



München, den 07.07.2026

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag?! Bürokratieabbau – aus Sicht von Patient*innen

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch. Statt krankmachende Arbeitsbedingungen zu verbessern, in betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren und Arbeitnehmer:innen zu unterstützen ihre Arbeitsleistung zu erbringen, sollen nun Krankheitsnachweise bereits am ersten Krankheitstag erbracht werden.

Aus Patientensicht ist diese Forderung ein Misstrauensbeweis statt medizinisch sinnvoller Unterstützung und Behandlung.

Die telefonische Krankschreibung für (Bestands-)Patient:innen soll ebenfalls direkt mit abgeschafft werden, obwohl sie sich gut bewährt hat. In Coronazeiten geboren und hat Infektionen verringert, Entlastung für die Hausarztpraxen und die Patient:innen gebracht und sollte daher unbedingt weiterhin ein Bestandteil der ärztlichen Versorgung bleiben.

„Wir lehnen die Krankschreibung ab dem ersten Tag einer Krankheit ab, weil sie zu noch mehr Arztkontakten, überfüllten Praxen, Ansteckungsgefahren und Versorgungsenpässen führen wird, ohne dass es eine Evidenz für die Verringerung der Krankheitstage gibt“, so Carola Sraier, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient:innenstellen.

Es ist nicht zu akzeptieren, dass Patient:innen kollektiv unter Generalverdacht gestellt werden das Gesundheits- und Sozialwesen auszunutzen und sich zusätzliche arbeitsfreie Tage zu erschleichen.

Im gleichen Tenor wird über Patientensteuerung und Primärversorgung gesprochen. Auch hier wird Patient:innen unterstellt, dass sie das Gesundheitswesen überstrapazieren und zu ihren Gunsten ausnutzen, obwohl es zahlreiche Beispiele von bürokratischen Anforderungen an Patient:innen gibt, die man abschaffen könnte.

Carola Sraier, Sprecherin der BAGP

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP, c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München, mail@bagp.de

Verantwortlich: Carola Sraier, Sprecherin der BAGP, Gesundheitsladen München e.V.

Beispiele zum Bürokratieabbau aus Patienten:innensicht

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag?!

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch. Statt an den krankmachenden Arbeitsbedingungen zu arbeiten, in betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren und Arbeitnehmer:innen zu unterstützen ihre Arbeitsleistung zu erbringen, sollen nun Krankheitsnachweise bereits am ersten Krankheitstag erstellt werden. Aus Patientensicht ist dieses Misstrauen eine abzulehnende Symbolpolitik. Die Telefonische Krankschreibung für Bestandspatienten wurde in Coronazeiten geboren und hat sinnvolle Entlastung für die Hausarztpraxen und die Patient:innen gebracht. Wir lehnen die Krankschreibung ab dem ersten Tag einer Krankheit ab, weil sie zu noch mehr Arztkontakten, überfüllten Praxen, Ansteckungsgefahren und Versorgungsenpässen führen wird, ohne dass es eine Evidenz für die Verringerung der Krankheitstage gibt.

Zum Thema Antrag auf Zuzahlungsbefreiung:

Obwohl den Krankenkassen die Versicherteninformationen z.B. zur Erhebung der Versicherungsbeiträge vorliegen, müssen selbst Bürgergeldbeziehende regelhaft nachweisen, dass sie keine sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt haben. Hierzu werden von den Krankenkassen auch gebührenpflichtige Nachweise der Bank verlangt. Diese Nachweiserstellung ist unnötig und doppelt, da das Sozialamt den Anspruch auf Leistungsbezug bereits geprüft hat. Außerdem gibt es zunehmend Krankenkassen, die noch nicht einmal die Belastungsgrenze für die Versicherten ausrechnen, sondern auf die Selbstprüfung verweisen. Es gibt auch Krankenkassen denen die Quittungs-Ausdrucke (für's Finanzamt) von der Apotheke nicht anerkannt werden, sondern Originalbelege vorgelegt werden. Zusätzlich sind alle weiteren Belege aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich, Reha- und Krankenhausbehandlung beigebracht werden. Anträge auf Zuzahlungsbefreiung sind kompliziert und stellen eine Hürde für Betroffene dar und wirken entwürdigend.

Zum Thema Antrag auf Zuzahlungsbefreiung:

Obwohl den Krankenkassen die Versicherteninformationen z.B. zur Erhebung der Versicherungsbeiträge vorliegen, müssen selbst Bürgergeldbeziehende regelhaft nachweisen, dass sie keine sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt haben. Hierzu werden von den Krankenkassen auch gebührenpflichtige Nachweise der Bank verlangt. Diese Nachweiserstellung ist unnötig und doppelt, da das Sozialamt den Anspruch auf Leistungsbezug bereits geprüft hat. Außerdem gibt es zunehmend Krankenkassen, die noch nicht einmal die Belastungsgrenze für die Versicherten ausrechnen, sondern auf die Selbstprüfung verweisen. Es gibt auch Krankenkassen denen die Quittungs-Ausdrucke (für's Finanzamt) von der Apotheke nicht anerkannt werden, sondern Originalbelege vorgelegt werden. Zusätzlich sind alle weiteren Belege aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich, Reha- und Krankenhausbehandlung beigebracht werden. Anträge auf Zuzahlungsbefreiung sind kompliziert und stellen eine Hürde für Betroffene dar und wirken entwürdigend.

Wiederholungsanträge auf Heil-und Hilfsmittel

Wiederholungsrezepte auf Heil- Hilfsmittel bei gleichbleibendem Bedarf, wie z. B. Verordnung von orthopädischer Schuherhöhung bei Beinlängendifferenz, Sprech- Schluck-, Atemtherapie sollten auch ohne Terminvergabe möglich sein und über die TI Infrastruktur geladen werden können - in Analogie zum e-Rezept. Das Erstellen, Ausdrucken und Transportieren Abholen von Papierüberweisungen ist ein zusätzlicher Aufwand für alle Beteiligten, der technisch ersetzbar ist.

Antrag auf Psychotherapie

Für Patient:innen mit klarer Erkrankung ist der Weg zur (Weiter-)Behandlung zu vereinfachen und die Wartezeiten an die Dringlichkeit der Diagnose anzupassen. Es ist nicht zumutbar, dass Erkrankte lange Listen abtelefonieren müssen und frustrierte Rückmeldungen erhalten. Patient:innen, die aus dem stationären Setting kommen und eine Differentialdiagnostik absolviert haben, brauchen eine direkte Weiterbehandlungsmöglichkeit, die aufwandsarm angebahnt werden kann – ohne Versorgungslücke und ohne erneute Antragstellung, die eine Hürde darstellt. Klare Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme und stichprobenartige Überprüfungen der Einhaltung von Zugangswegen und der Behandlungsqualität erscheinen uns sinnvoll.

Antrag auf Anschlussheilbehandlung

Bei den anerkannten AHB-Indikationen muss es wieder zu einer Direktverlegung der Patient:innen aus der Akutklinik in die Rehabilitation kommen, statt „blutige Entlassungen“ vorzunehmen und Patient:innen in der Häuslichkeit mit Anträgen zu überfordern. Hierzu ist eine Ausstattung von Entlassmanager:innen in der stationären und der ambulanten Akutversorgung sicher zu stellen.

(Hüft-/ Knie- TEP, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Krebsoperationen, schweren Lungenerkrankungen, siehe: https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html)

Aussteuerung von Krankengeld (KG) / Antrag auf Nahtlosigkeit

Langzeiterkrankte gelangen immer häufiger durch strukturelle Missstände in der Diagnostik und Therapie in die Aussteuerung von Krankengeld. Sie erhalten kurz vorm Ende der KG-Bezugszeit einen Hinweis durch die Krankenkasse, dass sie sich um ihren Versicherungsschutz kümmern müssen. So sollen sie sich nach dem Anspruchsende des KG-Bezuges bei der Arbeitsagentur, beim Sozialamt, beim Rententräger um weitere Maßnahmen und Leistungsbezüge kümmern und gleichzeitig an ihrer Genesung mitarbeiten. Zielführender wäre eine frühzeitigere Zusammenarbeit / Fallkonferenzen der Sozialversicherungsträger:innen nach SGB V, III, VI, VII, XII. Es muss einfacher gestaltet werden im Krankheitsfall die Absicherung des Lebensunterhaltes zu sichern. Gleiches gilt für chronisch Kranke und behinderte Menschen, die bei zahlreichen Behörden Anträge stellen und Nachweise erbringen müssen. Bei jedem Sozialversicherungsträger gelten andere Nachweispflichten, Attestanforderungen und Beweisführungen. Es erschließt sich niemandem, warum die Auswirkungen einer Behinderung durch mehrere Sozialmedizinische Gutachterdienste geprüft werden müssen. Für die Betroffenen und deren An-/ Zugehörige ist „das Begutachtet werden“ frustrierend und z. T. zermürbend. Aus Patientensicht muss es eine Vereinfachung und stärkere Zusammenarbeit der sektorengetrennten Gutachterstellen geben und eine gegenseitige Anerkennung der sozialmedizinischen Kompetenz. Dies ist auch aus Ressourcengründen dringend notwendig, da wir in allen Sozialversicherungszweigen eine Zunahme der Aufgaben bei gleichzeitig fehlendem Fachpersonal sehen.

Antrag auf Zahnersatz, Parodontitistherapie

... könnte weg, wenn stattdessen die Indikation standardmäßig durch Planungsgutachten unabhängig überprüft würde und auch das Ergebnis inklusive der privat zu bezahlenden Anteile kritisch reflektiert würde. Es ist sicher zu stellen, dass die Regelversorgung angeboten und vorgehalten wird und dass dazu gehörende Zuzahlungserleichterungen aufwandsarm zu erhalten sind.

Versicherte im Basistarif

Die Versorgungsrealität zeigt, dass die finanziell schlecht gestellten Versicherten der privaten Krankenversicherung i.d.R. im Basistarif der PKV versichert werden. Dieser Tarif aber ist schlechter vergütet, als die Versorgung der Gesetzlich Versicherten Patienten und führt zu enormen Zuzahlungsforderungen für die Patient:innen. Außerdem sind für die

Prüfung Versicherung in den Basistarif Gesundheitsprüfungen als Vorleistungen zu erbringen und von den Patient:innen zu vergüten. Oft könnten verarmte Bürger:innen dieses Geld nicht aufbringen und verzichten auf die Klärung des Versicherungsverhältnisses. Wir haben außerdem die Erfahrung, dass die Entscheidungsfindung der PKV für die Aufnahme von (nicht-)Versicherten in den Basistarif viele Monate hinausgezögert wird und z. T. mit Rechtsmitteln erwirkt werden muss. Das kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, der 2009 die Versicherungspflicht in der PKV einführte.

Zum Thema Verhinderungspflege / Pflegeversicherung

Weitere Einschnitte in Bezug auf die Ermöglichung von häuslicher Pflege sind kontraproduktiv. Die Gewährung von Rentenpunkten für pflegende Angehörige sind nur eine minimale Unterstützung und dürfen nicht gekündigt werden. Verhinderungspflege

Die häusliche Pflege über die An- und Zugehörigen trägt die Hauptlast der Pflegeversorgung und braucht gesellschaftlich und politische Unterstützung und Anreize.

Übergangspflege – gut gedacht – schlecht gemacht!

Der Verwaltungsaufwand der Übergangspflege nach § 39e SGB V ist erheblich und wird maßgeblich durch die Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege vom 31.10.2021 bestimmt. Danach ist das Krankenhaus verpflichtet, das Vorliegen sämtlicher Anspruchsvoraussetzungen im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Dies umfasst sowohl die patientenindividuell erforderliche Anschlussversorgung als auch den Nachweis, dass diese nicht oder nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden kann.

Die Dokumentationspflichten gehen dabei deutlich über die übliche Dokumentation im Entlassmanagement hinaus.

Insgesamt entsteht dadurch ein erheblicher personeller und administrativer Mehraufwand für Sozialdienste, Pflege, ärztlichen Dienst, Entlassmanagement, Patientenverwaltung und Abrechnungen. Neben der eigentlichen Organisation der Anschlussversorgung erfordern insbesondere die umfangreichen Dokumentations- und Nachweispflichten, sowie die Kommunikation mit Krankenkassen und externen Leistungserbringern zusätzliche personelle Ressourcen. Das ist auch ein Grund dafür, dass die Übergangspflege nach § 39e SGB V selten z. T. gar nicht in Krankenhäusern umgesetzt wird – zu Ungunsten der Patient:innen, die diese Leistung benötigen würden. Zu viele bürokratische Hürden, statt sinnvoller Patientenversorgung.