

Arbeitgeberverband der Westfälisch-Lippischen Land- und Forstwirtschaft e.V.



WLAV, Schorlemerstraße 15, 48143 Münster

Schorlemerstraße 15
48143 Münster
Telefon: 0251 4175-202

E-Mail: info@wlav.de

06.06.2025

Mutterschutzanpassungsgesetz und ärztliche Bescheinigung

Liebe Mitglieder,

das Mutterschaftsanpassungsgesetz, das am 31. Januar 2025 vom Bundestag beschlossen wurde, bringt bedeutende Änderungen im Mutterschutzrecht mit sich. Ab dem 1. Juni 2025 wird der mutterschutzrechtliche Gesundheitsschutz erweitert, insbesondere für Frauen, die eine Fehlgeburt erleiden.

Das Gesetz regelt, dass Frauen auch nach einer Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche einen Mutterschutz in Anspruch nehmen können. Je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto länger dauert auch die Schutzfrist bei einer Fehlgeburt:

- Fehlgeburt ab der 13. Woche: bis zu 2 Wochen Mutterschutz
- Fehlgeburt ab der 17. Woche: bis zu 6 Wochen Mutterschutz
- Fehlgeburt ab der 20. Woche: bis zu 8 Wochen Mutterschutz

Betroffene Frauen können ausdrücklich auf die Inanspruchnahme verzichten.

Im Falle der Inanspruchnahme der Mutterschutzfrist infolge einer Fehlgeburt hat die Arbeitnehmerin Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Für den Arbeitgeber bedeutet dies, dass er einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld leisten muss, der ihm auf Antrag im Rahmen des U2-Ausgleichsverfahrens erstattet wird.

Der GKV-Spitzenverband hat nunmehr in Absprache mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das Muster 9 (Anlage 1) entsprechend angepasst.

Inhalt der ärztlichen Bescheinigung für den Arbeitgeber

Die Bescheinigung muss folgende Angaben enthalten:

- Krankenkasse, Versicherten-Nr., Name, Vorname und Geburtsdaten der Mutter
- Bestätigung der Fehlgeburt in der 13., 17. oder 20. Schwangerschaftswoche
- Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr. und Ausstellungsdatum
- Datum der Fehlgeburt
- Unterschrift und Stempel der ausstellenden Person (Arzt/Ärztin, Hebamme etc.)

Bis zum 31. Dezember 2025 kann zum Nachweis einer Fehlgeburt die beigefügte Übergangsbescheinigung Fehlgeburt (Anlage 2) verwendet werden.

Ihr Team vom WLAV

Anlagen

Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
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)

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

2. Frühgeburt am

- a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- 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

- Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Ausfertigung für Versicherte

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

Diese Angaben zur Versicherten sind nur erforderlich, wenn die Daten abweichen.

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

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Versichertennummer
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

beschäftigt
Arbeitgeber gekündigt / befristet zum

Anschrift des Arbeitgebers

- arbeitslos
- selbständig
- 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

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

1. Fehlgeburt am

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

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

- 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 9b (1.2026)

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Bescheinigung einer Fehlgeburt



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

Fehlgeburt am

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

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

- 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber