

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung nach Anlage 1 BMV-Ä – Psychotherapie-Vereinbarung PTV)

**Antragsteller**

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

**Leistungserbringer**

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon: .....

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail: .....

**Ort der Leistungserbringung**

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Nebenbetriebsstätte) .....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt .....

in einem MVZ .....

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein       ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

### Beantragte Leistung/en

- GOP 35100 und 35110 des EBM

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 5 Abs. 6 der PTV)

- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“ bzw. „Psychotherapie“

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der v. g. Gebietsbezeichnung als erbracht.

**Die übrigen Antragsteller haben nach der Psychotherapie-Vereinbarung folgende Nachweise vorzulegen:**

- 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

- 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

- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer

**(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

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.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

### Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.