ARZT& WIRTSCHAFT

MEDIADATEN 2024

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie

PRINT · PREISLISTE NR. 9 AB 1. JANUAR 2024

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 2023 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**	**4.675,00**	**698,80**
Wirtschaftsmagazin für die frauenärztliche Praxis	65,6%	6.000	4.575,00	762,50
Gyn Praktische Gynäkologie	70,6%	6.460	5.240,00	811,15
Gyn-Depesche	62,5%	5.720	5.110,00	893,36
Gynäkologie + Geburtshilfe	53,6%	4.910	4.250,00	865,58
Der Privatarzt Gynäkologie	47,9%	4.390	4.200,00	956,72
Frauenarzt	83,0%	7.590	7.745,00	1.020,42
Geburtshilfe + Frauenheilkunde	25,4%	2.320	4.365,00	1.881,47
Gyne	28,3%	2.580	5.275,00	2.044,57
Die Gynäkologie	16,1%	1.470	4.640,00	3.156,46
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:	9.100
Erscheinungsweise:	6 x jährlich
Heftformat:	207 x 280 mm
Jahrgang:	9. Jahrgang 2024
Bezugspreis:	Jahresabonnement für Ärzte und sonstige Bezieher Inland € 29,20 (inkl. MwSt. und Versand) Ermäßigt/Student € 27,10 (inkl. MwSt. und Versand)

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

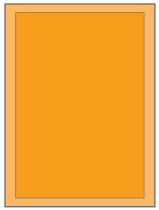
Zahlungsbedingungen:
netto innerhalb 30 Tagen nach Rechnungsdatum
bei Vorauszahlung 2 % Skonto, bei Bankeinzug 3 % Skonto

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

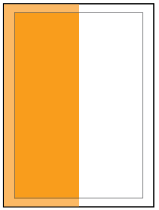
AE-Provision: 10 %

Mitgliedschaften: LA-MED

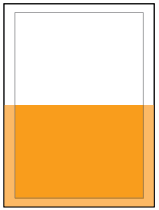
Formate (Breite x Höhe)
Anzeigenpreise rabattfähig, 4-farbig Euroscala



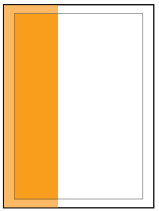
1/1 Seite
178 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
4.910 €



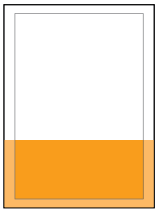
1/2 Seite hoch
86 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
95 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
2.690 €



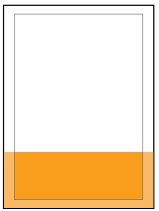
1/2 Seite quer
178 x 126 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 136 mm
AZ im Anschnitt*
2.690 €



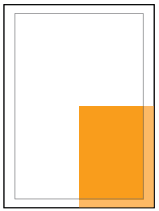
1/3 Seite hoch
56 x 257 mm
AZ im Satzspiegel
65 x 280 mm
AZ im Anschnitt*
1.870 €



1/3 Seite quer
178 x 79 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 89 mm
AZ im Anschnitt*
1.870 €



1/4 Seite quer
178 x 62 mm
AZ im Satzspiegel
207 x 72 mm
AZ im Anschnitt*
1.580 €



1/4 Seite Block
86 x 126 mm
AZ im Satzspiegel
95 x 136 mm
AZ im Anschnitt*
1.580 €

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	€ 6.150,–
4. Umschlagseite	€ 6.150,–
je Seite gegenüber Inhalt	€ 6.150,–
1. rechte Anzeigenseite im Heft	€ 6.150,–

Platzierungszuschlag:
bei verbindlicher Zusage des Verlags 15 %

Durchhefter: (nicht rabattfähig)

Umfang	Papiergewicht	Gesamtpreis
4 Seiten	bis 100g/m²	€ 11.040,–

Anlieferung:
Muster bei Auftragserteilung.
Format: plano, unbeschnitten
4-seitiger Durchhefter: 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	€ 2.700,–
bis 50 g Gewicht	€ 3.100,–

Aufgeklebte Postkarten: (nicht rabattfähig)
nur in Verbindung mit Anzeige (1/1 Seite) oder Durchhefter möglich. € 2.338,–
max. Papierformat 105 x 148 mm

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

Rabatte: drei Seiten 5 %, sechs Seiten 10 %

Monat	Nr.	Erscheinungsdatum	Anzeigenschluss	Druckunterlagenschluss*
Februar	**1**	25.02.24	24.01.24	30.01.24
April	**2**	25.04.24	21.03.24	27.03.24
Juni	**3**	25.06.24	22.05.24	28.05.24
August	**4**	25.08.24	23.07.24	29.07.24
Oktober	**5**	25.10.24	23.09.24	27.09.24
Dezember	**6**	20.12.24	19.11.24	25.11.24

* digital beim Verlag vorliegend / Änderungen vorbehalten

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.

UPDATE. ONKOLOGIE

Aufklärung

Reden Sie mit der Patientin adäquat

Wenn einer unserer Beiträge schlecht beachtet wird, haben wir entweder ein irrelevantes Thema ausgesucht oder nicht verständlich geschrieben. Im Gespräch mit Patientinnen müssen wir verständlich formulieren.

Für Journalisten gehört passend für die Zielgruppe zu schreiben zum Handwerk. Als Fachtitel haben wir es einfacher, weil die Lesergruppe homogener ist. Trotzdem schreiben die Kolleginnen und Kollegen, die für das Journal Onkologie der Medtrix GmbH in Regensburg schreiben, anders als wir, das Team von ARZT & WIRTSCHAFT in Landsberg. Beiden Teams gemeinsam ist der Wille, für die eigene Zielgruppe passend zu schreiben.

Wozu der ganze Sermon zu Einleitung? Aus meiner Klinikzeit, aber auch jetzt im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen weiß ich, dass die Kommunikation mit Tumorpatienten äußerst schwierig ist.

- Zum einen fällt bei den meisten Betroffenen die geistige und emotionale Klappe, wenn sie im Gespräch realisieren, dass sie einen bösartigen Tumor haben. Das ist unabhängig vom Bildungsstand und sozialen Status.
- Eingangs hatte ich erwähnt, dass es zum Handwerk der Journalisten gehört, für die Zielgruppe passend zu schreiben. Damit ist die Herausforderung für Ärzte, eine onkologische Diagnose zu übermitteln, deutlich schwieriger. Denn man muss abschätzen können, wem man diese Nachricht übermittelt. Ist das jemand, der täglich seine Information aus der FAZ oder der Süddeutschen Zeitung bezieht oder eher jemand, den schon die BILD-Zeitung überfordert. In Anbetracht des Stresses, der mit der Nachricht verbunden ist, ist Brustkrebs sicher der passendere Begriff als Mammakarzinom.
- Ein Strahlentherapeut erläuterte mir kürzlich, dass er – abgesehen von wenigen Ausnahmen – die Kommunikation mit seinen onkologischen Patienten anfangs auf sehr einfachem Niveau führe. Das bedeute, dass er keine Fremdwörter benutze; dass er Schachtelsätze vermeide und sich vor allem von seinen Patienten zwischendurch erklären ließe, was sie bis dahin verstanden haben. Wenn er merke, dass die Erläuterung auf Grundschulniveau die Patienten nicht überfordere oder sogar verärgere, passe er sein Sprachniveau an.
- Neben der verständlichen Übermittlung der Diagnose wollen Betroffene natürlich wissen, was das für sie bedeutet. Natürlich kommt die Frage, wie lange man mit dem Tumor noch leben wird. Dazu gibt es zwar statistische Daten, die der einzelnen Patientin aber überhaupt nichts nutzen. Mein klinischer Lehrer hat es deshalb als unethisch bezeichnet, Patienten gegenüber solche Aussagen zu treffen. Mehr als die grobe Peilung, dass nahezu alle Männer mit Keimzelltumor nach fünf Jahren noch leben, solle man den Patienten auf keinen Fall geben. Bei anderen urologischen Tumoren ist es deutlich schwieriger, daher solle man keine falschen Erwartungen wecken.
- Neben der Lebenserwartung interessiert Betroffene auch, was für therapeutische Möglichkeiten es gibt und welche Konsequenzen diese haben. Ganz wichtig ist, dass alle möglichen Optionen genannt und in der Dokumentation aufgezeichnet werden.
- Immer wieder fällt auf, dass Tumorpatientinnen und ihre Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich denken. So ist nicht nur die statistisch gesicherte höhere Lebenserwartung durch eine Therapieoption ein Thema, sondern, mindestens genauso wichtig, wie stark diese Therapieoption die Lebensqualität beeinträchtigt. Den Einfluss von Tumor und Therapie auf Familienplanung und/oder Sexualität sollte man deshalb im Gespräch mit einer Tumorpatientin ansprechen.

Dr. med. Ulrich Karbach

QUALITÄTSMANAGEMENT

Gespräche mit Tumorpatientinnen sind nicht einfach. In der Praxis besteht selten die Möglichkeit, eine Kollegin oder einen Kollegen dazuzubitten, der dann Feedback zur Gesprächsführung geben kann. Eventuell kann eine Checkliste helfen, auf der man alle relevanten Aspekte notiert hat. Dadurch kann man vermeiden, dass wichtige Themen im Gespräch vergessen werden.

Foto: JackF – stock.adobe.com

Die Aufklärung über einen Brustkrebs, die möglichen Therapien und die Konsequenzen erfordert Zeit und vor allem Empathie.

Quelle: u.a. DeVita VT et al. Cancer Principles and Practice of Oncology 12.th Edit. 2023

36 **ARZT & WIRTSCHAFT** Gynäkologie, Januar/Februar 01/2023

UPDATE. ONKOLOGIE

Tumorerkrankung

Krebs plus Sex: immer noch ein Tabuthema

Krebs verändert das sexuelle Erleben bzw. das Bedürfnis nach Intimität und Zärtlichkeit. Eine große Verunsicherung ist die Folge. Doch über dieses Thema wird immer noch viel zu oft geschwiegen – auch in der Praxis.

Für die meisten Patientinnen mit einer Krebsdiagnose ist es schwer, über ihre Empfindungen zu sprechen und vermeintliche Tabuthemen wie eine Beeinträchtigung der Sexualität in Worte zu fassen. Aber nicht nur Krebspatientinnen, sondern auch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten fällt ein solches Gespräch oft nicht leicht.

In den Medien sind klare Sex-Vorgaben omnipräsent

„Wir leben schon lange in einer hypersexualisierten Zeit,“ betonten Betroffene und Referenten, im Rahmen einer Pressekonferenz des Krebsinformationsdienstes zum Thema „Weibliche Sexualität und Krebs“. Wie Sexualität zu funktionieren hat, wird gesellschaftlich klar festgelegt. Die Zielvorgaben sind: Erregung, Penetration und Orgasmus. Das starre gesellschaftliche Bild der Sexualität baut einen enormen Druck auf. Aber gerade bei einer Krebserkrankung schwankt das Bedürfnis nach körperlicher Nähe. Die Gedanken der Betroffenen konzentrieren sich in erster Linie auf das Überleben – von erotischer Lust wollen viele zu diesem Zeitpunkt nichts wissen.

Onkologische Behandlungen wie eine Antihormontherapie können das sexuelle Erleben massiv beeinträchtigen. Zudem kann ein verändertes Körperbild nach einer Brustamputation oder der Haarverlust während der Chemotherapie zusätzlich belastend sein. Hinzu kommt, dass sich invasive Operationen unmittelbar auf die weibliche Sexualität auswirken. Der Gedanke an eine Penetration nach der Krebsoperation erscheint den Betroffenen völlig ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund fühlen sich die Patientinnen vom Thema Sexualität endgültig ausgeschlossen. Was vielen nicht bewusst ist: Sexualität ist ein Prozess, der sich während des gesamten Lebens kontinuierlich verändert. „Nicht immer ist eine Krebsdiagnose notwendig, um aus einem sinnlichen sexuellen Leben, wie es die Gesellschaft vorschreibt, rauszufallen,“ so eine Referentin.

Das Thema Sexuelle Gesundheit gehört auch in die Praxis

Wichtig ist das ausführliche Gespräch mit dem Partner, um gemeinsam auszuloten, welche Formen der Nähe, auch jenseits des Geschlechtsverkehrs, möglich und gewünscht sind. Beide Seiten brauchen Zeit, mit den Veränderungen umzugehen. Oft bedarf es der Initiative des Behandlungsteams, Veränderungen des partnerschaftlichen und sexuellen Erlebens anzusprechen. Denn die sexuelle Gesundheit trägt zur Genesung maßgeblich bei und sollte immer in die Behandlung miteingeschlossen werden. Das legt auch die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) in ihrer Guideline Breast fest. Wenn notwendig, kann ein Screening-Fragebogen zur Sexualfunktion einen ersten Gesprächseinstieg ermöglichen. Dieser kann in der Leitlinie eingesehen werden.

Urogenitale Beeinträchtigungen, Scheidentrockenheit und sexuelle Funktionsstörungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität. Hier können hormonfreie Feuchtpräparate oder vaginale Östrogenapplikationen verschrieben werden. Hormonhaltige Präparate werden aber nicht von allen toleriert und sind bei einem östrogenabhängigen Tumorgeschehen kontraindiziert.

Zur Behandlung der vulvo-vaginalen Atrophien steht seit 2012 die CO_2-Lasertherapie zur Verfügung. Trotz vielversprechender Studienergebnisse übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für diese Behandlung bisher nicht.

Dr. Bettina Brincker

ANLAUFSTELLEN

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet Unterstützung an – auch bei Fragen, die viele als heikel empfinden.

- Der Krebsinformationsdienst bietet zum Nachlesen die Broschüre „Weibliche Sexualität und Krebs“ an. Sie kann online bestellt werden: https://www.krebsinformationsdienst.de/bestellformular.phpx

Foto: andreaobzerova – stock.adobe.com

Sowohl die Sexualanamnese als auch ein Beratungsangebot zum Thema Partnerschaft und Sexualität gehören zu einer patientenorientierten Versorgung in der Praxis.

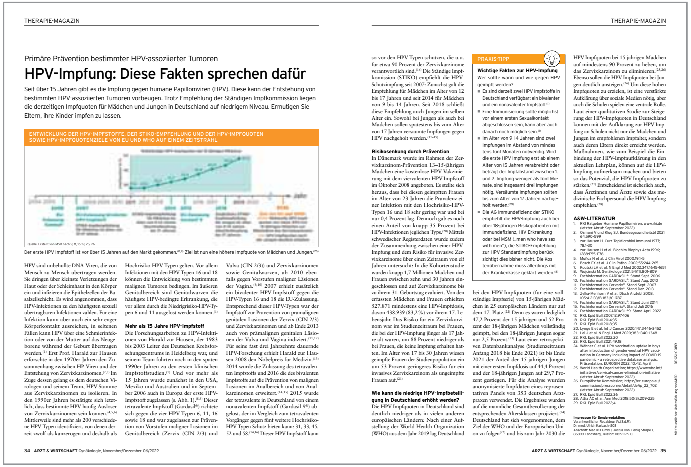
Quelle: Digitale Presseveranstaltung „Weibliche Sexualität und Krebs" vom Krebsinformationsdienst am 26. Januar 2023; Guidelines Breast der AGO e.V. in der DGGG e.V. sowie in der DKG e.V; Version 2022.1D: ago-online.de

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie, Januar/Februar 01/2023 37

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.



THERAPIE-MAGAZIN

Primäre Prävention bestimmter HPV-assoziierter Tumoren

HPV-Impfung: Diese Fakten sprechen dafür

Seit über 15 Jahren gibt es die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Diese kann der Entstehung von bestimmten HPV-assoziierten Tumoren vorbeugen. Trotz Empfehlung der Ständigen Impfkommission liegen die derzeitigen Impfquoten für Mädchen und Jungen in Deutschland auf niedrigem Niveau. Ermutigen Sie Eltern, ihre Kinder impfen zu lassen.

Der erste HPV-Impfstoff ist vor über 15 Jahren auf den Markt gekommen.[8,9] Ziel ist nun eine höhere Impfquote von Mädchen und Jungen.[26]

HPV sind unbehüllte DNA-Viren, die von Mensch zu Mensch übertragen werden. Sie dringen über kleinste Verletzungen der Haut oder der Schleimhaut in den Körper ein und infizieren die Epithelzellen der Basalzellschicht. Es wird angenommen, dass HPV-Infektionen zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen zählen. Für eine Infektion kann aber auch ein sehr enger Körperkontakt ausreichen, in seltenen Fällen kann HPV über eine Schmierinfektion oder von der Mutter auf das Neugeborene während der Geburt übertragen werden.[1] Erst Prof. Harald zur Hausen erforschte in den 1970er Jahren den Zusammenhang zwischen HP-Viren und der Entstehung von Zervixkarzinomen.[2,3] Im Zuge dessen gelang es dem deutschen Virologen und seinem Team, HPV-Stämme aus Zervixkarzinomen zu isolieren. In den 1990er Jahren bestätigte sich letztlich, dass bestimmte HPV häufig Auslöser von Zervixkarzinomen sein können.[4,5,6] Mittlerweile sind mehr als 200 verschiedene HPV-Typen identifiziert, von denen derzeit zwölf als kanzerogen und deshalb als Hochrisiko-HPV-Typen gelten. Vor allem Infektionen mit den HPV-Typen 16 und 18 können die Entwicklung von bestimmten malignen Tumoren bedingen. Im äußeren Genitalbereich sind Genitalwarzen die häufigste HPV-bedingte Erkrankung, die vor allem durch die Niedrigrisiko-HPV-Typen 6 und 11 ausgelöst werden können.[1]

Mehr als 15 Jahre HPV-Impfstoff

Die Forschungsarbeiten zu HPV-Infektionen von Harald zur Hausen, der 1983 bis 2003 Leiter des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg war, und seinem Team führten noch in den späten 1990er Jahren zu den ersten klinischen Impfstoffstudien.[7] Und vor mehr als 15 Jahren wurde zunächst in den USA, Mexiko und Australien und im September 2006 auch in Europa der erste HPV-Impfstoff zugelassen (s. Abb. 1).[8,9] Dieser tetravalente Impfstoff (Gardasil®) richtete sich gegen die vier HPV-Typen 6, 11, 16 sowie 18 und war zugelassen zur Prävention von Vorstufen maligner Läsionen im Genitalbereich (Zervix (CIN 2/3) und Vulva (CIN 2/3)) und Zervixkarzinomen sowie Genitalwarzen, ab 2010 ebenfalls gegen Vorstufen maligner Läsionen der Vagina.[9,10] 2007 erhielt zusätzlich ein bivalenter HPV-Impfstoff gegen die HPV-Typen 16 und 18 die EU-Zulassung. Entsprechend dieser HPV-Typen war der Impfstoff zur Prävention von prämalignen genitalen Läsionen der Zervix (CIN 2/3) und Zervixkarzinomen und ab Ende 2013 auch von prämalignen genitalen Läsionen der Vulva und Vagina indiziert.[11,12] Für seine fast drei Jahrzehnte dauernde HPV-Forschung erhielt Harald zur Hausen 2008 den Nobelpreis für Medizin.[13] 2014 wurde die Zulassung des tetravalenten Impfstoffs und 2016 die des bivalenten Impfstoffs auf die Prävention von malignen Läsionen im Analbereich und von Analkarzinomen erweitert.[14,15] 2015 wurde der tetravalente in Deutschland von einem nonavalenten Impfstoff (Gardasil 9®) abgelöst, der im Vergleich zum tetravalenten Vorgänger gegen fünf weitere Hochrisiko-HPV-Typen Schutz bieten kann: 31, 33, 45, 52 und 58.[14,16] Dieser HPV-Impfstoff kann so vor den HPV-Typen schützen, die u.a. für etwa 90 Prozent der Zervixkarzinome verantwortlich sind.[16] Die Ständige Impfkomission (STIKO) empfiehlt die HPV-Schutzimpfung seit 2007: Zunächst galt die Empfehlung für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren und seit 2014 für Mädchen von 9 bis 14 Jahren. Seit 2018 schließt diese Empfehlung auch Jungen im selben Alter ein. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen sollen spätestens bis zum Alter von 17 Jahren versäumte Impfungen gegen HPV nachgeholt werden.[17–19]

Risikosenkung durch Prävention

In Dänemark wurde im Rahmen der Zervixkarzinom-Prävention 13–15-jährigen Mädchen eine kostenlose HPV-Vakzinierung mit dem viervalenten HPV-Impfstoff im Oktober 2008 angeboten. Es stellte sich heraus, dass bei diesen geimpften Frauen im Alter von 23 Jahren die Prävalenz einer Infektion mit den Hochrisiko-HPV-Typen 16 und 18 sehr gering war und bei nur 0,4 Prozent lag. Dennoch gab es noch einen Anteil von knapp 35 Prozent bei HPV-Infektionen jeglichen Typs.[20] Mittels schwedischer Registerdaten wurde zudem der Zusammenhang zwischen einer HPV-Impfung und dem Risiko für invasive Zervixkarzinome über einen Zeitraum von elf Jahren untersucht: In die Kohortenstudie wurden knapp 1,7 Millionen Mädchen und Frauen zwischen zehn und 30 Jahren eingeschlossen und auf Zervixkarzinome bis zu ihrem 31. Geburtstag evaluiert. Von den erfassten Mädchen und Frauen erhielten 527.871 mindestens eine HPV-Impfdosis, davon 438.939 (83,2 %) vor ihrem 17. Lebensjahr. Das Risiko für ein Zervixkarzinom war im Studienzeitraum bei Frauen, die bei der HPV-Impfung jünger als 17 Jahre alt waren, um 88 Prozent niedriger als bei Frauen, die keine Impfung erhalten hatten. Im Alter von 17 bis 30 Jahren wiesen geimpfte Frauen der Studienpopulation ein um 53 Prozent geringeres Risiko für ein invasives Zervixkarzinom als ungeimpfte Frauen auf.[21]

Wie kann die niedrige HPV-Impfbeteiligung in Deutschland erhöht werden?

Die HPV-Impfquoten in Deutschland sind deutlich niedriger als in vielen anderen europäischen Ländern: Nach einer Aufstellung der World Health Organization (WHO) aus dem Jahr 2019 lag Deutschland bei den HPV-Impfquoten (für eine vollständige Impfserie) von 15-jährigen Mädchen in 25 europäischen Ländern nur auf dem 17. Platz.[22] Denn es waren lediglich 47,2 Prozent der 15-jährigen und 52 Prozent der 18-jährigen Mädchen vollständig geimpft, bei den 18-jährigen Jungen sogar nur 2,5 Prozent.[23] Laut einer retrospektiven Datenbankanalyse (Studienzeitraum Anfang 2018 bis Ende 2021) ist bis Ende 2021 der Anteil der 15-jährigen Jungen mit einer ersten Impfdosis auf 44,4 Prozent und der 18-jährigen Jungen auf 29,7 Prozent gestiegen. Für die Analyse wurden anonymisierte Impfdaten eines repräsentativen Panels von 353 deutschen Arztpraxen verwendet. Die Ergebnisse wurden auf die männliche Gesamtbevölkerung der entsprechenden Altersklassen projiziert.[24] Deutschland hat sich vorgenommen, dem Ziel der WHO und der Europäischen Union zu folgen[22] und bis zum Jahr 2030 die HPV-Impfquoten bei 15-jährigen Mädchen auf mindestens 90 Prozent zu heben, um das Zervixkarzinom zu eliminieren.[25,26] Ebenso sollen die HPV-Impfquoten bei Jungen deutlich ansteigen.[26] Um diese hohen Impfquoten zu erzielen, ist eine verstärkte Aufklärung über soziale Medien nötig, aber auch die Schulen spielen eine zentrale Rolle. Laut einer qualitativen Studie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland können mit der Aufklärung zur HPV-Impfung an Schulen nicht nur die Mädchen und Jungen im empfohlenen Impfalter, sondern auch deren Eltern direkt erreicht werden. Maßnahmen, wie zum Beispiel die Einbindung der HPV-Impfaufklärung in den aktuellen Lehrplan, können auf die HPV-Impfung aufmerksam machen und bieten so das Potenzial, die HPV-Impfquoten zu stärken.[27] Entscheidend ist sicherlich auch, dass Ärztinnen und Ärzte sowie das medizinische Fachpersonal die HPV-Impfung empfehlen.[28]

PRAXIS-TIPP

Wichtige Fakten zur HPV-Impfung

Wer sollte wann und wie gegen HPV geimpft werden?

- Es sind derzeit zwei HPV-Impfstoffe in Deutschland verfügbar: ein bivalenter und ein nonavalenter Impfstoff.[1]
- Eine Immunisierung sollte möglichst vor einem ersten Sexualkontakt abgeschlossen sein, kann aber auch danach noch möglich sein.[1]
- Im Alter von 9–14 Jahren sind zwei Impfungen im Abstand von mindestens fünf Monaten notwendig. Wird die erste HPV-Impfung erst ab einem Alter von 15 Jahren verabreicht oder beträgt der Impfabstand zwischen 1. und 2. Impfung weniger als fünf Monate, sind insgesamt drei Impfungen nötig. Versäumte Impfungen sollten bis zum Alter von 17 Jahren nachgeholt werden.[29]
- Die AG Immundefizienz der STIKO empfiehlt die HPV-Impfung auch bei über 18-jährigen Risikopatienten mit Immundefizienz, HIV-Erkrankung oder bei MSM („men who have sex with men"), die STIKO-Empfehlung zur HPV-Standardimpfung berücksichtigt dies bisher nicht. Die Kostenübernahme muss allerdings mit der Krankenkasse geklärt werden.[8]

A&W-LITERATUR

1. RKI Ratgeber Humane Papillomviren. www.rki.de (letzter Abruf: September 2022)
2. Osmani V und Klug SJ. Bundesgesundheitsbl 2021 64:590-599
3. zur Hausen H. Curr TopMicrobiol Immunol 1977; 78:1-30
4. zur Hausen H et al. Biochim Biophys Acta 1996; 1288:F55-F78
5. Muñoz N et al. J Clin Virol 2000;19:1-5
6. Bosch FX et al. J Clin Pathol 2002;55:244-265
7. Koutski LA et al. N Engl J Med 2002;347:1645-1651
8. Wojcinski M. Gynäkologe 2021;54(11):801-809
9. Fachinformation GARDASIL®. Stand Sept. 2006
10. Fachinformation GARDASIL®. Stand Aug. 2010
11. Fachinformation Cervarix®. Stand Sept. 2007
12. Fachinformation Cervarix®. Stand Dez. 2013
13. Zylka-Menhorn V et al. Dtsch Arztebl 2008; 105:A-2133/B-1831/C-1787
14. Fachinformation GARDASIL®. Stand Juni 2014
15. Fachinformation Cervarix®. Stand Juli 2016
16. Fachinformation GARDASIL®9. Stand April 2022
17. RKI. Epid Bull 2007;12:97-106
18. RKI. Epid Bull 2014;35
19. RKI. Epid Bull 2018;35
20. Lynge E et al. Int J Cancer 2020;147:3446-3452
21. Lei J et al. N Engl J Med 2020;383:1340-1348
22. RKI. Epid Bull 2022;20
23. RKI. Epid Bull 2021;49:18
24. Wähner C et al. HPV vaccination uptake in boys after introduction of gender-neutral HPV vaccination in Germany including impact of COVID-19 pandemic – a retrospective database analysis. Präsentation, EUROGIN 2022, 10.-12. April
25. World Health Organization; https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative (letzter Abruf: September 2022)
26. Europäische Kommission; https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_702 (letzter Abruf: September 2022)
27. RKI. Epid Bull 2022;36
28. Attia AC et al. Ann Med 2018;50(3):209-225
29. RKI. Epid Bull 2022;4

Impressum für Sonderredaktion:
Verantwortlicher Redakteur (V.i.S.d.P.):
Dr. med. Ulrich Karbach -203
Anschrift: MedTriX GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Telefon: 08191 125-0.

Mit freundlicher Unterstützung von MSD

DE-GSL-01189

34 **ARZT & WIRTSCHAFT** Gynäkologie, November/Dezember 06/2022

ARZT & WIRTSCHAFT Gynäkologie, November/Dezember 06/2022 35

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.

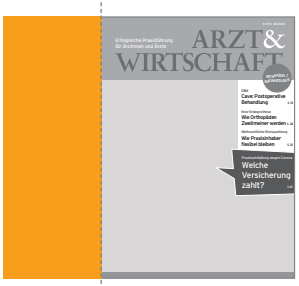
Gerne beraten wir Sie bzgl. anderer Sonderproduktionsformate – sprechen Sie uns an!

Sonderwerbeformen – die besonderen Anzeigenformate

Sonderwerbeformen sprengen den Rahmen klassischer Anzeigen. Die erhöhte Aufmerksamkeit, der individuelle Zusatznutzen, die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten und der außergewöhnliche Markenauftritt sprechen für die Wirkung von Sonderwerbeformen in Print.

Titelklappe

Titelklappe
Vorderseite



Titelklappe
Rückseite

Titelklappe Vorderseite	104	x	213	mm + 3 mm Beschnitt
Titelklappe Rückseite	104	x	280	mm + 3 mm Beschnitt

Wir benötigen zwei getrennte Druck-PDF-Dateien
(Vorder- und Rückseite).

Preise und weitere Möglichkeiten auf Anfrage.

Teaser im Post-it-Look

Seitenformat: 54 x 54 mm

Der Teaser im Post-it-Look wird auf einer linken Seite in der Rubrik „Aktuelles“ platziert.

Inselanzeige

Seitenformat: 56 x 100 mm

Die Inselanzeige wird auf einer rechten Seite in der Rubrik „Aktuelles“ platziert.

Preise auf Anfrage.

Pfeilanzeige

Anzeige links | Pfeilstanze Vorderseite | Pfeilstanze Rückseite

Seitenformat:	207 x 280 mm + 3 mm Beschnitt
Rand:	280 mm Höhe, Breite mind. 40 mm bis max. 80 mm
Pfeil:	Höhe mind. 60 mm bis max. 160 mm, Breite max. 190 mm

Die Pfeilanzeige wird als Mitteldurchhefter produziert. Papier: 170 g/qm, glänzend.
Das Angebot umfasst eine 1/1 Anzeige (links) und eine Pfeilstanzung (rechts).

Wir benötigen eine Druck-PDF-Datei für die Anzeige, sowie zwei getrennte Druck-PDF-Dateien für die Vorder- und Rückseite des Pfeils ohne Stanzkontur und darüber hinaus eine separate Druck-PDF-Datei der Stanzkontur.

Preise und weitere Möglichkeiten auf Anfrage.

Konturstanzung

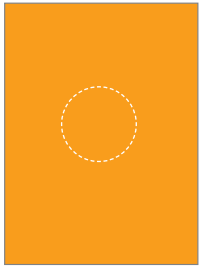
Seitenformat:	207 x 280 mm + 3 mm Beschnitt
Rand:	280 mm Höhe, Breite mind. 40 mm bis max. 80 mm
Motiv:	Höhe mind. 60 mm bis max. 160 mm, Breite max. 190 mm

Die Motivanzeige wird auf einem Durchhefter im Heft produziert.
Papier: 170 g/qm, glänzend.

Wir benötigen zwei getrennte Druck-PDF-Dateien für die Vorder- und Rückseite des Motivs und darüber hinaus eine separate Druck-PDF-Datei der Stanzkontur.

Stanzung

Stanze
Vorderseite, Rückseite



Anzeige
rechts

Seitenformat:	207 x 280 mm + 3 mm Beschnitt
Stanze:	Abstände der Stanzung zu den Papierrändern: mindestens 50 mm, maximale Größe der Stanzung 80 mm

Nicht zu „unruhige/zackige“ Form, sondern „mehr abgerundet“, damit es zu keinen Problemen bei der Weiterverarbeitung kommt (Knicke).

Das Angebot umfasst eine 1/1 Anzeige (rechts) und eine Stanzung auf der vorherigen Seite.

Die Verarbeitung erfolgt auf einem Durchhefter.

Preise und weitere Möglichkeiten auf Anfrage.

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

Heiko Fekete
Wirtschafts-Redaktion
T +49 8191 305 55-14
heiko.fekete@
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

Franziska Daschner
Redaktionsassistentin
T +49 8191 305 55-31
franziska.daschner@
medtrix.group

Dr. Bettina Brincker
Teamleitung
Corporate Publishing
T +49 8191 305 55-12
bettina.brincker@
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