

# Psychotherapeutenverfahren

Anforderungen  
Handlungsanleitung  
Berichterstattung  
Gebühren

## **Impressum**

Herausgeber:  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e. V. (DGUV)  
Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Tel.: 030 288763800  
Fax: 030 288763808  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau (SVLFG)  
Weißensteinstraße 70-72  
34131 Kassel  
Telefon: 0561 93590  
Telefax: 0561 9359217  
Internet: [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de)

2., aktualisierte Auflage – Juni 2017

ISBN (print): 978-3-86423-191-9

ISBN (online): 978-3-86423-192-6

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	4
<b>Anforderungen</b> .....	5
<b>Handlungsanleitung</b> .....	9
<b>Gebührenverzeichnis</b> .....	13
<b>Berichtsvordrucke</b> .....	19
Erstbericht .....	19
Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag .....	22
Verlaufsbericht .....	25
Abschlussbericht .....	26
Kurzbericht .....	29
<b>Verzeichnis der Landesverbände</b> .....	30

# Einleitung

Die Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten nach Arbeitsunfällen (incl. Wege- und Schülerunfälle) oder bei anerkannten Berufskrankheiten mit psychischen Gesundheitsstörungen ist eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung. Hierfür ist eine gute Zusammenarbeit aller Akteure (Versicherte, Therapeuten und Therapeutinnen, Durchgangsarzte und Durchgangsarztinnen, Arbeitgeber, Betriebsärzte und Betriebsärztinnen, Unfallversicherungsträger etc.) erforderlich.

Durch das Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten Versicherte mit psychischen Störungen frühzeitig und adäquat professionelle Hilfe. Die Einleitung der Therapie erfolgt durch den Unfallversicherungsträger oder den behandelnden D-Arzt bzw. die behandelnde D-Ärztin, damit zeitnah eine gezielte Befundung/Diagnostik vorgenommen und eine störungsspezifische therapeutische Behandlung eingeleitet werden kann. Die Beteiligungsanforderungen und Handlungsabläufe sind auf die besonderen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung zugeschnitten und gewährleisten ein einheitliches und transparentes Vorgehen.

Die am Psychotherapeutenverfahren beteiligten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen verfügen über besondere Fortbildungen und Erfahrungen bei der Behandlung von psychischen Gesundheitsstörungen nach traumatischen Ereignissen. Der Antrag auf Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren ist beim regional zuständigen DGUV-Landesverband zu stellen.

Bundesweit stattfindende Einführungs- und Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen sowie regelmäßige Erfahrungsaustausche mit beteiligten Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen und Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen der Unfallversicherungsträger sollen die Zusammenarbeit aller Netzwerkpartner stärken und der Qualitätsverbesserung dienen.

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der DGUV-Landesverbände (<http://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/index.jsp>). Ansprechpartner für individuelle Auskünfte ist der regional zuständige Landesverband der DGUV.

# Anforderungen

## Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren (in der Fassung vom 1. Januar 2017)

### 1 Präambel

Am Psychotherapeutenverfahren werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt, die

- 1.1 gewährleisten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemein anerkannten Stand der psychologisch-medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den wissenschaftlichen Fortschritt berücksichtigen; insbesondere dass die angewandten Behandlungsverfahren evidenzbasiert sind und sich an den einschlägigen Leitlinien der AWMF orientieren,
- 1.2 über die unter Ziffern 2 und 3 genannte fachliche Befähigung und räumliche Ausstattung verfügen,
- 1.3 persönlich geeignet sind und
- 1.4 zur Übernahme der Pflichten nach Ziffer 4 bereit sind.

### 2 Fachliche Befähigung

Die Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren setzt eine der folgenden fachlichen Befähigungen voraus:

- 2.1 Approbation als psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -psychotherapeut
- 2.2 Approbation als Ärztin/Arzt und Berechtigung zum Führen einer der folgenden deutschen Facharztbezeichnungen:
  - Psychiatrie und Psychotherapie
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  - Psychotherapeutische Medizin
  - Neurologie und Psychiatrie
  - Psychiatrie
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

## Anforderungen

Zusätzlich sind folgende Voraussetzungen nachzuweisen:

- 2.3 Fortbildung in der leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung von typischen psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (z. B. akute Belastungsstörung, Angststörung, Depression, Anpassungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Schmerzstörung); die Fortbildungen in diesen traumatherapeutischen Verfahren sollen insgesamt 120 Unterrichtseinheiten umfassen und von den Fachgesellschaften, Landesärztekammern oder Psychotherapeutenkammern anerkannt sein,
- 2.4 im Anschluss an die Approbation sechs supervidierte Behandlungsfälle von traumatisierten Patienten und Patientinnen mit typischen Störungen gemäß Ziffer 2.3,
- 2.5 in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Behandlungsfälle mit jeweils mindestens fünf Sitzungen von traumatisierten Patienten und Patientinnen mit typischen Störungen gemäß Ziffer 2.3,
- 2.6 die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zum Psychotherapeutenverfahren.

## **3 Räumliche Ausstattung**

- 3.1 Therapieraum
- 3.2 Wartebereich
- 3.3 Möglichkeit zur Aufbewahrung der Versichertenunterlagen unter Berücksichtigung des Datenschutzes

## 4 Pflichten

Die am Psychotherapeutenverfahren Beteiligten verpflichten sich,

- 4.1 die Tätigkeit für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Übereinstimmung mit der Handlungsanleitung zum Psychotherapeutenverfahren auszuüben,
- 4.2 die für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentationsarbeiten durchzuführen sowie Berichte fristgerecht zu erstatten,
- 4.3 die therapeutische Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auszuüben,
- 4.4 Aufforderungen des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit der Steuerung des Heilverfahrens und dem Reha-Management nachzukommen und die Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger hierbei zu unterstützen; über geplante Maßnahmen ist der/die Versicherte vorher zu informieren,
- 4.5 Versichertenunterlagen einschließlich Krankenblätter mindestens 10 Jahre aufzubewahren,
- 4.6 sich ständig fortzubilden und an Fortbildungsveranstaltungen der DGUV teilzunehmen,
- 4.7 jede Änderung in den die Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der DGUV mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung),
- 4.8 jederzeit durch den Landesverband der DGUV die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen,
- 4.9 die nicht patientenbezogene Kommunikation mit dem Landesverband der DGUV und den Unfallversicherungsträgern per E-Mail zu ermöglichen,
- 4.10 die Rechte und Verpflichtungen nach dem Patientenrechtegesetz (§§ 630 a – 630 h BGB) zu beachten,

## Anforderungen

- 4.11 die erforderlichen statistischen Daten eines jeden Jahres über die psychotherapeutische Tätigkeit (z. B. Fallzahlen) bis zum 15. Februar des Folgejahres an den zuständigen Landesverband der DGUV zu melden,
- 4.12 an Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken.

## 5 **Beteiligung**

- 5.1 Die Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren erfolgt auf Antrag durch öffentlich-rechtlichen Vertrag nach § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der DGUV.

Die Beteiligung endet,

- 5.2 wenn die Anforderungen nicht mehr erfüllt werden,
- 5.3 bei Praxisaufgabe,
- 5.4 bei Kündigung wegen schwerwiegender oder wiederholter Pflichtverletzung,
- 5.5 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.

Nach Beendigung der Beteiligung ist eine erneute Beteiligung nicht möglich. Hier- von kann der Landesverband eine Ausnahme zulassen, wenn wesentliche Änderungen der Verhältnisse eingetreten sind, die zum Wegfall der Kündigungs-/Beendigungs- gründe führen.



# Handlungsanleitung

## Handlungsanleitung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zum Psychotherapeutenverfahren (in der Fassung vom 1. Januar 2017)

### 1 **Behandlungsauftrag**

Die Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in das Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger erfolgt regelmäßig auf Veranlassung des Unfallversicherungsträgers (Behandlungsauftrag) bzw. der D-Ärztin oder des D-Arztes. In diesem Fall gilt die Behandlung mit bis zu fünf probatorischen Sitzungen (Ziffer 3) als genehmigt. Die Fortführung der Therapie erfolgt nach Maßgabe der Ziffern 4 und 5. Erfolgt ausnahmsweise die Zuweisung auf andere Art (z. B. Hausärztin/Hausarzt) oder suchen Versicherte beteiligte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten unmittelbar auf, unterrichten diese unverzüglich den zuständigen Unfallversicherungsträger und holen dessen Zustimmung zur Behandlung ein.

### 2 **Behandlungsbeginn/ Sitzungsfrequenz**

Die ambulante Therapie beginnt innerhalb einer Woche nach Auftragserteilung. Sie soll in Abhängigkeit von der störungsspezifischen Dringlichkeit fortgesetzt werden. Eine Sitzungsfrequenz von regelmäßig einmal pro Woche, längstens alle zwei Wochen, ist den individuellen Erfordernissen anzupassen und in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt einzuhalten.

### 3 **Probatorische Sitzungen (max. 5 Sitzungen)**

Um eine fundierte Psychodiagnostik, Psychoedukation, Krisen- oder Frühintervention zu leisten sowie den Bedarf weiterführender Behandlungsmaßnahmen zu klären, werden zunächst unabhängig von der Kausalität der psychischen Symptomatik bis zu fünf probatorische Sitzungen durchgeführt. Während der probatorischen Sitzungen ist eine Unfallanamnese zu erheben und sind die traumaspezifischen Einflussfaktoren herauszuarbeiten.

### **4 Weiterbehandlung**

Nach Abschluss der probatorischen Sitzungen wird bei entsprechend begründetem Antrag die Notwendigkeit weiterer psychotherapeutischer Maßnahmen durch den Unfallversicherungsträger geprüft. Dabei werden zunächst regelmäßig maximal zehn weitere Sitzungen bewilligt. Nach Abschluss dieser Behandlungseinheiten können nach Berichterstattung und Prüfung weitere Einheiten bewilligt werden, in der Regel bis maximal 15 Sitzungen. In begründeten Einzelfällen ist die Bewilligung längerer Therapieeinheiten möglich.

### **5 Stationäre Behandlung**

Über eine stationäre Behandlung entscheidet der Unfallversicherungsträger. Behandelnde Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können eine entsprechende Empfehlung aussprechen.

### **6 Informationspflicht bei besonderen Anlässen**

Bei Verdacht der Erkrankung auf einem anderen Fachgebiet, Empfehlung weiterer Maßnahmen oder Nichterscheinen der/des Versicherten ist der Unfallversicherungsträger unverzüglich zu unterrichten. Der Verdacht der Erkrankung auf einem anderen Fachgebiet ist auch der/dem Versicherten mitzuteilen soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe dem entgegenstehen.

### **7 Hinzuziehung von Fachärztinnen und Fachärzten (entsprechend § 12 Vertrag Ärzte /Unfallversicherungsträger)**

Soweit es zur Klärung der Diagnose oder bei beteiligten Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verordnung von Medikamenten und zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderlich ist, können entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte unter Angabe der Gründe und ggf. einer Empfehlung hinzugezogen werden.

Über jede Hinzuziehung ist die/der Versicherte vorab zu informieren. Für eine Datenübermittlung bedarf es der Einwilligung der/des Versicherten.

## 8 Datenschutz

Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nach einem Versicherungsfall an einer Heilbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 SGB VII beteiligt sind, erheben, speichern und übermitteln an die Unfallversicherungsträger Daten über die Behandlung und den Zustand von Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen einschließlich Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen und Abrechnung der Leistungen erforderlich ist. Ferner erheben, speichern und übermitteln sie die Daten, die für ihre Entscheidung, eine Heilbehandlung nach § 34 SGB VII durchzuführen, maßgeblich waren (vgl. § 201 SGB VII).

Die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihre Patienten über den Zweck der Erhebung dieser Daten und über die Pflicht zur Auskunft nach § 201 SGB VII zu informieren sowie darüber aufzuklären, dass Versicherte vom Unfallversicherungsträger verlangen können, über die von den Ärzten und Psychotherapeuten übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

## 9 Dokumentation und Berichtswesen

Die am Psychotherapeutenverfahren Beteiligten haben den zuständigen Unfallversicherungsträger kontinuierlich über Art, Ausmaß und Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsstörungen, die geplanten bzw. durchgeführten Therapiemaßnahmen und deren Ergebnisse, den Behandlungsverlauf, die verfolgten Therapieziele und die beruflichen bzw. schulischen Einschränkungen anhand von Berichten nach Ziffern 9.1 bis 9.5 zu informieren.

Auf Verlangen der Versicherten ist diesen Einblick in die Patientenakte zu geben bzw. eine Kopie der Berichte auszuhändigen (§ 630 g BGB).

- 9.1 Der **Erstbericht** (F 2270) ist innerhalb von fünf Werktagen nach der ersten Sitzung zu erstatten.
- 9.2 Der **Folgebericht** (F 2274) **mit Weiterbehandlungsantrag** (Behandlungsplan) ist zur Sicherung einer nahtlosen Behandlung innerhalb von fünf Werktagen nach der letzten bewilligten Sitzung zu erstatten.
- 9.3 Der **Abschlussbericht** (F 2278) ist innerhalb von fünf Werktagen nach Ende der Behandlung zu erstatten.
- 9.4 Der **Verlaufsbericht** (F 2276) ist auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers innerhalb von fünf Werktagen zu erstatten.
- 9.5 Der **Kurzbericht** (F 2280) ist dem Unfallversicherungsträger im Bedarfsfall (s. Ziffer 6) unverzüglich, spätestens innerhalb von fünf Werktagen, zu erstatten.

---

### Berichts- und Gebührenverzeichnis für Leistungen im Psychotherapeutenverfahren

Die Honorierung der Berichte und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis „Psychotherapeutenverfahren“, siehe: [http://www.dguv.de/de/reha\\_leistung/verguetung/index.jsp](http://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp).

Die Berichtsvordrucke finden Sie unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode: d33495).

# Gebührenverzeichnis

## Berichts- und Gebührenverzeichnis für Leistungen im Psychotherapeutenverfahren

Die Honorierung der Berichte und psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis „Psychotherapeutenverfahren“ <http://www.dguv.de> (Webcode: d1781)

### Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger Gebührenverzeichnis

Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger  
– Stand: 1. März 2016 –

Nr.	Leistung	Betrag/€
<b>P 1</b> (= Nr. 11 UV-GOÄ)	Beratung – auch mittels Fernsprecher – als alleinige Leistung	3,09
<b>P 2</b> (= Nr. 12 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde	4,29
<b>P 3</b> (= Nr. 13 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	19,24
<b>P 4</b> (= Nr. 14 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch an Sonn- und Feiertagen	6,70
<b>P 5</b> (= Nr. 15 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	6,70
<b>P 6</b>	nicht besetzt	
<b>P 7</b>	Erörterung des Befundes bzw. des Vorgehens im Heilverfahren gegenüber der Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger	10,31
<b>P 8</b> (= Nr. 60a UV-GOÄ)	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Therapeuten/Therapeutinnen*), für jeden Therapeuten/jede Therapeutin – am Tag	10,31
<b>P 9</b> (= Nr. 60b UV-GOÄ)	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Therapeuten/Therapeutinnen*), für jeden Therapeuten/jede Therapeutin – bei Nacht (zwischen 20 Uhr und 8 Uhr)	20,62

\*) Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Arzt bzw. einer mitbehandelnden Ärztin, der/die nach der UV-GOÄ liquidationsberechtigt ist.

## Gebührenverzeichnis

Nr.	Leistung	Betrag/€
<b>P 10</b> (= Nr. 71 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zwei Kilometern	3,58
<b>P 11</b> (= Nr. 72 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zehn Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 Uhr und 8 Uhr)	7,16
<b>P 12</b> (= Nr. 73 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu 5 Kilometern	3,58
<b>P 13</b> (= Nr. 74 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu fünf Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	10,23
<b>P 14</b> (= Nr. 81 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zehn Kilometern	10,23
<b>P 15</b> (= Nr. 82 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zehn Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	15,34
<b>P 16</b> (= Nr. 83 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu 25 Kilometern	15,34
<b>P 17</b> (= Nr. 84 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu 25 Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	25,56
<b>P 18</b> (= Nr. 86 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer	0,26
<b>P 19</b> (= Nr. 87 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Benutzung anderer Verkehrsmittel, tatsächliche Aufwendungen	
<b>P 20</b> (= Nr. 88 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag	51,13

### \*) Allgemeine Bestimmungen

- Als Entschädigung für Besuche erhält der Therapeut bzw. die Therapeutin Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.
- Der Therapeut bzw. die Therapeutin kann für jeden Besuch innerhalb eines begrenzten Radius um die Praxisstelle ein Wegegeld berechnen.
- Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Therapeuten bzw. der Therapeutin und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
- Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Therapeuten/der Therapeutin aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Therapeuten/der Therapeutin an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten bzw. Patientinnen in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Therapeut/die Therapeutin Wegegeld bzw. Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten bzw. Patientinnen und deren Versicherenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Nr.	Leistung	Betrag/€
P 21 (= Nr. 89 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag	102,26
P 22 (= Nr. 91 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) für notwendige Übernachtungen, Ersatz von Kosten	
P 23	<p><b>Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychoreaktiver Beschwerden (Anwendung und Auswertung)</b></p> <p>Abrechnung von bis zu 6 Tests zum Zeitpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik</li> </ul> <p>Abrechnung bis zu 4 Tests zum Zeitpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leitliniengerechte Verlaufsdagnostik (bei Bedarf)</li> </ul> <p>(z.B. BDI-II, BSCL, IES-R,...)</p>	15,00 pro Test
P 24	<p><b>Orientierende Testverfahren zur neurokognitiven Staturerhebung (Anwendung und Auswertung)</b></p> <p>Zur Diagnostik vor Beginn der Therapie im Rahmen der Probatorik (im Bedarfsfall, einschließlich Beschwerdenvalidierungsverfahren)</p> <p>(z.B. LPS, MWT, MMST ...)</p>	15,00 pro Test
P 25	<p><b>Notfallbezogene Betreuung bei akutem psychischem Trauma schweren Ausmaßes; außerhalb der Praxisräumlichkeiten</b></p> <p>Notfallkonsultation und psychologische Erstbetreuung – wegen besonderer Schwere des akuten Ereignisses am Unfallort. Beurteilung der Situation unter Berücksichtigung von traumaphasenspezifischen Gesichtspunkten. Entscheidung über die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen in Abstimmung mit anderen an der Erstbehandlung beteiligten Berufsgruppen vor Ort, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung.</p> <p>Bis zu max. 2 Einheiten à 50 Min./Tag; insgesamt max. 1-mal im Behandlungsfall.</p>	150,00

Nr.	Leistung	Betrag/€
P 26	<p><b>Notfallkonsultation bei akutem psychischem Trauma schweren Ausmaßes; innerhalb der Praxisräumlichkeiten</b></p> <p>Notfallkonsultation und psychologische Erstbetreuung – wegen besonderer Schwere des akuten Ereignisses innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall. Beurteilung der Situation unter traumaphasenspezifischen Gesichtspunkten und Entscheidung über die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen.</p> <p>Indikations- und differenzielle Indikationsstellung (stationäre Behandlungsnotwendigkeit?). Kurzfristige Einleitung weiterführender ambulanter Maßnahmen, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung.</p> <p>Bis zu max. 2 Einheiten à 50 Min./Tag; insgesamt max. 1-mal im Behandlungsfall</p>	120,00
P 27	<p><b>Durchführung indizierter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen bei akuten psychischen Traumafolgen – probatorische Sitzungen</b></p> <p>Beginn der Akutbehandlung innerhalb einer Woche nach Zuweisung und Abschluss der max. 5 probatorischen Sitzungen à 50 Minuten innerhalb von 6 Wochen. Anwendung spezifischer standardisierter psychodiagnostischer Verfahren. Indikation der Maßnahmen unter Berücksichtigung von traumaphasenspezifischen Gesichtspunkten. Sofortige Einleitung von psychotherapeutischen Maßnahmen wegen akuter Symptomatik und /oder bei erkennbaren Risikomeerkmalen für weitere Befundverschlechterung, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung. Differentielle Indikationsstellung oder Kombinationsbehandlung erwägen (z. B. Einsatz von pharmakotherapeutischen Maßnahmen).</p>	110,00
P 28	<p><b>Durchführung traumaspezifischer Therapie, z. B. nach P 27, ggf. im Anschluss an probatorische Sitzungen</b></p>	110,00



Nr.	Leistung	Betrag/€
P 29	<p><b>Durchführung traumaspezifischer, den Rahmen regulärer Psychotherapiemaßnahmen überschreitender diagnostischer und therapeutischer Verfahren</b></p> <p>Unter Einsatz besonders aufwändiger therapeutischer Maßnahmen (wie z. B. Verhaltenstherapeutische Übungsbehandlung außerhalb der Praxis, z. B. im Unfallbetrieb). Bis zu 3 Einheiten à 50 Min./Tag, in der Regel bis max. 4-mal im Behandlungsfall. Nach vorheriger Genehmigung durch den UV-Träger.</p>	120,00
P 30	<p><b>Traumaspesifische Fremdanamnese, Beratung und/oder Aufklärung von Angehörigen oder relevanten Betriebsangehörigen bei Notwendigkeit eines Einbezugs dieser Personen in die Gesamtbehandlung</b></p> <p>Bei speziellen psychotherapeutischen Zielsetzungen in der Akutbehandlung oder der Phase der beruflichen Rehabilitation.</p> <p>Bis zu max. 2 Einheiten à je 50 Min. im Behandlungsfall</p>	100,00
P 31	Leistungen nach P 25 - P 30, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 5 Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer 50 % der Gebühren nach P 25 - P 30.	
P 32	Ausfallgebühr für Fälle, in denen vereinbarte Termine nicht wahrgenommen oder später als 24 Stunden vor Beginn der Sitzung abgesagt werden und der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.	40,00
P 33	nicht besetzt	
P 34	Kurzbericht (F 2280)	10,00
P 35	Psychischer Befundbericht (Erstbericht bei Beginn probatorischer Sitzungen) einschließlich Schreibgebühr	30,00
P 36	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen - ohne Weiterbehandlung) einschließlich Schreibgebühr	20,00
P 37	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen - Antrag auf Weiterbehandlung) einschließlich Schreibgebühr	30,00

## Gebührenverzeichnis

Nr.	Leistung	Betrag/€
P 38	Psychischer Befundbericht (Verlaufsbericht) einschließlich Schreibgebühr	20,00
P 39	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der Psychotherapie) einschließlich Schreibgebühr	30,00

Für die Honorierung von Gutachten gelten die Nrn. 160 bis 165 UV-GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

# Berichtsvordrucke

<b>Erstbericht</b>				- UV-Träger -		Lfd. Nr.	
<b>Psychotherapeutenverfahren</b>							
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname der/des Versicherten			Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)		
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)							
Vollständige Anschrift der/des Versicherten				Telefon-Nr. der/des Versicherten		Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit		Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit		Uhr
<b>2 Angaben der/des Versicherten</b>							
2.1 Unfallgeschehen und anschließender Verlauf (subjektive Wahrnehmung)							
2.2 Aktuelle berufliche/schulische Situation							
2.3 Sozialanamnese							
2.4 Aktuelle Beschwerden/Beeinträchtigungen							
2.5 Frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen/Behandlungen auf psychischem Gebiet							
2.6 Art der ersten Versorgung/Betreuung							
<b>3 Befund</b> (gegenwärtiger psychischer Befund)							
<b>4 Vorläufige Diagnosen</b>						ICD-10	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

<p><b>5 Erforderliche Maßnahmen</b></p> <p>5.1 Psychotherapeutische Behandlung  <input type="checkbox"/> Ambulant (bis zu 5 probatorische Sitzungen)                  Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung, weil</p> <p>5.2 Art der Medikation</p> <p>5.3 Empfehlung weiterer Maßnahmen  <input type="checkbox"/> Konsiliarische Vorstellung bei                  Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung                  Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige                  Begründung</p>	<p style="text-align: right;">Dauer/Zeitintervalle:</p>	
<p><b>6 Arbeitsunfähigkeit</b> (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)  <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis                  Begründung</p>		
<p><b>7 Bemerkungen</b></p>		
Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel
<p><b>Datenschutz</b>                  Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII] bzw. Einverständniserklärung).</p>		

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**Rechnung**

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 35	GVP*	<u>30,00 EUR</u>	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		<u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

<b>Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag (Behandlungsplan) Psychotherapeutenverfahren</b>				Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger			Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)		
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift der/des Versicherten			Telefon-Nr. der/des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag					
<b>1 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie</b>					
2 <b>Anamnese</b> (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)					
3 <b>Aktuelle Beschwerden</b> (Angaben der/des Versicherten)					
4 <b>Aktueller Befund</b>					
4.1 Psychotherapeutischer Befund					
4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse)					
4.3 Ggf. sonstige Befunde					
5 <b>Diagnosen</b> (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)				ICD-10	
6 <b>Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände</b> (unfallunabhängig)					
7 <b>Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störungen?</b>					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung					
8 <b>Begründung des Antrags auf Weiterbehandlung (Behandlungsplan)</b>					
8.1 Begründung der psychotherapeutischen Behandlungsform					
8.2 Therapieziele und Behandlungsstrategie					
8.3 Geplante Therapiemaßnahmen					
8.4 Behandlungsfrequenz und Sitzungsdauer (Stundenzahl)					
9 <b>Muss eine Bezugsperson mit einbezogen werden</b> (z. B. bei Kindern und Jugendlichen)?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung					

- 2 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
<b>10 Arbeitsunfähigkeit</b> (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis Begründung			
<b>11 Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit</b> (z. B. Belastungsprobung im Unfallbetrieb)			
<b>12 Empfehlung weiterer Maßnahmen</b> 12.1 Art der Medikation  12.2 <input type="checkbox"/> Konsiliarische Vorstellung bei Begründung  12.3 <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung Begründung  12.4 <input type="checkbox"/> Sonstige Begründung			
<b>13 Bemerkungen</b>			
Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel	
<b>Datenschutz</b> Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII] bzw. Einverständniserklärung).			

**Berichtsvordrucke**

- 3 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**Rechnung**

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 37	GVP*	<u>30,00 EUR</u>	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		<u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –



Verlaufsbericht Psychotherapeutenverfahren			- UV-Träger -		Lfd. Nr.
Unfallversicherungsträger			Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
Beschäftigt als		Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift der/des Versicherten			Telefon-Nr. der/des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag					
<b>1. Aktueller psychischer Befund und bisheriger Verlauf der Psychotherapie</b>					
2. Diagnose					ICD-10
3. Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen					
<input type="checkbox"/> Keine		<input type="checkbox"/> Folgende		Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert?	
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, um ca. Tage	
4. Ist die Zuziehung von Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird					
5. Ist eine Änderung des Behandlungsplans (Therapieziele) erforderlich?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. welche? wahrscheinlich ab					
6. Vom Unfall/Trauma unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder (hinzugetretene) Konflikte, die für die Beurteilung von Bedeutung sind?					
7. Arbeitsunfähigkeit (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis					
Begründung					
8. Kann die/der Versicherte ihre/seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?					
<input type="checkbox"/> Ja, uneingeschränkt		<input type="checkbox"/> Ja, aber			
<input type="checkbox"/> Vorübergehend oder		<input type="checkbox"/> Dauerhaft eingeschränkt, weil			
<input type="checkbox"/> Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil					
<input type="checkbox"/> Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil					
9. Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit (z. B. Belastungsproben im Unfallbetrieb)					
Datum					
Unterschrift			Anschrift/Stempel		
<b>Datenschutz</b>					
Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII] bzw. Einverständniserklärung).					
<b>Rechnung</b>					
Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Ziff. P 38 (20,00 EUR) des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.					

<b>Abschlussbericht</b>			- UV-Träger -		Lfd. Nr.
<b>Psychotherapeutenverfahren</b>					
Unfallversicherungsträger			Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift der/des Versicherten			Telefon-Nr. der/des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag					
<b>1 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie</b>					
<b>2 Anamnese</b> (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)					
<b>3 Aktuelle Beschwerden</b> (Angaben der/des Versicherten)					
<b>4 Aktueller Befund</b>					
4.1 Psychotherapeutischer Befund					
4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse)					
4.3 Ggf. sonstige Befunde					
<b>5 Diagnosen</b> (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)				ICD-10	
<b>6 Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände</b> (unfallunabhängig)					
<b>7 Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störung?</b>					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Begründung					
<b>8 Arbeitsunfähigkeit</b> (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis Begründung					

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**9 Kann die/der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?**

Ja, uneingeschränkt       Ja, aber  
 Vorübergehend       Dauerhaft eingeschränkt, weil  
 Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil  
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

**10 Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit (z. B. Belastungsprobung im Unfallbetrieb)**

**11 Empfehlung weiterer Maßnahmen**

11.1 Art der Medikation

  
  

11.2  Konsiliarische Vorstellung bei Begründung

  
  

11.3  Stationäre Behandlung Begründung

  
  

11.4  Sonstige Begründung

**12 Bemerkungen**

Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel
-------	--------------	-------------------

**Datenschutz**  
 Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII] bzw. Einverständniserklärung).

**Berichtsvordrucke**

- 3 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**Rechnung**

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 39	GVP*	<u>30,00 EUR</u>	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		<u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

<b>Kurzbericht</b>		- UV-Träger -	Lfd. Nr.
<b>Psychotherapeutenverfahren</b>			
Unfallversicherungsträger	Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift der/des Versicherten	Telefon-Nr. der/des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag			
<b>1 Es besteht der Verdacht der Erkrankung auf einem anderen Fachgebiet</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</span>			
_____ (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben)			
Nebenerkrankungen, die einer weiteren Abklärung bedürfen			
_____ (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben)			
<b>2 Empfehlung weiterer Maßnahmen</b>			
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung Begründung			
 <input type="checkbox"/> Diagnostik Art der Maßnahme			
<input type="checkbox"/> Sonstiges			
<b>3 Die/der Versicherte ist zum Termin am _____ nicht erschienen</b> Begründung			
<b>4 Sonstige besondere Vorkommnisse</b>			
Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel	
<b>Datenschutz</b> Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII] bzw. Einverständniserklärung). <b>Rechnung</b> Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Ziff. P 34 (10,00 EUR) des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.			

# Verzeichnis der Landesverbände

## Anschriften der Landesverbände

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordwest**

Hildesheimer Straße 309

30519 Hannover

Telefon: 0511/987-22 77

Fax: 0511/987-22 66

E-Mail: lv-nordwest@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Niedersachsen, Bremen, Hamburg,  
Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Mitte**

Isaac-Fulda-Allee 18

55124 Mainz

Telefon: 06131/600 53 - 0

Fax: 06131/600 53 - 20

E-Mail: lv-mitte@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordost**

Fregestraße 44

12161 Berlin

Telefon: 030/85 105 - 5220

Fax: 030/85 105 – 5225

E-Mail: lv-nordost@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Berlin, Brandenburg,  
Mecklenburg-Vorpommern

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Südwest**

Kurfürsten-Anlage 62

69115 Heidelberg

Telefon: 06221/5108-0

Fax: 06221/5108-15099

E-Mail: lv-suedwest@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Baden-Württemberg, Saarland

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband West**

Kreuzstraße 34

40210 Düsseldorf

Telefon: 02241/231-5000

Fax: 0211/300 40397

E-Mail: lv-west@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Nordrhein-Westfalen

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Südost**

Fockensteinstraße 1

81539 München

Telefon: 089/622 72-300, 301, 302, 303

Fax: 089/622 72-399

E-Mail: lv-suedost@dguv.de

*Zuständigkeitsbereich:*

Bayern, Sachsen



Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Tel.: 030 288763800  
Fax: 030 288763808  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Weißensteinstraße 70-72  
34131 Kassel  
Tel.: 0561 93590  
Fax: 0561 9359217  
Internet: [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de)