

Verfahrensbeschreibung für die  
Erstattung der Meldung im Rahmen des Datenaustausches  
elektronische Arbeitsunfähigkeit (eAU) nach § 109 SGB IV und § 109a  
SGB IV in der ab 01.01.2025 geltenden Fassung

Version 3.2

An der Verfassung der vorliegenden Verfahrensbeschreibung für die Erstattung der elektronischen Arbeitsunfähigkeit (eAU) nach § 109 SGB IV und 109a SGB IV waren beteiligt:

Leiter der Arbeitsgruppe:

Ramón Lang	GKV-Spitzenverband (fachliche Verantwortung)
Mirko Dietzel	GKV-Spitzenverband (technische Verantwortung)

Teilnehmer der Arbeitsgruppe:

AOK-Bundesverband GbR  
AOK-Systems  
ARGE Perser  
Arbeitsgemeinschaft für wirtschaftliche Verwaltung  
BITMARCK  
BKK-Dachverband  
Bundesagentur für Arbeit  
Bundessteuerberaterkammer  
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände  
DATEV eG  
Deutsche Post AG  
IKK e.V.  
ITSG GmbH  
KNAPPSCHAFT  
Lufthansa  
Mobil-ISC  
SAP AG  
Siemens Betriebskrankenkasse  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel  
Techniker Krankenkasse  
Verband der Ersatzkassen e.V.  
Volkswagen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Änderungsübersicht .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Einführung.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Grundsätzliches .....</b>	<b>7</b>
2.1 Gesetzliche Grundlage § 109 SGB IV – Meldung der Arbeitsunfähigkeitszeiten an den Arbeitgeber .....	7
2.2 Gesetzliche Grundlage § 109a SGB IV – Abruf von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Daten zur stationären Krankenhausbehandlung durch die Bundesagentur für Arbeit .....	8
2.3 Gesetzliche Grundlage § 304 Abs. 2 SGB V – Datenlöschung, Auskunftspflicht .....	9
2.4 Zeichendarstellung .....	9
<b>3. Verfahren der Übermittlung der eAU .....</b>	<b>10</b>
3.1 Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse .....	10
3.1.1 Zeitpunkt der Abforderung .....	10
3.1.2 Steuerung des Verfahrens durch die Angabe im Feld „Abwesenheit_ab_AG“ .....	12
3.1.3 Stornierungen von übermittelten Anfragen .....	13
3.2 Rückmeldung der Krankenkasse auf eine Anfrage des Arbeitgebers .....	14
3.2.1 Keine Zuständigkeit der Krankenkasse/ unbekannte Person.....	15
3.2.2 Zuständigkeit der Krankenkasse .....	15
3.2.3 Stornierungen von übermittelten Daten durch die Krankenkassen .....	24
3.3 Anforderung durch die Minijobzentrale bei der Krankenkasse .....	26
3.4 Antwort durch die Krankenkasse auf eine Anfrage durch die Minijobzentrale .....	26
3.5 Anforderung durch die Bundesagentur für Arbeit bei der Krankenkasse .....	26
3.6 Antwort durch die Krankenkasse auf eine Anfrage durch die Bundesagentur für Arbeit	27
3.7 Angaben in der Datenfeldgruppe „Ansprechpartner“ .....	27
<b>4. Beispiele zum Abruf der eAU.....</b>	<b>29</b>
<b>5. Konvertierungstabelle für die durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten.....</b>	<b>35</b>
5.1 Datenaustausch mit den Krankenhäusern .....	35
5.2 Datenaustausch mit den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen .....	36

## Änderungsübersicht

Version	Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
3.0	19.12.2023	Überarbeitung
3.0	30.01.2024	<u>3.2 „Rückmeldung der Krankenkasse auf eine Anfrage des Arbeitgebers“</u> – Zur Sicherstellung der Einführung der obligatorischen UUID, ohne die Notwendigkeit der Umsetzung einer Stichtagsregelung, wird ein Datentyp für die Felder "Referenz_ID" und "Datensatz_ID_Ursprungsmeldung" geschaffen (Datensatz_ID_Uebergangszeit“
3.0	30.01.2024	<u>2.4 „Zeichendarstellung“</u> – Neuaufnahme des Kapitels „Zeichenerklärung“
3.1	14.08.2024	<u>3.1.1.1 „Abruf bei Eintritt einer AU oder eines Aufenthalts und Vorlagepflicht nach drei Kalendertagen einer AU“</u> – Streichung des letzten Teilsatzes mit der Angabe des 5. Kalendertages zur Vermeidung von Missinterpretationen.
3.2	28.03.2025	<u>3.1.3 „Stornierungen von übermittelten Anfragen“</u> – Aufnahme eines Hinweises für Ausfüllhilfen zur Datensatz-ID-Ursprungsmeldung
3.2	28.03.2025	<u>3.2.2.4 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem anderen AUNachweis“</u> – Klarstellung, dass keine Dauer des Nachweises bei anderen Attesten zu übermitteln ist.
3.2	28.03.2025	<u>3.2.2.2 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt“</u> , <u>3.2.2.3 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“</u> und <u>5 „Konvertierungstabelle für die durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten“</u> – Aufnahme eines Hinweises zum Umgang mit ganztagsambulanten Rehammaßnahmen sowie Aufnahme einer Konvertierungstabelle für die von den Krankenkassen aus den Vorverfahren zu übermittelnden Daten

# 1. Einführung

Mit dem „Dritten Gesetz zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie“ (BEG III, verkündet am 28.11.2019, BGBl. 2019 Nr. 42, S. 1746) und dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG, verkündet am 12.06.2020, BGBl. 2020 Nr. 28, S. 1248) wurde eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Abruf der Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU) durch die Arbeitgeber bei den Krankenkassen geschaffen. § 109 Abs. 1 SGB IV sieht vor, dass die Krankenkassen ab dem 01.01.2022 nach Eingang der AU nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V eine Meldung zum Abruf für den Arbeitgeber zu erstellen haben. Mit dem Vierten Gesetz zur Änderung des Seearbeitsgesetzes und anderer Gesetze (verkündet am 14.10.2020; BGBl. 2020 Nr. 46, S. 2112) wurde klargestellt, dass gleiches gemäß § 109 Abs. 3a SGB IV nach Eingang der voraussichtlichen Dauer und des Endes von stationären Krankenhausaufenthalten (§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und nach § 109 Abs. 3b SGB IV nach Eingang von den AU bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§ 201 Absatz 2 SGB VII) gilt. § 125 SGB IV sieht eine entsprechende Pilotierung ab dem 01.07.2021 vor. Durch das Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (Gesetz Digitale Rentenübersicht) wurde der Start des Verfahrens sowie der Pilotierung verschoben. Pilotierungen sind nunmehr ab dem 01.01.2022 zulässig und der obligatorische Start des Verfahrens erfolgt am 01.07.2022. Aufgrund des Gesetzes zur Verlängerung von Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beim Kurzarbeitergeld und anderer Leistungen wurde der obligatorische Start auf den 01.01.2023 verlegt und damit die Pilotierung bis zum 31.12.2022 verlängert.

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG, verkündet am 12.06.2020, BGBl. 2020 Nr. 28, S. 1248) wurde mit § 109a SGB IV eine gesetzliche Grundlage für den elektronischen Abruf der AU durch die Bundesagentur für Arbeit bei den Krankenkassen eingeführt. Auch hier wurde mit dem Vierten Gesetz zur Änderung des Seearbeitsgesetzes und anderer Gesetze (verkündet am 14.10.2020; BGBl. 2020 Nr. 46, S. 2112) klargestellt, dass gleiches gemäß § 109a Abs. 3 SGB IV nach Eingang der voraussichtlichen Dauer und des Endes von stationären Krankenhausaufenthalten (§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und nach § 109 Abs. 4 SGB IV nach Eingang von den AU bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§ 201 Absatz 2 SGB VII) gilt.

Mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG, verkündet am 28.12.2022, BGBl. 2022 Nr. 56, S. 2793) wurde in § 304 Abs. 2 SGB V gesetzlich klargestellt, dass AU, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden, der neuen Krankenkasse zu übermitteln sind.

Mit dem Achten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG, verkündet am 28.12.2022; BGBl. 2022 Nr. 56, S.

2759) wurde § 109 Abs. 3a SGB IV dahingehend ergänzt, dass ab dem 01.01.2025 auch Zeiten von Aufhalten in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 301 Abs. 4 und 4a SGB V an den Arbeitgeber zu übermitteln sind.

Für das Verfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen bestimmt den Aufbau der Datensätze, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen nach 109 Abs. 4 SGB IV. Die erste Genehmigung der „Grundsätze für die Meldung der AU im Rahmen des Datenaustausches (eAU – § 109 Abs. 1 SGB IV i.V.m. § 125 Abs. 5 SGB IV)“ vom 20.11.2020 in der ab 01.01.2022 geltenden Fassung erfolgte durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft mit Datum vom 13.01.2021 nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA).

Für das Verfahren zwischen Bundesagentur für Arbeit und Krankenkassen bestimmen den Aufbau der Datensätze, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen mit der Bundesagentur für Arbeit in Gemeinsamen Grundsätzen nach 109a Abs. 2 SGB IV. Die erste Genehmigung der „Gemeinsamen Grundsätze für die Meldung der AU im Rahmen des Datenaustausches (eAU – § 109a Abs. 2 SGB IV)“ vom 13.12.2022 in der ab 01.01.2024 geltenden Fassung erfolgte durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit mit Datum vom 14.03.2023.

Die Genehmigung der Grundsätze nach § 109 Abs. 4 SGB IV sowie der Gemeinsamen Grundsätze nach § 109a Abs. 2 SGB IV in der ab 01.01.2025 geltenden Fassung erfolgte durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit mit Datum vom 30.04.2024.

Die Teilnahme am Datenaustausch eAU ist für alle Verfahrensbeteiligten verpflichtend.

## 2. Grundsätzliches

Ziel der Verfahrensbeschreibung zum Datenaustausch eAU nach § 109 SGB IV und § 109a SGB IV ist, weitergehende Beschreibungen und Informationen zu Verfahrensabsprachen zur Verfügung zu stellen, um Krankenkassen, Softwarehäuser, Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit und Minijobzentrale bei Einrichtung und laufendem Betrieb des Verfahrens zu unterstützen. Das Dokument soll zudem als Aufhänger für die Klärung von Einzelfragen der Anwender dienen. Der entstehende Informations- und Erfahrungsaustausch bildet eine Grundlage für die Moderation, Kommunikation und Aufbereitung des Änderungs- und Klärungsbedarfs.

Neben AU umfasst der Datenaustausch eAU auch Zeiten eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus oder eines Aufenthaltes in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung gemäß § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V (Aufenthalt).

### 2.1 Gesetzliche Grundlage § 109 SGB IV – Meldung der Arbeitsunfähigkeitszeiten an den Arbeitgeber

„(1) Die Krankenkasse hat nach Eingang der Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches eine Meldung zum Abruf für den Arbeitgeber zu erstellen, die insbesondere die folgenden Daten enthält:

1. den Namen des Beschäftigten,
2. den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit,
3. das Datum der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit,
4. die Kennzeichnung als Erst- oder Folgemeldung und
5. die Angabe, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Arbeitsunfähigkeit auf einem Arbeitsunfall oder sonstigen Unfall oder auf den Folgen eines Arbeitsunfalls oder sonstigen Unfalls beruht.

In den Fällen, in denen die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches für einen geringfügig beschäftigten Versicherten erhält, hat sie die Daten nach Satz 1 am Tag des Eingangs für die nach § 2 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberzuwendungen für Entgeltfortzahlung zuständige Einzugsstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ausschließlich für die Zwecke des Erstattungsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz zum Abruf bereitzustellen. Arbeitgeber haben die Daten nach Satz 1 genannten Fällen bei der zuständigen Krankenkasse durch ein nach § 95b systemgeprüftes Programm oder eine Ausfüllhilfe abzurufen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Beschäftigte nach den §§ 8a und 12.

(3a) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend bei Eingang der Daten nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 7 und Absatz 4 und 4a des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass die Meldung abweichend von Absatz 1 Satz 1 nur die Daten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende des Aufenthaltes zu enthalten hat. Für die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von den Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an die Krankenkassen werden die Dienste der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch genutzt, sobald diese zur Verfügung stehen.

(3b) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend bei Eingang von Arbeitsunfähigkeitsdaten, wenn sie nach § 201 Absatz 2 des Siebten Buches an die Krankenkassen übermittelt werden.

(4) Das Nähere zu den Datensätzen und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen. Die Grundsätze bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist vor der Genehmigung anzuhören.“

## **2.2 Gesetzliche Grundlage § 109a SGB IV – Abruf von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Daten zur stationären Krankenhausbehandlung durch die Bundesagentur für Arbeit**

„(1) Die Krankenkasse hat nach Eingang der Daten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches für Personen, für die nach den Vorschriften des Dritten Buches Anzeige- und Nachweispflichten bei Arbeitsunfähigkeit bestehen, eine Meldung zum Abruf für die Bundesagentur für Arbeit zu erstellen, die insbesondere die folgenden Daten enthält:

1. den Namen des Versicherten,
2. den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit,
3. das Datum der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit,
4. die Kennzeichnung als Erst- oder Folgemeldung und
5. die Angabe, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Arbeitsunfähigkeit auf einem Arbeitsunfall oder sonstigen Unfall oder auf den Folgen eines Arbeitsunfalls oder sonstigen Unfalls beruht.

(2) Das Nähere zu den Datensätzen und zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundesagentur für Arbeit in gemeinsamen Grundsätzen. Die Grundsätze bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend bei Eingang der Daten nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 7 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass die Meldung abweichend von Absatz 1 nur die Daten

nach Absatz 1 Nummer 1 und den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten hat.

(4) Absatz 1 gilt entsprechend bei Eingang von Arbeitsunfähigkeitsdaten, wenn sie nach § 201 Absatz 2 des Siebten Buches an die Krankenkassen übermittelt werden.“

### 2.3 Gesetzliche Grundlage § 304 Abs. 2 SGB V – Datenlöschung, Auskunftspflicht

„(2) Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet, den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes an die neue Krankenkasse zu übermitteln, die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 der neuen Krankenkasse zu übermitteln sowie Arbeitsunfähigkeitsdaten, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden, der neuen Krankenkasse zu übermitteln.

### 2.4 Zeichendarstellung

In den Anlagen 1 und 2 der Grundsätze wird unter der Zeichenerklärung die Bedingung („m“) dargestellt, wann ein Datenfeld bzw. eine Datenfeldgruppe zu übermitteln ist.

-  
an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

M = Mussangabe

**m = Mussangabe unter Bedingungen**



In den XML-Schemata werden die Bedingungen teilweise durch Choices dargestellt. Aufgrund der mit dem BMAS vereinbarten Darstellungsform in den Feldlisten (Datensatzbeschreibungen) kann aktuell die Choice (entweder/oder-Auswahl) nicht darin dargestellt werden. Eine Bedingung ergibt sich demnach entweder aus dem Inhalt bzw. der Erläuterung am Datenfeld oder der Verfahrensbeschreibung.

## 3. Verfahren der Übermittlung der eAU

### 3.1 Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse

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

- der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt der AU bei dem Arbeitgeber beschäftigt ist und
- der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber die abzurufende AU oder Aufenthalt sowie deren voraussichtliche Dauer mitgeteilt hat.

Der Abruf durch den Arbeitgeber ist jeweils bei der Krankenkasse vorzunehmen, bei welcher zum anzufragenden Zeitpunkt (Abwesenheit\_ab\_AG) die Versicherung bestand. Hierbei ist durch den Arbeitgeber eine eindeutige Datensatz\_ID anzugeben, welche insbesondere bei Stornierungen eine zielgenaue Zuordnung zu dem ursprünglichen Datensatz ermöglicht. Die mehrfache Nutzung von den bereits übermittelten Datensatz-ID ist daher – auch im Zusammenhang mit einer wiederholten Anfrage – ausgeschlossen.

Für eine eindeutige Ausprägung der Datensatz\_ID ist eine automatisierte Befüllung des Feldes mit einer generierten UUID vorzusehen. Zusätzlich ist darauf zu achten, dass in der Datenfeldgruppe „Grundangaben Name“ Vorsatzworte (von, zur, de la, ...) oder Titel (Dr., Prof., ...) in den Feldern „Vorname“ oder „Familiename“ nicht übermittelt werden, weil hierdurch die ggf. erforderliche Versichertensuche bei der Krankenkasse erheblich erschwert wird.

Sofern der Arbeitnehmer Kranken-, Verletzten- oder Übergangsgeld von einem Sozialversicherungsträger bezieht, ist ein Abruf der eAU grundsätzlich nicht erforderlich, weil kein Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber mehr besteht. Ist dennoch eine Bestätigung der Dauer der Entgeltersatzleistung und damit das weitere Vorliegen einer AU für den Arbeitgeber erforderlich, können die ggf. mehrfach erforderlichen Abrufe von eAU während des Entgeltersatzleistungsbezugs vermieden werden, indem das Ende der Entgeltersatzleistung im Datenaustausch Entgeltersatzleistungen (DTA EEL) mit dem Abgabegrund „42 = Anforderung Ende Entgeltersatzleistung“ beim Sozialversicherungsträger abgefordert wird.

#### 3.1.1 Zeitpunkt der Abforderung

Ein Abruf der eAU bei der Krankenkasse des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber darf nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen. Hierbei ist zu beachten, dass ein Abruf der eAU nur dann sinnvoll ist, wenn der Arbeitnehmer zu diesem Zeitpunkt bereits verpflichtet ist, eine AU nach § 5 Abs. 1a EntgFG durch den Arzt feststellen zu lassen und daher diese bereits der Krankenkasse vom Arzt übermittelt werden konnte oder ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus oder ein Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung vorliegt.

Die Abforderung von eAUs durch die Arbeitgeber kann auch für zurückliegende Zeiträume erfolgen. Ein Abruf ist hierbei innerhalb der Verjährung möglich, demnach innerhalb eines Zeitraums von 4 Jahren nach Ablauf des vom AU-Zeitraum betroffenen Kalenderjahres. Ein Abruf von Zeiträumen vor dem 1. Oktober 2021 ist jedoch nicht zulässig.

### **3.1.1.1 Abruf bei Eintritt einer AU oder eines Aufenthalts und Vorlagepflicht nach drei Kalendertagen einer AU**

Meldet sich der Arbeitnehmer beim Arbeitgeber arbeitsunfähig und vorher bestand Arbeitsfähigkeit, ist der Arbeitnehmer gesetzlich nach § 5 Abs. 1a EntgFG verpflichtet sich erst bei einer Dauer der AU länger als drei Kalendertage eine AU ärztlich feststellen zu lassen. Von einer tatsächlichen ärztlichen Feststellung der AU des Arbeitnehmers kann daher mit Sicherheit regelmäßig erst am 4. Tag der AU ausgegangen werden, weshalb aufgrund der zeitversetzten Übermittlung vom Arzt an die Krankenkasse eine Abfrage erst frühestens ein Kalendertag nach der ärztlichen Feststellung sinnvoll ist.

Wurde der Arbeitnehmer in einem Krankenhaus stationär oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, kann der Zeitraum des Aufenthaltes ebenfalls erst abgerufen werden, wenn dieser durch die Einrichtung an die Krankenkasse übermittelt wurde. Aufgrund der zeitversetzten Übermittlung an die Krankenkasse ist ebenfalls eine Abfrage erst frühestens ein Kalendertag nach der Aufnahme in der Einrichtung sinnvoll.

### **3.1.1.2 Abruf bei Eintritt einer AU oder eines Aufenthalts und Vorlagepflicht innerhalb der ersten drei Kalendertage einer AU**

Meldet sich der Arbeitnehmer beim Arbeitgeber arbeitsunfähig und vorher bestand Arbeitsfähigkeit, der Arbeitnehmer ist jedoch nach § 5 Abs. 1 Satz 3 EntgFG zu einer vorzeitigen ärztlichen Feststellung der AU gegenüber dem Arbeitgeber verpflichtet, ist aufgrund der zeitversetzten Übermittlung vom Arzt an die Krankenkasse eine Abfrage erst frühestens ein Kalendertag nach der verpflichteten ärztlichen Feststellung sinnvoll, demnach frühestens ab dem 2. Kalendertag der dem Arbeitgeber durch den Arbeitnehmer gemeldeten AU.

Wurde der Arbeitnehmer in einem Krankenhaus stationär oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, kann der Zeitraum des Aufenthaltes ebenfalls erst abgerufen werden, wenn dieser durch die Einrichtung an die Krankenkasse übermittelt wurde. Aufgrund der zeitversetzten Übermittlung an die Krankenkasse ist ebenfalls eine Abfrage erst frühestens ein Kalendertag nach der Aufnahme in der Einrichtung sinnvoll.

### **3.1.1.3 Abruf bei fortbestehender AU oder fortbestehendem Aufenthalt**

Meldet sich der Arbeitnehmer beim Arbeitgeber arbeitsunfähig und vorher bestand bereits AU, ist der Arbeitnehmer gesetzlich nach § 5 Abs. 1a EntgFG verpflichtet sich die weitere AU feststellen zu lassen. In der Regel erfolgt daher eine ärztliche Feststellung der AU des Arbeitnehmers am letzten bzw. am auf das bisher festgestellte Ende der AU folgenden Werktag. Aufgrund der zeitversetzten Übermittlung vom Arzt an die Krankenkasse ist eine Abfrage daher frühestens ein Kalendertag nach dem bisherigen Ende der AU sinnvoll.

Wurde der Arbeitnehmer in einem Krankenhaus stationär oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, kann der Zeitraum des Aufenthaltes ebenfalls erst abgerufen werden, wenn dieser durch die Einrichtung an die Krankenkasse übermittelt wurde. Aufgrund der zeitversetzten Übermittlung an die Krankenkasse ist ebenfalls eine Abfrage erst frühestens ein Kalendertag nach der Aufnahme in der Einrichtung sinnvoll.

#### 3.1.1.4 Folgen eines verfrühten Abrufs

Die Konsequenz verfrühter Anfragen durch den Arbeitgeber ist, dass durch die Krankenkassen vielfach eine Rückmeldung mit Kennzeichen der Rueckmeldung „04 = Nachweis liegt nicht vor“ erfolgt. Da eine solche Rückmeldung in der Regel vermeidbare Arbeitsaufwände bei den Verfahrensbeteiligten verursacht, wird empfohlen, die unter 3.1.1.1 „Abruf bei Eintritt einer AU“ bis 3.1.1.3 „Abruf bei fortbestehender AU oder fortbestehendem Aufenthalt“ dargestellten Zeitpunkte für eine sinnvolle Abfrage der eAU zu berücksichtigen.

Das Abrufen von eAUs für Arbeitnehmer, für die keine aktuelle Meldung durch den Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 EntgFG erfolgt ist, ist unzulässig.

#### 3.1.2 Steuerung des Verfahrens durch die Angabe im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“

Im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ wird der Beginn des Zeitraums angegeben, auf den sich die Anfrage des Arbeitgebers bezieht. Bei einer Neuerkrankung ist dies regelmäßig der erste Tag der gemeldeten AU oder des Aufenthaltes beim Arbeitgeber, bei einer fortdauernden AU im Anschluss an das Ende einer Krankmeldung oder einem fortdauernden Aufenthalt der erste Tag nach dem Ende der bisher vorliegenden eAU.

Dem Arbeitgeber werden 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 Aufenthaltszeiten übermittelt.

Überschneiden sich festgestellte AU oder Aufenthaltszeiten, weil z.B. eine vorzeitige Verlängerung der AU erfolgt, die weitere AU durch einen weiteren Vertragsarzt erfolgte oder der Aufenthalt sich

mit einer AU überschneidet, werden dem Arbeitgeber ggf. mehrere eAU auf eine Anfrage übermittelt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Bestand des Arbeitgebers mit dem der Krankenkasse übereinstimmt.

Der Zeitpunkt für die Prüfung, welche AU oder welcher Aufenthalt maßgebend sind, wird hierbei nicht durch den Versand der Anforderung, sondern durch das Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ festgelegt. Hierdurch soll es dem Arbeitgeber ermöglicht werden, die eAU zu dem Zeitpunkt abzurufen, zu dem der Arbeitgeber diese benötigt. Die eAU können deshalb auch für zurückliegende Zeiträume abgerufen werden.

Das Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ ist daher entsprechend dem Bedarf des Arbeitgebers zu befüllen. Meldet sich der Arbeitnehmer beim Arbeitgeber arbeitsunfähig oder aufgrund eines Aufenthaltes abwesend und vorher bestand

- eine Arbeitsfähigkeit, ist im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ vom Arbeitgeber der Tag des Beginns der AU oder des Aufenthaltes gemäß der Meldung des Arbeitnehmers anzugeben.
- eine bescheinigte AU (Folgeerkrankung) oder ein Aufenthalt, ist im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ vom Arbeitgeber der Tag nach dem bisher vorliegenden Ende der bescheinigten AU oder des Aufenthaltes anzugeben.

### 3.1.3 Stornierungen von übermittelten Anfragen

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.

Eine Stornierung einer Abfrage von eAU-Daten darf jedoch nur erfolgen, solange keine abschließende Rückmeldung der Krankenkasse zu dieser Anfrage vorliegt. Liegt hingegen bereits eine Rückmeldung vor, ist die Stornierung der Abfrage obsolet. Eine Rückmeldung der Krankenkasse mit „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ = „4 = Nachweis liegt nicht vor“, „7 = In Prüfung“ oder „9 = Weiterleitungsverfahren“ stellt in diesem Zusammenhang nur eine Zwischennachricht und damit keine abschließende Rückantwort dar.

Eine Stornierung der Anfrage durch den Arbeitgeber ist damit auch dann unzulässig, wenn eine Rückmeldung der Krankenkasse mit „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ = „4 = Nachweis liegt nicht vor“ (3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“), „7 = In Prüfung“ (3.2.2 „Zuständigkeit der Krankenkasse“) oder „9 = Weiterleitungsverfahren (3.2.2.5.5 „Besonderheit Wechsel der Krankenkasse“) erfolgt ist, der Datensatz abzugeben war und keine unzutreffenden Angaben enthielt, jedoch vor Ablauf der Frist von 14 Tagen bzw. der Rückmeldung des Prüfergebnisses („Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ = „7“) innerhalb von 28 Tagen eine erneute Anfrage durch den Arbeitgeber versandt werden soll. Nach einer Stornierung einer Anfrage ist daher die erneute Anfrage nicht vor dem Ablauf eines Zeitraums 14 bzw. 28 Tagen nach Versand der Zwischennachricht der Krankenkasse möglich.

Im Zusammenhang mit einer Stornierung durch den Arbeitgeber ist die von ihm im zu stornierenden Datensatz ursprünglich übermittelte eindeutige Datensatz\_ID im Feld „Datensatz\_ID\_Ursprungsmeldung“ und das „Aktenzeichen\_Verursacher“ anzugeben, wodurch eine zielgenaue Zuordnung durch die Krankenkasse zu dem ursprünglichen Datensatz ermöglicht wird. Für die personenbezogene Zuordnung sind bei einer Stornierung zusätzlich die Felder „VSNR“ oder „Geburtsname“ und „Geburtsort“ sowie „Name“, „Vorname“ und „Geburtsdatum“ zu übermitteln, eine Übermittlung der weiteren fachlichen Daten des bisherigen Datensatzes entfällt. Inbesondere im Zusammenhang mit der Nutzung einer Ausfüllhilfe ist hier zwingend auf die korrekte Angabe der ursprünglichen Datensatz-ID durch den Arbeitgeber zu achten, da sonst eine Zuordnung nicht regelmäßig abschließend vorgenommen werden kann. In diesem Falle wäre sonst ein bilateraler Austausch zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber unvermeidbar, welcher eine erneute Meldung durch den Arbeitgeber zur Folge hätte.

### **3.2 Rückmeldung der Krankenkasse auf eine Anfrage des Arbeitgebers**

Bei jeder Rückmeldung durch die Krankenkasse ist dem Arbeitgeber, der von ihm im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ bei der Anforderung übermittelte Wert, zurückzumelden.

Hat der Arbeitgeber wie unter [3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“](#) beschrieben die eAU bei der Krankenkasse angefordert, prüft diese, ob sie für den Arbeitnehmer die zuständige Krankenkasse ist. Die Daten sind in der Regel unverzüglich, jedoch spätestens am auf die Anfrage folgenden Werktag zu übermitteln; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

Hierbei ist die durch den Arbeitgeber übermittelte eindeutige Datensatz\_ID im Feld „Referenz\_ID“ und das „Aktenzeichen\_Verursacher“ anzugeben. Gleichzeitig ist durch die Krankenkasse analog der Meldung der Arbeitgeber auch eine eindeutige Datensatz\_ID zu erzeugen und anzugeben, welche insbesondere bei Stornierungen eine zielgenaue Zuordnung zu dem ursprünglichen Datensatz ermöglicht. Die mehrfache Nutzung von bereits übermittelten Datensatz-ID`s ist daher – auch im Zusammenhang mit einer wiederholten Anfrage – ausgeschlossen. Für eine eindeutige Ausprägung der Datensatz\_ID ist eine automatisierte Befüllung des Feldes mit einer generierten UUID vorzusehen.

Bei Rückmeldungen der Krankenkassen auf Anfragen der Arbeitgeber, die bis zum 28.02.2025 in der Version 1 übermittelt wurden, werden ausschließlich in der Version 2 grundsätzlich die ursprünglich übermittelten Daten rückübermittelt. Derartige Anfragen sind insoweit bereits bei der Annahme zu konvertieren. Die in der Version 1 übermittelte Datensatz-ID kann jedoch nicht in allen Fällen in eine bei den Arbeitgebern zuordnungsfähige und gleichzeitig schemakonforme UUID konvertiert werden, weshalb bei Umsetzung des Feldes "Datensatz\_ID" in der durch das Basisschema festgelegten Fassung bereits ab dem 01.01.2025 es zu vielfachen Abweisungen kommen würde, demnach eine Stichtagsumstellung erforderlich würde. In einem Massenverfahren –

wie der eAU – müssen zwingend manuelle Prozesse und auch entsprechend absehbare Fehlerquellen vermieden werden. Da für die Übergangszeit bis 28.02.2025 eine bis zu 32-stellige Datensatz\_ID und UUID zulässig sein muss, bedarf es der Möglichkeit bei der Rückmeldung auch diese mit der bis zu 32-stelligen Datensatz\_ID oder UUID übermittelten Daten unkonvertiert unter Verwendung der Referenz\_ID zu ermöglichen, bzw. bei einer Stornierung die Verarbeitung der Datensatz\_ID Ursprungsmeldung übermitteln zu können.

Zur Sicherstellung der Einführung der obligatorischen UUID, ohne die Notwendigkeit der Umsetzung einer Stichtagsregelung, wird ein Datentyp für die Felder "Referenz\_ID" und "Datensatz\_ID Ursprungsmeldung" geschaffen „Datensatz\_ID Uebergangszeit“, welcher im Rahmen eines nächsten Genehmigungsverfahrens vollständig durch die UUID ersetzt wird.

In der Kernprüfung wird sichergestellt, dass es bis zum 31.03.2025 zu keinen Abweisungen aufgrund einer Datensatz\_ID der alten Version kommt.

### **3.2.1 Keine Zuständigkeit der Krankenkasse/ unbekannte Person**

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.

In diesen Fällen wird der Datensatz gegenüber dem Arbeitgeber im Feld „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ mit „1 – Unzuständige Krankenkasse/ unbekannte Person“ zurückgemeldet. In diesem Fall werden dem Arbeitgeber die Felder „Nachweis\_seit“, „Voraussichtlich\_Nachweis\_bis“, „Tatsaechlich\_Nachweis\_bis“, „Festgestellt\_am“, „Nachweisart“, „Arbeitsunfall“, „Sonstiger\_Unfall\_Unfallfolgen“ „D\_Arzt\_zugewiesen“, **nicht** übermittelt.

### **3.2.2 Zuständigkeit der Krankenkasse**

Liegt eine Zuständigkeit vor, prüft die Krankenkasse, ob der vom Arbeitgeber gemeldete Beginn der AU oder des Aufenthaltes, mit im Bestand vorliegenden AU bzw. Zeiten eines Aufenthaltes übereinstimmt. Die Krankenkasse meldet dem Arbeitgeber grundsätzlich unverändert die Informationen, welche sie im Datenaustausch nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erhalten hat. Hierzu zählen auch Daten, welche im Ersatzverfahren der Krankenkasse zugegangen sind, weil eine Übermittlung im Datenaustausch aufgrund eines Störfalles nicht möglich war.

Erhalten Krankenkassen elektronisch Daten von Arztpraxen, Krankenhäusern oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, welche objektiv falsche Angaben enthalten, meldet die Krankenkasse dem Arbeitgeber auf dessen Anforderung hin im Feld „Kennzeichen der Rückmeldung“ den Meldegrund „7 - In Prüfung“ zurück. Gleiches gilt auch, wenn den Krankenkassen Daten im Ersatzverfahren übermittelt werden, welche nicht den Vorgaben des Datensatzes entsprechen und daher nicht vollständig digitalisiert werden können. Diese Sachverhalte werden durch die Krankenkassen bereits bei Eingang der Daten vom Arzt bei der Krankenkasse auf Basis der fachlichen Prüfungen selektiert und geklärt. Als objektiv falsch gelten in diesem Zusammenhang Datensätze, welche im Sinne der in der Kernprüfung dargestellten fachlichen Prüfungen nicht übermittelt werden können. Eine Rückmeldung der Krankenkasse mit „Kennzeichen der Rückmeldung“ = „7 = In Prüfung“ stellt in diesem Zusammenhang eine Zwischennachricht und damit keine abschließende Rückantwort dar.

Kann die Prüfung durch die Krankenkasse innerhalb des Zeitraums von 28 Tagen abgeschlossen werden, prüfen die Krankenkassen erneut ihre Zuständigkeit. Liegt keine Zuständigkeit vor, ist entsprechend 3.2.1 „Keine Zuständigkeit der Krankenkasse“ zu verfahren. Liegt eine Zuständigkeit vor, erfolgt eine proaktive Übermittlung der eAU-Daten von der Krankenkasse an den Arbeitgeber. Kann eine Klärung hingegen durch die Krankenkasse nicht innerhalb des Zeitraums von 28 Tagen abgeschlossen werden, wird kein weiterer Datensatz an den Arbeitgeber übermittelt. Für den Arbeitgeber bedeutet daher die fehlende Übermittlung eines neuen Datensatzes durch die Krankenkasse, dass weiterhin kein übermittlungsfähiger Nachweis vorliegt. Sofern innerhalb von 28 Kalendertagen nach der Erstanfrage des Arbeitgebers keine abschließende Klärung durch die Krankenkasse erfolgreich erfolgen konnte, jedoch weiterhin eine Klärung des Sachverhaltes erforderlich erscheint, kann der Zeitraum durch den Arbeitgeber neu angefordert werden.

Überschneiden sich Meldungen, weil z.B. mehrere Vertragsärzte AU attestiert haben oder eine AU mit einem Aufenthalt zusammenfällt, werden auf eine Anfrage des Arbeitgebers alle für diese Anfrage relevanten eAU-Datensätze durch die Krankenkassen übermittelt. Liegen der Krankenkasse mehrere inhaltsgleiche AU vor (z.B. mehrfach übermittelte eAU oder sowohl als eAU als auch im Ersatzverfahren übermittelte Nachweise von einer Arztpraxis), sind diese Daten durch die Krankenkassen zu filtern und dem Arbeitgeber diese Daten nur einmalig zu übermitteln. Eine Übermittlung der eAU-Daten von der Krankenkasse an den Arbeitgeber ist hierbei auf die elektronische Übermittlung im Datensatz nach § 109 SGB V begrenzt; eine Übermittlung als Ausdruck ist hingegen ausgeschlossen.

### **3.2.2.1 Rückmeldung im Zusammenhang mit einer AU**

Liegt für den angefragten Zeitraum eine AU nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt oder § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt vor, werden unter Angabe „Kennzeichen der Rückmel-

„den Meldegrund „2 – AU“ **regelmäßig** die Werte in den Elementgruppen „Weitere\_Angaben\_zum\_Nachweis“ und „Angaben\_zur\_AU“, an den Arbeitgeber übermittelt. Das Feld „Nachweis\_seit“ aus der Elementgruppe „Weitere\_Angaben\_zum\_Nachweis“ ist hierbei im Zusammenhang mit einem Folgenachweis nicht vorhanden, weil eine Übermittlung dieses Wertes vom Arzt an die Krankenkasse, zur Vermeidung von Problemen, z.B. im Zusammenhang mit einer Mitbehandlung, nicht vorgesehen ist. Liegt der Krankenkasse die vorher attestierte AU nicht vor, wird das Feststellungsdatum zur Prüfung (3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ bis 3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“) als „Nachweis\_seit“ herangezogen.

### **3.2.2.2 Rückmeldung im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt**

Liegen für den angefragten Zeitraum Zeiten eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus nach § 301 Abs. 1 oder 4a SGB V vor, werden unter Angabe „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ des Meldegrundes „3 – Krankenhaus“ regelmäßig nur die Werte in der Elementgruppe „Weitere\_Angaben\_zum\_Nachweis“ an den Arbeitgeber übermittelt. Ist der Krankenhausaufenthalt zum Zeitpunkt der Anfrage bereits beendet, ist im Feld „Tatsaechlich\_Nachweis\_bis“ das tatsächliche Entlassdatum anzugeben. Wurde dem Arbeitgeber der „Voraussichtlich\_Nachweis\_bis“ übermittelt, weil der Krankenhausaufenthalt zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht beendet war (Aufnahme oder Verlängerung eines Aufenthaltes), erfolgt die proaktive Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an den Arbeitgeber, wenn der Krankenkasse die Entlassmitteilung vom Krankenhaus zugegangen ist. Hierbei ist zu beachten, dass Entlassmitteilungen der Krankenhäuser vielfach erst mit zeitlicher Verzögerung der Krankenkasse zugehen, sodass auch die proaktive Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an den Arbeitgeber entsprechend erst zeitlich versetzt erfolgen kann.

Weiterhin kann es vorkommen, dass im Fall einer Entlassung vor dem voraussichtlichen Entlassdatum für den Zeitraum zwischen dem tatsächlichen und voraussichtlichen Entlassdatum ein Arbeitsunfähigkeitsnachweis vorliegt und abgefragt wird, bevor das tatsächliche Entlassdatum der Krankenkasse zugegangen ist (Beispiel 13 unter 4 „Beispiele zum Abruf der eAU“) .

Eine Verlegung stellt eine Entlassung aus einem Krankenhaus verbunden mit einer Neuaufnahme in einem weiteren Krankenhaus dar und ist entsprechend bei der Meldung zu berücksichtigen. Eine Verlegung innerhalb eines Krankenhauses ist hingegen als durchgängiger Krankenhausaufenthalt zu melden. Beurlaubungen während des vollstationären Krankenhausaufenthalts gelten nicht als Unterbrechung.

Im Zusammenhang mit einer Behandlung im Krankenhaus sind alle Sachverhalte zu übermitteln, in denen der Arbeitnehmer stationär zur Krankenhausbehandlung aufgenommen wurde (5.1 „Datenaustausch mit den Krankenhäusern“). Eine Meldung erfolgt daher sowohl im Zusammenhang mit vollstationären Krankenhausaufenthalten als auch bei stationsäquivalenten Behandlungen (stationäre Behandlung im häuslichen Umfeld). Für diese genannten Behandlungen wurde dem

Arbeitnehmer bisher üblicherweise im Bedarfsfall eine sogenannte „Liegebescheinigung“ durch das Krankenhaus ausgestellt und es liegt regelmäßig eine AU vor. Zeiten der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V oder tagesstationären Behandlung (Versicherte verlassen nur nachts das Krankenhaus) werden ebenfalls im Rahmen des § 301 Abs. 1 oder 4a SGB V vom Krankenhaus an die Krankenkasse übermittelt und sind somit an die Arbeitgeber zu übermitteln.

Zeiten teilstationärer Aufenthalte im Krankenhaus stellen zwar grundsätzlich eine AU dar, können jedoch erst nach Abrechnung bzw. Übermittlung der Entlassungsmitteilung durch das Krankenhaus korrekt im Datensatz an die Krankenkassen abgebildet werden. Da die Abrechnung bzw. Entlassungsmitteilung regelmäßig zeitlich sehr versetzt zur Aufnahmeanzeige erfolgt, werden teilstationäre Aufenthalte im Krankenhaus nur dahingehend im Verfahren abgebildet, dass dem Arbeitgeber unter Angabe „Kennzeichen der Rückmeldung“ den Meldegrund „6 – Teilstationäre Krankenhausbehandlung“ übermittelt wird. Die weiteren Felder „Nachweis seit“, „Voraussichtlich Nachweis bis“ und „Tatsächlich Nachweis bis“ werden hingegen nicht gefüllt. Für diese Zeiten sind durch die Krankenhäuser entsprechende Liegebescheinigungen zum Nachweis gegenüber den Arbeitgebern auszustellen und vom Arbeitnehmer abzufordern.

Ambulante sowie vorstationäre und nachstationäre Behandlungen sind nicht zu übermitteln. In diesen Fällen wird bei Vorliegen von AU eine eAU oder ggf. eine Liegebescheinigung vom behandelnden Arzt ausgestellt.

Erfolgte ein stationärer Aufenthalt aufgrund einer Spende von Organen oder Geweben, werden die Zeiten des stationären Aufenthaltes für den Lebendspender nicht im Datenaustausch nach § 301 SGB V an die Krankenkasse des Spenders übermittelt. Im Rahmen eines Ersatzverfahrens bescheinigt das Krankenhaus regelmäßig dem Lebendspender spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung die Dauer des Krankenhausaufenthaltes unter Angabe des Aufnahmegrundes (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme). Auch diese Zeiten gelten bei der Übermittlung an die Arbeitgeber als nach § 301 SGB V übermittelte Daten und sind diesem daher im Rahmen des eAU-Verfahrens zur Verfügung zu stellen, sofern und sobald sie der Krankenkasse des Spenders bekannt sind.

Für die Sicherstellung der Möglichkeit zur Übermittlung der erforderlichen Daten der stationären Aufenthalte in einem Krankenhaus zu Lasten der Unfallversicherung durch die Krankenkassen an die Arbeitgeber bedarf es einer veränderten gesetzlichen Grundlage in § 301 Abs. 4a SGB V. Durch die aktuell durch das 8. SGB IV-Änderungsgesetz vollzogene Änderung im § 301 Abs. 4a SGB V ist zwar eine Übermittlung auch dieser stationären Aufenthalte vorgesehen, jedoch in der aktuellen Ausprägung nicht umsetzbar, weshalb bis auf Weiteres aufgrund der fehlenden Daten im Vorverfahren diese Daten noch nicht im Datenaustausch an die Arbeitgeber übermittelt werden können. Für diese Zeiten sind durch die Krankenhäuser entsprechende Liegebescheinigungen zum Nachweis gegenüber den Arbeitgebern auszustellen.

### **3.2.2.3 Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung**

Liegen für den angefragten Zeitraum Zeiten eines stationären Aufenthaltes in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 301 Abs. 4 oder 4a SGB V vor, werden unter Angabe „Kennzeichen der Ruckmeldung“ des Meldegrundes „5 – Reha/Vorsorge“ regelmäßig die Werte in der Elementgruppe „Weitere Angaben zum Nachweis“ an den Arbeitgeber übermittelt. Ist der stationäre Aufenthalt in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zum Zeitpunkt der Anfrage bereits beendet, ist im Feld „Tatsächlich Nachweis bis“ das tatsächliche Entlassdatum anzugeben. Wurde dem Arbeitgeber die „Voraussichtlich Nachweis bis“ übermittelt, weil der stationäre Aufenthalt zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht beendet war (Aufnahme und Verlängerung), erfolgt nur die Übermittlung des tatsächlichen Entlassdatums an den Arbeitgeber, wenn der Arbeitgeber dies erneut abfordert; eine proaktive erneute Meldung erfolgt – abweichend zu den Meldungen zu Aufenthalten in Krankenhäusern – hingegen nicht. Eine Verlegung stellt eine Entlassung aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung verbunden mit einer Neuaufnahme in einer weiteren Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung dar. Eine Verlegung innerhalb einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist hingegen als durchgängiger stationärer Aufenthalt in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu melden. Beurlaubungen während des stationären Aufenthalts in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gelten nicht als Unterbrechung.

Im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind alle Sachverhalte den Arbeitgebern durch die Krankenkassen zu übermitteln, in denen der Arbeitnehmer stationär in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurde (5.2 „Datenaustausch mit den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen“).

Zeiten eines ganztagsambulanten Aufenthaltes in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung stellen zwar grundsätzlich ebenfalls eine Arbeitsverhinderung im Sinne des EntgFG dar, könnten jedoch erst nach Abrechnung bzw. Übermittlung der Entlassungsmitteilung durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an die Krankenkassen sinnvoll im Datensatz abgebildet werden. Da die Abrechnung bzw. Entlassungsmitteilung regelmäßig zeitlich sehr versetzt zur Aufnahmeanzeige erfolgt, werden ganztagsambulante Aufenthalte in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht den Arbeitgebern übermittelt. Für diese Zeiten sind durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entsprechende Aufenthaltsbescheinigungen zum Nachweis gegenüber den Arbeitgebern auszustellen und vom Arbeitnehmer abzufordern.

Für die Sicherstellung der Möglichkeit zur Übermittlung der erforderlichen Daten der Aufenthalte in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung durch die Krankenkassen an die Arbeitgeber bedarf es neben der mit Version 3 des DTA eAU vollzogenen Darstellung im Datensatz auch einer veränderten gesetzlichen Grundlage in § 301 Abs. 4a SGB V. Durch die aktuell durch das 8. SGB IV-Änderungsgesetz vollzogene Änderung im § 301 Abs. 4a SGB V werden den Krankenkassen zukünftig neben den Daten für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen der GKV auch für entsprechende Leistungen für krankengeldberechtigte Mitglieder zu Lasten der DRV zur Übermittlung an den Arbeitgeber zur Verfügung stehen. Eine Übermittlung von Daten für Versicherte ohne

Krankengeldanspruch (z.B. geringfügig Beschäftigte) im Zusammenhang mit einer Rehabilitations- und Vorsorgeleistung zu Lasten der DRV oder auch entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung ist zwar ebenfalls vorgesehen, jedoch in der aktuellen Ausprägung nicht umsetzbar, weshalb bis auf Weiteres aufgrund der fehlenden Daten im Vorverfahren diese Daten noch nicht im Datenaustausch an die Arbeitgeber übermittelt werden können. Für diese Zeiten sind entsprechende Liegebescheinigungen von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zum Nachweis gegenüber den Arbeitgebern auszustellen.

#### **3.2.2.4 Rückmeldung im Zusammenhang mit einem anderen AU-Nachweis**

Liegt der Krankenkasse für den angefragten Zeitraum nur ein privatärztlicher oder ein ausländischer AU-Nachweis vor, übermittelt sie den Arbeitgebenden im Feld „Kennzeichen der Rückmeldung“ den Meldegrund „8 – anderer Nachweis liegt vor“. Die weiteren Werte in der Elementgruppe „Weitere Angaben zum Nachweis“ und „Angaben zur AU“ werden hingegen nicht gefüllt.

Wurden ggf. ausgestellte privatärztliche oder ausländische AU-Nachweise nicht durch die Versicherten der Krankenkasse vorgelegt, wird eine Anfrage der Arbeitgebenden mit „Kennzeichen der Rückmeldung“ „4“ beantwortet, weil die Krankenkasse keine Kenntnis hiervon hat. Sofern der Krankenkasse nach Versand der Zwischennachricht mit Rückmeldegrund „4“ innerhalb des Zeitraums von 14 Kalendertagen ein entsprechender AU-Nachweis zugeht, prüft sie gemäß 3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“ erneut ihre Zuständigkeit und übermittelt ggf. einen aktualisierten Datensatz mit dem Meldegrund „8“.

#### **3.2.2.5 Prüfung einer zur Anfrage des Arbeitgebers passenden AU bzw. Aufenthalts**

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

##### **3.2.2.5.1 Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse**

Fällt der Beginn der vom Arbeitgeber angefragten Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) auf den Tag des Beginns der bei der Krankenkasse vorliegenden AU bzw. Aufenthalts, übermittelt die Krankenkasse diese AU bzw. Zeitraum eines Aufenthalts. Das Feld „Kennzeichen der Rückmeldung“ wird hierbei entsprechend 3.2.2.1 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einer AU“ bis 3.2.2.3 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ gefüllt.

### **3.2.2.5.2 Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit fällt in eine laufende AU oder einen Aufenthalt bei der Krankenkasse**

Wurde kein passender Zeitraum einer AU bzw. eines Aufenthaltes bei der Prüfung nach 3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ festgestellt, prüft die Krankenkasse, ob der Beginn der vom Arbeitgeber angefragten Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) in eine bei der Krankenkasse vorliegende laufende AU bzw. einen Aufenthalt, aber nicht genau auf den Beginn, fällt. In diesem Fall übermittelt die Krankenkasse diese AU bzw. diesen Zeitraum eines Aufenthaltes und im Feld „Nachweis\_seit“ den vom Vertragsarzt, vom Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung übermittelten abweichenden Beginn der AU bzw. des Aufenthaltes. Das „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ sowie die weiteren Daten werden hierbei entsprechend 3.2.2.1 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einer AU“ bis 3.2.2.3 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ gemeldet.

### **3.2.2.5.3 Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse**

Nur sofern kein passender Zeitraum einer AU bzw. eines Aufenthaltes bei der Prüfung nach 3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ oder 3.2.2.5.2 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit fällt in eine laufende AU oder einen Aufenthalt bei der Krankenkasse“ festgestellt wird, prüft die Krankenkasse, ob der Beginn der vom Arbeitgeber angefragten Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) maximal 5 Kalendertage vor dem Beginn einer AU oder eines Aufenthaltes bei der Krankenkasse liegt. Ist dies der Fall, übermittelt die Krankenkasse diese AU bzw. diesen Zeitraum eines Aufenthaltes. Im Feld „Nachweis\_seit“ wird der vom Vertragsarzt, vom Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung übermittelte abweichende Beginn der AU bzw. des Aufenthaltes übermittelt. Das „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ sowie die weiteren Daten werden hierbei entsprechend 3.2.2.1 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einer AU“ bis 3.2.2.3 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ gemeldet.

### **3.2.2.5.4 Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse**

Kann bei der Prüfung der Krankenkasse keine AU und kein Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) nach einer der unter 3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ bis 3.2.2.5.3 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse“ vorgenannten Fallgestaltungen zugeordnet werden, meldet die Krankenkasse dem Arbeitgeber im Feld „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ den Meldegrund „4 - Nachweis liegt nicht vor“ zurück. In diesem Fall werden die Felder „Nachweis\_seit“, „Voraussichtlich\_Nachweis\_bis“, „Tatsächlich\_Nachweis\_bis“, „Festgestellt\_am“, „Arbeitsunfall“, „Sonstiger\_Unfall\_Unfallfolgen“, „D\_Arzt\_zugewiesen“, „Nachweisart“ **nicht** übermittelt.

Die Übermittlung des Kennzeichens „4 = Nachweis liegt nicht vor“ durch die Krankenkasse stellt lediglich eine Zwischennachricht für den Arbeitgeber dar. Sofern den Krankenkassen nach Versand der Zwischennachricht innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen eine entsprechende AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein Aufenthalt nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zugeht, prüfen die Krankenkassen erneut ihre Zuständigkeit. Liegt keine Zuständigkeit vor, ist entsprechend 3.2.1 „Keine Zuständigkeit der Krankenkasse“ zu verfahren. Liegt eine Zuständigkeit vor, übermittelt die Krankenkasse die aktualisierten Daten in einem neuen Datensatz an den Arbeitgeber. Sofern dem Arbeitgeber die aktualisierten Daten in einem neuen Datensatz nach Eingang eines Nachweises übermittelt wurden, aber durch zeitliche Verzögerungen oder Überschneidungen von eAU-Zeiträumen eine weitere Klärung des Sachverhaltes erforderlich erscheint, kann der Zeitraum durch den Arbeitgeber neu angefordert werden (Siehe auch Beispiel 12).

Erhalten die Krankenkassen innerhalb des Zeitraums von 14 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 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. Für den Arbeitgeber bedeutet daher die fehlende Übermittlung eines neuen Datensatzes durch die Krankenkasse, dass weiterhin kein Nachweis vorliegt. Sofern innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Erstanfrage des Arbeitgebers kein Eingang eines Nachweises bei der Krankenkasse erfolgt, jedoch weiterhin eine Klärung des Sachverhaltes erforderlich erscheint, kann der Zeitraum durch den Arbeitgeber neu angefordert werden.

Bei der Beurteilung, ob eine AU oder ein Aufenthalt vorliegt, können nur solche Zeiträume berücksichtigt werden, welche nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Krankenkasse übermittelt wurden. Insbesondere AU oder Aufenthalte aufgrund der Feststellung einer AU durch einen Privatarzt oder Behandlung in einer Privatklinik (gilt auch für Ärzte und Einrichtungen im Ausland) können aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlage durch die Krankenkasse nicht zurückgemeldet werden. In diesen Fällen übermittelt die Krankenkasse im Feld „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ den Meldegrund „8 - Anderer Nachweis liegt vor“. In diesen Fallgestaltungen ist der Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 EntgFG verpflichtet, weiterhin nach § 5 Abs. 1 EntgFG die AU gegenüber dem Arbeitgeber nachzuweisen.

Von den vorgenannten Meldungen mit „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ „4 - Nachweis liegt nicht vor“ sind Rückmeldungen der Krankenkassen an den Arbeitgeber mit „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ „7 - In Prüfung“ wegen Vorliegen von objektiv falscher Angaben in den AU- oder Aufenthaltszeiten zu unterscheiden. Eine Übermittlung an den Arbeitgeber erfolgt in diesem Zusammenhang nach Abschluss der Prüfung, sofern die Prüfung innerhalb von einem Zeitraum von 28 Tagen (3.2.2 „Zuständigkeit der Krankenkasse“) abgeschlossen werden konnte.

#### **3.2.2.5.5 Besonderheit Wechsel der Krankenkasse**

Erfolgt eine Feststellung der AU durch Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit einem Krankenkassenwechsel, können abhängig von der erfolgten Vorlage der eGK bzw. davon, welche eGK bei den Ärztinnen und Ärzten vorgelegt wurde, eAU-Zeiten sowohl bei der neuen Krankenkasse als auch der bisher zuständigen Krankenkasse vorliegen.

Mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) wurde daher gesetzlich in § 304 Abs. 2 SGB V klargestellt, dass AUs, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden, der neuen Krankenkasse zu übermitteln sind. Liegen der bisher zuständigen Krankenkasse eAU-Datensätze daher für Zeiträume nach dem Ende der Versicherung vor, übermittelt diese nach Abschluss des Kassenwechsels proaktiv die Zeiträume nach dem Versicherungsende an die neue Krankenkasse (Ausnahme: Wechsel zur PKV oder ins Ausland).

Kann bei der Prüfung der neuen Krankenkasse keine AU oder ein Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) nach einer der unter 3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ bis 3.2.2.5.3 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse“ vorgenannten Fallgestaltungen zugeordnet werden, meldet die neue Krankenkasse dem Arbeitgeber im Feld „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ den Meldegrund „9 – Weiterleitungsverfahren“ für den Zeitraum bis zum Abschluss des Kassenwechsels zurück. Sofern der neuen Krankenkasse nach Versand der Zwischennachricht mit Rückmeldegrund „9 = Weiterleitungsverfahren“ innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen eine entsprechende AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein Aufenthalt nach § 301 Abs. 1 SGB V vom Krankenhaus oder Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung oder diese Daten im Weiterleitungsverfahren der bisher zuständigen Krankenkasse bzw. durch gesonderten Nachweis des Versicherten zugehen, übermittelt die neue Krankenkasse die aktualisierten Daten in einem neuen Datensatz an den Arbeitgeber.

Damit auch für die Dauer bis zum Abschluss des Kassenwechsels für die Arbeitgeber eine Möglichkeit zum zeitnahen Abruf der eAU-Daten im Sinne des § 109 SGB IV sichergestellt ist, wird in Fällen, in denen der angefragten Krankenkasse noch keine eAU-Daten vor Abschluss des Kassenwechsels vorliegen, die Anfrage des Arbeitgebers nach § 109 SGB IV an die bisher zuständige Krankenkasse übermittelt, welche dann auf die weitergeleitete Anfrage aufgrund der dort vorliegenden Daten gegenüber dem Arbeitgeber antwortet.

Die neue Krankenkasse leitet in diesem Fall den Abruf der eAU des Arbeitgebers an die bisher zuständige Krankenkasse im Verfahren nach § 304 SGB V außerhalb des DTA eAU elektronisch weiter. Die Weiterleitung des Abrufs der eAU des Arbeitgebers durch die angefragte Krankenkasse erfolgt jeweils nach Eingang der eAU-Anforderung durch den Arbeitgeber nach § 109 SGB IV an die bisher zuständige Krankenkasse, bei welcher zum anzufragenden Zeitpunkt (AU\_ab\_AG) aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Kassenwechsels eAU-Daten eingegangen sein könnten.

Die bisher zuständige Krankenkasse prüft aufgrund der elektronisch weitergeleiteten eAU-Arbeitsgeberanfrage entsprechend ihre Zuständigkeit. Liegt keine Zuständigkeit vor, ist entsprechend 3.2.1 „Keine Zuständigkeit der Krankenkasse“ zu verfahren. Liegt eine Zuständigkeit vor, prüft die Krankenkasse entsprechend den Ausführungen unter 3.2.2.5.1 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit entspricht dem Beginn bei der Krankenkasse“ bis 3.2.2.5.3 „Beginn der vom AG abgefragten Abwesenheit liegt vor dem Beginn bei der Krankenkasse“, ob eine AU oder ein Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit (Feld Abwesenheit\_ab\_AG) vorliegt, welcher dem Arbeitgeber zurückgemeldet werden kann. Kann bei der Prüfung der Krankenkasse keine AU oder ein Aufenthalt mit dem vom Arbeitgeber gemeldeten Beginn der Abwesenheit festgestellt werden, wird dem Arbeitgeber von der bisher zuständigen Krankenkasse das Kennzeichen „4 = Nachweis liegt nicht vor“ (siehe 3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“) übermittelt. Auch bei der bisher zuständigen Krankenkasse stellt die Übermittlung mit dem Rückmeldegrund „4 = Nachweis liegt nicht vor“ eine Zwischennachricht dar, weshalb die bisher zuständige Krankenkasse ebenfalls innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen prüft, ob eine entsprechende AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein Aufenthalt nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus, der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung oder durch gesonderten Nachweis des Versicherten zugeht. Ist dies der Fall, übermittelt die bisher zuständige Krankenkasse die aktualisierten Daten in einem neuen Datensatz an den Arbeitgeber.

Arbeitgeber müssen im Zusammenhang mit einer Rückmeldung mit Meldegrund „9 = Weiterleitungsverfahren“ deshalb darauf achten, dass Daten beim KOM-Server nicht ausschließlich für die von ihm angefragte Krankenkasse abgeholt werden, weil durch eine Weiterleitung zwischen den Krankenkassen im Verfahren nach § 304 SGB V auf die Anfrage des Arbeitgebers auch Rückmeldungen einer bisher nicht angefragten Krankenkasse übermittelt werden können.

### **3.2.3 Stornierungen von übermittelten Daten durch die Krankenkassen**

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.

Erfolgt die Stornierung, einer bereits übermittelten Meldung an den Arbeitgeber, durch die Krankenkasse, weil z.B. der Vertragsarzt, der Arzt, das Krankenhaus oder die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung die bisher an die Krankenkasse übermittelten Daten aufgrund eines Fehlers im übermittelten Nachweis storniert, ist bei Übermittlung einer Neumeldung durch den Vertragsarzt bzw. den Arzt, für den stornierten Zeitraum, auch eine erneute Meldung der Krankenkasse an den Arbeitgeber erforderlich. Erfolgt eine Stornierung eines Datensatzes vom Krankenhaus oder der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung für einen Aufenthalt nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a

SGB V, hat die Krankenkasse den bisher übermittelten Datensatz grundsätzlich auch gegenüber dem Arbeitgeber zu stornieren. Wird demnach das tatsächliche Entlassdatum vom Krankenhaus oder der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung storniert bzw. geändert (es wird somit nicht der gesamte Aufenthalt storniert), wird der gegenüber dem Arbeitgeber bisher abgegebene eAU-Datensatz ebenfalls storniert und die Krankenkasse übermittelt ohne erneute Anfrage des Arbeitgebers das aktualisierte Entlassdatum (Feld „Tatsächlich\_Nachweis\_bis“) oder das aktualisierte voraussichtliche Entlassdatum (Feld „Vorraussichtlich\_Nachweis\_bis“). Eine Stornierung und Neumeldung durch die Krankenkasse erfolgt gegenüber dem Arbeitgeber nicht, sofern aufgrund von Abrechnungsprüfungen eine Korrektur des Zeitraums der stationären Behandlung durch die Krankenhäuser erfolgt, weil z.B. der Eingriff hätte ambulant durchgeführt werden können oder mehrere Behandlungszeiträume zusammengefasst werden. Solche Korrekturen haben keine Auswirkung auf den tatsächlichen Aufenthalt des Arbeitnehmers im Krankenhaus und stellen weiterhin auch für diese Zeiträume einen korrekten Nachweis dar.

Da der Stornierungssatz und die Neumeldung separate Datensätze sind, kann eine zeitliche Verzögerung zwischen dem Eingang der Stornierung und der Neumeldung auftreten. Um eine Zuordnung und Meldung durch die Krankenkasse an den Arbeitgeber sicherzustellen, stellt die Übermittlung der Stornierung durch die Krankenkasse an den Arbeitgeber analog dem Verfahren bei Kennzeichens „4 = Nachweis liegt nicht vor“ (siehe 3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“) eine Zwischennachricht für den Arbeitgeber dar. Sofern den Krankenkassen nach Versand der Zwischennachricht innerhalb eines Zeitraums von 14 Kalendertagen eine entsprechende AU nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder ein Aufenthalt nach § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V vom Krankenhaus bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zugeht, prüfen die Krankenkassen erneut ihre Zuständigkeit. Liegt keine Zuständigkeit vor ist entsprechend 3.2.1 „Keine Zuständigkeit der Krankenkasse“ zu verfahren. Liegt eine Zuständigkeit vor, übermittelt die Krankenkasse die aktualisierten Daten in einem neuen Datensatz an den Arbeitgeber. Eine Stornierung der Zwischenmitteilungen erfolgt nicht.

Erhalten die Krankenkassen innerhalb des Zeitraums von 14 Tagen keine Meldungen der AU nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vom Vertragsarzt, § 201 Abs. 2 SGB VII vom Arzt oder eines 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. Für den Arbeitgeber bedeutet daher die fehlende Übermittlung eines neuen Datensatzes durch die Krankenkasse, dass weiterhin kein Nachweis vorliegt. Sofern innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Erstanfrage des Arbeitgebers kein Eingang eines Nachweises bei der Krankenkasse erfolgt, jedoch weiterhin eine Klärung des Sachverhaltes erforderlich erscheint, kann der Zeitraum durch den Arbeitgeber neu angefordert werden.

Erfolgt eine Stornierung eines Datensatzes durch den Arbeitgeber, welcher im Rahmen der Weiterleitung von der neuen Krankenkasse an die bisher zuständige Krankenkasse weitergegeben wurde, wird auch diese Stornierung des Arbeitgebers zwischen den Krankenkassen weitergeleitet,

damit ein bereits weitergeleiteter Datensatz auch bei der bisher zuständigen Krankenkasse entsprechend korrigiert werden kann. Bereits vor Weiterleitung der Arbeiteranfrage vom Arbeitgeber stornierte Datensätze werden nicht an die bisher zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Im Zusammenhang mit einer Stornierung durch die Krankenkasse ist die von der Krankenkasse im zu stornierenden Datensatz ursprünglich übermittelte eindeutige Datensatz\_ID im Feld „Datensatz\_ID\_Ursprungsmeldung“ sowie das „Aktenzeichen\_Verursacher“ anzugeben, wodurch eine zielgenaue Zuordnung durch den Arbeitgeber zu dem ursprünglichen Datensatz ermöglicht wird. Für die personenbezogene Zuordnung sind bei einer Stornierung zusätzlich die Felder „VSNR“ oder „Geburtsname“ und „Geburtsort“ sowie „Name“, „Vorname“ und „Geburtsdatum“ zu übermitteln, eine Übermittlung der weiteren fachlichen Daten des bisherigen entfällt.

### **3.3 Anforderung durch die Minijobzentrale bei der Krankenkasse**

Hat der Arbeitgeber einen Antrag über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung bei der zuständigen Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Minijobzentrale) gestellt und ist zur Prüfung die Übermittlung der eAU notwendig, kann die Minijobzentrale wie unter [3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“](#) beschrieben, die AU bei der Krankenkasse anfordern. Die Felder „Produkt\_Identifizier“, „Modifikations\_Identifizier“ und „Betriebsnummer\_Verursacher“ sowie „Aktenzeichen\_Verursacher“ sind abweichend von [3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“](#), für die Minijobzentrale mit eigenen Werten zu befüllen. Die enthaltenen Werte sind bei der Antwort der Krankenkasse unverändert zurückzumelden.

### **3.4 Antwort durch die Krankenkasse auf eine Anfrage durch die Minijobzentrale**

Hat die Minijobzentrale analog dem unter [3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“](#) beschriebenen Verfahren für die Prüfung eines Antrags über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung die eAU bei der Krankenkasse abgefordert, antwortet die Krankenkasse analog [3.2 „Rückmeldung der Krankenkasse auf eine Anfrage des Arbeitgebers“](#).

### **3.5 Anforderung durch die Bundesagentur für Arbeit bei der Krankenkasse**

Ein Abruf der eAU bei der Krankenkasse darf durch die Bundesagentur für Arbeit nur erfolgen, wenn diese zum Erhalt der Daten berechtigt ist. Die Berechtigung für die Bundesagentur für Arbeit besteht

- für Personen gem. § 311 SGB III, die Anspruch auf Arbeitslosengeld erheben oder gem. § 38a Abs. 3 SGB III arbeitssuchend bzw. ausbildungssuchend gemeldet sind und

- die Person der Bundesagentur für Arbeit die AU bzw. den stationären Krankenhausaufenthalt angezeigt und die voraussichtliche Dauer mitgeteilt hat.

Besteht eine entsprechende Abrufberechtigung, kann die Bundesagentur für Arbeit wie unter 3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“ beschrieben, die AU bzw. den stationären Krankenhausaufenthalt bei der Krankenkasse anfordern. Entgegen den gesetzlichen Regelungen des EntgFG für Arbeitnehmer, sind o.g. Personengruppen unverzüglich verpflichtet, eine AU feststellen zu lassen. Das Element „Produkt\_Identifizier“ ist mit dem Wert „5555555“, das Element „Modifikations\_Identifizier“ mit dem Wert „66666666“ und das Element „Betriebsnummer\_Verursacher“ mit dem Wert „76641777“ abweichend von 3.1 „Abforderung durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse“ durch die Bundesagentur für Arbeit zu befüllen. Die in den Elementen „Betriebsnummer\_Verursacher“ sowie „Aktenzeichen\_Verursacher“ enthaltenen Werte sind bei der Antwort der Krankenkasse unverändert zurückzumelden.

Hierbei ist durch die BA eine eindeutige Datensatz\_ID in Form einer UUID anzugeben, welche insbesondere bei Stornierungen eine zielgenaue Zuordnung zu dem ursprünglichen Datensatz ermöglicht. Die mehrfache Nutzung von bereits übermittelten Datensatz-ID ist daher – auch im Zusammenhang mit einer wiederholten Anfrage – ausgeschlossen.

### **3.6 Antwort durch die Krankenkasse auf eine Anfrage durch die Bundesagentur für Arbeit**

Die Rückmeldung der Krankenkasse an die BA erfolgt grundsätzlich analog zu dem unter 3.2 „Rückmeldung der Krankenkasse auf eine Anfrage des Arbeitgebers“ beschriebenen Verfahren.

Abweichend hiervon ist jedoch zu beachten, dass eine Rückmeldung von Aufenthalten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (3.2.2.3 „Rückmeldung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“) im Sinne des § 301 Abs. 4 und 4a SGB V nicht zulässig ist, weil eine entsprechende gesetzliche Grundlage in § 109a SGB IV nicht enthalten ist.

Erfolgt dennoch eine Anfrage durch die Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum eines entsprechenden stationären Aufenthaltes ist daher analog 3.2.2.5.4 „Keine Übereinstimmung der vom AG abgefragten Abwesenheit mit den Daten bei der Krankenkasse“ zu verfahren und der Bundesagentur für Arbeit durch die Krankenkasse im Feld „Kennzeichen\_der\_Rueckmeldung“ den Meldegrund „8 – „Anderer\_Nachweis\_liegt\_vor“ zurückzumelden.

### **3.7 Angaben in der Datenfeldgruppe „Ansprechpartner“**

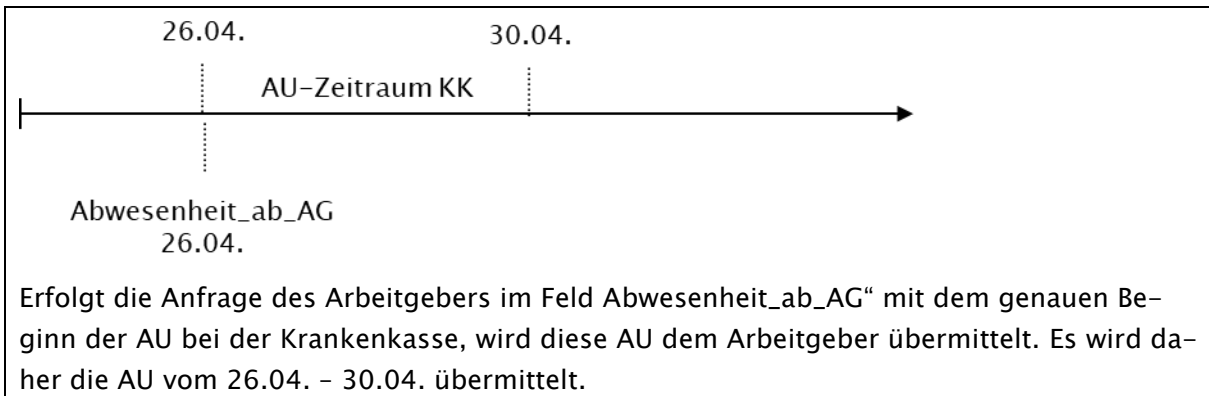
Die Datenfeldgruppe „Ansprechpartner“ muss nicht gefüllt werden. Es liegt allerdings im gegenseitigen Interesse der am Datenaustauschverfahren Beteiligten, dass bei notwendigen Rückfragen eine zur Auskunft befähigte Person schnell gefunden werden kann.

Deshalb soll die Datenfeldgruppe immer dann gefüllt werden, sofern dies möglich ist. Regelmäßig ist dies der Fall, wenn für den fraglichen Sachverhalt eine zur Bearbeitung eingeteilte Person oder Stelle innerhalb der Organisation existiert. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn die Meldung in einer automatisierten, sogenannten Dunkelverarbeitung erfolgt ist, bei Rückfragen aber eine bestimmte Person oder ein bestimmter Bereich zuständig wäre und die entsprechenden Daten automatisiert gefüllt werden können.

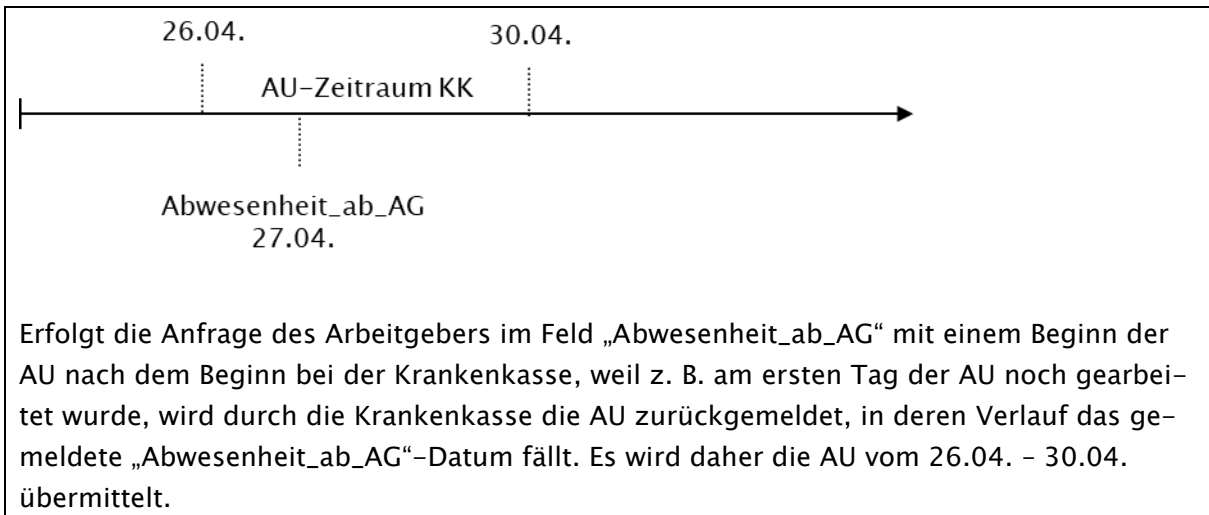
Kann für eine Rückfrage keine Person, sehr wohl aber ein Bereich beispielsweise über ein Gruppenpostfach spezifiziert werden, ist dies entsprechend kenntlich zu machen.

## 4. Beispiele zum Abruf der eAU

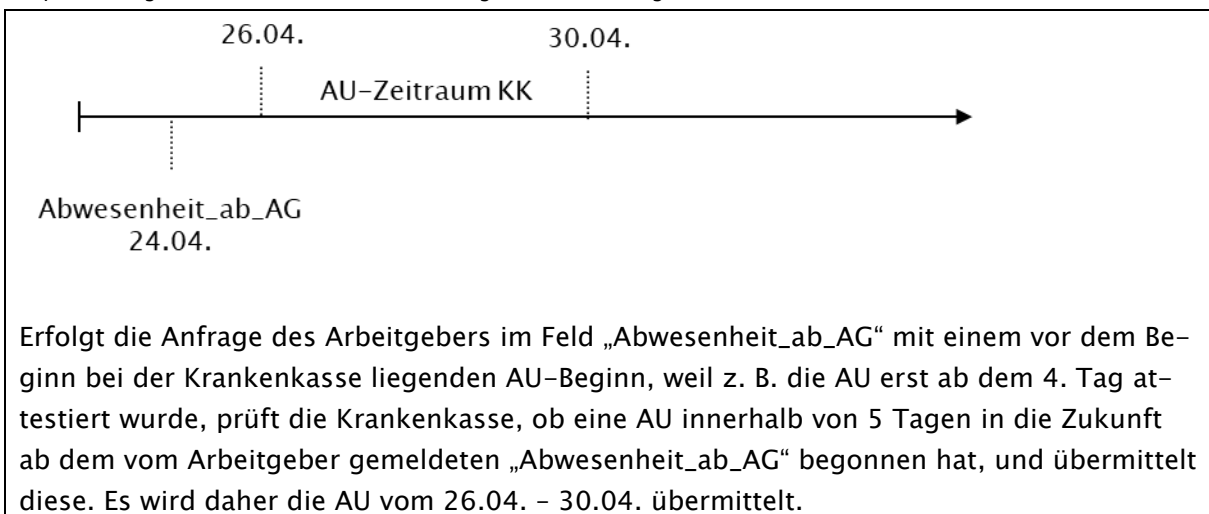
Beispiel 1 – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber und bei der Krankenkasse stimmen überein



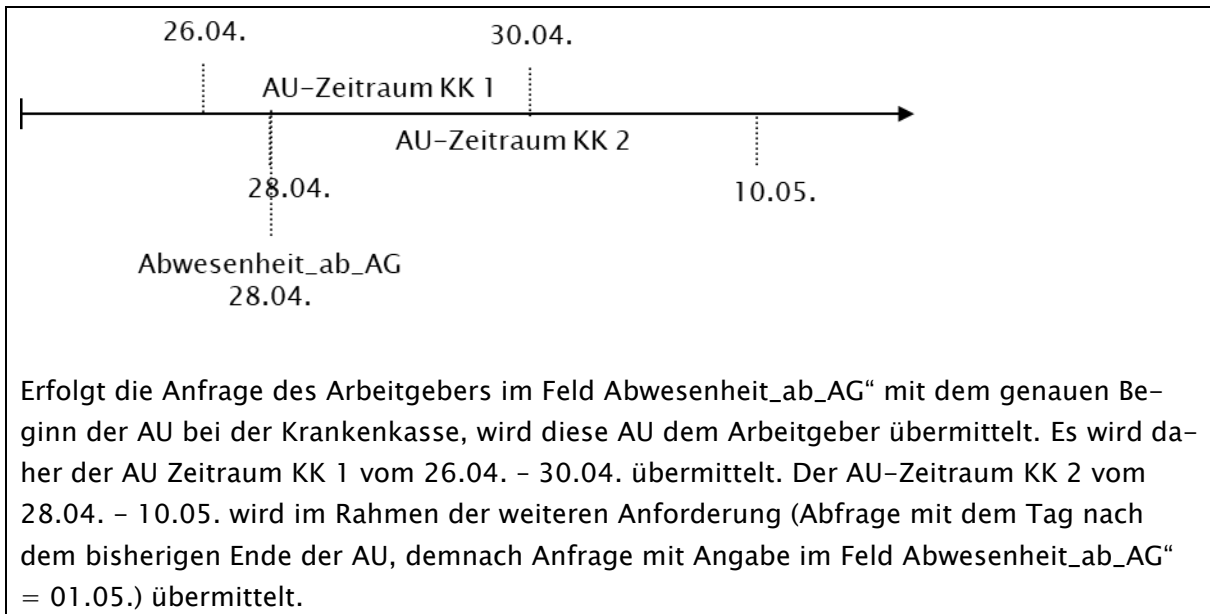
Beispiel 2 – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber nach dem Beginn bei der Krankenkasse



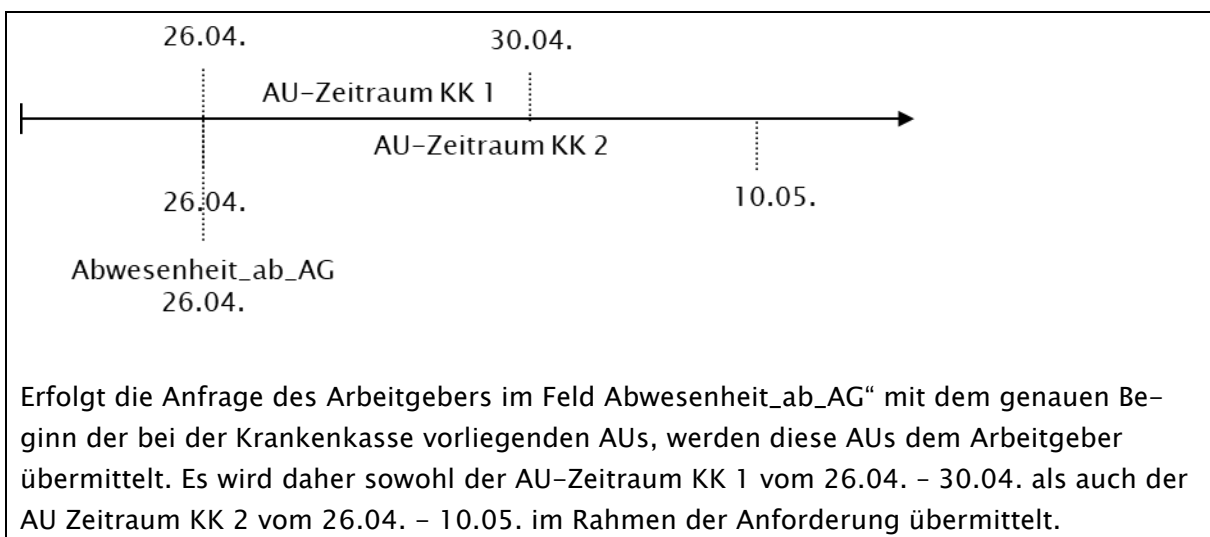
Beispiel 3 – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber vor dem Beginn bei der Krankenkasse



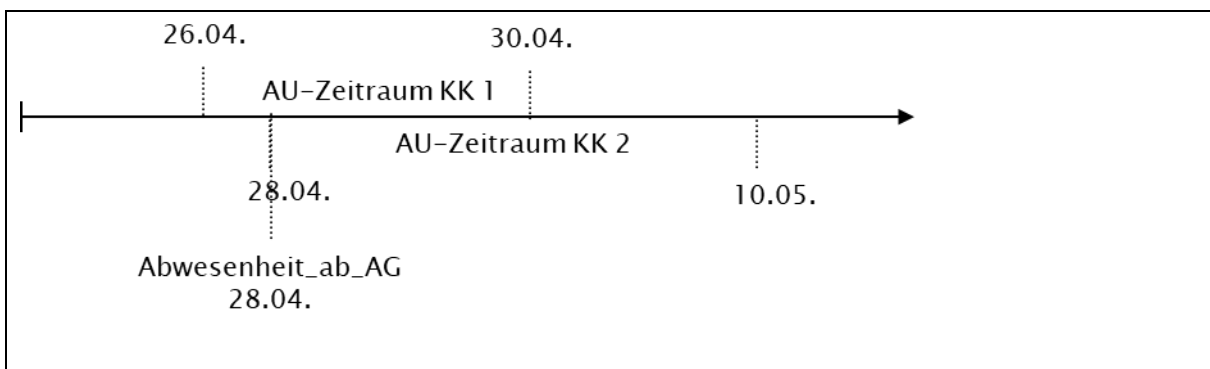
Beispiel 4 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber und einer AU bei der Krankenkasse stimmen überein



Beispiel 5 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber und beider AU bei der Krankenkasse stimmen überein

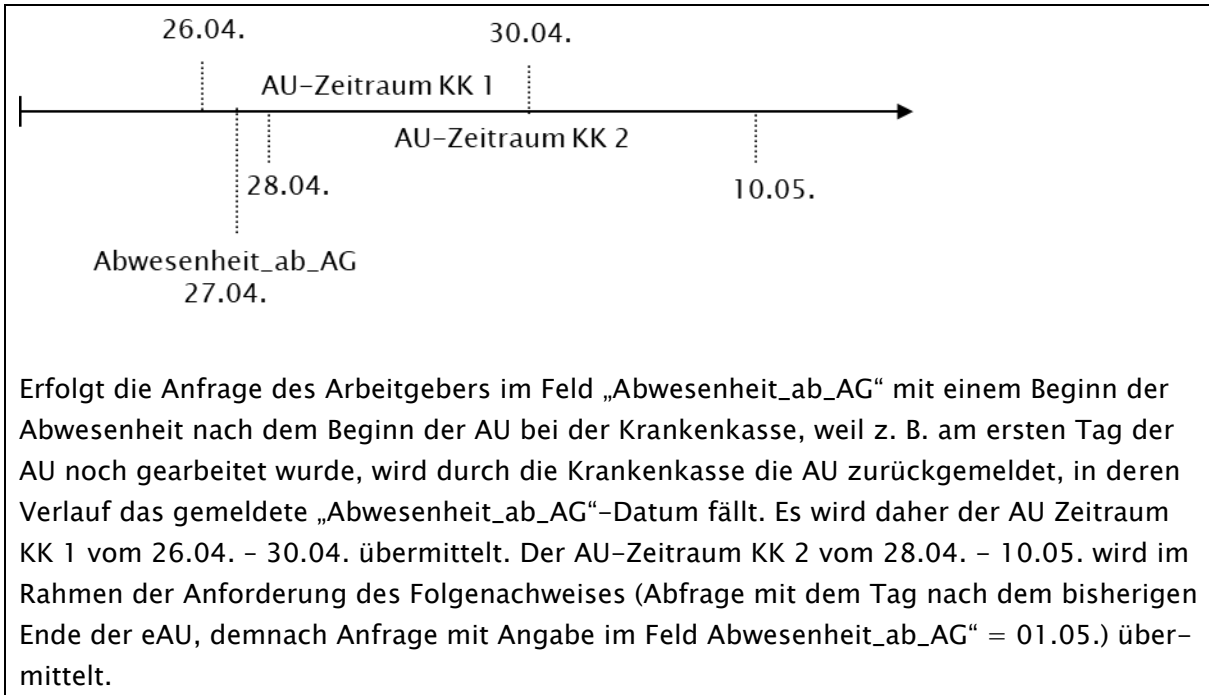


Beispiel 6 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber und eine AU bei der Krankenkasse stimmen überein

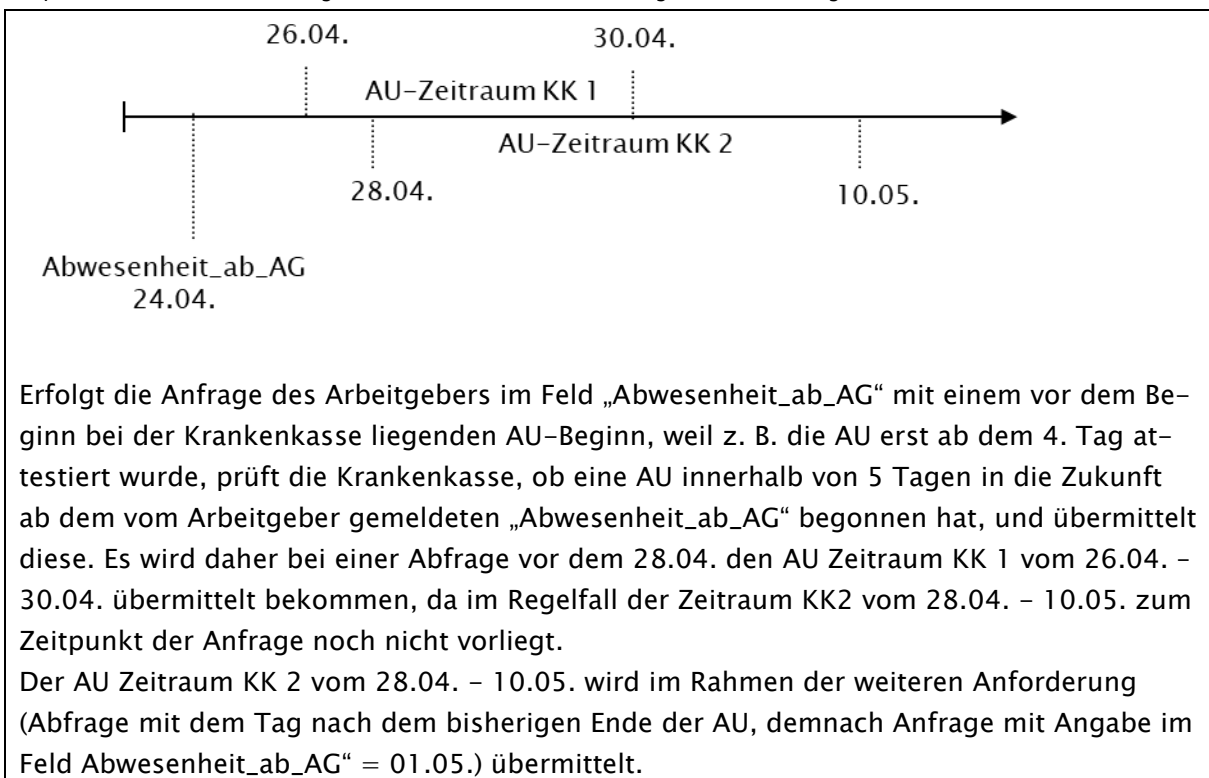


Erfolgt die Anfrage des Arbeitgebers im Feld „Abwesenheit\_ab\_AG“ mit dem genauen Beginn der AU bei der Krankenkasse, wird diese AU dem Arbeitgeber übermittelt. Es wird daher der AU-Zeitraum KK 2 vom 28.04. – 10.05. übermittelt. Der AU Zeitraum KK 1 vom 26.04. – 30.04. wird an den Arbeitgeber nicht übermittelt.

Beispiel 7 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber nach dem Beginn der AU bei der Krankenkasse

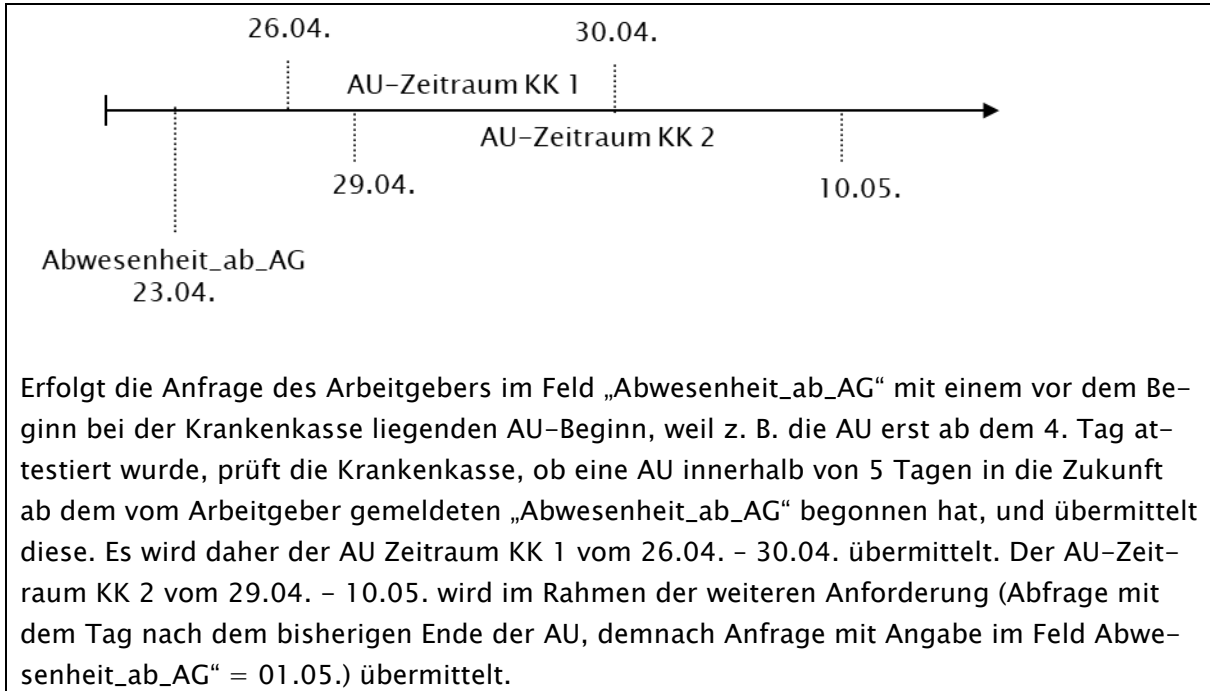


Beispiel 8 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber vor dem Beginn beider AU bei der Krankenkasse

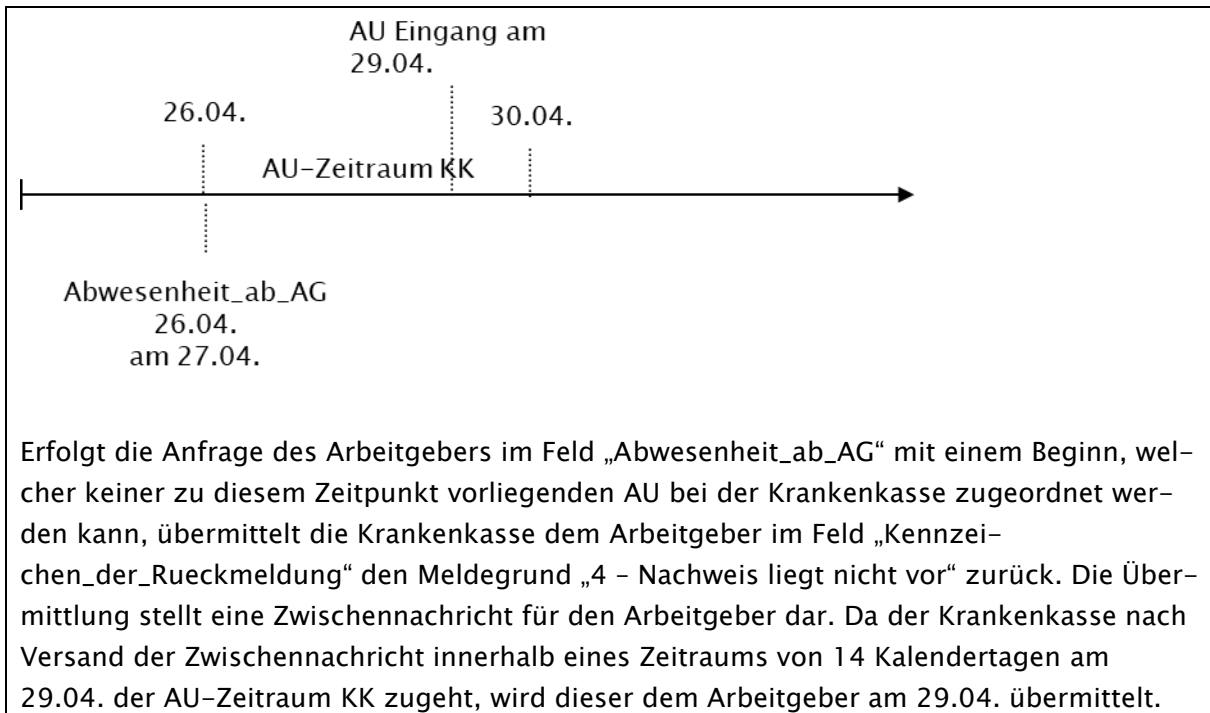


Erfolgt die Anfrage hingegen erst nach dem 28.04. und es liegen daher bereits beide Krankheitszeiträume vor, wird dem Arbeitgeber sowohl der AU Zeitraum KK 1 vom 26.04. – 30.04. als auch der AU Zeitraum KK 2 vom 28.04. – 10.05. übermittelt.

Beispiel 9 – Zwei AU-Zeiten – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber vor dem Beginn beider AU bei der Krankenkasse

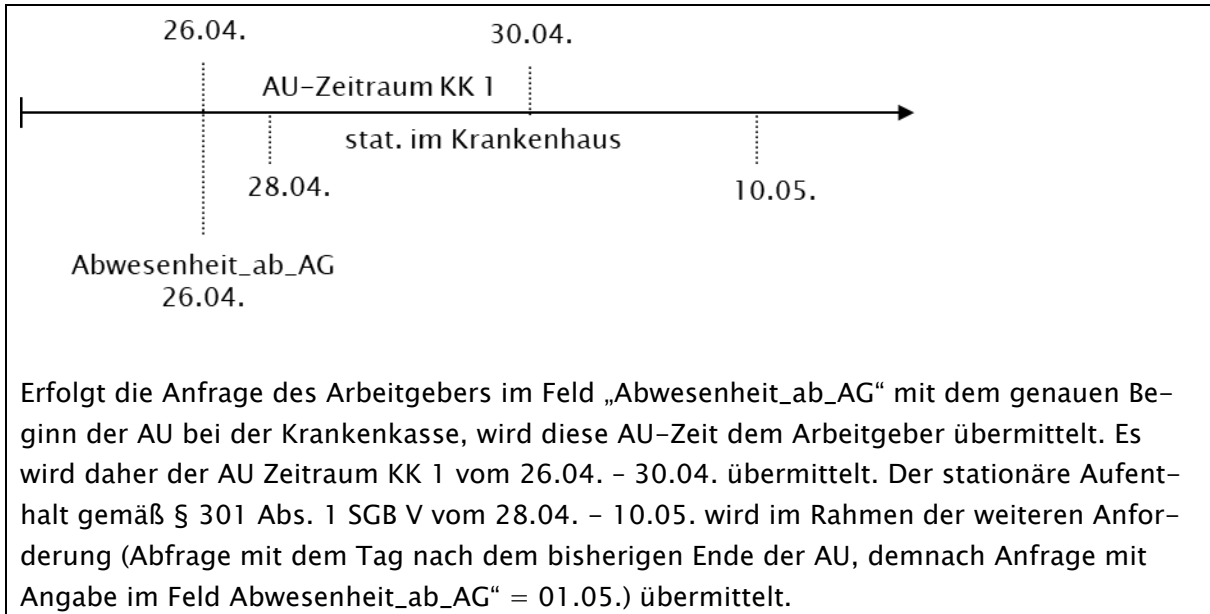


Beispiel 10 – Angeforderte AU wird verspätet verarbeitet

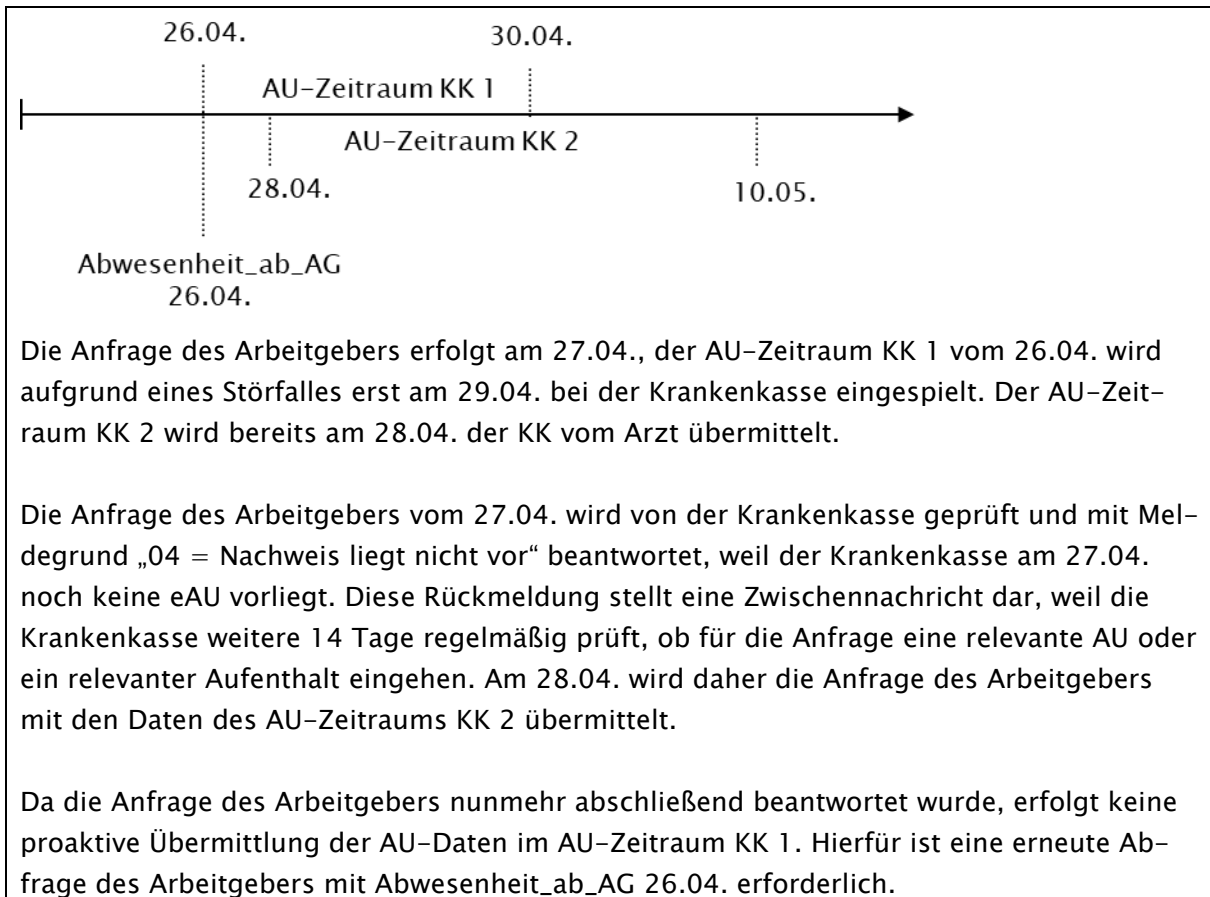


Die vorhergehenden Beispiele zum Umgang mit den AU gelten im Zusammenhang mit Zeiten eines Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung gemäß § 301 Abs. 1, 4 oder 4a SGB V identisch.

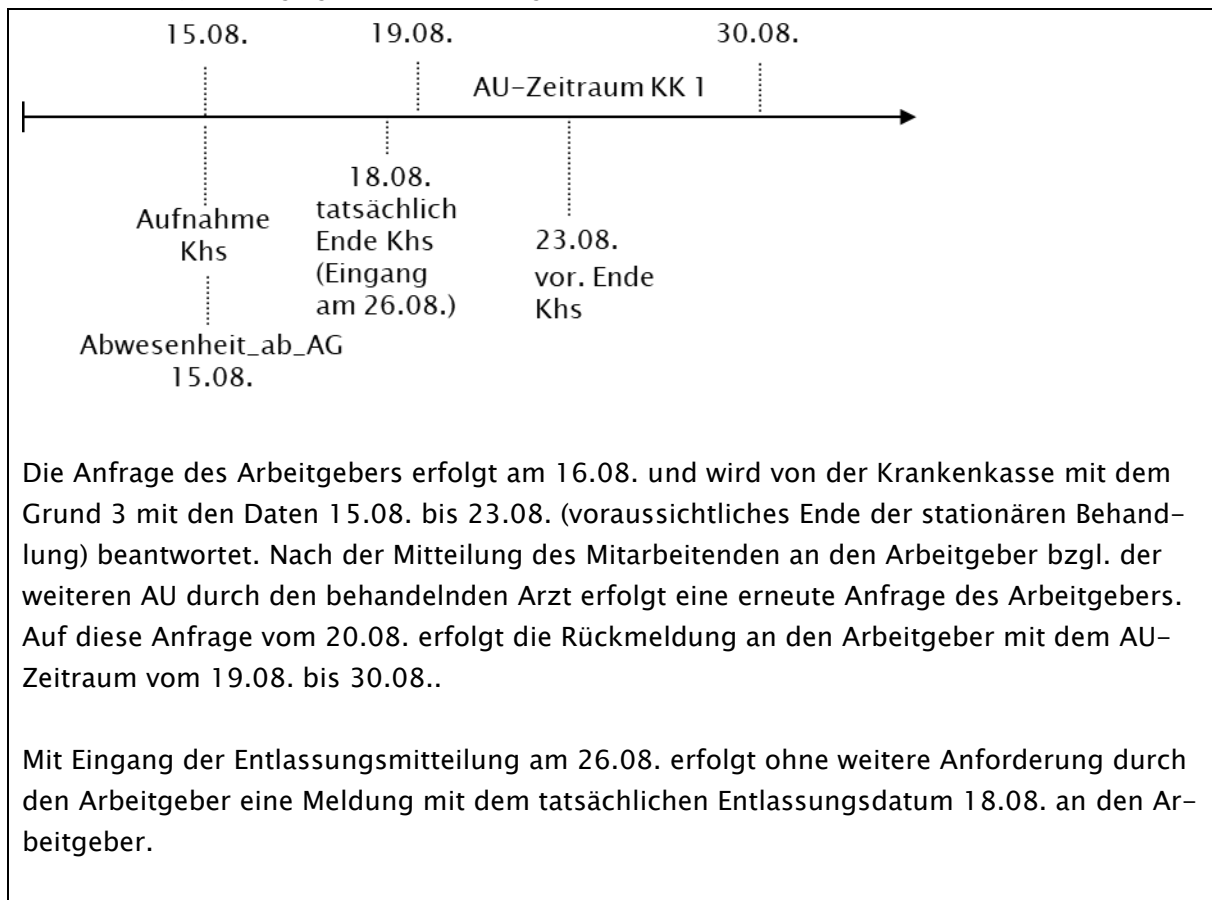
Beispiel 11 – AU und stationärer Aufenthalt im Krankenhaus – Beginn der Abwesenheit beim Arbeitgeber und einer AU bei der Krankenkasse stimmen überein



Beispiel 12 – Zwei AU-Zeiten – Übermittlung Folgebescheinigung aufgrund verspätetem Eingang Erstbescheinigung



Beispiel 13 – verspäteter Zugang der Entlassmitteilung



Die Anfrage des Arbeitgebers erfolgt am 16.08. und wird von der Krankenkasse mit dem Grund 3 mit den Daten 15.08. bis 23.08. (voraussichtliches Ende der stationären Behandlung) beantwortet. Nach der Mitteilung des Mitarbeitenden an den Arbeitgeber bzgl. der weiteren AU durch den behandelnden Arzt erfolgt eine erneute Anfrage des Arbeitgebers. Auf diese Anfrage vom 20.08. erfolgt die Rückmeldung an den Arbeitgeber mit dem AU-Zeitraum vom 19.08. bis 30.08..

Mit Eingang der Entlassungsmitteilung am 26.08. erfolgt ohne weitere Anforderung durch den Arbeitgeber eine Meldung mit dem tatsächlichen Entlassungsdatum 18.08. an den Arbeitgeber.

## 5. Konvertierungstabelle für die durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten

Die Krankenkassen haben den Arbeitgebern im Datenaustausch eAU Daten aus den Verfahren mit den Krankenhäusern sowie Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen zu übermitteln, wenn die von den vorgenannten Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen einer Arbeitsunfähigkeit gleichzustellen sind. Die in den Vorverfahren übermittelten Daten enthalten darüber hinausgehende Informationen, weshalb eine Selektion und Konvertierung der Informationen durch die Krankenkassen erforderlich ist. Um eine einheitliche Berücksichtigung und Übermittlung der Daten an die Arbeitgeber sicherzustellen, werden in den folgenden Tabellen die übermittlungsfähigen Daten anhand der verfahrenstechnischen Meldegründe dargestellt.

### 5.1 Datenaustausch mit den Krankenhäusern

Angabe zum Schlüssel 1 „Aufnahmegrund“ 1. und 2. Stelle ( <u>Anlage 2 - Schlüsselverzeichnis der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V</u> )	Übermittlung der Zeiträume im eAU-Verfahren
„01“ = Krankenhausbehandlung, vollstationär	Ja
„02“ = Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	Ja
„03“ = Krankenhausbehandlung, teilstationär	Ja, wird als <u>„Kennzeichen der Rückmeldung“ mit Meldegrund „6 - Teilstationäre Krankenhausbehandlung“ ohne Zeiträume</u> übermittelt
„04“ = Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung	Nein
„05“ = Stationäre Entbindung	Nein
„06“ = Geburt	Nein
„07“ = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	Ja
„08“ = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme	Ja
„10“ = Stationsäquivalente Behandlung	Ja
„11“ = Übergangspflege	Ja
„12“ = Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)	Ja

## 5.2 Datenaustausch mit den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

Angabe im Geschäftsvorfall Aufnahme im Feld „Art der Versorgung / Art der Behandlung“ ( <u>Anlage 2 zur Vereinbarung 2012 der DFÜ gemäß § 301 (4 und 4a) SGB V</u> )	Übermittlung der Zeiträume im eAU-Verfahren
„0“ = Keine Angabe	Nein
„1“ = Stationär	Ja
„2“ = Ganztags ambulant	Nein
„3“ = Ambulant (Sucht)	Nein
„4“ = Mobil	Nein
„5“ = Kombinationsbehandlung	Nein