



**Dachverband
Dialektisch Behaviorale
Therapie e.V.**

Stempel der Einrichtung

An den
Dachverband DBT
c/o AWP Berlin
Frau Sophia Aliffi
Tempelhofer Damm 227
12099 Berlin

Station: _____

Ansprechpartner: _____

Checkliste für ein ambulantes DBT-Netzwerk

DBT

DBT-A

Antrag für eine Zertifizierung

Antrag für eine Re-Zertifizierung nach 2 Jahren

Nachweis der Teamschulung, Teilnahme am Netzwerktreffen von 2 Mitarbeitern/Jahr, siehe Punkt 4.

Antrag auf Anerkennung als Zertifizierungsanwärter für 2 Jahre

Für den Stuserhalt ist ein jährlicher Entwicklungsbericht notwendig.

Nachweis der Station, Tagesklinik, Ambulanz, Wohngruppe über ein multimodulares Behandlungsangebot nach den Richtlinien der DBT für Borderline-Patienten, Umsetzung durch ausgebildetes Fachpersonal, Gewährleistung regelmäßiger Supervision und Fortbildung. Bitte fügen Sie die einzelnen Nachweise in einer Anlage an.

Die Zertifizierung als DBT-Station (DDBT) erfolgt jeweils für den Zeitrahmen von zwei Jahren, unter Voraussetzung folgender struktureller und ergebnisorientierter Gegebenheiten:

1.) Schriftliches Behandlungskonzept

Ein schriftliches Stations- und Behandlungskonzept (schriftlich und/oder Internet), welches auch Patienten zur Einsicht vorliegt, ist beigelegt.

2.) Personalbesetzung (bitte namentlich benennen)

Name/n: _____
Mind. drei ausgebildete DBT-Therapeuten (DDBT)

Name/n: _____
zusätzliche DBT-Therapeuten in Ausbildung (mindestens Basis I, Skills I und Skills II)

Name/n: _____
zertifizierte DBT-Therapeuten für Sozial- und Pflegeberufe

3.) Nachweis Behandlungsstruktur

Anzahl Pat./Behandlungen pro Jahr _____
Mind. 10 Behandlungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung/
pro Jahr erforderlich

Borderline-Behandlungsplätze _____
Zeitgleich Angebot von mind. 6 Borderline-Behandlungsplätze auf einer
Behandlungseinheit/Station.

4.) Therapieangebot

DBT-Einzeltherapie pro Woche (1 Std.) Anzahl/Zeitraumen _____

Skillstraining pro Woche (Gruppe oder Einzel, mind. 1,5 Std.) Anzahl _____

zweiwöchentliche Teambesprechung Tag/Uhrzeit von bis _____
(Consultingteam)

**Teamschulung durch einen anerkannten externen
DBT-Supervisor (jährlich 8 Std.)** Name: _____

**Mind. zwei Personen des Teams verpflichten sich, am jährlichen Netzwerktreffen
des DDBT teilzunehmen**

5.) Ergebnisqualität

Eine Arbeitsgruppe des DDBT arbeitet an der Entwicklung eines Benchmarking-Systems, um die Therapieergebnisse (operationalisiert am SCL-90-R und der Borderline-Symptom-Liste (BSL)) aller teilnehmenden Kliniken auszuwerten. Dafür wird dann voraussichtlich ein Beitrag zur Kostendeckung erhoben werden.

Einverständnis

6.) Mitgliedschaft

Mitgliedsnummer: _____

Die betreffenden Institutionen treten dem Dachverband als "Fördernde Mitglieder" bei und bezahlen jährlich die Mitgliedsbeiträge für Förder-Mitglieder von 100,- Euro.

Ort, Datum

Unterschrift