

AKTIONSTAG

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 2019

**Morbus Crohn und Colitis ulcerosa –
bei Kindern und Jugendlichen ein
besonderes Problem**



„Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – bei Kindern und Jugendlichen ein besonderes Problem“

das Motto des bundesweiten Aktionstages Chronisch entzündliche Darmerkrankungen der Gastro-liga anlässlich des World Inflammatory Bowel Disease Day am 19. Mai 2019.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Im letzten Jahr haben 45 Länder weltweit am „World Inflammatory Bowel Disease Tag“ teilgenommen, um das Verständnis, das Wissen und die Kenntnisse über Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu verbessern. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zählen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, an denen mehr als 5 Millionen Menschen leiden. Beide Krankheiten sind durch eine Entzündung der Darmschleimhaut bzw. der gesamten Darmwand gekennzeichnet und haben einen chronischen Verlauf. Rund 25 % sind bei Diagnosestellung Kinder oder Jugendliche. Die Schwere der Erkrankung ist bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Entzündungsaktivität und Ausdehnung höher als bei Erwachsenen. Ein intermittierend aktiver bzw. chronisch aktiver Verlauf führt in der Regel langfristig zu strukturellen Veränderungen des Darms und zu Komplikationen.

Beim Morbus Crohn, der im gesamten Magen-Darm-Trakt von der Mundhöhle bis zum After abschnittsweise auftreten kann, durchdringt die chronische Entzündung meist die gesamte Darmwand und kann so zu Fisteln (Darm/Darm, Darm/Haut, Darm/Hohlorgan

wie Blase und Scheidel) und Abszessbildung führen. Außerdem können sich Strikturen, narbige oder entzündliche Engen entwickeln, die in der Regel zu chirurgischen Interventionen führen.

Die Colitis ulcerosa geht in der Regel vom Enddarm aus und reicht kontinuierlich unterschiedlich weit nach proximal bis zum Befall des gesamten Dickdarms. Sie ist zunächst auf die Schleimhaut des Dickdarms beschränkt, kann aber langfristig zur Zerstörung der normalen Schleimhaut, narbiger Verkürzung des Kolons und Entwicklung von intraepithelialen Neoplasien und schließlich kolorektalen Karzinomen führen.

Die Symptomatik beider Erkrankungen ist ähnlich, meist bestehen unspezifische Krankheitszeichen wie Leistungsabfall, Müdigkeit, Appetitverlust, gelegentliches Fieber oder Gewichtsverlust sowie Wachstumsstillstand. Zusätzlich finden sich charakteristische Symptome wie Stuhlnormalebigkeiten mit schleimigen, gelegentlich auch blutigen – insbesondere bei der Colitis ulcerosa – Durchfällen, die, häufig begleitet von krampfartigen Bauchschmerzen, auftreten.

CED haben bei Kindern erhebliche Auswirkungen auf ihre körperliche, geistige und psychische Entwicklung. Betroffene Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko für psychische und psychiatrische Erkrankungen. Insbesondere Depressionen gehören zu den häufigsten Komorbiditäten. Die CED wirkt sich insgesamt ungünstig auf die schulischen Leistungen, den erreichten Abschluss und die Ausbildung aus und beeinträchtigt Freizeitaktivitäten und Lebensqualität. Weiterhin ist

die Medikamentenadhärenz bei Jugendlichen vermindert. Deshalb müssen bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen die jeweiligen Besonderheiten der Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies erfordert neben entsprechender diagnostischer und therapeutischer Kompetenz auch pädagogische, psychologische und ernährungsmedizinische Expertise.

Ziel der Therapie ist es daher, die Darmentzündung zu stoppen, langfristige strukturelle Veränderungen wie Strikturen, Fisteln, Abszesse, Neoplasien zu verhindern, die Lebensqualität zu verbessern und eine altersentsprechende Entwicklung zu gewährleisten.

Alle epidemiologischen Untersuchungen zeigen in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit, insbesondere auch im Kindes- und Jugendalter. Man rechnet damit, dass in Deutschland mehr als 400.000 Menschen an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind. Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Darmfunktion und mittelbar auf das Allgemeinbefinden, die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit.

Das Motto „Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – bei Kindern und Jugendlichen ein besonderes Problem“ soll drei wesentliche Punkte beleuchten:

- Welche Therapieziele sind für Patienten und Therapeuten von Bedeutung?
- Wie kann der Einsatz der bekannten Medikamente verbessert werden?

- Wie sollte der Übergang (Transition) in die Erwachsenenmedizin optimaler Weise ablaufen?

Welche Therapieziele sind für Patienten und Therapeuten von Bedeutung?

Wie bei der Behandlung jeder anderen, insbesondere chronischen Erkrankung, sollten Patient und Therapeut bereits zu Beginn der Therapie ein möglichst konkretes Therapieziel vereinbaren.

Welche Therapieziele stehen für den Patienten im Vordergrund?

- Schneller Wirkeintritt/schnelle Symptomkontrolle
- Keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Anhaltende Kontrolle der Erkrankung
- Vermeidung von Komplikationen/Operationen
- Vermeidung von Krankenhauseinweisungen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Schulfähigkeit, Ausbildung
- Normales Leben, keine Fremdbestimmung durch die Krankheit
- Normales Wachstum

Welche Therapieziele stehen für den Therapeuten im Vordergrund?

- Symptomkontrolle: rasche Besserung der Akutsymptome (Diarrhoe, Bauchschmerz, Blutung)
- Erhalt der klinischen Remission
- Steroidfreie Remission
- Mukosahheilung, wenn möglich
- Verhinderung von Komplikationen/Spätfolgen
- Vermeidung von chirurgischen Eingriffen/Krankenhouseinweisungen
- Senkung des Karzinomrisikos
- Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität und Schulfähigkeit
- Vermeidung von Nährstoffmangel (Vitamine, Spurenelemente...)

In den letzten Jahren werden auch im klinischen Alltag Therapieziele wie die Mukosahheilung angestrebt. Dies folgt der Vorstellung, dass durch eine Mukosahheilung der Krankheitsverlauf und damit die langfristige Prognose verbessert wird. Die möglichst zügige Realisierung dieser Therapieziele ist für Patienten mit vorhersehbar kompliziertem Verlauf von besonderer Bedeutung.

Die Vereinbarung von konkreten, realistischen Therapiezielen mit den Eltern und den Patienten auf Augenhöhe führt darüber hinaus zu einer deutlichen Verbesserung der Therapieadhärenz und damit des Therapieerfolges.

Wie kann der Einsatz der bekannten Medikamente optimiert werden?

In der Behandlung des Morbus Crohn belegen zahlreiche Studien bei Kindern und Jugendlichen, dass eine exklusive enterale Ernährungstherapie als Remissionsinduktion genauso gut antientzündlich wirksam ist, wie eine Kortison Behandlung. Die Remissionsinduktion mit exklusiver enteraler Ernährungstherapie (EEN) mit einer Semi-Elementardiät, die getrunken oder enteral sondiert wird, ist somit die Therapie der Wahl, da sie nebenwirkungsfrei ist und den Ausgleich der Protein-Energie-Mangelernährung ermöglicht.

In den Leitlinien und bei den Fachverbänden besteht Einigkeit, dass aufgrund der meist deutlich höheren Entzündungsaktivität im Kindes- und Jugendalter eine remissionserhaltende anti-entzündliche Dauertherapie bei allen Patienten angestrebt werden soll.

Weiterhin zeigen neuere Studien ein mögliches Optimierungspotential bei anti-TNF Medikamenten durch die Bestimmung von Medikamentenspiegeln (Talspiegel) und gegebenenfalls neutralisierenden Antikörpern. So kann insbesondere beim Sekundärversagen dieser Medikamentengruppe eine gezielte Verände-

zung der Therapie (Dosisanpassung, switch auf ein anderes Medikament derselben oder anderen Wirkstoffklasse) nicht nur die therapeutische Wirksamkeit erhöhen, sondern auch unnötige Nebenwirkungen vermeiden helfen. Auch bei den Purin- und Pyrimidin bzw. 6-Mercaptopurin) kann eine Dosisanpassung der Metaboliten (6-TG, 6-MMP) die therapeutische Wirksamkeit erhöhen und Nebenwirkungen vermeiden.

mit entsprechender Dosisanpassung

Bei der Entscheidung, welche Therapie bei welchem Patienten zu welcher Zeit, gilt grundsätzlich, dass Patienten mit negativen Verlaufspredictoren heutzutage am ehesten im Sinne eines sogenannten akzelerierten step up behandelt werden, d.h. dass immunsuppressiv wirkende Medikamente (z.B. Purinanaloga, TNF-Blocker) frühzeitig zum Einsatz kommen. Die zeitlichen Dimensionen der einzelnen Therapieschritte müssen dabei Beachtung finden. D.h., dass jeder Therapieschritt mit einem Therapieziel, das in einem definierten Zeitraum erreicht werden soll, verknüpft wird.

Treat to Target (T2T)

Trotz Entwicklung und Einführung neuer Medikamente wie TNF-Blocker, Anti-Integrine und Interleukin-Inhibitoren bleibt der Therapieerfolg in der Behandlung der CED im Erwachsenenalter unzureichend, viele Patienten entwickeln eine Krankheitsprogression mit deutlich eingeschränkter Lebensqualität, Komplikationen und der Notwendigkeit operativer Eingriffe. Möglicherweise könnte ein Paradigmenwechsel mit früher therapeutischer Intervention (mehrere Studien weisen

darauf hin, dass bei Patienten mit CED eine frühzeitige Behandlung – innerhalb der ersten beiden Jahre nach Diagnosestellung – mit Biologika wirksamer ist als eine späte Behandlung) und Ausrichtung der Therapie an biologischen Parametern wie CRP, fäkalem Calprotectin bzw. auch endoskopischen/mikroskopischen Darmwandveränderungen zu einem besseren Therapieerfolg führen. Dieser Aspekt ist vor dem Hintergrund fehlender Zulassungen für Anti-Integrine und Interleukin-Inhibitoren im Kindesalter von Bedeutung.

Was bedeutet in diesem Zusammenhang eine zielgenaue Behandlungsstrategie (T2T):

Wenn bei einem Patienten mit CED eine neue Behandlung begonnen wird, sollte auf jeden Fall ein klinisches Ziel definiert werden. Im Laufe der Zeit wird dann bewertet, ob dieses Ziel erreicht wurde. Wenn es nicht erreicht wurde, soll die Behandlung optimiert oder auf eine andere Behandlung umgestellt werden.

Was sollte nun als Ziel verwendet werden? Mehrere neuere Studien zeigen, dass eine tiefe Remission (klinische und endoskopische Remission) mit besseren Ergebnissen, weniger Krankenhausaufenthalten und weniger operativen Eingriffen verbunden ist.

Auf dieser Grundlage empfiehlt die Internationale Organisation für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (IOIBD) einen Endpunkt aus klinischer Remission, PRO (patient reported outcome) und endoskopischer Remission als gemeinsames Ziel sowohl für Colitis ulcerosa als auch Morbus Crohn.

Klinische Remission und PRO sollten während der aktiven Erkrankungsphase sowohl bei Morbus Crohn als auch Colitis ulcerosa nach mindestens 3 Monaten bewertet werden. Eine endoskopische Remission sollte bei Morbus Crohn innerhalb von 6-9 Monaten nach Therapiebeginn und bei Colitis ulcerosa innerhalb von 3-6 Monaten bewertet werden.

Im Frühstadium der Erkrankung sollte das Ziel eine vollständige Symptombefreiheit, keine Krankheitsprogression, keine Komplikationen, keine Behinderung und letztendlich eine normale Lebensqualität sein. Schließlich sollte ein Perzentilen gerechtes Gedeihen mit Gewicht und Länge sowie eine altersentsprechende Pubertätsentwicklung erreicht werden. Im Spätstadium sollte es dagegen um die Stabilisierung nichtentzündlicher Symptome, Vermeidung der Krankheitsprogression und natürlich auch um die Verbesserung der Lebensqualität gehen. In einer Studie (CALM-Studie) wurde die Therapie von erwachsenen Patienten mit M. Crohn (Eskalation/Deeskalation) entweder auf Grundlage der Symptome und Anwendung von Prednisolon oder an der Symptomatik und einer engmaschigen Kontrolle von Biomarkern (Calprotectin und CRP) ausgerichtet. Primärer Endpunkt der Studie war die endoskopische Mukosheilung, die signifikant häufiger bei der engmaschig mit Biomarkern kontrollierten Gruppe erreicht wurde (45,9 vs. 30,3 %).

Weitere zielgerichtete Studien werden zeigen müssen, ob wir tatsächlich in Zukunft engmaschig an Biomarkern orientiert unser therapeutisches Procedere bei Patienten mit CED anpassen sollten.

Wie sollte der Übergang in die Erwachsenenmedizin (Transition) optimaler Weise laufen?

Die Transition, also der Übergang der ärztlichen Betreuung vom Kinder- und Jugendarzt zum Erwachsenenarzt, ist bei CED wie bei anderen chronischen Erkrankungen häufig mit inadäquater Therapietreue (Adhärenz) oder sogar Therapieabbrüchen verbunden. Hierfür gibt es vielseitige Gründe, die von der Lösung aus dem Elternhaus und zunehmender Autonomiegewinnung geprägt sind.

Der Betreuungsstil des Erwachsenenmediziners unterscheidet sich deutlich vom Kinder- und Jugendarzt. Der Erwachsenenmediziner erwartet einen autonomen Patienten, der die Verantwortung für das Krankheitsmanagement selbst übernimmt und mit dem er eine bilaterale Beziehung pflegt. Der Transfer vom Kinder- und Jugendarzt zum Erwachsenenmediziner ist nur ein Teil der Transition. Insofern sollten die Jugendlichen bereits frühzeitig in das Betreuungskonzept im Rahmen eines strukturierten Transitionsprozesses eingebunden und begleitet werden, um einen geordneten Übergang und Behandlungskontinuität sicherzustellen. Sowohl die Vernetzung der verschiedenen Behandler als auch eine klare Aufgabenzuordnung für Patienten und Ärzte während des Transitionsprozesses sind hierfür erforderlich. Hierdurch können Therapieabbrüche oder unzureichende Medikamenteneinnahmen vermieden werden. Ein Beispiel für ein solches überregionales und indikationsübergreifendes Transitionsprogramm ist das Berliner Transitionsprogramm.

Die Gastro-Liga

Die Gastro-Liga ist eine gemeinnützige Organisation von Laien und Ärzten. Sie wurde 1989 gegründet. Ihr Ziel ist es, die Behandlung und Prävention von Erkrankungen des Verdauungstraktes, Störungen des Stoffwechsels und ernährungsbedingter Krankheiten zu verbessern. Durch die Zusammenarbeit von Interessierten, Patienten und Ärzten auf der Vereinsebene wird garantiert, dass neben der fachlichen Aussage auch die Bedürfnisse von Laien Berücksichtigung finden.

Die Gastro-Liga leistet umfangreiche Informationsarbeit für die Öffentlichkeit. Sie informiert über Risikofaktoren und Ursachen von Erkrankungen des Verdauungstraktes, Störungen des Stoffwechsels und ernährungsbedingter Krankheiten und klärt über die heute existierenden Möglichkeiten der Behandlung, Diagnostik und Prävention auf. Unter anderem richtet die Gastro-Liga Aktionstage mit Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen, Arzt-Patienten-Seminare oder Telefonaktionen aus. Sie bietet auch eine monatliche telefonische Gastro-Sprechstunde und zahlreiche Broschüren und Ratgeber für Patienten an. Neutral und unabhängig zu informieren ist die Grundlage der Arbeit der Gastro-Liga. Sie alleine bestimmt die vermittelten Inhalte.

Zum Vorstand der Gastro-Liga gehören

Prof. Dr. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg
Vorsitzender

Prof. Dr. Gerald Holmann, Brisbane (AUS)
Sv. Vorsitzender

Prof. Dr. Joachim F. Erckenbrecht, Düsseldorf
Sv. Vorsitzender

Prof. Dr. Thomas Frieeling, Krefeld
Beisitzer

Prof. Dr. Franz Hartmann, Frankfurt/M.
Beisitzer

Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Ulm
Beisitzer

PD Dr. Birgit Terjung, Bonn
Beisitzerin

Stefanie Pranscke-Schade, Wiesbaden
Schatzmeisterin

PD Dr. Christian Pox, Bremen
Schriftführer

PD Dr. Sebastian Haag, Wiesbaden
koopiert

Prof. Dr. Axel Holstege, Landshut
koopiert

Prof. Dr. Ahmed Madisch, Hannover
koopiert

Prof. Dr. Peter Malfertheiner, Magdeburg
koopiert

Partner

Wir bedanken uns bei den folgenden Partnern, die den Aktionstag CED 2019 unterstützen und damit eine wissenschaftlich fundierte und unabhängige Information der Bevölkerung ermöglichen:

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Wiesbaden
Janssen-Cilag GmbH, Neuss
Dr. Falk Pharma GmbH, Freiburg i. Br.
Mylan Healthcare GmbH, Hannover
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Berlin
Vifor Pharma Deutschland GmbH, München
Norgine GmbH, Weitenberg

Mitglied, Spender, Förderer werden!

Die Gastro-liga ist ein gemeinnütziger Verein mit Sitz in Wiesbaden (Vereinsregister-Nr.: 2640) und Geschäftsstelle in Gießen. Sie finanziert sich über Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Unterstützen Sie die Arbeit der Gastro-liga mit einer Mitgliedschaft. Der Mitgliedsbeitrag ist beim Finanzamt steuerlich absetzbar. Einfach den Aufnahmeantrag auf www.gastro-liga.de ausfüllen. Wir freuen uns auch über Förderer, die unsere Arbeit mit einer Spende unterstützen.

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Mannheim
IBAN: DE51 3006 0601 0002 9478 46
BIC (SWIFT Code): DAAEDED3
BLZ: 300 606 01, Kontonr.: 0002 947 846

Der Aktionstag Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 2019 wird mit Sponsorringeminnahmen durch die Firmen AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG (25.000 Euro), Janssen-Cilag GmbH (10.000 Euro), Dr. Falk Pharma GmbH (5.000 Euro), Mylan Healthcare GmbH (5.000 Euro), Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG (5.000 Euro), Vifor Pharma Deutschland GmbH (3.000 Euro), Norgine GmbH (1.000 Euro) unterstützt. Die Firmen werden auf Webseite, Plakat, Präsentation, Hand-Out und Bericht entsprechend erwähnt.

Aufnahmeantrag

an Gastro-liga e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen

☐ Ich möchte in die Gastro-liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon / Fax _____

E-Mail _____

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 50,00) _____

Betrag in Worten _____
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift _____

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.

☐ Erteilung eines SEPA-Basis-lastschriftmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000452908

Mandatreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

BIC: _____

Name Kreditinstitut: _____

Datum und Unterschrift _____



Kostenlose Ratgeber und Leitfäden für Patienten für eine Vielzahl von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zum Download unter www.gastro-liga.de > Unser Service
Weitere Veranstaltungen der Gastro-Liga e.V. unter www.gastro-liga.de > Aktuelles > Veranstaltungen

Zum Thema Darm sind erschienen

Ratgeber für Patienten

- Blähsucht – Meteorismus
Was Sie selbst zur Behebung Ihrer Beschwerden beitragen können
- Blindarm und Blinddarmentzündung
- Blut im Stuhl: Was bedeutet das - Was ist zu beachten?
- Chronische Verstopfung (Obstipation)
- **Colitis ulcerosa**
- Dickdarmkrebs
- Divertikel des Dickdarmes
- Durchfall auf Reisen
- Funktion des Dünndarms und des Dickdarms
- Hämorrhoiden / Juckreiz im Anusbereich (Pruritus ani)
- Infektiöse Durchfallerkrankungen
- Kampf dem Darmkrebs
- Kurzdarm-Syndrom
- Laktoseintoleranz
- **Morbus Crohn**
- Pilze im Darm
- Polyposis-Syndrome
- Reizdarmsyndrom
- Schmerzen und Krämpfe im Bauchraum
- Stuhlinkontinenz
- Stuhltransplantation
- **Transition bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen**
- Was Sie schon immer über das Reizdarmsyndrom wissen wollen
- Was Sie schon immer über Operationsverfahren wissen wollen und sollen
- Wissenswertes rund um Probiotika
- Zöliakie

Für Notizen:

Verfasser

Prof. Dr. Franz Hartmann
Agaplesion
Med. Versorgungszentrum Frankfurt gGmbH
Wilhelm-Epstein-Str. 2
60431 Frankfurt/Main

Prof. Dr. Andreas Stallmach
Klinik für Innere Medizin IV
Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie und
Infektiologie
Universitätsklinikum Jena
07740 Jena

Prof. Dr. Eduard F. Stange
Happoldstr. 71a
70469 Stuttgart

PD Dr. Carsten Posovszky
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Ulm
Eythstr. 24
89075 Ulm

Dr. Martin Classen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen



**Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten
von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des
Stoffwechsels und der Ernährung e.V.**

Friedrich-List-Str. 13 , 35398 Gießen

Tel.: +49-(0)641-97481-0
Fax: +49-(0)641-97481-18

E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de
Internet: www.gastro-liga.de

Stand: April 2019 – 195-04/19