

**Verordnung
über die Anzeige von Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung
(Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung – UVAV)**

Vom 23. Januar 2002

Auf Grund des § 193 Abs. 8 und des § 202 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), von denen § 193 Abs. 8 durch Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2001 (BGBl. I S. 1600) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung:

§ 1

Anwendungsbereich

Die Anzeige von Unfällen und Berufskrankheiten, die nach den §§ 193 und 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch zu erstatten ist, richtet sich nach den Bestimmungen dieser Verordnung.

§ 2

Anzeige von Unfällen

(1) Die Anzeige eines Unfalls nach § 193 Abs. 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch ist von den Unternehmern und für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch von den Trägern der Einrichtungen auf Vordrucken nach dem Muster der Anlage 1 zu erstatten.

(2) Die Anzeige eines Unfalls für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studierende nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch ist von den Unternehmern oder, wenn der Schulhoheitsträger nicht Unternehmer ist, von den Schulhoheitsträgern (§ 193 Abs. 3 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch) auf Vordrucken nach dem Muster der Anlage 2 zu erstatten.

§ 3

Anzeige von Berufskrankheiten

(1) Die Ärzte und Zahnärzte haben bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeige nach § 202 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auf Vordrucken nach dem Muster der Anlage 3 zu erstatten.

(2) Die Unternehmer haben bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeige nach § 193 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auf Vordrucken nach dem Muster der Anlage 4 zu erstatten.

§ 4

**Gestaltung der
Vordrucke, Erläuterungen, Hinweise**

(1) Die Größe der Vordrucke beträgt 297 × 210 mm (Format DIN A4).

(2) Die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger können im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung für jeden Vordruck nach dem Muster der Anlagen 1 bis 4 bundeseinheitliche Erläuterungen erstellen.

(3) Die anzeigepflichtigen Unternehmer haben die Versicherten auf ihr Recht hinzuweisen, eine Kopie der Anzeige zu verlangen.

§ 5

Anzeige durch Datenübertragung

(1) Die Anzeigen nach den §§ 2 und 3 und die Durchschriften können im Einvernehmen mit dem Anzeigeempfänger auch im Wege der Datenübertragung übermittelt werden, soweit die Darstellung der Anzeige nach Form und Inhalt dieselben Felder und Texte wie das für die entsprechende Anzeige vorgesehene Formular enthält.

(2) Wird die Anzeige durch Datenübertragung erstattet, ist in ihr anzugeben, welches Mitglied des Betriebs- oder Personalrats vor der Absendung von ihr Kenntnis genommen hat.

(3) Bei der Datenübertragung sind geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit nach dem jeweiligen Stand der Technik vorzusehen; bei der Nutzung allgemein zugänglicher Netze sind Verschlüsselungsverfahren anzuwenden.

§ 6

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. August 2002 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten § 7 der Berufskrankheiten-Verordnung vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623), geändert durch Artikel 62 des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1983), und die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Neufassung des Musters für Unfallanzeigen vom 31. Juli 1973 (BANz. Nr. 143 vom 3. August 1973) außer Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin, den 23. Januar 2002

Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung
Walter Riester

Anlage 2

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)		UNFALLANZEIGE für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende 2 Träger der Einrichtung		
4 Empfänger		3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers		
5 Name, Vorname des Versicherten		6 Geburtsdatum	Tag	Monat
7 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort	
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	9 Staatsangehörigkeit	10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter		
11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute	13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)		
14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)				
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen				
15 Verletzte Körperteile		16 Art der Verletzung		
17 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am		Tag	Monat	Stunde
18 Hat der Versicherte den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr
19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)		War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses		21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Stunde Minute Stunde Minute Beginn Ende		
22 Datum Leiter (Beauftragter) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)				

ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift des Arztes

2 Empfänger

3 Name, Vorname des Versicherten

4 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

5 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

6 Geschlecht

männlich

weiblich

7 Staatsangehörigkeit

8 Ist der Versicherte verstorben?

nein

ja, am

Tag

Monat

Jahr

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit, Berufskrankheiten kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden des Versicherten, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt / übte der Versicherte wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist der Versicherte oder war er zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war er den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

18 Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- und Faxnummer)

19 Der Unterzeichner bestätigt, den Versicherten über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

20 Datum

Arzt

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Bank/Postbank

Kontonummer

Bankleitzahl

Anlage 4

ANZEIGE DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT			
1 Name und Anschrift des Unternehmens		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers	
3 Empfänger			
4 Name, Vorname des Versicherten		5 Geburtsdatum	Tag Monat Jahr
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeitnehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt		<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für Wochen	13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)		
14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück?			
15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?			
16 Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?			
17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z.B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen), wenn ja mit welchem Ergebnis?			
18 Datum	Unternehmer / Bevollmächtigter	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)