



**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

DBT-Behandlungseinheit

- Antrag für eine Zertifizierung**
- 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 einen Zeitraum von zwei Jahren, unter Voraussetzung folgender struktureller und ergebnisorientierter Gegebenheiten:

1.) Schriftliches Behandlungskonzept

- Ein schriftliches Stations- und Behandlungskonzept, welches auch Patienten zur Einsicht vorliegt, ist beigelegt.

2.) Personalbesetzung (bitte namentlich benennen)

- Name/n: _____
Mind. ein ausgebildeter DBT-Therapeut (DDBT) in verantwortlicher Position (DBT-Team-Leader)

- Name/n: _____
Mind. ein zusätzlicher DBT-Therapeut in Ausbildung (Kompakt I und II = 64 H Theorie)
- Name/n: _____
Mind. zwei zertifizierte DBT-Therapeuten für Sozial- und Pflegeberufe
- Personalschlüssel mind. 80 % PsychPV ja nein

3.) Nachweis Behandlungsstruktur

- Anzahl Pat./Behandlungen pro Jahr _____
Mind. 25 Behandlungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung/
pro Jahr (Behandlungsdauer von mindestens vier Wochen) erforderlich
- Borderline-Behandlungsplätze _____
Zeitgleich Angebot von mind. 6 Borderline-Behandlungsplätzen auf einer
Behandlungseinheit/Station.

4.) Therapieangebot

- DBT-Einzeltherapie pro Woche (1-2 Std.) Anzahl/Zeitraumen _____
- Skillstraining pro Woche (Gruppe oder Einzel, mind. 3 Std.) Anzahl _____
- Psychoedukation (Basisgruppe, mind. 1 Std.) Anzahl _____
- regelgeleitete Selbsthilfegruppe (Bezugsgruppe, mind. 1 Std.) Anzahl _____
- Wöchentliche Teambesprechung Tag/Uhrzeit von bis _____
- kollegiale Supervision (mind. 14-tägig) Tag/Uhrzeit von bis _____
- Team-Audit und Team-Konsultation im jährlichen Wechsel durch unterschiedliche,
anerkannte externe DBT-Supervisoren (jährlich 8 Std., ab dem Zeitpunkt der
Erstzertifizierung)
- Mind. zwei Personen des Teams verpflichten sich, ab dem Zeitpunkt der
Erstzertifizierung am jährlichen anerkannten 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 Fördermitglieder in Höhe von 100,- Euro.

Ort, Datum

Unterschrift