

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:

31. 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. Allgemeines wird die folgt geändert:

a) In 1.4 werden in der Tabelle nach Muster 8A/E folgende Muster 9a.1/E und Muster 9a.2/E neu eingefügt:

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|----------------|--|----------------------|-------------|-------------|
| „Muster 9a.1/E | Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes | Für die Krankenkasse | Ja | 3 |
| Muster 9a.2/E | Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes | Für die Krankenkasse | Ja | 0“ |

b) In 1.4 wird in der Tabelle das bisherige Muster 9/E wie folgt gefasst:

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|--------------|--|---------------------|-------------|-------------|
| „Muster 9b/E | Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes | Für den Arbeitgeber | Ja | 0“ |

c) In 1.4 wird in der Tabelle bei den Mustern 62Ab/E, 62Ac/E, 62Ba2/E, 62Bb/E, 62Bc/E, 62Ca/E, 62Cb/E und 62Cc/E in der Spalte Bfb-version“ jeweils das Wort „Nein“ durch das Wort „Ja“ ersetzt.

2. Nummer 2.9 wird wie folgt gefasst:

„2.9 Muster 9/E: Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

(Stand: 1.2026)

2.9.1 Für die ärztliche Bescheinigung zur Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Fehl- und Frühgeburten oder Behinderung des Kindes sind Muster 9a.1/E bis 9b/E gemäß der in Kapitel 2.9.7 bis 2.9.9 abgebildeten Form zu verwenden.

2.9.2 Die Muster 9a.1/E bis 9b/E sind auf Sicherheitspapier im DIN A5 Format hoch zu erstellen.

2.9.3 Das Muster 9a.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.9.4 unbesetzt

2.9.5 unbesetzt

2.9.6 unbesetzt

2.9.7 Muster 9a.1/E

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---------|--|--------------------------------|--|--|--|--|---------|---------------------|------------------|--------|---------------------|----------|-------|--|
| <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="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</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> <p>1. Fehlgeburt am _____</p> <p>Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)</p> <p><small>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</small></p> <p>2. Frühgeburt am _____</p> <p><input type="checkbox"/> a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm</p> <p><input type="checkbox"/> b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft</p> <p>3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX</p> <p><input type="checkbox"/> Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor</p> <p><small>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</small></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 10px;">Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p> | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Name, Vorname des Versicherten | | | | | geb. am | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">9</div> <p>Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</div> |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | geb. am | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | |

PRF/NR.
Muster 9a.1/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch

2.9.8 Muster 9a.2/E

| | | |
|--------------------------------|---------------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. |
|--------------------------------|---------------------|------------------|

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____

IBAN _____

BIC _____ Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) _____

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis
 Ich bin derzeit
☐ beschäftigt Arbeitgeber _____ gekündigt/befristet zum _____
 Anschrift des Arbeitgebers _____

☐ arbeitslos
☐ selbstständig
☐ Künstlerin/Publizistin

Erklärung
 Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.


Datum _____

Unterschrift der Versicherten

PRFJNR
Muster 9a.2/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch

2.9.9 Muster 9b/E

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|---|---|----------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Bescheinigung einer Fehlgeburt | 9 |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | |
| geb. am | | | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. |  | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | |

1. Fehlgeburt am _____

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

PRF/NR.
Muster 9b/E (1.2026)

Original: DIN A5 hoch"

3. In Nummer **2.10.4** wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Das unter 2.10.8 abgebildete Muster 10-L/E kann nur für den Fall genutzt werden, dass der erstbeauftragte Arzt den Auftrag mittels eines Barcodes kodiert.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2026 in Kraft.

Berlin, den 12.11.2025

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin