

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT**

Abgeordnete Delia Susanne Klages und Vanessa Behrendt (AfD)

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) an die Landesregierung, eingegangen am 17.06.2025

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. 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

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

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/>

ist unklar, wie sensibelste Informationen über Suizidabsichten oder psychotisches Erleben dokumentiert, gespeichert und weitergegeben werden.

1. Wie wird sichergestellt, dass psychiatrisch relevante Gefährdungslagen (z. B. akute Suizidalität) im Rahmen der telemedizinischen Ersteinschätzung nachweislich erkannt und korrekt bewertet werden?
2. Welche psychologischen oder psychodiagnostischen Instrumente kommen bei der Erstbeurteilung über 116117 zum Einsatz?
3. Wie wird die telemedizinische Entscheidungskompetenz in Bezug auf Einweisungen nach dem NPsychKG konkret definiert und kontrolliert?
4. Welche Szenarien wurden seitens der Landesregierung gegebenenfalls analysiert, bei denen Telemedizin im psychiatrischen Notfallversorgungsbereich scheitern kann?
5. Wie bewertet die Landesregierung die Ersetzbarkeit eines persönlichen ärztlichen Kontakts durch Telekonsultation bei akuten Psychosen?
6. Wie werden nicht digital erreichbare Menschen mit psychiatrischem Krisenbedarf in das neue Bereitschaftsdienstsystem eingebunden?
7. Welche psychiatrischen Fachgesellschaften oder Betroffenenvertretungen wurden an der Ausgestaltung der Reform beteiligt?
8. Welche konkreten Verfahren gelten im Fall, dass eine suizidgefährdete Person telefonisch keinen Kontakt aufnimmt, aber über Dritte gemeldet wird?
9. Wie wird im neuen System dokumentiert, ob eine Person durch die digitale Erstversorgung ausreichend stabilisiert wurde?
10. Welche personellen Mindestanforderungen gelten nachts und an Wochenenden für psychiatrische Fachkräfte im Bereitschaftsnetzwerk?
11. Wie bewertet die Landesregierung die Entscheidung des Landkreises Lüneburg, den spezialisierten Krisendienst zum Jahresbeginn 2024 einzustellen?
12. Welche Alternativen empfiehlt die Landesregierung in Regionen ohne psychosozialen Krisendienst für den Zeitraum außerhalb der Regelsprechzeiten?
13. Welche Kooperationen mit stationären psychiatrischen Einrichtungen bestehen im Rahmen der neuen Bereitschaftsdienststruktur zur Aufnahme akuter Fälle?
14. Wie wird die Rückmeldung zwischen Tele-Arzt, mobilem Einsatzteam und nachbehandelnder Stelle organisiert und dokumentiert?
15. Wie häufig ist laut Einschätzung der Landesregierung mit Fehleinschätzungen bei rein digitalen Erstkontakten in psychiatrischen Notlagen zu rechnen?
16. Wie viele psychiatrische Notfallkontakte über 116117 wurden im Jahr 2024 registriert, und welche Prognose wird für das erste Reformjahr 2025 abgegeben?
17. Welche regionalen Bereitschaftsdienstbezirke verfügen derzeit über eigene psychiatrische Krisenteams, die in das neue Modell integriert werden?
18. Sieht die Landesregierung die Gefahr, dass Menschen in akuter psychischer Ausnahmelage zwischen 116117 und Rettungsdienst 112 strukturell „verloren gehen“, und wie soll dieser Gefahr gegebenenfalls begegnet werden?
19. Wie erfolgt die Weiterleitung psychisch auffälliger Patienten durch die 116117, wenn keine Einweisung durch den Bereitschaftsarzt erfolgt, aber psychische Gefahr vermutet wird?
20. Wie bewertet die Landesregierung die Kritik, wonach der Verzicht auf psychiatrische Fachkräfte bei Unterbringungsentscheidungen Grundrechtseingriffe erleichtert?
21. Wie werden die Erfahrungen aus Modellregionen wie Delmenhorst gegebenenfalls systematisch ausgewertet und in die landesweite Reform übertragen?

22. Welche Möglichkeiten bestehen für Angehörige, im neuen System kurzfristig auf psychiatrische Unterstützung zuzugreifen - jenseits des 116117-Standards?
23. Welche Rückmeldemechanismen stehen Patienten offen, wenn sie sich im neuen Bereitschaftssystem unzureichend versorgt fühlen?
24. Wird sichergestellt, dass Informationen aus der Erstversorgung telemedizinisch dokumentiert und rechtssicher gespeichert werden, gegebenenfalls wie?
25. Welche technischen Mindestvoraussetzungen (z. B. Bandbreite, Endgerät, digitale Identifikation) müssen Patienten erfüllen, um telemedizinisch psychiatrisch versorgt werden zu können?
26. Inwiefern rechnet die Landesregierung gegebenenfalls mit einer Verschiebung psychiatrischer Akutfälle vom ambulanten Bereitschaftsdienst in die stationäre Versorgung infolge der Reform?
27. Wer trägt im Rahmen des neuen Bereitschaftsdienstmodells die rechtliche Verantwortung bei Fehleinschätzungen in psychiatrischen Notlagen - insbesondere bei Unterbringungen nach NPsychKG?
28. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass auch in ländlichen Regionen mit schlechter medizinischer und digitaler Infrastruktur akute psychiatrische Notfälle angemessen versorgt werden?
29. Welche datenschutzrechtlichen Regelungen gelten für die Übermittlung sensibler psychiatrischer Daten im Rahmen der telemedizinischen Bereitschaftsdienststruktur, insbesondere bei Unterbringungssachverhalten?
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)?
31. Wie sind die finanziellen Kompensationen oder Ausgleichsmechanismen für Kliniken oder ärztliche Bereitschaftsdienste ausgestaltet, die durch den Systemwechsel zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen?