

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

# 9-801

## Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2025)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

### Mobiles multiprofessionelles Team:

Ja      Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

---

### Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:**

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):      Ja      Nein

Namen, Vornamen

Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher):

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten  
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,  
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-,  
Kreativtherapeuten, Logopäden):

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) sichergestellt:**

Ja      Nein

Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit

**Jederzeitige (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit:**

Ja      Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

**Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:**

Ja      Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_