

# Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

# bng

## Editorial

## Eine Krankheit wird heilbar!

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als ich mich 1991 in der Praxis niederließ, wussten wir nicht viel über „Hepatitis C“. Eine erste Antikörperdiagnostik half, diese Krankheit überhaupt zu erkennen. Die Einführung von Interferon zur Behandlung etwa 1995 bedeutete für einige Patienten eine erste Heilungschance. Mein erster behandelter Patient, Genotyp 1 eliminierte nach sechsmonatiger Interferontherapie das Virus. Ich war beeindruckt. Bei den nächsten zehn Patienten war diese Therapie jedoch erfolglos! Die Einführung von Ribavirin und PEG-Interferon um die Jahrtausendwende machte uns zu erheblich besseren Therapeuten. Aber auch die Nebenwirkungen der Behandlung nahmen zu. Ein Drittel der Patienten in unserer Praxis wollte eine solche nebenwirkungsträchtige Behandlung bisher nicht.

Mehr als ein Jahrzehnt versuchten wir, die Hepatitis C-Therapeuten, durch Modifikation des Behandlungsregimes bessere Heilerfolge zu erzielen. Das Deutsche Hepatitis C Register, welches der bng mit der Roche AG 2003 initiiert hat, zeugt von diesem Bemühen. Es entwickelte sich zu einer umfassenden Datenbank der Versorgungsforschung in diesem Feld. Ein weiterer Durchbruch für Genotyp 1 Patienten gelang mit der Einführung direkt antiviraler Medikamente 2011 (Boceprevir und Telaprevir). Die Effektivität stieg erkennbar, aber auch die Rate der Nebenwirkungen. Dies begrenzte leider die Anzahl der Patienten, die bereit waren,

sich einer solchen Therapie auszusetzen.

Jetzt, 25 Jahre nach der Erstbeschreibung des Hepatitis C Virus, scheint die Heilung für alle Patienten in greifbarer Nähe. Die Therapie der Zukunft ist schnell, interferonfrei, ohne bedeutende Nebenwirkungen, für alle Genotypen verfügbar und unabhängig von der Schwere der Erkrankung. Mit der Einführung von Sofosbuvir beginnt „diese Revolution“. Sie setzt sich fort in der erwarteten Zulassung weiterer antiviraler Medikamenten noch in diesem Jahr.



Dr. Dietrich Hüppe

Um allen in der Hepatitis C Therapie Engagierten eine erste Orientierung zu geben hat die hepatologische Arbeitsgruppe des bng, unterstützt von Prof. Christoph Sarrazin (Uniklinik Frankfurt) die folgenden Empfehlungen zusammengestellt. Wir stellen diese zur Diskussion. Zugleich fassen wir die erste Etappe des Deutschen Hepatitis C-Registers zusammen, das weltweit eine der größten Datenbanken darstellt. Wir hoffen auf eine erfolgreiche Fortsetzung dieser umfassenden Versorgungsforschung durch die Kooperation zwischen der Deutschen Leberstiftung und dem bng.

*Dr. Dietrich Hüppe (Hepatologische Arbeitsgruppe des bng)*

## Praxisempfehlung zur Therapie der chronischen Hepatitis C

## Zulassung des Polymerase-Inhibitors Sofosbuvir

Mit der jüngsten Zulassung von Sofosbuvir erweitert sich das Therapiespektrum für alle Genotypen deutlich. Grundsätzlich sollte bei der Beratung eines Patienten mit chronischer Hepatitis C aber auch die in Kürze zu erwartenden weiteren Medikamentenzulassungen berücksichtigt werden. Aktuell stehen folgende Medikamente zur Therapie der Hepatitis C mit entsprechenden Wirkungsspektren zur Verfügung:

- ▶ **PEG-Interferon alfa:** Zur Erst- und Re-Therapie für alle HCV Genotypen
- ▶ **Ribavirin:** Als Kombinationstherapie zur Erst- und Re-Therapie für alle HCV Genotypen

- ▶ **Sofosbuvir:** Als Kombinationstherapie zur Erst- und Re-Therapie für alle HCV Genotypen
- ▶ **Telaprevir:** Als Kombinationstherapie zur Erst- und Re-Therapie für den HCV Genotyp 1
- ▶ **Boceprevir:** Als Kombinationstherapie zur Erst- und Re-Therapie für den HCV Genotyp 1

In der Praxis sollte allerdings mit der Einführung von Sofosbuvir eine Triple-Therapie mit den Proteaseinhibitoren Boceprevir und Telaprevir wegen der geringeren Effektivität und höheren Toxizität nicht mehr eingesetzt werden.

Im laufenden Jahr ist noch mit der Zulassung der Protease-Inhibitoren Simeprevir und Faldaprevir als auch des NS5A Inhibitors Daclatasvir zu rechnen. Diese werden die Therapiemöglichkeiten nochmals wesentlich erweitern und aufgrund einer wenn auch begrenzten Erfahrung bei wenigen Patienten (bisher < 100 Pati-

enten je nach Untergruppe) erste Interferon-freie Therapien für alle Genotypen und Vortherapien noch im Laufe des Jahres 2014 ermöglichen (Jacobson 2013, Sulkowski 2014).

Im Jahr 2015 werden dann voraussichtlich weitere Interferon-freie Kombinationstherapien (Sofosbuvir plus Ledipasvir; AB-T450r + ABT267 + ABT333 + Ribavirin) mit hoher Wirksamkeit bei der Erst- als auch der Re-Therapie von Patienten mit PEG-Interferon/Ribavirin Therapieversagen folgen (Gane 2013, Lawitz 2013, Kowdley 2014). Somit sollte die Dringlichkeit einer antiviralen Therapie sowie der Patientenwunsch gegen potentielle Nebenwirkungen und Erfolgchancen der aktuellen Therapie abgewogen werden.

Bei einem Entschluss zur antiviralen Therapie werden in Abhängigkeit von der Ausgangssituation die folgenden Therapiemöglichkeiten empfohlen:

### Ersttherapie:

- ▶ Genotyp 1, 4–6: *Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für 12 Wochen*

Hier liegt eine Zulassung auf der Grundlage von Phase 2/3 Studiendaten mit hohen SVR-Raten (ca. 90%) vor. Auch für Patienten mit kompensierter Leberzirrhose konnten hohe SVR-Raten (ca. 80%) erzielt werden (Lawitz 2013). Eine Therapieverlängerung führte in Phase 2 Studien zu keinem Vorteil bei therapienaiven Patienten ohne Leberzirrhose (Kowdley 2013). Die Triple-Therapie mit PEG-IFN, Ribavirin und Sofosbuvir über 12 Wochen ist daher die empfohlene Therapie für diese Patientengruppe. Eine Therapieverlängerung auf 24 Wochen wie es nach der Zulassung für Patienten mit negativ prädiktiven Faktoren möglich wäre, sollte bei fehlender Studiendatenlage nur im Einzelfall erwogen werden. Telaprevir und Boceprevir basierte Triple-Therapien sollten nicht mehr eingesetzt werden.

- ▶ Genotyp 2: *Interferon-freie Therapie mit Sofosbuvir und Ribavirin für 12 Wochen*

Hier liegt eine Zulassung für 12 Wochen Therapiedauer auf der Grundlage einer Phase 3 Studie mit hohen SVR-Raten (ca. 90%) vor (Lawitz 2013, Jacobson 2013, Zeuzem 2013). Eine Therapieverlängerung auf 24 Wochen wie es in der Zulassung für Patienten mit negativ prädiktiven Faktoren möglich wäre, sollte bei fehlenden Studien nur im Einzelfall erwogen werden. Hohe SVR Raten werden für den Genotyp 2 auch mit einer dualen Therapie mit PEG-Interferon und Ribavirin erzielt (70-90%). Jedoch ist die Therapiedauer in der Regel länger (12–24 Wochen) und die Behandlung nebenwirkungsreicher (Younossi 2013, Younossi 2013, Mangia 2005).

- ▶ Genotyp 3: *Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für 12 Wochen oder Sofosbuvir plus Ribavirin für 24 Wochen*

Hier liegt eine Zulassung sowohl für eine Dreifachtherapie mit PEG-IFN, Ribavirin und Sofosbuvir über 12 Wochen als auch für eine duale Therapie mit Sofosbuvir und Ribavirin über 24 Wochen vor (Lawitz 2013, Zeuzem 2013). Bei Patienten erscheinen beide Therapieoptionen hinsichtlich der SVR-Raten gleichwertig.

Für Patienten mit Leberzirrhose ist die Anzahl der behandelten Patienten jedoch niedrig (Zeuzem 2013).

Zusätzlich kann laut der Zulassung eine Therapieverlängerung auf 24 Wochen bei der Triple-Therapie mit pegyliertem Interferon, Ribavirin und Sofosbuvir erwogen werden, wenn negative prädiktive Faktoren vorliegen. Dies sollte analog zu den Patienten mit Genotyp 1 bzw. 2 bei fehlenden Studien nur im Einzelfall erwogen werden.

### Re-Therapie nach Versagen von (PEG)-Interferon / Ribavirin:

- ▶ Genotyp 1, 4–6: *Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für 12 Wochen*

Hier liegt eine Zulassung vor. Zwar wurden keine vollständigen Daten zur Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin erhoben. Aufgrund von Studien beim Genotyp 3 sowie der höheren SVR Raten bei der Ersttherapie im Vergleich zur Triple-Therapie mit Telaprevir / Boceprevir ist jedoch zu vermuten, dass auch bei der Re-Therapie von Therapieversagern auf (PEG)-Interferon/Ribavirin mit der Sofosbuvir-basierten Triple-Therapie höhere SVR Raten erreicht werden können, als mit der Telaprevir / Boceprevir Triple-Therapie. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden IFN-freien Therapien sollte bei diesen Patienten eine Therapie mit pegyliertem Interferon, Ribavirin und Sofosbuvir nur bei hoher Therapiedringlichkeit (z. B. fortgeschrittene Fibrose/Zirrhose) oder dringendem Patientenwunsch durchgeführt werden.

Eine Therapieverlängerung auf 24 Wochen ist bei Vorliegen von negativen Prädiktoren für das Therapieansprechen nach der Zulassung erlaubt. Daten von klinischen Studien liegen hierzu nicht vor, so dass die Therapieverlängerung nicht allgemein empfohlen werden kann. Für eine Interferon-freie Therapie von Sofosbuvir in Kombination mit Telaprevir oder Boceprevir und Ribavirin liegen keine Daten vor. Diese Therapie ist deshalb nicht zu empfehlen.

Für eine Kombinationstherapie von Sofosbuvir mit Simeprevir oder Daclatasvir und Ribavirin über 12 Wochen wurden in kleinen Studien sehr hohe SVR Raten (ca. 90%) erreicht, so dass eine entsprechende Therapie nach Zulassung der Substanzen zu prüfen wäre (Sulkowski 2014, Jacobson 2013). Allerdings ist dabei der Zulassungstext der jeweiligen Substanz zu beachten und die Verschreibung ggfs. mit den Kostenträgern ab zu stimmen. Dabei können auch die geringeren Kosten einer 12-wöchigen Kombinationstherapie aus Sofosbuvir und Simeprevir, das in den USA bereits zugelassen ist, im Vergleich zur 24-wöchigen Sofosbuvir Triple-Therapie herangezogen werden.

- ▶ Genotyp 2: *Interferon-freie Therapie mit Sofosbuvir und Ribavirin für 12 Wochen.*

Hier liegt eine Zulassung auf der Grundlage von Phase 3 Studiendaten mit hohen SVR-Raten (über 90%) vor. Bei Patienten mit Leberzirrhose scheint ein möglicherweise leicht erhöhtes Relapse-Risiko zu bestehen (SVR ca. 88%) (Zeuzem 2013).

Eine Therapieverlängerung auf 24 Wochen ist bei Vorliegen von negativen Prädiktoren für das Therapieansprechen nach der Zulassung erlaubt. Daten von klinischen Studien liegen hierzu nicht

vor, so dass die Therapieverlängerung nur im Einzelfall empfohlen werden kann.

- ▶ Genotyp 3: *Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für 12 Wochen oder Sofosbuvir plus Ribavirin für 24 Wochen*

Die von der Patientenzahl begrenzten Daten lassen auch hier eine hohe Erfolgsrate bei Patienten ohne und mit Leberzirrhose für die Triple Therapie mit pegyliertem Interferon, Ribavirin und Sofosbuvir (SVR 83%) erwarten (Lawitz 2013). Für die duale Therapie mit Sofosbuvir und Ribavirin führte eine Verlängerung von 12 über 16 auf 24 Wochen zu steigenden SVR Raten mit 87% insbesondere für Patienten ohne Leberzirrhose. Bei Patienten mit Leberzirrhose war die SVR Rate mit 60% auch bei einer 24-wöchigen Therapie eingeschränkt (Lawitz 2013, Jacobson 2013, Zeuzem 2013).

### Re-Therapie nach Versagen einer Triple-Therapie mit Telaprevir / Boceprevir:

- ▶ Genotyp 1: *Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für 12 Wochen*

Es liegen keine Daten zur Triple-Therapie Sofosbuvir, PEG-Interferon und Ribavirin für diese Patientengruppe vor. Bei einem virologischen Versagen auf eine Telaprevir/Boceprevir-basierte Triple-Therapie liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein fehlende Sensitivität gegenüber PEG-Interferon alfa als auch (zumindest in den ersten Monaten) eine Resistenz gegenüber dem Protease-Inhibitor vor. Bei einer Re-Therapie könnte daher eine funktionelle Monotherapie mit Sofosbuvir mit einem hohen Risiko eines Relapse resultieren.

Für eine Interferon-freie Therapie mit Sofosbuvir, Telaprevir, Boceprevir oder Simeprevir und Ribavirin liegen keine Daten vor. Vor dem erneuten Einsatz eines Protease-Inhibitors sollte in jedem Fall eine Resistenztestung erfolgen.

Mit einer Kombinationstherapie aus Sofosbuvir (Polymerase-Inhibitor) und Daclatasvir (NS5A-Inhibitor) +/- Ribavirin über 24 Wochen wurden in kleinen Studien sehr hohe SVR Raten (ca. 90%) erreicht (Sulkowski 2014). Die Möglichkeit einer entsprechenden Therapie sollte nach Zulassung der Substanzen, falls erforderlich nach Abstimmung mit den Kostenträgern im Falle eines „off label“ Einsatzes geprüft werden.

### Interferon-intolerante Patienten:

- ▶ Genotyp 1, 4–6: *Sofosbuvir plus Ribavirin für 12 bis 24 Wochen*

Bei Patienten mit einer Genotyp 1 oder 4 Infektion wurden Studien mit Sofosbuvir in Kombination mit Ribavirin durchgeführt. Bei einer Ersttherapie mit Patienten mit einem Genotyp 1 bzw. 4 für 12 Wochen konnten SVR-Raten von 50–80% erreicht werden (Osinski 2013, Gane 2012, Jacobson 2013, Ruane 2013). Bei Patienten mit Leberzirrhose und/oder Re-Therapie nach Non-Response auf PEG-Interferon und Ribavirin lagen die SVR Raten deutlich niedriger (10–60%) (Gane 2012, Ruane 2013). Für eine

Kombination von Sofosbuvir mit Telaprevir oder Boceprevir liegen keine Daten vor. Diese Therapie wird daher nicht empfohlen.

Für eine Kombinationstherapie von Sofosbuvir mit Simeprevir oder Daclatasvir und Ribavirin wurden in kleinen Studien sehr hohe SVR Raten (ca. 90%) erreicht, so dass die Möglichkeit einer entsprechenden Therapie nach Zulassung bzw. Verfügbarkeit der Substanzen zu prüfen wäre (Jacobson 2013, Sulkowski 2014). Allerdings ist die Wirksamkeit von Simeprevir auf die HCV Genotypen 1, 4 und 6 beschränkt, während Daclatasvir auch beim HCV Genotyp 2 und 3 eingesetzt werden kann.

### HIV/HCV-Koinfektion

Zur Therapie der HIV/HCV-Koinfektion liegt nur eine Studie mit einer IFN-freien Therapie mit Sofosbuvir und Ribavirin vor. Diese ergab für die HCV-Genotypen 1 (76%, 24 Wochen Therapie), 2 (88%, 12 Wochen Therapie), und 3 (67%, 12 Wochen Therapie) mit der HCV-Monoinfektion vergleichbare Ansprechraten (Sulkowski 2013).

Zur Triple-Therapie mit PEG-Interferon, Ribavirin und Sofosbuvir liegen keine Daten vor. Allerdings ist auf Grund der Erfahrungen mit Simeprevir, Faldaprevir, Boceprevir und Telaprevir mit deutlich verbesserten Ansprechraten im Vergleich zur dualen Kombinationstherapie mit PEG-Interferon und Ribavirin zu rechnen.

### Therapie vor und nach Lebertransplantation

In einer Studie zum Einsatz einer Therapie von Sofosbuvir und Ribavirin bis zur Lebertransplantation konnte die Virusreplikation bei allen Patienten effektiv supprimiert werden. Bei 62% der Patienten wurde zudem eine Re-Infektion nach Transplantation verhindert (Curry 2013). Für die Gabe nach Lebertransplantation liegen nur wenige Erfahrungen vor. Medikamenteninteraktionen sind zu prüfen und Daten zu Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (eGFR <30 ml/min) liegen bisher nicht vor (Charlton 2013). Eine Therapie sollte in jedem Fall in enger Kooperation mit einem erfahrenen Lebertransplantationszentrum durchgeführt werden.

Die Praxisempfehlungen inklusive Literaturliste stehen auf der bng-Webseite zum Download zur Verfügung.

*Prof. Dr. Christoph Sarrazin (Universitätsklinikum Frankfurt a. M.)*

*Dr. Peter Buggisch, Dr. Holger Hinrichsen, Dr. Dietrich Hüppe, Dr. Stefan Mauss, Dr. Jörg Petersen, Dr. Karl-Georg Simon (Mitglieder der „Hepatologischen Arbeitsgruppe im bng“)*

### Impressum

**Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.**, Holdergärten 13, 89081 Ulm  
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

### Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de

## Eine Erfolgsgeschichte

## 10 Jahre Hepatitis C-Register

Versorgungsforschung ist zwar in aller Munde, doch große Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen im „real-life setting“ werden selten nachhaltig dokumentiert. Im September 2003 trafen sich hepatologisch engagierte Ärzte des bng und Vertreter der Roche Pharma AG (Roche) zur Entwicklung einer online gestützten Datenbank, um die Epidemiologie und Therapie der chronischen Hepatitis C (CHC) in Deutschland zu erfassen.

Ein online-Projekt war 2003 innovativ, der Erfolg nicht vorhersehbar. Mit dem Auftragsforschungsinstitut „Factum“ (Offenbach) beauftragte Roche ein engagiertes Studienzentrum, welches die dokumentierenden Praxen betreute und die Validität der Daten überprüfte. Schon im ersten Jahr wurden mehr als 3.000 Patienten mit CHC gescreent und mehr als 1.000 Behandlungsverläufe mit Peginterferon und Ribavirin dokumentiert. Bis November 2013 erhöhte sich die Zahl der gescreenten Patienten auf 40.744 und der medikamentös Behandelten auf 26.824. In die Behandlungszahl gehen ab 2011 auch 1.670 Patienten mit Genotyp 1 ein, die zusätzlich mit einem Proteaseinhibitor (Telaprevir oder Boceprevir) behandelt wurden (Triple-Therapie). Damit gehört diese Kohorte zu den weltweit größten Datensammlungen zur CHC überhaupt.

Zu Beginn schauten Kollegen aus Kliniken und Unikliniken skeptisch auf dieses von bng und Roche initiierte Projekt. Die Nachhaltigkeit der Datenerfassung und die kontinuierliche Aufarbeitung der Ergebnisse überzeugten die Skeptiker. Mittlerweile nehmen mehr als 600 Zentren in Deutschland an dem Dokumentationsprojekt teil. Neben bng-Praxen beteiligen sich Kliniken und Unikliniken sowie HIV-Praxen und Suchtmediziner.

Dieses Versorgungsforschungsprojekt ist nicht nur zahlenmäßig, sondern auch wissenschaftlich erfolgreich. In den letzten zehn Jahren wurden 103 Poster auf nationalen und internationalen Kongressen (DGVS, GASL, EASL, AASLD, DDW) und sieben Originalpublikationen in deutscher und englischer Sprache veröffentlicht. Erstmals konnte aufgrund dieser Datenbank die Epidemiologie der CHC in Deutschland flächendeckend aufgezeigt (Hüppe et al. ZFG, 2008) und die Behandlungsergebnisse in „real life“ dokumentiert werden, insbesondere auch in Patientengruppen, die bisher in Europa kaum beschrieben worden sind (Mauss et al. ZFG 2012).

Aus der Analyse der Datenbank ergaben sich eine Vielzahl von prädiktiven Behandlungsfaktoren, die zur individuellen Therapieentscheidung („Personalisierte Medizin“) beigetragen haben. In der Kohorte konnten auch bisher nicht erkannte Medikamentennebenwirkung festgestellt und hochrangig veröffentlicht werden (Mauss et al, Hepatology 2013). Eine weitere Analyse beschäftigte sich mit gesundheitsökonomischen Fragen in der Behandlung der CHC. Die Kosten der dualen Therapie wurden exakt erfasst, von Medikamentenkosten über die Erfassung ärztlicher Leistung bis zu therapiebedingten Arbeitsausfallzeiten. Die Analyse ergab, dass ärztliche Betreuungsleistungen nicht einmal ein Prozent der Kosten der Behandlung ausmachten.

Nur etwa die Hälfte der diagnostizierten Patienten mit CHC wurde in den beteiligten Zentren medikamentös behandelt. Die Ursachen dieses Behandlungsdefizits, sind vielfältig. Sie reichen von

der „Angst des Patienten vor Therapienebenwirkungen“ bis zur „mangelnden Patienteneinsicht in die Behandlungsnotwendigkeit“. Die Behandlungsergebnisse wurden mit den Leitlinien zur Behandlung der CHC konfrontiert. Auch hier ergaben sich erstaunliche Ergebnisse. So war „das Nichteinhalten von Leitlinien“ in einzelnen Zentren mit besseren Therapieergebnissen assoziiert. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass der Behandlungserfolg im „real-life-setting“ mit dem Behandlungserfolg in Zulassungsstudien vergleichbar ist.

Die Projektergebnisse wurden nicht nur national und international dokumentiert, sondern auch intern in der Studiengruppe aufgearbeitet. Dazu dienten jährliche nationale Studientreffen.

Von Anfang an war dieses Projekt bei den Ethikkommissionen der Landesärztekammern registriert und begutachtet. Die Roche AG unterstützte dieses Projekt finanziell, in dem der Dokumentationsaufwand in den beteiligten Zentren nach GOÄ-Sätzen entschädigt wurde. Von Roche muss namentlich Dr. Ulrich Alshuth erwähnt werden, der mit seinem großen wissenschaftlichen Engagement und nachhaltigem Einsatz zum Erfolg des Projektes beigetragen hat.

Nun ist es Roche und bng gelungen, das Projekt für die Zukunft auf „noch breitere Füße“ zu stellen. Die „Deutsche Leberstiftung“ plant, die Datenbank in Kooperation mit dem bng fortzuführen, um auch in Zukunft die aktuellen Änderungen in Diagnostik und Therapie möglichst umfassend dokumentieren zu können.

*Dr. Dietrich Hüppe (Hepatologische Arbeitsgruppe des bng)*

## Jobbörse

### Weiterbildungsstelle in Königstein

Weiterbildungsassistent/in im Schwerpunkt Gastroenterologie ab 1.3.2014 oder später gesucht, halbtags oder ganztags. Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate vorhanden! Voraussetzungen: Abgeschlossene oder nahezu abgeschlossene Facharztweiterbildung in Innerer Medizin sowie Endoskopiekenntnisse. Kontakt Tel.: 06174/936660 oder Gastroenterologie.Hochtaunus@t-online.de.

### Praxispartner im Ruhrgebiet gesucht

Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis im Ruhrgebiet sucht ab 2015 einen endoskopisch versierten und im Bereich der Hepatologie und CED-Versorgung engagierten Kollegen als Praxispartner. Kontakt Tel: 01714648966.

### Anstellung im KV-Gebiet Westfalen-Lippe gesucht

Junger, engagierter FA für Innere Medizin und Gastroenterologie, derzeit in Baden-Württemberg tätig, sucht Anstellung in gastroenterologischer Praxis im KV-Gebiet Westfalen-Lippe. Kontakt: bewerbung.gastroenterologie@gmail.com.