

Stellungnahme

zur geplanten Pflicht zur Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag und zur Abschaffung der telefonischen Krankschreibung

München, 5. Oktober 2026

Das Wichtigste in Kürze

Die BSD lehnt die geplante gesetzliche Pflicht zur Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag und die Abschaffung der telefonischen Krankschreibung ab. Die Regelung würde schwerbehinderte und chronisch kranke Beschäftigte unverhältnismäßig belasten, die ärztliche Versorgung weiter überfordern und die Wirtschaft unter dem Strich nicht ent-, sondern belasten. Wirksamer wären gezielte Investitionen in Prävention und in ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes BEM. Unsere zentralen Argumente:

- **Kein Regelungsbedarf.** Arbeitgeber können schon heute ohne Begründung eine Bescheinigung ab dem ersten Tag verlangen (§ 5 Abs. 1 S. 3 EFZG). Die Reform stellt nur den Regelfall auf Generalverdacht um. Missbrauch ist laut repräsentativer Umfrage die Ausnahme; telefonische Krankschreibungen machen nur rund 1 Prozent aller Krankschreibungen aus.
- **Unzumutbar für Menschen mit Behinderung.** Bei akuten Schüben, Migräneattacken oder Mobilitätseinschränkungen ist der Weg in die Praxis krankheitsbedingt oft nicht möglich. Nur knapp die Hälfte der Praxen hat überhaupt eine Vorkehrung der Barrierefreiheit, für Menschen mit Seh- oder kognitiven Einschränkungen sind es 8,2 bzw. 1,5 Prozent.
- **Gesundheitsgefahr durch Ansteckung.** Die Pflicht treibt akut Infizierte in volle Wartezimmer. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen Übertragungen in Arztpraxen. Besonders gefährdet sind immungeschwächte Menschen; die telefonische Krankschreibung schützt sie bislang wirksam.
- **Paradoxe Wirkung auf Fehlzeiten.** 21 Prozent der Beschäftigten würden sich vorsorglich länger krankschreiben lassen, 14 Prozent eher krank arbeiten. Für schwerbehinderte Beschäftigte bedeutet das schnellere BEM-Schwellen, schlechtere Fehlzeitenprognosen und höhere Kündungsrisiken.
- **Überlastung der Praxen.** Die KBV erwartet rund 30 Millionen zusätzliche Praxisbesuche pro Jahr, konzentriert auf die Infektwellen, bei schon heute rund 5.000 unbesetzten Hausarztsitzen. Wartezeiten und verzögerte Behandlungen verlängern Krankheitsverläufe.
- **Belastung statt Entlastung für die Wirtschaft.** Längere Krankschreibungen erhöhen die Entgeltfortzahlung (2025: rund 85,6 Mrd. Euro, schon 1 Prozent mehr entspräche rund 860 Mio. Euro). Präsentismus verursacht mindestens so hohe Kosten wie Fehlzeiten, zusätzliche Ansteckungen erzeugen Folgeausfälle. Hinzu kommen mehr Bürokratie in den

Personalabteilungen, steigende Krankenversicherungsbeiträge und der drohende Verlust erfahrener schwerbehinderter Fachkräfte.

- **Ungleichbehandlung durch betriebliche Spielräume.** Der Schutz hinge vom einzelnen Arbeitgeber ab. Eine ausnahmslose Anwendung wäre eine mittelbare Benachteiligung schwerbehinderter Menschen und verfehlt die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention.
- **Der wirksamere Weg: Prävention und BEM stärken.** Der größte Teil der Fehlzeiten entsteht durch lange Erkrankungen, nicht durch kurze Krankmeldungen ohne Attest. Genau hier setzt das Betriebliche Eingliederungsmanagement an. Es ist seit über 20 Jahren gesetzlich vorgeschrieben, doch fast die Hälfte der berechtigten Beschäftigten erhält bis heute kein Angebot. Wo es angeboten wird, nehmen es rund 70 Prozent an. Ein konsequent umgesetztes BEM, das Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX und betriebliches Gesundheitsmanagement könnten Fehlzeiten weit wirksamer senken als jede Nachweispflicht und gleichzeitig Fachkräfte im Betrieb halten.

Unsere Kernforderungen: Beibehaltung der Drei-Tage-Regel und der telefonischen bzw. videogestützten Krankschreibung; statt pauschaler Nachweispflichten eine Offensive für Prävention und BEM, insbesondere eine verbindliche Umsetzung des BEM in allen Betrieben und gezielte Unterstützung kleiner und mittlerer Unternehmen; hilfsweise eine gesetzliche, nicht abdingbare Ausnahme für schwerbehinderte, gleichgestellte und chronisch kranke Beschäftigte; Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung bei jeder betrieblichen Ausgestaltung.

1. Vorbemerkung

Der Koalitionsausschuss hat am 2. Juli 2026 im „Programm für Aufschwung und Beschäftigung“ beschlossen, eine verpflichtende Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Tag der Erkrankung einzuführen. Außerdem soll die telefonische Krankschreibung abgeschafft und die unrichtige Ausstellung von Bescheinigungen (§ 278 StGB) schärfer bestraft werden. Ein Gesetzentwurf liegt noch nicht vor.

Die BSD meldet sich bereits jetzt zu Wort, weil die geplanten Regelungen alle Beschäftigten betreffen, schwerbehinderte, gleichgestellte und chronisch kranke Beschäftigte jedoch besonders hart und überproportional treffen würden. Darüber hinaus ist aus unserer Sicht zu erwarten, dass die Reform ihr erklärtes Ziel verfehlt: Statt Betriebe und Wirtschaft zu entlasten, würde sie durch längere Krankschreibungen, Präsentismus, zusätzliche Ansteckungen, mehr Bürokratie und steigende Sozialversicherungskosten unter dem Strich zusätzliche Belastungen erzeugen (siehe Abschnitt 8). Die BSD zeigt in dieser Stellungnahme zudem auf, dass mit Prävention und einem konsequent umgesetzten Betrieblichen Eingliederungsmanagement wesentlich mehr für die Senkung von Fehlzeiten erreicht werden kann als mit einer pauschalen Nachweispflicht (siehe Abschnitt 9). Zum künftigen Gesetzentwurf wird die BSD gesondert Stellung nehmen. Wir bitten darum, im Rahmen der Verbändebeteiligung berücksichtigt zu werden.

2. Die Reform löst kein Problem, sie verschiebt nur den Regelfall

Schon heute können Arbeitgeber nach § 5 Abs. 1 Satz 3 EFZG die Bescheinigung ab dem ersten Tag verlangen, und zwar ohne Anlass und ohne Begründung (BAG, Urteil vom 14.11.2012 – 5 AZR 886/11). Wo es einen konkreten Verdacht auf Missbrauch gibt, steht dieses Instrument also

bereits zur Verfügung. Die Reform macht die Ausnahme zur Regel und stellt damit Millionen ehrlicher Beschäftigter unter Generalverdacht.

Die Datenlage trägt diesen Verdacht nicht. Nach einer repräsentativen YouGov-Umfrage im Auftrag des Sozialverbands VdK (Juli 2026, 2.341 Befragte) haben sich 73 Prozent der Beschäftigten bislang ausschließlich dann krankgemeldet, wenn sie eindeutig arbeitsunfähig waren. Nur 3 Prozent räumen ein, sich schon einmal krankgemeldet zu haben, obwohl sie gesund waren. Die telefonische Krankschreibung macht nach Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung nur 0,8 bis 1,2 Prozent aller Krankschreibungen aus.

3. Der Weg in die Praxis ist am akuten Krankheitstag oft nicht zumutbar

Für Menschen mit Behinderung, chronischen oder unsichtbaren Erkrankungen ist der Weg zur Arztpraxis an einem akuten Krankheitstag oft schlicht unmöglich. Bei einer Migräneattacke können Betroffene beispielsweise weder sehen noch sich orientieren und würden sich und andere im Straßenverkehr gefährden. Selbst mit Begleitperson bleibt der Weg eine Qual. Dasselbe gilt für akute Schübe bei Multipler Sklerose, rheumatischen oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, für die Zeit nach epileptischen Anfällen und für akute Phasen psychischer Erkrankungen.

Wer auf einen Rollstuhl, eine Begleitung oder eine barrierefreie Erreichbarkeit angewiesen ist, wird durch die Pflicht zum Praxisbesuch zusätzlich belastet. Das gilt erst recht, wenn Fahrdienste oder Assistenz kurzfristig organisiert werden müssen.

4. Barrierefreie Arztpraxen sind die Ausnahme

Nach Erhebungen der Stiftung Gesundheit verfügt nur knapp die Hälfte der ambulanten Arztpraxen (48,2 Prozent) über überhaupt eine Vorkehrung der Barrierefreiheit. Häufig ist das nur ein einzelnes Merkmal wie ein Behindertenparkplatz. Auf Menschen mit Sehbehinderung sind 8,2 Prozent der Praxen eingestellt, auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen nur 1,5 Prozent.

Viele schwerbehinderte Menschen müssen deshalb weitere Wege und mehr Zeit für einen Arztbesuch aufwenden und können oft nicht die nächstgelegene Praxis aufsuchen. Eine gesetzliche Pflicht zum Arztbesuch am ersten Tag setzt eine barrierefreie Versorgung voraus, die es in Deutschland nicht gibt. Das widerspricht Art. 9 und Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention.

5. Gesundheitsgefahr für immungeschwächte Beschäftigte

Viele Menschen mit Schwerbehinderung oder chronischen Erkrankungen haben ein geschwächtes Immunsystem, sei es krankheitsbedingt oder infolge einer immunsuppressiven Therapie. Die Pflicht, sich am ersten Krankheitstag in volle Wartezimmer zu begeben, erhöht das Risiko vermeidbarer Infektionen und trifft damit genau die Gruppe, die diese Infektionen am wenigsten verträgt. Die telefonische Krankschreibung schützt bislang gerade immungeschwächte, ältere und chronisch kranke Menschen vor diesem Risiko.

Hinzu kommt der Präsentismus. Laut VdK-Umfrage würden 14 Prozent der Beschäftigten eher krank zur Arbeit gehen, um sich den Arztbesuch zu sparen. Das gefährdet im Betrieb auch immungeschwächte Kolleginnen und Kollegen, die sich dem nicht entziehen können.

6. Paradoxe Wirkung: längere Fehlzeiten und früherer Weg ins BEM und in die Kündigung

21 Prozent der Beschäftigten würden sich nach der VdK-Umfrage vorsorglich für einen längeren Zeitraum krankschreiben lassen, um nicht erneut zum Arzt zu müssen. Für schwerbehinderte und chronisch kranke Beschäftigte hat das besondere Folgen. Längere Krankschreibungen summieren sich schneller auf die Sechs-Wochen-Schwelle des § 167 Abs. 2 SGB IX und auf das Ende der Entgeltfortzahlung. Sie verschlechtern außerdem die Fehlzeitenprognose, die bei krankheitsbedingten Kündigungen eine zentrale Rolle spielt. Ein Gesetz, das Fehlzeiten senken soll, würde für diese Gruppe also höhere dokumentierte Fehlzeiten und mehr arbeitsrechtliche Risiken erzeugen.

Die Erfahrung der Schwerbehindertenvertretungen zeigt zudem: Menschen mit wiederkehrenden, kurzen Krankheitsepisoden kurieren diese oft bewusst in ein bis zwei Tagen aus, um lange Ausfälle zu vermeiden. Diese verantwortungsvolle Form des Selbstmanagements würde durch die Attestpflicht ab dem ersten Tag bestraft.

7. Belastung der ärztlichen Versorgung

Zusätzliche AU-Termine binden ärztliche Kapazitäten für reine Bescheinigungen ohne medizinischen Mehrwert und verschärfen die angespannte Versorgungslage. Betroffen sind genau die Menschen, die auf eine zeitnahe medizinische Versorgung angewiesen sind. Ihre Wartezeiten verlängern sich, sowohl bei der Terminvergabe als auch im Wartezimmer. Die im selben Beschluss angekündigte „Termingarantie Fachärzte“ steht dazu in offenem Widerspruch.

Die angekündigte Verschärfung des § 278 StGB lässt zudem befürchten, dass Ärztinnen und Ärzte bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zurückhaltender werden. Das trifft gerade Menschen mit unsichtbaren und schwer objektivierbaren Erkrankungen wie Schmerzerkrankungen, Fatigue oder psychischen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen waren nach Zahlen der DAK im ersten Halbjahr 2026 erstmals die häufigste Ursache für Fehlzeiten.

8. Mehr Belastung als Entlastung für Betriebe und Wirtschaft

Die Reform wird damit begründet, Fehlzeiten zu senken und die Wirtschaft zu entlasten. Aus Sicht der BSD und nach den Erfahrungen der Schwerbehindertenvertretungen in den Betrieben ist das Gegenteil zu erwarten. Die geplante Pflicht verursacht absehbar mehr Kosten, mehr Bürokratie und mehr Produktivitätsverluste, als sie einspart.

Der Hebel ist klein. Die telefonische Krankschreibung macht nur rund 0,8 bis 1,2 Prozent aller Krankschreibungen aus. Auch kurze Krankmeldungen ohne Attest tragen wenig zu den Gesamtfehlzeiten bei. Den weitaus größten Teil verursachen ärztlich bescheinigte Erkrankungen, und dort vor allem lange Erkrankungen von mehr als sechs Wochen. Auf sie hat eine Nachweispflicht ab dem ersten Tag keinerlei Einfluss. Selbst wenn die Reform jede unberechtigte Kurzkrankmeldung verhindern würde, wäre der Spareffekt gering.

Die Fehlzeiten pro Fall steigen. Nach der VdK-Umfrage würden sich 21 Prozent der Beschäftigten vorsorglich länger krankschreiben lassen, um keinen zweiten Arzttermin zu benötigen. Wer heute einen Infekt in ein bis zwei Tagen zu Hause auskuriert, ist künftig für

mehrere Tage krankgeschrieben. Die Arbeitgeber haben im Jahr 2025 rund 85,6 Milliarden Euro für die Entgeltfortzahlung aufgewendet (Schätzung des Instituts der deutschen Wirtschaft). Schon ein Anstieg der bezahlten Krankheitstage um ein Prozent entspräche rechnerisch rund 860 Millionen Euro Mehrkosten im Jahr, ein Vielfaches dessen, was sich bei kurzen Krankmeldungen ohne Attest überhaupt einsparen ließe.

Präsentismus kostet mehr als Fehlzeiten. 14 Prozent der Beschäftigten würden eher krank zur Arbeit gehen, um sich den Arztbesuch zu sparen. Nach Einschätzung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin verursacht Arbeiten trotz Krankheit mindestens so hohe Kosten wie krankheitsbedingte Fehlzeiten; einzelne Untersuchungen beziffern sie sogar auf das Doppelte. Kranke Beschäftigte arbeiten weniger produktiv, machen mehr Fehler und stecken Kolleginnen und Kollegen an. Aus einem Ausfall werden so mehrere. Verschleppte Erkrankungen führen später oft zu deutlich längeren Ausfällen. Für chronisch kranke und schwerbehinderte Beschäftigte steigt damit das Risiko, dauerhaft aus dem Erwerbsleben auszuschneiden.

Mehr Bürokratie in den Betrieben. Künftig löst jeder einzelne Krankheitstag einen formalen Nachweisvorgang aus. Die Personalabteilungen müssen elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abrufen und prüfen. Fehlt eine Bescheinigung, müssen sie nachfassen und gegebenenfalls das Entgelt nach § 7 EFZG zurückbehalten, mit allen Folgekonflikten. Besonders betroffen sind kleine und mittlere Unternehmen ohne eigene Personalabteilung. Sollen Abweichungen auf betrieblicher Ebene zulässig sein, müssen zudem bestehende Arbeitsverträge, Betriebs- und Dienstvereinbarungen sowie Tarifverträge geprüft und neu verhandelt werden. Das bindet Arbeitgeber, Betriebs- und Personalräte sowie Schwerbehindertenvertretungen und schafft Rechtsunsicherheit. Die Reform steht damit im Widerspruch zum erklärten Ziel der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen.

Steigende Lohnnebenkosten über die Krankenversicherung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung rechnet konservativ mit rund 30 Millionen zusätzlichen Praxisbesuchen pro Jahr. Das entspricht etwa 208.000 vollen ärztlichen Arbeitstagen, die nur für das Ausstellen von Bescheinigungen gebraucht würden. Diese Leistungen finanziert die gesetzliche Krankenversicherung, also zur Hälfte die Arbeitgeber über ihren Beitragsanteil. Hinzu kommt das Krankengeld, wenn vorsorglich verlängerte Krankschreibungen häufiger über die Sechs-Wochen-Grenze hinausreichen.

Überlastete Praxen verlängern Ausfälle. Die hausärztliche Versorgung arbeitet schon heute an ihrer Belastungsgrenze. Bundesweit sind rund 5.000 Hausarztsitze unbesetzt. Weil inzwischen rund 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit arbeiten, sinkt die tatsächlich verfügbare Arztzeit, obwohl die Zahl der Köpfe leicht steigt. Eine Studie des IGES-Instituts erwartet bis 2040 rund 12.000 unbesetzte Hausarztsitze, also mehr als jeden fünften. In diese angespannte Lage kämen jährlich rund 30 Millionen zusätzliche Praxisbesuche. Sie ballen sich in den Erkältungs- und Grippewellen, also genau dann, wenn die Praxen ohnehin überfüllt sind. Termine werden knapper, Wartezeiten länger, notwendige Behandlungen verzögern sich. Das trifft besonders chronisch kranke und schwerbehinderte Beschäftigte, die auf kontinuierliche Behandlung angewiesen sind, um arbeitsfähig zu bleiben. Jede verzögerte Behandlung verlängert die Arbeitsunfähigkeit. Was als Instrument gegen Fehlzeiten gedacht ist, erhöht sie über die Überlastung der Versorgung.

Mehr Ansteckungen im Wartezimmer, gerade in Infektwellen. Die Pflicht zum Arztbesuch am ersten Krankheitstag führt Menschen mit akuten Atemwegsinfekten genau dann in volle Wartezimmer, wenn sie typischerweise am ansteckendsten sind. Dass Arztpraxen dabei selbst zum Übertragungsort werden, ist wissenschaftlich belegt.

Große internationale Untersuchungen mit vielen Millionen ausgewerteten Praxisbesuchen zeigen übereinstimmend: Wer eine Arztpraxis am selben Tag wie Menschen mit grippeähnlichen Erkrankungen aufsucht, erkrankt in den folgenden Tagen deutlich häufiger selbst an einem Atemwegsinfekt als Patientinnen und Patienten ohne diesen Kontakt. Bei nicht ansteckenden Erkrankungen tritt dieser Effekt nicht auf, was für eine tatsächliche Übertragung in der Praxis spricht. Auch Angehörige sind betroffen, wenn Infektionen aus dem Wartezimmer in die Familien getragen werden. Hochgerechnet ergeben sich daraus erhebliche Zahlen vermeidbarer Erkrankungen und spürbare volkswirtschaftliche Kosten. Die Forschung leitet daraus ab, dass telefonische und telemedizinische Kontakte bei Verdacht auf Atemwegsinfekte ein wichtiges Instrument des Infektionsschutzes sind.

Die geplante Regelung würde damit genau das abschaffen, was die telefonische Krankschreibung leistet: Sie hält ansteckende Menschen aus den Praxen heraus. Für die Betriebe bedeutet jede zusätzliche Ansteckung im Wartezimmer einen weiteren Krankheitsfall mit Entgeltfortzahlung, Vertretungsbedarf und Produktionsausfall. Infizieren sich Beschäftigte, die aus anderen Gründen in der Praxis sind, etwa zur Kontrolle einer chronischen Erkrankung, sind die Folgen oft besonders schwer, vor allem für immungeschwächte Menschen (siehe Abschnitt 5). In Infektwellen kann eine Attestpflicht ab dem ersten Tag so zum Beschleuniger der Krankheitswelle werden, mit spürbaren Folgen für Personaldecke und Wertschöpfung.

Verlust erfahrener Fachkräfte. Die Wirtschaft ist dringend auf Fachkräfte angewiesen, auch auf schwerbehinderte Beschäftigte. Eine Regelung, die chronisch kranke und schwerbehinderte Menschen schneller ins BEM, in höhere dokumentierte Fehlzeiten und in Kündigungsverfahren drängt, gefährdet ihre Beschäftigung. Jeder Verlust einer erfahrenen Fachkraft verursacht hohe Kosten für Nachbesetzung und Einarbeitung. Sinkt die Beschäftigungsquote, steigt zudem die Ausgleichsabgabe nach § 160 SGB IX. Hinzu kommt der Aufwand für Zustimmungsverfahren beim Integrationsamt nach § 168 SGB IX. Ein Klima des Generalverdachts schadet außerdem der Arbeitgeberattraktivität und der Bindung aller Beschäftigten.

9. Der wirksamere Weg: Prävention und BEM stärken

Wer Fehlzeiten nachhaltig senken will, muss an den Ursachen ansetzen, nicht an der Kontrolle. Den weitaus größten Teil der Ausfalltage verursachen lange und wiederkehrende Erkrankungen, zunehmend psychische Erkrankungen mit besonders langen Ausfallzeiten. Auf diese Fehlzeiten hat eine Attestpflicht ab dem ersten Tag keinerlei Einfluss. Für genau diese Fälle hat der Gesetzgeber aber bereits wirksame Instrumente geschaffen. Sie werden nur unzureichend genutzt.

Das BEM wirkt, wird aber zu selten angeboten. Seit 2004 sind alle Arbeitgeber verpflichtet, Beschäftigten nach mehr als sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Nach der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2024 erhält jedoch fast die Hälfte der berechtigten Beschäftigten kein Angebot. In kleinen Betrieben, im Handwerk und im Dienstleistungsbereich ist

die Quote noch deutlich schlechter. Gleichzeitig nehmen fast 70 Prozent der Beschäftigten ein BEM-Angebot an, wenn es ihnen gemacht wird. Die Bereitschaft ist also da. Es fehlt an der Umsetzung in den Betrieben. Würde das BEM flächendeckend und qualitätsgesichert durchgeführt, ließen sich lange Ausfälle verkürzen, erneute Erkrankungen vermeiden und Arbeitsplätze erhalten. Das ist weit wirksamer als jede Nachweispflicht.

Prävention setzt früher an. Für schwerbehinderte und gleichgestellte Beschäftigte sieht § 167 Abs. 1 SGB IX ein Präventionsverfahren vor. Es greift bereits, wenn Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis erkennbar werden, also bevor es zu langen Ausfällen kommt. Auch dieses Instrument wird in der Praxis viel zu selten genutzt. Hinzu kommt die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nach § 5 ArbSchG, die in vielen Betrieben noch immer fehlt, obwohl psychische Erkrankungen inzwischen die häufigste Ursache für Fehlzeiten sind.

Betriebe brauchen Unterstützung, nicht mehr Formulare. Gerade kleine und mittlere Unternehmen sind mit BEM und Prävention oft überfordert. Die Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (§ 185a SGB IX), die Integrationsämter, die Rehabilitationsträger und die Schwerbehindertenvertretungen bieten bereits Beratung und Begleitung an. Diese Strukturen müssen bekannter gemacht, gestärkt und verlässlich finanziert werden. Ergänzend braucht es Qualitätsstandards für das BEM und eine wirksame Durchsetzung der Angebotspflicht.

Die Schwerbehindertenvertretungen sind bereit. Die Schwerbehindertenvertretungen begleiten täglich BEM-Verfahren, Präventionsgespräche und Wiedereingliederungen. Sie wissen, was in den Betrieben funktioniert und wo es hakt. Die BSD bietet an, diese Erfahrung in die Weiterentwicklung von BEM und betrieblicher Prävention einzubringen. Dort liegt der Schlüssel zu weniger Fehlzeiten, nicht in einer Pflicht zum Arztbesuch am ersten Tag.

10. „Betriebliche Spielräume“ schaffen Ungleichbehandlung

Wenn Abweichungen auf betrieblicher Ebene möglich sein sollen, hängt der Schutz schwerbehinderter Beschäftigter künftig vom Arbeitgeber ab. In Betrieben mit Betriebs- oder Personalrat unterliegt eine generelle betriebliche Regelung zur Vorlage der AU der Mitbestimmung (§ 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG). In den vielen kleineren Betrieben ohne Interessenvertretung fehlt dieses Korrektiv. Schwerbehinderte Beschäftigte, deren Arbeitgeber die Pflicht ab dem ersten Tag voll durchsetzen will, wären dem schutzlos ausgesetzt.

Eine starre, ausnahmslose Anwendung auf schwerbehinderte Beschäftigte wäre zudem eine mittelbare Benachteiligung (§ 164 Abs. 2 SGB IX, § 3 Abs. 2 AGG) und verfehlt die Pflicht zu angemessenen Vorkehrungen nach Art. 5 und Art. 27 UN-BRK.

11. Forderungen der BSD

1. Auf eine gesetzliche Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag ist zu verzichten; die Drei-Tage-Regel des § 5 EFZG ist beizubehalten.
2. Die telefonische und die videogestützte Krankschreibung für bekannte Patientinnen und Patienten müssen erhalten bleiben. Sie sind für mobilitätseingeschränkte, immungeschwächte und chronisch kranke Menschen eine notwendige Form barrierefreier Versorgung und ein wirksames Instrument des Infektionsschutzes.

3. Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Reform festhalten, ist eine gesetzliche Ausnahme für schwerbehinderte und gleichgestellte Beschäftigte sowie für Beschäftigte mit ärztlich dokumentierten chronischen Erkrankungen unverzichtbar. Diese Ausnahme darf nicht zur Disposition des Arbeitgebers stehen.
4. Jede betriebliche Ausgestaltung der Nachweispflicht muss die Schwerbehindertenvertretung nach § 178 Abs. 2 SGB IX beteiligen und in Inklusionsvereinbarungen nach § 166 SGB IX verankert werden können.
5. Statt pauschaler Nachweispflichten sind Prävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement gezielt zu stärken: durch eine wirksame Durchsetzung der BEM-Angebotspflicht in allen Betrieben, verbindliche Qualitätsstandards für das BEM, eine konsequente Anwendung des Präventionsverfahrens nach § 167 Abs. 1 SGB IX und den Ausbau der Beratungs- und Unterstützungsangebote, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen. Dazu hat die BSD dem BMAS bereits mehrfach Vorschläge und Anregungen vorgestellt.
6. Vorrang muss der Ausbau barrierefreier Arztpraxen und digitaler Versorgungswege haben, nicht zusätzliche Hürden für Menschen, die diese Versorgung ohnehin nur schwer erreichen.

Für Teilhabe. Für Euch.

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
Schwerbehindertenvertretungen
in Deutschland e. V. (BSD)**

Heidi Stuffer
Heinz Weixelbaum
Co-Vorsitzende