

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:

73. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995
(Anlage 2 BMV-Ä)

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung

Abschnitt 2: Vordruck Muster wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2.52 wird die Angabe „(Stand: 01.2016)“ durch die Angabe „(Stand: 04.2025)“ ersetzt.
- b) In Nummer 2.52.1 werden in Satz 2 die Wörter „ab dem 01.01.2016“ gestrichen.

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

- 1. In **Muster 6: Überweisungsschein** wird in Absatz 1 Satz 1 die Angabe „§ 311“ durch die Angabe „§ 402“ ersetzt.
- 2. **Muster 52: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit** wird wie folgt gefasst:

„Muster 52: Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Das Muster 52 wird auf Anfrage der Krankenkasse von der Vertragsärztin / von dem Vertragsarzt ausgefüllt. Die Krankenkasse fordert das Muster 52 in der Regel frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit von 21 Tagen an und stellt der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt einen Freiumschlag zur Verfügung.

Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf dem vereinbarten Vordruck mit.

Der Umfang der erhebungsfähigen Daten sowie die für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit maßgebenden Anforderungen regelt die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL). So liegt nach § 2 AU-RL Arbeitsunfähigkeit vor, wenn

- *beschäftigte Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können; hierbei sind die konkreten Bedingungen der bisherigen Tätigkeit zu berücksichtigen. Endet die Beschäftigung während der Arbeitsunfähigkeit und wurde kein anerkannter Ausbildungsberuf ausgeübt (An- oder Ungelernte), ist ab diesem Zeitpunkt die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ohne die Besonderheiten des bisherigen Arbeitsplatzes erneut vorzunehmen. Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so wird die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes beurteilt.*
- *arbeitslose Versicherte krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben; die bisherigen Tätigkeiten sind für die Beurteilung unerheblich.*
- *Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld / „Hartz IV“) krankheitsbedingt, nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.*

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① *Wegen welcher Diagnose(n) (ICD10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?*

Hier sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Sich daraus ergebende Funktionseinschränkungen können im Freitext angegeben werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit		52
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Berufstätigen-Nr.	Arzt-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 (gilt nicht für Arbeitslose) geplant eingeleitet

Medizinische Rehabilitation geplant beantragt

Patientenschulung geplant eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)
z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Reha/Leistungsport/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

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

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Muster 52 (4/2009)

② Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

Hier sind anzugeben

- *bei erwerbstätigen Versicherten:
Art und zeitlicher Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung*
- *bei Versicherten, die Arbeitslosengeld empfangen:
der zeitliche Umfang, für den die/der Versicherte bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht und ob die/der Versicherte in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben kann.*

Die Angaben ermöglichen der Krankenkasse, den bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegten Bewertungsmaßstab zu plausibilisieren und somit unnötige Beauftragungen des Medizinischen Dienstes zu vermeiden.

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

Aus den Angaben zu den vorgesehenen diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen kann ggf. abgeleitet werden, ob und wann eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sinnvoll ist.

Um frühzeitig Maßnahmen einleiten zu können, die der Gesundheit und der Wiedereingliederung der/des Versicherten in das Erwerbsleben dienen, sind entsprechende Informationen für die Krankenkasse sehr wichtig.

Dies sind insbesondere Informationen, ob

- *konservative oder operative Maßnahmen,*
- *Heilmitteltherapien,*
- *stufenweise Wiedereingliederung,*
- *medizinische Rehabilitation,*
- *Patientenschulung oder*
- *sonstige (therapeutische) Maßnahmen*

vorgesehen sind, um die aktuelle Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen oder zukünftige Arbeitsunfähigkeiten zu vermeiden.

Unter den sonstigen (therapeutischen) Maßnahmen sind insbesondere Leistungen wie Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement (z. B. innerbetriebliche Umsetzung) zu verstehen.

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt soll entsprechende Maßnahmen möglichst gleichzeitig zusammen mit der/dem Versicherten einleiten und Angaben zur Antragsstellung machen. Ist eine direkte Einleitung nicht möglich, ist die Empfehlung hier anzugeben.

Sind keine Maßnahmen angezeigt, ist dies anzukreuzen und zu begründen, warum trotz fortbestehender Arbeitsunfähigkeit keine therapeutischen Maßnahmen vorgesehen sind.

④ *Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?*

Hier sind Angaben zu Überweisungen zu weiteren behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu machen.

⑤ *Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?*

Hier ist anzugeben, ob Hinweise auf eine bestehende oder drohende Erwerbsminderung vorliegen. Diese Angabe ist notwendig, damit die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 51 SGB V nachkommen können. Hiernach sind die Krankenkassen verpflichtet zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Hintergrund dieser Prüfung ist, dass die Krankenkassen lediglich Träger für Leistungen bei einer zeitweisen Arbeitsunfähigkeit sein sollen und für weitergehende Leistungsansprüche vorrangig die Rentenversicherungsträger zuständig sind.“

Artikel 3

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