

# Psychosomatische Grundversorgung

## Checkliste I\*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_

### Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) Anlage 1 BMV-Ä

Facharzturkunde einer Landesärztekammer: Facharzt für \_\_\_\_\_

und

Nachweis einer mindestens **dreijährigen Erfahrung** in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit

und

Nachweise über Theorieseminare von mindestens **20-stündiger Dauer**, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren

und

Nachweise über Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens **30-stündiger Dauer** (d.h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr

und

Nachweise über Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens **30-stündiger Dauer**

Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung bei anerkannten Balint-Gruppenleitern bzw. anerkannten Supervisoren erworben worden sein.

\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

**Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL**

Weiterbildungsermächtigung

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Psychosomatische Grundversorgung

## Checkliste II\*:

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

**oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung