DIENSTLEISTUNGSCHARTA

Diese Dienstleistungscharta wurde mit dem Ziel erstellt, die Zugänglichkeit der Dienstleistungen sowie den Schutz der subjektiven Rechte der Nutzer gemäß Art. 20 Abs. 5 des Landesgesetzes Nr. 13 vom 27. Juli 2007 zu gewährleisten.

Willkommensgruß

Dieses Dokument ist das Ergebnis der aktiven Mitwirkung der Verantwortlichen, der Mitarbeitenden, der jungen Erwachsenen und der Angehörigen, die bereits vor Ihnen die Leistungen unserer Einrichtung in Anspruch genommen haben.

Wir danken Ihnen daher, wenn auch Sie mit unserer Einrichtung in den Austausch treten und uns durch hilfreiche Anregungen oder Hinweise dabei unterstützen, mögliche Verbesserungen in der Leistungserbringung zu erkennen, damit wir noch gezielter auf Ihre Bedürfnisse und, soweit möglich, auch auf Ihre Wünsche eingehen können.

INHALTSVERZEICHNIS

Willkommensgruß

1. 1. Einführung
2. 2. Wo wir sind und wie Sie uns kontaktieren können
3. 3. Über uns
4. 3.1 Codess Sociale
5. 3.2 Die Geschichte der Villa San Pietro
6. 3.3 Unsere Vision: „Behandlung im Entwicklungsalter, um psychische Belastungen im Erwachsenenalter zu verringern“
7. 3.4 Unsere Mission
8. 3.5 Unser Team
9. 3.6 Berufsgruppen und wichtigste Aufgaben
10. 4. Wie wir arbeiten
11. 4.1 Leitprinzipien
12. 4.2 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner
13. 4.3 Methodische Aspekte
14. 4.4 CANS-Methode – Child and Adolescent Needs and Strengths
15. 4.5 Case Management
16. 4.6 Rolle des interprofessionellen Teams
17. 4.7 Allgemeine Grundsätze der therapeutischen und rehabilitativen Arbeit bei Il Soffio
18. 4.7.1 Gemeinsame Festlegung der Ziele mit dem Nutzer
19. 4.7.2 Funktionale Integration
20. 4.7.3 Individuell angepasste Regeln
21. 4.7.4 Gegenseitige Anpassung zwischen Gemeinschaft und Nutzer – gemeinsame Festlegung der Ziele mit dem Nutzer
22. 4.7.5 Ko-Evolution
23. 4.8 Fortbildung und Supervision
24. 4.9 Wir und die anderen: Vernetztes Arbeiten
25. 5. Zugang zu unseren Leistungen
26. 5.1 An wen wir uns richten
27. 5.2 Wie ein Behandlungsweg bei Il Soffio beginnt
28. 6. Was wir anbieten
29. 6.1 Individuelle therapeutische und rehabilitative Pläne (PTRI)
30. 6.2 Anwendung der CANS auf die PTRI
31. 6.3 Rehabilitative Aktivitäten
32. 6.4 Therapeutische Aktivitäten
33. 6.5 Weitere Dienstleistungen
34. 6.6 Kontinuität der Betreuung

Das Qualitätssystem: Überwachung, Überprüfung und Bewertung

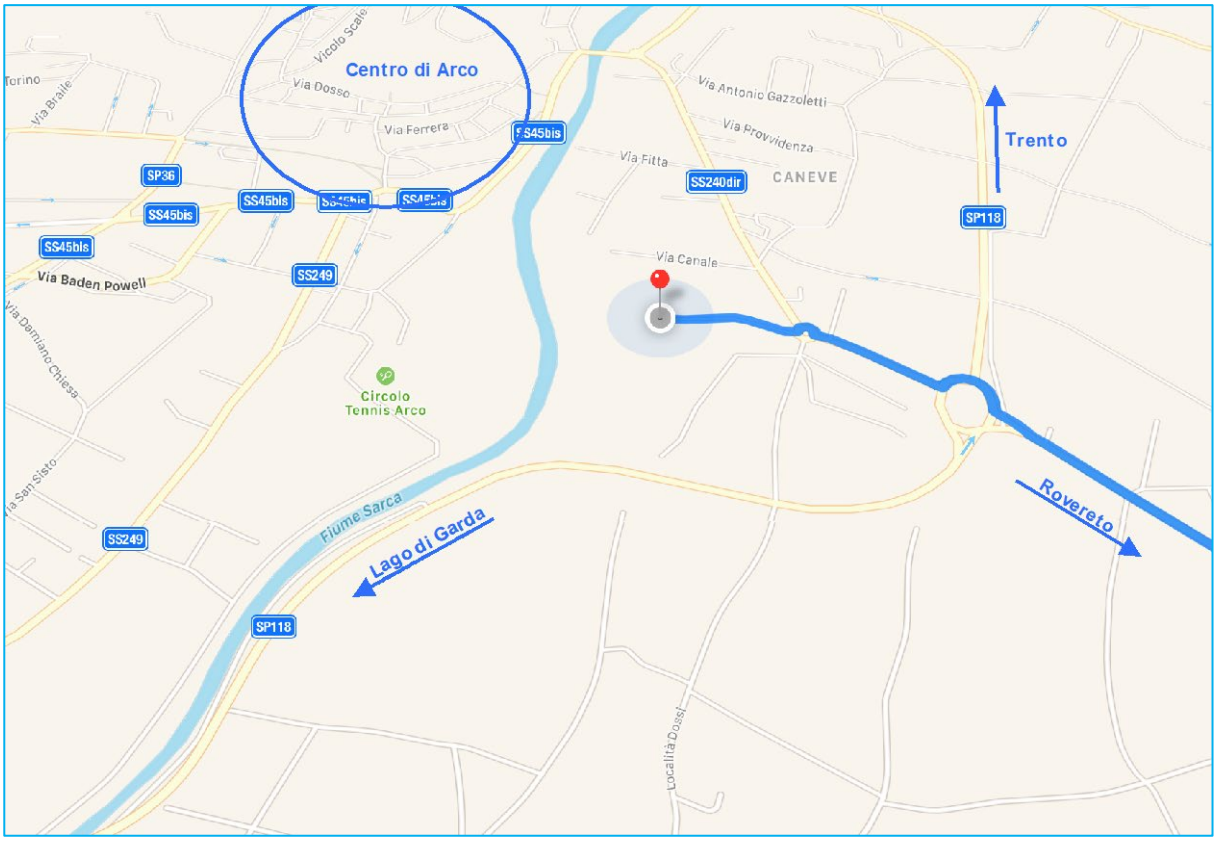
1. Einführung

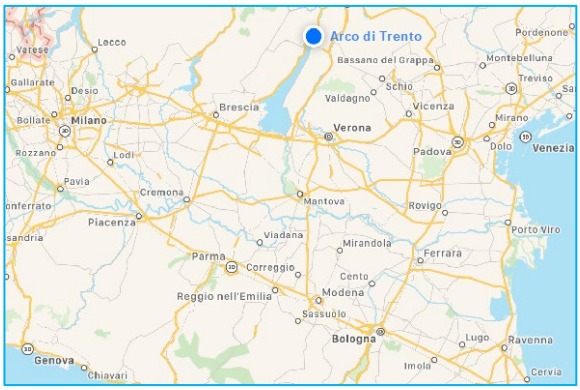
Villa San Pietro ist ein integriertes Zentrum, das sowohl das Rehabilitationszentrum „Villa San Pietro“ als auch die hochintensive therapeutische Gemeinschaft für Minderjährige und junge Erwachsene „Il Soffio“ umfasst.
Es handelt sich um zwei vollständig voneinander unabhängige operative Einheiten, die jeweils über eigene methodische, organisatorische und personelle Besonderheiten verfügen.

Die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio“ ist von der Autonomen Provinz Trient und ASUIT akkreditiert und zugelassen und verfügt über bis zu 10 Plätze für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 22 Jahren mit Verhaltensstörungen und psychischen Beeinträchtigungen.
Davon sind 5 Plätze im Rahmen einer Vereinbarung mit der Autonomen Provinz Trient vorgesehen; weitere 5 Plätze stehen Patientinnen und Patienten aus anderen Provinzen zur Verfügung.

Die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio“ ist in das Netzwerk der Gesundheitsdienste eingebunden, die der Provinzbetrieb für Gesundheitsdienste den Patientinnen und Patienten der Region anbietet.

2. Wo wir sind und wie Sie uns kontaktieren können





Villa San Pietro befindet sich in unmittelbarer Nähe des Zentrums von Arco, das über einen Fuß- und Radweg in etwa 10 Minuten erreichbar ist.

Adresse: via P. Leonardi, 6 – 38062 Arco (TN)
Kontaktdaten: tel. 0464 516789
fax. 199 161911
Website: www.villasanpietro.org

Email:

Ärztlicher Leiter der therapeutischen Gemeinschaft
direzionesanitaria.ilsoffio.vsp@codess.org
Bereichskoordinator
coordinatore.ilsoffio.vsp@codess.org
Bereichspsychologe
psicologo.ilsoffio.vsp@codess.org
Team der therapeutischen Gemeinschaft
equipe.ilsoffio.vsp@codess.org

3. Über uns

3.1 Codess Sociale

Codess Sociale ist eine Sozialgenossenschaft des Typs A, die 1979 in Venedig gegründet wurde und landesweit in den Bereichen Sozialfürsorge, Sozial- und Gesundheitswesen sowie sozialpädagogische Dienstleistungen tätig ist.

Als genossenschaftlich organisierte und nicht gewinnorientierte Einrichtung verfolgt sie das Ziel, das Gemeinwohl durch die Förderung der persönlichen Entwicklung und der sozialen Integration der Bürgerinnen und Bürger zu unterstützen. Dies geschieht durch die Erbringung sozialer, gesundheitlicher und pädagogischer Dienstleistungen.

Im Einklang mit den Bestimmungen des Gesetzes Nr. 381/91 fördert Codess Sociale zudem die soziale Integration benachteiligter Menschen durch deren Eingliederung in die Arbeitswelt.

Codess Sociale verfügt über Referenzen bei mehr als 300 öffentlichen Einrichtungen und beschäftigt landesweit über 3.500 Mitarbeitende.

3.2 Die Geschichte der Villa San Pietro

Villa San Pietro betreut seit 1993 Menschen mit psychischen Belastungen. Zu Beginn erfolgte dies dank der Arbeit der Vereinigung „Silenziosi Operai della Croce“. Im Jahr 2003 ging die Leitung der Einrichtung auf die Gesellschaft Villa San Pietro S.r.l. über, die 2010 schließlich von der Sozialgenossenschaft Codess abgelöst wurde.
Im Sommer 2016 zog Villa San Pietro in die heutige, neu errichtete Einrichtung um. Auf diesen strukturellen Wandel folgte bald eine umfassende interne Reorganisation, die im Januar 2017 mit der offiziellen Eröffnung des neuen Standorts ihren Abschluss fand.
Im Jahr 2019 wurde mit dem Provinzbeschluss Nr. 363 vom 15. März 2019 die therapeutische Gemeinschaft für Jugendliche und junge Erwachsene „Il Soffio“ eröffnet.
Ebenfalls im Jahr 2019 wurde die Zahl der akkreditierten Plätze in der Villa San Pietro erweitert; ein Teil davon wurde im Rahmen einer Vereinbarung mit der Autonomen Provinz Trient bereitgestellt.

3.3 *Unsere Vision*

„Im Entwicklungsalter behandeln, um psychische Belastungen im Erwachsenenalter zu verringern“

Die aktuellsten Daten der internationalen Fachliteratur zeigen, dass:

- etwa 75 % der psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter durch Störungen vorausgegangen sind, die bereits vor dem 18. Lebensjahr beginnen (50 % vor dem 15. Lebensjahr);
- sich die Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter häufig von jener unterscheidet, die sich später im Erwachsenenalter zeigt (heterotypische Entwicklung);

- die Bestimmung der Entwicklungsverläufe der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen einen bedeutenden präventiven Wert für die psychische Gesundheit der Bevölkerung hat.

Die jüngsten epidemiologischen Daten zeigen zudem einen starken Anstieg psychiatrischer Störungen im Entwicklungsalter. Dies betrifft sowohl „externalisierende" Störungen (ADHS, oppositionelles Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens) als auch „internalisierende" Störungen (affektive Störungen) (SINPIA, 2016).

Diese Schwierigkeiten stehen häufig im Zusammenhang mit sozialen und familiären Problemlagen. Zudem reichen ambulante oder teilstationäre Behandlungen beziehungsweise stationäre Aufenthalte während akuter Krankheitsphasen immer häufiger nicht aus. Vielmehr sind stationäre Settings erforderlich, die eine Stabilisierung besonders ausgeprägter Symptomatiken ermöglichen und Behandlungswege fördern, die auf die Entwicklung von Selbstregulation und Selbstständigkeit dieser jungen Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind, um sie auf die Wiedereingliederung in ihr gewohntes Lebensumfeld vorzubereiten.

Aus dieser Perspektive heraus entstand die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio", eine stationäre Rehabilitationseinrichtung mit zehn Plätzen, die speziell für jugendliche und junge erwachsene Patientinnen und Patienten vorgesehen sind.

3.4 Unsere *Mission*

Die *Mission* der therapeutischen Gemeinschaft „Il Soffio" lässt sich in folgenden Zielsetzungen zusammenfassen:

- **Resilienz:** Förderung der Fähigkeit, mit den Schwierigkeiten des eigenen Umfelds auf positive Weise umzugehen;
- **Recovery:** den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, ein Maß an sozialer sowie schulischer bzw. beruflicher Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen, das ihnen nach der Rückkehr in ihr soziales Umfeld die Wiederaufnahme einer aktiven, sinnvollen und subjektiv erfüllenden Rolle ermöglicht – unabhängig davon, ob eine vollständige Symptomremission erreicht wurde. Dieser Aspekt der Mission wird durch einen Recovery-Ansatz unterstützt, der die emotionale bzw. konnotative Bedeutung verschiedener Elemente im Leben der Patientin bzw. des Patienten untersucht, um die Motivation für den Behandlungsweg zu stärken;
- **Abbau von Stigmatisierung:** Überwindung kultureller Barrieren, die Misstrauen und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen fördern.

Die Konzepte der „Resilienz" und des „Recovery" haben die fachlichen Ansätze in der Neuropsychiatrie und Psychiatrie maßgeblich geprägt und bieten einen innovativen theoretischen Bezugsrahmen.
Dieser geht über eine eindimensionale klinische Sichtweise hinaus und erweitert das Verständnis der Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen um eine multiprofessionelle Perspektive. Dabei werden sie als dynamische und aktive Personen betrachtet, die sich innerhalb

eines komplexen Gefüges von Lebensbedingungen entwickeln. Dieses umfasst neben den individuellen Eigenschaften auch die Beziehungen zur Gemeinschaft sowie die sozialen Strukturen, die sie unterstützen.
In diesem Zusammenhang spielen insbesondere das Schulsystem und die soziale Einbindung eine grundlegende Rolle bei der Förderung von Resilienz.

3.5 Unser Team

Wie aus dem Organigramm hervorgeht, fördert die Organisation der Gemeinschaft für Minderjährige und junge Erwachsene die Zusammenarbeit von Fachkräften mit unterschiedlichen beruflichen Profilen. Durch deren gegenseitige Integration soll eine möglichst umfassende Betreuung gewährleistet werden.

Innerhalb jeder Einheit wird daher die Zusammenarbeit von mindestens fünf unterschiedlichen Berufsgruppen gefördert: Neuropsychiater/in, Psychologe/Psychologin, Pädagoge/Pädagogin bzw. Fachkraft für psychiatrische Rehabilitation (TeRP), Pflegefachkraft und Sozial- und Gesundheitsbetreuer/in.

3.5.1 Berufsgruppen und wichtigste Aufgaben

Ärztlicher Leiter – Facharzt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

Der Ärztliche Leiter ist für die gesundheitliche Sicherheit und die Prävention klinischer Risiken verantwortlich. Gemeinsam mit dem Koordinator beurteilt er Neuaufnahmen und Entlassungen und leitet das multiprofessionelle Team.

Zusammen mit dem Koordinator, dem Case Manager und dem Psychologen wirkt er an der Erstellung und Überprüfung des individuellen therapeutischen und rehabilitativen Plans (PTRI) sowie an der Zusammenarbeit mit dem zuweisenden Versorgungsnetzwerk mit.

Er führt klinische Gespräche und neuropsychiatrische Untersuchungen durch und ist für die in seinen Zuständigkeitsbereich fallenden Aspekte der medikamentösen Therapie und des Behandlungsplans verantwortlich.

Koordinator

Der Koordinator ist für die Organisation des Dienstes und die Sicherstellung der Dienstbesetzung verantwortlich. Gemeinsam mit dem Ärztlichen Leiter beurteilt er Aufnahmen und Entlassungen, leitet das multiprofessionelle Team und wirkt an der Erstellung und Überprüfung der PTRI sowie an der Zusammenarbeit mit dem Versorgungsnetzwerk mit.

Er koordiniert das Krisenmanagement, Debriefings, Präventionsmaßnahmen, interne Fortbildungen und Maßnahmen zur organisatorischen Verbesserung.

Psychologe und Psychotherapeut

Der Psychologe und Psychotherapeut wirkt an der Beurteilung von Neuaufnahmen sowie an der Erstellung des individuellen therapeutischen und rehabilitativen Plans (PTRI) mit.

Er führt individuell abgestimmte psychotherapeutische Behandlungen durch, beteiligt sich an der Entwicklung der Betreuungsstrategien, führt teilnehmende Beobachtungen, Beratung und psychologische Rehabilitation durch, bietet Unterstützung in Krisensituationen, leitet psychoedukative Gruppen und führt, sofern vorgesehen, Elterntrainings durch.

Fachkraft für psychiatrische Rehabilitation (TeRP) / Ergotherapeut / Gesundheitspädagoge – Case Manager

Die Fachkraft übernimmt pädagogische und rehabilitative Aufgaben und fungiert für die ihr zugewiesenen Nutzerinnen und Nutzer als Case Manager.

Sie pflegt den Kontakt mit der betreuten Person, deren Familie und dem Versorgungsnetzwerk, hält die Dokumentation auf dem aktuellen Stand und nimmt an den Teambesprechungen teil.

Innerhalb der anfänglichen Beobachtungsphase erstellt sie einen ersten CANS-Entwurf, wirkt an der Festlegung der Ziele und Maßnahmen des individuellen therapeutischen und rehabilitativen Plans (PTRI) mit, überwacht dessen Umsetzung kontinuierlich und veranlasst mindestens halbjährlich eine Aktualisierung.

Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft nimmt an den Teambesprechungen teil und gewährleistet die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden pflegerischen und gesundheitlichen Tätigkeiten: klinische Überwachung und Kontrolle der Vitalparameter, Führung der Patientenakte und Verwaltung der medikamentösen Therapie, Wundversorgung, Organisation fachärztlicher Termine, Vorbereitung der Medikamente für genehmigte Ausgänge und Heimaufenthalte sowie das Management medizinischer Notfälle.

Sozial- und Gesundheitsbetreuer (OSS)

Der Sozial- und Gesundheitsbetreuer gewährleistet die Kontinuität der Betreuung und die Beaufsichtigung, unterstützt die grundlegende Selbstständigkeit und wirkt an den rehabilitativen Aktivitäten mit.

Er beteiligt sich an der Arbeit des multiprofessionellen Teams und unterstützt den Case Manager bei der Umsetzung der im PTRI festgelegten Ziele in Bezug auf persönliche Selbstständigkeit und Alltagsbewältigung.

4. Wie wir arbeiten

4.1 Leitprinzipien

Die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio“ orientiert sich bei der Verwirklichung ihrer *Mission* an einer Reihe grundlegender Leitprinzipien, die sie zugleich auch ihren Nutzerinnen und Nutzern vermitteln möchte:

- **Gleichheit:** Allen Nutzerinnen und Nutzern werden die gleichen Leistungen ohne jegliche Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion oder politischer Überzeugung gewährleistet.
- **Unparteilichkeit:** Haltung und Verhalten der Mitarbeitenden orientieren sich an den Grundsätzen der Unparteilichkeit und Objektivität.
- **Verantwortung und Beteiligung:** Die betreute Person wird als aktiver Bestandteil bei der Planung und Überprüfung ihres eigenen Behandlungswegs betrachtet.
- **Respekt vor sich selbst und anderen:** Die Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen haben Priorität und werden zugleich im Kontext der Gruppe berücksichtigt.
- **Kontinuität:** Die kontinuierliche Betreuung und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner wird gewährleistet.
- **Wirksamkeit und Effizienz:** Die Leistungen werden mit dem kontinuierlichen Ziel erbracht, die festgelegten Ziele und erwarteten Ergebnisse zu erreichen und zugleich ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit bei den Nutzerinnen und Nutzern sowie ihren Familien zu gewährleisten.

Die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio“ nimmt die Nutzerinnen und Nutzer in einer „familiären“ Umgebung auf, in der die besondere Atmosphäre von Häuslichkeit und Alltag den Rahmen für hochspezialisierte therapeutische und rehabilitative Maßnahmen bildet.

Das Zusammenspiel eines familiär geprägten Umfelds mit therapeutischen und rehabilitativen Inhalten ermöglicht es der therapeutischen Gemeinschaft, zu einem Ort für korrigierende

Beziehungserfahrungen zu werden. Gemeint sind damit bedeutsame zwischenmenschliche Beziehungen, in denen adaptive Kommunikationsformen erprobt und erlernt werden können, sodass sie schrittweise dysfunktionale Kommunikationsmuster ersetzen.

Dieser Raum bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, bedeutsame emotionale Erfahrungen zu machen und den symbolischen, emotionalen und zwischenmenschlichen Wert des Wohnens, des Zusammenseins und des Teilens wiederzuentdecken. All dies geschieht innerhalb eines unterstützenden „Rahmens“, der diesen Erfahrungen durch Bedeutungsgebung und Interpretation Sinn verleiht und ihnen eine korrigierende therapeutische Ausrichtung gibt.

4.2 Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Recht auf Selbstbestimmung
Recht auf Behandlung und Betreuung
Recht auf Prävention und Schutz
Recht darauf, sich zu äußern und gehört zu werden
Recht auf Information und Beteiligung
Recht auf freie Meinungsäußerung und Kritik
Recht auf Wahrung der Intimsphäre und Vertraulichkeit
Recht auf Gedanken- und Religionsfreiheit

4.3 Methodische Aspekte

Zur Verwirklichung ihrer Mission richtet die therapeutische Gemeinschaft „Il Soffio“ ihre Tätigkeit nach hochspezifischen klinischen und organisatorischen Strategien aus. Diese stehen im Einklang mit den neuesten in der Fachliteratur verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und orientieren sich an den Organisationsmodellen von Referenzzentren für die rehabilitative Behandlung junger Menschen mit Verhaltensstörungen und psychischen Beeinträchtigungen.

Die allgemeine Arbeitsmethodik orientiert sich in erster Linie an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin (*EBM: Evidence-based Medicine*). Diese wurde als „Integration der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz, der klinischen Erfahrung und der Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten“ in den klinischen Entscheidungsprozess definiert (Straus, 2011).

Konkret bedeutet die Anwendung dieses Ansatzes innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft folgende Arbeitsmethodik:

- Auswahl der wichtigsten rehabilitativen Aktivitäten auf Grundlage wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweise;
- Durchführung dieser Aktivitäten nach standardisierten, manualisierten und reproduzierbaren Modellen;
- kontinuierliche Fortbildung des Personals zur Durchführung der vorgesehenen Aktivitäten;

- fortlaufende Aktualisierung der Arbeitsmethodik auf Grundlage der jeweils verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse;
- Messung von Ergebnisindikatoren zu Beginn, während und am Ende des rehabilitativen Behandlungsverlaufs.

Zur Ergänzung und Weiterentwicklung des evidenzbasierten Ansatzes geht das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft noch einen Schritt weiter und orientiert sich an den Grundsätzen der sogenannten wertebasierten Medizin (*VBM: Values-based Medicine*). Diese wurde als eine medizinische Praxis definiert, die zwar auf der EBM basiert, deren Ansatz jedoch erweitert, indem sie erstens den *Wert* der Interventionen aus Sicht der Patientin bzw. des Patienten und zweitens deren Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigt (Brown, 2005).

Dies bedeutet in erster Linie, den Entscheidungen, Wünschen und Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten größere Bedeutung beizumessen. Konkret heißt das, bereit zu sein, die von den Fachkräften als „vorrangig" angesehenen Ziele mit dem zu verbinden, was die einzelne Patientin bzw. der einzelne Patient selbst als besonders wichtig für das eigene Wohlbefinden empfindet (Fulford, 2011).

Die Anwendung dieser „Philosophie" auf die Arbeitsmethodik der therapeutischen Gemeinschaft bedeutet, jeder Patientin und jedem Patienten eine aktive Rolle bei der Ausgestaltung des eigenen Rehabilitationsplans zu ermöglichen. Dies ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine stärkere Beteiligung am Behandlungsprozess und für das Erreichen von Zielen, die auch aus subjektiver Sicht als bedeutsam erlebt werden.

4.3.1 CANS-Methode – Child and Adolescent Needs and Strengths

Die Gemeinschaft verwendet die CANS (*Child and Adolescent Needs and Strengths*) als strukturierte Methode zur multidimensionalen Bewertung und zur Unterstützung klinischer, pflegerischer und rehabilitativer Entscheidungen. Die CANS ordnet systematisch Informationen zur Funktionsfähigkeit des minderjährigen oder jungen erwachsenen Menschen, zu behandlungsbedürftigen Bereichen, zu Risikofaktoren sowie zu individuellen, familiären und umweltbezogenen Stärken.

Die CANS wird nicht als isoliertes diagnostisches Testverfahren eingesetzt und ersetzt nicht die Bewertungen der einzelnen Berufsgruppen. Vielmehr bildet sie einen gemeinsamen Bezugsrahmen, in den klinische und soziale Dokumentationen, Gespräche, Beobachtungen des Alltags, neuropsychiatrische und psychologische Einschätzungen, pflegerische und rehabilitative Aspekte sowie Informationen der zuweisenden Dienste integriert werden.

Ihr Ansatz ist handlungsorientiert: Sie ermöglicht es, zwischen Bereichen zu unterscheiden, die vorrangige Interventionen erfordern, solchen, die überwacht werden müssen, und Ressourcen, die als fördernde Faktoren im Behandlungsverlauf genutzt werden können. Auf diese Weise wird die Bewertung unmittelbar mit der Festlegung der Ziele, der Auswahl der Aktivitäten und der Überprüfung der Ergebnisse verknüpft.

Während der anfänglichen Beobachtungsphase, spätestens innerhalb von zwei Monaten, sammelt der Case Manager die verfügbaren Informationen und erstellt einen ersten CANS-Entwurf. Die Bewertung wird im multiprofessionellen Team besprochen und durch die Beiträge der verschiedenen Berufsgruppen ergänzt. Dabei werden, soweit möglich, auch die Sichtweise der Nutzerin bzw. des Nutzers, der Familie oder gesetzlichen Vertretung sowie des zuweisenden Versorgungsnetzwerks berücksichtigt.
Ein spezifisches Ziel der Anwendung der CANS bei Il Soffio besteht darin, eine gemeinsame Sprache mit den zuweisenden Diensten zu entwickeln. Die Verwendung gemeinsamer Bereiche und Kriterien erleichtert den Austausch zwischen Fachkräften unterschiedlicher Dienste, macht vorrangige Bedürfnisse, vorhandene Ressourcen und erwartete Veränderungen deutlicher und ermöglicht es, die Entwicklung des Behandlungsplans im Zeitverlauf anhand besser vergleichbarer Bezugspunkte nachzuverfolgen.
Im Rahmen von Netzwerktreffen fördert die Gemeinschaft daher den Austausch über die CANS-Bewertung und deren Aktualisierungen, damit die Bewertung die Kontinuität zwischen stationärer Behandlung, ambulanter bzw. territorialer Versorgung, der Arbeit mit der Familie und der Entlassungsplanung unterstützt.

4.4 Case management

Innerhalb des multiprofessionellen Teams übernehmen Pädagoginnen und Pädagogen sowie Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation (TeRP) die Rolle des *Case Managers* (im Folgenden *CM*). In der Regel betreut ein CM etwa zwei Patientinnen bzw. Patienten.

Die Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einem CM erfolgt bereits in einer sehr frühen Phase der Aufnahme in die Gemeinschaft, gegebenenfalls schon im Rahmen der vorbereitenden Gespräche und Besuche vor der Aufnahme. Anschließend begleitet der CM die ihm anvertraute Person bis zum Abschluss des Aufenthalts in der Einrichtung.

Die Benennung eines CM für jede Patientin bzw. jeden Patienten ist ein zentraler Bestandteil des Rehabilitationsplans. Sie ergibt sich vor allem aus der Notwendigkeit, die verschiedenen rehabilitativen Maßnahmen aufeinander abzustimmen und die unterschiedlichen Fachkräfte zu koordinieren, die an der Betreuung der jeweiligen Person beteiligt sind.

Eine der wichtigsten Aufgaben des CM besteht darin, eine tragfähige therapeutische Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten aufzubauen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, gemeinsam festzulegen, welche spezifischen Bestandteile der rehabilitativen Intervention in den jeweiligen Phasen eingesetzt werden sollen, damit der Rehabilitationsplan insgesamt wirksam im Hinblick auf die Ergebnisse, mit den Werten der Patientin bzw. des Patienten vereinbar und innerhalb des Gruppenkontexts angemessen abgestimmt ist.

Der CM nimmt somit eine aktive und zentrale Rolle im Rehabilitationsverlauf der von ihm betreuten Person ein und begleitet deren individuellen Rehabilitationsplan. Dabei fungiert er einerseits als zentrale Bezugsperson und Vermittler für die Patientin bzw. den Patienten und steht andererseits im Austausch mit den verschiedenen Fachkräften, die am Rehabilitationsprozess beteiligt sind.

Die zentrale Bedeutung des CM wird außerdem dadurch unterstrichen, dass er an Gesprächen mit den Familien und dem zuweisenden Dienst teilnimmt und innerhalb des multiprofessionellen Teams als Ansprechpartner für den Rehabilitationsplan der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten fungiert.

4.5 Rolle des interprofessionellen Teams

Alle Entscheidungen zur klinischen Betreuung und zum individuellen Rehabilitationsplan der Patientinnen und Patienten in der therapeutischen Gemeinschaft Villa San Pietro werden im Team getroffen. Das Team ist das zentrale Gremium, das die Kontinuität, Angemessenheit und Nachvollziehbarkeit der individuellen therapeutischen und rehabilitativen Behandlungsverläufe gewährleistet.
Das Team trifft sich wöchentlich und ist multidisziplinär zusammengesetzt, sodass alle beteiligten Berufsgruppen vertreten sind.
Im Rahmen der Teambesprechungen werden sowohl organisatorische Aspekte der therapeutischen Gemeinschaft insgesamt als auch die Rehabilitationspläne der einzelnen Patientinnen und Patienten erörtert. Ziel ist es, die therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zu koordinieren und mögliche kritische Aspekte gemeinsam zu besprechen.
Die Teamarbeit ist so gestaltet, dass ein interaktiver Austausch gefördert wird, bei dem alle Teilnehmenden eingeladen sind, entsprechend ihrem jeweiligen Fach- und Zuständigkeitsbereich einen Beitrag zu leisten.

4.6 Allgemeine Grundsätze der therapeutischen und rehabilitativen Arbeit bei Il Soffio

4.6.1 Gemeinsame Festlegung der Ziele mit der Nutzerin bzw. dem Nutzer

Aufgenommen zu werden bedeutet, Gehör zu finden, wahrgenommen und einbezogen zu werden – in der Gesamtheit des eigenen Fühlens, Denkens und Handelns sowie in der Besonderheit der eigenen Ausdrucksweise.

Das Verständnis der persönlichen Geschichte der aufgenommenen Person, ihrer Kompetenzen, Fähigkeiten und Schwierigkeiten, ihrer Beziehungsdynamiken sowie ihres Verhältnisses zu sich selbst und zu anderen liegt in der Verantwortung des multiprofessionellen Teams.
Das Team entwickelt Formen des internen Austauschs, die es allen Beteiligten ermöglichen, ihre Beobachtungen, Erfahrungen und Strategien einzubringen.

Aus diesem internen Austausch entsteht die gemeinsame Festlegung therapeutischer und rehabilitativer Ziele sowie der Maßnahmen, mit denen diese erreicht werden sollen.

Die Nutzerin bzw. der Nutzer sowie die Familienangehörigen oder gesetzlichen Vertreter werden in die Festlegung der Ziele einbezogen und können dabei eigene Entscheidungen treffen. Sie stimmen einer gemeinsam vereinbarten Behandlungsvereinbarung zu, die im Rahmen der Netzwerkarbeit durch die Zustimmung zu den im individuellen therapeutischen und rehabilitativen Plan (PTRI) festgelegten Zielen bestätigt wird.
Familienangehörige können außerdem in Elterntrainingsprogramme einbezogen werden.

4.6.2 Funktionale Integration

Die Art und Weise, wie die Ziele verfolgt werden, beschränkt sich nicht auf die Festlegung starrer Verfahren. Vielmehr geht es darum, wirksame Prozesse und Abläufe innerhalb des „Gemeinschaftsorganismus“ zu modulieren, zu aktivieren und miteinander in Einklang zu bringen.
In diesem Zusammenhang stellt die jeweilige Fachkraft – sei es im therapeutischen, klinischen oder rehabilitativen Bereich – ihre Kompetenz in den Dienst des „Gemeinschaftsorganismus“. Dabei unterstützt sie sowohl die „Kompetenz des Systems“, verstanden als die in der Dynamik der Gemeinschaft angelegte Fähigkeit zu therapeutischem und rehabilitativem Handeln, als auch den „Mut des Systems“, verstanden als die Fähigkeit, Veränderung zu denken und zuzulassen, die aus der Lebendigkeit der Gemeinschaft entsteht: nicht in der Angst vor Schwierigkeiten zu verharren, sondern den Blick darauf zu richten, was funktionieren kann.
Jede Fachkraft bei Il Soffio orientiert sich am Idealbild der „organisch integrierten Fachkraft“: einer Person, die mit den dynamischen Austauschprozessen des Gemeinschaftsorganismus im Einklang steht, zu deren Harmonisierung beiträgt und sie zugleich belebt.
Die Anpassung von Verfahren und Leistungen auf der Ebene des „Gemeinschaftsorganismus“ berücksichtigt auf selbstverständliche Weise die individuelle Situation der Nutzerin bzw. des Nutzers und bezieht dabei alle Besonderheiten ein, etwa die sozioökonomische Situation, den Gesundheitszustand, psychische oder körperliche Vulnerabilitäten, Ernährungsbedürfnisse, spirituelle Bedürfnisse, ethnische Besonderheiten usw.

4.6.3 Individuell angepasste Regeln

Der aufgenommene junge Mensch soll sich nicht einfach „in die Regeln einfügen“, sondern zu deren Weiterentwicklung und zur Entwicklung der Gemeinschaft als Ganzes beitragen.
Jede einzelne Identität – sowohl die eines Teammitglieds als auch die eines aufgenommenen jungen Menschen – kann sich verteidigen, sich konfrontativ verhalten und sich narzisstisch behaupten, sich dabei jedoch zugleich dem vertrauensvollen Kontakt mit anderen und der persönlichen Entwicklung verschließen. Diese Dynamiken stehen in engem Zusammenhang mit den Auseinandersetzungen um Regeln.
Die Dynamik von Macht und Kontrolle zeigt sich insbesondere in der Möglichkeit, starre und für alle gleichermaßen geltende Regeln anzuwenden. Auch wenn dies mitunter notwendig erscheinen und ein vermeintliches Gefühl von Sicherheit vermitteln kann, führen übermäßige Starrheit und die Verallgemeinerung von Regeln zugleich zu Blockaden im organischen Fluss der Gemeinschaft. Sie können Mechanismen wie Etikettierung, Stigmatisierung, ausschließende Verhaltensweisen, unbewusste Provokation und die Verfestigung komplementärer Rollen fördern – auf der einen Seite diejenigen, die Regeln auferlegen, auf der anderen diejenigen, die sie übertreten. Dadurch werden Entwicklungsprozesse blockiert und durch eine sterile Form der Überwachung ersetzt.
Il Soffio begegnet dieser Problematik, indem der Umgang mit Regeln individuell angepasst wird.
Jeder bei Il Soffio aufgenommene junge Mensch erhält ein individuell abgestimmtes und schriftlich festgehaltenes Regelwerk, das auf der Beobachtung und dem Verständnis seiner persönlichen Dynamiken und Bedürfnisse in der jeweiligen Lebensphase beruht. Regeln unterliegen daher – ebenso wie das Leben selbst – Veränderungen und Entwicklungen und sind für jede Person einzigartig.
Bei Il Soffio gelten die Regeln **NICHT für alle gleich**.

4.6.4 Gegenseitige Anpassung zwischen Gemeinschaft und Nutzer/in – gemeinsame Festlegung der Ziele mit der Nutzerin bzw. dem Nutzer

Regeln bestehen, sie sind wichtig und werden jedem jungen Menschen zugeordnet, jedoch ohne die Erwartung, dass sich unmittelbar ein messbares und greifbares Ergebnis zeigt. Dies könnte als Schwäche des Systems betrachtet werden, bildet in Wirklichkeit jedoch die Grundlage für eine gegenseitige Anpassung zwischen dem jungen Menschen und der Gemeinschaft.
Jeder junge Mensch prägt die Gemeinschaft neu, verändert sie und trägt durch den Prozess der Anpassung zu ihrer Weiterentwicklung bei. Gleichzeitig verändert auch die Gemeinschaft ihre Form, um den jungen Menschen aufzunehmen, und bietet Anpassung selbst dann an, wenn dieser dazu noch nicht in der Lage ist. Auf diese Weise vermittelt sie Flexibilität und Anpassungsfähigkeit als Antwort auf Fehlanpassung und Dysregulation, die sich in den Schwierigkeiten der aufgenommenen jungen Menschen ausdrücken.
Der junge Mensch kann auch im Hinblick auf Anpassung jeweils das einbringen, wozu er in diesem Moment in der Lage ist. Wenn sich im Laufe der Zeit keine Entwicklung im Umgang mit den Regeln zeigt, werden durch Beobachtung und Verständnis neue Möglichkeiten der gegenseitigen Anpassung gesucht.

4.6.5 Ko-Evolution

Wenn Regeln nicht mehr dazu führen, dass sich Beziehungen und individuelle Positionen verhärten, können sich sowohl alle Mitglieder des Teams als auch die aufgenommenen jungen Menschen offen auf einen Prozess persönlicher und beruflicher Weiterentwicklung einlassen.
Die therapeutische Beziehung ist weder starr noch vorschreibend und zielt nicht darauf ab, einfach etwas „beizubringen“. Vielmehr soll sie Fragen und neue Möglichkeiten eröffnen: Wo stehen wir jetzt, hier gemeinsam, in unserer Beziehung? Wohin möchten wir uns entwickeln?
Diese offene und nicht festlegende Haltung erkennt die Kompetenz der Nutzerin bzw. des Nutzers in Bezug auf die eigene Person vollständig an und stärkt die aktive Beteiligung am therapeutischen und rehabilitativen Prozess als Expertin bzw. Experte der eigenen Lebenssituation.
Der gesamte Kontext ist von Exploration geprägt; jede therapeutische Intervention ist Teil dieses Erkundungsprozesses, und der gesamte Kontext besitzt für alle Beteiligten therapeutische Bedeutung.
Es ist ein Weg gemeinsamer Entwicklung und der Suche nach Sinn – ein menschlicher und existenzieller Weg.

4.7 Fortbildung und Supervision

Damit ein hochspezialisierter Rehabilitationsweg wie der von Villa San Pietro angebotene hinsichtlich seiner Ergebnisse wirksam sein kann, ist eine angemessene Fortbildung der Mitarbeitenden unverzichtbar.
Die kontinuierliche und fachlich spezifische Weiterbildung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen ist ein zentrales Anliegen der Sozialgenossenschaft CODESS gegenüber ihren Mitarbeitenden. Derzeit wird dieses Engagement durch die Planung wöchentlicher

Fortbildungsveranstaltungen für das Personal von Villa San Pietro umgesetzt, die teilweise auch externen Teilnehmenden offenstehen.
Diese Initiative ist insbesondere angesichts der Häufigkeit und Qualität der Veranstaltungen sehr anspruchsvoll und unterstreicht unseren Anspruch, Villa San Pietro zu einem Kompetenzzentrum für die Rehabilitation psychiatrischer Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Zugleich ist sie für uns ein besonderer Grund zum Stolz.

4.8 Wir und die anderen: Vernetztes Arbeiten

Um das Ziel einer wirksamen Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in ihr soziales, schulisches und berufliches Umfeld zu erreichen, muss der Rehabilitationsprozess die innerhalb der Einrichtung durchgeführten Maßnahmen mit einer ebenso intensiven Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem lokalen Umfeld, den Familien und den zuweisenden Diensten verbinden.
Hinzu kommt das Bestreben, einen aktiven Austausch mit universitären Einrichtungen aufrechtzuerhalten. Die entsprechenden Kooperationen dienen der Fort- und Weiterbildung des Personals sowie der kontinuierlichen Anpassung der klinischen und rehabilitativen Praxis an den Fortschritt der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem Bereich.

5. Zugang zu unseren Leistungen

5.1 An wen wir uns richten

Der Aufenthalt in der Gemeinschaft „Il Soffio“ ist als eine Phase innerhalb eines umfassenderen Behandlungs- und Betreuungsprozesses durch die territorialen neuropsychiatrischen und psychiatrischen Dienste zu verstehen. Eine wirksame Koordination mit diesen Diensten ist daher von grundlegender Bedeutung, um einerseits diejenigen Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die am meisten von diesem Behandlungsweg profitieren können, und andererseits den Aufenthalt bei „Il Soffio“ mit den vorausgehenden und nachfolgenden Phasen des Behandlungsverlaufs abzustimmen.

Die Dauer des Aufenthalts variiert je nach Einzelfall und kann bis zu maximal 12 Monate betragen, mit der Möglichkeit einer Verlängerung.

Die Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten in die therapeutische Gemeinschaft erfolgt stets auf Vorschlag eines territorialen neuropsychiatrischen oder psychiatrischen Dienstes und nach vorheriger Genehmigung des stationären Behandlungsprojekts durch die UVM.

Der Zugang zur Einrichtung kann im Anschluss an die Entlassung aus einer Krankenhausabteilung erfolgen, beispielsweise aus einer Abteilung für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (NPI) oder einem psychiatrischen Diagnose- und Behandlungsdienst (SPDC), durch Verlegung aus einer anderen stationären Einrichtung oder als Neuaufnahme direkt aus dem häuslichen Umfeld.

Da die in unserer Einrichtung angebotene rehabilitative Behandlung hochspezialisiert und auf eine bestimmte Patientengruppe ausgerichtet ist, wurden zur Gewährleistung einer möglichst

homogenen klinischen Zusammensetzung der aufgenommenen Patientinnen und Patienten spezifische Ein- und Ausschlusskriterien für den angebotenen Behandlungsweg festgelegt.

Diese Kriterien werden dem zuweisenden Dienst zu Beginn der Zusammenarbeit mit unserer Einrichtung mitgeteilt und vor jeder Aufnahme im Rahmen vorbereitender Gespräche mit der Patientin bzw. dem Patienten und den zuständigen Bezugspersonen erneut geprüft.

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 13 und 22 Jahren;
- psychiatrische Erkrankung in einer subakuten oder anderweitig stabilisierten Phase;
- erheblicher Verlust sozialer und/oder schulischer bzw. beruflicher Fähigkeiten infolge der psychiatrischen Erkrankung;
- realistische Aussicht, diese Fähigkeiten im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms wiederzuerlangen;
- Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten zur Aufnahme in die Einrichtung;
- Bereitschaft des zuweisenden Dienstes, eine kontinuierliche Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten und bei möglichen akuten Verschlechterungen die weitere Versorgung zu übernehmen.

Ausschlusskriterien:

- psychiatrische Erkrankung in einer akuten Phase;
- hohes Risiko eines Verstoßes gegen gegebenenfalls von der Justizbehörde angeordnete Sicherheitsmaßnahmen;
- primäre Diagnose einer aktuell bestehenden Alkohol- oder Substanzgebrauchsstörung;
- Behinderung infolge einer intellektuellen Beeinträchtigung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung;
- unzureichende Kenntnisse der italienischen Sprache.

5.2 Wie ein Behandlungsweg bei Il Soffio beginnt

PHASE 1 – Vorschlag zur Aufnahme durch einen territorialen psychiatrischen Dienst

Nachdem überprüft wurde, dass die Patientin bzw. der Patient die zuvor beschriebenen Kriterien erfüllt, wird der zuweisende Dienst gebeten, einen ausführlichen Bericht zu übermitteln. Dieser soll neben den klinischen Informationen auch die Ziele der Zuweisung sowie die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts enthalten.

PHASE 2 – Prüfung der Angemessenheit des Aufnahmeantrags

Nach Eingang des ausführlichen Berichts zur Vorstellung des Falls wird dieser im Team unter Beteiligung des Ärztlichen Leiters, des Bereichskoordinators und des Psychologen besprochen.

PHASE 3 – Direkte Beurteilung der Patientin bzw. des Patienten

Wenn sich nach Prüfung der eingereichten Unterlagen bestätigt, dass unsere Einrichtung für die vorgeschlagene Patientin bzw. den vorgeschlagenen Patienten geeignet ist, wird in der Regel ein persönliches Treffen in unserer Einrichtung vereinbart.
Die Patientin bzw. der Patient wird eingeladen, die Einrichtung in Begleitung einer Fachkraft des zuweisenden Dienstes und nach Möglichkeit auch einer nahestehenden Angehörigen bzw. eines nahestehenden Angehörigen zu besuchen.

PHASE 4 – Aufnahme in die Warteliste

Wenn der Aufnahme nichts entgegensteht, wird die Patientin bzw. der Patient auf die Warteliste gesetzt.
Die Priorität der Aufnahme richtet sich nach festgelegten Kriterien in folgender Reihenfolge: Dringlichkeit aufgrund klinischer Faktoren, Dringlichkeit aufgrund rechtlicher Faktoren, Dringlichkeit aufgrund sozialer Faktoren, Dauer der Wartezeit auf der Liste (Patientinnen und Patienten mit längerer Wartezeit werden bevorzugt) sowie Alter (jüngere Patientinnen und Patienten werden bevorzugt).

PHASE 5 – Mitteilung über die Verfügbarkeit eines Aufnahmeplatzes

Sobald ein Platz verfügbar ist, nehmen der Ärztliche Leiter und der Bereichskoordinator Kontakt mit dem zuweisenden Dienst auf, um den Aufnahmetermin zu vereinbaren und mitzuteilen, welche persönlichen Gegenstände und Unterlagen die Patientin bzw. der Patient bei der Aufnahme in die Einrichtung mitbringen soll.

6. Was wir anbieten

6.1 Individuelle therapeutische und rehabilitative Pläne (PTRI)

In einer frühen Phase nach der Aufnahme in die Einrichtung wird für jede Patientin bzw. jeden Patienten in Abstimmung mit dem zuweisenden Dienst ein individueller therapeutischer und rehabilitativer Plan (PTRI) erstellt.
Dieser legt zunächst die Ziele des Rehabilitationsverlaufs fest und bestimmt, ausgehend von den Funktionsbereichen, in denen rehabilitatives Training erforderlich ist, welche konkreten rehabilitativen Maßnahmen am besten geeignet sind, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.
Das grundlegende Prinzip bei der Erstellung des PTRI in der therapeutischen Gemeinschaft ist die **„Co-Produktion“**, also die gemeinsame Beteiligung von Fachkraft und Nutzerin bzw. Nutzer an der Festlegung der zu erreichenden Ziele und der Strategien, mit denen diese umgesetzt werden sollen.
MASSNAHMEN: Für jedes Ziel muss die vorgesehene Interventionsstrategie, mit der der Veränderungsprozess unterstützt werden soll, klar festgelegt und detailliert beschrieben werden.
VERANTWORTLICHE: Für jedes Ziel muss eindeutig festgelegt werden, wer in erster Linie für die Durchführung der geplanten Maßnahmen verantwortlich ist. In der Regel ist dies der Case Manager.
ZEITRAHMEN: Für jedes Ziel muss genau angegeben werden, welcher Zeitraum voraussichtlich erforderlich ist, damit die angestrebte Veränderung eintreten kann. Dies dient auch dazu, den Zeitpunkt festzulegen, zu dem das Ergebnis erneut überprüft werden soll. Die Ziele können grundsätzlich in kurzfristige Ziele (1–3 Monate), mittelfristige Ziele (3–6 Monate) und langfristige Ziele (6–24 Monate) unterteilt werden.
Nach seiner Erstellung wird der PTRI, soweit möglich, von der Patientin bzw. dem Patienten selbst mit Unterstützung des Case Managers dem multiprofessionellen Team vorgestellt.
Anschließend wird er zusammen mit der nachfolgenden Bewertung und der grafischen Darstellung der eingesetzten operativen Instrumente an den zuweisenden neuropsychiatrischen Dienst sowie, sofern vorhanden, an die jeweilige Bezugsperson aus der Familie übermittelt.

6.1.1 Anwendung der CANS auf die PTRI

Die CANS bildet eine der strukturierten Grundlagen für die Erstellung des PTRI: Die ermittelten Bedürfnisse fließen in die Festlegung der therapeutischen und rehabilitativen Prioritäten ein, während vorhandene Stärken und Ressourcen als Ansatzpunkte für die Formulierung realistischer und bedeutsamer Ziele genutzt werden.

Die Ziele werden im PTRI in konkrete Maßnahmen, klar zugeordnete fachliche Verantwortlichkeiten, Umsetzungszeiträume und Überprüfungskriterien übersetzt. Bei der Erstellung wird weiterhin das Prinzip der Co-Produktion mit der Nutzerin bzw. dem Nutzer beibehalten und es werden klinische, psychologische, pädagogisch-rehabilitative und pflegerische Beiträge integriert.

Der Case Manager überwacht den PTRI kontinuierlich. Im Rahmen der Überprüfungen des Plans wird die CANS erneut herangezogen, um die Entwicklung der Bedürfnisse und Ressourcen zu dokumentieren, die Erreichung der Ziele zu überprüfen und bei Bedarf Prioritäten, Aktivitäten und Strategien neu festzulegen.

Der PTRI wird mindestens alle sechs Monate aktualisiert und vorzeitig angepasst, wenn klinische, funktionale, familiäre oder kontextbezogene Veränderungen dies erforderlich machen.

Die CANS-Zusammenfassung und die Aktualisierungen des PTRI werden im Austausch mit dem zuweisenden Dienst genutzt, um eine gemeinsame Sprache zwischen der Gemeinschaft und dem territorialen Versorgungsnetzwerk zu festigen und die Kontinuität zwischen Bewertung, Intervention, Ergebnis und Entlassung nachvollziehbarer zu machen.

6.2 Rehabilitative Aktivitäten

Während des Aufenthalts in der Einrichtung wird den Patientinnen und Patienten ein hochgradig individualisiertes und integriertes Angebot bereitgestellt. Dazu gehören die klinische und pharmakologische Überwachung, individuelle Psychotherapie, Rehabilitation, Ergotherapie, Interventionen mit Familienangehörigen (sofern mit dem zuweisenden Versorgungsnetzwerk abgestimmt), Training alltagspraktischer Fähigkeiten, Training sozialer Kompetenzen sowie Aktivitäten zur sozialen Wiedereingliederung mit expressiver, kultureller, freizeitbezogener und sportlicher Ausrichtung.

Die angebotenen Aktivitäten werden in ihren Grundzügen jährlich im Rahmen der Überprüfung der Tätigkeiten geplant, anschließend halbjährlich überprüft und in einem wöchentlichen Kalender organisiert.

Die angebotenen rehabilitativen Aktivitäten lassen sich in Einzelaktivitäten, die mit Unterstützung bzw. unter Begleitung des Case Managers durchgeführt werden, und Gruppenaktivitäten unterteilen. Letztere finden überwiegend im Rahmen der Werkstätten der Einrichtung nach einem wöchentlichen Programm statt. Auf Grundlage des PTRI wird jeder Patientin bzw. jedem Patienten die Teilnahme an einer bestimmten „Auswahl“ von Gruppenaktivitäten vorgeschlagen. Diese Auswahl erfolgt nach einer Einschätzung des multiprofessionellen Teams, bei der sämtliche therapeutischen und rehabilitativen Ziele sowie diejenigen Interventionen berücksichtigt werden, die als besonders passend und wirksam angesehen werden.

Um eine möglichst weitgehende Individualisierung der Aktivitäten zu gewährleisten, wurden diese in drei Gruppen bzw. Kategorien unterteilt:

- **ADAPTIVE SKILLS:** Aktivitäten zur Förderung grundlegender Selbstständigkeits- und Alltagskompetenzen;
- **LIFE SKILLS:** Aktivitäten zur Förderung sozialer Kompetenzen und solcher Fähigkeiten, die für die Integration in die Komplexität des bio-psycho-sozialen Umfelds hilfreich sind;
- **BODILY SKILLS:** Aktivitäten zur Förderung des Wohlbefindens und einer positiven Beziehung zum eigenen Körper.

Die Anzahl der Teilnehmenden an den einzelnen Aktivitäten variiert entsprechend den gemeinsam vom Team und der Patientin bzw. dem Patienten getroffenen Entscheidungen. Dabei wird ein Gleichgewicht zwischen persönlichen Wünschen und Motivationen sowie der rehabilitativen Zweckmäßigkeit angestrebt.

Die Tabelle führt die wichtigsten Aktivitäten ab Juni 2022 auf. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da individualisierte Aktivitäten bei Bedarf gezielt geplant und ad hoc entwickelt werden können, wenn spezifische therapeutische bzw. rehabilitative Erfordernisse festgestellt werden.

ADAPTIVE SKILLS	LIFE SKILLS	BODILY SKILLS
Kochworkshop **Wöchentlich**	**Life Skills Training Gruppe**, geleitet von TeRP Alessia und dem Psychotherapeuten Daniele seit Oktober 2022. Das übergeordnete Ziel der Aktivität besteht darin, die persönlichen, zwischenmenschlichen und emotionalen Kompetenzen der Jugendlichen zu fördern und weiterzuentwickeln. Dadurch sollen ihre Anpassungsfähigkeit verbessert, eine größere Selbstständigkeit gefördert und ihr Entwicklungsprozess hin zu einem stabileren psychischen und sozialen Wohlbefinden unterstützt werden. Als Leitfaden wird das Handbuch *„Educare le Life Skills – Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'OMS“* von P. Marmocchi, C. Dall'Aglio und M. Zannini verwendet. **Wöchentlich**	***„Veleggiando – Diversamente vela“***, Segelaktivität bei der Fraglia Vela in Riva del Garda von Juni bis September 2025. Das Projekt zielt auf die soziale Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ab und nutzt dabei das Element Wasser als Ressource. Erfahrungen aus anderen Einrichtungen zeigen, dass Sport – insbesondere Aktivitäten im Zusammenhang mit Wasser und Segeln – ein wirksames Instrument der Integration sein kann, das die Teilhabe und die Lebensqualität der Beteiligten verbessert. **Wöchentliche Segelausfahrten bei geeigneten Wetterbedingungen.**
Backworkshop **Wöchentlich**	**Gruppe „EmozionAbile“**, geleitet von TeRP Laura, TeRP Roberta und TeRP Teresa von Mai bis Oktober 2025. Die allgemeinen Ziele der Gruppe bestanden in der Förderung eines bewussteren Umgangs mit Emotionen und den damit verbundenen Verhaltensweisen. Als Leitfaden wurden die folgenden Handbücher verwendet: „Das ABC der Emotionen. Programm zur sozial-emotionalen Kompetenzförderung nach dem REBT-Modell“ und „Leitfaden für die emotionsfokussierte Einzeltherapie“. **Wöchentlich**	**Schwimmen** im städtischen Schwimmbad von Arco – Prabi Aqua Park. **Wöchentlich** **Aktive Vereinbarung**
Begleitung und Unterstützung bei Körperpflege und Kleidung	**Atelier**, geleitet von TeRP Anna Rita seit August 2025.	Ausflug in den Schnee zum **NEVELAND-Park** in Lavarone

Täglich	Das Hauptziel der Gruppe besteht darin, die Fähigkeit zur Selbsterkundung zu fördern, das eigene Bewusstsein zu stärken und zu einem besseren psychischen und körperlichen Wohlbefinden beizutragen. Dabei werden Gefühle und Emotionen mithilfe künstlerischer Materialien und kreativer Ausdrucksformen bearbeitet. Auf diese Weise wird zugleich die Entwicklung von Empowerment unterstützt. **Wöchentlich**	(Snowtubing und Rodeln) – 18. Januar 2025 und 16. Februar 2025. Schneeausflug in das **Skigebiet Folgaria** (Ski und Snowboard) sowie zum **Palaghiaccio** (Eislaufen).
	„Non solo social“, durchgeführt von der Pädagogin Orietta, TeRP Sofia, TeRP Anna Rita und dem Psychotherapeuten Daniele von März bis Mai 2025. Das übergeordnete Ziel des Projekts bestand darin, logische Kompetenzen sowie kognitive und künstlerische Fähigkeiten zu fördern, indem die Jugendlichen dazu angeregt wurden, ihr Mobiltelefon vielseitiger und bewusster zu nutzen und sich nicht hauptsächlich auf soziale Netzwerke zu beschränken.	**Spaziergänge und Ausflüge in der Umgebung** – Schloss Arco, Wanderweg Busatte–Tempesta, Schutzhütte San Pietro
Begleitung und Unterstützung bei der Zimmerpflege (Reinigung, Aufräumen und Wäschepflege) **Täglich**	**„Le Vie degli Asini“**, von Juni bis August 2025 in Ballino (TN), mit insgesamt 6 Einheiten im zweiwöchentlichen Rhythmus. Das Projekt besteht bereits seit dem Sommer 2022. Das Hauptziel dieses Projekts im Bereich der tiergestützten Interventionen (IAA – Interventi Assistiti con gli Animali) besteht darin, einen alternativen sozialen und emotionalen Erfahrungsraum zu schaffen. Dadurch soll die empathische Beziehung zwischen dem eigenen Selbst und anderen gestärkt, Freude am Sein und Handeln gefördert, die eigene Erfahrung in ihren verschiedenen zeitlichen Dimensionen miteinander verbunden und auch die durch die Erkrankung bedingte Verletzlichkeit integriert werden. Ein übergeordnetes Ziel der Intervention besteht darin, einen	**Sportliche Aktivitäten**, die von den einzelnen Nutzerinnen und Nutzern ausgewählt werden (Kickboxen, klassischer und moderner Tanz, Reiten, Judo, Radfahren usw.)

	positiven Kontakt zu den Tieren und zur Atmosphäre des ländlichen Umfelds zu fördern, sodass jede Person Wohlbefinden erleben und sich mit ihren individuellen Besonderheiten ausdrücken kann. Ein weiteres wesentliches Ziel ist es, die Beziehung zum Tier zu nutzen, um bereits vorhandene Fähigkeiten zu festigen, neue Erfahrungen zu ermöglichen und dadurch neue Kompetenzen zu entwickeln. Auf diese Weise soll das Selbstbild sowie die Wahrnehmung der eigenen Person in Beziehung zu anderen erweitert werden. **Das Projekt wird seit 2023 vom Rotary Club Riva del Garda unterstützt.**	
Tägliche Aufgaben wie Reinigung und Aufräumen des Speisesaals, Tischdecken und Abräumen, Ordnung im Gemeinschaftsraum sowie Müllentsorgung. **Täglich, im wöchentlichen Wechsel**	**Freizeitausflüge am Wochenende** (Märkte, See, Einkäufe usw.)	
Gartentherapeutische Aktivitäten im Gemeinschaftsgarten	**Nachmittags- und Abendausflüge** zu lokalen Veranstaltungen (Festa dello Sport, Festa di S. Anna, Arco Slow usw.)	
	Zusammenarbeit mit dem Verein **„I Lari“** – Tätigkeit als Empfangshostess während der Veranstaltung *Festival Atipicamente* (April 2025). Das Projekt wurde für drei Bewohnerinnen der Gemeinschaft entwickelt, die Interesse daran hatten, eine praktische Lernerfahrung zu sammeln sowie bestehende Kompetenzen zu festigen und neue Fähigkeiten zu erwerben, die für eine schrittweise soziale und berufliche Eingliederung hilfreich sind.	
	Besuch der Theateraufführung *„Come nasce una storia d’amore?“* („Wie entsteht eine Liebesgeschichte?“), einer Informations- und Präventionsveranstaltung zum Thema	

	geschlechtsspezifische Gewalt, die am 7. März 2025 im PalaVela in Riva del Garda stattfand.	
	Teilnahme an Aktivitäten und Abendveranstaltungen im **Cantiere 26** (Vorführung des Dokumentarfilms *„No Other Land“*, Cantiere Arcade).	
	Teilnahme an der Buchvorstellung von *„Ero un bullo“* von Andrea Franzoso, die am 22. Oktober 2025 im Palazzo dei Panni in Arco stattfand, sowie **wöchentliche Lektüre und Diskussion des Buches** ab November 2025.	
	Bowlingausflüge zum **Affi Playcenter** – 26. September 2025, 25. Oktober 2025 und 21. November 2025.	
	Ausflug nach **Gardaland** – 5. Juni 2025.	
	Teilnahme am kommunalen Projekt für aktive Bürgerschaft *„Ci Sto? Affare fatica!“* – Sommer 2025	

6.3 Therapeutische Aktivitäten

Die Einrichtung sieht regelmäßige, wöchentlich geplante Anwesenheitszeiten eines Neuropsychiaters sowie eines Psychologen und Psychotherapeuten vor. Die Häufigkeit der Anwesenheit gewährleistet, dass mit beiden Fachpersonen mindestens einmal pro Woche ein Gespräch mit den Patientinnen und Patienten stattfinden kann.
Dadurch können der klinische Zustand und die medikamentöse Behandlung regelmäßig überwacht werden. Darüber hinaus kann der Patientin bzw. dem Patienten, sofern dies im PTRI vorgesehen ist, eine individuelle psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.

6.4 Weitere Dienstleistungen

Neben den rehabilitativen Aktivitäten bietet Villa San Pietro eine Reihe ergänzender Dienstleistungen an, die das Gesamtangebot der Einrichtung vervollständigen.

Insbesondere:

- **Verpflegung:** Die Mahlzeitenversorgung richtet sich nach den Ernährungsbedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner.
- **Wäscherei, Bügelservice und Garderobe:** Für die Hauswäsche steht ein externer Wasch-, Wechsel- und Bügelservice zur Verfügung. Die Wäschepflege der Patientinnen und Patienten

wird hingegen innerhalb der Einrichtung durchgeführt und ist integraler Bestandteil des Rehabilitationsplans.

- **Reinigung und Desinfektion:** Es werden täglich sorgfältige Reinigungsmaßnahmen sowie in regelmäßigen Abständen umfassende Sanierungs- und Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt.
- **Turnhalle:** Villa San Pietro verfügt über eine großzügige Turnhalle für Übungen mit dem eigenen Körpergewicht. Dort finden regelmäßig verschiedene Kurse statt, die teilweise auch der örtlichen Bevölkerung offenstehen.
- **Garten:** Die Einrichtung ist auf drei Seiten von einem großen internen Garten umgeben, der den Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung steht.
- **Geldverwahrung:** Kleine Geldbeträge werden nach den mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und gegebenenfalls mit der gesetzlichen Betreuungsperson vereinbarten Modalitäten verwahrt und verwaltet.
- **Transport:** Bei notwendigen fachärztlichen Untersuchungen wird den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Transportdienst zu den nächstgelegenen Gesundheitseinrichtungen gewährleistet.
- **Sicherheitssystem:** Jeder Schlafplatz und jedes Badezimmer ist mit einem akustischen und optischen Rufsystem ausgestattet, das per Knopfdruck aktiviert werden kann und die Bewohnerinnen und Bewohner mit den besetzten Dienststellen verbindet.
- **Rezeption und Sekretariat:** Die Rezeption nimmt eingehende Anrufe entgegen und empfängt Besucherinnen und Besucher. Auf Wunsch übernimmt das Sekretariat zudem kleinere administrative Aufgaben für die Patientinnen und Patienten und sorgt für die Zustellung der an die Bewohnerinnen und Bewohner gerichteten Post.
- **Medikamente:** Die Kosten der medikamentösen Therapien werden größtenteils von Villa San Pietro übernommen. Nur in seltenen Fällen ist eine Kostenbeteiligung der Patientin bzw. des Patienten an den vorgesehenen Zuzahlungen erforderlich.

6.5 Kontinuität der Betreuung

Die Kontinuität der Betreuung wird den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche gewährleistet. Während der Nacht und an Feiertagen ist für jede Schicht eine entsprechende personelle Besetzung sichergestellt: tagsüber 1 Sozial- und Gesundheitsbetreuer (OSS) sowie 2 Pädagoginnen/Pädagogen bzw. Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation (TeRP); nachts 1 OSS sowie 1 Pädagoge/Pädagogin bzw. TeRP in Rufbereitschaft. Bei klinischen Notfällen orientiert sich das diensthabende Personal an einem festgelegten Handlungsprotokoll und kann zusätzlich auf die Unterstützung der Mitarbeitenden der anderen Teams von Villa San Pietro zurückgreifen.

Tagsüber, von Montag bis Freitag, sind zu festgelegten Zeiten täglich folgende Fachkräfte anwesend: der Teamkoordinator, die Pflegefachkraft des Teams und der Psychologe. Der Kinder- und Jugendneuropsychiater, der zugleich die Funktion des Ärztlichen Leiters ausübt, ist in der Regel an drei verschiedenen Terminen pro Woche zu festgelegten Zeiten in der Einrichtung anwesend. Der

Einrichtungskoordinator ist an Werktagen grundsätzlich täglich vor Ort. Der Psychologe ist üblicherweise an vier verschiedenen Terminen pro Woche anwesend. Ergänzt wird dieses Team durch externe Mitarbeitende sowie durch das Personal der Einrichtung, das für Sekretariat, Küche und Reinigung zuständig ist.

Für allgemeinmedizinische Anliegen werden die Patientinnen und Patienten von einem niedergelassenen Hausarzt betreut, dem sie bei ihrer Aufnahme in die Einrichtung zugewiesen werden. Dieser kommt regelmäßig in die Einrichtung, um routinemäßige ärztliche Untersuchungen durchzuführen.

7 Managementsysteme für Qualität, Umwelt und soziale Verantwortung

Codess Sociale verfügt seit 2004 über ein eigenes Qualitätsmanagementsystem und erhielt im Februar 2005 die Zertifizierung nach UNI EN ISO 9001:2008 durch die Zertifizierungsstelle UNITER.

Im Jahr 2018 übernahm die Organisation die neue Fassung der Norm und erhielt, wiederum durch dieselbe Zertifizierungsstelle, die Zertifizierung nach UNI EN ISO 9001:2015 (Zertifikat Nr. 584).

Im Laufe der Jahre führte die Anwendung verschiedener Normen Codess Sociale zu einer Politik der Integration der Managementsysteme sowie zu einer fortlaufenden Aktualisierung der angewandten Standards und der entsprechenden Zertifizierungen. Zu den derzeitigen Zertifizierungen gehören:

- **SA 8000:2014** (Zertifikat Nr. SA-184), ausgestellt von RINA, im Bereich des Managements sozialer Verantwortung;
- **ISO 14001:2015** (Zertifikat Nr. 70), ausgestellt von UNITER, im Bereich des Umweltmanagements;
- **UNI 10881:2013** (Zertifikat Nr. 084), ebenfalls ausgestellt von UNITER, im Bereich der stationären Betreuung älterer Menschen;
- **UNI 11034:2003** (Zertifikat Nr. 085), im Bereich des Managements frühkindlicher Bildungsdienste.

Darüber hinaus hat Codess Sociale ein Organisations- und Managementmodell gemäß den Bestimmungen des italienischen Gesetzesdekrets Nr. 231/2001 eingeführt.

Codess Sociale verfügt über einen eigenen Qualitätsbereich, der kontinuierlich mit allen anderen Bereichen der Leitung, des Personals und des Managements zusammenarbeitet, Informationen sammelt und Impulse zur Verbesserung sowie zur Bewertung der Qualität der geleisteten Arbeit gibt.
Das Qualitätsmanagementsystem ist in drei verschiedene Ebenen gegliedert:
1. Systeminstrumente: bereichsübergreifende Dokumentation, die für sämtliche Dienstleistungsbereiche von Codess Sociale gilt, wie beispielsweise das Qualitätshandbuch, allgemeine Verfahren und bestimmte standardisierte Formulare zur gemeinsamen Nutzung.

2. Bereichsinstrumente: Dokumentation, die speziell für den Bereich Psychiatrie gilt, jedoch einrichtungsübergreifend in den verschiedenen zu diesem Bereich gehörenden Strukturen von Codess Sociale Anwendung findet. Dazu zählen beispielsweise operative Verfahren, Arbeitsanweisungen, Formulare, Fragebögen zur Zufriedenheitserhebung, Aufgabenbeschreibungen sowie weitere Instrumente zur Verbesserung der Leistungserbringung und zur Sicherung der Qualität des Angebots.
3. Dienstleistungsinstrumente: Dokumente, die innerhalb der einzelnen Einrichtungen entsprechend deren jeweiligen spezifischen Merkmalen und Erfordernissen erstellt werden.

Codess Sociale hat außerdem ein System für Anregungen und Beschwerden eingerichtet, mit dem Ziel, mögliche Leistungsdefizite oder Verstöße gegen die in der eigenen Qualitätspolitik festgelegten Grundsätze zu melden. Gleichzeitig ermöglicht dieses System einen Überblick über die allgemeine Entwicklung der Qualitätsziele, die zur kontinuierlichen Verbesserung der angebotenen Dienstleistungen festgelegt wurden.
Um die Wirksamkeit und Effizienz der von Villa San Pietro angebotenen Leistungen konkret nachvollziehbar zu machen, gewährleistet das interne Qualitätsmanagementsystem eine kontinuierliche Überwachung der durchgeführten Tätigkeiten. Die Bewertung erfolgt mithilfe verschiedener Instrumente, wie in der folgenden Tabelle dargestellt.

Prozess	Qualitätsfaktoren	Qualitätsindikatoren	Qualitätsstandards
Bewertung einer Neuaufnahme	Angemessenheit der Aufnahme	Festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien	Überprüfung der Fallvorstellungsberichte der Patientinnen und Patienten im Team; anschließende direkte Beurteilung der Patientin bzw. des Patienten
	Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten zur Aufnahme	Informationsmaterial (Dienstleistungscharta); Bewertungsbogen zum Aufnahmevorschlag	Bereitstellung des Informationsmaterials; Vorstellung der Einrichtung gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten im Rahmen eines Vorgesprächs vor der Aufnahme; gemeinsame Unterzeichnung des Bewertungsbogens zum Aufnahmevorschlag durch die Patientin bzw. den Patienten, die Familienangehörigen, die Fachkraft des zuweisenden Dienstes und den Ärztlichen Leiter.
Aufnahme	Individuell gestaltete Aufnahme und Begrüßung	Aufnahmeverfahren	Begleitung auf das Zimmer durch ein Mitglied des Teams; vorbereitende Ausstattung des Zimmers mit einem personalisierten Namensschild der Nutzerin bzw. des Nutzers; Vorstellung der Organisation und Abläufe der Einrichtung.
	Klinische Beurteilung bei der Aufnahme	Erhebungs- und Abgleichformular	Neuropsychiatrische fachärztliche Beurteilung innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme; Ausfüllen des Erhebungs- und Abgleichformulars bei der Eröffnung der Patientenakte.
Aufenthalt	Individuell abgestimmte Betreuung	Case Management	Zuweisung eines Case Managers innerhalb der ersten Woche nach der Aufnahme
		Multidimensionale Bewertung	CANS: erste Bewertung innerhalb der anfänglichen Beobachtungsphase; gemeinsame Besprechung im Team und Verwendung bei den Aktualisierungen des PTRI
		Individueller therapeutischer und rehabilitativer Plan (PTRI)	Festlegung auf Grundlage der multidimensionalen Bewertung; kontinuierliche Überwachung und Aktualisierung mindestens alle sechs Monate
	Nachvollziehbarkeit der Informationen zum Verlauf des Rehabilitationsprozesses	Elektronische Patientenakte	Dokumentation jeder rehabilitativen Aktivität auf Gruppenebene sowie auf Ebene der einzelnen Nutzerin bzw. des einzelnen Nutzers
	Regelmäßigkeit der neuropsychiatrischen Untersuchungen	Anwesenheit des Neuropsychiaters	Gewährleistung der Anwesenheit des Psychiaters in der Einrichtung mit mindestens 2–3 Terminen pro Woche

	Abwechslungsreicher Speiseplan	Strukturierter Speiseplan mit Variationen auf Wunsch	Frühstücksbuffet; vierwöchiger Speiseplan-Zyklus; getrennte Sommer- und Wintermenüs; Möglichkeit individueller Abweichungen; vegetarisches Menü auf Wunsch verfügbar.
Entlassung	Koordination mit dem zuweisenden Dienst und den zuständigen Bezugspersonen	Integration des Aufenthalts in der Einrichtung mit den nachfolgenden Phasen des Behandlungsverlaufs	Treffen oder telefonischer Austausch mit den zuständigen Ansprechpartnern des zuweisenden Dienstes und den jeweiligen Bezugspersonen in den Wochen unmittelbar vor der Entlassung; ausdrückliche Benennung der Faktoren im Entlassungsbericht, die eine Fortsetzung des Rehabilitationsprozesses nach der Entlassung unterstützen.
	Informationen bei der Entlassung	Entlassungsbericht an den zuständigen territorialen kinder- und jugendneuropsychiatrischen Dienst (NPI)	Aushändigung des Entlassungsberichts an die Patientin bzw. den Patienten zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung; dieser enthält die klinischen und psychometrischen Ergebnisse des Aufenthalts.
	Möglichkeit, eine Kopie der Patientenakte zu erhalten	Anzahl der Tage zwischen dem Eingang des formellen Antrags und der Herausgabe der Patientenakte	Aushändigung einer Kopie der Patientenakte innerhalb von spätestens 15 Tagen
Unerwünschte Ereignisse und Nichtkonformitäten	Erfassung und Management unerwünschter Ereignisse (UE) und Nichtkonformitäten (NK)	Erfassung unerwünschter Ereignisse (UE) über die elektronische Patientenakte; papierbasierte Formulare zur Erfassung von Nichtkonformitäten (NK); Qualitätsverbesserungsgruppen	Unverzügliche Erfassung von unerwünschten Ereignissen (UE) und Nichtkonformitäten (NK) in den dafür vorgesehenen Formularen; multidisziplinäre Besprechung der unerwünschten Ereignisse und der entsprechenden Managementstrategien im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung.
Zufriedenheit	Bewertung der Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit dem Service	Wöchentliche Planungsgruppen; Zufriedenheitsfragebogen	Wöchentlich findet ein Gruppentreffen zwischen Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden statt, um mögliche Beschwerden oder Anregungen aufzunehmen; einmal jährlich wird den Nutzerinnen und Nutzern ein Zufriedenheitsfragebogen vorgelegt.
Angemessenheit	Erbringung der Leistungen nach den Grundsätzen der Angemessenheit und Einheitlichkeit	System-, Bereichs- und Dienstleistungsverfahren	Regelmäßige Überprüfung und Ergänzung der internen Verfahren; Vorstellung der komplexeren bzw. besonders wichtigen Verfahren im Rahmen eigens geplanter Fortbildungsveranstaltungen.