteigert.

Das DIR ist der grösste Weiterbildner für Radiologie in der Schweiz; im Jahr 2012 bestanden elf Ärztinnen und Ärzte die Facharztprüfung. Das Institut organisierte mehrere Kurse, ein MTRA-Symposium und zwölf Gastvorlesungen. Im Lauf des Jahrs erschienen über 90 wissenschaftliche Publikationen. Zusätzlich zur klinischen Forschung baute das Institut die Grundlagenforschung auf; dafür wurde ein Micro-CT angeschafft. Die Universität Zürich sprach einem vom DIR geführten Konsortium einen klinischen Forschungsschwerpunkt (KFSP) in molekularer Bildgebung zu. Das Institut ist nach ISO 9001:2008 zertifiziert und dokumentiert damit seine kontinuierliche Qualitätsförderung.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Interventionelle Radiologie	3'989	15 %
MRI	6'829	4 %
CT	25'507	–1 %
Konventionelle Röntgenaufnahmen	60'619	–3 %
Mammografie	3'886	–1 %
Ultraschall	12'757	–2 %
Taxpunkte/Untersuchung	287	2 %
Untersuchungen/Mitarbeitende	1'382	2 %
<b>Total Untersuchungen</b>	<b>116'636</b>	<b>–2 %</b>

### — KLINIK FÜR NUKLEARMEDIZIN UND CARDIAC IMAGING

Die Klinik für Nuklearmedizin (NUK) verzeichnet zweistellige Zuwachsraten in den Bereichen Schilddrüse und Herz. Leicht rückläufig sind die PET-CT-Untersuchungszahlen, was auf die Inbetriebnahme von zwei privaten PET-CT-Scannern in unserem Einzugsgebiet zurückzuführen ist. Die Palette der verfügbaren PET-Tracer wird laufend erweitert: Neu bietet die Klinik das Theragnostikpaar Ga-/Lu-DOTATATE zum Staging und zur metabolischen Therapie neuroendokriner Tumoren an. Die Herzdiagnostik wächst weiter und bietet nun die ganze Palette von Perfusionsuntersuchungen mittels SPECT und MR, Calcium Scoring Coro-CT an. Die anderen konventionellen nuklearmedizinischen Leistungen sind stabil oder nehmen zu.

Die wissenschaftliche Tätigkeit der NUK bewegt sich weiter auf hohem Niveau. Zu erwähnen sind neurologische Grundlagenforschung, angewandte Forschung in der Kardiologie, in der Tumor- und in der Entzündungsbildgebung. Die PET/CT-MR-Anlage läuft nun so, dass in grossem Umfang klinische Daten akquiriert werden können (etwa 700 PET/CT-MR im Jahr 2012); verschiedenste Analysen integrierter PET/MR-Bildgebung stehen vor dem Abschluss. Damit kann klinisch basiert definiert werden, wo PET/MR sinnvoll eingesetzt werden sollen. Als internationales Ausbildungszentrum für PET/CT-Diagnostik und Herzbildgebung hat die NUK im Jahr 2012 rund 30 Fellows aus aller Welt für einen bis zwölf Monate betreut. Damit ist die Zahl der am UniversitätsSpital Zürich ausgebildeten PET/CT-Fellows auf über 150 gestiegen.

Die Radiopharmazie schloss das Geschäftsjahr 2012 positiv ab. Die externen medizinischen Erträge sind erneut gestiegen, auch weil neue Kunden gewonnen werden konnten. Zudem gelang es, die Erträge pro Kunde zu steigern. Das enorme Vertrauen unserer Kunden basiert im Wesentlichen auf der überragenden Lieferzuverlässigkeit der Radiopharmazie; unsere Fehlerquote lag auch in diesem Jahr bei unter 1 %. Für den Tracer F-18 Cholin wurde im dritten Quartal 2012 die Zulassung von der Swissmedic bestätigt. Damit ist die Radiopharmazie bis auf Weiteres der einzige Produzent mit einer Marketing Authorization für diesen Tracer in der Schweiz. Mit dem Beschluss der Spitaldirektion, ein neues PET-Tracer-Produktionslabor im Wagi-Areal aufzubauen, wird die Zukunfts- und Versorgungssicherheit der Radiopharmazie bestätigt und gestärkt.

	2012	Veränderung 2011/2012
Lungenuntersuchungen	307	12 %
Nierenuntersuchungen	203	0 %
Herzuntersuchungen	5'269	1 %
Sentineluntersuchungen	363	12 %
Skelett- und Ganzkörperuntersuchungen	712	7 %
PET mit FDG u. a. Tracern	5'354	-7 %
Therapien	339	11 %
Schilddrüsenuntersuchungen	3'181	18 %
<b>Total NUK-Leistungen</b>	<b>15'728</b>	<b>2 %</b>
CT für Abs. Korrektur Herz	1'459	-1 %
CT Koro (teils SPECT-CT-Fusion)	810	28 %
CT bei PET-CT (mit und ohne KM)	5'354	-7 %
Herz MRI (mit DIR)	234	-3 %
<b>Total CT-Leistungen</b>	<b>7'623</b>	<b>-3 %</b>

#### — KLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE (INFRASTRUKTURMANAGEMENT)

Im Jahr 2012 wurden in der grössten radio-onkologischen Einrichtung der Schweiz 1'456 Patientinnen und Patienten an fünf Linearbeschleunigern, einem Afterloader und einer Orthovolttherapieeinrichtung behandelt. Dafür wurden 1'631 Bestrahlungspläne erstellt, 46 % davon allein für modulierte Techniken. Das Jahr 2012 stand auch für die Klinik für Radio-Onkologie im Zeichen der Implementierung der am Spital neu eingeführten Fallpauschalen (DRG). Des Weiteren erfolgten technische Innovationen wie die Inbetriebnahme der neuen Translationsliege für Ganzkörperbestrahlungen und die vorklinische Implementierung eines Ansatzes zur dynamischen Kompensation von Zielvolumenbewegungen in Echtzeit, die gegenwärtig in Zusammenarbeit mit der ETH Zürich weiterentwickelt wird. Eingeleitet wurde die Beschaffung eines neuen Linearbeschleunigers. Derzeit werden über 20 wissenschaftliche Fragestellungen bearbeitet, etwa die Hälfte davon in enger Zusammenarbeit mit externen Firmen. Die Forschungstätigkeit, welche auf die technischen Möglichkeiten am Linearbeschleuniger fokussiert, wurde fortgesetzt. So wurde beispielsweise untersucht, inwieweit sich dieses Gerät für die hypofraktionierte Behandlung des Prostatakarzinoms eignet. Insgesamt wurden drei Originalarbeiten veröffentlicht und die Gruppe war an einer weiteren Publikation beteiligt. Ferner sind zwölf wissenschaftliche Beiträge auf Kongressen und 33 Vorträge auf internen Veranstaltungen zu verzeichnen.

*Der Jahresbericht der Klinik für Neuroradiologie ist integriert in den Bericht des Medizinbereichs Neuro-Kopf.*

— *Medizinbereich*

# Diagnostik

**D**er Medizinbereich Diagnostik erbringt Dienstleistungen im Bereich Labormedizin und Pathologie für Patientinnen und Patienten des Universitätsspitals und von auswärtigen Zuweisern. Mittels Laboranalysen von Körperflüssigkeiten, Zellen und Gewebe werden Krankheitsdiagnosen gestellt sowie Behandlungsplanung und Krankheitsmonitoring beeinflusst. Die Diagnostik erfolgt in den Instituten für Klinische Chemie, Klinische Pathologie und Neuropathologie. Zum Medizinbereich gehören auch die Labors der Kliniken für Hämatologie. Im Bereich Diagnostik ist zudem die zentrale Tumorbiobank angesiedelt. Die Methoden der molekularen Diagnostik sollen ausgebaut werden, da diese neuen Technologien in der individualisierten Medizin immer wichtiger werden. Der Medizinbereich führt patientennahe Forschung durch, aber auch Forschung im medizinischen Grundlagenbereich. Schwerpunkte sind die Krebsforschung, die Prionen- und Demenzforschung, die Atheroskleroseforschung und die hämatologische Stammzellforschung. Seit 2011 überprüft die Kommission «Point of Care Testing» die Qualitätssicherung der Messmethodik und koordiniert die Beschaffung der Geräte am UniversitätsSpital Zürich. Aktuell liegt der Schwerpunkt bei der Koordination der Teilnahme an Ringversuchen. Der Ausbildung biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (BMA) kommt im Medizinbereich Diagnostik besondere Bedeutung zu; im letzten Jahr wurde sie in allen Laboratorien prozessual vereinheitlicht. Interne Fort- und Weiterbildungen für BMA wurden im Jahr 2012 neu bereichsweit organisiert. Insgesamt fanden elf Veranstaltungen zu diversen Fachthemen statt, welche von zahlreichen Mitarbeitenden besucht wurden.



**Prof. Holger Moch**  
Leiter Medizinbereich  
Direktor Institut für  
Klinische Pathologie



**Katja Bruni**  
Leiterin Pflegedienst



**Reyko Thiem**  
Leiter Betriebswirtschaft



**Prof. Adriano Aguzzi**  
Direktor Institut für  
Neuropathologie



**Prof. Markus Manz**  
Direktor Klinik für  
Hämatologie



**PD Dr. Urs Schanz**  
Leitender Arzt, Klinik für  
Hämatologie



**Prof. Arnold von  
Eckarstein**  
Direktor Institut für  
Klinische Chemie



### — INSTITUT FÜR KLINISCHE PATHOLOGIE

Auch im Jahr 2012 nahm die Zahl der eingesandten Proben deutlich zu. Erstmals konnte auch ein Anstieg der Autopsiezahlen verzeichnet werden. Bei der Verarbeitung von Gewebe setzt das Institut auf eine Automatisierung der Probenverarbeitung. In den Laboratorien der diagnostischen Molekularpathologie und der In-situ-Techniken werden diagnostische Untersuchungen der personalisierten Medizin angeboten; zum Beispiel EGFR-Mutationsanalysen für das Lungenkarzinom oder BRAF-Analysen bei malignen Melanomen. Alle entsprechenden Ringversuche zur Qualitätssicherung wurden erfolgreich bestanden. Aufgebaut wurde am Institut die Methode des Next Generation-Sequencing. Das Angebot der interventionellen Zytologie im Punktionsambulatorium des Instituts und die Schnellbefundungen wurden erneut sehr geschätzt. Im Jahr 2012 wurde das Institut nach ISO 15198/17020/17025 erfolgreich rezertifiziert. Gleichzeitig erfolgte die bauliche Sanierung der Pathologie mit Autopsiesaal und Biopsiestation. Dr. Aurelia Noske hat im Berichtsjahr ihre Habilitation abgeschlossen. Ein Forschungsschwerpunkt des Instituts für Klinische Pathologie liegt in der Krebsforschung. Dr. Jean-Philippe Theurillat erhielt den renommierten Pfizer-Preis auf dem Gebiet der Krebsforschung für die Charakterisierung eines Onkogens bei Ovarialkarzinomen. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 110 Publikationen veröffentlicht.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Anzahl Proben		
Histopathologie	64'264	0.7 %
Autopsie	415	11.6 %
Zytopathologie	16'461	8.4 %
Gynäkozytopathologie	12'885	-4.9 %
Diagnostische Molekularpathologie	1'916	-0.9 %
In-situ-Techniken	25'277	-0.2 %
Gewebebiobank	1'715	-5.6 %
<b>Total Proben Klinische Pathologie</b>	<b>122'933</b>	<b>0.5 %</b>

### — INSTITUT FÜR NEUROPATHOLOGIE

Das Institut für Neuropathologie beschäftigt sich – in Zusammenarbeit mit den Kollegen der neurologischen, neurochirurgischen und neuropädiatrischen Disziplinen – mit der Diagnostik von Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems und der Skelettmuskulatur. Darüber hinaus führt es als Nationales Referenzzentrum für menschliche Prionenerkrankungen (NRPE) schweizweit die Diagnostik und Statistik der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen durch. Der Forschungsschwerpunkt des Instituts ist die Erforschung neurodegenerativer Erkrankungen. Dabei stehen vor allem den Prionenerkrankungen im Zentrum, welche als Paradigma für weitere neurodegenerative Erkrankungen angesehen werden können. Prof. Manuela Neumann hat im Juni 2012 den Lehrstuhl für Neuropathologie und die Direktion des Instituts für Neuropathologie in Tübingen angenommen.

### — INSTITUT FÜR KLINISCHE CHEMIE

Seit 1998 akkreditiert, erbringt das Institut für Klinische Chemie sowohl die 24h/7d-Routineanalytik als auch die in der Schweiz einzigartige Spezialanalytik. Für mehr als 500 Parameter wurden nahezu 2.8 Millionen Resultate berichtet, davon 11 % für externe Einsender. Zwecks Modernisierung und Konsolidierung wurden viele Geräte ersetzt sowie Methoden umgestellt oder neu eingeführt. Vor allem auf den Gebieten Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Forschung wurden 24 Artikel in internationalen Fachzeitschriften publiziert und für rund 1.8 Millionen Franken kompetitive Drittmittel eingeworben, unter anderem von der EU. Mitarbeitende des Instituts erteilten rund 400 Stunden Lehre in klinischer Chemie oder in den wissenschaftlichen Spezialkompetenzen an Studierende der Medizin oder Naturwissenschaften. Das Institut bildete fünf Biomedizinische Analytikerinnen und Analytiker aus; vier Laborleiterinnen und Laborleiter bildeten sich weiter. Zwei Masterstudierende und 14 Doktorierende arbeiteten an ihren Dissertationen oder schlossen im Jahr 2012 ab.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Aufträge	415'590	0.6 %
Berichtete Resultate	2'772'741	1.4 %

## — *Medizinbereich* *Diagnostik*

### — **KLINIK FÜR IMMUNOLOGIE**

Die Klinik für Immunologie behandelt in enger Zusammenarbeit mit anderen internistischen Fachkliniken vornehmlich Patientinnen und Patienten mit vaskulitischen Erkrankungen, Kollagenosen und Immundefizienzerkrankungen. Ein interdisziplinäres Team der Inneren Medizin, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie und Rheumatologie diskutiert regelmässig klinische Probleme und definiert interdisziplinäre Behandlungspfade. Die immunologische Labordiagnostik umfasst die Bestimmung von Immunglobulinen, Paraproteinen, Komplement und Autoantikörpern, die Allergie- und zelluläre Immundiagnostik sowie den Nachweis von Hepatitisviren, HIV und HTLV. Das akkreditierte Labor bildete fünf angehende Laborspezialisten FAMH und vier Biomedizinische Analytikerinnen aus. Die Forschung bearbeitete Projekte mit Bezug zu Vaskulitiden, Autoimmunerkrankungen und psychoneuroimmunologischen Fragen. Aufgebaut wurde ein neuer tumorimmunologischer Schwerpunkt unter Verwendung des adoptiven Zelltransfers. Gestützt auf eigene Forschungsergebnisse wurden in Zusammenarbeit mit dem Lungen- und Thoraxonkologiezentrum ein Bench-to bedside-Ansatz und eine klinische Studie entwickelt. Mitarbeiter der Klinik für Immunologie publizierten im Berichtsjahr 15 wissenschaftliche Artikel. Das diagnostische Labor verzeichnete eine Zunahme sowohl spitalinterner wie auch -externer Aufträge.

*Der Jahresbericht der Klinik für Hämatologie ist integriert in den Bericht des Medizinbereichs Innere Medizin-Onkologie.*

— *Klinische Forschung*

# Direktion Forschung und Lehre Zentrum für Klinische Forschung

Das Berichtsjahr war geprägt von den Vorarbeiten für das erste Projekt im Rahmen der hochspezialisierten Medizin (HSM) am Zentrum für Regenerative Medizin und der flächendeckenden Förderung der Klinischen Forschung im Kanton Zürich durch das Clinical Trials Center. Die Finanzierung dieser Projekte ist bis ins Jahr 2014 sichergestellt. Auf dem Wagi-Areal in Schlieren wurde die Erstellung eines weiteren Laborgebäudes in Angriff genommen; dort sollen unter anderem das Zyklotron und die Radiopharmazie Platz finden. Die Spitaldirektion hat das Reglement für den Betrieb eines Innovationspools verabschiedet; die Nutzung soll ab 2013 erfolgen. Das vom UniversitätsSpital Zürich formulierte strategische Ziel – der Aufbau eines Protonen-Therapieangebots am universitären Dienstleistungszentrum in Zürich – wird am Standort des Paul Scherrer Instituts in Villigen durch den planmässigen Einbau einer neuen Gantry weiter konkretisiert.



**Prof. Gregor Zünd**  
Direktor Forschung und  
Lehre



**Robin Schneider**  
Geschäftsführer ZKF



**Dr. Hugo Battaglia**  
Leiter Biologisches  
Zentrallabor ZKF



**Prof. Beatrice Beck  
Schimmer**  
Leiterin Zentrum für  
Karriereentwicklung



**Prof. Jürg Blaser**  
Leiter Zentrum für  
Medizininformatik



**Prof. Simon Hoerstrup**  
Leiter Zentrum für  
Regenerative Medizin



**Dr. Lorenzo Käser**  
Leiter Direktionsbereich  
Lehre



**PD Dr. Gabriela Senti**  
Leiterin Clinical Trials  
Center ZKF



**Prof. Rebecca Spirig**  
Leiterin Klinische  
Pflegewissenschaft

## — Klinische Forschung

### — CLINICAL TRIALS CENTER

Die Unterstützung der Forschenden bei der regelkonformen klinischen Forschung konnte im Berichtsjahr quantitativ und qualitativ ausgeweitet werden. Das Clinical Trials Center (CTC) hat in der Kernzone des Universitätsspitals eine neue Phase-I-Unit bezogen. Die Kursräume des CTC wurden ausgebaut, um die steigenden Teilnehmerzahlen in den obligatorischen Good-Clinical-Practice-Kursen und anderen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen aufnehmen zu können. Das Weiterbildungsangebot wurde ausgebaut. Das im Frühjahr 2011 nach ISO 9001:2008 zertifizierte Qualitätsmanagementsystem wurde erfolgreich rezertifiziert. Das vom Regierungsrat bewilligte HSM-Projekt «Flächendeckende Förderung der Klinischen Forschung im Kanton Zürich» unter der Federführung des CTC wurde auf weitere Zürcher Spitäler ausgedehnt. Mit dem Shanghai Research Center, China, einem der grössten Clinical Trials Units, wurde eine Zusammenarbeit initiiert; erste Delegationen haben die Partnerzentren besucht. Das Symposium «Pharmazeutische Medizin» am Universitätsspital Zürich war sehr gut besucht.

	Veränderung	
	2012	2011/2012
Monitoring-Visiten durch CTC	135	k.A.*
Klinische Datensammlungen, angelegt in CTC Datenbanksystem	217	k.A.*
Beratungen und Studienprotokollreviews durch CTC Regulatory Affairs	289	k.A.*
Teilnehmer an GCP-Kursen des CTC	753	k.A.*
Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen am CTC	52	k.A.*
Klinische Studien, unterstützt/durchgeführt durch CTC	61	k.A.*
Beratungen (nicht projektbezogen)	895	k.A.*

\*Neue Datenbasis erlaubt keine Vergleichbarkeit zum Vorjahr

### — ZENTRUM FÜR REGENERATIVE MEDIZIN

Das Zentrum für Regenerative Medizin (ZRM) verfügt seit August 2012 über die notwendigen Betriebsbewilligungen zur Herstellung und Ausfuhr von Transplantatprodukten und Arzneimitteln. Das ZRM ermöglicht somit mit seiner Infrastruktur (unter anderem Reinräume, welche nach GMP-Standards betrieben werden) die Durchführung von klinischen Phase-I-Studien (zum Beispiel Euroskin Projekt) und die Akquisition von kompetitiven Forschungsmitteln. So ist das ZRM federführend an der Beantragung eines nationalen Forschungsschwerpunkts (NFS) des Schweizer Nationalfonds in der letzten Antragsrunde beteiligt (Full Proposal NCCR ReMedi, Lead

Prof. Simon Hoerstrup). Weiter konnten verschiedene EU-Projekte, für die die ZRM-Infrastruktur erforderlich ist, ans Universitätsspital geholt werden, so EU FP7 Life Valve (Lead Prof. Simon Hoerstrup) und EU FP 7 Tissue-engineerte Haut (Lead Prof. Ernst Reichmann, Kinderspital Zürich).

### — ZENTRUM FÜR LAUFBAHNPLANUNG

Das Mentoringprogramm wird seit 2002 als fester Bestandteil der Fördermassnahmen für den akademischen Nachwuchs durchgeführt. Für das Mentoringprogramm haben sich im laufenden Jahr 14 neue Mentees/Mentorenpaare etabliert.

### — FORSCHUNGSZENTRUM MEDIZININFORMATIK

Das Forschungszentrum Medizininformatik konnte weitere innovative Ansätze zur klinischen Entscheidungsunterstützung entwickeln und wissenschaftlich evaluieren. Bei hospitalisierten Patienten ohne Thromboseprophylaxe werden am Universitätsspital Zürich automatisiert Hinweise zur Indikationsüberprüfung kommuniziert; dadurch wird die Prophylaxerate um 5 % gesteigert. Ärzten steht eine Funktion zur einfachen Interaktionsüberprüfung verordneter Medikamente zur Verfügung. Die Evaluation zeigte die intensive Nutzung dieser Funktion durch klinische Pharmakologen bei Konsilien. Weniger häufig benutzen Kliniker diese Checks, weshalb Optimierungsmöglichkeiten geprüft werden. Die Teilnahme von Patienten an klinischen Studien kann allen Behandelnden mittels strukturierter Angaben in der elektronischen Patientendokumentation kommuniziert werden. Ärzten wird im Rahmen einer klinischen Studie empfohlen, bei regelbasiert ausgewählten Patienten die Behandlung mit Antiinfektiva frühzeitig zu überprüfen und wenn möglich von intravenös auf oral umzustellen.

### — ZENTRUM KLINISCHE PFLEGEWISSENSCHAFT

Das Pilotprojekt Delirmanagement wurde im Oktober 2012 erfolgreich abgeschlossen. Es zeigte, dass damit Delirien schneller behandelt wurden. Für das Projekt Prioritätensetzung in der Pflege wurden ein Entscheidungsfindungsmodell und ein Monitoringsystem ausgearbeitet. Auch 2012 wurde die nationale Pflegequalitätsmessung zu Sturz und Dekubitus am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Die Broschüren für Patienten nach Nierentransplantationen wurden entwickelt und im Mai 2012 mit dem Swiss Quality Award 2012 in der Kategorie «Empowerment» ausgezeichnet. Begonnen hat die Datenerhebung im Rahmen der Studie «Auswir-

kung eines Advanced Nursing Practice-Edukations-Programms bei Patienten im 1. Jahr nach Nierentransplantation auf das Gesundheitsverhalten». Das Konzept «Patientenedukation» wurde erstellt. Die Richtlinie «Patientenedukation zu subkutaner Injektion bei nierenmolekularem Heparin» wurde entwickelt und auf der Stufe Fach- und Pflegeexpertinnen geschult. Im Projekt DRG-Begleitforschung Pflege liegen deskriptive Resultate vor; diese wurden im Rahmen einer am Universitätsspital durchgeführten Tagung am 23. November 2012 vorgestellt.

#### — LEHRE

Das Universitätsspital bereitet sich auf steigende Studierendenzahlen in Humanmedizin ab 2015 vor, indem es Infrastruktur und Ressourcen anpasst. Das abschliessende 6. Studienjahr (3. Studienjahr Master Humanmedizin) ist nun Bologna-konform. Die neuen Formen der Zwischen- und Schlussprüfungen mit OSCE-Examensstationen sind nun etabliert und optimiert; die Prüfer sind grösstenteils Dozierende des Universitätsspitals Zürich. Die Unterassistentenadministration aller Kliniken wurde gestrafft und koordiniert. Ein Schwerpunkt war und ist die Förderung und Vereinfachung des internationalen Austauschs für Medizinstudierende, Forschungspraktikanten und weitere Fachpersonen. Die ärztlichen Weiterbildungscurricula und deren Optimierung wurden systematisch unterstützt und begleitet. Videokonferenzschaltungen von Weiterbildungen zu Partnerspitälern werden weiter ausgebaut.

#### — ZENTRUM FÜR VERSORGENSFORSCHUNG

Es ist ein Ziel des Universitätsspitals Zürich, im Dienste der Bevölkerung Spitzenleistungen in universitärer Medizin auf der Basis einer vorbildlichen medizinischen Versorgung zu erbringen. Deshalb gilt es, die Versorgung den neuen Erkenntnissen anzupassen, sie auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten und optimal mit den vor- und nachgelagerten Angeboten abzustimmen. Damit dies in Zukunft noch systematischer gemacht werden kann, benötigt das Universitätsspital eine starke Versorgungsforschung; in diesem Jahr fanden vorbereitende Gespräche dafür statt. 2013 soll das Zentrum für Versorgungsforschung am Universitätsspital Zürich eingerichtet und in die Direktion Lehre und Forschung eingegliedert werden. Methodisch soll der Forschungsschwerpunkt in der Entwicklung und Umsetzung von Kennzahlen zur Bestimmung von Qualität und Patientennutzen liegen, denn eine transparente Dokumentation für Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit erhöht nicht nur die Wahrnehmung von Ergebnissen,

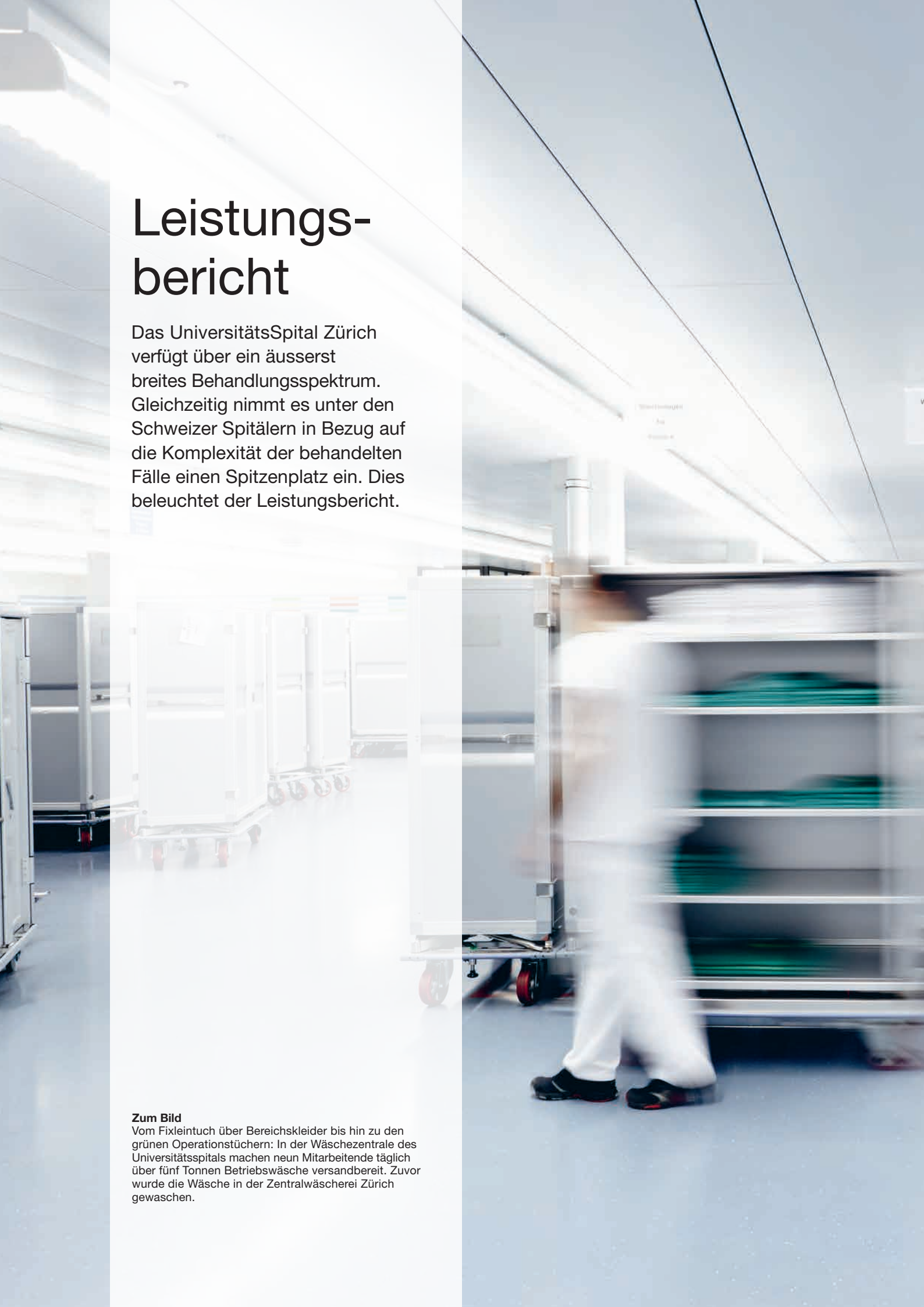
sondern auch den Wissenstransfer in die Praxis. Ein starkes Zentrum für Versorgungsforschung dient somit dem Universitätsspital und seinen Partnern.

# Leistungs- bericht

Das UniversitätsSpital Zürich verfügt über ein äusserst breites Behandlungsspektrum. Gleichzeitig nimmt es unter den Schweizer Spitalern in Bezug auf die Komplexität der behandelten Fälle einen Spitzenplatz ein. Dies beleuchtet der Leistungsbericht.

## **Zum Bild**

Vom Fixleintuch über Bereichskleider bis hin zu den grünen Operationstüchern: In der Wäschezentrale des Universitätsspitals machen neun Mitarbeitende täglich über fünf Tonnen Betriebswäsche versandbereit. Zuvor wurde die Wäsche in der Zentralwäscherei Zürich gewaschen.



Wäschewagen  
für  
Posten 7

Wäschewagen  
für  
Posten 6+7

Wäschewagen  
für  
Posten 4



# Ein breites Angebot und viele hochkomplexe Fälle

**D**as UniversitätsSpital Zürich deckt ein umfassendes Leistungsspektrum ab und betreut eine grosse Zahl von Patientinnen und Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen. Diesen Rückschluss erlaubt ein Blick auf die Abrechnungen aus dem Jahr 2012, die erstmals nach dem Fallpauschalensystem erfolgten.



**Dr. Jörk Volbracht,**  
der Autor dieses Beitrags, ist  
Leiter Medizin Controlling

Seit Anfang 2012 werden die Abrechnungen von Leistungen für stationäre Patientinnen und Patienten in der Schweiz an nahezu allen Spitälern anhand von Fallpauschalen nach SwissDRG gestellt, das heisst nach Diagnosis Related Groups (siehe Box «So werden Fallpauschalen berechnet»).

## BREITES BEHANDLUNGSSPEKTRUM

Eine DRG fasst kostenhomogene Gruppen von Fällen zusammen. Über die Anzahl der erbrachten DRGs an einem Spital ist es möglich, Rückschlüsse auf die Breite des medizinischen Spektrums zu ziehen. Im Jahr 2012 rechnete das Universitätsspital 887 verschiedene von insgesamt 1'052 möglichen DRGs ab. Regionalspitäler weisen in der Regel rund 400 DRGs aus, Zentrumsspitäler rechnen zirka 600 DRGs ab. Die hohe Anzahl von DRGs des UniversitätsSpitals Zürich belegt das breite Spektrum der Behandlungen und spiegelt den Maximalversorgungsauftrag der Institution. Die 887 DRGs sind teilweise nach Schweregrad differenziert. Würde man die Schweregrade nicht berücksichtigen, würden 505 Basis-DRGs resultieren, also 505 unterschiedliche diagnosebezogene Fallgruppen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Orthopädie und die Kinderheilkunde nicht primär am Universitätsspital angesiedelt sind und deshalb nicht in die Berechnung einfließen.

Von den Top-10 Basis-DRGs mit dem höchsten Casemix am UniversitätsSpital Zürich werden acht ausschliesslich von Universitätsspitälern angeboten. Das Universitätsspital erbringt nur rund 10 Prozent der erbrachten Leistungen innerhalb der Top-10 Basis-DRGs. Dies zeigt die grosse Bandbreite des Leistungsspektrums. Spitäler mit hochspezialisiertem Leistungsspektrum erbringen bis zu 90 Prozent ihrer Leistungen innerhalb der ersten 10 Basis DRGs.

## VIELE KOMPLEXE FÄLLE

Errechnet man aus allen stationären Fällen eines Spitals den arithmetischen Mittelwert der effektiven Kostengewichte, erhält man den mittleren Fallwert (Casemix-Index oder CMI). Er ist ein Indikator für den Anteil hochwertiger Leistungen, da die DRG und somit der resultierende Fallwert mit der Komplexität von erbrachten Leistungen positiv korrelieren. Die Kostengewichte sind bis auf diejenigen rund 5 Prozent der Fälle, die zu den Hochkostenfällen gezählt werden, schweizweit vergleichbar.

Im Jahr 2012 lag der mittlere Fallwert am UniversitätsSpital Zürich bei 1.572 CM-Punkten. Im Vergleich mit anderen universitären Spitälern der Schweiz und Deutschland nimmt das UniversitätsSpital Zürich damit in Bezug auf die Komplexität der Fälle einen Spitzenplatz ein. Dies ist umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass auch eine hohe Zahl von Geburten, die ein sehr niedriges Fallgewicht aufweisen, ebenfalls in diesen Durchschnittswert einfließen. Ein Zentrumsspital erreicht in der Regel einen Wert von 0.950 CM-Punkten. Im Vergleich zum Vorjahr ist der CMI des UniversitätsSpitals Zürich um 3.8 Prozent gestiegen

Beispiele für sehr komplexe Behandlungen am USZ sind:

- Verbrennungen
- Frühgeborene
- Organtransplantationen
- Stammzelltransplantationen
- Polytraumata
- Herzoperationen
- grosse Leberoperationen
- Blasenoperationen
- Strahlentherapie
- Cochlea-Implantate
- grosse Gefässoperationen



## So werden Fallpauschalen berechnet

Die finanzielle Vergütung für eine bestimmte Leistung des Spitals ergibt sich aus dem Kostengewicht der jeweiligen DRG, multipliziert mit einem festen, meist kantonsspezifischen Basiswert («Baserate»). Bei der Berechnung werden eventuelle Zu- oder Abschläge berücksichtigt, etwa bei verhältnismässig kurzen oder langen Aufenthaltsdauern. Daneben gibt es Zusatzentgelte für einige wenige und genau definierte spezielle Leistungen, etwa für eine stationär durchgeführte Hämodialyse.

Wie gerechnet wird, zeigt das folgende Beispiel: Eine Patientin hält sich für eine einfache Geburt ohne komplizierende Diagnosen oder Prozeduren während vier Tagen im Spital auf. Die Patientin reist von zu Hause an und wird nach Hause entlassen. Daher gilt es bei der Vergütung gemäss Katalog keine Zu- oder Abschläge zu berücksichtigen. Die entsprechende DRG trägt die Bezeichnung «O60D» und steht für «Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, keine Zusatzentgelt-Leistungen». Das Kostengewicht für diese Fallpauschale liegt gemäss Fallpauschalenkatalog bei einem Wert von 0.548, die Baserate beträgt für das UniversitätsSpital 11'300 Franken.

Gemäss der oben stehenden Formel für die Vergütung von Fällen resultiert für die Geburt ein Betrag von 6'192.40 Franken ( $0.548 \times 11'300$  Franken).

### LEISTUNGEN EINFACHER DOKUMENTIEREN

Im Lauf des Jahres 2011 wurde das Erfassungs- und Dokumentationssystem für medizinische Leistungen am UniversitätsSpital Zürich standardisiert und vereinfacht. Zu Beginn des Jahres 2012 führten die Kliniken die entsprechenden Änderungen ein. Die zentralen medizinischen Informationen der Patientinnen und Patienten sind damit stets aktuell und für die zuständigen Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen jederzeit elektronisch zugänglich. Die gesammelten Informationen dienen als Grundlage für interne und externe Berichte. Die Dokumentation ist ausserdem Grundlage der DRG-Kodierung und erfolgt im Rahmen desselben Systems. Die DRGs werden zusammen mit den zentralen medizinischen Informationen dargestellt. Dadurch kann auch auf der ärztlichen Seite jederzeit überprüft werden, ob die abgerechneten Leistungen auch den tatsächlichen Leistungen entsprechen.

### BEITRAG ZUR PRÄZISEREN KALKULATION ERMÖGLICHT

2012 gab das UniversitätsSpital Zürich die vollständige Kalkulation aller Leistungen, Medikamente und aufwändigen Prozeduren bei der SwissDRG AG ein. Auf dieser Basis war es der SwissDRG AG möglich, die Anzahl der Leistungen, die durch Zusatzentgelte vergütet werden, wesentlich zu erweitern. Diese Erweiterungen konnten durch ein beschleunigtes Verfahren bereits verabschiedet werden und treten 2014 in Kraft. Für die universitären Spitäler ist dies von grossem Interesse, weil durch die neue Regelung teure Medikamente und Verfahren leistungsgerechter vergütet werden können.

Das SwissDRG-System wird jährlich neu berechnet. Dies stellt sicher, dass Änderungen und Innovationen in Bezug auf medizinische Leistungen oder Kosten in das System einfließen können. 2012 wurde die Berechnungsgrundlage für das DRG-System 2013 vereinfacht. Die Fallpauschalensysteme sind nun ausserdem jahresübergreifend besser vergleichbar. Dies erleichtert die jährlichen Verhandlungen der Spitäler mit den Versicherern beträchtlich.

Im Berichtsjahr stellte das UniversitätsSpital Zürich 62 Zusatzentgelt- und DRG-Anträge an die SwissDRG AG. Weiter wurden 45 Anträge zur Operationsklassifikation (CHOP) an das Bundesamt für Statistik gestellt; teilweise wurden ganze Kapitel neu beantragt. Damit hat das UniversitätsSpital Zürich wesentlich dazu beigetragen, eine Grundlage für die Verbesserung und Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems in den kommenden Jahren zu schaffen. •

*Jörk Volbracht*  
Leiter Medizin Controlling

# Personal- bericht

Mit einer wissens- und kompetenzorientierten Strategie betreibt das Human Resources Management eine wirkungsvolle Förderung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Damit werden die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen, um auch in Zukunft im Bereich der universitären Medizin Höchstleistungen erbringen zu können.

## Zum Bild

Am Universitätsspital gehen pro Tag 2'500 Snacks und 2'600 Tassen Kaffee über den Tresen, wie zum Beispiel hier in der Cafébar «Dick & Davy». Patienten und Mitarbeitende bestellen täglich 4'100 Hauptmahlzeiten. Pro Jahr tischen die Mitarbeitenden der Gastronomie 54 Tonnen Fleisch und 25 Tonnen Salat auf.

and

DAVY



— *Wissens- und kompetenzorientierte Strategie*

# Human Resources Management richtet sich strategisch neu aus

**D**as UniversitätsSpital Zürich erbringt serviceorientierte Höchstleistungen in der universitären Medizin. Dafür ist es auf Wissensträger und fachkompetente Mitarbeitende in allen Bereichen angewiesen. Mit seiner Strategie stellt das Human Resources Management (HRM) sicher, dass dafür die notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen vorhanden sind.



**Michael Tschopp,**  
der Autor dieses Beitrags,  
ist Leiter Human Resources  
Management.

Die Intensivierung des Wettbewerbs unter den Spitalern und die immer knapperen finanziellen Ressourcen führen im Arbeitsmarkt zu einer stärkeren Fokussierung auf Aktivitäten und Angebote für potenzielle und bestehende Mitarbeitende. Der allgemeine Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung mit immer weniger Menschen im arbeitsfähigen Alter verstärken diesen Trend. Zudem stellen Mitarbeitende heute zusätzliche Anforderungen an Berufstätigkeit und Arbeitgeber. Flexible Arbeitsmodelle, breite Nutzungsmöglichkeiten von elektronischen Medien sowie Anschlussfähigkeit von internen Ausbildungen werden deshalb zusehends zu Erfolgsfaktoren für das Gewinnen und Halten von guten Mitarbeitenden.

## STRATEGISCHE POSITIONIERUNG EINGELEITET

Unter Berücksichtigung dieser gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Trends betreibt das UniversitätsSpital Zürich eine wissens- und kompetenzorientierte HR-Strategie, die sich unter anderem durch das Angebot strukturierter Fach- und Führungslaufbahnen gegenüber Mitbewerbern differenziert. Individuelle Arbeitsmodelle und Weiterentwicklungsmöglichkeiten stellen die Gewinnung und Bindung der besten Köpfe in den notwendigen Fachdisziplinen sicher.

Eine zielgruppenorientiertere Kommunikation soll die Marke UniversitätsSpital Zürich auf dem Arbeitsmarkt weiter stärken. Den knapperen finanziellen Ressourcen wird mit einer Standardisierung und Digitalisierung der HR-Prozesse und einer damit verbundenen effizienteren Abwicklung des HR-Massengeschäfts begegnet. Ausgehend von den Erfolgsfaktoren der Dachstrategie wurden verschiedene Handlungsfelder innerhalb einer Teilstrategie des

HRM definiert. Diese bilden den Rahmen für entsprechende Vorhaben, Projekte und Massnahmen.

## VON DER ZENTRALEN REKRUTIERUNG ZUM REKRUTIERUNGSZENTRUM

Im Berichtsjahr wurde engagiert daran gearbeitet, das Personalmarketing zu optimieren und auszubauen. Das Team, das sich in der Vergangenheit hauptsächlich mit der zentralen Rekrutierung befasste, wurde mit entsprechendem Fachwissen ergänzt, um den Übergang in ein modernes Kompetenz- und Dienstleistungszentrum zu gewährleisten. In erster Linie wurden bestehende Personalrekrutierungsprozesse überarbeitet sowie neue Kanäle und Medien evaluiert und genutzt (Social-Media-Plattformen, Jobvideos usw.). Auch mit der Ausweitung des Rekrutierungsprozesses ins Ausland (etwa Spanien oder Holland) werden die Bemühungen bei der Suche nach geeigneten Mitarbeitenden verstärkt. Der Einsatz all dieser neuen Mittel zeichnet für die letzten Monate bereits ein erstes positives Bild.

Mit der Schulung einheitlicher Rekrutierungsprozesse in der Pflege konnten Effizienz und Selektionskompetenz bei der Suche nach neuen Mitarbeitenden gesteigert werden. Initiiert wurde zudem die vermehrte Teilnahme an Kongressen und Tagungen, an denen sich das Universitätsspital als attraktiver Arbeitgeber präsentieren kann. Mit E-Recruiting, einem neuen Bewerbermanagement-Tool, soll zudem in Zukunft die Betreuung potenzieller Kandidaten verbessert und der Bewerbungsprozess effizienter gestaltet werden.

Im Zentrum vieler Massnahmen und Projekte stand auch das Halten von befähigten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Abhängig von Arbeitssituation und persönlichem Engagement wur-

den zusätzliche Fringe Benefits angeboten wie zum Beispiel grosszügigere Kompensationen von Weiterbildungskosten oder Prämien für ausserordentliche Leistungen während eines bestimmten Zeitraums.

### LAUFBAHNENTWICKLUNG VERSCHIEDENER BERUFSGRUPPEN

Das Bildungszentrum bietet den Mitarbeitenden des Universitätsspitals ein breites Fort- und Weiterbildungsprogramm an. Im Berichtsjahr wurden insbesondere Vernetzung und Weiterbildung innerhalb definierter Laufbahnmodelle vorangetrieben, die in den strategischen Handlungsfeldern festgelegt worden waren.

Pflegefachpersonen können sich innerhalb verschiedener Karrieremodelle beruflich weiterentwickeln (Pflege Fach, Bildung und Management). Dafür wurden im vergangenen Jahr verschiedene neue Weiterbildungen konzipiert und angeboten.

Für Kaderärzte stehen drei verschiedene Laufbahnmodelle zur Verfügung. Am Universitätsspital stehen akademische Karrieren nach wie vor im Vordergrund. Je nach Lebens- und Berufssituation sind Wechsel zwischen den Karrierepfaden möglich. Die Kaderärzte haben so die Möglichkeit, ihre Laufbahn systematisch zu planen und sich persönlich zu entwickeln. Bereits erfahrene Assistenzärzte können in diesen Prozess einsteigen, der sie bis zur Funktion eines Leitenden Arztes führen kann.

### FÜHRUNGSSEMINARE SIND ETABLIERT

Im Bereich der Führungsentwicklung haben sich die beiden Seminare (Leadership I und II) etabliert. Ein weiteres Seminar, Leadership III, das sich an Klinikdirektoren, Bereichsleitungen und Mitglieder des ober-

ren Kaders der Direktionen richtet, wurde im vergangenen Jahr erfolgreich pilotiert und evaluiert. Damit verfügt das Universitätsspital auf allen Kaderstufen über ein umfassendes Angebot in der Führungsentwicklung. Alle Seminare zeichnen sich durch ein interprofessionelles Teilnehmerfeld aus und die Programme sind aufeinander abgestimmt. Ein integrierter Be-

## Die Gewinnung und Bindung der besten Köpfe steht im Zentrum.

standteil dieser Führungsseminare ist die USZ-Lernplattform. Dank dieser konnten insbesondere die Vor- und Nachbearbeitung der Kurse ausgebaut werden. Teilnehmende der Leadership-Seminare erhielten erstmals die Möglichkeit, einen in der Schweiz offiziell anerkannten Titel zu erwerben, das SVF-Zertifikat Leadership.

### EINSATZ VON E-LEARNING IMMER WICHTIGER

Um grössere Bildungsvorhaben umsetzen zu können, wurde im vergangenen Jahr das Betriebskonzept E-Learning erstellt und verabschiedet. Dies mit dem Ziel, den ansteigenden Bedarf an E-Learning zu regeln und sinnvoll zu priorisieren. Der Einsatz von E-Learning ist vor allem dort angebracht, wo innerhalb kurzer Zeit Wissen an eine grosse Zielgruppe (zum Beispiel alle Mitarbeitenden) vermittelt werden soll. So wurde ein E-Learning-Modul für das FaOL (Führen in ausserordentlichen Lagen) realisiert und ein Modul, welches es ermöglicht, den Präsenzunterricht der Reanimations-

schulungen erstmals verkürzt anzubieten. Das Betriebskonzept sieht vor allem vor, Mitarbeitende verschiedener Bereiche bei der Produktion von eigenen E-Learning-Inhalten zu unterstützen.

### RICHTIGEN UMGANG MIT KRITISCHEN EREIGNISSEN ÜBEN

Das Simulationstraining ist ein Weiterbildungsangebot für Teams, in denen verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten und die riskante Interventionen an Patientinnen und Patienten durchführen müssen. Das Simulationstraining soll regelmässig von allen klinisch tätigen Mitarbeitenden absolviert werden, um die Sicherheitskultur im Spital zu stärken. In diesem Training werden die Teilnehmenden mit realitätsnahen simulierten Situationen konfrontiert. Sie müssen kritische Situationen erkennen, eine Handlungsstrategie erstellen und diese sofort umsetzen. Weitere Inhalte sind Stressmanagement, Kommunikation im Team und effiziente Führung. In der realen Situation bestimmt das Entscheiden und Handeln über das Leben und Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Im Simulationstraining werden die praxisrelevanten medizinisch-fachlichen Kompetenzen (technical skills) sowie die menschlichen Faktoren (human factors oder non technical skills) geübt.

### GEZIELTE MASSNAHMEN IM BETRIEB- LICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENT

Unternehmen und ihre Mitarbeitenden sind in einem hohen Mass gefordert, um dem stetigen Wandel in der heutigen Arbeitswelt gerecht zu werden. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind daher

Kernthemen einer nachhaltigen Personalpolitik. Eingebettet in die strategischen Handlungsfelder des Personalmanagements werden im betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) die Themen Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Generationenmanagement, Gestaltung der Arbeitswelt und gesundheitsorientierte Personalentwicklung mit gezielten Massnahmen angegangen.

Im Universitätsspital besteht ein übergreifendes Managementsystem Gesundheit. Die internen Dialogplattformen «Forum Mitarbeiter-Gesundheit» und «Kommission für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz» steuern die für die Mitarbeitergesundheit eingesetzten Akteure und Inhalte in Richtung eines systemischen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im vergangenen Jahr wurde sowohl an der Minimierung von Gesundheitsrisiken und Gefahren am Arbeitsplatz gearbeitet als auch an der Stärkung des gesundheitsfördernden Ressourcenmanagements.

Die Weiterentwicklung des Prozesses Anwesenheitsmanagement war im Jahr 2012 ein Schwerpunkt des BGM. Die Prozesse, Instrumente und Hilfsmittel wurden aktualisiert und abgestimmt auf die in den letzten Jahren erarbeiteten Analysen sowie auf die personalstrategische Ausrichtung. Der gezielte Dialog zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden zum Thema Gesundheit und Erhaltung der Leistungsfähigkeit stand dabei im Zentrum. Die fachliche Begleitung durch ein Arbeitsplatzcoaching verbessert die gezielte Wiedereingliederung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Belastungen.

### GRÖSSERES ANGEBOT AN PROFESSIONELLER KINDERBETREUUNG

Für die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt die familienergänzende Kinderbetreuung durch den Arbeitgeber einen wichtigen Eckpfeiler dar. Die betriebsinterne KiTa – eine der grössten in der Schweiz – bietet flexible Betreuungs-

programme und Betriebszeiten, eine professionelle Pädagogik sowie sehr attraktive Elternbeiträge.

Um der grossen Nachfrage nach Kinderbetreuung gerecht zu werden, wird die KiTa vergrössert. Das erweiterte Betreuungsangebot unterstützt das Personalmarketing bei der Rekrutierung von qualifizierten Arbeitskräften.

### BEWILLIGUNGSPRAXIS FÜR STELLENANTRÄGE NEU GEREGLT

Seit 2011 arbeitet das HRM mit dem System SAP Human Capital Management (SAP HCM). Nach einer sorgfältigen Bereinigung der Personalstammdaten, wurde der Stellenplan neu konzipiert und umgestaltet, damit er als Führungsinstrument besser genutzt werden kann.

Neu geregelt wurde auch die Bewilligungspraxis für Stellenanträge. Die ursprünglich dafür verantwortliche Beurteilungskommission (BUK) wurde aufgelöst und der Bewilligungsprozess gemäss dem neuen Reglement über die Personal- und Finanzkompetenzen am USZ (PFK) geändert. Ein wesentliches Merkmal dieser Änderung ist die Vereinfachung und Beschleunigung der Stellenantragsprozedur. Neu ist auch, dass die Kliniken und Institute, Medizinbereiche und Direktionen einen wesentlichen Teil ihrer Personalgeschäfte eigenverantwortlich planen und anordnen können. Dafür wurden die Entscheidungskompetenzen entsprechend geregelt. Diese Massnahme hat sich bereits bewährt, weil so die Stellenentscheide rascher und transparenter beurteilt und entschieden werden können. •

*Michael Tschopp  
Leiter Human Resources Management*

## — Personalstatistik 2012

Personalkategorie	Beschäftigte am 31. Dezember 2012 (Stichtagerhebung)								Durchschnittlicher Personalbestand FTE (Absenzen sind nicht berücksichtigt)	
	Beschäftigte	In %	Davon Frauen	Davon CH	Davon Ausländer	Davon EU	Davon Nicht-EU	Total 2012	Total 2011	
Ärzte/Akademiker	1'231	19 %	561	659	572	539	33	1'066.8	1'029.4	
MTT-Bereich	757	12 %	607	529	228	195	33	609.7	598.5	
Ökonomiepersonal	605	9 %	338	265	340	175	165	531.0	528.4	
Pflegepersonal	2'501	39 %	2'089	1'436	1'065	890	175	1'971.4	1'931.2	
Technik	139	2 %	5	119	20	18	2	130.4	124.4	
Verwaltung	1'195	19 %	900	992	203	174	29	905.7	899.6	
<b>Total Personal ohne Lernende</b>	<b>6'428</b>	<b>100 %</b>	<b>4'500</b>	<b>4'000</b>	<b>2'428</b>	<b>1'991</b>	<b>437</b>	<b>5'215.0</b>	<b>5'111.5</b>	
Lernpersonal	464	100 %	295	320	144	21	123	436.8	404.1	
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>6'892</b>	<b>100 %</b>	<b>4'795</b>	<b>4'320</b>	<b>2'572</b>	<b>2'012</b>	<b>560</b>	<b>5'651.8</b>	<b>5'515.6</b>	

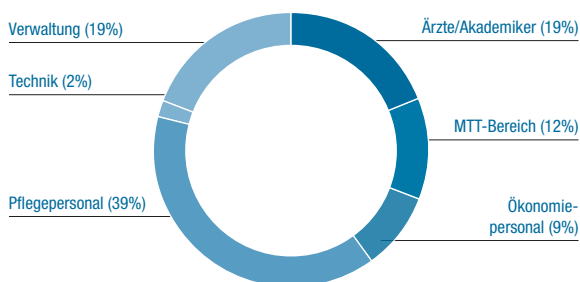
### Restatement «durchschnittlicher Personalbestand 2011»

Im Zuge der Einführung des neuen Personalsystems SAP HCM im Jahr 2011 sowie der Erstellung der Krankenhausstatistik (BfS) wurden in den Jahren 2011 und 2012 umfangreiche Bereinigungen bezüglich korrekter Zuordnungen von Funktionen in die richtige Berufsgruppe vorgenommen. Die Personalbestände 2011 (FTE) wurden deshalb pro Personalkategorie aus Vergleichsgründen rückwirkend angepasst.

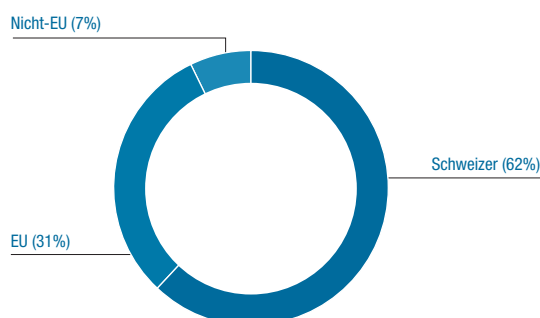
### Ergänzender Kommentar zur Personalstatistik 2012

Die Personalkategorien sind aufgegliedert nach dem Standard des Branchenverbandes H+: Ärzte/Akademiker, MTT-Bereich, Ökonomie, Pflegepersonal, Technischer Dienst sowie Administrativpersonal beziehungsweise Verwaltung. In der Verwaltungskategorie sind Personalfunktionen der Spitaldirektion, der Ärztlichen Direktion, der Direktionen Finanzen und Informatik sowie administratives Personal (Sekretariate) der Ärzte, der Pflege und der Therapie zugeordnet. Dem Kerngeschäft Versorgung (Ärzte, Pflege, MTTB) sind 51,5% (614 Beschäftigte) der Verwaltungsstellen zugeordnet. Im Berichtsjahr nahm der durchschnittliche Personalbestand in FTEs um 2% respektive um 103.5 auf 5'215 FTEs zu (ohne Berücksichtigung von Absenzen). Hinzu kommen 436.8 Lernende, Praktikanten und Unterassistenten (in FTEs). Die Gesamtzahl der Lernenden von 464 (Anzahl Beschäftigte) entspricht somit 7,2% des Gesamtpersonalbestands. Die Schwankung beim Lernpersonal ergibt sich hauptsächlich aus der jeweils unterschiedlichen Anzahl Unterassistenten pro Geschäftsjahr. Die Anteile Frauen (70%), Männer (30%) und Mitarbeitende aus dem Ausland (38%) bewegen sich auf dem Niveau des Vorjahrs.

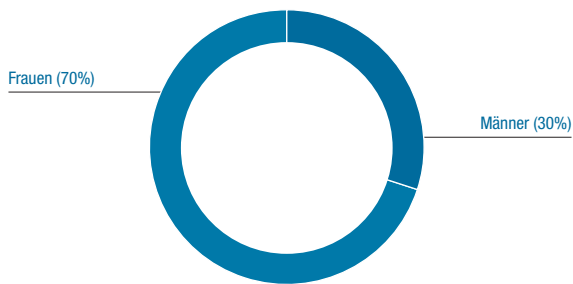
### — Beschäftigte nach Personalkategorie (in %)



### — Beschäftigte nach Nationalität (in %)

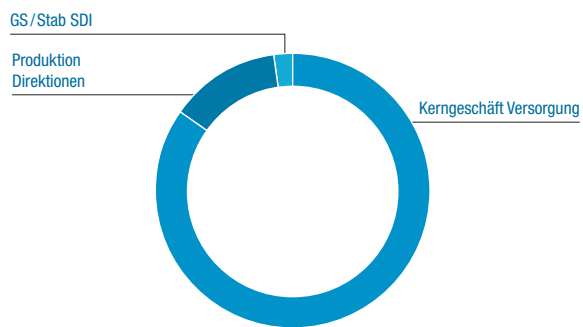


### Beschäftigte nach Geschlecht (in %)



### Neue Stellen nach Organisationsbereichen (in Vollzeitstellen)

Berufsgruppen	Vollzeitstellen	%
A Kerngeschäft Versorgung	100.40	82
B Produktion Direktionen	19.30	16
C GS/Stab SDI	3.00	2
<b>D Total</b>	<b>122.70</b>	<b>100</b>



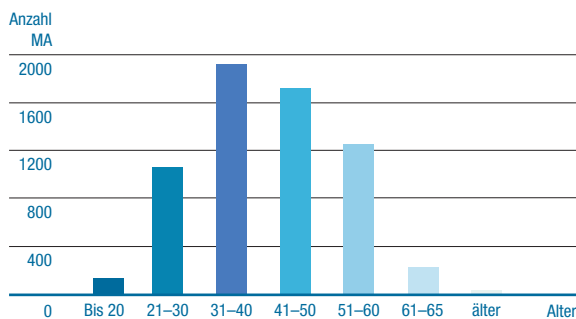
### Aufteilung neue Stellen 2012 im Kerngeschäft Versorgung nach MB und Berufsgruppen

Organisationseinheit	Ärzeschaft	Pflege/MTTB	Admin MB	Total
<b>A Medizinbereiche (MB)</b>				
1 AIO Anästhesiologie-Intensivmedizin-OP-Management	13.20	5.20	1.90	20.30
2 AST Abdomen-Stoffwechsel	5.50	5.00	0.70	11.20
3 BGV Bildgebende Verfahren	5.50	7.00	2.00	14.50
4 DIA Diagnostik	0.50	2.00	–	2.50
5 FKI Frau-Kind	1.30	22.20	1.00	24.50
6 HGT Herz-Gefäss-Thorax	4.20	2.10	2.50	8.80
7 IMO Innere Medizin-Onkologie	3.00	1.00	1.50	5.50
8 NKO Neuro-Kopf	2.20	1.30	1.30	4.80
9 TDR Trauma-Derma-Rheuma-Plastische Chirurgie	2.00	5.60	0.70	8.30
<b>10 Total neue Stellen Medizinbereiche</b>	<b>37.40</b>	<b>51.40</b>	<b>11.60</b>	<b>100.40</b>



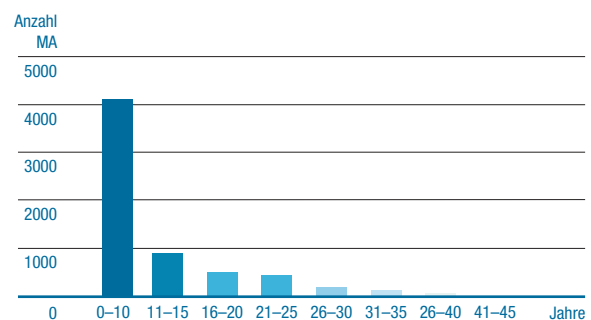
## Altersstruktur Anzahl Mitarbeitende

Bis 20	158
21–30	1'173
31–40	1'986
41–50	1'789
51–60	1'273
61–65	233
älter	14



## Dienstjahre Anzahl Mitarbeitende

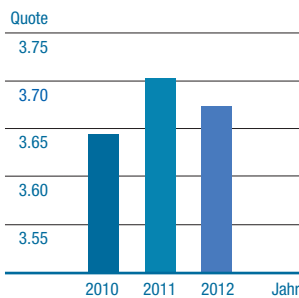
0–10 Jahre	4'286
11–15 Jahre	900
16–20 Jahre	570
21–25 Jahre	455
26–30 Jahre	199
31–35 Jahre	147
26–40 Jahre	59
41–45 Jahre	9



## Absenzen Krankheit und Unfall

(Quote Fehlstunden versus Sollstunden)

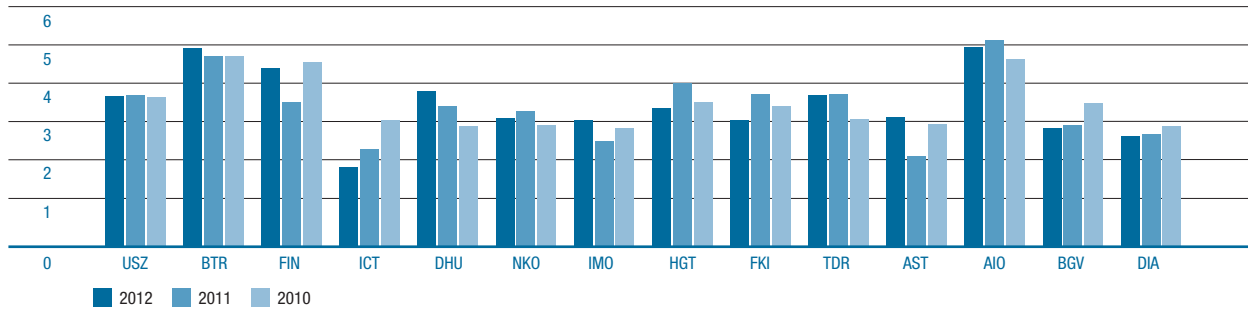
	2010	2011	2012
Absenzquote zur Sollarbeitszeit	3.65	3.71	3.68
Absenzquote Krankheit	3.05	3.18	3.16
Absenzquote Berufsunfall	0.15	0.10	0.10
Absenzquote Nichtberufsunfall	0.4	0.43	0.42



## Absenzen Krankheit und Unfall 2010–2012 nach Medizinbereichen und Direktionen

JAHR	USZ	BTR	FIN	ICT	DHU	NKO	IMO	HGT	FKI	TDR	AST	AIO	BGV	DIA
2012	3.68	4.85	4.37	1.94	3.82	3.15	3.09	3.38	3.11	3.72	3.16	4.88	2.91	2.70
2011	3.71	4.67	3.53	2.40	3.43	3.32	2.58	4.00	3.73	3.74	2.22	5.06	2.97	2.75
2010	3.65	4.66	4.53	3.09	2.96	2.98	2.90	3.55	3.43	3.12	3.01	4.59	3.52	2.95

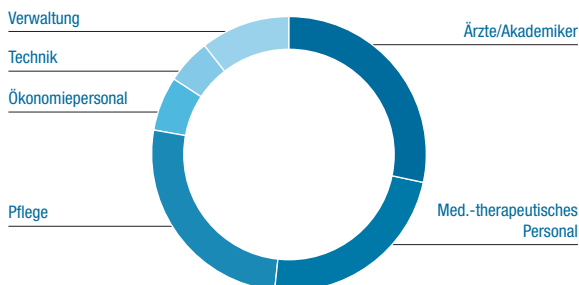
Quote



## Fluktuation 2012

(Nettofluktuation = Kündigungen durch Arbeitnehmer, Anzahl FTEs ohne Ablauf befristeter Anstellungen)

Berufsgruppe	Ärzte/ Akademiker	Med.-thera- peutisches Personal	Pflege	Ökonomie- personal	Technik	Verwaltung	Total
Anfang 2012	1'175.0	799.0	2'459.0	604.0	131.0	1'056.0	6'224.0
Ende 2012	1'231.0	757.0	2'501.0	605.0	139.0	1'195.0	6'428.0
Durchschnitt	1'203.0	778.0	2'480.0	604.5	135.0	1'125.5	6'326.0
Austritte	186	98	352	21.0	4.0	63.0	724.0
<b>Fluktuation %</b>	<b>15.5</b>	<b>12.6</b>	<b>14.2</b>	<b>3.5</b>	<b>3.0</b>	<b>5.6</b>	<b>11.5</b>

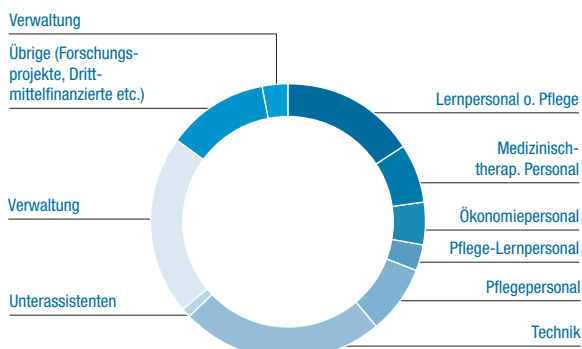


## Eintritte

(inkl. befristeter Anstellungen)

Nach Nationalität	Anzahl
Schweiz	1'500
Deutschland	724
übrige EU	194
nicht EU	141
<b>Total</b>	<b>2'559</b>

Nach Berufsgruppen	Anzahl
Ärzte/Akademiker	419
Medizinisch-therap. Personal	143
Ökonomiepersonal	90
Pflegepersonal	611
Technik	23
Verwaltung	297
Lernpersonal o. Pflege	171
Pflege-Lernpersonal	195
Unterassistenten	530
Übrige (Forschungsprojekte, Drittmittelfinanzierte, etc.)	80
<b>Total</b>	<b>2'559</b>

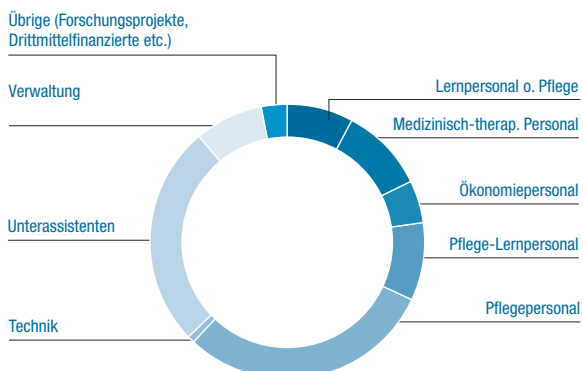


## Austritte

(inkl. Ablauf befristeter Anstellungen)

Nach Nationalität	Anzahl
Schweiz	1'406
Deutschland	605
übrige EU	187
nicht EU	110
<b>Total</b>	<b>2'308</b>

Nach Berufsgruppen	Anzahl
Ärzte/Akademiker	391
Medizinisch-therap. Personal	183
Ökonomiepersonal	96
Pflegepersonal	580
Technik	14
Verwaltung	157
Lernpersonal o. Pflege	152
Pflege-Lernpersonal	166
Unterassistenten	507
Übrige (Forschungsprojekte, Drittmittelfinanzierte, etc.)	62
<b>Total</b>	<b>2'308</b>





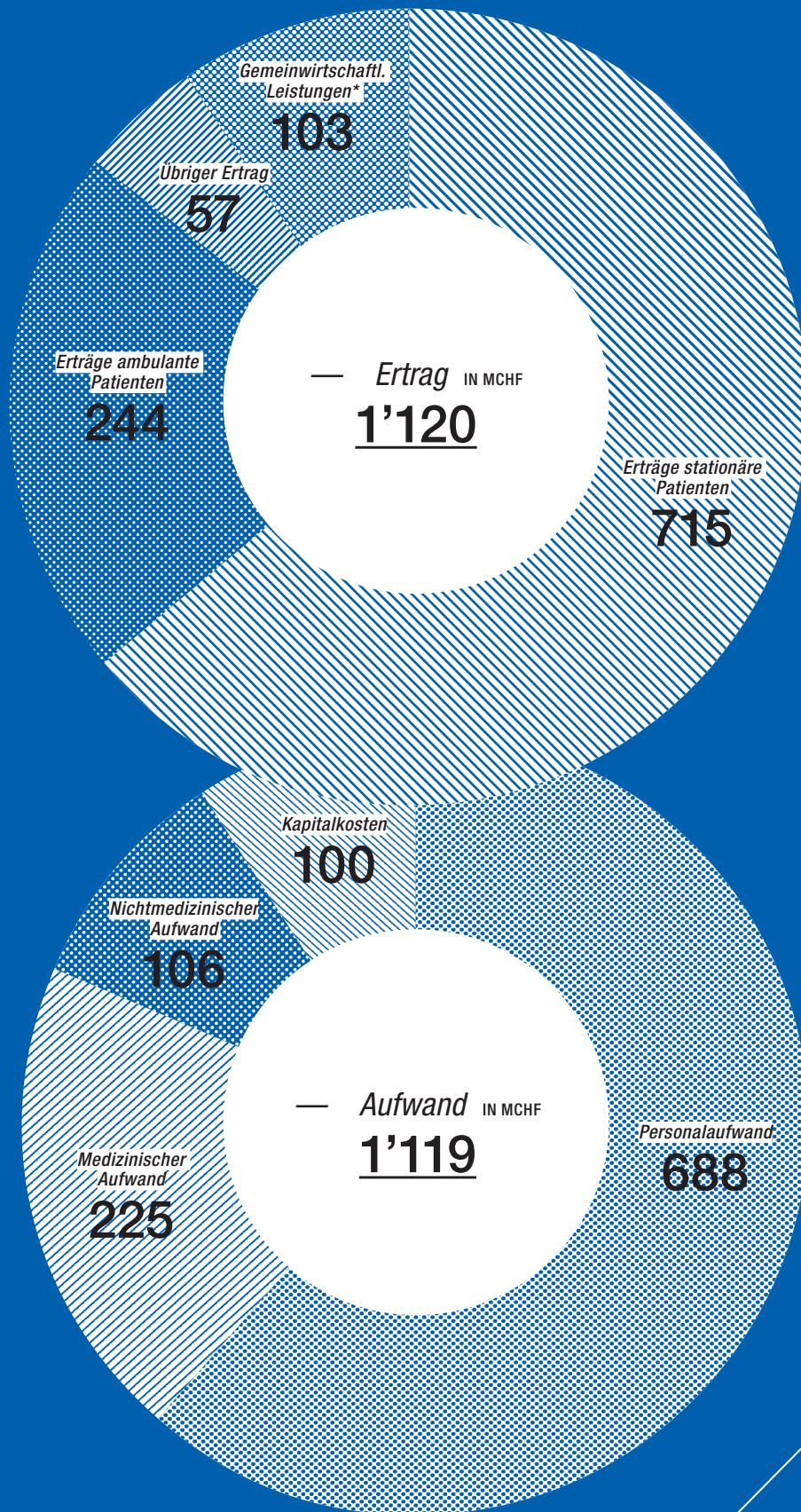
A photograph of a white server rack. A horizontal panel in the middle of the rack contains several ports, including four yellow RJ45 ports and two white ports. A blue cable is plugged into one of the white ports, and an orange cable is plugged into another. The rack has various ventilation slots and screws visible on its side.

# Finanzbericht

Das UniversitätsSpital Zürich darf auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2012 zurückblicken: Der Betriebsertrag erhöhte sich um 2.1 Prozent auf 1.1 Milliarden Franken und die Rechnung konnte mit einem Gewinn abgeschlossen werden. Der Finanzbericht liefert die detaillierten Zahlen und Fakten.

## Zum Bild

Im Herbst 2013 beziehen die Herz- und Gefässchirurgen und die Kardiologen des UniversitätsSpitals Zürich diese Räume im Ostrakt, wo ein Standort des universitären Herzzentrums Zürich entsteht. Indem die Herz- und Gefässspezialisten im Spital näher zusammenrücken, werden sie in den interdisziplinären Behandlungsteams ihre Patientinnen und Patienten noch besser behandeln können.



\* Bis Ende 2011: inkl. Staatsbeitrag Kanton Zürich

  
 Gewinn  
**1.2** MCHF

## Rechnung 2012

**D**as Geschäftsjahr 2012 war geprägt durch die Umstellung auf die neue Spitalfinanzierung. Trotz der damit verbundenen Veränderungen und Unsicherheiten kann das UniversitätsSpital Zürich auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2012 zurückblicken. Die Jahresrechnung schliesst mit einem Gewinn von 1.2 MCHF ab. Unter Berücksichtigung einer im Rahmen der Jahresrevision eruierten Doppelverbuchung (vgl. S. 88) hätte sogar ein Gewinn von 6.5 MCHF resultiert. Für das erste Jahr unter DRG ist damit ein wichtiges Ziel erreicht.



**Hugo Keune,**  
der Autor dieses Beitrags,  
ist Direktor Finanzen.

### LEISTUNGEN UND ERTRAG

Die Zahl der erbrachten Leistungen nahm gegenüber dem Jahr 2011 weiter zu. Im stationären Bereich ist der Vergleich mit dem Vorjahr aufgrund des Wechsels auf das Abrechnungssystem SwissDRG 1.0 jedoch nicht ohne Weiteres möglich. So sind die stationären Austritte mit 36'484 gegenüber dem Vorjahr (37'520) erstmals seit vielen Jahren nicht angestiegen. Dies ist zurückzuführen auf die neuen Regeln der Fallzusammenführung gemäss SwissDRG 1.0. Ein Vorjahresvergleich kann für die Anzahl Austritte somit erst wieder ab dem Jahr 2013 durchgeführt werden. Entscheidend für das finanzielle Ergebnis ist neu das Volumen der Casemix-Punkte. Diese entsprechen der Summe der Casemix-Indizes (CMI) aller Fälle. Im Jahr 2012 betrug der Casemix 57'269. Der durchschnittliche CMI erhöhte sich um 0.145 auf 1.573. Dies zeigt, dass das UniversitätsSpital Zürich im Vergleich zur Vorperiode vermehrt Patienten mit komplexen Diagnosen behandelt hat. Diese Entwicklung hin zur verstärkten Konzentration von komplexen Fällen am UniversitätsSpital Zürich ist beabsichtigt. Sie steht in Übereinstimmung mit dem Angebot und dem Auftrag des UniversitätsSpitals. Ermöglicht wird sie durch das umfassende Engagement im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie durch die stetige Erneuerung der medizintechnischen Einrichtungen. Trotz dieses erfreulichen Trends ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer praktisch konstant bei 6.8 Tagen geblieben (-0.1 Tage). Ambulant waren insgesamt 510 782 Besuche (+1.5%) zu verzeichnen. Die ambulanten Taxpunkte nahmen mit 3.8% bzw. 199.4 Mio. Taxpunkten etwa halb so stark zu wie im Vorjahr.

Der Betriebsertrag erhöhte sich um 23.3 MCHF (+2.1%) auf 1'119.7 MCHF. Das Ertragswachstum bei den stationären Pati-

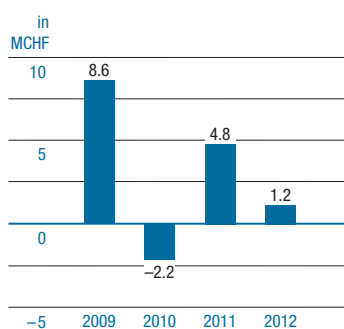
enten lässt sich mit dem Vorjahr nicht mehr vergleichen, da bis Ende 2011 der Beitrag des Kantons an die Behandlung der Zürcher Patienten in Form des Globalbeitrags ausgerichtet wurde. Ab 1. Januar 2012 bezahlt der Kanton je Zürcher OKP-Patient den fixen Anteil von 51%. Dieser Anteil beläuft sich auf rund 209 MCHF. Beim ambulanten Ertrag ist aufgrund der Zunahme bei den Tarmed-Taxpunkten und übrigen ambulanten Leistungen ein Ertragswachstum von 13.7 MCHF (+6.0%) zu verzeichnen.

Der Beitrag des Kantons Zürich für gemeinwirtschaftliche Leistungen beläuft sich auf 13.7 MCHF. Darin enthalten sind neben einem Beitrag für die ärztliche Weiterbildung auch die Entschädigung von versorgungsnotwendigen Aufgaben, welche durch das SwissDRG-System nicht abgegolten werden (etwa Transplantationskoordination und Krebsregister). Hinzu kommt ein Eigentümerbeitrag von 41.0 MCHF. Darin enthalten ist ein ausserordentlicher Beitrag von 15.5 MCHF für die Finanzierung von Überzeitanträgen bei Oberärzten gestützt auf ein Bundesgerichtsurteil von Ende 2012.

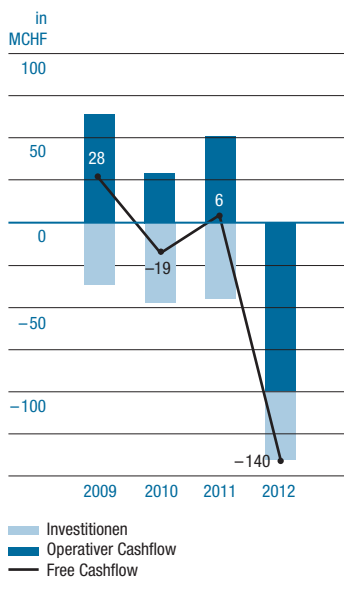
### AUFWAND

Der Betriebsaufwand überstieg mit 1'075.9 MCHF das Vorjahr um 21.5 MCHF (+2.04%). Den grössten absoluten Anstieg verzeichnete der Personalaufwand mit 19 MCHF (+3%), hauptsächlich aufgrund der Zunahme bei der Anzahl Mitarbeitenden. Das Mengenwachstum bei den Leistungen, die Zunahme bei den komplexen Fällen sowie der Bedarf an spezialisierten Fachkräften aufgrund neuer Anforderungen machten den gezielten Aufbau neuer Stellen notwendig. Zur Erreichung einer mindestens ausgeglichenen Jahresrechnung wurden gleichzeitig verschiedene Massnahmen umgesetzt, wie Sortimentsbereinigungen,

## Ergebnis



## Free Cashflow



Preisverhandlungen und Prozessverbesserungen. Aufgrund des Anstiegs an komplexen Fällen – auch im ambulanten Bereich – ist beim medizinischen Aufwand eine stärkere Kostenzunahme (+11.5 MCHF oder 5.4%) als im Vorjahr zu beobachten.

Deutlich unter dem Vorjahreswert blieb die Entwicklung beim nichtmedizinischen Aufwand. Zwar sind auch hier vereinzelt Kostenzunahmen zu verzeichnen (zum Beispiel Strompreise) und der Nachholbedarf gerade im Bereich der Bau- und IT-Infrastruktur und ihres Unterhalts ist immer noch gross. Jedoch konnten im Vergleich zum Vorjahr grosse Projekte abgeschlossen werden. Andere konnten aufgrund von Verzögerungen teilweise noch nicht in Angriff genommen werden.

Die Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die Nutzung der Immobilien und der Mobilien sind gegenüber dem Vorjahr um 5.3 MCHF gestiegen. Hauptgrund dafür ist das hohe Investitionsvolumen der vergangenen Jahre. Ausserdem wurde im Jahr 2012 die Verzinsung des Fremdkapitals durch den Kanton neu geregelt. Zusammen mit einer Verzögerung bei der Rechnungsstellung aufgrund der Systemumstellung auf SwissDRG hat sich dadurch eine fast doppelt so hohe Zinsbelastung wie in der Vorjahresperiode ergeben.

## INVESTITIONEN UND BILANZ

Insgesamt senkte sich im Jahr 2012 das Investitionsvolumen bei den Mobilien gegenüber dem Vorjahr um rund 3.7 MCHF auf 43.2 MCHF. Aufgrund von Projektverzögerungen konnten grössere Anschaffungen Ende 2012 nicht mehr ausgelöst werden. Die Bilanzsumme hat sich 2012 jedoch insgesamt aufgrund der Umstellung auf SwissDRG und der damit verbundenen Probleme bei der Rechnungsstellung stark vergrös-

sert. Entsprechend ergab sich bereits auf Stufe operativer Cashflow ein Fehlbetrag von fast 100 MCHF. Die laufenden Verpflichtungen konnten also nur mittels einer Aufnahme von Fremdmitteln beim Kanton gedeckt werden.

## GEWINNVERWENDUNG

Der Jahresgewinn von 1.2 MCHF soll dem Eigenkapital gutgeschrieben werden. Dieses beläuft sich auch nach Gewinnverwendung aufgrund der stark ausgeweiteten Bilanzsumme auf lediglich 6.2%. •

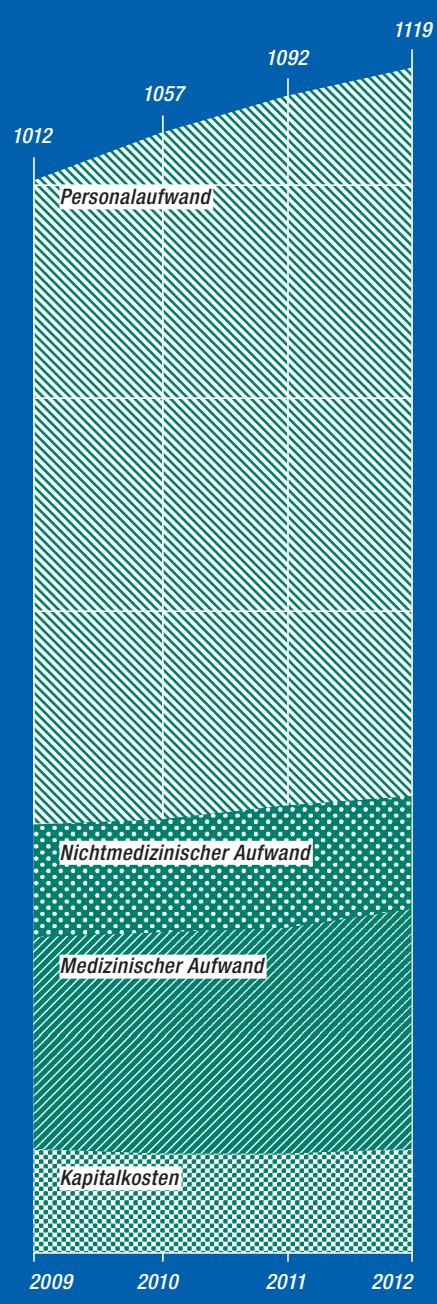
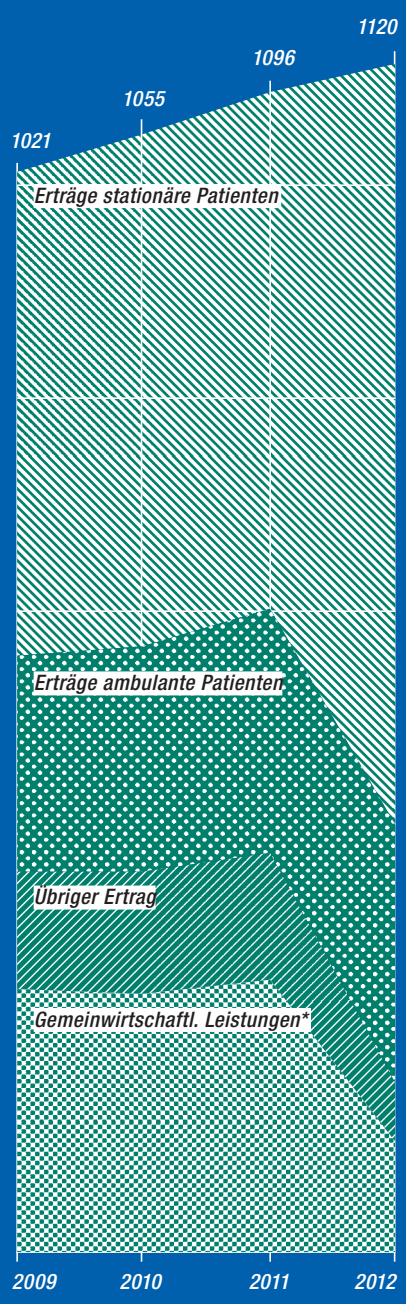
*Hugo Keune*  
Direktor Finanzen



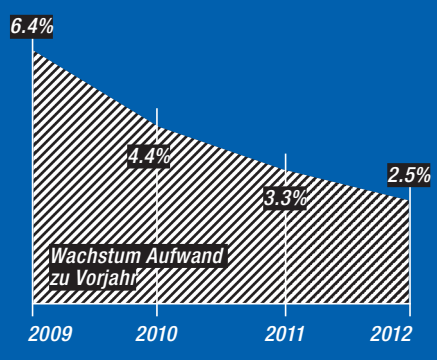
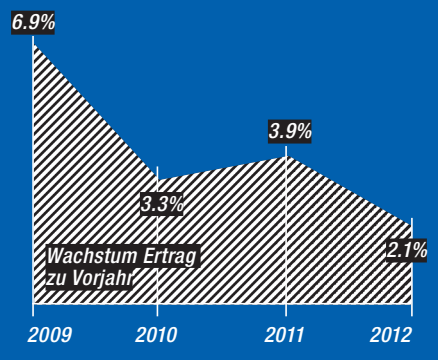
# Vergleich 2009–2012

— *Ertrag* IN MCHF

— *Aufwand* IN MCHF



\* Bis Ende 2011: inkl. Staatsbeitrag Kanton Zürich



— Erfolgsrechnung 1. Januar bis 31. Dezember 2012

		Beträge in TCHF	
	Erläuterungen	2012	2011
Erträge stationäre Patienten	1	715'480	489'602
Erträge ambulante Patienten	2	243'954	230'181
Externe Aufträge und übrige medizinische Erträge	3	27'579	21'832
Nichtmedizinische Erträge	4	29'624	29'401
Beitrag Universität Zürich	5	63'115	68'144
Beitrag Kanton Zürich	6	40'001	257'296
<b>Betriebsertrag</b>		<b>1'119'754</b>	<b>1'096'456</b>
Lohnaufwand		547'130	527'942
Sozialleistungen		88'862	86'967
Personalnebenkosten		6'612	8'682
<b>Personalaufwand</b>	7	<b>642'604</b>	<b>623'591</b>
Arzthonoraraufwand	8	45'751	44'734
<b>Personalaufwand mit Arzthonoraren</b>		<b>688'355</b>	<b>668'325</b>
Medizinischer Aufwand	9	224'575	213'017
Nichtmedizinischer Aufwand	10	105'643	115'499
Aufwand für Nutzung Immobilien	11	57'297	57'492
<b>Sachaufwand</b>		<b>387'515</b>	<b>386'008</b>
<b>Betriebsaufwand (ohne Abschreibungen und Zinsen)</b>		<b>1'075'869</b>	<b>1'054'333</b>
<b>Betriebsergebnis vor Finanzergebnis und Abschreibungen (EBITDA)</b>		<b>43'885</b>	<b>42'123</b>
Abschreibungen	12	35'991	33'837
<b>Betriebsergebnis vor Finanzergebnis (EBIT)</b>		<b>7'894</b>	<b>8'286</b>
Finanzerfolg	13	6'704	3'477
<b>Jahresergebnis</b>		<b>1'190</b>	<b>4'809</b>

— Bilanz per 31. Dezember 2012

Beträge in TCHF

	Erläuterungen	2012	2011
<b>Aktiven</b>			
Flüssige Mittel	14	7'892	6'725
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen			
Gegenüber Dritten	15	182'341	132'546
Gegenüber Kantonsgesellschaften	15	5'696	2'173
Wertberichtigungen auf Forderungen	15	-5'100	-4'605
Übrige Forderungen	15	1'490	474
Verzinsliche Anlagen	16	274	274
Aktive Rechnungsabgrenzungen	17	288'260	125'370
Vorräte	18	4'146	4'473
<b>Umlaufvermögen</b>		<b>484'998</b>	<b>267'430</b>
<b>Beteiligungen</b>	19	<b>3'400</b>	<b>3'400</b>
Technische Anlagen und Mobilien		370'016	328'785
Kumulierte Abschreibungen technische Anlagen und Mobilien		-231'919	-197'397
<b>Anlagevermögen</b>	20	<b>138'097</b>	<b>131'388</b>
<b>Total Aktiven</b>		<b>626'495</b>	<b>402'218</b>
<b>Passiven</b>			
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen			
Gegenüber Dritten	21	50'002	66'595
Gegenüber Kantonsgesellschaften	21	16'992	36'418
Vorauszahlungen von Patienten/Kontokorrente	21	68'573	3'291
Übrige laufende Verpflichtungen	21	8'525	12'223
Kontokorrent Kanton	21	182'364	40'905
Passive Rechnungsabgrenzungen	22	42'380	28'141
Kurzfristige Rückstellungen	23	47'403	31'209
<b>Kurzfristiges Fremdkapital</b>		<b>416'240</b>	<b>218'782</b>
Langfristiges Darlehen Kanton	24	132'983	126'712
Passivierte Investitionsbeiträge	25	5'179	2'755
Langfristige Rückstellungen	26	32'140	15'308
Fonds im Fremdkapital	27	1'408	1'307
<b>Langfristiges Fremdkapital</b>		<b>171'711</b>	<b>146'082</b>
Fonds im Eigenkapital		0	685
Dotationskapital		8'400	8'400
Freie Reserven		28'954	23'460
Jahresergebnis		1'190	4'809
<b>Eigenkapital</b>	28	<b>38'544</b>	<b>37'354</b>
<b>Total Passiven</b>		<b>626'495</b>	<b>402'218</b>

## — Geldflussrechnung 2012

	Beträge in TCHF	
Erläuterungen	2012	2011
Betriebsergebnis vor Finanzergebnis (EBIT)	7'894	8'286
Abschreibungen	35'991	33'837
Veränderung Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	– 52'822	– 2'105
Veränderung aktive Rechnungsabgrenzungen	– 162'891	– 34'057
Veränderung Vorräte	327	1'458
Veränderung übrige nicht verzinsliche Forderungen	– 1'016	244
Veränderung Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	– 36'019	28'097
Veränderung übrige Verpflichtungen	61'584	3'405
Veränderung passive Rechnungsabgrenzungen	14'240	1'894
Veränderung kurzfristige und langfristige Rückstellungen	33'026	10'679
<b>Geldfluss aus Betriebstätigkeit (operativer Cashflow)</b>	<b>– 99'686</b>	<b>51'737</b>
Investitionen/Devestitionen Anlagen und Mobilien	– 43'240	– 46'503
Passivierung Investitionsbeiträge Anlagen und Mobilien	2'963	1'008
Investitionen/Devestition Finanzanlagen	–	146
<b>Geldfluss aus Investitionstätigkeit</b>	<b>– 40'276</b>	<b>– 45'349</b>
<b>Free Cashflow</b>	<b>– 139'962</b>	<b>6'388</b>
Finanzaufwand	– 6'704	– 3'477
Veränderung Kontokorrent Kanton	141'459	– 17'124
Veränderung Darlehen Kanton	6'272	12'130
Veränderung Verbindlichkeiten gegenüber Fonds	102	203
Veränderung Eigenkapital/Korrektur	–	–
<b>Geldfluss aus Finanzierungstätigkeit</b>	<b>141'129</b>	<b>– 8'268</b>
<b>Total Veränderung flüssige Mittel</b>	<b>1'167</b>	<b>– 1'880</b>
<b>Flüssige Mittel 1.1.2012</b>	<b>6'725</b>	<b>8'605</b>
<b>Flüssige Mittel 31.12.2012</b>	<b>7'892</b>	<b>6'725</b>

Die Geldflussrechnung wird gemäss den Vorgaben des Gesetzes über Controlling und Rechnungslegung (CRG) und der Rechnungslegungsverordnung des Kantons Zürich (RLV) erstellt. Sie legt die Zahlungsströme offen, um Herkunft und Verwendung der Geldmittel aufzuzeigen. Dabei wird unterschieden zwischen Mittelveränderungen aus betrieblicher Tätigkeit, Investitions- sowie Finanzierungstätigkeit. Die Investitionsrechnung ist Bestandteil der Geldflussrechnung.

## — Eigenkapitalnachweis 2012

Beträge in TCHF

	Dotations- kapital	Kumulierte Ergebnisse der Vorjahre	Jahres- ergebnis	Total Eigenkapital
<b>Eigenkapitalnachweis 2011</b>				
Eigenkapital am 1.1.2011	8'400	26'330	-2'185	32'545
Ergebnisverwendung	-	-2'185	2'185	0
Veränderung Dotationskapital	-	-	-	0
Andere Transaktionen	-	-	-	0
<b>Total Veränderungen im Eigenkapital</b>	<b>0</b>	<b>-2'185</b>	<b>2'185</b>	<b>0</b>
Jahresergebnis 2011	-	-	4'809	4'809
Eigenkapital am 31.12.2011	8'400	24'145	4'809	37'354
<b>Eigenkapitalnachweis 2012</b>				
Eigenkapital am 1.1.2012	8'400	24'145	4'809	37'354
Ergebnisverwendung	-	4'809	-4'809	0
Veränderung Dotationskapital	-	-	-	0
Andere Transaktionen	-	-	-	0
<b>Total Veränderungen im Eigenkapital</b>	<b>0</b>	<b>4'809</b>	<b>-4'809</b>	<b>0</b>
Jahresergebnis 2012	-	-	1'190	1'190
Eigenkapital am 31.12.2012	8'400	28'954	1'190	38'544
Beantragte Gewinnverwendung*	-	1'190	-1'190	0
<b>Eigenkapitalnachweis nach Ergebnisverwendung 2012</b>	<b>8'400</b>	<b>30'144</b>	<b>0</b>	<b>38'544</b>

Das Dotationskapital wird zu 100% vom Kanton Zürich gehalten. Per 1. Juli 2010 wurde das Dotationskapital zur Finanzierung des Erwerbs der Beteiligung in ZWZ AG um 3'400 TCHF durch eine Einlage des Kantons erhöht. Der Fonds im Eigenkapital für die Renovation der Lehrküche wurde 2012 aufgelöst.

\*Vorbehältlich der Bewilligung durch den Kantonsrat

Der im letzten Jahr ausgewiesene Fonds im Eigenkapital ist neu in der Spalte «kumulierte Ergebnisse der Vorjahre» enthalten.

## — Anhang zur Jahresrechnung 2012

# 1. Allgemeine Erläuterungen zur Jahresrechnung

## 1.1 RECHTSFORM, FIRMA UND SITZ

Das UniversitätsSpital Zürich ist seit dem Inkrafttreten des «Gesetzes über das UniversitätsSpital Zürich» am 1. Januar 2007 eine selbstständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Zürich.

## 1.2 ANGEWANDTE GRUNDSÄTZE DER RECHNUNGSLEGUNG

Die Rechnungslegung des UniversitätsSpitals Zürich erfolgt in Übereinstimmung mit den Anforderungen von H+. Die Spitäler der Schweiz, dem Spitzenverband der Spitäler, dem Gesetz über Controlling und Rechnungslegung (CRG), der Rechnungslegungsverordnung des Kantons Zürich (RLV) sowie dem Handbuch für Rechnungslegung (HBR). Das Handbuch für Rechnungslegung des Kantons Zürich orientiert sich an den International Public Sector Accounting Standards (IPSAS). Für diejenigen spezifischen Rechnungslegungsthemen, für die IPSAS keine Vorgaben macht, wird auf ergänzende Standards oder auf einen wählbaren, gleichwertigen anerkannten nationalen oder internationalen Standard verwiesen. Da die IPSAS aus der Grundlage der IAS entwickelt wurden, sind dies in der Regel die relevanten IAS/IFRS Standards. Ausnahmen bilden die Bewertung und die Bilanzierung der Vorsorgeverpflichtungen, welche nach dem Standard Swiss GAAP FER 16 erfolgen, sowie die Aktivierungsgrenze von Investitionen. Diese richten sich nach den Branchenstandards von H+.

Die Jahresrechnung basiert auf dem geprüften Abschluss per 31. Dezember 2012 und vermittelt ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage und folgt somit dem Grundsatz der «Fair Presentation».

## 1.3 ANGEWANDTE BILANZIERUNGS- UND BEWERTUNGSGRUNDSÄTZE

Die Bilanz enthält auf der Aktivseite die Vermögenswerte, auf der Passivseite die Verpflichtungen und das Eigenkapital. Die Vermögenswerte werden gegliedert in Umlauf- und Anlagevermögen. Fonds werden dem Eigen- oder Fremdkapital zugerechnet. Die Bewertung erfolgt grundsätzlich zu Nominal- oder Anschaffungs- bzw. Herstellungswerten abzüglich der planmässigen Wertberichtigungen beziehungsweise ausserplanmässigen Wertbeeinträchtigungen (Impairment). Ansonsten wird im Speziellen darauf hingewiesen.

In der aktuellen Berichtsperiode wurden keine Änderungen der Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden vorgenommen und es mussten keine rechnungsrelevanten Schätzungen gemacht werden.

## 1.4 STEUERN

Das UniversitätsSpital Zürich ist als selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt von Kapital- und Ertragssteuern befreit.

## 1.5 PERSONALVORSORGE

Das Personal des UniversitätsSpitals Zürich ist bei der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich versichert. Für Assistenz- und Oberärzte wurde ausserdem durch den Kanton Zürich mit der Vorsorgestiftung des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) ein Vertrag abgeschlossen.

Die Statuten der BVK verpflichten den Regierungsrat zu Sanierungsmassnahmen, wenn deren Deckungsgrad unter 90% liegt. Der Regierungsrat hat aus diesem Grund im

Jahr 2011 und auch im Jahr 2012 ein Sanierungsprogramm für die BVK beschlossen. Dazu wurden eine Einmaleinlage von 2'000 MCHF sowie Sanierungsbeiträge an die BVK in Form erhöhter Arbeitgeberbeiträge zu Lasten der konsolidierten Staatsrechnung für die Jahre 2013–2019 im Gesamtbetrag von 617 MCHF beschlossen. Für beide Beiträge hat die Finanzdirektion des Kantons Zürich zentral eine Rückstellung gebildet. Trotz dieser zentral gebildeten Rückstellung hat die Finanzdirektion des Kantons Zürich für die einzelnen Leistungsgruppen die jährlichen Sanierungsbeiträge an die BVK in den Jahren 2013–2015 entsprechend ihrem Anteil an den Arbeitgeberbeiträgen ermittelt und im KEF 2013–2015 eingestellt. Per Ende 2012 wies die BVK einen Deckungsgrad von knapp über 90% aus. Damit reduzieren sich gestützt auf die BVK-Statuten die Sanierungsbeiträge zulasten höherer Sparbeiträge. Die höheren Sparbeiträge fallen ab 2013 an und werden nicht durch die Rückstellungen des Kantons gedeckt, sondern belasten ab 2013 die Erfolgsrechnung des UniversitätsSpitals Zürich. Die Vorgaben aus CRG und RLV verlangen eine korrekte und vollständige Darstellung der Jahresrechnung. Verpflichtungen müssen gemäss CRG passiviert werden, wenn deren Ursprung in einem Ereignis der Vergangenheit liegt und ein Mittelabfluss sicher oder wahrscheinlich ist. Fehlbeträge im Deckungskapital der beruflichen Vorsorge müssen gemäss RLV als Rückstellungen bilanziert werden. Mit der Bildung einer zentralen Rückstellung übernimmt der Kanton die Verantwortung für die Erfüllung der im CRG verlangten Passivierung dieser Verpflichtung vollständig und mit befreiender Wirkung für das UniversitätsSpital Zürich. Dies betrifft jedoch lediglich die Sanierungsbeiträge. Für höhere Sparbeiträge werden keine Rückstellungen gebildet, da es sich um zukünftige Verpflichtungen handelt.

## 1.6 FINANZAUSSCHUSS

Der Finanzausschuss unterstützt und begleitet den Spitalrat in Bezug auf alle Geschäfte im Zusammenhang mit Finanzen und Controlling, namentlich bei der Rechnungslegung, der externen und internen Revision, der Finanzstrategie und der Finanzplanung. Der Finanzausschuss hat sich ein unabhängiges Urteil über die finanzielle Verfassung des Universitätsspitals zu bilden, indem er den Finanzhaushalt mit der Direktion Finanzen sowie der externen und internen Revision erörtert.

Dem Finanzausschuss gehören zwei Mitglieder des Spitalrats, der Generalsekretär des Spitalrats sowie ein externes Mitglied an:

- Rolf Schüllli, Mitglied des Spitalrats und Leiter Finanzausschuss
- Prof. Dr. med. Otto Haller, Mitglied des Spitalrats
- Lic. iur. David Chaksad, Generalsekretär des Spitalrats
- Prof. Dr. Dieter Pfaff, Direktor des Instituts für Betriebswirtschaftslehre, Lehrstuhl für Accounting und Controlling, Universität Zürich

## 1.7 FINANZIELLE RISIKEN UND INTERNES KONTROLLSYSTEM

### *Finanzielle Risiken*

Das Universitätsspital identifiziert und diskutiert Risiken periodisch. Die Quantifizierung der Risiken erfolgt, sofern die Voraussetzungen gemäss HBR erfüllt sind.

### *Zinsrisiko*

Zu Zinsrisiken gehören die potenziellen negativen Auswirkungen einer Zinssatzveränderung auf die Vermögenswerte und Verpflichtungen in der Bilanz sowie auf das Zinsergebnis in der Erfolgsrechnung. Zins-

satzschwankungen können im Universitätsspital zu einer wesentlichen Veränderung der Nutzungskosten der Immobilien sowie der Zinsbelastung auf dem Fremdkapital führen.

### *Kreditrisiko*

Das Kreditrisiko ergibt sich aus der Gefahr, dass eine Gegenpartei ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und dadurch beim anderen Partner finanzielle Verluste verursacht. Mögliche Kreditrisiken aus der operativen Tätigkeit können sich im Universitätsspital hauptsächlich aus den Forderungen gegenüber Dritten, welche im Berichtsjahr 182 MCHF betragen, ergeben. Aufgrund des neuen Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes (SPFG), werden im stationären Bereich neu 51% des Rechnungsbetrages an den Wohnkanton des Patienten fakturiert. Der Hauptanteil der Lieferungen und Leistungen werden im System Tiers Payant (direkte Rechnungsstellung an die Kantone und Versicherungen) fakturiert. Zudem erfolgt eine aktive Bewirtschaftung der Forderungen durch das Inkassowesen des Universitätsspitals. Insgesamt kann das Kreditrisiko als gering eingestuft werden.

### *Internes Kontrollsystem*

Das Universitätsspital Zürich hat 2010 ein internes Kontrollsystem (IKS) eingeführt. Das Kontrollsystem lehnt sich an das international anerkannte COSO-I-Rahmenwerk für die interne Kontrolle an. Beim Umfang sowie bei der Qualität werden die Mindestanforderungen des Schweizer Gesetzgebers gemäss Obligationenrecht (OR) und des Kantons Zürich gemäss Gesetz über Controlling und Rechnungslegung (CRG) bzw. Rechnungslegungsverordnung (RLV) berücksichtigt. Das Universitätsspital Zürich versteht das IKS als Aufgabe zur kontinuierlichen Verbesserung der relevanten Finanzprozesse und zur Reduktion von finanziellen Risiken.

— *Anhang zur Jahresrechnung 2012*

## 2. Erläuterungen zur Erfolgsrechnung

— *1 Erträge stationäre Patienten*

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Stationärer Ertrag DRG-Pauschalen und Zusatzentgelte	619'723	–
Stationärer Ertrag Zusatzversicherte	86'120	–
Stationärer Ertrag Pauschalverträge	9'637	–
Stationärer Ertrag Allgemein	–	300'940
Stationärer Ertrag Halbprivat	–	88'988
Stationärer Ertrag Privat	–	99'674
<b>Erträge stationär</b>	<b>715'480</b>	<b>489'602</b>

Mit dem per 1. Januar 2012 eingeführten neuen Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz werden die stationären Fälle nach den DRG-Pauschalen abgerechnet. Bei zusatzversicherten Patienten wird ein Zuschlag für Hotellerieleistungen und für die Behandlung durch Kaderärzte verrechnet. Bestimmte Einzelmedikamente und Implantate werden separat in Rechnung gestellt. Insgesamt wurden stationäre und ambulante Erträge im Umfang von 283'021 TCHF für erbrachte, aber noch nicht fakturierte Leistungen per 31.12.2012 abgegrenzt.

— *2 Erträge ambulante Patienten*

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Ambulanter Ertrag Poliklinik	161'234	153'834
Ambulanter Ertrag private Sprechstunde	82'720	76'347
<b>Erträge ambulant</b>	<b>243'954</b>	<b>230'181</b>

Im ambulanten Ertrag sind neben ärztlichen, pflegerischen und medizintechnischen Leistungen auch ambulant verrechnete Medikamente und Materialien im Umfang von 23'422 TCHF enthalten.

— *3 Externe Aufträge und übrige medizinische Erträge*

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
<b>Externe Aufträge und übrige medizinische Erträge</b>	<b>27'579</b>	<b>21'832</b>

Die externen Aufträge umfassen medizinische Leistungen im Umfang von 24'286 TCHF, welche für Dritte erbracht werden. Die übrigen medizinischen Erträge beinhalten 6'408 TCHF Erträge für transplantationsbezogene Dienstleistungen sowie Erlösminderungen für Vermittlerprovisionen und Abschreibungen auf nicht einbringlichen Forderungen gegenüber Patienten von 3'115 TCHF.



#### — 4 Nichtmedizinische Erträge

Beträge in TCHF

	2012	2011
Nichtmedizinische Erträge	29'624	29'401

Die nichtmedizinischen Erträge setzen sich zusammen aus 13'230 TCHF Erträgen aus nichtmedizinischen Dienstleistungen für Patienten, Dritte und Mitarbeitende des UniversitätsSpitals Zürich. 7'711 TCHF resultieren aus Verkäufen der Cafeterias und der Kioske, 6'890 TCHF aus der Raum-, Personalzimmer- und Parkplatzvermietung. Beim übrigen nichtmedizinischen Ertrag von 1'721 TCHF handelt es sich um diverse Erträge wie zum Beispiel Rückvergütungen des Bundes, Beiträge, Zuschüsse sowie Provisionen.

#### — 5 Beitrag Universität Zürich für Forschung und Lehre

Beträge in TCHF

	2012	2011
Ordentlicher Beitrag Universität Zürich für Forschung und Lehre	60'390	60'129
Beitrag Matching Funds	448	5'930
Beitrag HSM	2'147	2'085
Sonderbeitrag UNI	129	–
<b>Beitrag Universität Zürich für Forschung und Lehre</b>	<b>63'115</b>	<b>68'144</b>

Für Leistungen des UniversitätsSpitals Zürich im Bereich der universitären Forschung und Lehre werden von der Universität Zürich insgesamt 63'115 TCHF rückerstattet. Beim grössten Anteil (60'390 TCHF) handelt sich um die Entschädigung der direkten und indirekten Kosten für die universitäre ärztliche Ausbildung und die universitäre Forschung. Dieser Beitrag wird ab 2012 im Rahmen des so genannten Allokationsmodells leistungsbezogen durch die medizinische Fakultät für alle Universitätsspitäler im Kanton Zürich ermittelt. In dieser Rückerstattung nicht enthalten sind Kosten in Zusammenhang mit der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sowie mit der nichtuniversitären Lehre und Forschung. Die erteilte ärztliche Weiterbildung wird als gemeinwirtschaftliche Leistung durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich finanziert. Die nichtärztliche Weiter- und Fortbildung ist durch die Tarife abzugelten.

Neben der universitären Forschung und Lehre umfasst der Beitrag der Universität Zürich die Entschädigung für Projekte im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) gemäss Regierungsratsbeschluss vom 11. November 2009 (RRB1776-2009) im Umfang von 2'147 TCHF und einen ersten Beitrag der von der Universität Zürich ausgerichteten Sondermittel für klinische Forschungsschwerpunkte (KFSP) über 129 TCHF. Ferner ist ein Matching-Funds-Beitrag enthalten, welcher sich im laufenden Jahr auf 448 TCHF beläuft. Dieser wird für die Unterstützung des akademischen Nachwuchses am UniversitätsSpital Zürich ausgerichtet, insbesondere zur Finanzierung von Prüfer-initiierten Studien (Investigator Initiated Trials, IIT) in der medizinischen Grundlagenforschung und in der Klinik.

## — 6 Beitrag Kanton Zürich

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Genereller Eigentümerbeitrag USZ	24'560	–
Übrige projektbezogene Beiträge und Subventionen	15'441	–
<b>Beitrag Kanton Zürich</b>	<b>40'001</b>	<b>257'296</b>

Der Beitrag des Kantons Zürich beläuft sich im 2012 auf 40'001 TCHF. Davon sind 15'441 TCHF projektbezogene Beiträge und Subventionen gemäss dem Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz und 24'560 TCHF allgemeiner Eigentümerbeitrag. Bei den projektbezogenen Beiträgen handelt es sich um Leistungen im Auftrag des Kantons, welche durch das DRG-System nicht entschädigt werden und deren Kosten nicht in die Tarife einfließen dürfen. Dazu gehören unter anderem die Leistungen der ärztlichen Weiterbildung, der Transplantationskoordination, der Hausarztmedizin und der Kinderkrippe. Der allgemeine Eigentümerbeitrag ist hauptsächlich zurückzuführen auf noch bestehende Verzerrungen im aktuellen Abrechnungssystem SwissDRG zuungunsten des Universitätsspitals Zürich. Zusätzlich zu den 40'001 TCHF bezahlt der Kanton Zürich den Betrag von 15'500 TCHF für die ausstehende Überzeitzahlung an die Oberärzte gemäss Bundesgerichtsentscheid vom 23. August 2012. Dieser Ertrag ist beim Personalaufwand als Aufwandminderung in Abzug gebracht.

## — 7 Personalaufwand

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Besoldungen Ärzte/Akademiker	143'474	137'997
Besoldungen Pflegepersonal/MT-Pflege	182'648	181'230
Besoldungen MTT-Bereich	58'178	79'618
Besoldungen Verwaltungspersonal	87'457	57'204
Besoldungen Ökonomie	37'424	38'230
Besoldungen technisches Personal	11'925	13'352
Übrige Besoldungen inkl. Lernpersonal und Dozenten	26'024	20'311
<b>Besoldungen</b>	<b>547'130</b>	<b>527'942</b>
Sozialleistungen	88'862	86'967
Personalnebenkosten	6'612	8'682
<b>Personalaufwand (ohne Arzthonorare)</b>	<b>642'604</b>	<b>623'591</b>

Der durchschnittliche Personalbestand belief sich im Jahr 2012 auf 5'215 FTEs (Vorjahr 5'112) inklusive Fehlzeiten, Mutterschaftsurlaub, Krankheit und Unfall. Hinzu kommen 436.8 Lernende, Praktikanten und Unterassistenten (in FTEs, Vorjahr 404.1), die am Universitätsspital Zürich ausgebildet werden.

Für die Jahre 2007 bis 2011 sind, gestützt auf das Bundesgerichtsurteil vom 23. August 2012, Rückzahlungen von Überstunden (Besoldungen, Sozialleistungen und Zins) an Oberärzte geschuldet. Die entsprechenden Rückzahlungen werden 2013 vorgenommen. In der Erfolgsrechnung 2012 wurde dafür eine Rückstellung von 16'740 TCHF gebildet. Der Kanton übernimmt eine teilweise Finanzierung dieser Rückforderungen im Umfang von 15'500 TCHF. Die Forderung der Oberärzte wurde vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt, weil der Schutz der arbeitsrechtlichen Bestimmungen über das kantonale Honorargesetz gestellt wurde. Das Universitätsspital Zürich hat in den Jahren seit der Unterstellung unter das Arbeitsgesetz im Jahr 2007 das kantonale Honorargesetz korrekt und in Abstimmung mit dem Kanton angewendet und die geleisteten Überstunden mit den bezahlten Honoraren der Oberärzte verrechnet.

Die Zunahme des Personalaufwands ist zurückzuführen auf die Teuerung und die gestiegenen Sozialversicherungsbeiträge. Zum Aufbau neuer Angebote und aufgrund der starken Leistungszunahme wurden im Berichtsjahr zudem neue Stellen geschaffen.

Die Entschädigung der sieben ordentlichen Spitalratsmitglieder wird vom Regierungsrat festgelegt. Im Jahr 2012 wurden für die sechs Mitglieder je 30 TCHF und für den Präsidenten 60 TCHF ausbezahlt (exklusive Spesenpauschalen).

Der vom UniversitätsSpital Zürich an die acht Mitglieder der Spitaldirektion ausbezahlte Bruttolohn belief sich insgesamt auf 2'094 TCHF ohne variable Bezüge. Die Privathonorare der ärztlichen Direktionsmitglieder und die Entschädigung der Universität Zürich für die Lehrtätigkeit sind nicht darin enthalten.

Die Ausrichtung der variablen Bezüge ist abhängig vom Grad der Erreichung der individuellen Ziele sowie der Gruppenziele der Spitaldirektion, welche vom Spitalrat festgesetzt werden. Die Summe aller variablen Bezüge der Spitaldirektion betrug 114 TCHF.

## — 8 Arzthonorare

Beträge in TCHF

	2012	2011
Arzthonorare	45'751	44'734

Aus dem stationären Ertrag bei zusatzversicherten Patienten fliesst die Hälfte der ärztlichen Leistungen als Honorare an die honorarberechtigten Ärzte zurück und wird als Honoraraufwand verbucht. Bei ambulanten Patienten der privaten Sprechstunde werden die gesamten ärztlichen Leistungen als Honorare ausbezahlt. In der Erfolgsrechnung werden die erbrachten Honorarleistungen seit dem Jahr 2010 fallgenau als Aufwand zum Zeitpunkt der Leistungserfassung abgegrenzt. Die Auszahlung der Honorarleistungen an die honorarberechtigten Mitarbeitenden erfolgt erst nach Bezahlung der Rechnung durch die Patienten oder Krankenversicherungen.

## — 9 Medizinischer Aufwand

Beträge in TCHF

	2012	2011
Medikamente	62'770	58'146
Medizinisches Material	161'805	154'871
Medizinischer Aufwand	224'575	213'017

Bei den Medikamenten machen die fünf umsatzstärksten Artikelgruppen rund 26% der Gesamtausgaben für Medikamente aus. Es handelt sich um folgende Artikel: Infliximab, Caspofungin, Rituximab, Bevacizumab sowie Elektrolytlösungen. Der medizinische Aufwand hat gegenüber dem Vorjahr mit +5.4% (Vorjahr +1.6%) wieder stärker zugenommen, dies trotz Neuverhandlungen von Preisen und Sortimentsbereinigungen. Das Wachstum bei den Medikamenten hat im Vergleich zum Vorjahr vor allem im ambulanten Bereich aufgrund einer Leistungszunahme stattgefunden. Die Preise der Medikamente waren mehrheitlich stabil oder rückläufig. Bei den Blutprodukten hat sich im Vergleich zum Vorjahr eine Abnahme um 1.1 MCHF auf 17.1 MCHF ergeben. Mit einem Anteil von rund 23% am Gesamtaufwand für medizinisches Material gehören folgende fünf Warengruppen zu den umsatzstärksten Materialien: Diagnostika, Herzklappen, Katheter, Geräte-Verbrauchsmaterial und Endoskopiematerial.

## — 10 Nichtmedizinischer Aufwand

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Lebensmittel	8'378	8'255
Dienstkleider- und Haushaltsaufwand	10'732	10'755
Informatikaufwand	10'652	10'499
Unterhalt und Reparaturen Bau	12'447	12'426
Unterhalt und Reparaturen Sonstiges	14'716	14'772
Aufwand für Kleinanschaffungen unter TCHF 10	3'392	2'885
Energie und Wasser	11'102	10'698
Mieten, Büro- und Verwaltungsaufwand	11'858	11'479
Externe Dienstleistungen	9'094	10'557
Versicherungsprämien	7'312	7'248
Übriger Sachaufwand	5'959	15'925
<b>Nichtmedizinischer Aufwand</b>	<b>105'643</b>	<b>115'499</b>

Der nichtmedizinische Aufwand hat gegenüber dem Vorjahr um 9% abgenommen. Die Reduktion ist zum einen auf geringere Aufwendungen für Entschädigungen von externen Dienstleistern zurückzuführen, zum anderen auf nicht mehr gebildete Rückstellungen (Einmaleffekt in 2011).

## — 11 Aufwand für Nutzung Immobilien

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Aufwand für Nutzung Immobilien	57'297	57'492

Die vom UniversitätsSpital Zürich genutzten Immobilien sind im Eigentum des Kantons Zürich und werden vom UniversitätsSpital nicht bilanziert. Die dem UniversitätsSpital belasteten Kosten für die Nutzung der Immobilien setzen sich zusammen aus dem Abschreibungsaufwand der Immobilien von 38'939 TCHF und der Zinsbelastung von 18'358 TCHF (entspricht 3%). Die Investitionen des Kantons für die vom UniversitätsSpital Zürich genutzten Immobilien belaufen sich im Jahr 2012 auf 77'722 TCHF (Vorjahr 49'636 TCHF). Die Bautätigkeit konnte im Vergleich zum Vorjahr stark ausgeweitet werden und die Investitionen liegen erstmals seit einigen Jahren über dem Wert der Abschreibungen und Zinsen.

## — 12 Abschreibungen

Beträge in TCHF

	2012	2011
Abschreibungen medizinische Geräte	19'656	18'248
Abschreibungen Geräte, Mobiliar und Einrichtungen, EDV	9'052	10'489
Abschreibungen immaterielle Anlagen	7'253	5'092
Abschreibungen Hochbauten (Mieterausbau)	30	8
<b>Abschreibungen</b>	<b>35'991</b>	<b>33'837</b>

Die Bilanzierung, die Bewertung und die Abschreibung des Anlagevermögens des UniversitätsSpitals Zürich richten sich nach den Regelungen von H+. Das Anlagevermögen wird linear über die definierte Nutzungsdauer gemäss H+ abgeschrieben. Allfällige dauernde Wertminderungen des Anlagevermögens werden mittels ausserordentlicher Abschreibungen berücksichtigt.

Nutzungsdauer in Jahren

### Anlagen

Medizinische und sonstige Geräte	8 Jahre
Mobiliar und Einrichtungen	10 Jahre
Informatikanlagen, Kommunikations- und Büromaschinen (Hardware)	3 Jahre
Immaterielle Anlagen	3 Jahre

## — 13 Finanzerfolg

Beträge in TCHF

	2012	2011
Finanzaufwand	6'704	3'617
Finanzertrag	–	–140
<b>Finanzerfolg</b>	<b>6'704</b>	<b>3'477</b>

Seit dem 1. Januar 2012 erfolgt die Zinsbelastung von 3% nicht mehr auf dem Restbuchwert des Anlagevermögens des UniversitätsSpitals Zürich, sondern auf dem effektiv beanspruchten Fremdkapital. Fremdkapitalgeber ist der Kanton Zürich. Der Zinssatz beträgt 3%. Die Berechnung der Zinslast erfolgt tagesgenau. Die Umstellung auf die Fremdkapitalverzinsung wurde im September 2012 rückwirkend auf den 1. Januar 2012 von der Finanzverwaltung des Kantons Zürich verfügt.

## — Anhang zur Jahresrechnung 2012

**3. Erläuterungen zur Bilanz**

## — 14 Flüssige Mittel

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Kassen	95	91
Post	7'408	6'093
Bank	384	554
Debit- und Kreditkartenerlös	5	-13
<b>Flüssige Mittel</b>	<b>7'892</b>	<b>6'725</b>

Die Post- und Bankguthaben sind zu Nominalwerten bilanziert. Es bestehen keine Fremdwährungskonti. Die Veränderung der flüssigen Mittel ist in der Geldflussrechnung nachgewiesen.

## — 15 Forderungen

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen		
Gegenüber Dritten	182'341	132'546
Gegenüber Kantonsgesellschaften	5'696	2'173
./ Wertberichtigungen auf Forderungen	-5'100	-4'605
Übrige Forderungen	1'490	474
<b>Forderungen</b>	<b>184'426</b>	<b>130'588</b>

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zeigen die zum Stichtag offenen Guthaben gegenüber Patienten und Versicherungsgesellschaften.

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber Dritten setzen sich wie folgt zusammen:

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Krankenversicherer und Kantone (ab 2012)	161'465	102'450
Privatversicherer	11'724	16'892
Unfallversicherer	307	114
Gemeinden	56	5'547
Übrige (Behörden, Selbstzahler etc.)	8'787	7'543
<b>Total Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber Dritten</b>	<b>182'341</b>	<b>132'546</b>

Die Forderungen werden zum Nominalwert, abzüglich der geschätzten betriebswirtschaftlich notwendigen Wertberichtigungen (Delkredere), bewertet. Die Berechnung des Delkrederes erfolgt neu nach Fälligkeit. Nicht mehr einbringbare Forderungen werden als Forderungsverluste ausgebucht. Das Delkredere beläuft sich auf rund 2.7% (Vorjahr 3.4%) der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber Dritten und Kantonsgesellschaften.

## — 16 Verzinsliche Anlagen

Beträge in TCHF

	2012	2011
Verzinsliche Anlagen	274	274

Die verzinslichen Anlagen enthalten das Wertschriftendepot von 274 TCHF, welches zum Marktwert bewertet wird.

## — 17 Aktive Rechnungsabgrenzungen

Beträge in TCHF

	2012	2011
Abgrenzungen stationäre und ambulante Erträge	283'021	122'290
Abgrenzungen übrige betriebliche Erträge	5'239	3'080
<b>Aktive Rechnungsabgrenzungen</b>	<b>288'260</b>	<b>125'370</b>

Die Erhöhung der aktiven Rechnungsabgrenzungsposition ist hauptsächlich auf die Anzahl erbrachter, aber noch nicht fakturierter Leistungen im Umfang von insgesamt 283'021 TCHF (Vorjahr 122'290 TCHF) zurückzuführen, dies als Folge der DRG-Umstellung. Die Abgrenzung der per Bilanzstichtag erbrachten, aber noch nicht fakturierten Leistungen erfolgt je Fall zu 100%.

Anzahl

	2012	2011
<b>Abgegrenzte Fälle</b>		
Stationäre Fälle	10'225	7'902
Ambulante Fälle	35'772	50'024
<b>Total abgegrenzte Fälle per 31.12.</b>	<b>44'947</b>	<b>57'926</b>

## — 18 Vorräte

Beträge in TCHF

	2012	2011
Roh- und Hilfsmaterialien	4'146	4'473
<b>Vorräte</b>	<b>4'146</b>	<b>4'473</b>

Die Position umfasst Warenlager für medizinische und nichtmedizinische Güter. Die Vorräte werden zum niedrigeren Wert aus Anschaffungs- oder Herstellungskosten und Nettoveräußerungswert bewertet. In die Anschaffungs- oder Herstellungskosten von Vorräten werden alle Kosten des Erwerbs und der Herstellung sowie sonstige Kosten einbezogen, die angefallen sind, um die Vorräte zum Standort zu bringen. Nicht mehr verwertbare Vorräte werden vollumfänglich abgeschrieben.

## — 19 Beteiligungen

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
ZWZ AG, 8005 Zürich, Kapitalanteil 40% (Aktienkapital 2'000 TCHF)	3'400	3'400

Per 1. Juli 2010 hat das UniversitätsSpital 40% der Aktien (800'000 Stück) der Zentralwäscherei Zürich, ZWZ AG, erworben. Die ZWZ AG wurde per 17. Juni 2010 von der unselbstständigen Anstalt des Kantons «Zentralwäscherei Zürich» in die ZWZ AG umgewandelt. Der Hauptzweck der ZWZ AG liegt im Betrieb eines Dienstleistungsunternehmens mit Wäscherei, Vermietung/Leasing sowie Verkauf von Wäscheartikeln. Die Erstbewertung der Beteiligung erfolgte zum Anschaffungswert. Auf eine Marktwertbewertung per 31. Dezember 2012 wurde verzichtet.

## — 20 Sachanlagenpiegel technische Anlagen, Mobilien und Hochbauten

	Beträge in TCHF					
	Medizinal- technische Geräte	Geräte, Mobilien und Einrich- tungen, EDV	Immaterielle Anlagen	Hochbauten (Mieterausbau)	Anlagen im Bau	Total
<b>Anschaffungswerte</b>						
Bruttowerte 1.1.2012	178'337	126'021	20'759	1'577	2'090	328'784
Zugänge	24'758	10'470	5'448	328	2'235	43'240
Abgänge	-1'997	-11	-	-	-	-2'008
Umbuchungen Anlagen im Bau	-	505	536	-	-1'041	-
Korrekturen aus Vorjahren	-	-	-	-	-	-
Bruttowerte 31.12.2012	201'098	136'986	26'743	1'905	3'284	370'016
<b>Kumulierte Wertberichtigungen</b>						
Stand 1.1.2012	-89'391	-100'122	-7'827	-57	-	-197'397
Abschreibungen des Jahres	-19'656	-9'052	-7'253	-30	-	-35'991
Abschreibungen Abgänge	1'707	3	-	-	-	1'710
Ausserordentliche Abschreibungen	291	8	-	-	-	299
Passivierte Anlagen	-383	-105	-	-51	-	-539
Stand 31.12.2012	-107'433	-109'268	-15'080	-138	-	-231'919
<b>Nettobuchwerte 31.12.2012</b>						
Bruttobuchwert 31.12.2012	93'665	27'717	11'663	1'768	3'284	138'097
Anschaffungswert 31.12.2011	178'337	126'021	20'759	1'577	2'090	328'784
Kumulierte Wertberichtigungen 31.12.2011	-89'391	-100'122	-7'827	-57	-	-197'397
Nettobuchwerte 31.12.2011	88'946	25'899	12'932	1'520	2'090	131'388

Für die Bilanzierung, Bewertung und Abschreibung des Anlagevermögens des UniversitätsSpitals gelten die Regelungen des Branchenverbandes H+. Die Mindestgrenze für die Bilanzierung beträgt 10 TCHF. Die Werte entsprechen dem Grundsatz der «Fair Presentation» und beinhalten keine stillen Reserven. Es besteht kein Financial Leasing.

Die Immobilien sind im Eigentum des Kantons Zürich und werden nicht in der Bilanz des UniversitätsSpitals Zürich geführt. Per 31. Dezember 2012 weisen sie einen Anschaffungswert von 1'617'987 TCHF (Vorjahr 1'540'265 TCHF) und einen Restbuchwert von 666'493 TCHF (Vorjahr 631'770 TCHF) aus.



## — 21 Kurzfristige Verbindlichkeiten

Beträge in TCHF

	2012	2011
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen		
Gegenüber Dritten	50'002	66'595
Gegenüber Kantonsgesellschaften	16'992	36'418
Vorauszahlungen von Patienten/Kontokorrente	68'573	3'291
Depotgelder und Kautionen	294	260
Poolkonti	6'793	9'507
Verbindlichkeiten gegenüber Sozialversicherungen und Pensionskassen	1'438	2'456
Übrige laufende Verpflichtungen (inkl. Transit)	8'525	12'223
Kontokorrent Kanton	182'364	40'905
<b>Total kurzfristige Verbindlichkeiten</b>	<b>326'457</b>	<b>159'432</b>

Die starke Zunahme der Vorauszahlungen Patienten/Kontokorrente ist auf eine Zahlung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für den Kantonsanteil von stationären Zürcher Patienten im Umfang von 64'072 TCHF zurückzuführen, für welche die Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton per Bilanzstichtag noch offen war.

Das Kontokorrent Kanton hat gegenüber dem Vorjahr um 141'459 TCHF zugenommen. Dies als Folge der verzögerten Fakturierung von stationären Leistungen im Rahmen der Umstellung auf DRG. Die Verbindlichkeiten gegenüber dem Kanton müssen ab dem 1. Januar 2012 mit 3% verzinst werden. Bis Ende 2011 wurde die Zinsbelastung kalkulatorisch auf Basis des Finanzvermögens ermittelt. Die Verzinsung erfolgt tagesaktuell auf dem beanspruchten Fremdkapital. Die Umstellung auf eine Verzinsung des beanspruchten Fremdkapitals wurde von der Finanzverwaltung des Kantons Zürich im September 2012 rückwirkend per 1. Januar 2012 verfügt.

## — 22 Passive Rechnungsabgrenzungen

Beträge in TCHF

	2012	2011
Abgrenzungen stationäre und ambulante Honoraraufwendungen	21'288	14'345
Abgrenzungen Personalaufwand	1'656	1'720
Abgrenzungen Sach-, Dienstleistungs- und übrige Betriebsaufwendungen	19'437	12'076
<b>Passive Rechnungsabgrenzungen</b>	<b>42'380</b>	<b>28'141</b>

Bei den passiven Rechnungsabgrenzungen handelt es sich um Abgrenzungen von im Geschäftsjahr 2012 angefallenen Aufwendungen, für die noch keine Rechnungsstellung erfolgt ist.

## — 23 Kurzfristige Rückstellungen

	Beträge in TCHF					
	Mehr- leistungen Personal	Vorsorge- verpflich- tungen	Übrige Personalver- pflichtungen	Matching Funds	Übrige	Total
Buchwert am 01.01.2012	22'053	554	3'510	3'750	1'341	31'208
Verwendung	–	–554	–2'752	–3'542	–53	–6'902
Bildung	1'487	608	16'965	1'825	1'130	22'015
Auflösung	–	–	–98	–	–1'288	–1'386
Umgliederungen	–	–	–	2'467	–	2'467
Buchwert 31.12.2012	23'540	608	17'625	4'500	1'130	47'403

Die Rückstellungen werden aufgrund der Schätzung des Eintretenszeitpunkts in kurz- und langfristig aufgeteilt (siehe Ziffer 26). Mit 23'540 TCHF bilden die bewerteten Mehrleistungen des Personals (Überzeit, Ferien und Dienstaltersgeschenke inklusive 23% Sozialversicherungsanteil) den grössten Teil der Rückstellungen.

In den Rückstellungen übrige Personalverpflichtungen sind 16'740 TCHF für die Überzeitentschädigung der Oberärzte 2007–2011 gemäss Bundesgerichtsentscheid enthalten. Nach Bilanzstichtag hat sich im Rahmen der Rechnungsprüfung herausgestellt, dass im Bereich der Personalarückstellungen Aufwand im Umfang von 5.3 Mio. CHF doppelt abgegrenzt wurde. Die doppelt gebildeten Rückstellungen werden im Jahr 2013 erfolgswirksam aufgelöst.

Die Rückstellung für Vorsorgeverpflichtung betrifft den Anteil des UniversitätsSpitals, der den frühpensionierten Mitarbeitern zusteht. Sonstige personalrechtliche Kosten werden in den Rückstellungen für übrige Personalverpflichtungen passiviert. Die Rückstellung für Matching Funds betrifft den Anteil der noch nicht verwendeten Beiträge der Universität Zürich zur Unterstützung akademischer Studien (siehe Ziffer 5).

## — 24 Langfristiges Darlehen Kanton

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Langfristiges Darlehen Kanton	132'983	126'712

Das Darlehen des Kantons Zürich entspricht den Sachanlagen, vermindert um die eigenfinanzierten Anlagen und die passivierten Investitionsbeiträge.

## — 25 Passivierte Investitionsbeiträge

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Passivierte Investitionsbeiträge	6'224	3'260
./ Wertberichtigung	–1'045	–505
Passivierte Investitionsbeiträge	5'179	2'755

Bei den passivierten Investitionsbeiträgen handelt es sich um Anlagen, die durch Sponsoringbeiträge, Drittmittel oder die Universität Zürich teilweise oder ganz finanziert wurden. Der fremdfinanzierte Anteil der Anlage wird passiviert und über die Nutzungsdauer der Anlage abgeschrieben.

## — 26 Langfristige Rückstellungen

	Beträge in TCHF				Total
	Vorsorge- verpflichtungen	Prozess- risiken	Matching Funds	Übrige	
Buchwert am 01.01.2012	620	5'658	3'530	5'500	15'308
Verwendung	-620	-	-	-	-620
Bildung	856	1'620	2'601	16'000	21'077
Auflösung	-	-1'158	-	-	-1'158
Umgliederungen	-	-	-2'467	-	-2'467
Buchwert 31.12.2012	856	6'120	3'664	21'500	32'140

Bei den langfristigen Rückstellungen handelt es sich um mögliche Geldabflüsse, welche aufgrund von bestehenden oder vergangenen Ereignissen zukünftig (2014 oder später) fällig werden könnten.

## — 27 Fonds im Fremdkapital

	Beträge in TCHF			Endbestand per 31.12.2012
	Anfangsbestand per 1.1.2012	Einlage	Entnahme	
Personalhilfefonds USZ	383	-	-3	380
Erbschaft Elsa Anna Schnetz	214	-	-116	98
Erbschaft Alfred Jörg Kyburz	148	-	-	148
Erbschaft MD	-	280	-	280
Fonds Neuromuskuläres Zentrum	98	-	-57	41
Fonds für die Krebsforschung des USZ	66	-	-	66
Fonds IDEM freiwilliger Dienst	65	4	-	69
Übrige Fonds	333	5	-12	326
Total Fonds im Fremdkapital	1'307	289	-188	1'408

Bei den Fonds im Fremdkapital handelt es sich um Mittel, die dem UniversitätsSpital Zürich von Dritten mit einer Zweckbindung überlassen wurden.

## — 28 Eigenkapital

	Beträge in TCHF	
	2012	2011
Fonds im Eigenkapital	0	685
Dotationskapital	8'400	8'400
Übriges Eigenkapital	28'954	23'460
Jahresergebnis	1'190	4'809
Eigenkapital	38'544	37'354

Die Veränderung des Eigenkapitals ist im Eigenkapitalnachweis dargelegt.

— Anhang zur Jahresrechnung 2012

## 4. Bilanzunwirksame Geschäftsvorfälle

— 4.1 Finanzielle Zusicherungen (Commitments)

Per 31. Dezember 2012 bestehen folgende finanzielle Zusicherungen:

	in TCHF	
	2012	2011
<b>Zahlungsverpflichtungen</b>		
Zahlungsverpflichtungen für Investitionen > 1 Mio. CHF pro Gesamtvertrag	2'675	3'856
Zahlungsverpflichtungen für Nutzung > 1 Mio. CHF pro Gesamtvertrag	40'213	17'998
<b>Total Zahlungsverpflichtungen</b>	<b>42'888</b>	<b>21'853</b>

	in TCHF	
	2012	2011
<b>Langfristige Miet- und Leasingverträge (Operating Leasing)</b>		
Fälligkeit kürzer als 1 Jahr	784	766
Fälligkeit länger als 1 Jahr	1'388	1'217
<b>Total langfristige Miet- und Leasingverträge</b>	<b>2'172</b>	<b>1'983</b>

— 4.2 Eventualverbindlichkeiten und -forderungen

Zum Abschlusszeitpunkt bestehen keine Eventualforderungen.

Zum Abschlusszeitpunkt bestehen rund 150 offene Haftpflichtfälle. Die Beurteilung dieser Fälle hat ergeben, dass die Deckungslimiten der Haftpflichtversicherung nicht überschritten werden. Für Fälle, die sich über den Selbstbehalt belaufen, wird eine entsprechende Rückstellung gebildet.

Des Weiteren existieren personalrechtliche Rückforderungen. Die Wahrscheinlichkeit einer juristischen Durchsetzung dieser Forderungen wird jedoch als unwahrscheinlich eingeschätzt.

### — 4.3 *Nahestehende Personen und Einheiten*

Per 1. Juli 2010 hat sich das UniversitätsSpital mit 40% an der ZWZ AG beteiligt. Für weitere Ausführungen wird auf die Erläuterung zur Bilanz, Ziffer 19, verwiesen.

### — 4.4 *Ereignisse nach dem Bilanzstichtag*

Bis zum Abschlusszeitpunkt sind keine Ereignisse eingetreten, die eine Anpassung des Vermögenswerts erforderlich machen würden.

## — Anhang zur Jahresrechnung 2012

## 5. Entwicklung Finanzen und Leistungen

	Beträge in TCHF			
	2012	2011	2010	2009
Erträge stationäre Patienten	715.5	489.6	480.7	458.5
Erträge ambulante Patienten	244.0	230.2	212.6	201.7
Externe Aufträge und übrige medizinische Erträge	27.6	21.8	20.9	20.7
Nichtmedizinische Erträge	29.6	29.4	31.6	28.1
Beitrag Universität Zürich	63.1	68.1	64.6	63.9
Beitrag Kanton Zürich	40.0	257.3	244.5	248.2
<b>Betriebsertrag</b>	<b>1'119.8</b>	<b>1'096.5</b>	<b>1'054.9</b>	<b>1'021.0</b>
Personalaufwand	642.6	623.6	601.7	569.1
Arzthonoraraufwand	45.8	44.7	47.9	40.2
Medizinischer Aufwand	224.6	213.0	209.7	201.3
Nichtmedizinischer Aufwand	105.6	115.5	102.6	103.8
Aufwand für Nutzung Immobilien	57.3	57.5	59.7	63.3
<b>Betriebsaufwand (ohne Abschreibungen und Zinsen)</b>	<b>1'075.9</b>	<b>1'054.3</b>	<b>1'021.7</b>	<b>977.7</b>
<b>Betriebsergebnis vor Finanzergebnis und Abschreibungen (EBITDA)</b>	<b>43.9</b>	<b>42.1</b>	<b>33.2</b>	<b>43.3</b>
Abschreibungen	36.0	33.8	32.3	31.1
<b>Betriebsergebnis vor Finanzergebnis (EBIT)</b>	<b>7.9</b>	<b>8.3</b>	<b>1.0</b>	<b>12.3</b>
Finanzaufwand	6.7	3.5	3.1	3.7
<b>Jahresergebnis</b>	<b>1.2</b>	<b>4.8</b>	<b>-2.2</b>	<b>8.6</b>
<b>EBITDA-Marge</b>	<b>3.9%</b>	<b>3.8%</b>	<b>3.2%</b>	<b>4.2%</b>
<b>Stationäre Leistungen (inkl. gesunder Neugeborener)</b>				
Allgemein	28'975	29'676	28'608	27'629
Halbprivat	4'031	4'217	4'087	3'975
Privat	3'478	3'627	3'779	3'596
<b>Austritte Total</b>	<b>36'484</b>	<b>37'520</b>	<b>36'474</b>	<b>35'200</b>
Anteil gesunde Neugeborene	1'961	2'308	2'104	2'103
<b>ZH</b>				
ZH	28'697	29'802	28'849	27'915
CH (ohne ZH)	7'104	7'018	6'741	6'485
Ausland	683	700	884	800
<b>Austritte Total</b>	<b>36'484</b>	<b>37'520</b>	<b>36'474</b>	<b>35'200</b>

Beträge in TCHF

	2012	2011	2010	2009
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	6.8	7.0	7.0	7.1
CMI nach APDRG	–	1.428	1.390	1.397
CMI nach SwissDRG	1.573	–	–	–
Casemix nach APDRG	–	53'584	50'699	49'174
Casemix nach SwissDRG	57'269	–	–	–

#### Ambulante Leistungen

Ambulante Taxpunkte TXP (in 1000): Tarmed, Analyseliste, übrige	199'437	192'213	177'884	169'784
Ambulante Fälle (inkl. teilstationärer Fälle)	137'764	134'466	130'828	130'378
Ambulante Besuche	510'782	503'358	483'442	468'419


## 6. Bericht der Revisionsstelle

Kanton Zürich

### Finanzkontrolle

Bericht der Finanzkontrolle  
zur Jahresrechnung des UniversitätsSpitals Zürich

Als Revisionsstelle haben wir die im Jahresbericht des UniversitätsSpitals Zürich auf Seite 72 bis 93 publizierte Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung, Geldflussrechnung, Eigenkapitalnachweis und Anhang, für das am 31. Dezember 2012 abgeschlossene Geschäftsjahr geprüft.



**Verantwortung des Spitalrates**  
Der Spitalrat ist für die Aufstellung der Jahresrechnung in Übereinstimmung mit dem Gesetz über Controlling und Rechnungslegung (CRG) sowie dem Finanzreglement des UniversitätsSpitals Zürich verantwortlich. Diese Verantwortung beinhaltet die Ausgestaltung, Implementierung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems mit Bezug auf die Aufstellung einer Jahresrechnung, die frei von wesentlichen falschen Angaben als Folge von Verstössen oder Irrtümern ist. Darüber hinaus ist der Spitalrat für die Anwendung der rechtmässigen Rechnungslegungsmethode sowie die Vornahme angemessener Schätzungen verantwortlich.

**Verantwortung der Finanzkontrolle**  
Unsere Verantwortung ist es, aufgrund unserer Prüfung ein Prüfungsurteil über die Jahresrechnung abzugeben. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem CRG, dem Finanzreglement des UniversitätsSpitals Zürich und den Schweizer Prüfungsstandards vorgenommen. Nach diesen Standards haben wir die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass wir hinreichende Sicherheit gewinnen, ob die Jahresrechnung frei von wesentlichen falschen Angaben ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen für die in der Jahresrechnung enthaltenen Wertansätze und sonstigen Angaben. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemässen Ermessen des Prüfers. Dies schliesst eine Beurteilung der Risiken wesentlicher falscher Angaben in der Jahresrechnung als Folge von Verstössen oder Irrtümern ein. Bei der Beurteilung dieser Risiken berücksichtigt der Prüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung der Jahresrechnung von Bedeutung ist, um die den Umständen entsprechenden Prüfungshandlungen festzulegen, nicht aber um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems abzugeben. Die Prüfung umfasst zudem die Beurteilung der Angemessenheit der angewendeten Rechnungslegungsmethoden, der Plausibilität der vorgenommenen Schätzungen sowie eine Würdigung der Gesamtdarstellung der Jahresrechnung. Wir sind der Auffassung, dass die von uns erlangten Prüfungsnachweise eine ausreichende und angemessene Grundlage für unser Prüfungsurteil bilden.

**Prüfungsurteil**  
Nach unserer Beurteilung entsprechen die Jahresrechnung für das am 31. Dezember 2012 abgeschlossene Rechnungsjahr sowie der Antrag an den Kantonsrat über die Verwendung des Gewinns dem CRG sowie dem Finanzreglement des UniversitätsSpitals Zürich.

Ohne unser Prüfungsurteil einzuschränken, weisen wir auf die Ausführungen des UniversitätsSpitals Zürich im Anhang unter Ziffer 23 – kurzfristige Rückstellungen (Seite 88) hin, wonach das ausgewiesene Ergebnis von 1,2 Millionen Franken um 5,3 Millionen Franken zu tief dargestellt ist. Das UniversitätsSpital sieht vor, die notwendige Korrekturbuchung zu Gunsten der Jahresrechnung 2013 vorzunehmen.

**Berichterstattung aufgrund weiterer gesetzlicher Vorschriften**  
Wir bestätigen, dass wir die gesetzlichen Anforderungen an die Fachkunde und Unabhängigkeit erfüllen und keine mit unserer Unabhängigkeit nicht vereinbare Sachverhalte vorliegen.





## Finanzkontrolle

Die umfassenden Anforderungen gemäss CRG und Finanzreglement des UniversitätsSpitals Zürich an ein dokumentiertes internes Kontrollsystem werden gemäss Verfügung der Finanzdirektion bei allen in die Staatsrechnung konsolidierten Einheiten per 1. Januar 2013 realisiert. Die Finanzkontrolle hat für das Geschäftsjahr 2012 noch keine umfassenden Prüfungen zur vollumfänglichen Bestätigung des internen Kontrollsystems im Sinne von PS 890 vorgenommen.

Zürich, 29. April 2013

Finanzkontrolle des Kantons Zürich

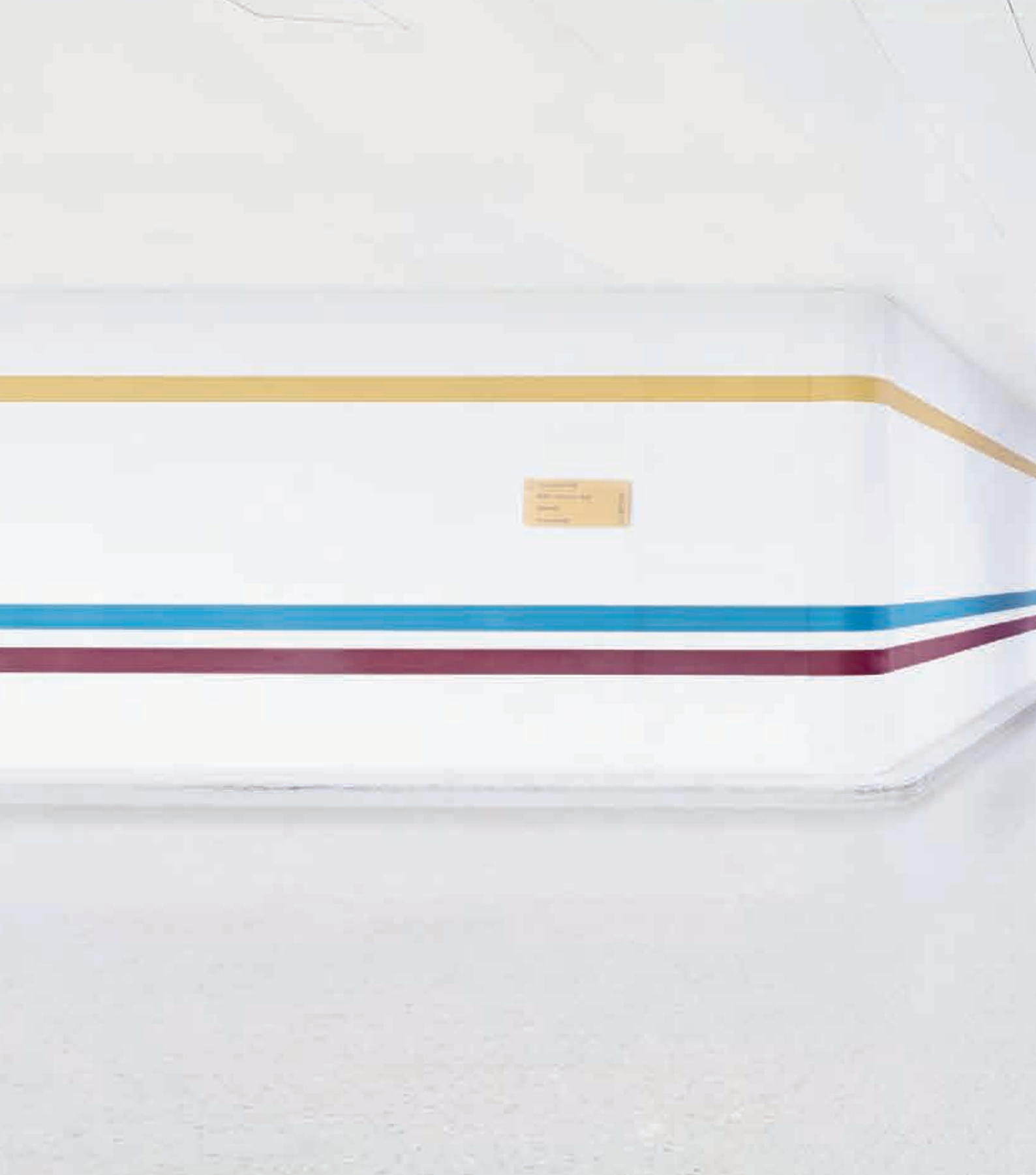
Martin Billeter  
zugelassener Revisionsexperte

Andreas Bechtiger  
zugelassener Revisionsexperte  
Leitender Revisor

Verteiler gemäss Finanzkontrollgesetz § 17, Abs. 2:

- Finanzkommission des Kantonsrates
- Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit
- Regierungsrat
- Spitalrat des UniversitätsSpitals Zürich
- Spitaldirektion des UniversitätsSpitals Zürich
- Gesundheitsdirektion





**UniversitätsSpital  
Zürich**

UniversitätsSpital Zürich  
Unternehmenskommunikation  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich

[www.usz.ch](http://www.usz.ch)  
[info@usz.ch](mailto:info@usz.ch)