

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages und Vanessa Behrendt (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Psychiatrische Notfälle im Bereitschaftsdienst ab dem 1. Juli 2025 - Verzicht auf psychiatrische Facharzt-Einbindung, digitale Hürden und Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages und Vanessa Behrendt (AfD), eingegangen am 17.06.2025 - Drs. 19/7564,
an die Staatskanzlei übersandt am 24.06.2025

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 24.07.2025

Vorbemerkung der Abgeordneten

Mit Inkrafttreten der Reform des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen zum 1. Juli 2025 wird die Versorgung von Menschen in akuten psychischen Krisen grundlegend neu strukturiert. Zentrale Bestandteile der Neuausrichtung sind die verpflichtende telefonische oder videobasierte Ersteinschätzung über die Rufnummer 116117 sowie die nachgelagerte Disposition eines aufsuchenden Dienstes - unter Umständen auch durch nichtärztliches Personal.¹

Diese Umstellung ist Beobachtern zufolge besonders im Hinblick auf psychiatrische Notlagen mit Risiken verbunden. Fälle akuter Suizidalität, Fremdgefährdung oder schwerer psychischer Ausnahmezustände ließen sich häufig nicht über ein Bildschirmgespräch adäquat erfassen oder einschätzen. Der zwischenmenschliche Eindruck, die physische Präsenz und die ärztlich-psychiatrische Fachbeurteilung spielten in solchen Lagen eine zentrale Rolle. Dennoch verzichte das neue Modell vollständig auf die verpflichtende Einbindung psychiatrischer Fachärzte in der Erstbewertung.²

Hinzu kommt: Mit der jüngst beschlossenen Änderung des Niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (NPsychKG) entfällt ab sofort auch bei Unterbringungen nach § 18 das fachpsychiatrische Qualifikationserfordernis für ärztliche Zeugnisse. Es genügt eine ärztliche Approbation ohne spezifische Vorerfahrung im Bereich Psychiatrie.³ Damit fällt eine fachliche Schutzschranke im sensiblen Eingriffsbereich des Entzuges der Freiheit weg.

Parallel dazu verschärfen sich die strukturellen Versorgungslücken: In Regionen wie dem Landkreis Lüneburg wurde der bislang verfügbare psychiatrische Krisendienst zum Jahresbeginn 2024 eingestellt. Auch in anderen Regionen kommt es derzeit zu strukturellen Veränderungen, deren Folgen für die psychosoziale Versorgung bislang noch nicht abschließend bewertet werden können. Nachts und am Wochenende verbleiben damit ausschließlich der Bereitschaftsdienst, der Rettungsdienst oder die Polizei als Interventionsakteure.

Besonders betroffen von dieser Neuordnung sind Gesundheitsexperten zufolge vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen oder solche in sozial prekären Lebensverhältnissen.

¹ https://www.kvn.de/internet_media/Bereitschaftsdienstordnung_%2BStand%2B1_%2BJanuar%2B2025-p-1050.pdf; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bereitschaftsdienst-in-Niedersachsen-Arzt-soll-entscheiden-ob-Hausbesuch-noetig-ist--456687.html>; <https://www.boehme-zeitung.de/nachrichten-blog/2025/4/10/statt-hausbesuch-der-arzt-kommt-knftig-per-videoanruf>

² <https://kv-innovationsscout.de/projekt/videosprechstunde-im-bereitschaftsdienst>; <https://www.aekn.de/detail/reform-der-notfallversorgung-muss-sektoren-staerker-zusammenbringen>

³ https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_19_05000/02501-03000/19-02843.pdf

nissen. Wer keinen Zugang zu einem Smartphone, einer stabilen Internetverbindung oder ausreichender digitaler Kompetenz hat, kann das System der Telemedizin im Zweifel nicht nutzen - und steht damit im Ernstfall ohne niedrigschwellige Hilfe da.⁴

Gleichzeitig stellt sich die Frage nach der Haftung bei Fehleinschätzungen, wenn unter Zeitdruck und ohne persönliche Begegnung psychiatrische Zustände beurteilt werden. Auch datenschutzrechtlich ist unklar, wie sensibelste Informationen über Suizidabsichten oder psychotisches Erleben dokumentiert, gespeichert und weitergegeben werden.

Vorbemerkung der Landesregierung

Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird im Rahmen der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages aus § 75 SGB V von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) organisiert.

1. Wie wird sichergestellt, dass psychiatrisch relevante Gefährdungslagen (z. B. akute Suizidalität) im Rahmen der telemedizinischen Ersteinschätzung nachweislich erkannt und korrekt bewertet werden?

In § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln ist. Diese standardisierte Ersteinschätzung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit einheitlich über die „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“⁵ (SmED) vorgenommen.

Eine telemedizinische ärztliche Versorgung setzt im Bereitschaftsdienst der KVN erst nach der standardisierten Ersteinschätzung in den Fällen ein, in denen festgestellt wurde, dass aufgrund des geschilderten Beschwerdebildes weder ein Fall für den Rettungsdienst, noch ein Fall für einen Verweis an eine Notaufnahme eines Krankenhauses vorliegt, ein Aufsuchen einer Bereitschaftsdienstpraxis nicht möglich ist und eine ärztliche Versorgung nicht bis zu den regulären Praxisöffnungszeiten warten kann.

2. Welche psychologischen oder psychodiagnostischen Instrumente kommen bei der Erstbeurteilung über 116117 zum Einsatz?

Es kommt die SmED zum Einsatz.

3. Wie wird die telemedizinische Entscheidungskompetenz in Bezug auf Einweisungen nach dem NPsychKG konkret definiert und kontrolliert?

Das NPsychKG enthält keine Regelungen zum Einsatz von Telemedizin.

4. Welche Szenarien wurden seitens der Landesregierung gegebenenfalls analysiert, bei denen Telemedizin im psychiatrischen Notfallversorgungsbereich scheitern kann?

Es wird auf die Ausführung der Vorbemerkung verwiesen.

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/eckpunkte-notfallversorgung-pm-16-01-24.html>; <https://www.wired.com/story/health-care-online-patients-left-behind/>

⁵ Einzelheiten zu SmED: <https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht>.

5. Wie bewertet die Landesregierung die Ersetzbarkeit eines persönlichen ärztlichen Kontakts durch Telekonsultation bei akuten Psychosen?

Da es nach den Vorgaben der Bereitschaftsdienstordnung der KVN nicht vorgesehen ist, dass Bereitschaftsdienstfälle (auch psychiatrische Bereitschaftsdienstfälle) ausschließlich telemedizinisch zu behandeln sind, sondern im Einzelfall auch zukünftig weiterhin eine aufsuchende ärztliche Versorgung im Bereitschaftsdienst stattfindet, erscheint die bestehende Regelungslage sachgerecht.

6. Wie werden nicht digital erreichbare Menschen mit psychiatrischem Krisenbedarf in das neue Bereitschaftsdienstsysteem eingebunden?

Diese Fälle werden wie alle anderen in die Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eingebunden. Da eine telemedizinische Behandlung auch telefonisch erfolgen kann und es für die Kontaktaufnahme mit dem Bereitschaftsdienst wie bisher erforderlich ist, die Rufnummer 116 117 anzurufen, ist eine „digitale“ Erreichbarkeit über einen Telefonanschluss hinaus nicht erforderlich.

7. Welche psychiatrischen Fachgesellschaften oder Betroffenenvertretungen wurden an der Ausgestaltung der Reform beteiligt?

Die Ausgestaltung der Reform wurde von der KVN im eigenen Zuständigkeitsbereich im Rahmen ihrer Selbstverwaltung vorgenommen.

8. Welche konkreten Verfahren gelten im Fall, dass eine suizidgefährdete Person telefonisch keinen Kontakt aufnimmt, aber über Dritte gemeldet wird?

Soweit Dritte den Kontakt aufnehmen und zu erwarten ist, dass eine telemedizinische Versorgung nicht durchführbar ist, wird der aufsuchende Fahrdienst alarmiert, sofern eine ambulante Behandlung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes möglich erscheint.

9. Wie wird im neuen System dokumentiert, ob eine Person durch die digitale Erstversorgung ausreichend stabilisiert wurde?

Es wird von der von der KVN betriebenen Terminservicestelle-Akutfall dokumentiert, welche Versorgungsebene den Anrufern aufgrund des geschilderten Beschwerdebildes empfohlen wurde. Sofern eine telemedizinische Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durchgeführt wurde, erfolgt die ärztliche Dokumentation durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im eigenen Praxisverwaltungssystem.

10. Welche personellen Mindestanforderungen gelten nachts und an Wochenenden für psychiatrische Fachkräfte im Bereitschaftsnetzwerk?

Es gibt keine Mindestanforderungen für psychiatrische Fachkräfte im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

11. Wie bewertet die Landesregierung die Entscheidung des Landkreises Lüneburg, den spezialisierten Krisendienst zum Jahresbeginn 2024 einzustellen?

Der Krisendienst im Landkreis Lüneburg ist Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises. Dieser ist im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung organisiert. Die Landesregierung hat diesbezüglich keine Zuständigkeit.

12. Welche Alternativen empfiehlt die Landesregierung in Regionen ohne psychosozialen Krisendienst für den Zeitraum außerhalb der Regelsprechzeiten?

Es wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

13. Welche Kooperationen mit stationären psychiatrischen Einrichtungen bestehen im Rahmen der neuen Bereitschaftsdienststruktur zur Aufnahme akuter Fälle?

Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst ist ausschließlich für ambulant behandelbare Fälle zuständig.

14. Wie wird die Rückmeldung zwischen Tele-Arzt, mobilem Einsatzteam und nachbehandelnder Stelle organisiert und dokumentiert?

Telemedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte kommunizieren mit den mobilen Teams über die Dispositionszentrale und die Einsatzleitsoftware der KVN.

15. Wie häufig ist laut Einschätzung der Landesregierung mit Fehleinschätzungen bei rein digitalen Erstkontakten in psychiatrischen Notlagen zu rechnen?

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es hier zu Fehleinschätzungen kommt. Es besteht immer auch die Option, dass eine aufsuchende Tätigkeit erfolgt. Es wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

16. Wie viele psychiatrische Notfallkontakte über 116117 wurden im Jahr 2024 registriert, und welche Prognose wird für das erste Reformjahr 2025 abgegeben?

Aus den Evaluationsberichten⁶ zum Einsatz von SmED bei der 116 117 wird deutlich, dass psychiatrische Beschwerdebilder deutschlandweit äußerst selten im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden und nicht zu den ersten 20 der häufigsten Beschwerdebilder gehören. Ein entsprechender Bericht für 2024 liegt noch nicht vor. Eine Abweichung vom Bild der letzten Jahre wird nicht erwartet.

17. Welche regionalen Bereitschaftsdienstbezirke verfügen derzeit über eigene psychiatrische Krisenteams, die in das neue Modell integriert werden?

In Niedersachsen (und soweit ersichtlich in ganz Deutschland) gibt es im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes keine eigenen psychiatrischen Bereitschaftsdienste.

18. Sieht die Landesregierung die Gefahr, dass Menschen in akuter psychischer Ausnahmesituation zwischen 116117 und Rettungsdienst 112 strukturell „verloren gehen“, und wie soll dieser Gefahr gegebenenfalls begegnet werden?

Eine solche Gefahr wird nicht gesehen.

⁶ Siehe: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Das_Zi/Fachbereich_Medizin/SmED_Evaluationsbericht_2023.pdf.

19. Wie erfolgt die Weiterleitung psychisch auffälliger Patienten durch die 116117, wenn keine Einweisung durch den Bereitschaftsarzt erfolgt, aber psychische Gefahr vermutet wird?

Psychische Erkrankungen können (wie viele andere Erkrankungsbilder auch) nicht abschließend im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden. Den entsprechenden Patientinnen und Patienten wird von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten dann empfohlen, sich im Rahmen der regulären ambulanten oder stationären Versorgung weiterbehandeln zu lassen.

20. Wie bewertet die Landesregierung die Kritik, wonach der Verzicht auf psychiatrische Fachärzte bei Unterbringungsentscheidungen Grundrechtseingriffe erleichtert?

Der Landesregierung sind bisher keine Fälle bekannt, die seit der Reform 2023 eine Zunahme von ungerechtfertigten Unterbringungen bestätigen würde.

21. Wie werden die Erfahrungen aus Modellregionen wie Delmenhorst gegebenenfalls systematisch ausgewertet und in die landesweite Reform übertragen?

Die KVN hat Ihre Erfahrungen aus dem mehrjährigen Projekt zum Einsatz von nichtärztlichen Gesundheitsfachkräften im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst für die Erstellung des Konzepts des nunmehr umgesetzten reformierten Bereitschaftsdienstes verwendet. In diesem Projekt konnte nachgewiesen werden, dass ein Großteil der aufsuchenden Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst von qualifizierten Gesundheitsfachkräften übernommen werden kann.

22. Welche Möglichkeiten bestehen für Angehörige, im neuen System kurzfristig auf psychiatrische Unterstützung zuzugreifen - jenseits des 116117-Standards?

Außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten wird im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur der Bereitschaftsdienst angeboten.

23. Welche Rückmeldemechanismen stehen Patienten offen, wenn sie sich im neuen Bereitschaftssystem unzureichend versorgt fühlen?

Im neuen System des Bereitschaftsdienstes wird jede durchgeführte telemedizinische Behandlung mit einer quantitativen und qualitativen Zufriedenheitsabfrage der Patientinnen und Patienten begleitet. Es besteht auch die Möglichkeit, über die Mailadresse „116117@kvn.de“ eine Rückmeldung zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu geben.

24. Wird sichergestellt, dass Informationen aus der Erstversorgung telemedizinisch dokumentiert und rechtssicher gespeichert werden, gegebenenfalls wie?

Da die telemedizinischen Behandlungen im Bereitschaftsdienst der KVN von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten vorgenommen werden, gelten hier die gleichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, wie bei einer Behandlung vor Ort in einer Arztpraxis.

25. Welche technischen Mindestvoraussetzungen (z. B. Bandbreite, Endgerät, digitale Identifikation) müssen Patienten erfüllen, um telemedizinisch psychiatrisch versorgt werden zu können?

Es muss lediglich ein Telefonanschluss (Festnetz oder Mobil) vorhanden sein.

26. Inwiefern rechnet die Landesregierung gegebenenfalls mit einer Verschiebung psychiatrischer Akutfälle vom ambulanten Bereitschaftsdienst in die stationäre Versorgung infolge der Reform?

Die Landesregierung rechnet nicht mit einer solchen Verschiebung.

27. Wer trägt im Rahmen des neuen Bereitschaftsdienstmodells die rechtliche Verantwortung bei Fehleinschätzungen in psychiatrischen Notlagen - insbesondere bei Unterbringungen nach NPsychKG?

Bei einer Unterbringung nach § 17 NPsychKG beantragt der Landkreis oder die kreisfreie Stadt beim zuständigen Gericht die Entscheidung über eine Unterbringung. Bei einer Unterbringung nach § 18 NPsychKG ordnet der Landkreis oder die kreisfreie Stadt die vorläufige Unterbringung an. Diese Entscheidung muss spätestens bis zum Ablauf des folgenden Tages gerichtlich bestätigt werden.

Grundlage für beide Entscheidungen ist das Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses.

Unterbringungen nach dem NPsychKG waren und sind kein Teil des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Für ärztliche Behandlungsfehler sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verantwortlich. Dies ist keine Besonderheit des Bereitschaftsdienstes.

28. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass auch in ländlichen Regionen mit schlechter medizinischer und digitaler Infrastruktur akute psychiatrische Notfälle angemessen versorgt werden?

In den Gemeinden stehen für die Versorgung und Beratung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen eine Reihe von Einrichtungen zur Verfügung:

- Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte beraten über Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten vor Ort.
- Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen wird übernommen von niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten, Ärztinnen und Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und den psychiatrischen Institutsambulanzen. Zusätzlich gibt es verschiedentlich aufsuchende Angebote, u. a. auch durch Ambulante Psychiatrische Pflege.
- Wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, stehen Tageskliniken und psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen zur Verfügung.
- Langfristige psychosoziale Hilfen beim Leben mit der Erkrankung finden Betroffene in Einrichtungen des unterstützenden Wohnens, in Tagesstätten und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen.

29. Welche datenschutzrechtlichen Regelungen gelten für die Übermittlung sensibler psychiatrischer Daten im Rahmen der telemedizinischen Bereitschaftsdienststruktur, insbesondere bei Unterbringungssachverhalten?

Da es hier keine telemedizinischen Behandlungen des Bereitschaftsdienstes bei Unterbringungssachverhalten gibt, kommen auch keine gesonderten datenschutzrechtlichen Regelungen zur Anwendung.

30. Welche Gesamtkosten veranschlagt die Landesregierung für die flächendeckende Einführung telemedizinischer Konsultationen im Bereitschaftsdienst ab dem 1. Juli 2025 (inklusive technischer Ausstattung, Personalschulungen, IT-Infrastruktur)?

Es wird auf die Vorbemerkung verwiesen. Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird von der KVN finanziert.

31. Wie sind die finanziellen Kompensationen oder Ausgleichsmechanismen für Kliniken oder ärztliche Bereitschaftsdienste ausgestaltet, die durch den Systemwechsel zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen?

Da es bisher keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass hier zusätzliche Aufgaben übernommen werden müssen, sind auch keine finanziellen Kompensationen oder Ausgleichsmechanismen geplant.