ARZT& WIRTSCHAFT

MEDIADATEN 2023

ARZT & WIRTSCHAFT
Gynäkologie

PRINT · PREISLISTE NR. 8 AB 1. JANUAR 2023

Erscheinungsweise:
6 x jährlich

MedTriX Group
we care for media solutions

www.arzt-wirtschaft.de

Tsd.-Leser-Preise niedergelassene Gynäkologen

(Basis: LA-MED – Facharztstudie Gynäkologie, Rangreihe nach Tsd.-Leserpreis bei niedergelassenen Gynäkologen)

Zeitschrift	Reichweite LpA 2022 in %	Reichweite LpA 2022 Projektion	Anzeigenpreis 2022 1/1 Seite, A 4. 4 c in €	Tsd.-Leser-Preis 1/1 Seite, A 4. 4 c in €
ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie	**73,1%**	**6.690**	**4.350,00 €**	**650,22**
Wirtschaftsmagazin für die frauenärztliche Praxis	65,6%	6.000	4.175,00	695,83
Gyn Praktische Gynäkologie	70,6%	6.460	4.825,00	746,90
Gynäkologie + Geburtshilfe	62,5%	5.720	4.820,00	842,66
Gyn-Depesche	53,6%	4.910	4.250,00	865,58
Der Privatarzt Gynäkologie	47,9%	4.390	3.950,00	899,77
Frauenarzt	83,0%	7.590	7.235,00	953,23
Geburtshilfe + Frauenheilkunde	25,4%	2.320	4.090,00	1.762,93
Gyne	28,3%	2.580	4.930,00	1.910,85
Die Gynäkologie	16,1%	1.470	4.380,00	2.979,59
Deutsches Ärzteblatt A+B	61,0%	5.580	für die ZG ist kein Anzeigenpreis ausgewiesen	

Quellen: LA-MED Facharztstudie 2022 - Gynäkologie, Mediadaten der jeweiligen Titel

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie
Beste Qualität – beste Reichweite

Wir können Wirtschaft – Praxisnähe und Nutzwert bestimmen die redaktionelle Themenauswahl!

*Quelle: LA-MED-Facharztstudie 2022, LpA-Reichweite niedergelassene Ärzte

Foto: Petrik – stock.adobe.com

Kurzcharakteristik:

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie ist der wirtschaftliche Spezial-Titel für erfolgreiche Praxisführung. Unsere Leser und Leserinnen erwarten und erhalten Unterstützung bei betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und praxisorganisatorischen Aufgaben.

Praxisnähe und Nutzwert bestimmen die redaktionelle Themenauswahl in den Rubriken:

- Aktuelles
- Abrechnung
- Praxis
- Recht
- Finanzen
- Update.Onkologie
- Medizin

Zielgruppe:	niedergelassene Gynäkologen
Auflage:	9.000
Erscheinungsweise:	6 x jährlich
Heftformat:	207 x 280 mm
Jahrgang:	8. Jahrgang 2023

IHRE ANSPRECHPARTNERIN:

Nicole Brandt
T +49 8191 305 55-11
nicole.brandt@medtrix.group

Druckunterlagen:
Die Anzeigendaten senden Sie bitte als hochaufgelöste Composite-PDF-Datei (Version 1.3 – 1.5) per E-Mail an: **aw-anzeigen@medtrix.group.**
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den technischen Daten unter **arzt-wirtschaft.de.**

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter **arzt-wirtschaft.de.**

Verlag:
MedTriX GmbH, Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg am Lech
Telefon: siehe Ansprechpartner
Internet: www.arzt-wirtschaft.de
E-Mail: siehe Ansprechpartner

IHRE ANSPRECHPARTNERIN:

Sylvia Sirch
T +49 8191 305 55-30
sylvia.sirch@medtrix.group

Bankverbindung:
HVB / UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62
BIC: HYVEDEMMXXX

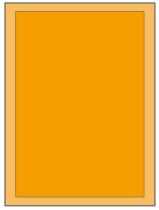
Zahlungsbedingungen:
netto innerhalb 30 Tagen nach Rechnungsdatum
bei Vorauszahlung 2 % Skonto, bei Bankeinzug 3 % Skonto

Mehrwertsteuer:
Alle Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen wird der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz gesondert auf der Rechnung ausgewiesen. USt-IdNr.: DE 206 862 684

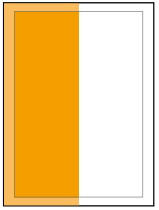
AE-Provision: 10 %

Mitgliedschaften: LA-MED

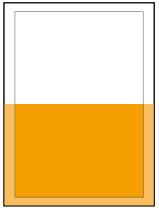
Formate (Breite x Höhe)
Anzeigenpreise rabattfähig, 4-farbig Euroscala



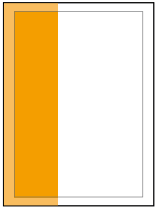
1/1 Seite
178 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
4.675 €



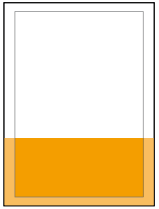
1/2 Seite hoch
86 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
95 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
2.560 €



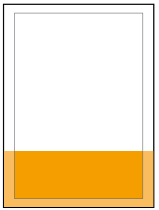
1/2 Seite quer
178 x 126 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 136 mm
AZ im Anschnitt*
2.560 €



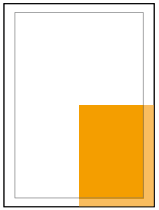
1/3 Seite hoch
56 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
65 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
1.780 €



1/3 Seite quer
178 x 79 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 89 mm
AZ im Anschnitt*
1.780 €



1/4 Seite quer
178 x 62 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 72 mm
AZ im Anschnitt*
1.505 €



1/4 Seite Block
86 x 126 mm
AZ im Satzspiegel
95 x 136 mm
AZ im Anschnitt*
1.505 €

Alle Preise verstehen sich zuzüglich
der gesetzlichen Mehrwertsteuer.
Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

* zzgl. 3 mm Anschnitt

Vorzugsplätze (1/1 Seite 4c Anzeige):

2. Umschlagseite	€ 5.850.–
4. Umschlagseite	€ 5.850.–
je Seite gegenüber Inhalt	€ 5.850.–
1. rechte Anzeigenseite im Heft	€ 5.850.–

Platzierungszuschlag:
bei verbindlicher Zusage des Verlags 15 %

Durchhefter: (nicht rabattfähig)

Umfang	Papiergewicht	Gesamtpreis
4 Seiten	bis 100g/m²	€ 10.516,–

Anlieferung:
Muster bei Auftragserteilung.
Format: plano, unbeschnitten
4-seitiger Einhefter: 414 mm breit x 280 mm hoch

Beschnittzugaben:
Am Kopf: 5 mm
Am Fuß: 5 mm
Außen: je 5 mm

Beilagen: (nicht rabattfähig und nur für Gesamtauflage)

bis 25 g Gewicht	€ 2.500.–
bis 50 g Gewicht	€ 2.900.–

Lieferanschrift Beilagen:
QUBUS media GmbH, Warenannahme, Kennwort: A&W Gynäkologie Ausgabe/Jahr, Beckstr. 10, 30457 Hannover

Rabatte: drei Seiten 5 %, sechs Seiten 10 %

Sonderwerbeformen: auf Anfrage

Monat	Nr.	Erscheinungsdatum	Anzeigenschluss	Druckunterlagenschluss*
Februar	**1**	25.02.23	25.01.23	31.01.23
April	**2**	25.04.23	21.03.23	27.03.23
Juni	**3**	25.06.23	22.05.23	26.05.23
August	**4**	25.08.23	24.07.23	28.07.23
Oktober	**5**	25.10.23	21.09.23	27.09.23
Dezember	**6**	20.12.23	17.11.23	23.11.23

* digital beim Verlag vorliegend / Änderungen vorbehalten

ARZT & WIRTSCHAFT

ARZT & WIRTSCHAFT Update.Onkologie

In unserer Rubrik „Update.Onkologie“ finden Sie in jeder Ausgabe das passende Umfeld für die Bewerbung Ihrer Onkologie-Produkte. Die Texte liefern den onkologisch-tätigen Gynäkologen ein relevantes und aktuelles Update.

HR+/HER2-NEGATIVES MAMMAKARZINOM

Endokrin-basierte Kombinationstherapien beim metastasierten HR+/HER2-negativen Mammakarzinom

H.-C.Kolberg[1,2], C. Kolberg-Liedtke[2, 3, 4].

Die endokrine Therapie ist die primäre Therapieoption beim Hormonrezeptor-positiven (HR+) HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom und sollte der Chemotherapie bis auf wenige Ausnahmen vorgezogen werden, da sie hohe Effektivität mit einer geringeren Toxizität verbindet. Neben endokrinen Monotherapien haben sich in der jüngeren Vergangenheit endokrin-basierte Kombinationstherapien etabliert. Die wichtigste Option ist hier sicher die Kombination von endokrinen Therapien mit CDK4/6-Inhibitoren, durch deren Einsatz im Vergleich zur endokrinen Monotherapie in der ersten und zweiten Linie die medianen progressionsfreien Überlebenszeiten (PFS) verdoppelt werden konnten. Aber auch Kombinationen mit dem mTOR-Inhibitor Everolimus und bei Vorliegen einer PIK3CA-Mutation mit dem a-spezifischen PI3K-Inhibitor Alpelisib (das allerdings seit 01.05.2021 auf dem Markt in Deutschland nicht mehr verfügbar ist, sondern über die EU importiert werden muss) stellen wichtige Therapieoptionen dar. Noch unklar ist, ob und wenn ja, welche der neueren möglichen Kombinationspartner endokriner Substanzen wie zum Beispiel AKT-Inhibitoren eine klinische Rolle spielen werden.

Endokrine Therapie oder Chemotherapie?

Der wissenschaftliche Stellenwert der Chemotherapie im Rahmen der Behandlung des metastasierten HR+/HER2-negativen Mammakarzinoms ist im Anforderungskatalog für zertifizierte Brustzentren durch eine spezifische Kennzahl gut illustriert: in der Erstlinientherapie sollte der Anteil der in einem Zentrum mit einer Chemotherapie behandelten Patientinnen nicht höher als 5% liegen [1]. Daten aus Real-world-Registern wie PRAEGNANT zeigen allerdings, dass der Anteil der Chemotherapie in der ersten Linie bei 25,4% liegt, in der zweiten Linie sind es 37,5% und in der dritten Linie 51,9% [2]. Diese Zahlen, die in einem direkten Widerspruch zu nationalen und internationalen Leitlinien stehen [3-5], zeigen, wie wichtig die stetige Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der endokrinen und endokrinbasierten Therapie auch 2021 noch ist. Dass eine Chemotherapie keinen Vorteil im Gesamtüberleben (OS) gegenüber der endokrinen Therapie in der metastasierten Situation erreicht, ist seit fast 20 Jahren ein Paradigma [6] und wurde kürzlich auf Basis eines Realworld-Datensatzes aus den Niederlanden erneut eindrücklich dokumentiert [7]. Im Folgenden sollen daher die Optionen der endokrin-basierten Kombinationstherapien beim metastasierten HR+/HER2-negativen Mammakarzinom zusammengefasst dargestellt werden.

CDK4/6-Inhibitoren

Der Wirkmechanismus der CDK4/6-Inhibitoren basiert auf einer Bindung an die Cyclin-abhängigen Kinasen (CDK) 4 und 6. Diese wiederum binden an den Partner CyclinD1 und führen so zu einer Phosphorylierung des Retinoblastom-Proteins. Diese Bindung veranlasst die Zelle zum Übergang aus der G1-Phase in die S-Phase. Es schließen sich die G2-Phase und die Mitosephase an. Die ungehemmte Zellteilung kann z.B. durch die Alteration aktivierender Transkriptionsfaktoren hervorgerufen werden sowie durch eine Überexpression von CyclinD1 [8]. CDK4/6-Inhibitoren wiederum unterbinden diese ungehemmte Zellteilung. In ausgedehnten Studienprogrammen untersucht und verfügbar sind hier zum aktuellen Zeitpunkt Palbociclib, Ribociblib und Abemaciclib. Die Ergebnisse mehrerer Phase-IIIStudien konnten in den letzten Jahren zeigen, dass die Kombination von endokriner Therapie und CDK4/6-Inhibition wirksamer ist als die alleinige endokrine Therapie. Dies galt zunächst insbesondere für die Verlängerung des medianen PFS sowohl in der ersten als auch in der zweiten Therapielinie, welches in den Zulassungsstudien jeweils etwa verdoppelt wurde [9, 10]. Die Ergebnisse dieser Studien sind in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Nachdem bereits diese Daten zu einer Implementation der CDK4/6-Inhibitoren in die klinische Routine geführt hatten, konnten für 2 der 3 CDK4/6-Inhibitoren auch Überlebensvorteile im Vergleich zur endokrinen Monotherapie gezeigt werden. Ribociclib hatte in Kombination mit endokriner Therapie in der MONALEESA-7-Studie in der ersten Linie sowie in der MONALEESA-3-Studie in der ersten und zweiten Linie einen signifikanten OS-Vorteil erreicht [12, 13].

1 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Marienhospital Bottrop
2 Phaon scientific GmbH, Wiesbaden
3 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Essen
4 palleos healthcare GmbH, Wiesbaden

Für Abemaciclib konnte in der MONARCH 2-Studie in der zweiten Linie ein signifikanter OS-Vorteil demonstriert werden [14]. Es ist allerdings festzuhalten, dass der primäre Endpunkt aller 3 Studien, die einen OS-Vorteil gezeigt haben, das PFS und nicht das OS war. Da dies bedeutet, dass der statistische Plan und auch die Kalkulation der erforderlichen Patientenzahlen auf den primären Endpunkt und nicht auf den sekundären Endpunkt OS ausgerichtet waren, gilt es, diese Ergebnisse mit Zurückhaltung zu interpretieren, v.a. im Hinblick auf die Frage einer unterschiedlichen Effektivität der 3 CDK4/6-Inhibitoren im klinischen Alltag.

Natürlich stellt sich in der interdisziplinären Tumorkonferenz bzw. im Verordnungsalltag die Frage nach der Wahl des optimalen CDK4/6-Inhibitors für die individuelle Patientin bzw. den individuellen Patienten. Grundsätzlich sind alle 3 CDK4/6-Inhibitoren **Palbociclib, Ribociclib und Abemaciclib in Deutschland in Kombination mit endokriner Therapie zugelassen**. Auf der Basis einer Studie an intensiv vorbehandelten Patientinnen, in der sich eine Ansprechrate von etwa 20% für Abemaciclib als Monosubstanz gezeigt hatte, ist Abemaciclib in den USA auch als Monotherapie zugelassen [15]. Aufgrund der fast identischen Hazard Ratios (etwa 0,5) für alle 3 CDK4/6-Inhibitoren für das PFS und der ebenfalls sehr ähnlichen Hazard Ratios (etwa 0,7) für die beiden Substanzen, für die Daten zum OS vorliegen, kann hier wahrscheinlich von einem Klasseneffekt ausgegangen werden. Man muss daher konstatieren, dass sich die verschiedenen CDK4/6-Inhibitoren v.a. in Einnahme, Dosisanpassung, Nebenwirkungsspektrum und unter Therapie erforderlichen Überwachungsmaßnahmen unterscheiden (Tab. 2).

Der Einsatz von CDK4/6-Inhibitoren sollte ein fester Bestandteil in der endokrinen Therapie von Patientinnen mit HR+/HER-negativem Mammakarzinom (optimalerweise in der ersten Therapielinie) sein und wird dementsprechend auch von der Organkommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) in ihren Empfehlungen berücksichtigt [4].

mTOR-Inhibition

mTOR (mammalian Target Of Rapamycin) ist eine der Schaltstellen in der intrazellulären Signalübertragung und Teil des AKT/PI3K/PTEN-Signaltransduktionswegs, in dem es seinen Platz relativ weit unten und damit nah am Ende des Signalwegs hat. Der Wirkmechanismus des mTOR-Inhibitors Everolimus zielt auf eine Unterbrechung der intrazelluären Signalübertragung und damit einer Verringerung der Proliferation von Tumorzellen ab. In der BOLERO 2-Studie wurde die Effektivität der Kombination aus Everolimus und Exemestan bei Patientinnen untersucht, die zuvor einen nicht-steroidalen Aromatasehemmer (Anastrozol oder Letrozol) erhalten hatten und ein Rezidiv oder einen Progress darunter aufwiesen, im Vergleich mit einer Monotherapie mit Exemestan. Der größte Teil der Patientinnen in der Studie hatte den nicht-steroidalen Aromatasehemmer in der metastasierten Situation erhalten, ein kleinerer Teil allerdings auch in der adjuvanten Situation. Die Hinzunahme von Everolimus verbesserte das PFS signifikant mit einer Hazard Ratio von 0,45 [19], ein signifikanter OS-Unterschied konnte allerdings nicht demonstriert werden. In der finalen Analyse der Studie hatte sich außerdem gezeigt, dass die Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen unter Everolimus bei 33% lag, im Placebo-Arm lediglich bei 16%. Die Häufigkeit von Therapieabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen lag im Everolimus-Arm bei 29%, im Placebo-Arm bei 5%.

Die häufigsten unerwünschten Wirkungen waren Stomatitis, Ausschlag, Fatigue, Diarrhoe, Inappetenz, Übelkeit und Husten [20]. Die Kombination aus **Everolimus und Exemestan war die erste endokrin-basierte Kombinationstherapie, die in Deutschland zugelassen wurde.** Auch wenn sie aufgrund des fehlenden Überlebensvorteils und der relativ hohen Toxizität von Beginn an unter Akzeptanzproblemen gelitten hat, ist sie doch ein fester Bestandteil im Spektrum der Optionen beim HR+/HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom und wird i.d.R. nach den CDK4/6-Inhibitoren eingesetzt, ohne dass allerdings dieser Platz in der Sequenz festgelegt wäre.

Linie	Studienname	Endokrine Therapie	CDK4/6-Inhibitor	PFS	HR
1	PALOMA-1 Lancet 2015	Letrozol	Palbociclib	10,2 m → 20,2 m	0,49
	PALOMA-2 NEJM 2016	Letrozol	Palbociclib	14,5 m → 24,8 m	0,58
	MONALEESA-2 NEJM 2016	Letrozol	Ribociclib	14,5 m → 26 m	0,56
	MONALEESA-7 SABCS 2017	Letrozol + OFS	Ribociclib	13,0 m → 20,2 m	0,55
	MONARCH 3 JCO 2017	NSAI	Abemaciclib	14,7 m → NR	0,54
2	PALOMA-3 NEJM 2015	Fulvestrant	Palbociclib	3,8 m → 9,2 m	0,42
	MONALEESA-3 ASCO 2018	Fulvestrant	Ribociclib	12,8 m → 23,8 m	0,59
	MONARCH 2 JCO 2017	Fulvestrant	Abemaciclib	9,3 m → 16,4 m	0,55
	MONARCH 2 ASCO 2018	Fulvestrant + OFS	Abemaciclib	10,5 m → NR	0,45

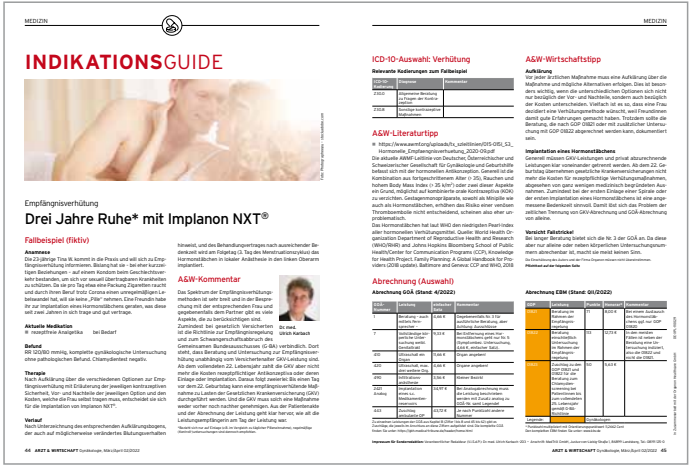
Tab. 1: CDK4/6-Inhibitoren in der ersten und zweiten Therapielinie (mod. nach [11]).
OFS=Ovarialfunktions-Suppressor, m=Monate, NSAI=nicht-steroidaler Aromatase-Inhibitor, PFS=progressionsfreies Überleben, HR=Hazard Ratio, NR=nicht erreicht

[MTX]

ARZT & WIRTSCHAFT Abrechnungsguide

Diese zweiseitige Sonderproduktion basiert auf einer praxisrelevanten Kasuistik (erstellt in der Regel unsere Redaktion). Diese enthält die Anamnese, den Befund und die Therapie mit entsprechender Medikation. Es folgen die ICD-10-Kodierung und der Wirtschaftstipp.

Für die Ärzte sind dabei gerade auch die umfangreichen Informationen zur Abrechnung nach EBM (gesetzlich versicherte Patienten) und GOÄ (privat versicherte Patienten) besonders nützlich. Zudem erhalten sie einen kurzen IGeL-Tipp.
Der Aufbau und die entsprechende Platzierung der A&W-Module sind fest strukturiert.


MEDIZIN

INDIKATIONSGUIDE

Empfängnisverhütung

Drei Jahre Ruhe* mit Implanon NXT®

Fallbeispiel (fiktiv)

Anamnese

Befund

Therapie

Verlauf

ICD-10-Auswahl: Verhütung

A&W-Kommentar

Abrechnung (Auswahl)

Abrechnung GOÄ (Stand: 4/2022)

A&W-Wirtschaftstipp

A&W-Literaturtipp

Abrechnung EBM (Stand: 01/2022)

MEDIZIN

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie, März/April 02/2022 45

ARZT & WIRTSCHAFT Therapie-Magazin

Das ARZT & WIRTSCHAFT Therapie-Magazin kommuniziert wichtige Informationen zu Ihrem Präparat auf der Basis von Studien, Kongressen sowie zu Ihren Symposien und Veranstaltungen. Der Umfang des redaktionell gestalteten Beitrags ist ein- oder zweiseitig.

ARZT & WIRTSCHAFT Indikationsguide

Die zweiseitige Sonderproduktion basiert auf einer praxisrelevanten Kasuistik. Diese enthält die Anamnese, den Befund und die Therapie mit entsprechender Medikation. Mit dem ARZT & WIRTSCHAFT Indikationsguide erhält der Arzt für die erfolgte Diagnose die korrekten ICD-10-Kodierungen und Informationen zur Leitlinie. Weitere Bestandteile sind die relevanten Abrechnungsziffern aus dem EBM für Hausärzte und Fachinternisten sowie eine Auswahl der wichtigsten Ziffern aus der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte/Privatpatienten). Wirtschaftstipp und kommentierte Literatur runden die Sonderproduktion ab.

Gerne beraten wir Sie bzgl. anderer Sonderproduktionsformate – sprechen Sie uns an!

Melanie Hurst
Ressortleitung Wirtschaft und Audio- & Video-Produktion
T +49 8191 305 55-18
melanie.hurst@
medtrix.group

Dr. med. Ulrich Karbach
Ressortleitung Abrechnung und Medizin
T +49 8191 305 55-19
ulrich.karbach@
medtrix.group

Dr. Bettina Brincker
Medizin-Redaktion
T +49 8191 305 55-12
bettina.brincker@
medtrix.group

André Gieße
Wirtschafts-Redaktion
T +49 8191 305 55-14
andre.giesse@
medtrix.group

Nina Grellmann
Medizin-Redaktion
T +49 8191 305 55-15
nina.grellmann@
medtrix.group

Ina Reinsch
Wirtschafts-Redaktion
T +49 8191 305 55-24
ina.reinsch@
medtrix.group

Ines Schulz-Hanke
Medizin-Redaktion
T +49 8191 305 55-26
ines.schulz-hanke@
medtrix.group

Maike Schulz
Corporate Publishing
T +49 8191 305 55-27
maike.schulz@
medtrix.group

Sigrid v. See-Bredebusch
Corporate Publishing
T +49 8191 305 55-28
sigrid.see-bredebusch@
medtrix.group

Nicole Brandt
Media / Service
T +49 8191 305 55-11
nicole.brandt@
medtrix.group

Sylvia Sirch
Media / Service
T +49 8191 305 55-30
sylvia.sirch@
medtrix.group

Lutz Gey
Key Account Manager
T +49 8191 305 55-13
lutz.gey@
medtrix.group

Andrea Lottes
Key Account Managerin
T +49 8191 305 55-22
andrea.lottes@
medtrix.group

Klaus Schumacher
Key Account Manager
T +49 2206 852 92-60
klaus.schumacher@
medtrix.group