

# BDH-Klinik Vallendar



Rehabilitation  
bei Menschen  
mit Epilepsie



***Epilepsien sind eine Gruppe ätiologisch heterogener Erkrankungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass zumeist unvermittelt epileptische Anfälle auftreten. Das Erscheinungsbild dieser Anfälle ist vielgestaltig und reicht von äußerlich nicht bzw. nur kaum wahrnehmbaren subjektiven Sinnesempfindungen oder geringfügigen Muskelzuckungen über kurze Bewusstseinspausen bis hin zu Stürzen mit Bewusstseinsverlust und Zuckungen am ganzen Körper oder komplexen auffälligen automatischen Handlungen. Von einer Epilepsie spricht man erst, wenn unprovokierte epileptische Anfälle wiederholt auftreten.***

*Die Epilepsie ist eine der häufigsten chronischen neurologischen Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland. Es wird angenommen, dass ca. 0,5 – 1 % der Bevölkerung an einer Epilepsie leiden, und dass es dem zufolge in der Bundesrepublik Deutschland 400.000 bis 800.000 Betroffene gibt. Für das Bundesland Rheinland-Pfalz kann geschätzt werden, dass bezogen auf 3,9 Millionen Einwohner in Rheinland-Pfalz ca. 30.000 Menschen an einer Epilepsie leiden.*

*Menschen mit Epilepsie sind oft sozial isoliert, treiben weniger Sport, sind seltener verheiratet und fühlen sich in ihrer allgemeinen Gesundheit beeinträchtigt. Ihre Mobilität ist oft durch die eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit beeinträchtigt.*

**Die Bereiche Ausbildung und Beruf sind für epilepsiekranken Menschen am stärksten beeinträchtigt.** Knapp die Hälfte der Patienten im erwerbstätigen Alter weist unter arbeitsmedizinischen Aspekten keine oder nur eine geringe Gefährdung durch ihre Erkrankung auf. Dennoch ist die Rate der Erwerbstätigkeit bei den Befragten mit Epilepsie deutlich niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

Fasst man somit die Situation der Betroffenen in der Logik der ICF <sup>(1)</sup> zusammen, so findet man, dass durch unterschiedliche Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen es gerade im Bereich der Teilhabe zu erheblichen und multimodalen Beeinträchtigungen kommt, welche zusätzlich noch durch Umweltfaktoren moduliert werden. Epilepsien werden zwar als Indikation der meisten neurologischen Rehabilitationskliniken genannt, dennoch ist die Zuweisung über die Kostenträger häufig problematisch, da z.B. im Bereich der Rentenversicherungsträger die Epilepsie als chronische Erkrankung die AHB-Kriterien nicht erfüllt. Zusätzlich wird auf Seiten der Leistungserbringer häufig kein spezialisiertes Behandlungskonzept für Menschen mit Epilepsie angeboten.

**Die BDH-Klinik Vallendar bietet ein spezialisiertes Behandlungskonzept für Menschen mit Epilepsie an.** Innerhalb der medizinischen Rehabilitation werden Belastungsproben im beruflichen Kontext durchgeführt.

(1)  
ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Stand 24. September 2002, Hrsg. DIMDI



## Situation der Betroffenen

### Körperfunktionen

Unter den Körperfunktionen sind insbesondere die mentalen Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration) und die emotionalen Funktionen (offene oder latente Ängste, depressive Verstimmungen, verminderter Selbstwert) durch eine Epilepsie beeinträchtigt. Menschen mit einer Epilepsie haben nicht zwingend kognitive Defizite, dennoch beklagen je nach Untersuchungen 40 – 50 % der Betroffenen Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme.

Die Inzidenz ernstzunehmender depressiver Bilder beläuft sich bei der pharmakoresistenten Epilepsien auf etwa 30 %, die Inzidenz von Angststörungen auf 10 – 15 %.

### Körperstrukturen

Hier bilden die Strukturen des Nervensystems den Schwerpunkt der möglichen Störungen.

### Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

Gerade der Bereich des Lernens und der Wissensanwendungen ist für Menschen mit einer Epilepsie problematisch. Häufig führt die Epilepsie zu einer Beeinträchtigung der Bewältigung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, z.B. im Bereich der täglichen Routine und hier insbesondere dann, wenn es zu zusätzlichen Belastungsfaktoren, wie z.B. Stress, kommt.



Die Teilhabestörungen der Betroffenen sind zusätzlich im Bereich der Kommunikation sowie auch der Mobilität und Selbstversorgung sowie auch dem häuslichen Leben angesiedelt.

Auch der Bereich der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (Stigmatisierung, Vereinsamung) ist durch die Epilepsie zumeist stark alteriert. Menschen mit Epilepsie sind oft sozial isoliert, treiben weniger Sport, sind seltener verheiratet und fühlen sich in ihrer allgemeinen Gesundheit beeinträchtigt. Ihre Mobilität ist oft durch die eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit beeinträchtigt.

Die sozialen Folgen der Erkrankung wiegen daher für die Betroffenen oft schwerer als die mit den Epilepsien einhergehenden Anfälle oder Behandlungen. Häufig entsteht ein Teufelskreis: Soziale Isolation, psychische und familiäre Belastungen können sich auf den Behandlungserfolg ungünstig auswirken. Umgekehrt kann eine gelungene berufliche und soziale Integration krankheitsstabilisierend wirken. Die Bereiche Ausbildung und Beruf sind für epilepsiekranken Menschen am stärksten beeinträchtigt. Knapp die Hälfte der Patienten im erwerbstätigen Alter weist unter arbeitsmedizinischen Aspekten keine oder nur eine geringe Gefährdung durch ihre Erkrankung auf. Dennoch ist die Rate der Erwerbstätigkeit bei den befragten mit Epilepsie deutlich niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

**Mit der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBR) gewährleistet die BDH-Klinik Vallendar eine durchgehende Rehabilitation bis zur beruflichen Eingliederung. Innerhalb der MBR werden auch reha-spezifische Ausbildungen durchgeführt bis hin zu beruflichen Maßnahmen am Arbeitsplatz in einem Betrieb.**



## Umweltfaktoren

Hier sind es die Unterstützung und Beziehungen sowie auch Einstellungen sowohl des Familienkreises als auch der Bekannten, welche erheblichen Einfluss auf die Belastung des einzelnen Betroffenen haben können.

Aus Furcht vor diskriminierenden Reaktionen und vor negativen Konsequenzen sozialer, finanzieller und beruflicher Art verbergen viele Anfallsranke ihre Epilepsie. Selbst vor engsten Familienangehörigen wird die Erkrankung häufig nicht offenbart, auch nicht vor Freunden, Ehepartner, eigenen Kindern. Dieses Verbergen (müssen) der Erkrankung kann selbst zum Risikofaktor für den Behandlungserfolg werden. Die mit der Epilepsie verbundene Stigmatisierung und Beschränkung können die Betroffenen in weitaus größerem Maße beeinträchtigen als die einzelnen Anfälle.

Fasst man somit die Situation der Betroffenen in der Logik der ICF zusammen, so findet sich, dass durch unterschiedliche Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Strukturen es gerade im Bereich der Teilhabe zu erheblichen und multimodalen Beeinträchtigungen kommt, welche zusätzlich noch durch Umweltfaktoren moduliert werden.

## Ziele der Rehabilitation

Die Erkrankung Epilepsie ist sozialmedizinisch als außerordentlich relevant zu betrachten. Nahezu alle Aspekte des Lebens, u.a. Kognition, Erwerbstätigkeit, Ausbildungsniveau, Emotionalität, Freizeitverhalten usw. werden durch die Erkrankung beeinflusst.

Trotz der bisherigen Anstrengung ist auch weiterhin zu konstatieren, dass Wissensdefizite über sozialmedizinische Auswirkungen von



Epilepsieerkrankung in vielen medizinischen Einrichtungen und auch im Bereich der Arbeitsverwaltung bestehen und so die Einschränkung aufgrund der Erkrankung bei den Alltagsfunktionen noch zu selten in die Diagnostik und Therapie einbezogen werden. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden, obwohl sie grundsätzlich geeignet sind, berufliche Desintegrationen vorzubeugen und die Integrationschancen zu erhöhen, meist zu spät – wenn überhaupt - eingeleitet. Verzahnte und integrierte Behandlungsansätze, welche grundsätzlich im Bereich der Rehabilitation schon aktuell angeboten werden, scheitern im speziellen Fall der Epilepsiepatienten häufig an der Unkenntnis über die zugrundeliegenden medizinischen Aspekte. Entsprechend werden bereits bestehende Behandlungs- und Fördermöglichkeiten aktuell viel zu selten ausgeschöpft.

Leistungen zur Rehabilitation werden bislang von unterschiedlichen Leistungsträgern angeboten. Für Jugendliche und junge Erwachsene, die noch keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt haben, sind dies die Arbeitsagenturen und Unfallkassen. Für Erwachsene sind es neben den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hauptsächlich die Rentenversicherer, welche hier tätig werden. Dabei sehen die Rentenversicherer ihre Aufgabe darin, noch vor der Zahlung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Leistungen zur Teilhabe zu gewähren. (Rehabilitation durch die Rentenversicherung, Verband deutscher Rentenversicherungsträger 2005). Als Ziele werden dabei definiert, die betroffenen Menschen vor einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu bewahren oder möglichst dauerhaft wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Entsprechend dieses Gedankenganges werden folgende Leistungsformen unterschieden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Sonstige Leistungen



## Ziele der medizinischen Rehabilitation

„Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Form, auch als Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht.“ (Rehabilitation durch die Rentenversicherung, VDR 2005). Dieser Ansatz ist im Prinzip deckungsgleich mit den Vorgaben der Krankenversicherungsträger und zielt darauf ab, durch eine frühere rehabilitative Begleitung der Patienten infolge an die Akutphase-Behandlung die Teilhabefähigkeit der Betroffenen zu unterstützen. Auch in den Paragraphen 1 und 26 des Sozialgesetzbuches IX wird ausgeführt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Patienten zu gewähren sind, welche von nachfolgenden Problemlagen betroffen seien:

- Unzureichende psychophysische Belastbarkeit
- Schwierigkeiten mit einer der Epilepsie angepassten Lebensführung im Sinne eines Krankheitsselfmanagements sowie psychische Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung
- Behandlungsbedürftige Epilepsie-assoziierte neuropsychologische und motorische Defizite
- Einschränkung der Erwerbstätigkeit.

Um dieser multifaktoriellen Bedarfslage zu entsprechen, werden in der BDH-Klinik Vallendar im Rahmen der medizinischen Rehabilitation unverzichtbar individuelle Behandlungskonzepte umgesetzt.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation bilden die Patienten,





welche durch einen operativen Eingriff behandelt wurden, eine besondere Gruppe. Trotz der durch den operativen Eingriff zumeist erreichten Anfallsfreiheit persistieren bei ca. 75 % der Patienten postoperativ erhebliche psychosoziale Probleme, und nur ein geringer Prozentsatz kann – abhängig vom Alter und dem vorbestehenden beruflichen Status – wieder beruflich (re-)integriert werden.

Diese Ausgangsüberlegungen zusammenfassend besteht der Ansatz der rehabilitativen Bemühungen sowohl für konservative als auch operativ behandelte Epilepsiepatienten darin, in einem multiprofessionellen interdisziplinär arbeitenden Rehabilitationsteam die gestörten oder ausgefallenen Funktionen, welche nicht wiederhergestellt werden können, durch das Erlernen von Ersatzstrategien oder die Anwendung von Hilfsmitteln möglichst auszugleichen. Die BfA hat dazu ausgeführt, dass die Folgen von chronischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung gewinnen werden und somit die Rehabilitation innerhalb des Gesundheitssystems verstärkt gefordert sei. Vor dem Hintergrund der hinlänglich bekannten Knappheit der finanziellen Ressourcen müssen als Voraussetzung neben einer generellen Rehabilitationsbedürftigkeit und auch Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Prognose hinsichtlich des Rehabilitationszieles vorliegen und ein akutmedizinischer Handlungsbedarf fehlen (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 2002. Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinie für den Beratungsärztlichen Dienst der BfA (2. Fassung).



## Ziele der beruflichen Rehabilitation

Entgegen der üblichen Formulierungen wird häufig unter dem Begriff der beruflichen Rehabilitation die rehabilitative Betreuung von erwerbsfähigen Menschen verstanden. Der Rentenversicherungsträger definiert unter dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ diejenigen Maßnahmen, welche dem Zweck dienen, den Patienten möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Konkret sind dabei Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitungen, berufliche Anpassung und Weiterbildungen gemeint.

In der Abteilung Medizinisch-berufliche Rehabilitation der BDH-Klinik Vallendar werden für die Rehabilitanden maßgeschneiderte Reha-Angebote erarbeitet, erprobt und verwirklicht, die ihnen die Teilhabe an Schule, Ausbildung, Beruf und gesellschaftlichem Leben ermöglichen. Für die berufliche Rehabilitation ergeben sich jedoch in der praktischen Umsetzung immer wieder Probleme. Gerade für Menschen mit einer Epilepsie bestehen häufige große Unsicherheiten bezüglich ihrer beruflichen Möglichkeiten, sowohl bei den Betroffenen selber als auch bei den Arbeitgebern und möglicherweise auch arbeitsvermittelnden Einrichtungen. Entsprechend wird das Risiko anfallsbedingter Unfälle am Arbeitsplatz meist überschätzt und die Betroffenen erleiden konsekutiv unnötige Beeinträchtigungen. Die betroffenen Patienten bedürfen daher einer möglichst differenzierten Eignungsbeurteilung im Rahmen einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, welche auch die zwischenzeitlich etablierten beruflichen Empfehlungen berücksichtigt. (Ausschuss „Arbeitsmedizin“ des Hauptverbandes der gewerblichen



Berufsgenossenschaften (HVBG). BG-Information: Empfehlung zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (BGI 585). Karl Heimanns Verlag, Köln, 1999).

Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme kann gerade unter Verwendungen der Erfahrungen, welche im Rahmen der Berufspädagogik einschließlich Arbeitstherapie, der Ergotherapie, aber auch der Neuropsychologie gemacht werden, die individuelle Leistungsfähigkeit des betroffenen im Sinne einer medizinischen Belastungsprüfung sehr gut erfasst werden, so dass eine solche berufsorientierte Rehabilitationsmaßnahme zu einer differenzierten Beurteilung der möglichen späteren Möglichkeiten des Betroffenen führen kann.





## Strukturelle Konzeption

### Medizinischer Bereich

**Die Betreuung der Patienten erfolgt auf einer Station mit in Fragen der Epileptologie speziell geschultem Personal. Benötigt werden:**

- **Ein Facharzt** für Neurologie mit Zusatzbezeichnung Epileptologie plus und EEG-Zertifikat sowie Zusatzbezeichnung Sozialmedizin/Rehabilitationswesen. Zum Aufgabengebiet des Arztes gehört die umfassende regelmäßige Untersuchung, medikamentöse Therapie, laborchemische Kontrolluntersuchung sowie EEG-Kontrolle. Neben regelmäßigen ärztlichen Visiten gehört es zum Aufgabengebiet des zuständigen Arztes, auch die enge Zusammenarbeit mit den korrespondierenden Epilepsiezentren sicherzustellen. Außerhalb der Routinedienstzeiten wird der Arzt vertreten durch einen ärztlichen Kollegen im Bereitschaftsdienst im Hause sowie zusätzlichem fachärztlichen Rufbereitschaftsdienst.
- **Pflegepersonal:** Rund um die Uhr ist zumindest die Anwesenheit einer examinierten Krankenschwester auf der Station zur Versorgung von Patienten im Anfall, zur Medikamentenausgabe, zur Organisation des Stationsablaufes erforderlich. Das Pflegepersonal betreut die Patienten auf Station, stellt im Bedarfsfall ggf. auch eine Sitzwache. Durch eine regelmäßige kontinuierliche epileptologische Weiterbildung des Pflegepersonals wird eine adäquate Anfallsdokumentation und Behandlung gewährleistet. Neben dem Aspekt der aktivierenden Pflege kommt im Rahmen der rehabilitativen Behandlung auch die Begleitung der Patienten in den Alltagsaktivitäten große Bedeutung zu.



- **Neuropsychologie:** Für die stationäre Betreuung der Patienten ist ein Neuropsychologe mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung notwendig. Das Aufgabengebiet umfasst neben der neuropsychologischen Testdiagnostik, welche ggf. in Abstimmung mit den vorbehandelnden Epilepsiezentren erfolgt, die Festlegung eines spezialisierten neuropsychologischen Trainingsprogramms mit Schwerpunkt im Bereich der kognitiven Anteile. Hier sind insbesondere verbale Gedächtnisdefizite, Störungen des Planens und Handelns sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite Zielpunkte der Therapie. Zusätzlich führen der oft lange Krankheitsprozess, die belastende Diagnostik und der chirurgische Eingriff zu einer geringeren psychischen Belastbarkeit der Patienten nach der Operation, so dass die Patienten psychotherapeutisch begleitet werden müssen. Schwerpunkte sind hier Verunsicherung, depressive Verstimmung mit negativen Gedanken, Antriebsstörungen und Angststörungen, die sich als Angst vor dem Wiederauftreten von Anfällen sowie der Angst, neuen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, und phobischen Ängsten manifestieren. Eine allgemeine emotionale Labilisierung ist eine häufige Komplikation, die zu ausgeprägten sozialen und beruflichen Problemen führen kann. Diese Störungen werden in einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Maßnahmen behandelt, welche aufeinander abgestimmt werden. Neben der Entwicklung realitätsangepasster Lebensperspektiven ist im Rahmen der psychologischen Therapiegruppen und Einzelgesprächen auch die aktive Gestaltung des sozialen Bereiches ein wichtiges Modul innerhalb der Rehabilitation.
- **Berufs- und Sozialpädagogik:** Berufliche und soziale Beratung sowie Führung der Patienten werden durch die Bereiche Berufs- und Sozialpädagogik angeboten.



- **Weiteres Therapeutenteam:** Für die Betreuung der Patienten weiterhin erforderlich ist eine physiotherapeutische Anbindung zur Mobilisierung und Aktivierung sowie ggf. Übungsbehandlung bei bestehenden neurologischen Defiziten. Diesbezüglich ist auch eine ergotherapeutische Behandlungsoption anzubieten. Von sprachtherapeutischer Seite kann neben möglichen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auch ein gezieltes facioorales Trainingsprogramm, z.B. auch bei postoperativ bestehenden sensomotorischen Störungen im Gesichtsbereich, angeboten werden.
- **Medizinisch technische Assistenz:** Zur Durchführung von EEG-Untersuchungen sind speziell ausgebildete medizinisch technische Assistenten erforderlich.
- **Weiterführende apparative Untersuchung:** Laboruntersuchungen sowie neuroradiologische und radiologische Diagnostik müssen im Bedarfsfall jederzeit, ggf. auch in konsiliarärztlicher Vertretung, zur Verfügung stehen.
- **Räumliche Voraussetzungen:** Neben der speziellen Station für Menschen mit einer Epilepsie ist ein Überwachungsraum mit Video- und Audio-Übertragung in den Pflegestützpunkt erforderlich, um hier ggf. im Bedarfsfall Patienten überwachen zu können. An weiteren räumlichen Voraussetzungen sind die Therapieabteilungen Physiotherapie, Ergotherapie, Sprach- und Schlucktherapie sowie Berufspädagogik mit den Berufsfeldern Holz, Metall, Hauswirtschaft, Büro und Verwaltung, Berufe des Druckgewerbes zu berücksichtigen.





## Prozessurale Konzeption

Ein stationäres Rehabilitationsangebot versteht sich als Baustein in einer Behandlungskette von akutmedizinischer Betreuung hin zum welterversorgenden ambulanten Bereich. Im Sinne eines individuellen Case-Managements kann hier gezielt durch den Abbau der Schnittstellenproblematik das Angebot einer integrierten Versorgung der betroffenen Patienten/Rehabilitanden eingesetzt werden. Einerseits können akutmedizinische Behandlungsintentionen während des Reha-Aufenthaltes noch fortgeführt werden, andererseits können rehabilitativ therapeutische Aspekte beachtet werden und dabei auch die für die erfolgreiche Eingliederung der Betroffenen hochrelevante Leistungsbeurteilung durch einen längerfristigen Beobachtungsprozess von speziell geschulten Therapeuten erreicht werden. Für die Ablauforganisation ist daher zunächst im Akutbereich die Kenntnis des Angebotes der rehabilitativen Einrichtung erforderlich.

Nach stationärer Übernahme des Patienten in die Rehabilitationsbehandlung erfolgt zunächst die ärztliche Eingangsuntersuchung mit Festlegung des Therapieplanes unter Berücksichtigung der individuellen Therapiezieldefinition, welche unter Einbeziehung des Patienten/Rehabilitanden erfolgt. Im weiteren Behandlungsverlauf wird dann unter kontinuierlicher Rückmeldung der Behandlungsergebnisse aus den Therapieabteilungen die Rehabilitationsplanung modifiziert, wobei auch eine Zieladaption erfolgen kann.

Vor Ende der stationären Rehabilitationsbehandlung erfolgt obligat ein Entlassungsgespräch, in dem dem Patienten/Rehabilitanden nochmals alle Behandlungsergebnisse dargestellt werden und eine gemeinsame Planung der ambulanten Weiterbehandlung erfolgt. Diese geht dann auch in den Entlassungsbericht ein, welcher in einer differenzierten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gerade die Teilhabeaspekte darlegt. Um den Behandlungsverlauf auch für die vorbehandelnden Einrichtungen transparent zu gestalten, werden diese Berichte sowohl an die weiterbehandelnden Kollegen als auch an die Zuweiser versandt.

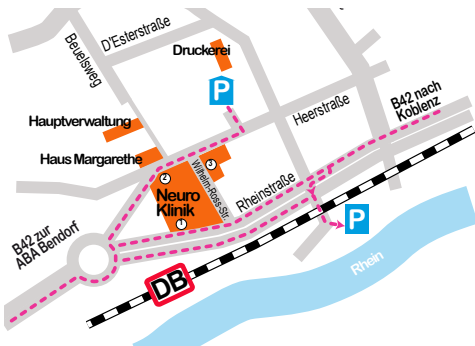
# BDH-Klinik Vallendar

Fachklinik für Neurologie  
Medizinisch-berufliche Rehabilitation

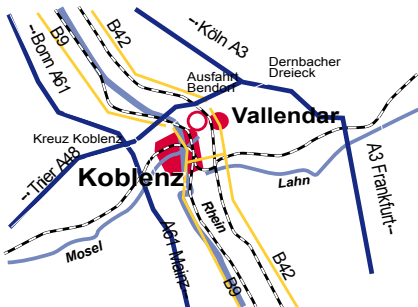


Ulrich Lebrecht  
Geschäftsführer

Dr. med.  
Raimund Weber  
Ärztlicher Direktor



- ① Klinik - Haupteingang
- ② Klinik - Eingang Heerstraße
- ③ medizinisch-berufliche Reha Eingang Wilhelm-Ross-Straße



**Mit dem Zug:** Bahnhof Vallendar oder Hbf Koblenz und Buslinie 8 oder 8a bis Vallendar Bahnhof  
**Mit dem Auto:** A48 Abfahrt Neuwied/Bendorf/Vallendar  
B42 Richtung Koblenz/Ehrenbreitstein

**BDH-Klinik Vallendar GmbH** / Heerstr. 54 a - 56179 Vallendar  
tel 0261 - 6405 - 0 / fax 0261 - 6405 - 144  
info@bdh-klinik-vallendar.de / www.bdh-klinik-vallendar.de

So finden Sie uns...