

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:

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Akt-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> </tr> </table>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Akt-Nr.	Datum	52 Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Akt-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 _____ Stunden
Arbeitszeit _____ 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 Arbeitslose)

Medizinische Rehabilitation ☐ geplant ☐ beantragt

Patientenschulung ☐ geplant ☐ eingeleitet

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF/MR
Muster 32/E (4.2015)

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