



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

---

# MUSTER 52 – BERICHT FÜR DIE KRANKENKASSE BEI FORTBESTEHEN DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN  
AUSFÜLLHILFE

DEZERNAT ÄRZTLICHE UND  
VERANLASSTE LEISTUNGEN

ABTEILUNG VERANLASSTE LEISTUNGEN

1. APRIL 2025

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

### 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, Rehabilitationssport/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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Muster 52 (4.2025)

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) 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.

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

Differenziert nach Versicherten, die erwerbstätig sind oder Arbeitslosengeld empfangen, sind Angaben zur Art und zum Umfang der zuletzt ausgeübten Beschäftigung zu tätigen. Empfangen Versicherte Arbeitslosengeld, ist der zeitliche Umfang, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben, sowie die Angabe, ob in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausgeübt werden können, relevant.

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

Hier ist anzugeben, welche Maßnahmen geplant sind oder bereits eingeleitet wurden.

### 4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?

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

### 5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

Hier ist anzugeben, ob Hinweise auf eine bestehende oder drohende Erwerbsminderung vorliegen.

## Mehr Informationen

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 15,5 MB):  
[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)