# Versicherung über die Berufsgenossenschaft:

Ihr als Mitarbeiter seid über eine Berufsgenossenschaft (BG) versichert.

Was diese abdeckt und die die Schadensmeldung erfolgt findet ihr im Folgenden. Hier sind die wichtigsten Infos zusammengestellt, so wie sie die BG selbst beschreibt.

# Was ist versichert?

1. **Arbeitsunfälle**

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die Sie als Arbeitnehmer oder als freiwillig Versicherter bei der Ausübung Ihrer Arbeit oder auf Dienstreisen erleiden.

Dazu gehören z. B.

* Unfälle auf allen mit der Arbeit verbundenen Dienstfahrten
* beim Betriebssport (wenn der Wettkampfcharakter nicht im Vordergrund steht)
* bei vom Unternehmen veranstalteten Betriebsfeiern und Ausflügen.

Entscheidend ist, dass die Tätigkeit dem Unternehmen und nicht privaten Zwecken dient.

1. **Wegeunfälle**

Wegeunfälle sind Unfälle auf dem direkten Weg zur Arbeit oder zurück; in der Regel beginnt dieser mit dem Verlassen des Wohnhauses und endet mit dem Erreichen der Arbeitsstätte.

Der Versicherungsschutz besteht auf dem direkten Weg und auf Umwegen, die notwendig werden,

* um Kinder während der Arbeitszeit unterzubringen
* bei Fahrgemeinschaften
* bei Umleitungen
* weil der Arbeitsplatz über einen längeren Weg zügiger erreicht werden kann.

Kein Versicherungsschutz besteht:

* während einer Unterbrechung des Weges (z. B. Einkauf)
* bei Umwegen, die aus privaten Gründen erfolgen
* in der Regel bei Abwegen (d. h. bei Wegen, die nicht in Richtung Wohnung oder Arbeitsstätte führen)

Hinweis: Wird der Weg aus privaten Gründen länger als zwei Stunden unterbrochen, hat dies zur Folge, dass der restliche Weg nicht mehr unter Versicherungsschutz steht!

1. **Berufskrankheit**

Hierbei handelt es sich um Erkrankungen, die Sie als Versicherter infolge einer versicherten Tätigkeit erleiden.

Welche Krankheit als Berufskrankheit anerkannt ist, regelt eine Verordnung der Bundesregierung. Dort sind nur solche Krankheiten aufgeführt, die nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen durch besondere berufliche Einwirkungen verursacht werden und denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad ausgesetzt sind als die übrige Bevölkerung.

Zivilisations- und Allgemeinkrankheiten, die mehr oder weniger bei allen Berufsgruppen und Teilen der Bevölkerung in gleicher Weise auftreten, scheiden als Berufskrankheit aus.

# Meldungen

1. **Unfallmeldung**

Je eher die BG von einem Unfall erfährt, desto schneller kann sie eine optimale medizinische Behandlung sicherstellen.

Wir als Verein sollten deshalb innerhalb von 3 Tagen jeden Arbeits- oder Wegeunfall, der eine mehr als 3-tägige Arbeitsunfähigkeit oder sogar den Tod des Versicherten zur Folge hat, anzeigen.

Anbei ist eine Unfallanzeige angehängt, die im Fall eines Unfalles an die BG geschickt werden muss.

Vorstellung beim Durchgangsarzt

Ein Versicherter, der infolge eines Arbeitsunfalles arbeitsunfähig oder länger als eine Woche behandlungsbedürftig ist, soll sich deshalb einem Facharzt mit besonderen unfallmedizinischen Kenntnissen, einem sogenannten Durchgangsarzt vorstellen. Er hat dabei die Wahl unter den Durchgangsärzten seines Bezirks.

1. **Meldung einer Berufskrankheit**

Im Interesse eines schnellen Handelns muss eine Berufskrankheit (bzw. schon der Verdacht auf eine Berufskrankheit) unverzüglich gemeldet werden:

* vom Unternehmer, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass bei Versicherten seines Unternehmens eine Berufskrankheit vorliegen könnte,
* vom Arzt oder Zahnarzt bei begründetem Verdacht, dass bei seinem Patienten eine Berufskrankheit zu entstehen droht oder schon besteht.
* Darüber hinaus hat ein Versicherter jederzeit die Möglichkeit, sich bei Verdacht auf eine Berufskrankheit selbst an uns zu wenden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **UNFALLANZEIGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Name und Anschrift des Unternehmens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Empfänger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Verwaltungs-Berufsgenossenschaft  Bezirksverwaltung | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5** Geburtsdatum | | | | | | | | | Tag | | | | Monat | | | | | Jahr | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 6 Straße, Hausnummer | | | | | | | | | | | | | | | | Postleitzahl | | | | | | | | | | | | | Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Geschlecht | | | | | | | | 8 Staatsangehörigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **9** Leiharbeitnehmer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| männlich  weiblich | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 Auszubildender  ja  nein | | | | | | | | 11 Ist der Versicherte  Unternehmer  Ehegatte des Unternehmers  mit dem Unternehmer verwandt  Gesellschafter/Geschäftsführer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung | | | | | | | | | | | 13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| besteht für | | |  |  | Wochen | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 Tödlicher Unfall? | | | | | | 15 Unfallzeitpunkt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **16** Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ja  nein | | | | | | Tag | | | Monat | | | Jahr | | | | | | | Stunde | | | | | | Minute | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung  des Versicherten  anderer Personen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 Verletzte Körperteile | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 Art der Verletzung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | War diese Person Augenzeuge? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **22** Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Stunde | | | | | Minute | | | |  | | | | Stunde | | | | | | Minute | | | | |
| Beginn | | | |  | |  | | |  | |  | | Ende | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? | | | | | | | | | | | | | | | | | | Monat | | | | Jahr | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  |
| 25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?  nein  sofort später, am | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tag | | | | | Monat | | | | | | Stunde | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?  nein  ja, am | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tag | | | | Monat | | | | | Jahr | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 Datum | | | | Unternehmer/Bevollmächtigter | | | | | | | | | | | Betriebsrat (Personalrat) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Die Unfallanzeige steht zum Ausfüllen und zum Download unter [www.vbg.de](http://www.vbg.de) zur Verfügung. Dort sind auch Erklärungen zum Ausfüllen der Anzeige zu finden.