

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-ver-sion	Barcode-Typ
„Muster 9a.1/E	<i>Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes</i>	<i>Für die Krankenkasse</i>	Ja	3
Muster 9a.2/E	<i>Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes</i>	<i>Für die Krankenkasse</i>	Ja	0“

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

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-ver-sion	Barcode-Typ
„Muster 9b/E	<i>Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes</i>	<i>Für den Arbeitgeber</i>	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

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes	
Name, Vorname des Versicherten	9	
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
1. Fehlgeburt am _____ Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der <input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen) <input type="checkbox"/> 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen) <input type="checkbox"/> 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen) <i>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</i>		
Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift		
2. Frühgeburt am _____ <input type="checkbox"/> a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm <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		
3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX <input type="checkbox"/> Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor <i>(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)</i>		
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse		
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		
PRNR: Muster 9a.1/E (1.2026)		

Original: DIN A5 hoch

2.9.8 Muster 9a.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
<p>Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes</p> <p>Name _____ Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Versichertenummer _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____ Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) _____</p> <p>Angaben zum Beschäftigungsverhältnis</p> <p>Ich bin derzeit</p> <p><input type="checkbox"/> beschäftigt Arbeitgeber _____ gekündigt/befristet zum _____</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig</p> <p><input type="checkbox"/> Künstlerin/Publizistin</p> <p>Erklärung</p> <p>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.</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift der Versicherten _____</p> <p>PRF.NR. Muster 9a.2/E (1.2026)</p>		

Original: DIN A5 hoch

2.9.9 Muster 9b/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Bescheinigung einer Fehlgeburt	
Name, Vorname des Versicherten	9	
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
1. Fehlgeburt am _____ Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der <input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen) <input type="checkbox"/> 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen) <input type="checkbox"/> 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)		
Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber		
Vertragsarztsstempel / ärztliche Unterschrift		
PREF-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