

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2025

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Sandra Mangiapane

Hat die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu einem Anstieg der Krankschreibungen geführt? Ein Faktencheck auf der Basis von Abrechnungsdaten
Seite 34–52

doi: 10.30433/GWA2025-34

Sandra Mangiapane

Hat die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu einem Anstieg der Krankschreibungen geführt? Ein Faktencheck auf der Basis von Abrechnungsdaten

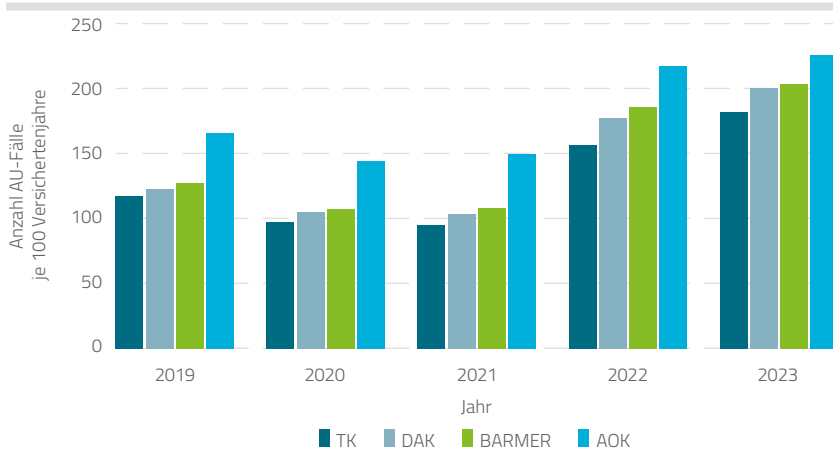
Statistiken zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) zeigen, dass es in den letzten Jahren, und insbesondere seit dem Jahr 2022, zu einem deutlichen Zuwachs gekommen ist. Die Arbeitgeberverbände sehen die Ursache dafür in der Einführung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Um dieser Hypothese nachzugehen, wurde im vorliegenden Beitrag auf Basis von Daten der BARMER untersucht, wie sich der Anteil der AU-Fälle, die im Zusammenhang mit einer telefonischen Beratung oder einer Videosprechstunde ausgestellt wurden, in den Jahren von 2020 bis 2023 entwickelt hat. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Analyse wird diskutiert, ob die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Grund für den beobachteten Anstieg der AU-Fälle in Betracht kommt und welche weiteren Faktoren bei der Entwicklung eine Rolle spielen.

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bestehende Möglichkeit, sich im Krankheitsfall eine gegebene Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestieren zu lassen und damit einen bis zu sechswöchigen Lohnfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber zu erwirken, ist ein hohes Gut unseres Sozialstaates. Sie reicht in ihrer Entstehung bis in das 19. Jahrhundert zurück (Allgemeines Deutsches Handelsgesetzbuch 1861) und soll dem Schutz der Arbeitnehmenden dienen.

Statistiken zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) zeigen, dass es in den letzten Jahren, und insbesondere seit dem Jahr 2022, zu einem deutlichen Zuwachs an AU-Fällen gekommen ist (bifg 2025; Storm und Nürnberg 2024; Techniker Krankenkasse 2024; WIdO 2024) (Abbildung 1). So lag die Anzahl an AU-Fällen bei den größten gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2021 je nach Krankenkasse zwischen 95 und 149 Fällen pro 100 Versichertenjahren und im Jahr 2023 zwischen 181 und 225 Fällen pro 100 Versichertenjahren, was einem Anstieg von bis zu 95 Prozent entspricht.

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl an AU-Fällen je 100 Versichertenjahre in den Jahren von 2019 bis 2023 bei Versicherten der AOK, BARMER, DAK und TK



Quelle: eigene Darstellung auf Basis bfig 2025, Storm und Nürnberg 2024, Techniker Krankenkasse 2024 und WIdO 2024

Die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen einer Videosprechstunde

Parallel zu diesen Entwicklungen zeigt die jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlichte Statistik zum Sozialbudget, dass sich die Ausgaben für Entgeltfortzahlungen im Zeitraum von 2010 bis 2023 auf 67,9 Milliarden Euro verdoppelt haben (BMAS 2024). Die Ursachen dafür sind sicherlich multifaktoriell. So ist zu vermuten, dass neben dem gestiegenen Krankenstand auch die in den letzten Jahren gestiegenen Bruttoentgelte und der erfolgte Beschäftigungsaufbau eine maßgebliche Rolle für diese Entwicklung spielen (Pimpertz 2024). Seitens der Arbeitgeberverbände wird in diesem Zusammenhang allerdings insbesondere der hohe Krankenstand problematisiert, dessen Ursache in der Einführung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gesehen wird (Arbeitgeberverband Lüneburg Nordost-Niedersachsen e.V. 2023). Genährt wird diese Hypothese durch den in den letzten Jahren erfolgten Marktzutritt digitaler Videodienstanbieter, die eine niedrighschwellige Möglichkeit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ermöglichen (Tabelle 1), und durch

Befragungsergebnisse, nach denen ein Drittel derer, die bereits die Möglichkeit der Ausstellung einer telefonischen Krankschreibung genutzt haben, dies nach eigenen Angaben tun, um „krankzufeiern“ (YouGov 2024).

Tabelle 1: Beispiele digitaler Videodienste mit der Möglichkeit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Digitale Videodienstanbieter (Beispiele)	Angebote gesetzlicher Krankenkassen (Beispiele)
www.dransya.com	BARMER Teledoctor App (Vertrag § 140a SGB V) – almeda GmbH
www.teleclinic.com	TK doc App – TK Ärztezentrum
www.zero-praxen.de	DAK App – TeleClinic
	AOK Rheinland/Hamburg – TeleClinic oder AOK-Clarimedis

Quelle: eigene Zusammenstellung

Die im Jahr 2024 von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP getragene Bundesregierung griff die These der Arbeitgeber auf und kündigte im Zuge ihrer Wachstumsinitiative für die Wirtschaft eine Überprüfung der Regelung an, nach der Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch nach ausschließlich telefonischer Anamnese oder nach ausschließlicher Anamnese im Rahmen einer Videosprechstunde ausstellen können (Bundesregierung 2024). Diese Regelung wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) während der Pandemiejahre zunächst befristet und ausschließlich für Atemwegsinfektionen ohne schwere Symptome eingeführt. Für die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgte eine Entfristung der Regelung ab März des Jahres 2023 – allerdings zunächst nur in Fällen von absonderungspflichtigen Erkrankungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2024). Seit Dezember des Jahres 2023 gibt es zusätzlich eine unbefristete Regelung für Patientinnen und Patienten, die einer Praxis bekannt sind und an einer Erkrankung leiden, die keine schwere Symptomatik vorweist (Tabelle 2).

Tabelle 2: Entwicklung der Vorgaben zur telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung seit März 2020

Zeitraum	max. Zeitraum AU in Kalendertagen (KT)	Patientengruppen/Diagnosen	weitere Kriterien
Corona-Sonderregelungen			
9.3.2020-22.3.2020	bis zu 7 KT	Versicherte mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen und nicht die Kriterien des RKIs für begründeten Verdacht auf COVID-19-Infektion erfüllen	persönliche ärztliche Überzeugung vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung (29.4.2020: Klarstellung, dass damit auch Videosprechstunden gemeint sind)
23.3.2020-19.4.2020	bis zu 14 KT	Versicherte mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen (einschl. Versicherte, bei denen bereits ein begründeter Verdacht auf COVID-19-Infektion nach Kriterien des RKIs besteht)	persönliche ärztliche Überzeugung vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung
20.4.2020-31.5.2020	bis zu 7 KT; Option, im Anschluss telefonisch um weitere 7 KT zu verlängern		
1.6.2020-18.10.2020	auf Bundesebene keine Sonderregelung mehr, für einzelne Regionen Ausnahmeregelungen möglich		
19.10.2020-31.5.2022	bis zu 7 KT; Option, im Anschluss telefonisch um weitere 7 KT zu verlängern	Versicherte mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen	persönliche ärztliche Überzeugung vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung
1.6.2022-3.8.2022	auf Bundesebene keine Sonderregelung mehr, für einzelne Regionen Ausnahmeregelungen möglich		
4.8.2022-31.3.2023	bis zu 7 KT; Option, im Anschluss telefonisch um weitere 7 KT zu verlängern	Versicherte mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen	persönliche ärztliche Überzeugung vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung
dauerhafte Regelung			
seit 1.4.2023	bis zu 7 KT; Option, im Anschluss telefonisch um weitere 7 KT zu verlängern, max. bis zum Ende der Pflicht zur Absonderung	bei absonderungspflichtigen Erkrankungen	Grundlage: eingehende telefonische Befragung
seit 7.12.2023	bis zu 5 KT	bekannte Patienten mit Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen	Grundlage: telefonische Anamnese, sofern AU-Feststellung im Rahmen einer Videosprechstunde nicht möglich ist

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis der G-BA-Beschlüsse zur Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie (www.g-ba.de/richtlinien/2/)

Die Möglichkeit zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen einer Videosprechstunde wurde demgegenüber bereits im Juli des Jahres 2020 entfristet, zunächst nur für Patientinnen und Patienten, die einer Praxis bereits bekannt waren. Erst seit November des Jahres 2021 ist dies auch für unbekannte Patientinnen und Patienten für bis zu drei Kalendertage möglich (Tabelle 3).

Tabelle 3: Entwicklung der Vorgaben zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen von Videosprechstunden seit März 2020

Zeitraum	max. Zeitraum AU in Kalendertagen (KT)	Patientengruppen/ Diagnosen	weitere Kriterien
Corona-Sonderregelung			
9.3.2020–15.7.2020	analog zur telefonischen AU		
dauerhafte Regelung			
seit 16.7.2020	bis zu 7 KT; Folge-AU per Video nur möglich, wenn zuvor eine unmittelbar persönliche Untersuchung wegen derselben Erkrankung erfolgt ist	bekannte Patienten; wenn die Erkrankung dies nicht ausschließt	mittelbar persönliche ärztliche Untersuchung im Rahmen einer Videosprechstunde
seit 19.11.2021	bis zu 3 KT; keine Folge-AU per Video möglich	unbekannte Patienten; wenn die Erkrankung dies nicht ausschließt	

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis der G-BA-Beschlüsse zur Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie (www.g-ba.de/richtlinien/2/)

Für die Hypothese, dass die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der maßgebliche Treiber des gestiegenen Krankenstandes ist, gibt es bisher keinen empirischen Beweis. Gegen die Hypothese spricht, dass der extreme Anstieg des Krankenstandes erst ab dem Jahr 2022 zu beobachten ist (Abbildung 1) und die Möglichkeit der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Videosprechstunde, wie oben ausgeführt, bereits in den Jahren 2020 und 2021 gegeben war.

Zwar wäre es möglich, dass die Regelung erst zeitversetzt ab dem Jahr 2022 in Anspruch genommen wurde, betrachtet man aber allein die Mengengerüste der jährlichen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und der insgesamt abgerechneten telefonischen Beratungen und Videosprechstunden des Jahres 2023, so ist zu erkennen, dass den jährlich 117 Millionen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (Gematik 2024) insgesamt 7,5 Millionen

ausschließlich telefonische Beratungen und 2,2 Millionen Videosprechstunden gegenüberstehen (Mangiapane et al. 2024). Anders als bei der Entwicklung der AU-Fälle ist sowohl bei der telefonischen Beratung als auch bei der Videosprechstunde beim Vergleich der Jahre 2023 und 2022 ein Rückgang von -10,2 Prozent beziehungsweise -18 Prozent zu erkennen (Mangiapane et al. 2024). Allein diese Gegenüberstellung lässt bereits vermuten, dass die Zunahme der AU-Fälle nicht allein durch die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung oder der Krankschreibung per Videosprechstunde begründet werden kann.

In bisherigen Analysen zur Entwicklung der AU-Fälle war es nicht möglich, den Anteil der AU-Fälle zu bestimmen, der auf eine telefonische Krankschreibung oder eine Krankschreibung per Videosprechstunde zurückzuführen ist, und damit eine über die reine Gegenüberstellung der Mengengerüste an Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und telefonischen Beratungen und Videosprechstunden hinausgehende Betrachtung anzustellen.

Da Krankenkassen aber sowohl über die Daten zur Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten als auch über deren ärztliche Abrechnungsdaten verfügen, besteht grundsätzlich die Möglichkeit zu überprüfen, ob der Anteil der AU-Fälle, die im Zusammenhang mit einer telefonischen Beratung oder einer Videosprechstunde ausgestellt wurden, in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist.

Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten

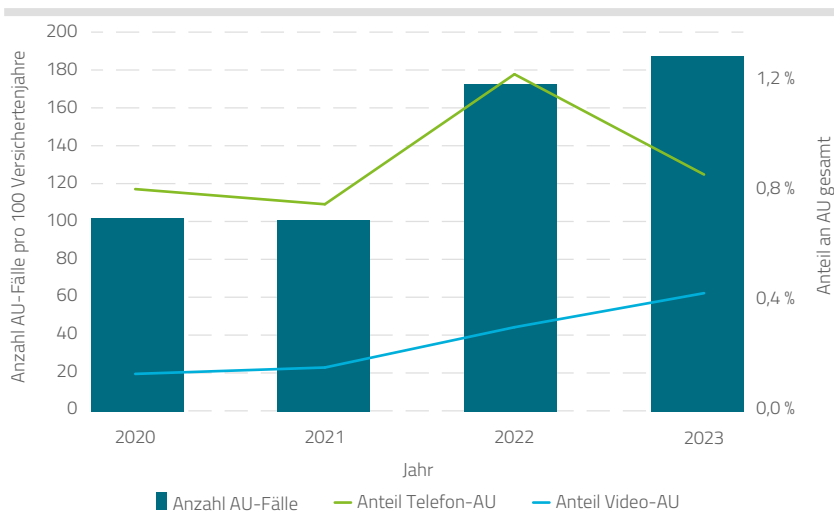
Um dieser Frage nachzugehen, wurde eine empirische Analyse auf Basis der pseudonymisierten Arbeitsunfähigkeitsdaten und der pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der BARMER der Jahre 2020 bis 2023 durchgeführt. Selektiert wurden zunächst alle AU-Fälle der BARMER-Versicherten, die in diesen Zeitraum fielen und bei denen es sich nicht um Folge-AU-Bescheinigungen handelte. Ausgeschlossen wurden Fälle mit Krankengeld und Kinderkrankengeldbezug ab der sechsten Woche, Fälle mit Arbeits- und Wegeunfall, Fälle mit Mutterschutz, Fälle aufgrund der Erkrankung des Kindes und Fälle von Auslandsversicherten. Die verbleibenden AU-Fälle wurden versicherten-, datums- und praxisbezogen mit den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführt und darauf geprüft, ob am Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeits-

bescheinigung begann, von derselben Praxis eine telefonische Beratung (Gebührenordnungsposition 01435) oder eine Videosprechstunde (Gebührenordnungsposition 01450) abgerechnet wurde. Dabei konnten nur abgerechnete telefonische Beratungen berücksichtigt werden, auf die im selben Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gefolgt ist, da Fälle mit weiteren, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten über die Versicherten- und Grundpauschalen der Ärzte abgedeckt sind und einzelne Telefonkontakte nicht abgerechnet und somit nicht identifiziert werden können.

Entwicklungen der AU-Fälle über den Zeitraum von 2020 bis 2023

Wie bereits aus vorherigen Analysen bekannt (bifg 2025, Abbildung 1), zeigt sich auch bei dieser Analyse, dass die Anzahl an AU-Fällen in den Jahren von 2020 bis 2023 insgesamt von jährlich 101 AU-Fällen pro 100 Versichertenjahre auf 186 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre erheblich angestiegen ist (hier nur AU-Fälle ohne Folge-AU-Bescheinigungen, Abbildung 2).

Abbildung 2: Anzahl AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre, Anteil telefonischer AU-Fälle und Anteil AU-Fälle per Videosprechstunde an allen AU-Fällen des jeweiligen Jahres (ohne Folge-AU-Bescheinigungen)



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Dabei ist insbesondere der große Sprung um +69 Prozent auf 171 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre beim Übergang vom Jahr 2021 auf das Jahr 2022 auffällig.

Betrachtet man die Diagnosen, die für diesen Anstieg maßgeblich verantwortlich sind, so zeigt sich, dass 46 Prozent der zusätzlichen AU-Fälle des Jahres 2022 auf den ICD-Kode J06 (akute Infektionen der Atemwege) und elf Prozent auf den ICD-Kode U07, der im Falle einer COVID-19-Erkrankung kodiert wird, zurückzuführen sind (Tabelle 4.2). Die Diagnose J06 ist zudem in den Jahren von 2021 bis 2023 die mit Abstand häufigste AU-Diagnose (Tabelle 4.1), auf die im Jahr 2021 noch 15 Prozent und in den Jahren 2022 und 2023 dann 28 beziehungsweise 25 Prozent aller AU-Fälle zurückzuführen sind (Tabelle 4.3).

Tabelle 4: TOP-10-AU-Diagnosen der Jahre 2021, 2022 und 2023: Anzahl AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre (4.1) und Jahr (4.1), Zuwachs gegenüber 2021 (4.2) und Anteil an allen Erst-Diagnosen eines Jahres (4.3) (ohne Folge-AU-Bescheinigungen)

Tabelle 4.1: Anzahl Erst-AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre

Diagnose	2021	2022	2023
J06 akute Infektionen der oberen Atemwege	14,6	47,2	46,5
U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie	1,0	9,1	4,8
M54 Rückenschmerzen	6,7	7,6	8,9
A09 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	4,3	7,4	10,8
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,9	6,0	5,6
J00 akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,5	3,7	4,1
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,7	3,1	3,9
J98 sonstige Krankheiten der Atemwege	0,9	2,6	2,8
B99 sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	0,9	2,4	2,3
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,8	2,3	2,9
K08 sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,7	2,1	2,0
G43 Migräne	1,5	2,1	2,8
T88 sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	2,8	0,8	0,1
Gesamt (alle Erst-AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre eines Jahres)	100,2	170,7	186,1

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Tabelle 4.2: Differenz Erst-AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre

Diagnose	2022 vs. 2021	2023 vs. 2021
J06 akute Infektionen der oberen Atemwege	32,6 (46 %)	31,8 (37 %)
U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie	8,1 (11 %)	3,7 (4 %)
M54 Rückenschmerzen	0,9 (1 %)	2,2 (3 %)
A09 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	3,1 (4 %)	6,5 (8 %)
B34 Viruskrankheit nicht näher bestimmter Lokalisation	4,1 (6 %)	3,7 (4 %)
J00 akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	2,3 (3 %)	2,6 (3 %)
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,4 (1 %)	1,2 (1 %)
J98 sonstige Krankheiten der Atemwege	1,7 (2 %)	1,9 (2 %)
B99 sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	1,5 (2 %)	1,4 (2 %)
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	0,5 (1 %)	1,1 (1 %)
K08 sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	-1,7	-1,8
G43 Migräne	0,6 (1 %)	1,3 (2 %)
T88 sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	-2,0	-2,6
Gesamt (alle Erst-AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre eines Jahres)	70,4 (100 %)	85,8 (100 %)

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Tabelle 4.3: Anteil an allen Erst-Diagnosen eines Jahres (in Prozent)

Diagnose	2021	2022	2023
J06 akute Infektionen der oberen Atemwege	14,6	27,7	25,0
U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie	1,0	5,4	2,6
M54 Rückenschmerzen	6,7	4,5	4,8
A09 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	4,3	4,3	5,8
B34 Viruskrankheit nicht näher bestimmter Lokalisation	1,9	3,5	3,0
J00 akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,5	2,2	2,2
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,7	1,8	2,1
J98 sonstige Krankheiten der Atemwege	0,9	1,5	1,5
B99 sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	0,9	1,4	1,2
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,8	1,3	1,6
K08 sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,7	1,2	1,1
G43 Migräne	1,5	1,2	1,5
T88 sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	2,8	0,4	0,1
Gesamt (alle Erst-AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre eines Jahres)	100,0	100,0	100,0

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Entwicklung der Anteile telefonischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen per Videosprechstunde

Der Anteil der telefonischen AU-Fälle an allen AU-Fällen ist mit einer Spanne von jährlich 0,8 Prozent bis 1,2 Prozent sehr gering und verläuft ohne klaren Trend (Abbildung 2). Noch geringer ist der Anteil bei den Videosprechstunden (0,1 Prozent [2020] bis 0,4 Prozent [2023]). Hier ist ab dem Jahr 2021 zwar ein Aufwärtstrend zu beobachten, allerdings auf sehr niedrigem Niveau.

Betrachtet man für das Jahr 2023 die 20 Diagnosen mit den höchsten Anteilen an telefonischen AU-Fällen an allen AU-Fällen, so sind hier insbesondere Diagnosen aus dem Spektrum der Atemwegs- und Infektionskrankheiten zu erkennen (Tabelle 5).

Spitzenreiter sind dabei die mit COVID-19 in Verbindung stehenden ICD-Kodes Z11 (4,6 Prozent), Z22 (4,0 Prozent) und U07 (4,0 Prozent). Auch bei den Videosprechstunden stehen virale Erkrankungen an erster Stelle (Tabelle 6). Dabei sind die ICD-Kodes B97 (Viren als Ursache von Krankheiten) und J10 (Grippe) die beiden Diagnosen mit den höchsten Anteilen an Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde ausgestellt wurden, an allen AU-Fällen (2,7 Prozent und 2,6 Prozent).

Es ist zu erkennen, dass der Anteil telefonischer AU-Fälle und der Anteil an AU-Fällen per Videosprechstunde an allen AU-Fällen bei der fallzahlstärksten AU-Diagnose J06 mit 1,5 Prozent beziehungsweise 0,8 Prozent sehr niedrig ist (Tabellen 4 und 5).

Vor dem Hintergrund, dass die oben aufgeführten Analysen zur Entwicklung der AU-Diagnosen zeigen, dass der hohe Zuwachs an AU-Fällen seit dem Jahr 2021 vor allem auf diese Diagnose zurückzuführen ist, wird deutlich, dass die telefonische Krankschreibung als Erklärungsgrund für den starken Anstieg an AU-Fällen in den Hintergrund rückt.

Tabelle 5: AU-Diagnosen mit den höchsten Anteilen telefonischer AU-Fälle an allen AU-Fällen im Jahr 2023 (TOP 20 mit mindestens 1.000 AU-Fällen)

Diagnose	AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre	Anteil Telefon-AU (in Prozent)
Z11 spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,03	4,6
Z22 Keimträger von Infektionskrankheiten	0,09	4,0
U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	4,78	3,0
Z20 Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	0,17	2,6
U08 COVID-19 in der Eigenanamnese	1,18	2,5
B97 Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,04	2,1
U99 belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U99.-!	0,12	1,7
R68 sonstige Allgemeinsymptome	0,06	1,5
J06 akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	46,45	1,5
E03 sonstige Hypothyreose	0,03	1,4
T88 sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	0,14	1,4
B33 sonstige Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,05	1,4
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,58	1,3
R05 Husten	0,71	1,3
J39 sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	0,09	1,3
B99 sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	2,27	1,3
J00 akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	4,06	1,3
J98 sonstige Krankheiten der Atemwege	2,78	1,2
J22 akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	0,45	1,2
R50 Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	0,51	1,2

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Tabelle 6: AU-Diagnosen mit den höchsten Anteilen an AU-Fällen per Videosprechstunde an allen AU-Fällen im Jahr 2023 (TOP 20 mit mindestens 1.000 AU-Fällen)

Diagnose	AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre	Anteil Video-AU (in Prozent)
B97 Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,04	2,7
J10 Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	0,04	2,6
U99 belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U99.-!	0,12	2,1
Z22 Keimträger von Infektionskrankheiten	0,09	1,9
G44 sonstige Kopfschmerzsyndrome	0,41	1,3
U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	4,78	1,3
U08 COVID-19 in der Eigenanamnese	1,18	1,0
Z20 Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	0,17	0,9
J00 akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	4,06	0,8
Z11 spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,03	0,8
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	0,64	0,8
F51 nichtorganische Schlafstörungen	0,08	0,8
N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	0,34	0,8
J06 akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	46,45	0,8
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,58	0,7
A09 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	10,81	0,7
J01 akute Sinusitis	1,33	0,6
K59 sonstige funktionelle Darmstörungen	0,17	0,6
B33 sonstige Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,05	0,6
J22 akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	0,45	0,6

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

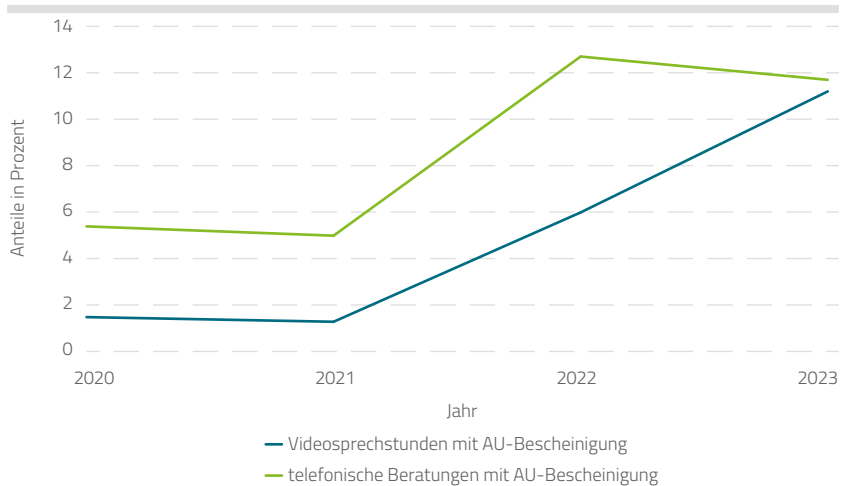
Anteil telefonischer Beratungen und Videosprechstunden mit AU-Bescheinigung an allen telefonischen Beratungen und Videosprechstunden

Demgegenüber steigen der Anteil telefonischer Beratungen mit AU-Bescheinigung an allen telefonischen Beratungen und der Anteil der Videosprechstunden mit AU-Bescheinigung an allen Videosprechstunden seit dem Jahr 2021 deutlich an (Abbildung 3). So wurde im Jahr 2021 bei 5,0 Prozent der telefonischen Beratungen und bei 1,3 Prozent der Videosprechstunden eine Krankschreibung ausgestellt. Im Jahr 2023 betrug der Anteil 11,7 Prozent bei den telefonischen Beratungen und 11,2 Prozent bei den Videosprechstunden, wobei bei den telefonischen Beratungen, anders als bei den Videosprechstunden, beim Übergang vom Jahr 2022 zum Jahr 2023 wieder ein leichter Rückgang zu erkennen ist. Dabei könnte ein Grund für den kontinuierlichen Anstieg bei den Videosprechstunden die sich seit dem Jahr 2021 verändernde Fachgruppenzusammensetzung der die Videosprechstunden erbringenden Ärztinnen und Ärzte sein. Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zeigen, dass im Jahr 2021 noch 52 Prozent aller Videosprechstunden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und nur 25 Prozent von Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt wurden. Im Jahr 2023 hingegen entfielen 53 Prozent der Videosprechstunden auf die Hausärztinnen und Hausärzte und nur noch 28 Prozent auf die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Mangiapane et al. 2024). Da Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eher von Hausärztinnen und Hausärzten als von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgestellt werden, könnte diese strukturelle Veränderung der Videosprechstunden anbietenden Fachgruppen den steigenden Anteil an Videosprechstunden mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erklären.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Analysen darauf hin, dass weder die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen einer Videosprechstunde einen maßgeblichen Einfluss auf die Verlaufsentwicklung bei den AU-Fällen hat. Die sich anschließende Frage lautet, womit der starke Anstieg an AU-Fällen beim Übergang vom Jahr 2021 auf das Jahr 2022 und das konstant hohe Niveau im Jahr 2023 stattdessen erklärt werden können. Ein Erklärungsgrund könnte dabei das postpandemisch deutlich höhere Infektionsgeschehen sein

(Dammertz et al. 2024), das dazu geführt haben kann, dass sich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Jahren 2022 und 2023 häufiger krankgemeldet haben als im Jahr 2021. Eine weitere mögliche Ursache könnte sein, dass insbesondere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit kurzer Dauer vor dem Jahr 2022 deutlich untererfasst waren.

Abbildung 3: Anteil telefonischer Beratungen mit AU-Bescheinigung an allen telefonischen Beratungen (01435) und Anteil Videosprechstunden mit AU-Bescheinigung an allen Videosprechstunden (01450) im Zeitraum von 2020 bis 2023



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der BARMER

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde ab dem Jahr 2022 die bisherige, den Krankenkassen vom Beschäftigten vorzulegende papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch ein elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärztinnen und Ärzte an die Krankenkassen (eAU) ersetzt. Es ist zu vermuten, dass die Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Krankenkassen vor Umstellung auf das elektronische Verfahren im Falle kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten nur unvollständig erfolgte, da die

Lohnfortzahlung innerhalb der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber abgedeckt ist und ein Krankengeldanspruch gegenüber den Krankenkassen erst danach wirksam wird. Durch die Umstellung auf eine verpflichtende Übermittlung aller eAU an die Krankenkassen werden diese seit dem Jahr 2022 miterfasst, was zu einem artifiziellen Erhöhungseffekt der AU-Fälle geführt haben könnte (Meldeeffekt). Für diese Vermutung spricht, dass die Anzahl an AU-Tagen pro AU-Fall seit dem Jahr 2021 von 13 bis 16 Tagen pro AU-Fall auf 10 bis 11 Tage pro AU-Fall im Jahr 2023 gesunken sind (bifg 2025; Storm und Nürnberg 2024; Techniker Krankenkasse 2024; WIdO 2024).

Fazit

Auf Basis der vorhandenen Daten lassen sich keinerlei Hinweise auf einen unsachgemäßen Einsatz der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Videosprechstunde ableiten. Auch wenn im Rahmen der durchgeführten Analysen nicht alle telefonischen Arzt-Patienten-Kontakte ermittelt werden konnten, weisen die Auswertungen darauf hin, dass die Bedeutung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit einem Anteil von jährlich 0,8 bis 1,2 Prozent an allen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Gesamtentwicklung der AU-Fälle sehr gering ist, und dass damit der ab dem Jahr 2021 beobachtbare Anstieg des Krankenstandes nicht erklärt werden kann. Gleiches gilt für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Videosprechstunde, die mit einem jährlichen Anteil von 0,1 bis 0,4 Prozent an allen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen noch geringer ausfällt. Wahrscheinlicher ist, dass ein Zusammenwirken eines postpandemisch höheren Infektionsgeschehens mit einer erhöhten Erfassungsrate von AU-Bescheinigungen seit der Einführung der eAU zu einem Anstieg der AU-Raten seit dem Jahr 2021 geführt hat.

Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse einer aktuellen vom IGES-Institut im Auftrag der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) durchgeführten Studie bestätigt, nach der rund 60 Prozent des Anstiegs bei den Fehltagen auf einen Meldeeffekt und rund ein Drittel des Anstiegs auf verstärkte Erkältungswellen und Corona-Infektionen zurückzuführen sind (DAK 2025). Auch die vorliegende Untersuchung auf Basis der Daten der BARMER zeigt, dass 58 Prozent der zusätzlichen AU-Fälle des Jahres 2022

und 41 Prozent der zusätzlichen AU-Fälle des Jahres 2023 durch akute Infektionen der Atemwege sowie Corona-Infektionen zu erklären sind. Die Forderung nach einer Abschaffung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, wie sie vom ehemaligen Finanzminister Christian Lindner im September 2024 aufgestellt wurde (Ärzteblatt 2024a), entbehrt daher weiterhin einer empirischen Grundlage.

Auch für die These, dass durch den vermehrten Marktzutritt digitaler Videodienstanbieter im Gesundheitswesen die Durchführung von Videosprechstunden vorrangig zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen genutzt wird, geben die Analyseergebnisse keine Hinweise. So stieg zwar der Anteil an Videosprechstunden, in deren Rahmen Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt wurden, seit dem Jahr 2021 an. Die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgte aber auch im Jahr 2023 lediglich bei einer von neun Videosprechstunden. Bezogen auf alle 1,5 Millionen Videosprechstunden des Jahres 2023 (Mangiapane et al. 2024) betraf dies somit lediglich rund 173.000 Videosprechstunden. Gleiches gilt für die telefonische Beratung. Auch hier ging nur jede neunte telefonische Beratung, und damit rund 862.000 der insgesamt rund 7,4 Millionen im Jahr 2023 durchgeführten telefonischen Beratungen, mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einher (Mangiapane et al. 2024).

Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte und der Krankenkassen stellt die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen, eine wichtige Maßnahme zur Entbürokratisierung und Entlastung der Praxen dar (Ärzteblatt 2024b; Redaktionsnetzwerk Deutschland 2024). Eine Aufhebung der entsprechenden Regelungen ist daher auch für zukünftige Bundesregierungen weder empirisch begründbar noch mit Blick auf erreichte positive Effekte für die Versorgungspraxis sinnvoll.

Danksagung

Ich danke Herrn Danny Wende vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) für die durchgeführten Datenanalysen.

Literatur

- Allgemeines Deutsches Handelsgesetzbuch (1861). Artikel 60 aus: Gesetz-Sammlung für die königlichen preußischen Staaten, S. 491. Online unter www.reichsgesetzblatt.de/D/L%C3%A4nder/Preussen/1861/27 (Download am 10. Februar 2025).
- Arbeitgeberverband Lüneburg Nordost-Niedersachsen e.V. (2023). Telefonische Krankschreibung: Arbeitgeberverband zeigt sich besorgt wegen des hohen Krankenstandes (Pressemitteilung). Online unter arbeitgeberverbandlueneburg.de/telefonische-krankschreibung-arbeitgeberverband-zeigt-sich-besorgt-wegen-des-hohen-krankenstandes/ (Download am 10. Februar 2025).
- Ärzteblatt (2024a). Lindner für Abschaffung telefonischer Krankschreibung. Online unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/154259/Lindner-fuer-Abschaffung-telefonischer-Krankschreibung (Download am 10. Februar 2025).
- Ärzteblatt (2024b). Hausärzte verteidigen telefonische Krankschreibung. Online unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/155246/Hausaerzte-verteidigen-telefonische-Krankschreibung (Download am 10. Februar 2025).
- bifg – BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2025). Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit. Online unter www.bifg.de/daten-und-analysen/arbeitsunfaehigkeiten/kennzahlen-zur-arbeitsunfaehigkeit-nach-diagnosekapitel (Download am 10. Februar 2025).
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024). Sozialbudget 2023. Online unter www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a230-24-sozialbudget-2023.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Download am 10. Februar 2025).
- Bundesregierung (2024). Wachstumsinitiative – neue wirtschaftliche Dynamik für Deutschland. Online unter www.bundesregierung.de/resource/blob/976020/2297962/ab6633b012bf78494426012fd616e828/2024-07-08-wachstumsinitiative-data.pdf?download=1 (Download am 10. Februar 2025).
- DAK (2025). Der Rekord-Krankenstand: Fakten und Mythen. Gesundheitsreport 2025: Vertiefungsanalyse zur Krankenstandsentwicklung. Online unter caas.content.dak.de/caas/v1/media/88048/data/df2f10115fcc5a7872373c18c48504dc/250107-download-bericht-rekordkrankenstand.pdf (Download am 10. Februar 2025).

- Dammertz, L., Holstiege, J. und Müller, D. (2024). Akute Atemwegsinfektionen vor, während und nach der COVID-19-Pandemie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/07. Berlin. doi.org/10.20364/VA-24.07 (Download am 10. Februar 2025).
- Gematik (2024). TI-Dashboard. Online unter www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard (Download am 10. Februar 2025).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie. Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung. Online unter www.g-ba.de/richtlinien/2/ (Download am 10. Februar 2025).
- Mangiapane, S., Kretschmann, J., Czihal, T. und von Stillfried, D. (2024). Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2023. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Online unter www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/2024-06-21_TrendReport_2023-Q4__002_.pdf (Download am 10. Februar 2025).
- Pimpertz, J. (2024). Kosten der Entgeltfortzahlung: Binnen 14 Jahren verdoppelt. IW-Kurzbericht, No. 70/2024. Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln. Online unter www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-kosten-der-entgeltfortzahlung-binnen-14-jahren-verdoppelt.html (Download am 10. Februar 2025).
- Redaktionsnetzwerk Deutschland (rnd) (2024). Krankenkassen und Gewerkschaften verteidigen telefonische Krankschreibung. Online unter www.rnd.de/politik/telefonische-krankschreibung-so-aeussern-sich-krankenkassen-und-gewerkschaften-6DNU5OOPTRDPLNMCYN26LMNBDU.html (Download am 10. Februar 2025).
- Storm, A. und Nürnberg, V. (Hrsg.) (2024). Gesundheitsreport 2024: Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Hitze. Arbeitswelt im Klimawandel. Heidelberg. Online unter www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/gesundheitsreport-2024_66150#rtf-anchor-download-gesundheitsreport-2024-als-e-book (Download am 10. Februar 2025).
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2024). Gesundheitsreport 2024 – Arbeitsunfähigkeiten. Hamburg. Online unter www.tk.de/resource/blob/2175238/e7c2d6bce3bf4cf76c74-a355a71b9e6a/gesundheitsreport-2024-data.pdf (Download am 10. Februar 2025).

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2024). Pressemappe zur Pressekonferenz „Fehlzeiten-Report 2024“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Folien zum Statement von Dr. Johanna Baumgardt. 8. Oktober 2024. Berlin. Online unter www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/-Publikationen_Produkte/Buchreihen/Fehlzeitenreport/wido_fzr2024_mitarbeiterbindung_pressemappe.pdf (Download am 10. Februar 2025).

YouGov (2024). Gut jeder vierte Nutzer telefonischer Krankschreibungen hat schon einmal krankgefeiert. Online unter yougov.de/health/articles/50096-gut-jeder-vierte-nutzer-telefonischer-krankschreibungen-hat-schon-einmal-krankgefeiert (Download am 10. Februar 2025).