

Unfälle und Unfallmeldungen - Aufgaben für Arbeitgebende

Arbeitsschutz | 08.05.2024

Definitionen von Unfällen

Ein Unfallereignis ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden führt.

*Versicherungsschutz
im Ehrenamt*

Arbeitsunfälle

sind die Unfälle, die versicherte Personen infolge der versicherten Tätigkeit erleiden. Und die gesetzliche Unfallversicherung bietet Schutz bei der Ausübung dieser Tätigkeiten.

Wegeunfälle

sind Unfälle, die versicherte Personen auf dem Weg zur oder von der Arbeit bzw. Ausbildungsstätte erleiden. Grundsätzlich ist der unmittelbare Weg versichert.

Versichert sind allerdings auch Wege, die zum Beispiel nötig werden:

- um Kinder für die Dauer der beruflichen Tätigkeit unterzubringen
- bei Fahrgemeinschaften
- bei Umleitungen
- weil der Arbeitsplatz über einen längeren Weg schneller erreicht werden kann
(Quelle VBG)

Hilfeleistungen bei Arbeits- und Wegeunfällen

Ein Arbeitsunfall darf nur von einem Durchgangsarzt oder einem Krankenhaus versorgt werden.

Den nächsten Durchgangsarzt finden Sie unter folgendem Link:

[Online-Suche \(dguv.de\)](https://www.dguv.de)

Sollte die Erstversorgung z. B. durch einen Autounfall in einem Krankenhaus erfolgt sein, dann ist der Weg zum Durchgangsarzt nicht notwendig.

Wenn die Erstversorgung durch einen Ersthelfer erfolgt ist, und in der ersten Einschätzung keine weitere Heilbehandlung notwendig ist, muss der Vorfall im Verbandbuch eingetragen werden und an geeigneter zentraler Stelle abgelegt werden:

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/verbandbuch-1895>

Meldepflicht von Unfällen

Ein Arbeitsunfall, der zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen führt, muss der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse vom Unternehmen gemeldet werden.

Meldepflicht: A) Berufsgenossenschaft*:

Kirchen:

Verwaltungsberufsgenossenschaft:

- VBG: [Unfall melden | VBG](#)

Kindergärten:

- BGW => Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- BGW: [Login - Meine BGW \(bgw-online.de\)](#)

*bei Beamten ist die Meldung an die Berufsgenossenschaft nicht notwendig, da die Kosten für die Heilbehandlung die Heilfürsorge übernimmt.

Meldepflicht von Unfällen

Ein Arbeitsunfall, der zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen führt, muss der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse vom Unternehmen gemeldet werden.

Außerdem muss eine Meldung erfolgen an:

B) Gewerbeaufsicht oder an das Regierungspräsidium

[Adressen_Gewerbeaufsicht_Baden-Wuerttemberg.pdf](#)

Meldepflicht von Unfällen

Ein Arbeitsunfall, der zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen führt, muss der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse vom Unternehmen gemeldet werden.

Außerdem muss die Arbeitssicherheit informiert werden, um Maßnahmen zum Arbeitsschutz einzuleiten:

C) An die Ortskraft und die Stabstelle Arbeitsschutz in der Evangelischen Landeskirche in Baden

Meldung erfolgt über die Unfallanzeige

- Unfallhergang eindeutig mit logischer Beschreibung
- Bei der internen Weitergabe auf Datenschutz achten
- Meldefrist von 3 Tagen beachten
- Bei schweren Unfällen zeitnah und „rudimentär“ melden.

Formular:

DGVU Formtexte Ärztinnen Ärzte Unternehmen

- Außerdem kann das digitale Formular der Berufs-Genossenschaften ausgedruckt und weitergeleitet werden
- Die Unternehmensnummer (früher Mitgliedsnummer) erfahren Sie bei Ihrer personalführenden Stelle oder zuständigen Personen für Arbeitsschutz.

○ Falls einmal nicht zur Hand, auf jeden Fall Arbeitgeber*in oder Unternehmen angeben.

| UNFALLANZEIGE | |
|---|---|
| 1 Name und Anschrift des Unternehmens | |
| 2 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger | |
| 3 Empfänger-in | |
| 4 Name, Vorname der versicherten Person | |
| 5 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | |
| 6 Straße, Hausnummer | Postleitzahl Ort |
| 7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe | 8 Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Nicht EU <input type="checkbox"/> Ja |
| 9 Auszubildender? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 10 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer-in <input type="checkbox"/> mit dem/der Unternehmen-in <input type="checkbox"/> Geschäftsführer-in <input type="checkbox"/> verheiratet/ein eingetragener Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> verheiratet |
| 11 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="checkbox"/> Wochen | 12 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) |
| 13 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 14 Unfallzeitpunkt (TT.MM.JJJJ um Uhr) |
| 15 Unfallort (genau Ort- und Straßenangabe mit PLZ) | 16 Unfall im Homeoffice? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 17 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (Wortaufzeichnung des Betriebsrats, ggf. Beteiligung von Mitbetroffenen, Angehörigen, Kollegen) | |
| Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen | |
| 18 Verletzte Körperstelle | 19 Art der Verletzung |
| 20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | 21 War diese Person Augenzeugen/Augenzeugin des Unfalls? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| 22 Erstbehandlung (Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses) | 23 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person (in Uhr) <input type="checkbox"/> Beginn <input type="checkbox"/> Ende <input type="checkbox"/> Uhr |
| 24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als | 25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? (TT.MM.JJJJ) |
| 26 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig? | |
| 27 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am (TT.MM.) um (Uhr) Uhr | 28 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am (TT.MM.JJJJ) |
| 29 Datum | Unternehmen-Nr. (Beschäftigter) Betriebsrat (Personalrat) Telefon-Nr. für Rückfragen |

U 1000 02/2 Unfallanzeige

Wegeunfälle

**Bestätigung des Versicherten für die Richtigkeit der Angaben
=> Formular dem Versicherten zum Ausfüllen übersenden**

Wegeunfall-Fragebogen, Blatt 6

Name:

Aktenzeichen:



6. Bestätigung der/des Verletzten

(Bitte legen Sie den Fragebogen nur dann Ihrer Mitarbeiterin/Ihrem Mitarbeiter zur Bestätigung vor, wenn Sie nicht alle Fragen beantwortet haben):

Ich habe die Fragen Nr. selbst beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift d. Verletzten

Wegeunfälle

Prüfung des Versicherungsschutzes und Regresses

Frage nach Abweichung vom Weg

Frage nach Fremdverschulden durch Fahrzeug

Weg- oder Straßenverhältnisse
Tiere

Angaben von
Versicherungsnummern
Polizeilichen Aktenzeichen

| | |
|--------|---|
| 24 | Bei Unfall auf dem Weg von der Arbeitsstätte: Verlassen der Arbeitsstätte um: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Arbeitsende am Unfalltag um: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 25 | Ereignete sich der Unfall während einer Arbeitspause? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Dauer der Pause: von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 26.1 | Welchen Weg nimmt sie/er üblicherweise von der Wohnung zur Arbeitsstätte und umgekehrt? (Bitte machen Sie genaue Orts- und Straßennamen.) Öblicher Weg: <input type="text"/> |
| 26.2 | Wie lang ist der übliche Weg? <input type="text"/> km, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 27 | Ist sie/er am Unfalltag vom üblichen Weg abgewichen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgenden Weg hat sie/er zurückgelegt: (Bitte machen Sie genaue Orts- und Straßennamen.) <input type="text"/> |
| 28 | War der tatsächlich zurückgelegte Weg länger? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, um ca. <input type="text"/> km sind ca. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> länger. |
| 29 | Warum hat sie/er am Unfalltag einen abweichenden Weg gewählt? <input type="text"/> |
| 2.10 | Hat sie/er Personen/Stellen (z. B. Bekannte, Ärzte, Kaufhäuser oder Behörden) aufgesucht oder aufsuchen wollen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="text"/> von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2.11.1 | Welches Verkehrsmittel benutzte sie/er üblicherweise? Wie üblich: <input type="text"/> (z. B. Auto, Bahn, keine [zu Fuß]) |

Hauptstadt Freiburg, Bad 3

BGW
Berufsgenossenschaft
für Druck- und Buchverlagswesen
und Buchdruck- und Buchverlagswesen

2.11.2 Welches Verkehrsmittel hat sie/er am Unfalltag benutzt?
 zu Fuß, kein, keine [zu Fuß]

2.12 Gibt es Angelegenheiten des Unfalls?
 Nein
 Ja (Bitte geben Sie Name und Anschrift an.)

2.13 Was ist passiert zur Unfallstelle gekommen?
(Bitte geben Sie Name und Anschrift an.)

2.14 Hat jemand etwas Hilfe geleistet?
 Nein
 Ja (Bitte geben Sie Name und Anschrift an.)

3. Unfallschuldige/Fremdverschulden

3.1 War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug (Auto, Fahrrad, Bahn, Fuhrwerk usw.) beteiligt?
 Ja
 Nein

Die von 4. Verletzte getrennte Forderung ist hier nicht einzufragen

| Nr. des Fahrzeuges | 1. Fahrzeug | 2. Fahrzeug |
|---|-------------|-------------|
| Personliche Kennzeichen und Versicherungsnummer | | |
| Name und Anschrift des Halbes | | |
| Name und Anschrift des Fahrers | | |
| Name und Anschrift der HalbesinhaberIn | | |
| Name, Adresse etc. | | |

3.2 War der Unfall auf Schiene, Ode...
 Nein Ja (Bahnverkehrsunternehmen)
Name, Anschrift

3.3 Wurde der Unfall durch ein Tier verursacht?
Wer ist ggf. der Tierhalter?
 Nein Ja, Tierhalter
(Name, Anschrift)
Versicherung des Tierhalters
(Name, Anschrift)
Versicherungsnummer

3.4 War sonst jemand an dem Unfall beteiligt?
 Nein Ja
(Name, Anschrift)

3.5 Wurde Person/Verkehrsmittel durch die Polizei oder andere Stellen gebührend?
 Nein Ja, von
(Name, Anschrift)
oder Mitarbeiter:

4. Beleglage

4.1 Auf welchen Angaben beruhen die Angaben zu den Fragen 1 bis 3?
 Auf Angaben d. Verletzten
 Auf Angaben von
(Name, Anschrift)

4.2 Hat 4.1 Verstöße die Art der Unfallaufnahme?
 Unbekannt, d. Verletzte ist nicht mehr bei uns beauftragt
 Nein Ja, von

Wegeunfälle

Bei Abweichungen vom Weg:

die Unterbrechung ist zu lange
Umweg ist nicht versichert

=> die Krankenversicherung muss dann wahrscheinlich
die Leistung erbringen

Bei Fremdverschulden:

=> die Berufsgenossenschaft geht mit den Kosten der Leistungen an die
gegnerische KFZ-Versicherung

=> bei nicht erfüllter Streu- und Räumspflicht an den Hauseigentümer

=> bei einem Unfall mit dem Hund an die Tierhalterversicherung

=> auch der Arbeitgeber kann seinen finanziellen Aufwand gegenüber dem
Unfallverursacher (bzw. dessen Versicherung) anzeigen

z. B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nach fremdverschuldetem Unfall

Annekatriin Schwarz

Evangelischer Oberkirchenrat
Personalentwicklung/ Personalförderung
Leitung Stabsstelle Arbeitsschutz

Telefon: 0721 / 9175-217

E-Mail: annekatrin.schwarz@ekiba.de

Heidrun Fink-Koch
Evangelischer Oberkirchenrat
Stabsstelle Arbeitsschutz
-Arbeitsschutzkoordinatorin-

Telefon: 0721 / 9175-625

E-Mail: Heidrun.Fink-Koch@ekiba.de