

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>Amt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			(ggf. an)			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Amt-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.	Amt-Nr.	Datum														

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen

2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als _____

regelmäßige Arbeitszeit _____ Stunden pro Woche

2.2 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

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? nein ja

3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

Heilmittel (ggf. seit wann und welche) _____

Stufenweise Wiedereingliederung geplant eingeleitet
(gilt nicht für Arbeitslosengeld)

Medizinische Rehabilitation geplant beantragt

Patientenschulung geplant eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)
z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suedtherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationsport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement

keine (Begründung erforderlich) _____

4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?

nein ja, Fachrichtung _____

5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

nein ja

Ausstellungsdatum _____

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PFR/AR Mater 32/E (4.2015)

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