

Feldforschung tut not!

Eine Einschätzung zur Situation von Sozialdiensten in Universitätskliniken



Stephan Dettmers

Sozialarbeiter in Akutkrankenhäusern sind trotz eines akademischen Grades überwiegend im nichtwissenschaftlichen Bereich angesiedelt. Gleichzeitig öffnen sich für andere Berufe im Gesundheitswesen eigene Zugänge in den Hochschulbereich. Sozialdienstmitarbeiter müssen sich mittlerweile gegenüber anderen Berufsgruppen wie Pflege und Gesundheitswissenschaften behaupten, die ebenfalls das Entlassungsmanagement für sich beanspruchen.

Sozialarbeiterisches Handeln wird von vielen Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen ausschließlich mit administrativen Tätigkeiten in Verbindung gebracht (Geißler-Piltz et al. 2005; Dettmers 2007). Existenziell bedeutsame Unterstützungsleistungen Sozialer Arbeit für Patienten und ihrem sozialen Nahfeld bei der Erschließung von materiellen Ressourcen oder Aktivierung sozialer Unterstützungsleistungen sind bisher kaum sichtbar. So finden sich diesbezüglich im deutschsprachigen Raum auch nur wenige Veröffentlichungen, die sich unter empirischen Gesichtspunkten mit Fragestellungen Klinischer Sozialarbeit beschäftigen.

Dabei sind durch die Veränderungen in der Hochschullandschaft mit der Einführung der Bachelor- und insbesondere Masterabschlüsse zumindest formal vermehrte Expertise im Forschungszusammenhang zu erwarten (vgl. Borgetto und Käblle 2007). Die Notwendigkeit von forschender Sozialarbeit mit Blick auf die mögliche Wirkung ihrer Interventionen und der sozialen Situation ihrer Adressaten ist heute unbestritten (Pauls 2004, Geißler-Piltz et al. 2005, Schaup 2008, Ortman und Röh 2008, Ansen 2008).

Gute Infrastruktur

Die Sozialdienste in den Universitätskliniken haben eine besondere Bedeutung und auch Verantwortung zur vermehrten Implementierung von eigenen Forschungsstrukturen. Zwar haben sie durch die Einführung der Diagnostic Related Groups (DRG) zur weiteren Ökonomisierung der vollstationären Behandlungsstrukturen immer mehr Patienten in kürzerer Zeit zu beraten. Allerdings sollte damit nicht eine einseitige Konzentration auf die Brückenfunktion von Akutbehandlung in poststationäre Strukturen erfolgen. Vielmehr ist es notwendig, die hochkomplexen sozialen Beratungs- und Interventionsstrukturen wieder vermehrt in einen theoriegeleiteten Zusammenhang zu stellen und somit auch die leidige Profildiskussion Sozialer Arbeit in den Hintergrund zu rücken. Zur Bildung von künftigen Forschungsstützpunkten bieten sich Sozialdienste in Universitätskliniken augenfällig an.

Sozialarbeiter profitieren in Universitätskliniken von hervorragenden strukturellen Rahmenbedingungen wie Universitätsbibliotheken und entwickelten Informationswegen. Da Universitätskliniken immer an Universitäten angebunden sind, finden sich dort auch reichlich Verbindungen zu vielen ande-

ren Fakultäten außerhalb der Medizin. Auch existieren dort in der Regel Fachhochschulen mit der Fachrichtung Soziale Arbeit, die häufig über die Praktikumsstellen Zugang zu den Universitätskliniken haben.

In den Kliniken zeigt sich eine traditionelle Forschungskultur. Neben der dominanten medizinischen Forschung finden sich zahlreiche Aktivitäten anderer Disziplinen wie Klinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Naturwissenschaften oder neuerdings auch Pflegewissenschaften und Physiotherapieforschung. Somit findet sich ein aktualisiertes Know-How in Fragestellungen empirischer Forschung, wenn auch mit Schwerpunktsetzung quantitativer Verfahren. Es ergeben sich gute Verknüpfungsmöglichkeiten zu anderen humanwissenschaftlichen Disziplinen, da auch auf engem Raum mit den jeweiligen Repräsentanten fallbezogen zusammengearbeitet wird. Das Bewusstsein dieser strukturellen Bedingungen für die einzelnen Mitarbeiter ist eine wichtige Aufgabe innerhalb der Sozialdienste.

Forschung zur sozialarbeitsrelevanten Themen

Die spezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze Klinischer Sozialarbeit sind mit ihrem Erkenntnisinteresse relevant in Fragestellungen der Wirkungs- und Versorgungsforschung. So werden beispielsweise chronische Erkrankungen überwiegend aus patientenbezogenen medizinisch-biologischen und psychologischen Perspektiven beurteilt. Ansen (2004) beschreibt allerdings die „psychosoziale Perspektive“ Klinischer Sozialarbeit nicht als ausschließliche „additive“ Fokussierung auf psychische und soziale Problemstellungen, vielmehr sollte die Reziprozität beider Ebenen berücksichtigt werden. Bei der Recherche in Medline, Pubmed, Google Scholar, Universitätsbibliotheken und den Online Katalogen der Bibliotheksverbände ergibt sich,

dass es relativ wenig Literatur und Studien zu Fragestellungen sozialarbeiterischer Intervention bzw. zur sozialen Situation von betroffenen Patienten und ihrem näheren sozialen Netzwerk aus einem transdisziplinären Blickwinkel gibt. Hier sind die meisten Artikel im angelsächsischen Raum (USA und Großbritannien) zu finden.

Dies könnte allerdings verstärkt zur eigenen Forschungstätigkeit Sozialer Arbeit motivieren. Erfahrungsgemäß ist die Erforschung neuer Gebiete und Fragestellungen ein interessanter und lohnenswerter „Wettlauf“, bei dem sich die anderen Professionen hinsichtlich sozialer Faktoren bei Entstehung und Folgen von chronischen Erkrankungen schon positionieren. Soziale Probleme sind für Sozialdienste in ihrer Beratung nicht abstrakt. Es besteht ein unerschöpflicher Erfahrungshintergrund, der bei der Entwicklung konkreter Fragestellungen und Hypothesen äußerst hilfreich sein könnte.

Forschungsaktivitäten anderer Berufsgruppen

Die Kooperation und Zusammenarbeit mit beispielsweise den Pflegewissenschaften ist insofern sinnvoll, da hier momentan zügig eigene wissenschaftliche Strukturen aufgebaut werden. Dabei kann Soziale Arbeit mit der klaren Definition eigener Ansprüche durchaus von den neuen Institutionen und Netzwerken profitieren, schließlich ist ihre Absicht nicht Diskreditierung oder verdrängende Konkurrenz, sondern vielmehr die Schärfung des eigenen Profils zur weiteren fundierten Beratung und Behandlung von Patienten. An der medizinischen Profession wird vermehrte Forschungsaktivität nicht scheitern, dafür sind Sozialdienste personell im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu gering aufgestellt und der medizinische Fokus liegt auf anderen Gebieten. Das Gegenteil kann der Fall sein, so würde eine transparentere sozialarbeiterische Sichtweise auch die Entscheidungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesamtbehandlung von Patienten deutlich erweitern und vermehrt soziale Aspekte berücksichtigen.

Bedingt durch die erheblich Größe der Universitätskliniken als Maximal-

versorger finden sich im Vergleich zu anderen Krankenhausstrukturen zahlenmäßig größere Sozialdienste, die zumeist als zentrale Funktionseinheiten organisiert werden. Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Kliniken können hier besser gebündelt werden und funktionierende Vertretungen sind eher gewährleistet. Somit sind auch zeitlich befristete Freistellungen und Ressourcen im Hinblick auf Forschung denkbar, ohne die Gesamtversorgung von Patienten zu gefährden. Diese Organisationsform ermöglicht es zudem, innerhalb der Sozialen Arbeit fachlich relevant zu diskutieren, Professionswissen besser zu teilen und weiter zu geben. Die Einführung von wissenschaftlichen Zugängen ist somit als notwendige Erweiterung des Wissensspektrums zu verstehen und meint nicht die Abwertung bisheriger Wissensgenerierung.

Interesse von Kostenträgern an Wirkungs- und Versorgungsforschung

Die sozialrechtlichen Kostenträger wie Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger haben ein Interesse daran, die Folgen politischer Entscheidungen für betroffene Menschen zu kennen, um Unterstützungsleistungen besser begründbar zu machen. Insofern ist es notwendig, eigene sozialarbeitsbezogene Begründungszusammenhänge zu entwickeln und somit Entscheidungen von Leistungsträgern direkt zu beeinflussen.

Damit bekommt Soziale Arbeit eine konkrete politische Dimension, Erkenntnisse können direkt in die Argumentation für bestimmte Leistungsansprüche einfließen. Nicht ohne Grund ist die Deutsche Rentenversicherung so eng mit vielen sozialmedizinischen Instituten verbunden. Explorative Forschung zum besseren Verstehen der Lebenssituation von chronisch erkrankten Menschen und ihren Familien im Kontext von Rehabilitation oder Pflege sind lohnende Zugänge. Hier fehlt bisher allerdings ein deutliches teilhabeorientiertes Signal Sozialer Arbeit in der Forschungslandschaft. Ein möglicher Orientierungsrahmen könnte zurzeit die vermehrte Beschäftigung mit dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sein.

Interesse an der Weiterentwicklung von Sozialarbeitsforschung

Aufbruchstimmung herrscht auch an den Fachhochschulen, die mit der Umwandlung auf Bachelor- und Masterabschlüsse die Chance bekommen, selber vermehrt forschungsorientiert auszubilden und Absolventen zu erhalten, die Forschungsfelder für die Fachhochschulen nutzbar machen. So sind Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitätskliniken durchaus sinnvoll. Trotz des überdimensionalen Anteils von Bezugswissenschaftlern in den Fachhochschulen zei-



Was sind konkrete Auswirkungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus? – eine Frage, auf die Leistungserbinger gerne forschungsgestützte Antworten hätten.

Foto: Konstantin Sutyagin/fotolia.com

gen immer Professoren ein eingehendes Interesse, Soziale Arbeit als eigenständige Disziplin zu etablieren. Sie sind mit ihrem anwendungsbezogenen Forschungsfokus auf ein Zusammenspiel von Praxis und Hochschule angewiesen, schließlich sollten Forschungsfragen auch vermehrt aus den Praxisfeldern kommen.

Eigene Entwicklung und Perspektive

Ein weiteres Motiv kann auch bei Sozialarbeitern selber liegen. Schließlich kann die Forschungsperspektive für einige Mitarbeiter reizvoll und interessant sein. Die Möglichkeit, sozialarbeiterisches Erkenntnisinteresse durch eigene Aktivität zu befriedigen, schafft völlig neue Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten in einem klinischen Arbeitsfeld. Daraus resultiert auch publizistische Wirkung und die Möglichkeit, Ergebnisse und Forschungszugänge öffentlich zu vertreten. Das kann zu einer eigenen höheren Sicherheit und Souveränität im Gesundheitssystem führen. Sozialdienste klassischer Prägung haben seit vielen Jahrzehnten häufig erfolgreich, aber unauffällig und

intransparent für Patienten gewirkt. Bisher galt in der Regel der Diplomabschluss in Sozialer Arbeit als Zugangsvoraussetzung zu diesem Tätigkeitsfeld. Dabei zeigt sich heute ein anderes Bild durch Veränderungen in der Hochschullandschaft. Die Einführung von Bachelor und Master sowie die Präsenz der Diplomabsolventen führt zu einem heterogeneren Qualifikationsmix. So ist die Devise, dass in Sozialdiensten alle die gleichen inhaltlichen Tätigkeiten im gleichen Umfang leisten, für die Zukunft in Frage zu stellen:

■ Zum ersten geht es um die Frage, ob bestimmte Aufgaben zur Entlastung von Sozialdiensten auch anderweitig vergeben werden können. Hier ist eine Einbindung besonders qualifizierter Krankenpflege in der Rolle als Pflegeüberleitung mit Schwerpunktbildung der pflegerische ambulanten Weiterversorgung denkbar und findet in vielen Kliniken bereits statt. Ziel ist die Aufweichung eines unnötigen Verdrängungswettbewerbs (vgl. Wingenfeld 2005) durch die akademisierte Pflege und Entwicklung von tragfähigen kooperativen Strukturen.

■ Die Berücksichtigung unterschiedlicher Qualifikationen innerhalb der Sozialen Arbeit führt zur Differenzierung der Aufgabenschwerpunkte. Damit ist ohne Frage auch eine fachliche und vergütungsbezogene Hierarchisierung verbunden. Dies schafft Unsicherheiten und Sorge vor einer Abwertung bei etablierten Mitarbeitern. Deshalb darf eine Umverteilung von Zuständigkeiten und Aufgaben in Sozialdiensten nicht zu einer einseitigen Mehrbelastung und Entwertung bestehender Strukturen führen. Anzustreben ist vielmehr, das erhebliche Praxiswissen von Sozialdiensten durch empirische Verfahren offen zu legen.

■ Sozialdienste müssen sich vermehrt einer betriebswirtschaftlich orientierten Prüfung unterziehen. Der Begriff der „Legitimation“ Sozialer Arbeit im Gesundheitsfeld ist aufgrund des überdokumentierten Nutzens und der unzweifelhaften Anteile sozialer Faktoren bei der Entstehung und den Folgen von Erkrankungen aber deutlich abzulehnen. Die fehlenden Kenntnisse vieler Entscheider in Krankenhäusern hinsichtlich diesen

Literatur

Ansen, Harald (2004): „**Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen**“. Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Hg. Norbert Gödecker-Geenen und Hans Nau. LIT-Verlag, Münster, Hamburg, London, 83–125.

Brühl, Albert (2004): **Fallgruppen der Sozialarbeit (FdS) als Antwort auf die Einführung der diagnosis related groups in Akut-Krankenhäusern**. Nomos Verlagsgesellschaft (Baden-Baden).

Dettmers, Stephan (2007): **Zur Berücksichtigung Sozialer Netzwerke bei chronischen Erkrankungen in der Klinischen Sozialarbeit am Beispiel Morbus Parkinson**. In: Engelke, Ernst, Maier, Konrad/ Steinert, Erika, Borrmann, Stefan/ Spatscheck, Christian (Hrsg.): **Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung**. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau.

Dettmers, Stephan und Gerhard Spreng (2007): **Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen**. Klinische Sozialarbeit 3 (2).

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2006): **DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen**. Mainz: DVSG.

Geissler-Piltz, Brigitte und Gerull, Susanne (2007): **Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns**. In: Klinische Sozialarbeit, Berlin, Nr. 3, Juli 2007, S. 10–12.

Geißler-Piltz, Brigitte (2006): **Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work**. Klinische Sozialarbeit (Sonderausgabe), 7–11.

Ortmann, Karl-Heinz und Dieter Röh (2008): **Klinische Sozialarbeit. Konzepte-Praxis-Perspektiven**. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Pantucek, Peter (2005): **Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit**. Böhlau Verlag, Wien

Pauls, Helmut (2004): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung**. Juventa Verlag, Weinheim und München

Schaub, Heinz-Alex (2007): **Klinische Sozialarbeit: Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung**: V&R Unipress.

Wingenfeld, Klaus-Ulrich (2005): **Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen**. Huber, Bern

Aspekten sollte eigentlich kein Maßstab sein. Ziel einer verstärkten theoriegeleiteten und methodenbasierten Orientierung in den Sozialdiensten ist es, mehr Sicherheits- und Argumentationsaspekte bei den einzelnen Mitarbeitern zu schaffen.

■ Es ist in Zukunft nicht mehr davon auszugehen, dass die Finanzierung von Sozialdiensten ausschließlich über interne Budgetierung erfolgt. Einzelne Leistungsverrechnungsmodelle liegen für Sozialdienste bereits vor (DVSG-Fallgruppen, (FdS) Fallgruppen der Sozialarbeit). Innovationen bei der Gesamtsicherung der Sozialdienste sind gefragt. Dazu gehört Akquise von Drittmitteln für konkrete Forschungsvorhaben mit den damit auszustattenen zusätzlichen Drittmittelstellen.

■ Die akademische Positionierung sollte auch zur Einbindung als wissenschaftliches Personal führen. Diese strategische Ausrichtung beinhaltet neben eines vermehrten Zugangs zur wissenschaftlichen Infrastruktur auch die Teilhabe an bereits bestehenden zahlreichen Forschungsprojekten anderer Disziplinen. Allerdings ist dies mit einer erhöhten Fluktuation von Mitarbeitern verbunden, da viele Projekte auch nur zeitbefristet vergeben werden.

■ Erstbenswert ist eine Anbindung von Sozialdiensten an Leitungen aus der eigenen Profession. Eine Studie der DVSG mit der ASHF (Geißler-Piltz und Gerull 2007) hinsichtlich fachfremder Vorgesetzter im Ländervergleich Deutschland und Finnland hat die erheblichen Nachteile dieser häufig vorkommenden Konstellation herausgearbeitet.

Hindernisse

Hinderlich ist bisher in Sozialdiensten ein häufig eingeschränktes Interesse von Praktikern an Forschungszusammenhängen und tatsächlicher Implementierung von wissenschaftsorientierten Strategien. Aber auch strukturelle Bedingungen, Machtverteilungen in Kliniken und tradierte Rollenzuschreibungen anderer Berufsgruppen an die Soziale Arbeit bilden ernstzunehmende Hürden hinsichtlich einer autonomen Weiterentwicklung. Das hat u.a. folgende Gründe.

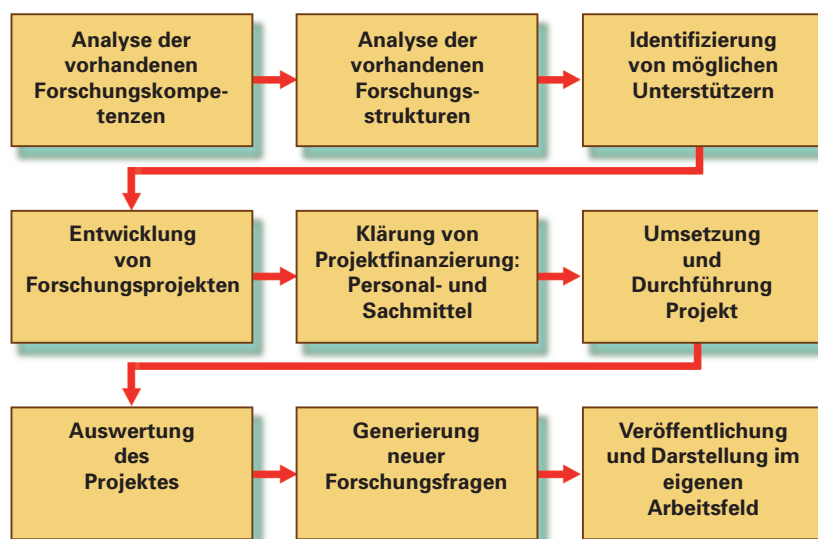


Abbildung: Forschungsimplementierung in Universitätskliniken

■ Die eigene wesentliche Bedeutung ihrer Wertschöpfung im Behandlungskontext ist vielen Sozialarbeitern (noch) nicht bewusst, hier fehlt eine Anbindung an aktualisierte Fachinformationen. Die momentan überwiegende defensive Haltung von Sozialarbeitern hinsichtlich rüder Verdrängungstendenzen von beispielsweise externen Leistungsanbietern aus Industrie, ambulanter Pflege oder Rehabilitation lassen sich auch damit erklären.

■ Das nur eingeschränkte Interesse von Praktikern an Forschung ist ernstzunehmen und nicht als grundsätzliches Desinteresse zu interpretieren (vgl. Schaup 2008), vielmehr sind alle Wissensbestände zu sammeln und auch strukturelle Hindernisse für die einzelnen Mitarbeiter zu berücksichtigen.

■ Es fehlt bislang eine Forschungstradition, die erst schrittweise entwickelt werden muss.

■ Es zeigt sich häufig überhöhter Respekt vor wissenschaftlicher Tätigkeit

■ Das Einwerben von Drittmitteln zur Finanzierung von Projekten wird noch nicht ausreichend praktiziert.

■ Die organisatorische Einbindung mit fachfremden Vorgesetzten (ärztliche, pflegerische oder kaufmännischer Direktoren) kann forschungsorientierte Bestrebungen erschweren bzw. unterbinden. Das Interesse besteht häufig nur in der Funktion „Entlassungsmanagement“ im Sinne einer eigenen Entlastung von unliebsamen Aufgaben. Erschwerend ist somit die zuge-

wiesene und teils dankbar angenommene Rolle als ausschließlich administrative Helfer im Akutbereich.

■ Die Wissensbestände von Sozialarbeitern generieren sich vielfach ausschließlich aus den beratungsbezogenen Erfahrungen.

■ Die erhöhte Arbeitsverdichtung aufgrund der Verbetriebswirtschaftung des Gesundheitssystems mit den Folgen von kürzeren Verweildauern, steigenden Patientenzahlen und Personalreduzierung führen zu ausschließlich fallbezogenen Tätigkeiten, die andere Aspekte wie Fort- und Weiterbildungen oder konzeptionelles Arbeiten in den Hintergrund treten lassen.

■ Die Forschungskompetenzen der handelnden Akteure in diesem Praxisfeld sind erweiterbar.

■ Soziale Arbeit muss sich aufgrund der sozialrechtlichen Verortung, ihrem fehlendem Status als Heilberuf und einer dementsprechend fehlenden Vergütungsstruktur immer abhängig von Zuweisung und Auftraggebung in der medizinischen Infrastruktur bewegen.

Was ist zu tun?

Die oben genannten Chancen und Hindernisse einer Weiterentwicklung Sozialer Arbeit in Universitätskliniken führen mich zu folgenden möglichen konkreten Handlungsoptionen. Den Mitarbeitern von Sozialdiensten sollte grundsätzlich seitens der jeweiligen Fachleitungen die Sorge genommen werden, dass durch die beschriebenen


Entwicklungen ihre bisherige Arbeit entwertet wird. Vielmehr geht es mir um Unterstützung beim Sichtbarwerden ihrer erheblichen Bedeutung im Behandlungssetting. Dazu gehört eben auch die offene Auseinandersetzung mit den künftigen Qualifizierungsstufen (Bachelor, Master, Promotion) und den daraus resultierenden Folgen für die Besetzung von (Leitungs-)stellen in den Abteilungen. Eine Implementierung Klinischer Sozialarbeit als Fachsozialarbeit sowohl konzeptionell wie auch personell erscheint mir hier sinnvoll. Die notwendige Differenzierung der Aufgaben und Arbeitsschwerpunkte muss durch Bestandsaufnahme der Ist-Situation beginnen. Dazu sind die Erstellung bzw. Einführung von klaren Aufgabenbeschreibungen und Stellenprofilen notwendig. Die Zusammenarbeit mit Fachhochschulen und Universitäten, der DVSG und ande-

ren sozialarbeitsbezogenen Berufs- und Fachverbänden ist durch Vernetzung (beispielsweise Lehraufträge von Praktikern, Einladung von Hochschullehrern zur Fachtagungen, etc.) zu intensivieren bzw. zu pflegen. Die Schwerpunktsetzung auf Erweiterung von Forschungskennnissen durch spezifische und sozialarbeitsbezogene Fort- und Weiterbildungen kann nicht die naive Zielsetzung haben, massenhaft Sozialarbeitsforscher zu produzieren, sondern Interesse und Motivation in Richtung dieser anstehenden Veränderungen zu wecken. Auch bietet sich die international erfolgreich etablierte Klinische Sozialarbeit als Orientierungsrahmen an. Offensiv und selbstbewusst bei potenziellen Unterstützern und Entscheidern in den Kliniken die vermehrte Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Gesamtbehandlung und somit den transdisziplinären Fokus

Sozialer Arbeit einzufordern, sollte somit ein selbstverständliches Anliegen für die Zukunft werden. Dazu wird es auch gehören, neue Finanzierungsquellen für Forschungstätigkeiten und damit verbundene personelle Ressourcen zu erschließen und sich vermehrt mit Drittmittelinwerbung zu beschäftigen. Geeignete Masterstudierende und Doktoranden in der Sozialen Arbeit können dann im Rahmen ihrer Thesiserstellung hinsichtlich eines gesundheitsbezogenen Themas konkret und tatsächlich neues Wissen generieren. Mittelfristig werden davon alle Sozialarbeiter in den Kliniken profitieren.

■ *Stephan Dettmers, M.A. ist Diplom-Sozialarbeiter. Er leitet den Sozialdienst/Pflegeüberleitung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel und ist Mitglied des DVSG-Vorstandes*
© Stephan.Dettmers@uk-sh.de

Für mehr Lebensqualität!



BAD OEXEN

Klinik für onkologische Rehabilitation
und Anschlussheilbehandlung

Rehabilitation für krebs- und herzerkrankte Kinder
unter Einbeziehung der Familie

Erfolgreiche Rehabilitation durch:

- qualifiziertes Behandlungsteam
- langjährige Erfahrung
- stilvolles Ambiente
- familiäre Atmosphäre

Wir bieten individuell abgestimmte Therapien für Patientinnen und Patienten mit

- Brustkrebs / gynäkologischen Tumoren
- Prostatakrebs / urologischen Tumoren
- Magen - Darmkrebs / gastroenterologischen Tumoren
- Stoma- und Inkontinenzproblemen
- Bösartige Systemerkrankungen

Spezielle Leistungen:

- Abteilung für Mütter / Väter
- mit begleitenden Kindern
- Rehabmaßnahmen für junge Erwachsene
- Hundepension (5 Min. Fußweg)

Bei Mitaufnahme von Begleitpersonen:

- Angehörigenberatung und physikalische Anwendungen
- Schulunterricht und Freizeitbetreuung von begleitenden Kindern im dazugehörigen „Kinderhaus“

Oexen 27 • 32549 Bad Oeynhausen
Tel. (05731) 537-0 • Fax 537-736
e-mail: klinik@badoexen.de • www.badoexen.de

