Grundsätze für die Meldung der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen des Datenaustausches (eAU - § 109 Abs. 1 SGB IV und eAU § 109a Abs. 1 SGB IV)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die ab 1. Januar 2025 geltende Version 2.0 der Grundsätze und Gemeinsamen Grundsätze im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände am 30.04.2024 genehmigt.

Inhaltsverzeichnis

1 Grundsätze nach § 109 Abs. 1 SGB IV ... 3
1.1 Allgemeines ... 3
1.2 Identifizierungsmerkmal ... 4
1.3 Nachrichtentypen ... 4
1.4 Anforderung durch den Arbeitgeber und der Minijobzentrale ... 5
1.5 Rückmeldungen der Krankenkassen ... 5
1.6 Stornierung von Meldungen ... 7
1.7 Maschinelle Ausfüllhilfen ... 8
1.8 Datenübermittlung ... 8
2 Gemeinsame Grundsätze nach § 109a Abs. 2 SGB IV ... 1
2.1 Allgemeines ... 1
2.2 Identifizierungsmerkmal ... 2
2.3 Nachrichtentypen ... 2
2.4 Anforderung durch die BA ... 3
2.5 Rückmeldungen der Krankenkasse ... 3
2.6 Stornierung von Meldungen ... 5
2.7 Datenübermittlung ... 6
2.8 Verfahrenstechnik ... 6
3 Anlagen ... 7

1 Grundsätze nach § 109 Abs. 1 SGB IV

GKV-Spitzenverband, Berlin

Stand:	30.01.2024
Gültig ab:	01.01.2025
Version:	2.0

1.1 Allgemeines

§ 109 SGB IV sieht die Meldung der Arbeitsunfähigkeitszeiten an den Arbeitgeber vor. Zwischenzeitlich sind neben den Arbeitsunfähigkeitszeiten, auch weitere Zeiten der Krankenhausbehandlung oder der Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 301 Abs. 1, 4 und 4a SGB V, im Datensatz enthalten. Diese Zeiten stellen im Sinne des EntgFG ebenfalls eine unverschuldete Arbeitsverhinderung dar und werden daher in diesen Grundsätzen gleichbehandelt. Die ausnahmslose Bezugnahme auf Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Grundsätzen könnte jedoch dahingehend zu Irritationen führen, dass ausschließlich von einer Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitszeiten ausgegangen wird. Um deutlich darzustellen, dass auch weitergehende Arbeitsverhinderungen im Datenaustausch enthalten sind, wird im Nachfolgenden nicht von Arbeitsunfähigkeitszeiten, sondern ausschließlich von Abwesenheiten gesprochen; eine Ausweitung der übermittelbaren Daten über den Gesetzeswortlaut hinaus erfolgt hierdurch nicht.

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) hat die nachfolgenden „Grundsätze für die Meldungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen des Datenaustausches (eAU - § 109 Abs. 1 SGB IV) erstellt. Er kommt damit seiner Verpflichtung gemäß § 109 SGB IV nach.

Die „Grundsätze für die Meldungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen des Datenaustausches (eAU - § 109 Abs. 1 SGB IV) sind nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft genehmigt worden.

Die Teilnahme am Datenaustausch eAU ist für die Krankenkassen verpflichtend. Sofern Arbeitgeber Meldungen über Abwesenheitsnachweise von den Krankenkassen anfordern, ist hierfür von ihnen der Datenaustausch eAU verpflichtend einzusetzen.

Der GKV-Spitzenverband bestimmt in den nachfolgenden Grundsätzen den Aufbau der fachlichen Elemente für den Datenaustausch eAU nach § 109 Abs. 1 SGB IV.

Die Regelungen dieser Grundsätze werden durch ergänzende Erläuterungen näher beschrieben.

Hat ein Arbeitgeber einen Antrag über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung bei der zuständigen Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Minijobzentrale) gestellt und ist zur Prüfung dieses Antrags die Übermittlung des elektronischen Abwesenheitsnachweises notwendig, kann die Minijobzentrale wie ein Arbeitgeber die Abwesenheitsdaten bei der Krankenkasse abfordern. Sofern die Minijobzentrale Abwesenheitsdaten bei der Krankenkasse abruft, sind die nachfolgenden Grundsätze für das Verfahren ebenfalls verbindlich.

Die XML-Schemata ("Anforderung_eAU_AG" und „Rückmeldung_eAU_KK" in der veröffentlichten Fassung (Version 2.0) sind vom 1. Januar 2025 an zu verwenden und zwar auch für Nachweiszeiträume bis 31. Dezember 2024. Für eine Übergangszeit bis zum 28. Februar 2025 werden die Datenannahmestellen der Sozialversicherungsträger die Mitteilungen der Arbeitgeber, die in der Version bis 31.12.2024 und ab 01.01.2025 übermittelt werden, verarbeiten.

1.2 Identifizierungsmerkmal

Die Arbeitgeber erstatten die Meldungen unter Angabe

- der Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebs (Betriebsnummer-Verursacher),
- der Absendernummer (§ 18n SGB IV),
- der Versicherungsnummer (VSNR),
- des Familiennamens,
- des Vornamens,
- des Geburtsdatums,
- des Aktenzeichen_Verursachers,
- der Datensatz_ID,
- der Betriebsnummer der Abrechnungsstelle (BBNR_Abrechnungsstelle) und
- des Produkt/Modifikations-Identifiers (Prod/Mod_ID)

über den GKV-Kommunikationsserver. Ist die VSNR des Arbeitnehmers dem Arbeitgeber nicht bekannt, ist die VSNR mit dem Abrechnungsprogramm bei der Datenstelle der Rentenversicherung gemäß § 28a Abs. 3a Satz 1 SGB IV abzufragen und für die Meldung an die Krankenkasse zu verwenden. Sofern im Einzelfall die DSRV keine VSNR ermitteln kann, ist die VSNR dem Versicherungsnummernnachweis (vormals Sozialversicherungsausweis) zu entnehmen, den der Arbeitnehmer in diesen Fällen dem Arbeitgeber unverzüglich vorzulegen hat. Alternativ zur Vorlage des Versicherungsnummernnachweises können in diesen Einzelfällen Entgeltmeldungen auch ohne VSNR dem Leistungsträger übermittelt werden. In diesen Fällen, sind im Datensatz zusätzlich der „Geburtsname" und der „Geburtsort" des Arbeitnehmers zur eindeutigen Identifikation anzugeben.

Für die Identifizierung der meldenden Stelle ist die „Absendernummer", für die der empfangenden Stelle die „Empfaengernummer" vorgesehen. Die „Absendernummer" ist im Bestand des Sozialversicherungsträgers pro Versicherten zu übernehmen und für die Rückmeldungen zu verwenden.

Jeder Datensatz ist mit einer eindeutigen Datensatz_ID (UUID) zu versehen, welche bei Rückantworten ebenfalls in Form einer Referenz_ID zurückgemeldet wird.

1.3 Nachrichtentypen

Für die Datenübermittlung zwischen Arbeitgebern und den Krankenkassen sind die nachstehend beschriebenen Nachrichtentypen zu verwenden:

- Anforderung_eAU_AG - für die Anforderung des Abwesenheitsnachweises durch den Arbeitgeber (siehe Anlage 1)
- Rückmeldung_eAU_KK - für die Rückmeldung des Abwesenheitsnachweises durch die Krankenkassen (siehe Anlage 2)

mit den zugehörigen Headern und Steuerungsdaten

- AGTOSV - für die Anforderung des Abwesenheitsnachweises durch den Arbeitgeber
- SVTOAG - für die Rückmeldung des Abwesenheitsnachweises durch die Krankenkassen

und dem SV Basisschema der Gemeinsamen Grundsätze Technik (95 SGB IV).

1.4 Anforderung durch den Arbeitgeber und der Minijobzentrale

Die Arbeitgeber senden den Krankenkassen die Anforderungen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen (vgl. Abschnitt 1.7-1.8).

Ein Abruf des elektronischen Abwesenheitsnachweises bei der Krankenkasse darf durch den Arbeitgeber nur erfolgen, wenn dieser zum Erhalt der Daten berechtigt ist. Eine Berechtigung liegt vor, sofern

- für die angefragten Zeiträume ein Beschäftigungsverhältnis des Arbeitnehmers bei dem anfragenden Arbeitgeber besteht oder bestand und
- der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber die abzurufende Arbeitsunfähigkeit oder stationären Aufenthalt sowie deren voraussichtliche Dauer vorab mitgeteilt hat.

Für die Prüfung durch die Krankenkasse, welche AU oder welcher stationäre Aufenthalt maßgebend ist, ist die Angabe im Feld „Abwesenheit ab AG“ ausschlaggebend. Hierdurch wird es dem Arbeitgeber ermöglicht, die eAU zu dem Zeitpunkt abzurufen, zu dem der Arbeitgeber diese benötigt. Die eAU können deshalb auch für zurückliegende Zeiträume abgerufen werden.

Im Feld „Abwesenheit ab AG“ ist durch den Arbeitgeber der Beginn des Zeitraums der Abwesenheit anzugeben, auf den sich die Anforderung bezieht. Hierbei ist bei einer

- Abwesenheit mit vorheriger Arbeitsfähigkeit regelmäßig der erste Tag der vom Arbeitnehmer gemeldeten AU oder des stationären Aufenthaltes beim Arbeitgeber,
- fortdauernden Abwesenheit im Anschluss an das Ende einer Krankmeldung oder einem fortdauernden stationären Aufenthalt der erste Tag nach dem Ende der bisher vorliegenden eAU anzugeben.

Die Aussagen in diesem Abschnitt gelten entsprechend für die Anforderung der Minijobzentrale von Abwesenheitszeiten für Zwecke des Erstattungsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.

1.5 Rückmeldungen der Krankenkassen

Erfolgt eine berechtigte Anfrage durch den Arbeitgeber, hat die Krankenkasse diese zu prüfen und eine Rückmeldung entsprechend der vorgegebenen Schlüsselwerte vorzunehmen. Diese sind:

- „1“ = Unzuständige Krankenkasse/ unbekannte Person
- „2“ = AU
- „3“ = Krankenhaus
- „4“ = Nachweis liegt nicht vor
- „5“ = Reha/Vorsorge
- „6“ = Teilstationäre Krankenhausbehandlung
- „7“ = In Prüfung

- „8“ = Anderer Nachweis liegt vor
- „9“ = Weiterleitungsverfahren

Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Datensatzes ihre Zuständigkeit. Eine Rückmeldung „1 - Unzuständige Krankenkasse/ unbekannte Person“ ist von einer Krankenkasse nur dann an den Arbeitgeber zurückzumelden, wenn

- der Krankenkasse diese Person nicht bekannt ist,
- für den angefragten Zeitpunkt (Abwesenheit ab AG) keine Mitgliedschaft oder Versicherung bestand bzw. besteht und
- bereits eine Information über den Krankenkassenwechsel oder einer Beendigung wegen einer privaten Versicherung bzw. wegen Verzug ins Ausland vorliegt.

Liegt eine Zuständigkeit vor, prüft die Krankenkasse, ob der vom Arbeitgeber gemeldete Beginn der AU oder des stationären Aufenthaltes, mit im Bestand vorliegenden AU bzw. Zeiten eines stationären Aufenthaltes übereinstimmt.

Das Vorliegen einer zur Anfrage passenden AU bzw. eines stationären Aufenthalts wird durch die Krankenkassen in folgender Reihenfolge geprüft, wobei die Prüfschritte solange fortzusetzen sind, bis ein Prüfschritt zutrifft:

- Beginn der vom Arbeitgeber abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse,
- Beginn der vom Arbeitgeber abgefragten Abwesenheit fällt in eine laufende AU oder einen stationären Aufenthalt bei der Krankenkasse oder
- Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse.

Dem Arbeitgeber werden hierbei die

- vom Arzt für diesen Zeitpunkt nach § 295 Abs.1 Nr. 1 SGB V oder § 201 Abs. 2 SGB VII übermittelten eAU,
- vom Krankenhaus nach § 301 Abs. 1 und 4a SGB V übermittelten stationären Aufenthaltszeiten oder
- von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 301 Abs. 4 und 4a SGB V übermittelten stationären Aufenthaltszeiten übermittelt.

Hierzu zählen auch Daten, welche im Ersatzverfahren der Krankenkasse zugegangen sind, weil eine Übermittlung im Datenaustausch aufgrund eines Störfalles nicht möglich war. Überschneiden sich Abwesenheitszeiten, sind dem Arbeitgeber ggf. mehrere eAU auf eine Anfrage zu übermitteln. Ist der stationäre Aufenthalt in einem Krankenhaus, der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zum Zeitpunkt der Anfrage des Arbeitgebers bereits beendet, ist dem Arbeitgeber das tatsächliche Entlassdatum zu übermitteln. Wurde dem Arbeitgeber das voraussichtliche Ende des stationären Aufenthaltes übermittelt, weil der stationäre Aufenthalt zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht beendet war (Aufnahme und Verlängerung), erfolgt die Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an den Arbeitgeber, wenn der Arbeitgeber dies erneut abfordert. Im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus erfolgt hiervon abweichend die proaktive Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an den Arbeitgeber, wenn der Krankenkasse die Entlassmitteilung vom Krankenhaus zugegangen ist.

Kann bei der Prüfung der Krankenkasse keine AU und kein stationärer Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit zugeordnet werden, meldet die Krankenkasse dem Arbeitgeber im Feld „Kennzeichen der Rueckmeldung“ den Meldegrund „4 – Nachweis liegt nicht vor“ zurück.

Eine Rückmeldung der Krankenkasse mit „Kennzeichen der Rueckmeldung“ = „4 = Nachweis liegt nicht vor“, „7 = In Prüfung“ oder „9 = Weiterleitungsverfahren“ stellt im Zusammenhang mit der Rückmeldung eine Zwischennachricht und damit keine abschließende Rückantwort dar. Sofern den Krankenkassen nach Versand der Zwischennachricht bei fehlenden Daten innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen (Grund „4“ und „9“) oder innerhalb von 28 Kalendertagen (Grund „7“) eine entsprechende AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein stationärer Aufenthalt nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zugeht, prüfen die Krankenkassen erneut die Zuständigkeit. Liegt die Zuständigkeit vor, übermittelt die Krankenkasse die aktualisierten Daten ohne erneute Anfrage des Arbeitgebers in einem neuen Datensatz an den Arbeitgeber.

Erhalten die Krankenkassen innerhalb des Zeitraums von 14 Tagen bzw. 28 Tagen keine Meldung einer AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder eines stationären Aufenthaltes nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wird kein weiterer Datensatz an den Arbeitgeber übermittelt.

Im Zusammenhang mit einem Wechsel der Krankenkasse hat die Krankenkasse bei Fällen, in denen noch keine eAU-Daten vor Abschluss des Kassenwechsels vorliegen, die Anfrage des Arbeitgebers nach § 109 SGB IV an die bisher zuständige Krankenkasse weiterzuleiten, welche dann auf die weitergeleitete Anfrage aufgrund der dort vorliegenden Daten gegenüber dem Arbeitgeber antwortet. In diesem Zusammenhang ist dem Arbeitgeber die Weiterleitung durch eine Rückmeldung mit „9 = Weiterleitungsverfahren“ durch die Krankenkasse zu übermitteln.

Die Aussagen in diesem Abschnitt gelten entsprechend für die Anforderung der Minijobzentrale gemäß § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, für Zwecke des Erstattungsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.

1.6 Stornierung von Meldungen

Die Meldungen sind zu stornieren, wenn sie nicht abzugeben waren oder unzutreffende Angaben enthielten. Die Stornierung hat unverzüglich zu dem Zeitpunkt zu erfolgen, zu welchem die Datensätze als fehlerhaft erkannt werden. Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der entsprechende Nachrichtentyp ausschließlich mit dem Element „Stornierung“ in der aktuellen Version zu übermitteln.

Eine Stornierung einer Abfrage von Abwesenheitsdaten durch den Arbeitgeber darf jedoch nur erfolgen, solange keine abschließende Rückmeldung der Krankenkasse zu dieser Anfrage vorliegt. Eine Zwischennachricht (Grund „4“, „7“ und „9“) ist in diesem Zusammenhang keine abschließende Rückantwort.

Die Elemente „Datensatz_ID_Ursprungsmeldung“ und „Aktenzeichen_Verursacher“ sind bei Stornierungen stets zu füllen. In den Nachrichtentypen sind die Elemente „Datum_Erstellung“ und „Datensatz_ID“ zu aktualisieren. Erfolgt die Stornierung, weil die Anforderung unzutreffende Angaben enthielt, ist eine neue Anforderung an die zuständige Stelle mit den zutreffenden Angaben zu übermitteln.

Aufgrund der Rückmeldung der Krankenkasse nach § 109 Abs. 1 SGB IV ist grundsätzlich keine Stornierung und Neumeldung durch den Arbeitgeber abzugeben.

1.7 Maschinelle Ausfüllhilfen

Arbeitgeber, die kein systemgeprüftes Programm einsetzen, können die Meldungen an die Krankenkasse auch mittels elektronisch gestützter systemgeprüfter Ausfüllhilfen an die Datenannahmestellen übermitteln. Die Punkte 1.1. bis 1.6. und 1.8 gelten entsprechend. Arbeitgeber, die systemgeprüfte Programme einsetzen, können für einzelne Meldungen auch elektronisch gestützte systemgeprüfte Ausfüllhilfen nutzen. Eine maschinelle Zuführung von Mitteilungsdaten aus den Beständen der Arbeitgeber in die Ausfüllhilfe ist nicht zulässig.

1.8 Datenübermittlung

Die Meldungen sind durch Datenübertragung zu übermitteln. Das Verfahren zur Datenübertragung muss den jeweils geltenden technischen Standards entsprechen. Für die Übermittlung der Daten sind die Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten gemäß § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IV sowie die Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Die Datenübertragung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt, die unter dem Veröffentlichungsportal des Data Dictionary www.gkv-datadictionary.de/veroeffentlichung und www.gkv-datenaustausch.de abrufbar sind. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

Im Verfahren können Abwesenheitszeiten, welche nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt oder nach § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt, der Krankenkasse übermittelt wurden, und Zeiträume von stationären Aufenthalten, welche nach § 301 Abs. 1, 4 und 4a SGB V (inkl. Zeiten der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V) vom Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an die Krankenkasse übermittelt wurden, abgefragt werden. Ein Abruf für Abwesenheitszeiträume ist nur innerhalb der Verjährungsfristen und nicht vor dem 1. Oktober 2021 zulässig. Bescheinigungen, welche den Krankenkassen außerhalb von § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 201 Abs. 2 SGB VII oder § 301 Abs. 1, 4 und 4a SGB V in Papier zugegangen sind, werden hingegen nicht zurückgemeldet.

2 Gemeinsame Grundsätze nach § 109a Abs. 2 SGB IV

Stand:	30.01.2024
Gültig ab:	01.01.2025
Version:	2.0

GKV-Spitzenverband, Berlin
Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

2.1 Allgemeines

§ 109a SGB IV sieht die Meldung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Bundesagentur für Arbeit vor. Zusätzlich sind neben den Arbeitsunfähigkeitsdaten auch Daten aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 301 Abs. 1 SGB V im Datensatz enthalten. Die ausnahmslose Bezugnahme auf Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Grundsätzen könnte jedoch dahingehend zu Irritationen führen, dass ausschließlich von einer Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten ausgegangen wird. Um deutlich darzustellen, dass auch stationäre Krankenhausbehandlungen im Datenaustausch enthalten sind, wird im Nachfolgenden nicht von Arbeitsunfähigkeitsdaten, sondern ausschließlich von Abwesenheiten gesprochen; eine Ausweitung der übermittelbaren Daten über den Gesetzeswortlaut hinaus erfolgt hierdurch nicht.

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und die Bundesagentur für Arbeit haben die nachfolgenden „Grundsätze für die Meldungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen des Datenaustausches (eAU - § 109a Abs. 2 SGB IV) erstellt. Sie kommen damit ihrer Verpflichtung gemäß § 109a Abs. 2 SGB IV nach.

Die Teilnahme am Datenaustausch eAU ist für alle Verfahrensbeteiligten verpflichtend.

Der GKV-Spitzenverband und die Bundesagentur für Arbeit bestimmen in den nachfolgenden Gemeinsamen Grundsätzen den Aufbau der fachlichen Elemente für den Datenaustausch eAU nach § 109a Abs. 1 SGB IV.

Die Regelungen dieser Gemeinsamen Grundsätze werden durch ergänzende Erläuterungen näher beschrieben.

Die XML-Schemata (“Anforderung_eAU_AG“ und „Rückmeldung_eAU_KK“ in der veröffentlichten Fassung (Version 2.0) sind vom 1. Januar 2025 an zu verwenden und zwar auch für Nachweiszeiträume bis 31. Dezember 2024.

2.2 Identifizierungsmerkmal

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) erstatten die Meldungen unter Angabe

- der Betriebsnummer des IT-Systemhauses (Absendernummer/Betriebsnummer-Verursacher - 76641777),
- der Versicherungsnummer (VSNR),
- des Familiennamens,
- des Vornamens,
- des Geburtsdatums,
- des Aktenzeichen_Verursachers,
- der Datensatz_ID,
- der Betriebsnummer der Abrechnungsstelle (BBNR_Abrechnungsstelle) und
- des Produkt/Modifikations-Identifiers (Prod/Mod_ID).

Die Übermittlung erfolgt hierbei über den in Abschnitt 2.7 dargestellten Verfahrensweg.

Als Standardidentifizierungsmerkmal im automatisierten Verfahren dient die Versicherungsnummer. Mit den weiteren personenbezogenen Angaben wird die Plausibilität dieses Identifizierungsmerkmals geprüft. Der Antwortdatensatz enthält immer die aktuell gültige VSNR des Versicherten.

Jeder Datensatz ist mit einer eindeutigen Datensatz_ID (UUID) zu versehen, welche bei Rückantworten ebenfalls in Form einer Referenz_ID zurückgemeldet wird.

2.3 Nachrichtentypen

Für die Datenübermittlung zwischen der BA und den Krankenkassen sind die nachstehend beschriebenen Nachrichtentypen zu verwenden:

- Anforderung_eAU_AG - für die Anforderung des Abwesenheitsnachweises durch die Bundesagentur für Arbeit (siehe Anlage 1)
- Rückmeldung_eAU_KK - für die Rückmeldung des Abwesenheitsnachweises durch die Krankenkassen (siehe Anlage 2)

mit den zugehörigen Headern und Steuerungsdaten

- AGTOSV - für die Anforderung des Abwesenheitsnachweises durch den Arbeitgeber
- SVTOAG - für die Rückmeldung des Abwesenheitsnachweises durch die Krankenkassen

und dem SV_Basisschema der Gemeinsamen Grundsätze Technik (95 SGB IV).

2.4 Anforderung durch die BA

Die BA sendet den Krankenkassen die Anforderungen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung.

Ein Abruf des elektronischen Abwesenheitsnachweises bei der Krankenkasse darf durch die Bundesagentur für Arbeit nur erfolgen, wenn diese zum Erhalt der Daten berechtigt ist. Eine Berechtigung liegt vor, sofern

- für die Person nach den Vorschriften des Dritten Buches Sozialgesetzbuch Anzeige- und Nachweispflichten bei Arbeitsunfähigkeit bestehen,
- die Person der Bundesagentur für Arbeit die eingetretene AU oder den stationären Aufenthalt im Krankenhaus angezeigt hat.

Für die Prüfung durch die Krankenkasse, welche AU oder welcher stationäre Aufenthalt maßgebend ist, ist die Angabe im Feld „Abwesenheit ab AG“ ausschlaggebend. Hierdurch wird es der BA ermöglicht, die eAU zu dem Zeitpunkt abzurufen, zu dem die BA diese benötigt. Die eAU können deshalb auch für zurückliegende Zeiträume abgerufen werden.

Im Feld „Abwesenheit ab AG“ ist durch die BA der Beginn des Zeitraums der Abwesenheit anzugeben, auf den sich die Anforderung bezieht. Hierbei ist bei einer

- Abwesenheit mit vorheriger Arbeitsfähigkeit regelmäßig der erste Tag der vom Arbeitnehmer gemeldeten AU oder des stationären Aufenthaltes bei der BA,
- fortdauernden Abwesenheit im Anschluss an das Ende einer Krankmeldung oder einem fortdauernden stationären Aufenthalt der erste Tag nach dem Ende der bisher vorliegenden eAU anzugeben.

2.5 Rückmeldungen der Krankenkasse

Erfolgt eine berechtigte Anfrage durch die BA, hat die Krankenkasse diese zu prüfen und eine Rückmeldung entsprechend der vorgegebenen Schlüsselwerte vorzunehmen. Diese sind:

- „1“ = Unzuständige Krankenkasse/ unbekannte Person
- „2“ = AU
- „3“ = Krankenhaus
- „4“ = Nachweis liegt nicht vor
- „6“ = Teilstationäre Krankenhausbehandlung
- „7“ = In Prüfung
- „8“ = Anderer Nachweis liegt vor
- „9“ = Weiterleitungsverfahren

Maßgebend für den zu prüfenden Zeitraum ist die Angabe der BA im Feld „Abwesenheit_ab_AG“. Hierdurch wird es der BA ermöglicht, die eAU zu dem Zeitpunkt abzurufen, zu dem die BA diese benötigt. Die eAU können deshalb auch für zurückliegende Zeiträume abgerufen werden.

Der im Feld „Kennzeichen der Rueckmeldung“ enthaltene Rückmeldegrund „5“ = Reha/Vorsorge wird, abweichend zum Rückmeldeverfahren mit den Arbeitgebern nach § 109 SGB IV, nicht an die BA übermittelt.

Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Datensatzes ihre Zuständigkeit. Eine Rückmeldung „1 - Unzuständige Krankenkasse/ unbekannte Person“ ist von einer Krankenkasse nur dann an die BA zurückzumelden, wenn

- der Krankenkasse diese Person nicht bekannt ist,
- für den angefragten Zeitpunkt (Abwesenheit_ab_AG) keine Mitgliedschaft oder Versicherung bestand bzw. besteht und
- bereits eine Information über den Krankenkassenwechsel oder einer Beendigung wegen einer privaten Versicherung bzw. wegen Verzug ins Ausland vorliegt.

Liegt eine Zuständigkeit vor, prüft die Krankenkasse, ob der von der BA gemeldete Beginn der AU oder des stationären Aufenthaltes, mit im Bestand vorliegenden AU bzw. Zeiten eines stationären Aufenthaltes übereinstimmt.

Das Vorliegen einer zur Anfrage passenden AU bzw. eines stationären Aufenthalts wird durch die Krankenkassen in folgender Reihenfolge geprüft, wobei die Prüfschritte solange fortzusetzen sind, bis ein Prüfschritt zutrifft:

- Beginn der von der BA abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse,
- Beginn der von der BA abgefragten Abwesenheit fällt in eine laufende AU oder einen stationären Aufenthalt bei der Krankenkasse oder
- Beginn der von der BA abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse

Der BA werden hierbei die

- vom Arzt für diesen Zeitpunkt nach § 295 Abs.1 Nr. 1 SGB V oder § 201 Abs. 2 SGB VII übermittelten eAU,
- vom Krankenhaus nach § 301 Abs. 1 SGB V übermittelten stationären Aufenthaltszeiten übermittelt.

Hierzu zählen auch Daten, welche im Ersatzverfahren der Krankenkasse zugegangen sind, weil eine Übermittlung im Datenaustausch aufgrund eines Störfalles nicht möglich war. Überschneiden sich Abwesenheitszeiten, sind der BA ggf. mehrere eAU auf eine Anfrage zu übermitteln. Ist der stationäre Aufenthalt in einem Krankenhaus zum Zeitpunkt der Anfrage der BA bereits beendet, ist der BA das tatsächliche Entlassdatum zu übermitteln. Wurde der BA das voraussichtliche Ende des stationären Aufenthaltes übermittelt, weil der stationäre Aufenthalt zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht beendet war (Aufnahme und Verlängerung), erfolgt die proaktive Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an die BA, wenn der Krankenkasse die Entlassmitteilung vom Krankenhaus zugegangen ist. Abweichend zum Rückmeldeverfahren mit den Arbeitgebern nach § 109 SGB IV werden die von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 301 Abs. 4 und 4a SGB V übermittelten stationären Aufenthaltszeiten nicht an die BA übermittelt.

Kann bei der Prüfung der Krankenkasse keine AU und kein stationärer Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit zugeordnet werden, meldet die Krankenkasse der BA im Feld „Kennzeichen der Rueckmeldung“ den Meldegrund „4 – Nachweis liegt nicht vor“ zurück.

Eine Rückmeldung der Krankenkasse mit „Kennzeichen der Rueckmeldung“ = „4 = Nachweis liegt nicht vor“, „7 = In Prüfung“ oder „9 = Weiterleitungsverfahren“ stellt im Zusammenhang mit der Rückmeldung eine Zwischennachricht und damit keine abschließende Rückantwort dar. Sofern den Krankenkassen nach Versand der Zwischennachricht bei fehlenden Daten innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen (Grund „4“ und „9“) oder innerhalb von 28 Kalendertagen (Grund „7“) eine entsprechende AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein stationärer Aufenthalt nach § 301 Abs. 1 SGB V vom Krankenhaus zugeht, prüfen die Krankenkassen erneut die Zuständigkeit. Liegt die Zuständigkeit vor, übermittelt die Krankenkasse die aktualisierten Daten ohne erneute Anfrage der BA in einem neuen Datensatz an die BA.

Erhalten die Krankenkassen innerhalb des Zeitraums von 14 Tagen bzw. 28 Tagen keine Meldung einer AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder eines stationären Aufenthaltes nach § 301 Abs. 1 SGB V vom Krankenhaus, wird kein weiterer Datensatz an die BA übermittelt.

Im Zusammenhang mit einem Wechsel der Krankenkasse hat die Krankenkasse bei Fällen, in denen noch keine eAU-Daten vor Abschluss des Kassenwechsels vorliegen, die Anfrage der BA nach § 109a SGB IV an die bisher zuständige Krankenkasse weiterzuleiten, welche dann auf die weitergeleitete Anfrage aufgrund der dort vorliegenden Daten gegenüber der BA antwortet. In diesem Zusammenhang ist der BA die Weiterleitung eine Rückmeldung mit „9 = Weiterleitungsverfahren“ durch die Krankenkasse zu übermitteln.

2.6 Stornierung von Meldungen

Die Meldungen sind zu stornieren, wenn sie nicht abzugeben waren oder unzutreffende Angaben enthielten. Die Stornierung hat unverzüglich zu dem Zeitpunkt zu erfolgen, zu welchem die Datensätze als fehlerhaft erkannt werden. Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der entsprechende Nachrichtentyp ausschließlich mit dem Element „Stornierung“ in der aktuellen Version zu übermitteln.

Eine Stornierung einer Anforderung von Abwesenheitsdaten darf durch die BA jedoch nur erfolgen, solange keine abschließende Rückmeldung (Grund „4“, „7“ und „9“) der Krankenkasse zu dieser Anfrage vorliegt. Eine Zwischennachricht ist in diesem Zusammenhang keine abschließende Rückantwort.

Die Elemente „Datensatz_ID_Ursprungsmeldung“ und „Aktenzeichen_Verursacher“ sind bei Stornierungen stets zu füllen. In den Nachrichtentypen sind die Elemente „Datum_Erstellung“ und „Datensatz_ID“ zu aktualisieren. Erfolgt die Stornierung, weil die Anforderung unzutreffende Angaben enthielt, ist eine neue Anforderung an die zuständige Stelle mit den zutreffenden Angaben zu übermitteln.

2.7 Datenübermittlung

Die Meldungen sind durch Datenübertragung zu übermitteln. Das Verfahren zur Datenübertragung muss den jeweils geltenden technischen Standards entsprechen. Für die Übermittlung der Daten sind die Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten gemäß § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IV sowie die Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Die Datenübertragung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt, die unter dem Veröffentlichungsportal des Data Dictionary www.gkv-datadictionary.de/veroeffentlichung und www.gkv-datenaustausch.de abrufbar sind. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

Im Verfahren können Arbeitsunfähigkeitszeiten, welche nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt oder nach § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt, der Krankenkasse übermittelt wurden, und Zeiträume von stationären Krankenhausaufenthalten, welche nach § 301 Abs. 1 SGB V (inkl. Zeiten der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V) vom Krankenhaus der Krankenkasse übermittelt wurden, ab dem 1. Januar 2024 abgefragt werden. Ein Abruf für Abwesenheitszeiträume ist nur innerhalb der Verjährungsfristen aber nicht vor dem 1. Oktober 2021 zulässig. Bescheinigungen, welche den Krankenkassen außerhalb von § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 201 Abs. 2 SGB VII oder § 301 Abs. 1 SGB V in Papier zugegangen sind, werden hingegen nicht zurückgemeldet. Gleiches gilt für Zeiten eines stationären Aufenthaltes in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

2.8 Verfahrenstechnik

Die Anbindung und der Transfer erfolgen über sFTP (Push) gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik. Im Vorlaufsatz ist durch die BA die Betriebsnummer der zuständigen Datenannahmestelle der Krankenkasse, gemäß der Übersicht der Datenannahmestellen und im fachlichen Datensatz die Betriebsnummer der zuständigen Krankenkasse anzugeben.

Die Dateigröße sollte 50 MB nicht überschreiten und ist daher im Schema auf die Anzahl 5000 Meldungen pro Datei beschränkt. Die Übertragung erfolgt im KKS Format, mit einer lückenlos aufsteigenden Dateifolgenummer pro Datenannahmestelle.

Für die Übermittlung von eAU-Anfragen wird die Verfahrenskennung EAA und für die Rückmeldungen die Verfahrenskennung EAR verwendet.

Fehlerrückmeldungen aufgrund einer Schemavalidierung werden immer mit der ursprünglichen Verfahrenskennung (EAA) übermittelt.

Das Element „Produkt_Identifier“ ist mit dem Wert „5555555“ und das Element „Modifikations_Identifier“ mit dem Wert „66666666“ durch die BA zu befüllen und bei Rückantworten ebenfalls zu übermitteln.

3 Anlagen

Anlage 1 – Anforderung des Abwesenheitsnachweises vom Arbeitgeber bei der Krankenkasse
Anlage 2 – Rückmeldung des Abwesenheitsnachweises durch die Krankenkasse