

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(**Spitzenverband Bund der Krankenkassen**), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

29. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In Nummer 2.52 Muster 52/E: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wird die Angabe „(Stand: 01.2016)“ durch die Angabe „(Stand: 04.2025)“ ersetzt.
2. In Nummer **2.52.7** wird die Abbildung zum Muster 52/E wie folgt gefasst:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">(ggf. an)</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			(ggf. an)			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit</h2> 52
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
(ggf. an)																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	_____	_____	_____			
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code											
_____	_____	_____	_____	_____	_____											
<p>2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus? (Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)</p> <p>2.1 erwerbstätig als _____</p> <p style="margin-left: 20px;">regelmäßige Arbeitszeit _____ Stunden pro Woche</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> Die/der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für folgende Stundenanzahl der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt _____ Stunden pro Woche</p> <p style="margin-left: 20px;">Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																
<p>3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?</p> <p>konservativ (ggf. wann und welche) _____</p> <p>operativ (ggf. wann und welche) _____</p> <p>Heilmittel (ggf. seit wann und welche) _____</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> eingeleitet <small>(gilt nicht für Arbeitslose)</small></p> <p>Medizinische Rehabilitation <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> beantragt</p> <p>Patientenschulung <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> eingeleitet</p> <p>Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche) <small>z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationsport/Funktionscoaching oder betriebliches Eingliederungsmanagement</small></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> keine (Begründung erforderlich) _____</p> <p>_____</p>																
<p>4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fachrichtung _____</p>																
<p>5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: right;">Ausstellungsdatum _____</p>																
<p>Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig</p> <p style="font-size: small;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>																
<p>Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: x-small;">PREFAR Mater 32/E (4.2015)</p>																

Original: DIN A4 hoch*

Artikel 2
Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2025 in Kraft.

Berlin, den 10.02.2025

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin