

MORBUS CROHN

INFORMATIONEN
FÜR PATIENT*INNEN



Inhalt

Vorwort	5	4. Diagnose	16
1. Was ist Morbus Crohn?	6	Welchen Stellenwert haben das Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt und die körperliche Untersuchung?.....	16
Welche Teile des Verdauungstraktes sind bei Morbus Crohn entzündet?	6	Was wird im Labor bestimmt?	17
Werde ich diese Erkrankung dauerhaft haben?	7	Wird auch mein Stuhl für die Diagnostik benötigt?.....	17
Werde ich dauerhaft an meinen Beschwerden leiden?	7	Wozu wird der Ultraschall benutzt?.....	18
2. Ursachen für Morbus Crohn	9	Werden weitere bildgebende Verfahren eingesetzt?	18
Ist Stress die Ursache meiner Erkrankung?	9	Wozu wird die Darm- und Magenspiegelung gebraucht?	19
Wie häufig kommt Morbus Crohn vor?.....	9	Brauche ich die Endoskopie auch als Vorsorgeuntersuchung?.....	20
Betrifft diese Erkrankung nur junge Menschen?	10	5. Therapieziel bei Morbus Crohn	21
Welche Rolle spielt das Rauchen bei Morbus Crohn?	11	6. Medikamentöse Therapien	22
3. Beschwerden bei Morbus Crohn	12	Sulfasalazin	22
Welche Komplikationen können bei Morbus Crohn auftreten?	13	Kortisonpräparate (Steroide).....	22
Betrifft Morbus Crohn nur den Verdauungstrakt?.....	14	Immunsuppressiva.....	23

Biologika.....	23
JAK-Inhibitor	24
Ist eine Operation ebenfalls eine Therapiemöglichkeit? ..	25
Bei mir ist ein fistulierender Verlauf im Analbereich festgestellt worden. Wie kann man vorgehen?	25
Eine unzureichend behandelte Erkrankung und auch einige Medikamente können mich anfälliger für Infektionserkrankungen machen. Wie kann ich mich schützen?.....	25
Welches Schmerzmittel kann ich einnehmen?	26
Wie ist der Einsatz von komplementärmedizinischen Verfahren zu bewerten?.....	26
7. Die geeigneten Therapien	27
8. Leben mit Morbus Crohn	28
Kann ich mittels Ernährung meine Erkrankung beeinflussen?	28

Ist eine „falsche“ Ernährung der Grund für meinen Morbus Crohn?	28
Ich habe das Gefühl, Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln zu haben. Wie kann man das überprüfen?.....	29
Kann ich mit einer Morbus-Crohn-Erkrankung überhaupt schwanger werden?	30
Was passiert, wenn ich während der Schwangerschaft einen akuten Schub bekomme?	31
Besteht die Gefahr, dass ich meinen Morbus Crohn auf das Kind vererbe?.....	31
Was muss ich bei der Berufswahl beachten?	32
Kann ich mit einer Morbus-Crohn-Erkrankung auch verreisen?	32
Wie sieht es mit Sport aus?.....	33
9. Hilfe zur Selbsthilfe	34





Vorwort

Sehr geehrte Patient*innen, Mitbetroffene und Interessierte,

dieser kleine Ratgeber soll Ihnen einige Aspekte des Morbus Crohn näherbringen. Es handelt sich hierbei um eine chronische Erkrankung, die neben den betroffenen Patient*innen immer auch das Umfeld betrifft. Daher ist diese Broschüre bewusst an Patient*innen, aber genauso an Mitbetroffene gerichtet, die oftmals aus dem Kreise der Familie oder Freund*innen stammen. Auch Interessierte, die mehr über die Erkrankung erfahren wollen, sollen hier nähere Informationen erhalten.

Die Diagnosestellung eines Morbus Crohn bedeutet für die Betroffenen immer einen bedeutsamen Einschnitt, da sie sich mit Krankheitserscheinungen auseinandersetzen müssen, welche die Lebensqualität und Lebensfunktionalität im privaten als auch beruflichen Bereich deutlich einschränken kann. Weiterhin muss man sich mit der Chronizität der Erkrankung befassen, die medikamentös nicht geheilt werden kann. Allerdings konnten gerade in den letzten Jahren deutliche Fortschritte in der effektiven Behandlung des Morbus Crohn erzielt werden.

Die moderne Medizin hat für den überwiegenden Teil der Patient*innen eine effektive Behandlung des Krankheitsbilds ermöglicht, welche die Symptome der Erkrankung so gut kontrolliert, dass eine normale Lebensqualität der Patient*innen erreicht werden kann. Dies sollte das Ziel in der langfristigen Behandlung der Erkrankung sein. Diese Broschüre möchte Ihnen Antworten auf häufig gestellte Fragen liefern, welche neben den Ursachen, dem Krankheitsbild und der Therapie des Morbus Crohn auch wichtige Fragen des täglichen Lebens mit der Erkrankung betreffen.

Wir hoffen, dass diese Broschüre Ihnen ein guter Begleiter im Umgang mit Morbus Crohn sein kann.

Ihr Biogen Team



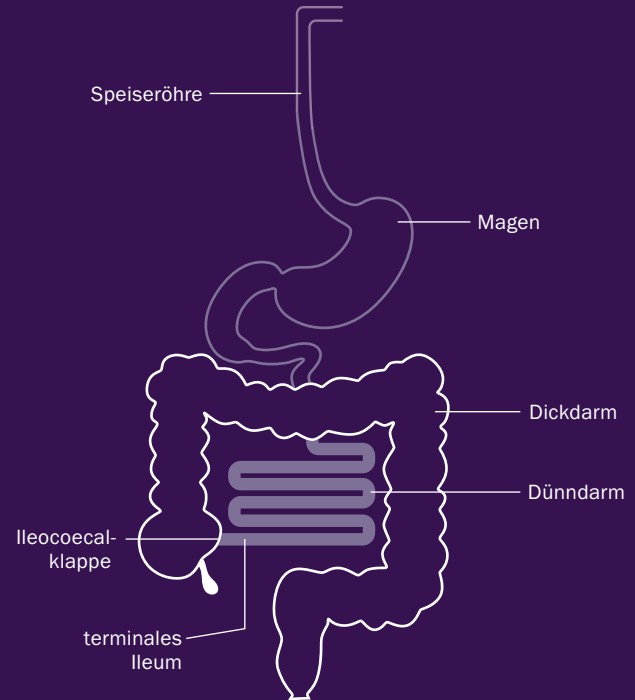
1. Was ist Morbus Crohn?

Morbus Crohn ist neben Colitis ulcerosa eine der Hauptformen der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und kann alle Abschnitte des Verdauungstraktes betreffen. Es gibt allerdings nicht den einen Morbus Crohn, da die Erkrankung bei jedem Betroffenen unterschiedlich verläuft und auch unterschiedliche Befallsmuster haben kann. Daher sollten alle Patient*innen individuell entsprechend „ihrem“ Morbus Crohn behandelt werden. Die Erkrankung verläuft in der Regel schubweise, das bedeutet, es wechseln sich beschwerdefreie mit entzündlichen Phasen ab, die sich in regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen abwechseln können.

Welche Teile des Verdauungstraktes sind bei Morbus Crohn entzündet?

Der Morbus Crohn kann grundsätzlich alle Abschnitte des Verdauungstrakts, vom Mund bis zum Darmausgang betreffen. Am häufigsten sind der Übergang vom Dickdarm zum Dünndarm (Ileocoecal-klappe), welcher im rechten Unterbauch liegt, und der darüberliegende letzte Abschnitt des Dünndarms (terminales Ileum) betroffen. Aber auch der Dickdarm kann teilweise oder in seiner gesamten Ausdehnung betroffen sein. Die Speiseröhre,

Verdauungstrakt



Magen und Abschnitte des Dünndarms sind dagegen seltener betroffen. Die Entzündung umfasst beim Morbus Crohn alle Schichten der Darmschleimhaut (transmuraler Befall). Beim Morbus Crohn wechseln sich entzündete und nicht entzündete Abschnitte der Darmschleimhaut zumeist ab (segmentaler Befall). Das Befallsmuster der Erkrankung hat oftmals einen großen Einfluss auf die Therapieentscheidung und sollte daher vor Einleitung einer Therapie bekannt sein.

Werde ich diese Erkrankung dauerhaft haben?

Morbus Crohn stellt eine chronische Erkrankung dar, welche die betroffenen Patient*innen lebenslang begleitet. Eine medikamentöse Heilung der Erkrankung ist nicht möglich, allerdings können oftmals durch eine effektive medikamentöse Therapie die Symptome der Erkrankung bei den Patient*innen dauerhaft unterdrückt werden. Die Patient*innen haben dann eine normale Lebensqualität, welche sich nicht von der Nicht-Betroffener unterscheidet. Dies sollte auch das Ziel der medikamentösen Therapie bei den Patient*innen sein. Bei fehlendem Ansprechen auf die Vielzahl zur Verfügung stehender Therapien kann durch ein operatives Verfahren die durch den Morbus Crohn verursachte

Beschwerdesymptomatik beseitigt werden. In bestimmten Fällen (wie z. B. kurzstreckiger Befall des Dünndarms) stellt die Operation sogar ein gleichwertig erstrangiges Verfahren im Vergleich zu den möglichen medikamentösen Therapien dar.

Werde ich die ganze Zeit an meinen Beschwerden leiden?

Der Morbus Crohn verläuft in Schüben, wobei sich Phasen einer erhöhten Erkrankungsaktivität (akuter Schub) mit Phasen ohne klinische Symptome abwechseln können. Die jeweiligen Phasen können Wochen oder sogar Monate oder Jahre andauern. Der Erkrankungsverlauf unterscheidet sich dabei maßgeblich zwischen den Patient*innen. Es gibt Patient*innen, die nach einem Schub jahrelang keine Beschwerden haben, und diejenigen, die unbehandelt einen dauerhaften Schub mit Beschwerden haben. Am Anfang der Erkrankung lässt sich der Verlauf nur schwierig abschätzen. Bei Morbus Crohn gibt es bestimmte Risikofaktoren für einen eher komplizierten Verlauf (z. B. ausgedehnter Dünndarmbefall, perianale Fisteln, tiefe Geschwüre in der Darmschleimhaut). In diesen Fällen sollte frühzeitig intensiviert behandelt werden.

Ziel der medikamentösen Therapie ist es, die Krankheitsschübe schnell zu kontrollieren und neue Schübe zu verhindern. Weiterhin wird eine Abheilung der entzündlich veränderten Darmschleimhaut angestrebt. Dies ist oftmals sehr gut möglich und Betroffene können trotz der Diagnose eines Morbus Crohn ein Leben ohne größere Einschränkungen führen.



2. Ursachen für Morbus Crohn

Die Entstehung eines Morbus Crohn kann von den Betroffenen nicht willkürlich beeinflusst oder gar verhindert werden. Die exakten Hintergründe für die Entstehung des Morbus Crohn sind noch immer nicht vollständig aufgeklärt. Es wird heutzutage von einem Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren ausgegangen. Hierbei spielen eine genetische Veranlagung, verschiedene Umweltfaktoren und bakterielle Bestandteile eine entscheidende Rolle. Diese beeinflussen sich gegenseitig und führen letztendlich zu einer Überreaktion des Immunsystems des Darms. Dies führt dann zur Entzündung der Darmschleimhaut. Die entsprechenden medikamentösen Therapien zielen daher auf eine Unterdrückung des fehlerhaft überreagierenden Immunsystems des Darms ab.

Ist Stress die Ursache meiner Erkrankung?

Nein! Stress kann nicht als Ursache der Erkrankung angesehen werden. Oftmals berichten Morbus-Crohn-Patient*innen, dass ein Schub in stressigen Phasen ausgelöst wird. Es kann aber genauso sein, dass sich ein Schub in einer „entspannten“ Phase ankündigt. Dies zeigt, dass man einen Morbus-Crohn-Schub nicht willentlich beeinflussen kann. Grundsätzlich ist es allerdings sinnvoll, gute Wege der Entspannung für einen selbst zu finden.

Hier sollte jede bzw. jeder für sich selbst herausfinden, welche Methode am besten geeignet ist (z. B. Sport, Yoga, Spazierengehen, autogenes Training, Buch lesen, Musik hören).

Wie häufig kommt Morbus Crohn vor?

Insgesamt ist ein weltweit unterschiedlich gehäuftes Auftreten zu verzeichnen. CED kommt häufiger in Nordamerika und Westeuropa vor, verglichen mit Afrika oder Südamerika. Hinsichtlich dieses sogenannten Nord-Süd-Gefälles ist allerdings zuletzt ein deutlicher Anstieg der Erkrankungen gerade in Asien und Lateinamerika festzustellen. Trotz des insgesamt noch seltenen Auftretens ist eine dramatische Zunahme der Erkrankungshäufigkeit

Die Zahl der von einem Morbus Crohn betroffenen Patient*innen in Deutschland wird auf **ca. 180.000** geschätzt.

In Deutschland leiden etwa **320.000 – 470.000** Menschen an einer CED.





in den letzten Jahren festgestellt worden, welches zumindest einhergeht mit der zunehmenden Übernahme eines westlich geprägten Lebensstils wie Ernährung, Lebensweise, Umweltfaktoren. Eine genaue Ursache für das vermehrte Auftreten des Morbus Crohn konnte aber bisher nicht ausgemacht werden. Der Morbus Crohn betrifft in Deutschland ungefähr gleich häufig beide Geschlechter und ungefähr gleich viele Patient*innen sind von Morbus Crohn wie von Colitis ulcerosa betroffen.

Betrifft diese Erkrankung nur junge Menschen?

Die CED können prinzipiell in jedem Lebensalter auftreten; das Hauptmanifestationsalter bei Morbus Crohn liegt bei ca. 20 – 34 Jahren. Somit beginnt für die meisten CED-Patient*innen die Erkrankung während der Berufsausbildung und dauert während des gesamten beruflichen Lebens an. Die CED kann erstmalig bereits im Kindesalter auftreten, hierbei treten oftmals Wachstumsstörungen bei einer vorherrschenden Entzündung des Darms auf. Zuletzt wurde aber auch eine steigende Anzahl an CED-Patient*innen beschrieben, bei denen im höheren Lebensalter (> 60 Jahre) erstmalig ein Morbus Crohn diagnostiziert wurde.



Welche Rolle spielt das Rauchen bei Morbus Crohn?

In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass Rauchen insgesamt einen Risikofaktor für die Entstehung des Morbus Crohn darstellt. Es zeigte sich sogar eine zusätzliche Verschlechterung der Erkrankung mit gesteigertem Konsum an Zigaretten (> 10 Stück pro Tag). Rauchende Patient*innen, insbesondere Frauen, haben einen komplizierteren Krankheitsverlauf (Stenosen, Fisteln) und benötigen mehr Medikamente und operative Eingriffe als Nichtraucher*innen. Weiterhin konnte nachgewiesen werden, dass Raucher*innen schlechter auf Therapien mit Anti-TNF-Antikörpern ansprechen. Der Nikotinverzicht ist mit einem verbesserten Verlauf der Krankheit assoziiert und die langfristige Rate an erneuten Schüben (Rezidive) des Morbus Crohn konnte dadurch sogar halbiert werden. Insgesamt sollten Morbus-Crohn-Patient*innen daher dringlich den Nikotinkonsum beenden.

3. Beschwerden bei Morbus Crohn

Die am häufigsten vorkommenden Zeichen der Erkrankung sind eine erhöhte Anzahl an Stuhlgängen, die häufig nachts auftreten können, breiiger bis wässriger Stuhlgang, Abgang von Blut oder Schleim beim Stuhlgang, starke Bauchschmerzen, Müdigkeit, Fieber, Gewichtsverlust. Weiterhin können entzündlich bedingte Beschwerden auftreten, die außerhalb des Darms auftreten (extra-intestinale Beschwerden) und z. B. Gelenke, Haut und Augen betreffen können. Diese Krankheitssymptome können grundsätzlich auch bei anderen Erkrankungen auftreten und sollten ärztlich abgeklärt werden. Trotz dieser sehr eindrücklichen Beschwerden erfolgt die Diagnosestellung bei den betroffenen Patient*innen oftmals verspätet. Zu diesem Zeitpunkt können dann schon Komplikationen der Erkrankung aufgetreten sein.





Welche Komplikationen können bei Morbus Crohn auftreten?

Bei Morbus-Crohn-Patient*innen können röhrenförmige Verbindungen (Fisteln) zwischen dem Darm und anderen Organabschnitten wie Darm, Haut, Harnblase und Scheide auftreten. Diese Fisteln können im Bereich des Darmausgangs auftreten und benötigen dann eine intensive Therapie, die auch die enge Zusammenarbeit zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt, die/der die CED behandelt, sowie einer chirurgischen Spezialistin bzw. einem chirurgischen Spezialisten erfordert. Bei Morbus-Crohn-Patient*innen kann sich Eiter im Bauchraum ansammeln (Abszesse). Weiterhin kann es bei Morbus-Crohn-Patient*innen zu Verengungen des Darms (Stenosen) kommen.

Es konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass Patient*innen mit Befall des Dickdarms ein erhöhtes Risiko für die Manifestation eines bösartigen kolorektalen Karzinoms aufweisen. Mehrere Studien belegten, dass eine lange Dauer der Erkrankung, ausge dehnte Ausbreitung und hochgradige Intensität der Entzündung, erstgradige Verwandtschaft mit Patient*innen, die ein kolorektales Karzinom hatten, die Diagnose einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC), Engstellen und vorherige Diagnose einer Vor-

stufe des Karzinoms (Dysplasie) zu den nachgewiesenen Risikofaktoren eines kolorektalen Karzinoms gehören. Die bestmögliche Prävention eines kolorektalen Karzinoms ist eine Abwesenheit der Entzündung der Darmschleimhaut. Eine effektive Therapie stellt damit den wirksamsten Schutz gegenüber einem kolorektalen Karzinom dar. Bei Patient*innen mit Morbus Crohn und Befall des Dünndarms ist ein erhöhtes Risiko für Dünndarmadenokarzinome beschrieben worden. Aus diesem Grund werden bei Befall des Kolons regelmäßige Überwachungskoloskopien empfohlen. Aufgrund der Seltenheit eines Dünndarmkarzinoms gibt es keine Empfehlung für eine endoskopische Überwachung.

Betrifft Morbus Crohn nur den Verdauungstrakt?

Morbus Crohn betrifft nicht „nur“ den Verdauungstrakt, sondern ist eine systemische Erkrankung, die den ganzen Körper betreffen kann. Neben dem Verdauungstrakt können dabei ebenso verschiedene Organsysteme des Körpers betroffen sein (extraintestinale Manifestation). Die Entzündung kann dabei verschiedene Gelenke des Körpers betreffen. Dies äußert sich in Gelenkschmerzen, die z. B. an den Knien, Händen, Sprunggelenken, Ellenbogen

oder der Wirbelsäule oder Hüftregion auftreten können. Weiterhin kann die Haut von entzündlichen Veränderungen betroffen sein. Diese Hautveränderungen äußern sich z. B. als knotige Verdickungen am Schienbein (Erythema nodosum) oder als Geschwüre in jeder Körperregion (Pyoderma gangraenosum). Die häufigste Hautveränderung tritt aber im Bereich der Mundhöhle auf. Hier können kleine, entzündliche Schwellungen der Schleimhaut (Aphten), die oft weißlich erscheinen, zu starken Schmerzen bei Kontakt mit Flüssigkeiten oder Nahrungsbestandteilen führen. Aphten können grundsätzlich aber auch unabhängig von einem Morbus Crohn auftreten. Weiterhin kann es zu einer Entzündung in den verschiedenen Abschnitten des Auges kommen, die oft zu einer sichtbaren Rötung führt. Diese ist oft sehr schmerzhaft und kann sogar zu Einschränkungen des Sehvermögens führen. Hier ist eine dringliche Vorstellung bei der Augenärztin bzw. beim Augenarzt notwendig. Selten kann eine Entzündung und Narbenbildung der Gallenwege vorliegen. Diese sogenannte primär sklerosierende Cholangitis (PSC) kann zu einer eingeschränkten Funktion der Leber führen und ist oftmals an erhöhten Laborwerten erkennbar (alkalische Phosphatase, gGT, Gesamtbilirubin). Auch seltenere Manifestationen an anderen Organsystemen, wie

z. B. der Lunge, sollten beachtet werden. Auftreten und Aktivität dieser extraintestinalen Manifestationen können unabhängig vom klinischen Verlauf des Morbus Crohn sein und stellen oftmals die erstmalige klinische Symptomatik des Morbus Crohn dar. Extraintestinale Manifestationen werden bei über einem Drittel aller Morbus-Crohn-Patient*innen beschrieben, wobei Gelenkbeschwerden als häufigstes angegeben werden. Oftmals kann die Entzündung außerhalb des Darms die Wahl der Therapie des Morbus Crohn entscheidend beeinflussen. Entsprechende Beschwerden in diesem Bereich sollten mit der Ärztin bzw. dem Arzt offen besprochen werden.



4. Diagnose

Die Diagnose eines Morbus Crohn wird durch verschiedene Untersuchungsmethoden gestellt. Es gibt nicht einen beweisenden Test, sondern die Ergebnisse aller durchgeführten Untersuchungen ermöglichen die Diagnosestellung.

Welchen Stellenwert haben das Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt und die körperliche Untersuchung?

Sehr wichtig ist das ausführliche Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt (Anamnese) und die detaillierte Schilderung Ihrer Beschwerden. Dabei sollten Sie unbedingt neben Ihren Beschwerden im Bauchbereich auch mögliche Krankheitssymptome außerhalb des Darms erwähnen (z. B. Haut, Gelenke). Nachfolgend wird Sie die Ärztin bzw. der Arzt untersuchen und sehr wahrscheinlich Ihren Bauch vorsichtig abtasten und leicht eindrücken. Hierdurch wird festgestellt, ob in bestimmten Bereichen des Darms eine Verhärtung vorliegt, welche hinweisend auf eine Entzündung sein kann. Weiterhin kann Ihr Körper auf Entzündungen der Haut sowie der Schmerzhaftigkeit von Gelenken untersucht werden.



Was wird im Labor bestimmt?

Die Labordiagnostik umfasst vornehmlich folgende Parameter: Elektrolyte (z. B. Natrium, Kalium), Blutbild, CRP-Wert, Nierenwerte, Leberwerte. Es gibt keine Laborbestimmung, die das Vorhandensein einer CED nachweist. Der CRP-Wert weist oftmals auf eine bestehende Entzündung im Körper hin, ist damit also nicht automatisch ein Nachweis für eine akute Entzündung bei CED. Bei Morbus Crohn weist das CRP oftmals einen geringen Zusammenhang mit der Krankheitsaktivität auf und ein fehlender Anstieg des CRP schließt hier keinesfalls einen aktiven Morbus Crohn aus.

Des Weiteren sollten mögliche Mangelerscheinungen (Eisen, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D) überprüft werden.

Wird auch mein Stuhl für die Diagnostik benötigt?

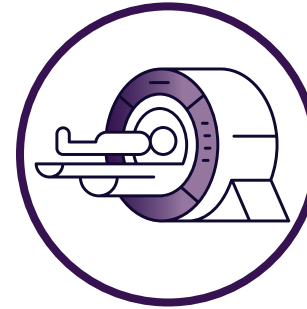
Zum Ausschluss von möglichen infektiösen Erregern, die Morbus-Crohn-ähnliche Beschwerden auslösen können, wird oftmals eine Stuhldiagnostik durchgeführt. Sie müssen dafür möglichst zeitnah nach Abnahme eine kleine Stuhlprobe bei Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt abgeben.

Weiterhin kann im Stuhl die entzündliche Aktivität im Darm bestimmt werden. Hierfür steht die Messung von den fäkalen Neutrophilenmarkern Calprotektin oder Lactoferrin im Stuhl zur Verfügung. Diese bilden das Ausmaß von speziellen Immunzellen in der Darmschleimhaut ab, die aufgrund der Entzündung dort vorkommen. Diese Parameter sind im Stuhl unter Raumtemperatur sehr stabil und können innerhalb einer Woche im Stuhl sehr gut nachgewiesen werden. Die quantitative Bestimmung dieser Marker im Stuhl stellt mit gewissen Einschränkungen einen nützlichen Verlaufsparemeter für die Entzündung dar und wird in Verlaufsmessungen zur Bestimmung der entzündlichen Aktivität gerne verwendet. Allerdings können die fäkalen Entzündungsmarker nicht die Ursachen einer intestinalen Entzündung klären. Hier ist ebenfalls zu beachten, dass es auch zu einer Erhöhung der Marker nach Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) wie ASS und Ibuprofen kommt. Auch bei infektiöser Colitis können diese Marker erhöht sein.



Wozu wird der Ultraschall benutzt?

Die Ultraschalluntersuchung hat einen festen Stellenwert in der Diagnostik zur Lokalisation und Ausbreitung der Darmentzündung. Weiterhin ermöglicht sie die Beurteilung des Therapieansprechens auf Behandlungen im Verlauf der Erkrankung. Eine Entzündung des Darms kann hier durch eine Verdickung der Darmwand, eine aufgehobene Darmwandschichtung und vergrößerte Lymphknoten festgestellt werden. Zudem zeigt sich hier oftmals eine verstärkte Durchblutung. Weiterhin wird die Sonografie zum Ausschluss von krankheitsassoziierten Komplikationen wie Stenosen, Fisteln oder Abszessen eingesetzt.



Werden weitere bildgebende Verfahren eingesetzt?

Zur weiteren Diagnostik des Dünndarms bei Morbus Crohn steht die Magnetresonanztomografie (MRT)-Enterografie zur Verfügung. Diese wird u. a. zur Fistel- und Abszessdarstellung genutzt. Auch zur genaueren Beurteilung von Stenosen wird diese eingesetzt. Oftmals kann unterschieden werden, ob die Stenose eher entzündlich oder narbig bedingt ist. Gerade bei endoskopisch nicht passierbaren Stenosen kann eine Vermessung der Ausdehnung der Stenose vorgenommen werden. Das MRT sollte aufgrund der fehlenden Strahlenbelastung der Computertomografie (CT) vorgezogen werden. Die CT wird nur in Notfallsituationen (Verdacht auf Perforation) und bei geplanten Interventionen (z. B. Abszessdrainage) verwendet.



Wozu wird die Darm- und Magenspiegelung gebraucht?

In der Erstdiagnostik gehört die Endoskopie (Darmspiegelung, Magenspiegelung) zu den wichtigsten diagnostischen Maßnahmen. Die entsprechende Durchführung einer Darmspiegelung mit Untersuchung des Dickdarms und des letzten Abschnitts des Dünndarms (Ileokoloskopie) ist unverzichtbar, da hier eine vervollständigte Aussage hinsichtlich der Ausdehnung der Erkrankung getätigt werden kann. In Kombination mit der im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Entnahme von Darmschleimhautbiopsien kann die Diagnose eines Morbus Crohn gestellt werden. Bei Diagnosestellung eines Morbus Crohn sollte zusätzlich eine Magenspiegelung (Ösophagogastroduodenoskopie) des oberen Verdauungstrakts (Speiseröhre, Magen, Dünndarm) durchgeführt werden. So kann das Befallsmuster des Morbus Crohn komplettiert werden.



Endoskopische Aufnahme eines gesunden Darms

Insbesondere bei unklarem Befund kann bei Nachweis einer Magenbeteiligung oftmals die Diagnose eines Morbus Crohn gesichert werden. Eine Kapselendoskopie kann bei Verdacht auf einen Morbus Crohn mit reinem Dünndarmbefall zur Diagnosesicherung durchgeführt werden. Selten kann eine Untersuchung des gesamten Dünndarms mittels einer Enteroskopie als endoskopische Untersuchung zur Diagnosesicherung notwendig sein.

Im Verlauf der Erkrankung sollte die Durchführung einer endoskopischen Untersuchung an eine spezielle Fragestellung mit möglichen therapeutischen Konsequenzen geknüpft sein. Dies kann zum Beispiel eine aktualisierte Einschätzung der entzündlichen Aktivität und Ausdehnung vor Therapieintensivierung oder -beendigung beinhalten. Insbesondere bei Morbus Crohn ist oftmals ein deutlicher Unterschied zwischen Beschwerden der Patient*innen und Entzündungsaktivität der Darmschleimhaut bekannt. Eine entsprechende Endoskopie ist daher hilfreich, um eine entzündliche Aktivität als Ursache für klinische Beschwerden zu sichern und nachfolgend eine Therapieintensivierung durchzuführen. Weiterhin kann die Endoskopie auch zur Beurteilung des Therapieerfolges eingesetzt werden. Eine sogenannte endoskopische Heilung stellt dabei das bestmögliche endoskopische Ergebnis einer Therapie

dar. Hierbei weist die Darmschleimhaut keine stärkeren Entzündungszeichen mehr auf. Es gibt zahlreiche Hinweise, dass eine Mukosaheilung mit einem günstigeren klinischen Ausgang assoziiert ist. Hier zeigte sich eine geringere Notwendigkeit für Operationen, für eine Kortisoneinnahme und für Krankenhausaufenthalte. Weiterhin wird die Endoskopie zur postoperativen Beurteilung und Festlegung des weiteren therapeutischen Vorgehens bei Morbus-Crohn-Patient*innen durchgeführt.

Brauche ich die Endoskopie auch als Vorsorgeuntersuchung?

Es werden Vorsorgekoloskopien bei langjährigem Morbus Crohn mit Befall des Dickdarms gemäß den Vorgaben der europäischen und deutschen Leitlinie empfohlen. Abhängig von bestimmten individuellen Risikofaktoren werden 6–8 Jahre nach Diagnosestellung entsprechende Darmspiegelungen im Abstand von jeweils 1–4 Jahren empfohlen. Bei gleichzeitiger primär sklerosierender Cholangitis (PSC) werden ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung jährliche Darmspiegelungen empfohlen.



5. Therapieziel bei Morbus Crohn

Grundlegendes Behandlungsziel in der medikamentösen Therapie des Morbus Crohn ist kurzfristig das Erreichen einer Beschwerdefreiheit bei den Patient*innen. Diese Beschwerdefreiheit soll ohne langfristigen Gebrauch von Kortison idealerweise auch dauerhaft erhalten bleiben. Weiterhin sollen Komplikationen der Erkrankung (Funktionsverlust des Darms, Stenose, Fisteln, Abszesse, Karzinome) und Therapiekomplikationen verhindert werden. Zudem sollten im Rahmen der Erkrankung auftretende Mangelzustände ausgeglichen werden (z. B. mittels Eisen, Vitamin B12, Folsäure). Bei fehlendem Ansprechen auf medikamentöse Therapien oder Auftreten von Komplikationen sind operative Eingriffe notwendig.

Ein weiteres prognostisch bedeutendes Therapieziel ist die Abheilung der Darmschleimhaut, da eine fehlende mukosale Abheilung mit einem langfristig schlechteren Krankheitsverlauf assoziiert ist. Insgesamt soll bei den behandelten Patient*innen eine normale Lebensqualität erreicht werden, die sich idealerweise nicht von der Nichtbetroffener unterscheidet.

6. Medikamentöse Therapien

Zur Verfügung stehende Therapien beinhalten oral einzunehmende oder lokal applizierbare Kortisonpräparate. Dann gibt es noch Immunsuppressiva (Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat), verschiedene Anti-TNF-Antikörper (Infliximab, Adalimumab), einen Anti-Adhäsionsmolekül-Antikörper (Vedolizumab), einen Antikörper gegen Interleukin (IL)-12 und IL-23 (Ustekinumab), einen Antikörper gegen IL-23 (Risankizumab) sowie einen JAK-Inhibitor. Zukünftig wird noch die Zulassung von weiteren Substanzen erwartet.

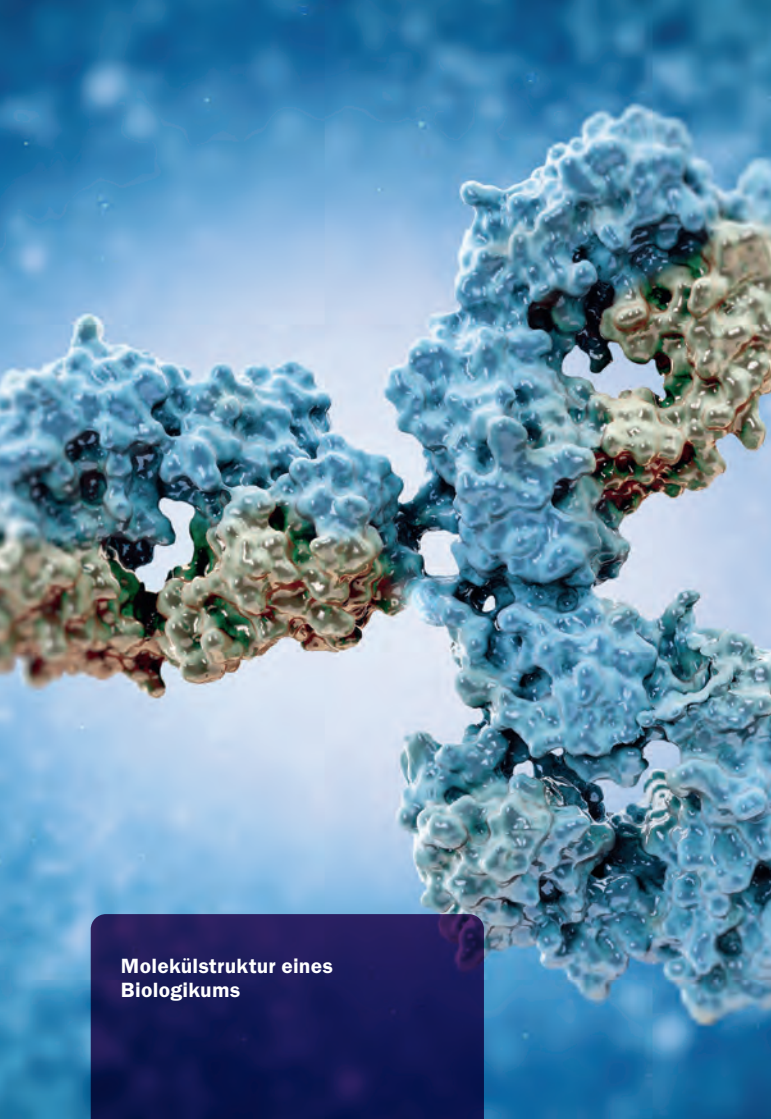
Sulfasalazin

Bei leichtgradiger Manifestation des Morbus Crohn im Dickdarm kann der Einsatz von Sulfasalazin erwogen werden.

Kortisonpräparate (Steroide)

Kortisonpräparate sind oftmals schnell wirksam und werden bei einem akuten Schub eingesetzt. Sie können als lokale oder orale Therapie gegeben werden. Das topisch wirksame Steroid Budesonid wird zur Behandlung einer Entzündung im Ileozökalbereich verwendet. Aufgrund des raschen Abbaus in der Leber stellt Budesonid eine im Vergleich zu systemisch wirkenden

Steroiden nebenwirkungsarme Alternative dar. Diese Therapie sollte für 3 Monate durchgeführt werden. Systemisch wirksame Steroidpräparate (z. B. Prednisolon, Prednison) werden anfangs in einer Dosierung von 1 mg/kg Körpergewicht verschrieben (maximal 60 mg/Tag). Systemisch wirksame Steroidpräparate und auch Budesonid sollten nicht als Erhaltungstherapie eingesetzt werden, da diese neue Schübe nicht verhindern können und bei langfristiger Einnahme mit gravierenden Nebenwirkungen assoziiert sein können. Insgesamt soll eine wiederholte (≥ 2 -mal pro Jahr) bzw. eine dauerhafte Einnahme nicht erfolgen. Anstelle dessen ist dann eine Intensivierung der Therapie notwendig. Die Einnahme von Kortisonpräparaten kann zu verschiedenen, teilweise gravierenden Nebenwirkungen führen (z. B. Infektanfälligkeit, hoher Blutzucker, Bluthochdruck, Wassereinlagerungen, psychische Beschwerden, Knochenschwund). Parallel zur Einnahme von Kortison sollte eine begleitende Therapie mit Vitamin D durchgeführt werden. Die Kortisontherapie sollte im Verlauf immer langsam reduziert (ausgeschlichen) werden, da eine abrupte Beendigung zu ernststen Komplikationen führen kann.



**Molekülstruktur eines
Biologikums**

Immunsuppressiva

Thiopurine beinhalten die Wirkstoffe Azathioprin und 6-Mercaptopurin. Diese oral einzunehmenden Therapien werden zur langfristigen Therapie und Vermeidung von erneuten Schüben eingesetzt. Die Wirksamkeit dieser Präparate ist erst nach 2 – 3 Monaten festzustellen, daher werden sie nicht zur akuten Behandlung der Erkrankung eingesetzt. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Labors sind notwendig. Eine Alternative stellt Methotrexat dar, welches 1 × pro Woche unter die Haut gespritzt wird (subkutan). Am Tag nach der Verabreichung sollte ebenfalls 1 × pro Woche Folsäure oral eingenommen werden. Bei Methotrexat-Therapie sollte auf ausreichende Verhütungsmaßnahmen geachtet werden, da diese Schädigungen beim Kind hervorrufen kann.

Biologika

Biologika sind biotechnologisch hergestellte Antikörper, die gegen bestimmte entzündliche Botenstoffe oder Zielzellen des Körpers gerichtet sind. Bei der Substanzklasse der Anti-TNF-Antikörper, wozu Infliximab und Adalimumab gehören, ist der Wirkstoff gegen den entzündungsfördernden Botenstoff Tumornekrosefaktor



(TNF) gerichtet. Der Wirkstoff Ustekinumab ist gegen die entzündungsfördernden Botenstoffe Interleukin (IL)-12 und IL-23 gerichtet. Spezifisch gegen Interleukin 23 richtet sich der Wirkstoff Risankizumab. Der Anti-Adhäsionsmolekül-Antikörper Vedolizumab ist gegen bestimmte Entzündungszellen ($\alpha 4\beta 7$ -Integrin-exprimierende Zellen) gerichtet und verhindert deren Einwanderung aus dem Blut in den Darm. Die Applikation der Präparate erfolgt derzeit intravenös ins Blut oder wird unter die Haut gespritzt. Alle Substanzen können zur akuten Behandlung der Erkrankung eingesetzt werden. Im weiteren Verlauf wird die Behandlung auch zur Vermeidung von erneuten Krankheitssymptomen als Erhaltungstherapie weitergeführt.

JAK-Inhibitor

Der oral eingenommene JAK-Inhibitor Upadacitinib blockiert die Weitergabe des Signals von verschiedenen entzündungsfördernden Botenstoffen innerhalb einer Zelle. Der Wirkstoff wird zur akuten Behandlung der Erkrankung eingesetzt. Nachfolgend wird die Behandlung auch zur Vermeidung von erneuten Krankheitssymptomen weitergeführt.

Ist eine Operation ebenfalls eine Therapiemöglichkeit?

Bei Versagen der medikamentösen Therapien oder bei Auftreten von schwer zu behandelnden Komplikationen ist ein operativer Eingriff notwendig. In bestimmten Fällen (kurzstreckiger Befall des Endteils des Dünndarms) stellt die Operation sogar ein gleichwertiges Verfahren im Vergleich zu den möglichen medikamentösen Therapien dar. Im Falle einer symptomatischen narbigen Verengung des Darms (Stenose) ist eine antientzündliche Therapie nicht mehr effektiv und dementsprechend sollte eine operative Intervention durchgeführt werden. Eine endoskopische Ballon-Dilatation kann eine Alternative bei kurzstreckigem Befall (bis ca. 4 – 5 cm) darstellen.

Bei mir ist ein fistulierender Verlauf im Analbereich festgestellt worden. Wie kann man vorgehen?

Der fistulierende Morbus Crohn repräsentiert, insbesondere bei perianalem Befall, oft eine schwerwiegende Komplikation und erfordert ein eng abgestimmtes Vorgehen zwischen Gastroenterolog*innen und Chirurg*innen. Zunächst sollte das Vorliegen einer Eiteransammlung (Abszess) ausgeschlossen bzw. eine

ausreichende Drainage durchgeführt werden. Im Anschluss sollten dann medikamentöse Therapien begonnen werden.

Eine unzureichend behandelte Erkrankung und auch einige Medikamente können mich anfälliger für Infektionskrankungen machen. Wie kann ich mich schützen?

Die Mehrzahl der vorgestellten Therapien können in der Tat selten zur Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems führen und damit zu einer erhöhten Gefahr an Infektionen, welche oftmals die oberen Atemwege betrifft. Eine dauerhafte Steroid-Therapie stellt hierbei das höchste Risiko dar. Nichtsdestotrotz setzen wir die entsprechenden Therapien zur Behandlung des Morbus Crohn ein, da eine unzureichend behandelte Erkrankung ein noch höheres Risiko für Infektionen und andere Komplikationen darstellt. Einen wirksamen Schutz gegen mögliche Infektionen stellen Impfungen dar. Diese sollten idealerweise frühzeitig und vor Einleitung der immunsuppressiven Therapien (Steroide, Immunsuppressiva, Biologika) durchgeführt, können aber auch unter laufender Therapie appliziert werden. Unter einer bestehenden immunsuppressiven Therapie sollten nur Impfungen mit einem Totimpfstoff durchgeführt werden. Diese beinhalten z. B.

Impfungen gegen Pneumokokken, Influenza, Hepatitis B, FSME. Impfungen mit einem Lebendimpfstoff sind unter bestehender immunsuppressiver Therapie nicht erlaubt. Ein ausreichender Impfschutz ist insgesamt dringlich zu empfehlen. Der Impfschutz sollte laufend überprüft und aktualisiert werden.

Welches Schmerzmittel kann ich einnehmen?

Grundsätzlich gehört natürlich die Ursache der Schmerzen ärztlich abgeklärt und behandelt. Wenn eine Behandlung mit Schmerzmitteln notwendig sein sollte, sollten NSAR (nicht-steroidales Antirheumatika) vermieden werden, da diese bei Patient*innen einen akuten Schub auslösen können. Zu den NSAR-Wirkstoffen gehören ASS, Ibuprofen, Diclofenac. Stattdessen sollten lieber Paracetamol-Präparate oder Novaminsulfon eingenommen werden. Eine dauerhafte Behandlung sollte ärztlich besprochen und möglichst vermieden werden.

Wie ist der Einsatz von komplementärmedizinischen Verfahren zu bewerten?

Die sogenannte komplementäre Medizin, die ergänzend zur Schulmedizin angewendet werden kann, umfasst eine Vielzahl

von unterschiedlichsten Methoden, welche teilweise auf verschiedenen Theorien beruhen. Die Schulmedizin und die Komplementärmedizin basieren auf verschiedenen medizinischen Grundkonzepten, die sich nicht automatisch ausschließen, sondern sich durchaus ergänzen können. Die Anwendung dieser Verfahren sollte immer mit dem Behandlungsteam (Internist*in/Gastroenterolog*in) besprochen werden. Vor der alleinigen Anwendung der sogenannten „alternativen Medizin“ anstelle der Schulmedizin wird dagegen eindrücklich gewarnt.



7. Die geeigneten Therapien

Die Auswahl der für Sie geeigneten Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung der Lokalisation und Schwere der bei Ihnen festgestellten Entzündung. Oftmals wird die Therapie abhängig von diesen Faktoren stufenweise intensiviert. Bei schwereren Verläufen kann allerdings auch direkt auf eine intensivere Therapie zurückgegriffen werden. Entscheidend ist es, bei Patient*innen mit unzureichendem Therapieansprechen eine zügige Intensivierung der Therapie durchzuführen. Weiterhin werden dabei das Vorhandensein von Komplikationen der Erkrankung (z. B. Fisteln), extraintestinale Manifestationen, Vor- und Begleiterkrankungen, mögliche Nebenwirkungen der Therapie und natürlich Ihre Präferenzen berücksichtigt. Weiterhin lassen sich in der durch die medizinische Fachgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) herausgegebenen Leitlinie zur Behandlung des Morbus Crohn entsprechende Empfehlungen finden. Diese werden auf der Basis vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse in regelmäßigen Abständen erstellt.



Die Wahl der Therapie wird auf die persönlichen Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmt.

8. Leben mit Morbus Crohn

Kann ich mittels Ernährung meine Erkrankung beeinflussen?

Aktuell gibt es keine wissenschaftlich belastbaren Daten, die bestimmte Speisen bei Morbus Crohn gerechtfertigt empfehlen bzw. verbieten können. Es gibt also keine „Morbus-Crohn-Diät“, welche für alle gilt. Es konnte noch kein ernährungsbedingter Faktor identifiziert werden, welcher einen Schub auslöst. Erlaubt ist hierbei alles, was einem guttut und gesund ist. Bei Phasen eines akuten Schubs wird der Verzicht von Einnahme blähender Speisen (z. B. Hülsenfrüchte, Rohkost, Kohl, rohe Zwiebeln, kohlen säurehaltige Getränke) angeraten. In der Zeit einer aktiven Erkrankung sollte der erhöhte Flüssigkeitsverlust berücksichtigt und auf ausreichende Trinkmengen geachtet werden. Oftmals herrscht in diesen aktiven Phasen der Erkrankung eine Zurückhaltung gegenüber der Nahrungszufuhr. Hochkalorische Trinknahrung kann hier die Versorgung mit Nährstoffen unterstützen. Bei Einengung des Darms (Stenosen) sollte ballaststoffreiche Kost vermieden werden. Allgemein sollten Patient*innen individuell darauf achten, welche Speisen sie eher gut bzw. schlecht vertragen. Dabei kann das Führen eines Ernährungstagebuchs hilfreich sein. Insgesamt wird eine ausgewogene Ernährung empfohlen.

Ist eine „falsche“ Ernährung der Grund für meinen Morbus Crohn?

Es gibt bisher keine gesicherten Beweise, dass bestimmte Ernährungsfaktoren der alleinige Auslöser für einen Morbus Crohn sind. Auch hier gilt, dass die Ernährung nur einen von unzähligen Faktoren darstellt, welche zur Entstehung der Erkrankung führen. Es konnte zwar gezeigt werden, dass die Häufigkeit der Erkrankung in Ländern mit „westlichem Lebensstil“ zunehmen, doch dies beinhaltet nicht nur die Ernährung (z. B. hoher Anteil an Fleisch, Fetten, raffiniertem Zucker), sondern auch viele andere Faktoren.



Ich habe das Gefühl, Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln zu haben. Wie kann man das überprüfen?

Grundsätzlich können an Morbus Crohn erkrankte Patient*innen an einer Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln leiden. Hier können zunächst sogenannte Atemtests zum Ausschluss einer Unverträglichkeit gegenüber Milchzucker (Laktulose), Fruchtzucker (Fruktose) und Zuckeraustauschstoffen (Sorbit) durchgeführt werden. Zur Überprüfung einer Gluten-Unverträglichkeit (Zöliakie) können Blutuntersuchungen oder eine Magen-Darm-Spiegelung erfolgen. Bei Diagnosestellung sollte eine entsprechende ernährungstherapeutische Beratung durchgeführt werden.

Tipp

Auch in der schubfreien
Zeit profitieren
Patient*innen
von einem bewussten
Umgang mit ihrer
Ernährung.

Kann ich mit einer Morbus-Crohn-Erkrankung überhaupt schwanger werden?

Ja! Die Diagnose eines Morbus Crohn sollte die Familienplanung nicht ausschließen. Auch Morbus-Crohn-Patientinnen können schwanger werden. Eine Schwangerschaft sollte idealerweise in Ruhephasen der Erkrankung erfolgen; hier ist die Fruchtbarkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung unverändert. Bei einem akuten Schub oder nach ausgedehnten Operationen kann die Fruchtbarkeit herabgesetzt sein. Oftmals verstärkt die Schwangerschaft den zum Zeitpunkt der Empfängnis vorherrschenden Status der Erkrankung. Während einer Schwangerschaft ist keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auslösen eines Krankheitsschubs beschrieben worden.



Was passiert, wenn ich während der Schwangerschaft einen akuten Schub bekomme?

Auch während der Schwangerschaft muss ein akuter Schub behandelt werden, da ein akuter Entzündungsschub nicht nur die Mutter beeinträchtigt, sondern das Risiko von Frühgeburten, Fehlbildungen und anderen Komplikationen bei dem Kind erhöht. Akute Schübe in der Schwangerschaft sind behandelbar und ein Großteil, der ansonsten zur Therapie verwendeten Medikamente kann hier eingesetzt werden. Der Einsatz von Medikamenten stellt immer eine Abwägung von potenziellem Risiko durch mögliche Nebenwirkungen und Nutzen dar. Im Vergleich zu den für die Behandlung eines akuten Schubs in der Schwangerschaft zur Verfügung stehenden Medikamente und deren möglichen Nebenwirkungen stellt ein unbehandelter Schub das höchste Risiko für das Kind dar. Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen behandelndem Team (Internist*innen/Gastroenterolog*innen als auch Gynäkolog*innen) ist hier dringend notwendig.

Besteht die Gefahr, dass ich meinen Morbus Crohn auf das Kind vererbe?

Die Entstehung des Morbus Crohn wird durch eine Vielzahl an Faktoren bestimmt. Diese beinhalten unzählige Umweltfaktoren, das Mikrobiom, die Überaktivierung des Immunsystems der Darmschleimhaut, eine gestörte Funktion der die Darmschleimhaut schützenden Barriere und zuletzt genetische Veranlagungen. Hier wurden zahlreiche Risikogene identifiziert, die das Entstehungsrisiko für einen Morbus Crohn erhöhen können. Das Zusammenspiel von Risikogenen und all den erwähnten weiteren Faktoren führt letztendlich unter dem Einfluss von auslösenden Faktoren zur Entstehung des Morbus Crohn. Es handelt sich beim Morbus Crohn daher nicht um eine Erbkrankheit, da die genetische Veranlagung und die Weitergabe von Risikogenen nur zwei von unzähligen uns bekannten und unbekannten Risikofaktoren darstellen, welche in einem komplexen Zusammenspiel zu der Erkrankung führen können. Nur weil Sie an Morbus Crohn erkrankt sind, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass Ihr Kind auch Morbus Crohn bekommt, da dies noch von vielen anderen Faktoren beeinflusst wird.

Was muss ich bei der Berufswahl beachten?

Grundsätzlich können an Morbus Crohn erkrankte Patient*innen, deren Krankheitsaktivität gut kontrolliert ist, jeden Beruf ihrer Wahl ausüben. Diesbezüglich gibt es keine Einschränkung. Entscheidend ist die Aktivität der Erkrankung, welche bei einem Schub die Leistungsfähigkeit der Patient*innen einschränken kann. Insbesondere Schichtarbeit und das Heben schwerer Lasten sind belastend, und an der Arbeitsstelle sollte ein uneingeschränkter Zugang zum WC gewährleistet sein. Daher gilt auch im Hinblick auf den Beruf, dass der Erhalt einer Remission der Patient*innen oberstes Ziel der Behandlung sein soll.

Kann ich mit einer Morbus-Crohn-Erkrankung auch verreisen?

Selbstverständlich können Sie mit der Erkrankung eines Morbus Crohn Ihren Urlaub antreten. Sie sollten beachten, dass Sie für die Urlaubszeit ausreichende Medikamentenvorräte mitnehmen, damit die Therapie ununterbrochen fortgeführt werden kann. Auch an Schmerzmittel ist zu denken, falls diese benötigt werden sollten. Bitte überprüfen Sie ferner, ob alle notwendigen Reiseimpfungen und Standardimpfungen durchgeführt worden sind.





Wie sieht es mit Sport aus?

Grundsätzlich sind sportliche Betätigungen immer zu empfehlen. Sport stärkt Ihren Körper und Geist und ist gut zum Stressabbau. Bei körperlichem Wohlbefinden bestehen keine Einschränkungen gegenüber einer bestimmten Sportart. Üben Sie die Tätigkeiten aus, die Ihnen Spaß machen und die Sie sich zumuten können. Es gibt berühmte Sportler*innen, die an Morbus Crohn erkrankt sind. Ein Beispiel ist die amerikanische Schwimmerin Kathleen Baker, die bei der Olympiade 2016 Silber über 100 Meter gewann.

9. Hilfe zur Selbsthilfe

Die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V.

Die DCCV stellt die größte nationale CED-Organisation für Patient*innen in Deutschland dar. Diese ist in lokale Landesverbände gegliedert. Die DCCV bietet vielfältige Unterstützung und Beratung zu allen Bereichen der CED. Es werden zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt, Broschüren zu verschiedenen CED-Themen herausgegeben und für Mitglieder ein in regelmäßigen Abständen erscheinendes Mitgliederjournal veröffentlicht. Es gibt zudem Adressen von Behandelnden, welche auf die CED-Behandlung spezialisiert sind. Für Mitglieder wird auch eine sozialrechtliche Beratung angeboten.



Deutsche Morbus Crohn/Colitis
ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V.
www.dccv.de

Die Gastro-Liga

Diese nationale gemeinnützige, unabhängige Organisation von Ärzt*innen und interessierten Laien setzt sich dafür ein, die Behandlung und Prävention von Erkrankungen des Verdauungstraktes, Störungen des Stoffwechsels und ernährungsbedingter Krankheiten zu verbessern. Hierzu werden vielfältige Broschüren und Aktivitäten angeboten.



Gastro-Liga
www.gastro-liga.de

Notizen



Biogen GmbH
Riedenburger Straße 7 • 81677 München • www.biogen.de

