

Der grosse Schritt vom Wissen zum Handeln

4,3 Milliarden Franken zahlte die Suva 2016 für die Kosten von Berufs- und Freizeitunfällen. Die Unfallkosten und die Unfallzahlen zeigen, wo das Berufsunfallrisiko hoch ist. Die «Lebenswichtigen Regeln», die in den betroffenen Branchen Unfälle verhindern sollen, sind bekannt und etabliert – und doch werden sie längst nicht immer eingehalten. Weshalb? Und was tut die Suva dagegen?



Gabriela Hübscher

Mit der Unfallprävention verhält es sich manchmal so, wie mit den guten Vorsätzen für die eigene Gesundheit: Am Neujahrstag nehmen wir uns mal wieder vor, mehr Sport zu treiben, aufhören zu rauchen oder ein paar Kilo abzunehmen. Wir wissen, dies alles wäre gesünder für uns – und doch lassen wir es nicht selten beim guten Willen bleiben. Ähnlich ist dies bei Gefahren in der Arbeitswelt. Die Arbeitssicherheitsexperten der Suva stellen immer wieder fest, dass Arbeitnehmende merken, wenn es für sie gefährlich wird. Sie wissen auch, was sie tun müssten, um die Gefahr zu beheben. Doch weshalb tun diese Menschen oft nichts? Ein Problem, das die Suva angeht – denn die Kosten sind immens.

Mehr Heilkosten, weniger Rentenkosten

Die knapp 2 Millionen Versicherten der Suva erlitten im Jahr 2016 rund 461'000 Unfälle und Berufskrankheiten. Daraus resultierten Unfallkosten von gut 4,3 Milliarden Franken, davon rund 1,8 Milliarden Franken wegen Berufs- und rund 2,5 Milliarden wegen Freizeitunfällen. Seit dem Jahr 2000 sind diese Kosten kaum gestiegen, denn gleichzeitig hat auch eine Umverteilung stattgefunden: Die Gesamtkosten eines Unfalls setzen sich aus den Heil- und Taggeldkosten sowie den Kapitalwerten (Invaliden- und Hinterlassenenrenten) zusammen. Der langfristige Trend zeigt deutlich, dass die Rentenkosten stark abnehmen, die Heil- und Taggeldkosten dafür stetig steigen. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der Renten an den Unfallkosten 40 Prozent, 2016 waren es noch 25 Prozent. Im Gegensatz dazu zahlte die Suva im letzten Jahr 35 Prozent Heilkosten gegenüber 25 Prozent 2000. Ein Grund für diese Entwicklung ist auf die Strategie der Suva zurückzuführen, möglichst viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wieder in den Beruf einzugliedern. Denn sie will

den Menschen lieber eine Perspektive bieten, statt eine Rente zahlen.

Verhaltensänderung im Zentrum

Besonders tragisch sind die tödlichen Unfälle. In den vergangenen zehn Jahren sind jährlich rund 80 Arbeitnehmende an den Folgen eines Berufsunfalls gestorben. Um die Anzahl dieser Unfälle bis 2020 zu halbieren, lancierte die Suva 2010 das Präventionsprogramm «Vision 250 Leben». Dafür erarbeitete sie gemeinsam mit den betroffenen Verbänden und Gewerkschaften für alle Tätigkeiten mit hohen Risiken «Lebenswichtige Regeln» – einfach, plausibel und sofort umsetzbar. Werden diese Regeln verletzt, gilt für alle Vorgesetzten und Mitarbeitenden: STOPP! Die Arbeit kann erst weitergeführt werden, wenn die Gefahr behoben ist.

Eine Analyse der Berufsunfallzahlen zeigt nun deutlich: 60 Prozent der zwischen 2010 und 2014 tödlich endenden Berufsunfälle wären nicht passiert, wenn die «Lebenswichtigen Regeln» eingehalten worden wären. Andere Messungen der Suva zeigen wiederum, dass über 80 Prozent der befragten Arbeitnehmenden diese Regeln kennen, sie akzeptieren und relevant finden. Dennoch werden sie in der Praxis oft nicht umgesetzt. «Zwar sehen die meisten ein, dass es zum Beispiel bei einer Absturzhöhe von zwei

Metern ein Geländer braucht, da es tödlich enden kann, wenn man runterfällt», sagt André Meier, Leiter Arbeitssicherheit der Suva. Leider sei es aber auch so, dass Zeitmangel, fehlendes Material an Ort und Stelle oder Selbstüberschätzung die Arbeitnehmenden nicht handeln lasse. «Deshalb stellt unsere Präventionsstrategie in Zukunft das Verhalten der Menschen ins Zentrum und wie sich dieses beeinflussen lässt.» Die Suva wolle gerade bei den «Lebenswichtigen Regeln» den Schritt vom Wissen zum Handeln fördern.

Massnahmen gegen tödliche Unfälle

Einen ersten Schritt hat die Suva bereits getan: Vorgesetzte können ein Zeichen setzen, indem sie die von der Suva lancierte Sicherheits-Charta unterschreiben und damit die Stopp-Botschaft fest im Betrieb verankern. Bis heute haben über 5000 Mitglieder diese Charta unterschrieben. In einem zweiten Schritt will die Suva die direkten Vorgesetzten in Unternehmen weiter sensibilisieren. Diese sollen mit ihren Mitarbeitenden Sicherheitsgespräche führen, Regelverletzungen ansprechen und gemeinsam mit den Betroffenen konstruktive Lösungen suchen, wie die Regeln in Zukunft eingehalten werden können. «Denn die Vorgesetzten», sagt André Meier, «haben eine zentrale Vorbildfunktion.»

Das Risiko bestimmt die Prämie

Für die Prämienberechnung spielt das Risiko ebenfalls eine zentrale Rolle. Denn um die Kosten von Unfällen, Berufskrankheiten und der Unfallprävention zu decken, berechnet die Suva die Versicherungsprämien risikogerecht. Das heisst, die Prämienhöhe ist nicht für alle Betriebe gleich hoch, sondern wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Die Suva teilt jeden versicherten Betrieb einer Risikogemeinschaft zu. In diesen sind Betriebe mit gleichen oder ähnlichen Tätigkeiten und vergleichbarem Unfallrisiko gebündelt. Schliesslich legt die Betriebsgrösse fest, in welchem Prämienmodell der Betrieb versichert ist. Dieses System stellt zum Beispiel sicher, dass kleine Unternehmen nach einem Unfall nicht höhere Prämien zahlen müssen, sondern nur wenn die Kosten der gesamten Branche steigen. So kann die Suva gewährleisten, dass die Prämien fair sind. Diese müssen nur die Kosten decken, da die Suva nicht gewinnorientiert ist. Allfällige Gewinne erhalten die Versicherten in Form tieferer Prämien zurück.

Ziel ist die Tarifautonomie

Der neu festgesetzte Ärztetarif TARMED tritt im Krankenversicherungsgesetz 2018 in Kraft. Dies hat für die Unfallversicherungen folgende Auswirkungen: Die Suva ist einerseits durch den Tarifeingriff des Bundesrats mitbetroffen, da dieser in der Tarifstruktur wichtige Leistungspositionen im Zusammenhang mit der Unfallkausalität gestrichen oder gekürzt hat. In der Folge muss die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) die UVG-relevanten Positionen mit den Leistungserbringer-Verbänden neu regeln. Dies gilt insbesondere für ärztliche Gutachten und Berichte sowie für die arbeitsmedizinischen Abklärungen. Andererseits profitiert die Suva von den Einsparungen, die der Tarifeingriff des Bundesrats mit sich bringt. Ziel der Suva ist es, dass die Tarifpartner – bestehend aus Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger – die Tarifautonomie zurückgewinnen, um eine für die Zukunft sachgerechte und entwicklungsfähige Tarifierung sicherzustellen.

Forst 306 pro 1000 Vollbeschäftigte, im Bauhauptgewerbe waren es 183 pro 1000 Vollbeschäftigte. Zum Vergleich: Im Gesundheitswesen verunfallen zwischen 60 und 70 Personen pro 1000 Vollbeschäftigte. «Erfreulich ist, dass das Berufsunfallrisiko seit Jahren abnimmt», sagt André Meier. Dieser Rückgang ist zum einen auf die Präventionsarbeit der Suva im Bereich der Arbeitssicherheit zurückzuführen, zum anderen nehmen die risikoreichen Tätigkeiten durch den fortwährenden Strukturwandel generell ab – «beispielsweise wegen der Zunahme von automatisierten Abläufen».

Gabriela Hübscher

Sinkendes Fallrisiko dank Prävention

Wo Arbeitnehmende den höchsten Berufsunfallrisiken ausgesetzt sind, entnimmt die Suva dem sogenannten Fall-

risiko (Anzahl Unfälle pro 1000 Vollbeschäftigte). Nach wie vor bergen die Branchen Forst und Bau die höchsten Unfallrisiken. So verunfallten 2016 im

Gabriela Hübscher ist Mediensprecherin bei der Suva

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Kinderneurologie

«Kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit»

Aus Sicht der Kinderneurologie ist zu begrüßen, dass gegenüber der ursprünglichen (Vernehmlassungs-)Version einige Änderungen vorgenommen wurden. Sie sind allerdings unzureichend.



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Peter Weber



Dr. med. Tobias Iff

Welche Ziele verfolgen wir und welche Probleme sind mit der Umsetzung des neuen TARMED ab dem 1.1.2018 in der kinderneurologischen Versorgung zu erwarten?

Ziel 1: Adäquate und fachkompetente kinderneurologische Untersuchung und Evaluation

Die kinderneurologische Untersuchung besteht wie jede andere ärztliche Untersuchung aus einer ausführlichen Anamnese, der körperlichen Untersuchung (dem sogenannten Neurostatus plus Evaluation der Haut und Erhebung des intern-pädiatrischen Status) und einer fachkompetenten Synopsis. In dem bisherigen TARMED war ein Teil dieser Untersuchungen tarifmässig durch «Handlungstarife» abgebildet, die im neuen TARMED aufgehoben werden. Dadurch entsteht die Situation, dass langsames, nicht unbedingt gründliches Untersuchen finanziell attraktiv gemacht wird – die Wirtschaftlichkeit darunter leidet. Wesentlicher in diesem Zusammenhang erscheint uns aber die Bildung eines ein-

heitlichen Dignitätsfaktors. Aus der alltagspraktischen Erfahrung heraus ist die absolute Mehrheit der ärztlichen Kollegen in der Lage, einen Neurostatus adäquat zu erheben – die Herausforderung besteht in der differentialdiagnostisch umfassenden und adäquaten Beurteilung der Befunde und Einleitung der notwendigen oder auch Verzicht auf unnötige Massnahmen. Ca. 30–50% der kinderneurologischen Patienten erfüllen die Kriterien der «Seltenen Erkrankung», für die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einerseits eine «Nationale Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten» beschlossen und eingeleitet hat, andererseits die notwendige Fachkompetenz mit Schaffung eines einheitlichen Dignitätsfaktors kontrahiert.

Ziel 2: Die Versorgung muss alters-, entwicklungs- und behindertenangepasst möglich sein.

Als Reaktion auf die Vernehmlassung zur ursprünglichen TARMED-Version des Bundesrats wurde die zeitliche Limitation

Die kinderneurologische Versorgung betroffener Patienten und ihrer Familien findet in einigen wenigen Praxen sowie in den Spezialambulanzen der Kinderkliniken statt. Der Zugang zur kinderneurologischen Untersuchung und Betreuung erfolgt nahezu ausschliesslich auf Zuweisung durch die Praxispädiater und Hausärzte und im Fall von Entwicklungsproblemen, die einer kinderneurologischen Beurteilung bedürfen, gelegentlich durch Fachstellen wie Schulpsychologische Dienste oder Frühförderstellen in Information mit den betreuenden Ärzten.