

AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Anzeige einer Akutbehandlung		PTV 12
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kostensträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Name und Anschrift Krankenkasse			
1 Akutbehandlung für <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche			
Beginn am	T T M M J J		
2 Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig			
<input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt			
Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt			
<input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar am T T M M J J und ggf. am T T M M J J <input type="checkbox"/> in anderer Praxis			
<input checked="" type="checkbox"/> nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung			
Ausstellungsdatum T T M M J J			
Stempel / Unterschrift Therapeut*in			
Ausfertigung Krankenkasse			

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Akutbehandlung für / Beginn am

Geben Sie hier an, ob die Akutbehandlung bei einer bzw. einem Erwachsenen (Erwachsenenbehandlung) oder bei einem Kind oder einer bzw. einem Jugendlichen (Kinder- und Jugendlichenbehandlung) durchgeführt wird. Besteht eine Zulassung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können in der Akutbehandlung zusätzliche Kontingente für den Einbezug der Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden (maximal 6 x 25 Minuten oder 3 x 50 Minuten). Diese zusätzlichen Kontingente stehen auch für Erwachsene mit Intelligenzminderung zur Verfügung, wenn Bezugspersonen einbezogen werden; in diesem Fall ist das Vorliegen einer Diagnose nach F70-79 ICD-10-GM Voraussetzung und muss bei den Diagnosen (siehe Punkt 2) angegeben werden.

Geben Sie den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung im Format TTMMJJ an. Die Akutbehandlung muss spätestens am Tag ihres Beginns angezeigt werden.

2. Diagnose(n)

Geben Sie hier die für die Akutbehandlung maßgeblichen Diagnose(n) an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „G“ für „gesicherte Diagnose“). Handelt es sich bei der Patientin oder dem Patienten um eine Erwachsene bzw. einen Erwachsenen mit Intelligenzminderung (Diagnose nach F70-F79 ICD-10-GM), muss dies ebenfalls angegeben werden, wenn die für diese Personengruppe vorgesehenen zusätzlichen Kontingente für den Einbezug von Bezugspersonen durchgeführt werden sollen.

3. Weitere Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf

Für eine Akutbehandlung muss eine entsprechende Indikation im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie gegeben sein. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Bestätigen Sie, dass die Versicherte oder der Versicherte in den letzten sechs Monaten nicht bei Ihnen behandelt wurde. Die Durchführung einer Akutbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt ist nur im fachlich besonders begründeten Ausnahmefall möglich, denn die Akutbehandlung ist als psychotherapeutische Intervention *im Anschluss an die Sprechstunde* definiert und dient insbesondere der frühzeitigen Vermeidung von Chronifizierung oder Entlastung von akuter psychischer Symptomatik (siehe hierzu § 13 Psychotherapie-Richtlinie und § 15 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Bei vorheriger ambulanter Psychotherapie nach Paragraf 15 der Psychotherapie-Richtlinie ist eine Fortführung dieser Psychotherapie differenzialindikatorisch abzuwegen.

Eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor der Akutbehandlung ist grundsätzlich verpflichtend. Geben Sie an, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde, ggf. in einer anderen Praxis, durchgeführt wurde. Wenn ja, soll das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde ist im Ausnahmefall nicht erforderlich, wenn die oder der Versicherte mit einer Diagnose gemäß Paragraf 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde; dies kann mit dem entsprechenden Ankreuzfeld bestätigt werden.

MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: www.kbv.de/psychotherapie

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: www.kbv.de/html/formulare.php