



# 11. JAHRESTAGUNG

DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT  
FÜR GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN

**23. März 2018**

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN, WEIHBURGASSE 10-12, 1010 WIEN





# INHALT



<b>Grußworte .....</b>	<b>4</b>
<b>Programm .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstracts .....</b>	<b>8</b>
Sex and gender differences in Stroke. <i>Prof.<sup>in</sup> Mia von Euler, MD, PhD</i> .....	9
Innovative Methoden für die Integration von Genderaspekten in Versorgung und Lehre. <i>Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Oertelt-Prigione</i> ..	10
Big Data und Complexity Science: Chancen für die geschlechtsspezifische Medizin. <i>Assoc. Prof. Mag. Dr. Peter Klimek</i> .....	11
Zoomed in: Genderaspekte der PatientInnensicherheit. <i>Dr.<sup>in</sup> Maria Kletečka-Pulker</i> .....	12
Aktionsplan Frauengesundheit: Von der Vision zur Wirklichkeit?! <i>Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger</i> .....	13
„Ich bin was ich bin – Was bin ich aber“ Frage der Identität bei Transgender-Jugendlichen <i>Ass.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Völkl-Kernstock</i> .....	14
Intergeschlechtlichkeit <i>Dr. Stefan Riedl</i> .....	15
Geschmackswahrnehmung von Männer und Frauen - spielt das Geschlecht eine Rolle? <i>Dr.<sup>in</sup> Marlies Wallner</i> .....	16
<b>Poster-Abstracts</b>	<b>17</b>
Einfluss männlicher Leistungserwartungen an die Sexualität auf die sexuelle Funktionsfähigkeit. ....	18
Entorhinal cortex volume predicts sex differences in verbal and visual memory in Alzheimer’s disease. ....	19
Geschlechterunterschiede in der Prävalenz von Kopfschmerzsyndromen bei Jugendlichen. ....	20
Impact of cardiovascular disease on the risk for end-stage renal disease and death in diabetic women. ....	21
Pilotprojekt Mentoring: Welche Unterstützung brauchen muslimische Studierende an der MUI? .....	22
Was sagen männliche Medizinstudierende zu Diskriminierung im Medizinstudium? .....	23
Geschlechtsspezifische Aspekte der kardiovaskulären Gesundheit bei Tiroler Jugendlichen – EVA Studie. ....	24
Sex-specific transfusion thresholds after subarachnoid hemorrhage. ....	25
Sex determines prognostic information of brain oxygen tension monitoring in subarachnoid hemorrhage. ....	26
Wissen und Einstellungen der Österreicher*Innen zum Thema Gewalt und Missbrauch an Kindern. ....	27
Gender differences in magnetic resonance spectroscopy in preterm neonates: early metabolic composition of the brain. ....	28
Sorgen sich Ehefrauen zu sehr um ihre Partner? – Überprüfung eines Klischees. ....	29
TnT is more effective in the prediction of MACE in both men and women when compared to Tnl. ....	30
Impact of sex on perioperative and long-term outcome of patients following hepatic resection for primary and metastatic liver tumors – a single center experience .....	31
Is „safe and sound“ on the AGENDER? .....	33
Positive und negative Einflussfaktoren im Anamnesegespräch – Was meinen Männer, was meinen Frauen? .....	34
Die Einstellung von Studierenden zum geschlechtsspezifischen Umgang mit Leistungsdruck. ....	35
Gender Differences in Hypothermia-associated coagulopathy in alpine multiple trauma patients. ....	36

# GRUSSWORTE



## Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Gender Medicine, personalisierte Medizin, Präzisionsmedizin, PatientInnensicherheit, Qualitätsmedizin ...Begriffe, die in den Medien immer häufiger vorkommen. Was aber haben diese für uns zu bedeuten?

Gender Medicine ist eine Erweiterung der personalisierten Medizin, die Frauen und Männer geschlechtssensitiv unter Berücksichtigung sowohl Biologie-basierter als auch psychosozialer Voraussetzungen behandelt. Die Präzisionsmedizin ist Teil der Gender Medicine, die zugleich ganzheitlich Umweltfaktoren berücksichtigt und die soziale und kulturelle Dimension einbringt. Die Gender Medicine trägt auch zur Verbesserung der Lebensqualität und PatientInnensicherheit bei, da eine geschlechterbasierte Medizin Fehldiagnosen, falsche Dosierungen und Medikamentennebenwirkungen vermindern kann. Geschlechtssensitive Forschung führt zu nicht nur zu wichtigen neuen Erkenntnissen, sondern auch zu einer besseren Reproduzierbarkeit der Studienergebnisse und valideren Daten und dadurch letztlich zu einer höheren PatientInnensicherheit.

Da wir immer weniger Zeit im Gesundheitswesen für die Betreuung von immer mehr PatientInnen haben, ist Risikobewusstsein und ein gutes Qualitätsmanagement besonders wichtig. Ist doch unser gemeinsames Ziel, die Einbeziehung individueller Gegebenheiten in die Prävention, Diagnostik und Behandlung, um die Gesundheit einer jeden Person zu verbessern.

Aus diesem Grund widmet sich die heurige Jahrestagung besonders den Themen personalisierte Medizin und PatientInnensicherheit.

Besonders erfreulich ist es, dass seit Herbst 2017 zwei Vorstandsmitglieder unserer Gesellschaft nun auch im Board der International Gesellschaft für Gender Medicine (IGM) vertreten sind: Zum einen ich als Präsidentin der Internationalen Gesellschaft zum anderen Professorin Margarethe Hochleitner. Weitere Vertreterinnen der IGM und renommierte internationale Gendermedizinerinnen bereichern unser heuriges Programm. Alle unsere Mitglieder profitieren von dieser internationalen Vernetzung auch durch die automatische Mitgliedschaft bei der IGM.

Ich hoffe, Sie finden unser heuriges Programm, welches mit 7 DFP-Punkten approbiert ist, ebenso spannend wie ich und freue mich über Ihre Teilnahme bei dieser Jahrestagung!

Ihre Alexandra Kautzky-Willer

Obfrau der ÖGGSM



**PROGRAMM**

# **11. JAHRESTAGUNG**

**DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT  
FÜR GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN**

# 11. JAHRESTAGUNG

## DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN

**23. März 2018**

**ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN, WEIHBURGGASSE 10-12, 1010 WIEN**

### **„GENDER IM LICHT DER PERSONALISIERTEN MEDIZIN UND PATIENTINNENSICHERHEIT“**

- 09:00 BIS 09:30**    **ERÖFFNUNG**  
Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer, Präsidentin der ÖGGSM  
Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Hava Bugajer-Gleitman, Gründungsmitglied ÖGGSM, Präsidentin WIZO Österreich  
Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammer für Wien (angefragt)  
Sandra Frauenberger, Amtsführende Stadträtin für Soziales, Gesundheit und Frauen in Wien (angefragt)  
Bundesministerin Mag.<sup>a</sup> Beate Hartinger-Klein, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- 09:30 BIS 09:55**    **Sex and gender differences in stroke**  
Prof.<sup>in</sup> Mia von Euler, MD, PhD
- 09:55 BIS 10:20**    **Innovative Methoden für die Integration von Genderaspekten in Versorgung und Lehre**  
Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Oertelt-Prigione, MScPH
- 10:20 BIS 10:45**    **Big Data und Complexity Science: Chancen für die geschlechtsspezifische Medizin**  
Assoc. Prof. Mag. Dr. Peter Klimek
- 10:45 BIS 11:00**    **PAUSE**
- 11:00 BIS 11:25**    **Zoomed in: Genderaspekte der PatientInnensicherheit**  
Dr.<sup>in</sup> Maria Kletečka-Pulker
- 11:25 BIS 11:50**    **Aktionsplan Frauengesundheit: Von der Vision zur Wirklichkeit?!**  
Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger

# PROGRAMM



**11:50 BIS 12:30 DISKUSSIONSRUNDE „GENDER IM LICHT DER PERSONALISIERTEN MEDIZIN UND PATIENTINNENSICHERHEIT“**

Moderation: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer

DiskutantInnen: Prof.<sup>in</sup> Mia von Euler  
Prof.<sup>in</sup> Sabine Oertelt-Prigione, MScPH  
Assoc. Prof. Mag. Dr. Peter Klimek  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Maria Kletečka-Pulker  
Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger

**12:30 BIS 13:30 MITTAGSPAUSE**

**13:30 BIS 14:30 POSTERSESSION**

Vorsitz: Dr. Jürgen Harreiter, MSc  
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Harun Fajkovic

**14:30 BIS 15:15 KOMMUNIKATION UND PATIENTINNENSICHERHEIT – VERSTEHEN WIR SIE RICHTIG?**

Vorsitz: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Anita Holzinger, MPH  
Dr.<sup>in</sup> Andjela Bawert

**Das SimulationspatientInnen-Programm der MedUni Wien**

**15:15 BIS 15:30 PAUSE**

**15:30 BIS 16:30 GESCHLECHTERABHÄNGIGE WAHRNEHMUNG?**

Vorsitz: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer  
Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Margarethe Hochleitner

**„Ich bin was ich bin – Was bin ich aber“ Frage der Identität bei Transgender-Jugendlichen**  
Ass.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Völkl-Kernstock

**Intergeschlechtlichkeit**  
Dr. Stefan Riedl

**Geschmackswahrnehmung von Männer und Frauen - spielt das Geschlecht eine Rolle?**  
Dr.<sup>in</sup> Marlies Wallner

**16:30 BIS 16:45 SCHLUSSWORTE**

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer

**17:00 BIS 18:00 GENERALVERSAMMLUNG**



GENDER:UNIT

Medizinische Universität Graz

**ABSTRACTS**

# **11. JAHRESTAGUNG**

**DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT  
FÜR GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN**

# ABSTRACTS



## PROF.<sup>IN</sup> MIA VON EULER, MD, PHD

Associate professor of Neurology, Karolinska Institutet, Depts of Medicine, Solna and Clinical Science and Education, Södersjukhuset Stockholm, Sweden

### SEX AND GENDER DIFFERENCES IN STROKE

Every year 15 million persons suffer a stroke worldwide making stroke the third leading cause of death and the most common cause of functional impairment. Lately, the stroke incidence has declined in Western Europe, North America and Australia although there are indications that the risk is declining less in younger patients, particularly women. There are several sex and gender differences in stroke. Compared to men, women have stroke at an older age but as women have a longer life expectancy the life-time risk is slightly higher in women while the incidence is lower. The age gap makes comparison between the sexes complex. More women have a poor functional level and live in supported care at time of stroke. The overall hazard risk of case fatality of stroke has been estimated to be 1.13 for women compared with men.

The prevalence of several risk factors differs between men and women. Depression, migraine with aura, high age and psychosocial stress are more common in women while atrial fibrillation is more common in men. The risk of atrial fibrillation causing a stroke though is higher in women, as is the risk of diabetes mellitus. There are certain specific risks associated with child bearing and menopause in women. In contrast to acute myocardial infarction no major sex differences in stroke symptoms have been suggested although it has been reported that women have severe strokes and more often impaired level of consciousness. Also, non-traditional stroke symptoms such as impaired mental status and general weakness has been reported to be more common in women.

Prognosis after stroke has been shown to differ with a general poorer outcome in women than in men although it is debated how much of this difference is due to factors associated with the comparative older age and poorer health status at time of stroke in female stroke patients. The effect of the acute treatments of ischemic stroke, thrombolysis and thrombectomy, has been shown to be similar in men and women. Similarly, the effect of secondary prevention has been shown to be equally effective in men and women. However, compliance to secondary prevention after stroke has been shown to differ between men and women, particularly concerning anticoagulation in patients with embolic stroke due to atrial fibrillation and use of statins. Increasing the compliance to anticoagulant treatment in patients with stroke/TIA with atrial fibrillation have eliminated the gap between men and women in anticoagulant utilization in Sweden.

# ABSTRACTS



**PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> SABINE OERTELT-PRIGIONE, MScPH**

Strategic Chair of Gender in Primary and Transmural Care, Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

## **INNOVATIVE METHODEN FÜR DIE INTEGRATION VON GENDERASPEKTEN IN VERSORGUNG UND LEHRE**

Die Integration der Genderdimension in Versorgung und Lehre stellt eine Innovation gegenüber den üblichen Versorgungsstandards in der Medizin dar. Um die Einbindung dieses innovativen Ansatzes zu gewährleisten, sollten neben den traditionellen Inhalten ebenfalls die traditionellen Methoden der Versorgungsforschung und Lehrentwicklung neu gedacht werden.

Im Rahmen mehrerer Projekte und interdisziplinärer Kooperationen, haben wir begonnen immer mehr qualitative und vor allem Design-basierte Methoden für die Entwicklung von nutzerzentrierten geschlechtersensiblen Angeboten zu nutzen. Die Methoden zielen darauf ab, den Nutzer\_innen (Patient\_innen, Männer und Frauen in der Allgemeinbevölkerung, Studierenden) die Möglichkeit zu geben sich interaktiv mit Fragestellungen zu befassen, die sie als Zielgruppe ansprechen. Wir befassen uns mit Fragen wie: Wie würden gewaltbetroffene Frauen ihr Unterstützungsangebot selbst gestalten? Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben männliche und weibliche Geflüchtete? Wie würden Medizinstudierende Gendermedizin spannend lehren? Aber auch, wie könnte Arbeitskleidung für Pflegende aussehen, die technisch innovativ und ermächtigend für Männer und Frauen wirkt? Welchen technischen Schwierigkeiten begegnen wir wenn chirurgisches Instrumentarium am Standard von Männerhänden entwickelt wurde?

Im Vortrag werden einige der Beispiele näher erläutert und ihr Potential für die Gendermedizin näher beschrieben.

# ABSTRACTS



## **ASSOC. PROF. MAG. DR. PETER KLIMEK**

Institut für Wissenschaft Komplexer Systeme, CeMSIS, Medizinische Universität Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien, Österreich

Complexity Science Hub Vienna, Josefstädter Strasse 39, A-1080 Wien, Österreich

## **BIG DATA UND COMPLEXITY SCIENCE: CHANCEN FÜR DIE GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN**

Wir stehen am Beginn des wissenschaftlichen Big-Data-Zeitalters, in dem ständig wachsende computergestützte Ressourcen den Wissensgewinn aus enormen Datenmengen ermöglichen. Diese Transformation ist besonders sichtbar in den medizinischen Wissenschaften, die zunehmend datengetrieben werden. Die Erweiterung unseres Verständnisses von molekularen und zellulären Prozessen, sowie die Verfügbarkeit großer Sammlungen von phenotypischen Informationen, wie elektronischen Gesundheitsdaten, erlaubt es uns die Mechanismen der Entstehung von Krankheiten in jeder biologischen Größenordnung nachzuvollziehen und auf geschlechtsspezifische Unterschiede zu untersuchen. Die kombinierten Effekte von genetischen und umweltbedingten Störungen in jeder dieser Ebenen können zu komplexen systemischen Krankheiten führen. Die Herausforderung besteht im Finden aller relevanten Informationen in diesem Ozean von Daten und dem Übersetzen dieser Informationen in klinisch relevantes Wissen und in eine präventive und personalisierte Gesundheitsvorsorge. Diese Entwicklungen werden anhand aktueller Beispiele aus der Komplexitätsforschung aufgezeigt. So entwickeln wir personalisierte Modelle um den zukünftigen Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung vorherzusagen und können geschlechtsspezifische Risikofaktoren für chronische Krankheiten automatisch identifizieren. Die Komplexitätsforschung erlaubt auch ein systemisches Verständnis des Gesundheitssystems an sich, und inwiefern Männer und Frauen bestimmte Dienstleistungen unterschiedlich in Anspruch nehmen.

## **DR.<sup>IN</sup> MARIA KLETEČKA-PULKER**

Studium der Rechtswissenschaften, Stv. Leiterin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Forschungsplattform der Universität Wien in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien), seit 2008 Geschäftsführerin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit (ANetPAS),

2008 bis 2013 wissenschaftliche Leiterin des Universitätslehrgangs "Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem"; seit 2009 Mitglied der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt; Lektorin an der Universität Wien, an der Medizinischen Universität Wien (Humanmedizin, Zahnmedizin, Postgraduale Lehrgänge) etc; Herausgeberin des Handbuchs Medizinrecht für die Praxis (Verlag Manz) sowie Autorin zahlreicher medizinrechtlicher Beiträge

## **ZOOMED IN: GENDERASPEKTE DER PATIENTINNENSICHERHEIT**

PatientInnensicherheit hat in den letzten Jahren zunehmend mehr Beachtung von Trägern von Gesundheitseinrichtungen und der Politik gefunden. Allerdings hat sich die Forschung in diesem Bereich bislang noch kaum mit dem speziellen Aspekt der Sicherheit von PatientInnen und MitarbeiterInnen beschäftigt. Dabei ist gerade ein gender-sensibler Blick wichtig und dringend notwendig um geschlechtsspezifische Risiken erkennen zu können.

Erste Studien zeigen, dass ein höheres weibliches Risiko besteht von Behandlungsfehlern betroffen zu sein. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat sich im Zuge einer systematischen Literaturanalyse auch in Frage kommende Studien im Hinblick auf das Geschlecht als Einflussfaktor auf die Häufigkeit von (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen angeschaut. Es zeigte sich hierbei, dass für Patientinnen das Risiko, von einem (vermeidbaren) unerwünschten Ereignis betroffen zu sein, höher ist als für männliche Patienten (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2007). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt man, wenn man sich beispielsweise die Beschwerdefälle in Wien anschaut, welche im Jahr 2016 bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingegangen sind. Auch hier zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied: 59% MelderInnen waren weiblich und 38% männlich (Wiener Pflege Patientinnen und Patienten-anwaltschaft, 2016). Dies kann freilich verschiedene Ursachen haben und bedarf jedenfalls noch einer genauen Analyse der Gründe.

Die Sicherheit von PatientInnen wird freilich auch durch einen möglichen ungleichen Zugang im Gesundheitssystem beeinflusst, wobei Gender als Einflusskategorie jedoch nicht nur einzeln, sondern auch intersektional mit anderen Benachteiligungen und Diskriminierungen betrachtet werden muss. So können etwa ein Fehlen von Dolmetsch, Vorurteile von Seiten der Ärzteschaft und Pflege, finanzielle Barrieren etc. zu einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und zu einer weniger adäquaten Behandlung führen. Auch der Umstand, dass Frauen in klinischen Studien immer noch unterrepräsentiert sind, führt freilich dazu, dass aufgrund der mangelnden bzw. geringeren Datenlage der Zugang zu sicheren und passenden Medikamenten für Frauen erschwert wird (World Health Organization, 2016).

**AO. UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> BEATE WIMMER-PUCHINGER**

Scheidlstraße 41, 1180 Wien, Österreich

## **AKTIONSPLAN FRAUENGESUNDHEIT: VON DER VISION ZUR WIRKLICHKEIT?!**

Der Aktionsplan Frauengesundheit stellt einen wichtigen Schritt zur Förderung der Gesundheit von Frauen in Österreich dar. Die 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen wurden in drei multidisziplinären und intersektoralen ExpertInnenarbeitsgruppen entwickelt und orientieren sich an den Lebensphasen von Frauen:

- /// Mädchen & junge Frauen
- /// Frauen im Erwerbsalter
- /// Ältere Frauen

Zusätzlich wurde ein weiteres Kapitel, altersübergreifenden Aspekten im Frauenleben gewidmet. Die Erarbeitung der Ziele und Maßnahmen erfolgte in einem professionell moderierten Prozess. Der fertige Aktionsplan wurde im Mai 2017 von Bundesministerin Pamela Rendi-Wagner beim ersten FrauenGesundheitsDialog präsentiert.

Um den Umsetzungsprozess strukturiert zu starten, wurden in einem ersten Schritt drei Wirkungsziele als Fokus der nächsten 2 Jahre gewählt:

- /// Wirkungsziel 5: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund
- /// Wirkungsziel 7: Bei Mädchen und Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben zu fördern
- /// Wirkungsziel 11: Die psychische Gesundheit von Frauen stärken

Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit relevanten Stakeholdern des Gesundheitswesens, der Frauenpolitik und anderen Politikbereichen sowie mit den Interessensvertretungen.

Um die unterschiedlichen strukturellen Bedingungen in den Bundesländern zu berücksichtigen, wurde der Aktionsplan für Frauengesundheit regionalisiert.

Hierzu wurde von jedem Bundesland ein Focal Point als Bindeglied zum Aktionsplan sowie als Koordinations- und Umsetzungsstelle für die Wirkungsziele bzw. Maßnahmen, ernannt. Voraussetzung für Focal Points ist eine langjährige Auseinandersetzung mit dem Thema Frauengesundheit und eine gute Vernetzung im Land. Focal Points können auch in Form Kooperationen von mehreren Organisationen, wie etwa Frauenbüros und Frauengesundheitszentren, umgesetzt werden.

Um einen den Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zu fördern finden regelmäßig Vernetzungstreffen aller Focal Points Österreichs statt. Das erste dieser Treffen fand am 27. November 2017 statt. Alle Bundesländer entsandten Vertreterin, welche eine Standortbestimmung zu den aktuellen Tätigkeiten in den Bundesländern präsentierten.

Es zeigte sich, dass alle Länder bereits zahlreiche Maßnahmen und Initiativen, die dem Aktionsplan für Frauengesundheit entsprechen, umsetzten.

Frauengesundheit ist als Thema in Österreich angekommen, jedoch mangelte es bisher an der Sichtbarkeit aller Bemühungen. Eine wichtige Aufgabe des Aktionsplans Frauengesundheit ist deswegen neben einer Strukturierung und Koordinierung von Maßnahmen, auch einen Scheinwerfer auf die vielen bestehenden Aktivitäten zu richten.

**ASS.-PROF.<sup>IN</sup> MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> SABINE VÖLKL-KERNSTOCK**

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich

## **„ICH BIN WAS ICH BIN – WAS BIN ICH ABER“ FRAGE DER IDENTITÄT BEI TRANSGENDER-JUGENDLICHEN**

Nicht alle Kinder und Jugendlichen entwickeln eine Geschlechtsidentität, welche mit ihrem zugewiesenen Geburtsgeschlecht übereinstimmt. In solchen Fällen weicht das Identitätserleben von den körperlichen Geschlechtsmerkmalen ab, wodurch eine Geschlechtsinkongruenz entsteht. Wird die erlebte Inkongruenz mit Leidensdruck verbunden, spricht man über eine Geschlechtsdysphorie (Nieder, Briken, & Richter-Appelt, 2014).

Auch in der fünften Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (DSM 5) wurde durch die neue Bezeichnung „Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen“ (302.85) der alte Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ abgelöst, wodurch dieses Thema wieder mehr in den Fokus der Öffentlichkeit rückte. Dieser neue Begriff bietet den Vorteil das oftmals sehr leidvoll erlebte Misempfinden durch die Diskrepanz der subjektiv empfundenen Gender-Identität und dem zugewiesenen Geburtsgeschlecht weniger zu pathologisieren (Falkai & Wittchen, 2015). Die Denkweise hat sich in dem Sinn geändert, dass nun nicht mehr die Transidentität als Teil der Identität angesprochen wird, sondern die Symptomatik der Geschlechtsdysphorie im Vordergrund steht (Richter-Appelt & Nieder, 2014). Damit wird vor allem die individuelle psychische und soziale Lebensqualität als Leitziel hervorgehoben (Wahala, 2016).

Aufgrund der wachsenden Wahrnehmung und Bewusstwerdung hinsichtlich dieser unterschiedlichen Geschlechtsidentitäten werden auch immer mehr Kinder und Jugendliche aufgrund ihres nicht geschlechtskonformen Verhaltens vorstellig. Beispielsweise kann dies in klaren Aussagen über das Stecken im falschen Körper bzw. durch Ablehnen der eigenen Geschlechtsorgane, Bevorzugung von gegengeschlechtlichen Spielkameraden, Kleidung etc. deutlich werden (Coleman et al., 2012).

Inzidenzzahlen hinsichtlich Geschlechtsdysphorie sind nur sehr vage möglich. Grund dafür ist, dass längst nicht alle Personen mit der Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören, fachlichen Rat oder gar eine hormonelle und chirurgische Behandlung aufsuchen (Rauchfleisch, 2016, S. 16). Nachdem in den Niederlanden ein relativ offener Zugang zu dem Thema Transidentität herrscht und auch viel in diesem Bereich geforscht wird, belegen Olyslager und Conway (2008) aus der Amsterdamer Gender-Klinik sogar Werte von 1 : 1.000 (bei Trans\*frauen) und 1 : 2.000 (bei Trans\*männern).

Aus der Perspektive der Kinder ist es zusätzlich so, dass nur bei einer geringen Anzahl, nämlich 20%, welche eine diagnostisch positive Einschätzung zur Geschlechtsdysphorie erhalten, diese bis ins Erwachsenenalter weiter bestehen bleibt (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Selbst die Verhältnisse zwischen Mädchen und Jungen adaptieren sich im Verlauf noch. So verändern sich die Zahlen 6:1 gegenüber 3:1 in der Mehrheit der männlichen Kinder nach der Pubertät in eine gleiche Relation (Zucker, 2004).

Aufgrund der Besonderheiten von Transidentität und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter und den speziellen Bedürfnissen dieser Zielgruppe sind detaillierte fachkundige Empfehlungen durch ein multidisziplinäres Team erforderlich, auch hinsichtlich zur Vermeidung irreversibler Fehleinschätzungen.

# ABSTRACTS



## **DR. STEFAN RIEDL**

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde; Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich

St. Anna Kinderspital, Kinderspitalgasse 6, 1090 Wien, Österreich

## **INTERGESCHLECHTLICHKEIT**

Von Intergeschlechtlichkeit spricht man, wenn das chromosomale/genetische, gonadale, hormonelle und/oder anatomische Geschlecht nicht typisch männlich oder weiblich ausgeprägt ist. Demzufolge wird geschlechterabhängige Wahrnehmung, die im Kontext von der zweigeschlechtlichen Prägung unserer Gesellschaft ausgeht, beim Phänomen Intergeschlechtlichkeit, das ein Kontinuum des individuellen Geschlechterlebens nahelegt, in Frage gestellt bzw. stellt sich in einem anderen Licht dar. Medizinische Grundlagen von Intergeschlechtlichkeit sollen diskutiert werden.

**DR.<sup>IN</sup> MARLIES WALLNER**

FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Eggenberger Allee 11, 8020 Graz

## **GESCHMACKSWAHRNEHMUNG VON MÄNNERN UND FRAUEN - SPIELT DAS GESCHLECHT EINE ROLLE?**

Die Wahrnehmung eines Lebensmittels wird durch alle vorhandenen Sinne mitbestimmt. Welche Reaktionen ein Reiz aus der Umwelt auslösen kann, hängt von vielen Einflussfaktoren ab. Einer dieser Einflussfaktoren ist das Geschlecht. Männer und Frauen nehmen tatsächlich unterschiedlich wahr bzw. legen verschiedene Verhaltensmuster an den Tag. So empfinden Frauen Gerüche intensiver und können diese deskriptiv besser festhalten, Männer jedoch reagieren affektiver in der Geruchsbeschreibung. Für beide Geschlechter gilt, wird ein Geruch als ekelerregend eingestuft, kann dieser besser identifiziert werden. Gleichzeitig haben Frauen im Durchschnitt ein besseres Geruchsempfinden und eine niedrigere Ekelschwelle als Männer. Ob ein Geruch für jemanden ekelerregend ist, hängt weiter von der Art des Geruchs ab, so empfinden Männer und Frauen unterschiedliche Gerüche als ekelerregend. Ebenso wie der Geruch ist der Geschmack durch das Geschlecht beeinflusst. Genetisch bedingt ist die Wahrnehmung mancher Bittersubstanzen bei manchen Menschen eingeschränkt, hier sind Frauen weniger oft betroffen als Männer. Innerhalb der Männer, die diese Bittersubstanzen nicht schmecken können, wurde ein Saft mit bitteren Substanzen weniger intensiv wahrgenommen (niedrigere Bitterwahrnehmung und Adstringenz) und damit eine höhere Beliebtheit erzielt.

Durch eine höhere Anzahl an Geschmackspapillen (v.a. Papillae fungiformes) bei Frauen im Vergleich zu Männern wird vermutet, dass diese Geschmacksstimuli (zB sauer, bitter) intensiver empfinden und Männer gefährdeter sind als Frauen eine Verschlechterung des Geschmacksempfinden zu erleiden (mit Ausnahme süß). Bei Frauen, in der Schwangerschaft können sich die Geschmackswahrnehmungen verändern und so zu den oft beschriebenen „Gelüsten“ führen. Beschrieben wird eine erhöhte bitter bzw. erniedrigte süß Wahrnehmung. Die Gründe dafür sind noch nicht ganz geklärt, jedoch scheinen neben dem endokrinen System auch die physiologische Veränderungen von Speichelfluss, Gewichts- und Immunveränderungen eine Rolle zu spielen. Die Sensorik als Ansatzpunkt in der Genderforschung zeigt eine hohe Relevanz für Untersuchungen der Wahrnehmung auf.

**POSTER-ABSTRACTS**

# **11. JAHRESTAGUNG**

**DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT  
FÜR GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN**

**MAG. NIKOLA KOMLENAC; MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> HEIDI SILLER; AO. UNIV.-PROF. DR. HARALD R. BLIEM;  
UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> MARGARETHE HOCHLEITNER**

Medizinische Universität Innsbruck, Einrichtung für Gendermedizin  
Innrain 36/7, 6020 Innsbruck, Österreich

## **EINFLUSS MÄNNLICHER LEISTUNGSERWARTUNGEN AN DIE SEXUALITÄT AUF DIE SEXUELLE FUNKTIONSFÄHIGKEIT**

Viele Männer versuchen traditionellen männlichen Normen während sexueller Aktivität gerecht zu werden. Solche Erwartungshaltungen können bei den entsprechenden Männern einen Leistungsdruck verursachen, welcher wiederum die sexuelle Funktionsfähigkeit negativ beeinflussen könnte. In der aktuellen Studie wurde untersucht, ob Männer, die den Geschlechtsverkehr als Leistungssituation ansahen, häufiger sexuelle Funktionsstörungen berichteten als Männer, die diese Ansicht nicht teilten. An der Universitätsklinik Innsbruck wurden bei 127 Patienten (mittleres Alter  $M = 58.9$ ,  $SD = 14.5$ ) mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens sexuelle Funktionsstörungen erhoben. Gefragt wurde nach Erektionsstörungen, vorzeitiger Ejakulation, Störungen mit verminderter sexueller Appetenz und Ejakulation ohne Lust- und Orgasmusgefühl. Die Einstellungsskala zur sexuellen Leistung erhob, ob Männer partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr als eine Situation wahrnahmen, in der Leistung erbracht werden muss. In logistischen Regressionsanalysen in denen nach Alter, Nationalität und Bildung kontrolliert wurde, wurden Zusammenhänge zwischen der Einstellungsskala zur sexuellen Leistung und der jeweiligen sexuellen Funktionsstörung untersucht. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen der Einstellungsskala zur sexuellen Leistung und der Häufigkeit von Erektionsstörungen gefunden ( $\chi^2(4) = 9.8$ ,  $p = .045$ ). Männer, die den Gleichnissen zustimmten, „Geschlechtsverkehr = Leistung“ oder „Erektion = Männlichkeit“, berichteten wahrscheinlicher über Erektionsstörungen als Männer, die eine solche Ansicht der Sexualität ablehnten ( $OR = 2.0$ ,  $CI = 1.1 - 3.6$ ). Die anderen abgefragten sexuellen Funktionsstörungen standen in keinem Zusammenhang mit der Einstellungsskala zur sexuellen Leistung. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass traditionelle männliche Leistungserwartungen an die Sexualität die sexuelle Funktionsfähigkeit negativ beeinflussen könnten. Andererseits könnten vor allem Männer, die männlichen Normen entsprechen möchten, durch verminderte Erektionsfähigkeit Belastung empfinden und dadurch häufiger über Erektionsstörungen berichten als Männer, für die solche Normen nicht relevant sind. Aufgrund des Einflusses männlicher Normen auf die Sexualität und die sexuelle Funktionsfähigkeit kann es bei ärztlichen Gesprächen über die Sexualität hilfreich sein, diese explizit anzusprechen und mit dem Patienten kritisch zu reflektieren.

**DR. LUKAS LENHART**

Medizinische Universität Innsbruck, Neurologie, Radiologie  
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## ENTORHINAL CORTEX VOLUME PREDICTS SEX DIFFERENCES IN VERBAL AND VISUAL MEMORY IN ALZHEIMER'S DISEASE

**Background:** Decline of cognitive functions and cortical gray matter atrophy are hallmarks of Alzheimer's disease (AD). Recently, female gender was associated with better associative memory function and higher percentage of gray matter volume in normal aging. Given that the entorhinal cortex (EC) is thought to be the first brain region that shrinks in AD, we hypothesized that sex specific differences in cognitive memory performance are related to mesiotemporal brain morphology.

**Methods:** The study cohort consisted of 108 non-institutionalized AD patients (67 females) aged from 60 to 82.5 years (mean:  $72.5 \pm 5.1$  years) of the ongoing Prospective Registry on Dementia (PRODEM) in Austria. All patients completed a baseline MRI scan obtained according to standardized protocols (mean disease duration:  $2.5 \pm 2.2$  years) as well as the CERAD plus neuropsychological test battery including verbal and visual memory performance. The profile of cognitive impairment was based on demographically (age, education, gender) adjusted z-scores. T1-weighted volumetric MRI analysis was conducted using automated software tools to compartmentalize the brain into multiple anatomic regions and to quantify cortical volumes on an individual case basis.

**Results:** Compared to healthy individuals, women with AD showed significant worse neuropsychological test scores in verbal and visual memory ( $P = 0.001$ ) and word list intrusions ( $P = 0.004$ ) than men. Verbal and visual memory performance was positively associated with the gray matter volume of the left EC ( $r = 0.502$ ,  $P < 0.001$ ) and the left parahippocampal gyrus ( $r = 0.316$ ,  $P = 0.01$ ), as well as the right EC ( $r = 0.395$ ,  $P = 0.001$ ) and the right parahippocampal gyrus ( $r = 0.354$ ,  $P = 0.004$ ) in older women with AD. No significant correlations were found in men.

**Conclusions:** When considering men and women separately, the association between EC volume and verbal and visual memory performance reached significance only in women. Since gray matter volume is known to shrink long before the occurrence of cognitive impairment, regional changes in the left EC volume may be a potential biomarker for the early detection of the deterioration of verbal and visual memory in older women.

**DR. BENOÎT BERNAR; DR.<sup>IN</sup> NINA GANDE; DR.<sup>IN</sup> KATHI STOCK; DR.<sup>IN</sup> ANNA SCHMID; SOPHIA KIECHL; BERNHARD WINDER; MAXIMILIAN PIRCHER; MARTINA KOTHMAYER; MAXIMILIAN BOHL; CHRISTOPH HOCHMAYR; JULIA MARXER; DR.<sup>IN</sup> JULIA KLINGENSCHMID; UNIV. PROF. DR. RALF GEIGER; ASSOZ. PROF. PRIV. DOZ. DR. GREGOR BRÖSSNER; UNIV. PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> URSULA KIECHL-KOHLENDORFER; ASSOZ. PROF. PRIV. DOZ. DR. MICHAEL KNOFLACH**

Medizinische Universität Innsbruck, Department Neurologie und Neurochirurgie ; Universitätsklinik für Neurologie

Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## **GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE IN DER PRÄVALENZ VON KOPFSCHMERZSYNDROMEN BEI JUGENDLICHEN**

**Hintergrund:** Nahezu jeder Mensch leidet mindestens einmal im Leben unter Kopfschmerzen, die Lebenszeitprävalenz wird mit bis zu 90 % bei Männern und 99 % bei Frauen angegeben (1). Trotz der Häufigkeit dieser Erkrankung im Erwachsenenalter, gibt es bei Jugendlichen nur wenige große Studien. Bisher zeigte sich dennoch, dass Kopfschmerzen durchaus auch eine häufige Erkrankung im Kindesalter sind. Bei einer Norwegische-Studie (2) gaben, von 5847 befragten 12-19 Jährigen, 76,8 % (♀ 84,2 %; ♂ 69,4 %) Kopfschmerzen innerhalb der vergangenen 12 Monate an. In Deutschland konnte der KiGGS (3) (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) zeigen, dass die Kopfschmerzprävalenz mit dem Alter je nach Geschlecht unterschiedlich stark zunimmt und dass 78 % der 11-17 Jährigen Kopfschmerzen innerhalb der letzten 3 Monate hatten, von diesen gaben 34 % die Kopfschmerzen als Hauptschmerz an. Die bisher im Rahmen der Tiroler EVA-Studie bei Jugendlichen erhobenen Kopfschmerzdaten sollen im Folgenden bezüglich ihrer Geschlechterunterschiede präsentiert werden.

**Methoden:** Die Early Vascular Ageing (EVA) Studie ist eine Kohorten-Studie in die SchülerInnen und Lehrlinge im Alter von 14-19 Jahren aus 45 Schulen/Betrieben aus Nord-, Ost- und Südtirol eingeschlossen wurden. Die Kopfschmerzen wurden, nach geltender Klassifikation der International Headache Society in Migräne mit bzw. ohne Aura, Spannungskopfschmerzen und „Andere“ klassifiziert. Zusätzlich wurde die Häufigkeit der Kopfschmerztage, Medikamentengebrauch und ein evtl. Menstruations-Zusammenhang erhoben.

**Ergebnisse:** Zwischen Mai 2015 und August 2017 wurden 2088 Jugendliche eingeschlossen, 1176 (56,3 %) davon Frauen. 717 (34,3 %) ProbandInnen gaben Kopfschmerzen an, davon 493 (68,8%) Frauen. Die Kopfschmerzprävalenz steigt vom 14. bis zum 19. Lj. von 34 % auf 52,6 % bei Frauen und von 21,4 % auf 36,4 % bei Männern ; bei durchschnittlich 6,7 Kopfschmerztagen pro Monat (♀ = 7,9 und ♂ = 4,2). 2,6 % (29/1127) Frauen und 2,2 % (20/898) Männer litten an Migräne mit Aura. Die Prävalenz von Migräne mit Aura nimmt bei Frauen mit zunehmendem Alter zu, bei Männern ab.

**Schlussfolgerungen:** Die erhobenen 2088 ProbandInnen erlauben erstmals die Art und Prävalenz von Kopfschmerzen bei den Tiroler Jugendlichen zuverlässig zu erheben. Die allgemeine Kopfschmerz-Prävalenz und Frequenz zeigen deutliche Geschlechtsunterschiede.

(1)R Evans, N Mathew: Handbook of Headache

(2)J-A Zwart et Al.: DOI 10.1111/j.1468-2982.2004.00680.x

(3)U Ellert et Al.: DOI 10.1007/s00103-007-0232-8

DR.<sup>IN</sup> JULIA KERSCHBAUM, MSc MPH; DR. JONATHAN BOYER; PROF. DR. GERT MAYER; PD DR. MICHAEL RUDNICKI

Medizinische Universität Innsbruck, Innere Medizin IV - Nephrologie und Hypertensiologie  
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## IMPACT OF CARDIOVASCULAR DISEASE ON THE RISK FOR END-STAGE RENAL DISEASE AND DEATH IN DIABETIC WOMEN

**Background:** Previous studies showed a considerably higher diabetes-related relative risk for a major coronary heart disease event in women than in men with type 2 diabetes. In our study we aimed to identify gender differences in the impact of risk factors for the need of renal replacement therapy (ESRD or kidney transplantation) and death in patients with diabetic nephropathy.

**Methods:** Patients were recruited from our Nephrology outpatient department after informed written consent between 2009 and 2013. Data on baseline parameters, follow-up data and information on endpoints were collected retrospectively. In total, 476 patients with chronic kidney disease stage 3-5 were recruited. For the purpose of this study, only data on patients with diabetic nephropathy (n=109) was used. Statistical analysis included the Mann-Whitney U-test, the chi square test and Fisher's exact test, where appropriate. Cox regression analysis was used to identify risk factors for time-dependent endpoints, which were defined as renal replacement therapy (RRT, i.e. end-stage renal disease requiring dialysis or kidney transplantation) or death.

**Results:** Baseline parameters differed significantly between female and male patients in terms of calcium, phosphate, hemoglobin and eGFR values showing a trend to more severe stages of chronic kidney disease. Multivariate analysis, adjusted for gender, identified cardiovascular disease (HR 3.39, 95 % CI 1.66-6.91), urinary albumin to creatinine-ratio (uACR, per g/g, HR 1.18, 1.08-1.28) and baseline eGFR (per ml/min/1.73m<sup>2</sup>, HR 0.94, 0.91-0.97) as significant predictors for the combined endpoint of renal replacement therapy and death.

When analysis was restricted to males and females separately, only uACR (per g/g, HR 1.53, 95 % CI 1.11-2.10) and baseline eGFR (per ml/min/1.73m<sup>2</sup>, HR 0.92, 95 % CI 0.88-0.96) were significant predictors of RRT and death in male patients, whereas in female patients, cardiovascular disease was the most important risk factor for the combined endpoint (HR 4.54, 95 % CI 1.31-15.71).

**Conclusions:** In this study we could show that gender differences exist in the importance of risk factors for the need of renal replacement therapy and death, especially preexistent cardiovascular disease has a significantly higher impact on outcome in females than in males with diabetic nephropathy. Identification of gender-specific importance of risk factors will hopefully guide gender-sensitive research in the future.

# POSTER-ABSTRACTS



**GLORIA TAUBER, MA; MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> HEIDI SILLER; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> MARGARETHE HOCHLEITNER**  
Medizinische Universität Innsbruck, Gender Medicine Unit  
Innrain 66, 6020 Innsbruck, Österreich

## **PILOTPROJEKT MENTORING: WELCHE UNTERSTÜTZUNG BRAUCHEN MUSLIMISCHE STUDIERENDE AN DER MUI?**

**Hintergrund:** Mentoring-Programme sind ein Instrument zur gezielten Nachwuchsförderung und Karriereentwicklung an Hochschulen. Ziel eines Mentoring-Programmes ist, durch die Berücksichtigung von Gender- und Diversity-Aspekten mehr Chancengleichheit auf dem Karriereweg im Hochschulkontext zu erwirken. Ein intensiver Austausch zwischen Studierenden und Lehrenden, die Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung von Studierenden und die Möglichkeit von Feedback hinsichtlich Lehr- und Lernsituation soll durch die Implementierung eines Mentoring-Programmes gegeben sein.

**Methode:** Mittels Gruppendiskussionen werden die Probleme und Wünsche von muslimischen Studierenden an der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) diskutiert, um anschließend ein hilfreiches Mentoring-Programm entwickeln zu können. Bevor die Diskussionsgruppen beginnen, füllten die TeilnehmerInnen einen Fragebogen zu den negativen, positiven und gewünschten Unterstützungsmaßnahmen aus.

**Ergebnisse:** Derzeit nehmen 50 muslimische Studierende (22 weibliche; 28 männliche) an dem Pilotprojekt teil. Unfaire Benotung, kein wertschätzender Umgang und Beleidigungen wurden von 22 Studierenden als die häufigste Ursache von negativer Unterstützung genannt. Hingegen berichten 21 TeilnehmerInnen, keine Erfahrung mit negativer Unterstützung gemacht zu haben. Die größte positive Unterstützung erhalten die Studierenden von Familie und sozialem Umfeld, weniger häufig wird von positiver Unterstützung durch ProfessorInnen und ÄrztInnen berichtet. Hauptsächlich wünschen sich die TeilnehmerInnen mehr Zusammenhalt und weniger Konkurrenzkampf unter den Studierenden selbst und mehr Unterstützung von den ProfessorInnen und ÄrztInnen, vor allem ihre weitere Karriere betreffend. 10% der TeilnehmerInnen wünschen sich einen Gebetsraum, um ihre Religion ausüben zu können. Einige der Studierenden haben keine Verbesserungsvorschläge bzw. Wünsche.

**Schlussfolgerungen:** In einem weiteren Schritt sind Gruppendiskussionen geplant, um noch spezifischer herauszufinden, welche Wünsche die muslimischen Studierenden haben, um ihre Karriere zu fördern. Die Medizinische Universität Wien betreibt seit dem Studienjahr 2009/2010 und die Medizinische Universität Graz seit dem Studienjahr 2014/2015 unterschiedliche Mentoring-Programme und durch eine erste Befragung mittels eines Fragebogens wurde ersichtlich, dass auch für Studierende der Medizinischen Universität Innsbruck ein Mentoring-Programm wünschenswert wäre.

# POSTER-ABSTRACTS



**DR.<sup>IN</sup> HEIDI SILLER; DR. MANUEL SARCLETTI; DR. MARIUS SCHÄFER; GLORIA TAUBER, MA; UNIV.-  
PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> MARGARETHE HOCHLEITNER**

Medizinische Universität Innsbruck, Gemeinsame Einrichtung für Gender Medizin  
Innrain 66, 6020 Innsbruck, Österreich

## **WAS SAGEN MÄNNLICHE MEDIZINSTUDIERENDE ZU DISKRIMINIERUNG IM MEDIZINSTUDIUM?**

Diskriminierung und negative Behandlung im Medizinstudium ist ein international weit beachtetes Problem. Interventionen haben bislang nur wenig Effekt gezeigt und das Ausmaß der negativen Behandlung hat sich dadurch kaum verringert.

In der vorliegenden Studie wurden männliche Medizinstudierende zu ihren Erfahrungen und Wahrnehmung von Diskriminierung und negativer Behandlung im Medizinstudium befragt. Männliche Studierende wurden gewählt, da die Medizin immer noch als System beschrieben wird, das vorwiegend „männliche“ Strukturen aufweist. Daher war von Interesse wie Medizinstudenten Diskriminierung und negative Behandlung wahrnehmen und beschreiben.

Medizinstudenten (n=14; 23-28 Jahre) wurden in Fokusgruppen zu Diskriminierung und negativer Behandlung im Medizinstudium befragt. Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse. Geringe Wertschätzung, Machtdemonstration, Einfluss von strikten Hierarchien, Ausnutzen von Studierenden wurden angesprochen. Studenten sahen wenige Möglichkeiten dagegen vorzugehen wegen zB mangelnder Information über Anlaufstellen, Abwägen der Risiken für spätere Arbeitstätigkeit, Zweifel an Veränderungsmöglichkeiten. Gleichzeitig wird Studierenden Hierarchien zwischen Disziplinen, Sexismus und Rassismus vermittelt, ebenso wie Akzeptanz von negativer Behandlung als Teil der Medizin-Kultur. Diskriminierung und negative Behandlung wird auch von männlichen Studierenden wahrgenommen und betrifft auch männliche Studierende. In weitere Folge sollen nun weitere Studien einerseits mit Frauen durchgeführt werden, andererseits noch weiter erhoben werden, inwieweit diese negative Behandlung auch einen Leidensdruck bei Studierenden erzeugt und ob Unterstützungsmaßnahmen (zB Training zur Handhabbarkeit negativer Situationen) dafür gewünscht werden.

**DR.<sup>IN</sup> NINA GANDE; DR.<sup>IN</sup> ANNA SCHMID; DR.<sup>IN</sup> KATHARINA STOCK; DR. BENOÎT BERNAR; DR.<sup>IN</sup> JULIA KLINGENSCHMID; MAXIMILIAN BOHL; CHRISTOPH HOCHMAYR; JULIA MARXER; SOPHIA KIECHL; MAXIMILIAN PIRCHER; MARTINA KOTHMAYR; BERNHARD WINDER; UNIV. PROF. DR. RALF GEIGER; ASSOZ. PROF. PRIV. DOZ. DR. MICHAEL KNOFLACH; UNIV. PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> URSULA KIECHL-KOHLENDORFER**

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Pädiatrie II  
Santifallerstraße 4/39, 6020 Innsbruck, Österreich

## **GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE DER KARDIOVASKULÄREN GESUNDHEIT BEI TIROLER JUGENDLICHEN – EVA STUDIE**

**Hintergrund:** Kardiovaskuläre Erkrankungen stellen weltweit die häufigste Todesursache dar. Die American Heart Association (AHA) veröffentlichte 2010 ein neues Konstrukt idealer kardiovaskulärer Gesundheit bestehend aus 4 Gesundheitsverhaltensweisen (Rauchen, Body Mass Index (BMI), Körperliche Aktivität und Ernährung) sowie 3 Risikofaktoren (Cholesterin, Blutdruck, Nüchternblutglukose). Studien konnten zeigen, dass eine höhere Anzahl idealer Gesundheitsdeterminanten im Jugendalter mit einem besseren kardiovaskulären Outcome assoziiert ist. Anhand der Daten der Early Vascular Ageing (EVA) Studie wurde die Prävalenz idealer kardiovaskulärer Gesundheit in unterschiedlichen Altersgruppen geschlechtsspezifisch evaluiert.

**Methoden:** Die regionale Kohortenstudie EVA untersucht Tiroler Jugendliche (SchülerInnen und Lehrlinge ab dem 14. Lebensjahr). Die Determinanten idealer kardiovaskulärer Gesundheit für Jugendliche wurden von der Empfehlung der AHA übernommen.

**Ergebnisse:** Zwischen Mai 2015 und August 2017 wurden 1998 Jugendliche (43,3% männlich) mit vollständigen Daten aller 7 Gesundheitsdeterminanten eingeschlossen. Die Auswertung der <16- (n=777, 40,3% männlich), 16-17- (n=949, 45% männlich), ≥18-Jährigen (n=272, 46% männlich) zeigte bei den Mädchen signifikant schlechtere Ergebnisse bei körperlicher Aktivität (≥60 Minuten/Tag) (35,8% vs. 55,3%, p<0,01; 30,5% vs. 54,8%, p<0,01; 32,7% vs. 55,5%, p<0,01) und Gesamtcholesterin (<170 mg/dl) (61,2% vs. 84,7%, p<0,01; 53,6% vs. 78,5%, p<0,01; 49% vs. 74,4%, p<0,01) als bei den Buben. Die Prävalenz der Nichtraucherinnen war bei den <16-Jährigen (78,2% vs. 86,6%, p<0,01) und 16-17-Jährigen (62,8% vs. 69,3%, p=0,036) signifikant niedriger, während dieser Geschlechtsunterschied bei den ≥18-Jährigen nicht mehr gegeben war (58,5% vs. 55,1%, p=0,584). Die <16-jährigen Mädchen hatten im Vergleich zu den Jungen ein besseres Ernährungsverhalten (10,8% vs. 4,8%, p<0,01), jedoch nicht in den anderen Altersgruppen (9% vs. 8%, p=0,568; 6,7% vs. 9%, p=0,067). Bezüglich Blutdruck (<90. Perzentile), Nüchternblutglukose (<100 mg/dl) und BMI (<85. Perzentile) zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

**Schlussfolgerungen:** Unsere Ergebnisse zeigen, dass bei Tiroler Jugendlichen alters- sowie geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich kardiovaskulärer Gesundheit bestehen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer frühzeitigen und geschlechtsspezifischen Gesundheitsprävention um möglichen ersten Gefäßveränderungen entgegenzuwirken.

# POSTER-ABSTRACTS



**VERENA RASS<sup>1</sup>; DR. DARIA SOLARI<sup>2</sup>; DR. MAX GAASCH<sup>1</sup>; DR. BOGDAN IANOSI<sup>1,3</sup>; DR. MARIO KOFLER<sup>1</sup>; DR. ALOIS J. SCHIEFECKER, PHD<sup>1</sup>; DR. JOHN-PAUL MIROZ<sup>2</sup>, DR. PAOLA MORELLI<sup>2</sup>; ASSOZ. PROF. PRIV. DOZ. DR. RONNY BEER<sup>1</sup>; PRIV. DOZ. DR. BETTINA PFAUSLER<sup>1</sup>; UNIV. PROF. DR. CLAUDIUS THOMÉ<sup>4</sup>; UNIV. PROF. DR. MAURO ODDO<sup>2</sup>, PRIV. DOZ. DR. RAIMUND HELBOK<sup>1</sup>**

1. Neurological Intensive Care Unit, Department of Neurology, Medical University of Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Austria
2. Department of Intensive Care Medicine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), University of Lausanne, Lausanne, Switzerland
3. Institute of Medical Informatics, UMIT: University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Eduard Wallnoefer-Zentrum 1, 6060 Hall, Austria
4. Department of Neurosurgery, Medical University of Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Austria

## SEX-SPECIFIC TRANSFUSION TRESHOLDS AFTER SUBARACHNOID HEMORRHAGE

**Background:** Anemia requiring blood transfusion is common after subarachnoid hemorrhage (SAH). Recent data suggest an association between anemia and brain tissue hypoxia (PbtO<sub>2</sub><20mmHg) as well as poor outcome. Transfusion thresholds are still controversially discussed and current guidelines do not specify on optimal hemoglobin (Hb)-levels. Here we aimed to investigate sex-specific differences in transfusion thresholds in SAH patients where a protocolized PbtO<sub>2</sub>-guided therapy approach was used.

**Methods:** We present a retrospective analysis of prospectively collected data of 100 poor-grade SAH patients admitted to 2 tertiary care centers where brain tissue hypoxia was treated using an institutional protocol. Treatment options were left to the discretion of the treating neuro-intensivists including red blood cell transfusions in anemic patients. The dataset used for analysis was based on routine blood gas analysis for Hb-data matched to 2 hourly averaged data of continuous PbtO<sub>2</sub>-samples over the first 11 days of admission.

**Results:** Patients were admitted with a GCS of 3 (IQR=3-4) and were 58 (IQR=48-66) years old, 72% were women. Median admission Hb-levels were higher in male patients (13.0g/dL, IQR =11.8-14.9) compared to female patients (12.2g/dL, IQR=10.7-12.8; p=0.02). Overall incidence of brain tissue hypoxia was 25%. During this time we identified associated episodes of anemia, Hb<9g/dL (11%; males: 6%, females: 13%; p=0.25) together with other potentially treatable factors. 29 % of patients were transfused during the first 11 days (males: 21%, females: 32%; p=0.34). Median pre-transfusion Hb amongst transfused patients was not significantly higher in males (8.6g/dL, IQR=8.0-8.9) compared to females (8.1g/dL, IQR=7.5-8.7; p=0.15). Median nadir Hb in non-transfused patients was 8.9g/dL (IQR=8.2-9.9; males: 9.2g/dL, IQR=8.4-9.9; females: 8.8g/dL, IQR=8.1-9.9; p=0.20). In the protocolized PbtO<sub>2</sub>-based treatment approach Hb-levels were neither associated with absolute PbtO<sub>2</sub>-levels nor with the incidence of brain tissue hypoxia. Moreover, there was no sex-specific difference in achieving normal PbtO<sub>2</sub>-levels (p=0.90).

**Conclusions:** Our results present clinical data of protocolized PbtO<sub>2</sub>-targeted therapy. Transfusion thresholds were not significantly different in males and females despite lower baseline Hb-levels in females. A larger cohort is needed to evaluate optimal transfusion thresholds and to proof the effect on longterm outcome after SAH in males and females.

**DR. MAX GAASCH; DR. ALOIS J. SCHIEFECKER, PHD; DR. MARIO KOFLER; DR. VERENA RASS; PROF. RONNY BEER; PD DR. BETTINA PFAUSLER; PROF. CLAUDIUS THOMÉ; PROF. ERICH SCHMUTZHARD; PD DR. RAIMUND HELBOK**

Medizinische Universität Innsbruck, Neurologie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## **SEX DETERMINES PROGNOSTIC INFORMATION OF BRAIN OXYGEN TENSION MONITORING IN SUBARACHNOID HEMORRHAGE**

**Objectives:** Brain tissue oxygen tension (PbtO<sub>2</sub>) monitoring is part of the multimodal neuromonitoring setup in acutely brain injured patients. PbtO<sub>2</sub> probes provide regional measurements and depend on probe location as shown in our previous research. Therefore we analyzed the effects patient sex on clinical outcome based on probe location in poor grade patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage (SAH).

**Methods:** A total of 82 patients with (severe) SAH admitted between 2010 and 2017 with continuous monitoring of arterial blood pressure (ABP), intracranial pressure (ICP) and PbtO<sub>2</sub> were prospectively included. Location was confirmed by CT scan after probe placement. Outcome was assessed using the modified Rankin scale (mRS) 3 months after the initial hemorrhage.

**Results:** PbtO<sub>2</sub> measurements taken during the first 7 days after admission were analyzed.

In a univariate analysis, patients with favorable clinical outcome (mRS<3) had significantly higher PbtO<sub>2</sub> levels during the first 7 days compared to the unfavorable outcome group (32 mmHg  $\pm$ 14.5 vs 21 mmHg  $\pm$ 13.8 p=0.038) if the probe was placed in abnormal appearing brain tissue.

Overall PbtO<sub>2</sub> levels showed no sex specific differences (p=0.43). However, corrected for probe location, male patients with good outcome had significantly higher PbtO<sub>2</sub> levels (+21.1 mmHg) than female patients with good outcome (p<0.001).

PbtO<sub>2</sub> and outcome were not related when probes were placed in normal appearing brain tissue (p=0.94). These findings remained true for a multivariate analysis considering outcome relevant factors like patient age and initial hemorrhage severity (Hunt&Hess) (p<0.001)

**Conclusion:** The results of this study suggest that integration of probe location is important when measuring PbtO<sub>2</sub> in SAH patients and that, despite both having a good clinical outcome, female patients might have lower PbtO<sub>2</sub> levels.

**HEDWIG WÖLFL; FLORIAN PROMMEGGER, MA MSc**

die möwe - Kinderschutzzentren  
Börsegasse 9/1, 1010 Wien Österreich

## WISSEN UND EINSTELLUNGEN DER ÖSTERREICHER\*INNEN ZUM THEMA GEWALT UND MISSBRAUCH AN KINDERN

Seit 1989 gilt in Österreich zwar ein generelles Gewaltverbot gegen Kinder, aber die zahlreichen Fälle von Misshandlung und Missbrauch zeigen, dass Bewusstseinsbildungsmaßnahmen noch immer dringend benötigt werden. Über das aktuelle Wissen und die Einstellung der Österreicher\*Innen zum Thema Gewalt an Kindern ist wenig bekannt, was eine wichtige Forschungslücke für die Planung von Aufklärungskampagnen darstellt.

Daher wurden in Kooperation mit der GALLUP Institut 1000 Personen, die repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 14 Jahren sind, telefonisch über ihr Bewusstsein über Gewalt und Missbrauch an Kindern interviewt.

Die Umfragedaten zeigten, dass bei Frauen und Männer Gewalt an Kindern primär mit physischer Gewaltausübung, zum Beispiel Schläge assoziiert wird. Psychische Gewalthandlungen oder sexuelle Gewalt und Missbrauch wurden in der offenen Abfrage deutlich weniger thematisiert. Bei der Beurteilung unterschiedlicher Szenarien in Bezug auf Gewalt zeigte sich, dass Gewalt umso stärker wahrgenommen wird, je intensiver die körperliche Gewalt zum Ausdruck kommt. 95% der Befragten benannten eine Tracht Prügel vom Vater eindeutig als Gewalt benannt, aber eine leichte Ohrfeige wurde von lediglich 34% als gewaltvolle Handlung eingestuft. Verschiedene Formen von sexueller Gewalt (Geschlechtsverkehr, Berühren der Geschlechtsteile) wurde von mehr als 99% der Befragten klar als Gewalt eingestuft, aber in Bezug auf die Beurteilung von sexueller Aufklärung von Kindern (47%), gemeinsamen Nacktbadens (29%) oder sich nackt vor Kindern zu zeigen (29%), gab es große Divergenzen und Unsicherheiten ob es sich dabei um Gewalthandlungen handelt. Psychische Gewalthandlungen werden nur von wenigen als Gewalt definiert und es zeigten sich starke Geschlechtsunterschiede. Beispielsweise definieren 28% (25 vs 31%) Kommunikationsverweigerung eindeutig als Gewalt. Einsperren und Demütigen empfinden 33% (29 vs 37%) der Befragten als psychische Gewalt.

Bewusstseinsbildung gegen Gewalt an Kindern bleibt trotz fast 30-jährigen Gewaltverbots notwendig. Das Problembewusstsein und Wissen über die schwerwiegenden und lebenslangen Folgen von physischer und sexueller Gewalt ist im Gegensatz zu den Folgen von psychischer Gewalthandlung in der Gesellschaft vor allem bei Frauen gut verankert. Große Unsicherheit gibt es bei beiden Geschlechtern aber bei der Beurteilung unterschiedlicher Szenarien von Aufklärungsaktivitäten oder Nacktheit im familiären Umfeld.

# POSTER-ABSTRACTS



DR.<sup>IN</sup> TANJA DJURDJEVIC<sup>1</sup>; VERA WALLNER<sup>1</sup>; DR.<sup>IN</sup> RUTH STEIGER<sup>1</sup>; DR.<sup>IN</sup> VERA NEUBAUER, PHD<sup>2</sup>;  
UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> URSULA KIECHL-KOHLENDORFER<sup>2</sup>, UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> ELKE RUTH GIZEWSKI<sup>1</sup>,  
ASSOZ.-PROF.<sup>IN</sup> PRIV.-DOZ.<sup>IN</sup> ASTRID ELLEN GRAMS<sup>1</sup>

1. Department of Neuroradiology, Medical University Innsbruck, Austria

2. Department of Paediatrics II, Neonatology, Medical University Innsbruck, Austria

## GENDER DIFFERENCES IN MAGNETIC RESONANCE SPECTROSCOPY IN PRETERM NEONATES: EARLY METABOLIC COMPOSITION OF THE BRAIN

**Background:** Various previous studies have shown gender differences in morbidity and mortality of premature born infants in favour of females. The aim of the present study was to investigate potential gender differences in brain metabolism in preterm born neonates.

**Methods:** 84 neonates (40 females and 44 males, median gestational age 29 week) born between January 2014 and June 2016 were included prospectively in this study. They obtained an MRI examination at term equivalent age, including a 2D multivoxel chemical shift imaging (CSI) spectroscopy from the supraventricular white matter. Metabolite ratios of N-acetylaspartate to choline (NAA/Cho), choline to creatinine (Cho/Cr) and lactate to N-acetylaspartate (Lac/NAA) were calculated from this data. In addition, their neurodevelopmental outcomes were evaluated using the Bayley scales of Infant and Toddler Development III at 12 and/or 24 months' corrected age.

**Results:** Significantly higher NAA/Cho ratios were found in female neonates in the white matter of the central region of both hemispheres ( $p$  0.021 and 0.048 for right and left side). Significantly lower Cho/Cr ratios were observed in male neonates in the same regions ( $p$ = 0.007 and 0.009 for the right and left side respectively). No significant correlation was found between gender and gestational age at birth. No significant gender differences were found in neurodevelopmental outcome at 12 and 24 months' corrected age.

**Conclusion:** We showed for the first time that the metabolic content of the central supratentorial white matter differs significantly between female and male premature neonates, which could indicate a more advanced brain maturation in females. However, these early differences do not reflect on neurodevelopmental outcome at corrected age of 12 and 24 months.

**DR. FABIAN STEINKOHL; DR.<sup>IN</sup> ANNA K. LUGER; DR. LEONHART GRUBER, PHD; PD<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> RENATE PICHLER, PHD; PD DR. FRIEDRICH AIGNER**

Medizinische Universität Innsbruck, Department für Radiologie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## **SORGEN SICH EHEFRAUEN ZU SEHR UM IHRE PARTNER? – ÜBERPRÜFUNG EINES KLISCHEES**

**Hintergrund:** Es wird häufig angenommen, dass sich Ehefrauen zu viele Sorgen um ihre Ehemänner machen. Mit dieser Arbeit soll dieses Klischee überprüft werden. Es wird an Patienten untersucht, bei denen eine Biopsie oder eine MRT der Prostata geplant ist, und an ihren Ehefrauen. Nur Männer können an der Prostata erkranken. Daher ist ausgeschlossen, dass die Antworten der Frauen durch die unterschwellige Angst, selbst an der Krankheit leiden zu können, verzerrt werden. Es wurden Faktoren untersucht, die die Sorge um die Angehörigen beeinflussen könnten.

**Methoden:** In die prospektive Fragebogenstudie wurden bis jetzt 25 Paare eingeschlossen. Es wurden Männer vor einer Prostatabiopsie bzw. –MRT und ihre Partnerinnen mittels Fragebogen kurz vor dem geplanten Ereignis befragt. Die Eheleute wurden aufgefordert, die Fragebögen getrennt auszufüllen. Die Fragen waren mittels einer 5-Punkte-Skala (1 = trifft nicht zu; 5 = trifft sehr zu) zu beantworten. U. a. wurden folgende Fragen gestellt: „Meine Frau macht sich zu viele Sorgen um mich“, bzw. „Ich mache mir zu viele Sorgen um meinen Mann“, „Das Zusammenleben mit meinem Mann/meiner Ehefrau klappt gut“ und „Ich gehe nicht gern zum Arzt“ bzw. „Mein Mann geht nicht gern zum Arzt“. Die statistische Auswertung erfolgte in GraphPad Prism 7 (GraphPad Software; La Jolla, USA).

**Ergebnisse:** Das Alter der Männer betrug 67,55 Jahre ( $\pm 7,04$ ), das der Frauen 65,08 Jahre ( $\pm 7,53$ ) (statistisch signifikanter Unterschied). Die Ehe der Befragten dauerte zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 36,89 Jahre ( $\pm 14,73$ ). Auf einer Skala von 1 – 5 erhielt die Aussage „Meine Frau macht sich zu viele Sorgen um mich“ von Männern durchschnittlich 3,069 Punkte, die Aussage „Ich mache mir zu viele Sorgen um meinen Mann“ wurde von den Frauen mit 2,958 bewertet (statistisch nicht signifikant). „Das Zusammenleben klappt gut“ beantworteten die Männer durchschnittlich mit 4, Frauen mit 4,04 (nicht signifikant). Ehefrauen schätzen die Bereitschaft ihrer Ehemänner zum Arzt zu gehen signifikant geringer ein als die Männer selber.

**Schlussfolgerungen:** Die ausgewerteten Daten suggerieren, dass das landläufige Klischee, Frauen machen sich zu viele Sorgen um ihre Männer, nicht stimmt. Ehemänner nehmen nicht an, dass sich ihre Frau übermäßig um sie sorgt. Frauen unterschätzen die Bereitschaft ihrer Männer zum Arzt zu gehen. Es ist schön, dass auch noch nach vielen Ehejahren die meisten Eheleute der Aussage „Das Zusammenleben klappt gut“, zustimmen können.

**DR. MICHAEL LEUTNER, MSc; DR. MAXIMILIAN TSCHARRE; DR. SERDAR FARHAN; DR. HOSSEIN TAGHIZADEH WAGHEFI; DR.<sup>IN</sup> BIRGIT VOGEL; DR. IOANNIS TENTZERIS; UNIV.-PROF. DR. KURT HUBER; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> MONIKA FRITZER-SZEKERES; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER**

Allgemeines Krankenhaus Wien, Innere Medizin 3, Endokrinologie und Stoffwechsel, Gender Medicine Unit  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich

## **TnT IS MORE EFFECTIVE IN THE PREDICTION OF MACE IN BOTH MEN AND WOMEN WHEN COMPARED TO TnI**

**Background:** Elevated levels of troponin are associated with future MACE. The utilization of sex-specific cut-offs further improved the prognostic impact of troponin, particularly in female patients. Whether utilization of a sex-specific cut-off might improve event prediction has never been investigated and especially data about the direct comparison of troponin T (TnT) and troponin I (TnI) in giving prognostic information in diabetic patients is sparse.

**Methods:** We analysed 733 patients of a single-centre registry undergoing percutaneous coronary intervention between 2003 and 2006. As endpoint, we assessed long-term MACE, a composite of all-cause death, myocardial infarction and stroke.

**Results:** In the present study TnT (Roche) elevation more effectively predicted MACE as compared to TnI (Abbott, HR: 1.86,  $p < 0.001$ ). Also in a sex-specific analysis, TnT- but not TnI elevation predicted MACE in males (HR: 1.54, CI: 1.04-2.27,  $p = 0.029$ ) and also females (HR: 1.79, CI: 1.02-3.14,  $p = 0.044$ ). While using a gender-specific cut-off, neither TnT nor TnI levels were effective predictors of MACE in a multivariable model. In a specific analysis of diabetic patients undergoing percutaneous coronary intervention, neither TnT nor TnI were effective in the prediction of MACE after multivariable adjustment.

**Conclusion:** TnT is more effective in the prediction of MACE when compared to TnI, however for the prognosis of clinical outcomes no sex-specific cut off should be used. TnT and TnI are not effective in the prediction of clinical outcomes in diabetic patients.

**DR.<sup>IN</sup> EVA BRAUNWARTH; DR. FLORIAN PRIMAVESI; DR. BENNO CARDINI, ASS-PROF. PRIV. DOZ. DR. RUPERT OBERHUBER; DR. THOMAS RESCH; PRIV.DOZ. DR. MANUEL MAGLIONE; PRIV.DOZ.DR. CHRISTIAN MARGREITER; AO. UNIV. PROF. DR. STEFAN SCHNEEBERGER; UNIV. PROF. DR. DIETMAR ÖFNER; PRIV.DOZ. DR. STEFAN STÄTTNER**

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie  
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## **IMPACT OF SEX ON PERIOPERATIVE AND LONG-TERM OUTCOME OF PATIENTS FOLLOWING HEPATIC RESECTION FOR PRIMARY AND METASTATIC LIVER TUMORS – A SINGLE CENTER EXPERIENCE**

**Background:** As sex favourably modulates the natural history of chronic liver diseases and the risk of neoplastic evolution, the aim of this study is to ascertain whether female patients undergoing liver resection are characterized by a better perioperative and long-term outcome.

**Methods:** Retrospective cohort study including all patients treated with hepatic resection between 2005 and 2016 at Medical University Innsbruck. Medical records were reviewed for patient characteristics, clinical presentation, lesion characteristics, management, complications and oncological outcome. Perioperative risk factors were identified using univariate analysis. Survival analysis was calculated by Kaplan-Meier survival method.

**Results:** The cohort consisted of 222 female and 243 male patients. The percentage of primary liver tumors (45% vs 48%) and metastatic tumors (55% vs. 52%) was comparable for female and male patients ( $p=0.166$ ). At diagnosis, female patients were significantly younger than men ( $56 \pm 15$  vs.  $64 \pm 14$ ,  $p = 0.050$ ). Men had significantly higher rates of liver cirrhosis (4% vs. 8%,  $p = 0.072$ ), cardiac comorbidities (8% vs. 21%,  $p=0.000$ ), diabetes (6% vs. 16%,  $p=0.001$ ) and obesity (BMI > 30, 6% vs. 16%,  $p=0.001$ ). Women were more likely to be diagnosed with benign disease (23% vs. 14%,  $p = 0.015$ ). Colorectal liver metastases, hepatocellular carcinoma (HCC) and benign disease (liver cysts, adenoma etc.) were the main indications for surgery among the entire cohort and sorted by sex. Metastatic tumors in females were more frequently unilobar (35% vs. 23%,  $p=0.025$ ), whereas the lobar involvement for primary liver tumors was comparable between men and women. Both in primary and metastatic tumors maximum tumor diameter ( $70.0\text{mm} \pm 55$  vs.  $60.3\text{mm} \pm 41.2$  and  $43.9\text{mm} \pm 98.8$  vs.  $41.1\text{mm} \pm 39.9$ ) number of tumors ( $1.5 \pm 0.5$  vs.  $2.0 \pm 1.0$  and  $2.4 \pm 1.0$  vs.  $3.3 \pm 3.2$ ) were comparable in female and male patients. There was no difference in operative procedures such as major vs. minor resection, open vs. laparoscopic surgery, vascular replacement or bilio-enteric anastomosis. Most common treatment modalities were right hepatectomy, extended right hepatectomy and left lateral resection. Aside from pleural effusion (11% vs. 6%,  $p=0.063$ ), postoperative complications within 90 days did not differ between both groups. Men and women had no significant difference in median disease-free (9 (CI:6 – 11) vs. 11 (CI:9 – 13) months,  $p=0.179$ ) and overall survival (53 (CI:39 – 67) vs. 46 (CI:6 – 43) months,  $p=0.297$ ). Within a median follow-up of 31 months, 62.3% of the patients (59.8% female, 64.4% male) experienced tumor recurrence, and 49.6% of the patients (46.4% female, 52.5% male) died. The 1-, 3- and 5-year disease free survival rates for female and male patients were 43.7 vs. 45.2%, 17.5% vs. 18.3% and 1.9% vs. 2.5%, respectively. Corresponding overall survival rates were 85.8% vs. 87.9, 63.8% vs. 64.1% and 46.4% vs. 44.1%. A detailed comparison of survival analysis among female and male patients showed a comparable disease free and overall survival outcome for both groups. There was no difference among all indications, malignant disease, primary liver tumors and metastatic tumors. Only HCC female patients had an inferior outcome.

# POSTER-ABSTRACTS



**Conclusion:** In summary we could not notice any sex differences in survival outcome among patients treated with liver resection. Female patients get diagnosed at a younger age and earlier tumour stage. This consist with the fact that woman do medical check-ups more regularly then men. Although men have a higher risk for development of primary and secondary tumors, especially for HCC, there were no significant sex differences in disease presentation, surgical treatment, perioperative outcome and survival except for younger age and unilobar involvement at diagnosis in women. Female sex was not an independent predictor for survival. In contrast to the common literature, HCC in female patients had an inferior prognosis in our cohort.

# POSTER-ABSTRACTS



**DR.<sup>IN</sup> MIRIAM LEITNER, MSc; BERVIAN OSSO; DR.<sup>IN</sup> VERENA POETZL, MSc; DR. NIKOLAUS FRIDRICH; DR.<sup>IN</sup> MIRIJAM MUELLER; AO.PROF. DR. THOMAS FRÜHWALD; PRIM.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> ULRIKE SOMMEREGGER; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER**

Medizinische Universität Wien, Endokrinologie und Stoffwechsel  
Spitalgasse 23, 1090 Wien, Österreich

## IS „SAFE AND SOUND“ ON THE AGENDER?

**Introduction:** Patients safety is the result of all efforts in health care systems to avoid patients' harm and is important to guarantee high quality of care. The current study evaluates the influence of gender on patients' safety parameters during a hospital stay.

**Material and Methods:** „AGender“ is a ongoing study to detect gender specific differences in older people. It comprises patients who attend the Department of Acute Geriatrics at the Krankenhaus Hietzing / Sozialmedizinisches Zentrum Donauspital in Vienna. Patients safety data regarding assignment mode, (poly)pharmacy, effects on functional parameters, efforts in diagnosing and patients care, duration of stay and therapy objective were compared between men and women.

**Results:** 1246 patients (76.4%f, 23.60%m) aged 65 to 103 years were included. Women were older ( $85.26 \pm 7.082$ ;  $p < .001$ ) than men ( $82.74 \pm 7.88$ ) and were more often assigned from emergency departments, whereas no sex-differences were detected when assigned from nursing home/ GP.

Median number of drugs at admission was equal for both sexes (9). Polypharmacy was related to higher age ( $R: .236$ ;  $p < 0.01$ ), but not to gender. While medication was changed in nearly all patients, the number of drugs were not significantly reduced during the hospital stay.

Improvements in dynamic tests before vs. after the hospital stay were related to age, but not to gender (Barthel Index:  $R: .095$ ,  $p < 0.01$ ; Tinetti Balance  $R: .0102$   $p < 0.004$ ; Tinetti\_sum:  $R: .086$ ,  $p < 0.013$ ). Consultancy requests were related to age ( $p < 0.012$ ) and to gender ( $R: .111$ ,  $p < .017$ ), with men getting more consultancies ( $p < 0.01$ ).

Men had more often long-term-catheter, but its amount was reduced after the hospital stay for both sexes. Therapeutic products showed no gender- difference (21% in females and males) at admission. After hospital release 34.4% of men and 29.2% of women had therapeutic products. Duration of stay (median 21d for men and women) was related to age ( $p < .001$ ), but not to gender.

Before the hospital stay, 13.3% of women and 12.5% of men had no professional/familial help. This number changed to 3.7% in women and to 4.4% in men after the discharge. Therapy objective was reached by 71% of males and 77% of females, with no gender differences in all age groups.

**Discussion:** Although the results are reassuring regarding the impact of gender on patients safety, divergence in the amount of consultancies have to be analysed in more detail. Additionally, polypharmacy in older men and women must be adressed persistently.

**MAG.<sup>A</sup> VIKTORIA DREXLER; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> ANITA HOLZINGER, MPH; MAG.<sup>A</sup> DESIREE KOLLER, MA; ASSOC. PROF.<sup>IN</sup> PRIV.-DOZ.<sup>IN</sup> MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> MICHAELA WAGNER-MENGHIN, DR.<sup>IN</sup> ANDJELA BÄWERT**

Medizinische Universität Wien, Teaching Center - Assessment & Skills  
Spitalgasse 23, 1090 Wien, Österreich

## **POSITIVE UND NEGATIVE EINFLUSSFAKTOREN IM ANAMNESEGESPRÄCH – WAS MEINEN MÄNNER, WAS MEINEN FRAUEN?**

**Hintergrund:** An medizinischen Hochschulen wird Kommunikation mit Focus auf Beziehungsaufbau gelehrt, um Studierende systematisch im Führen von professionellen Anamnesegesprächen auszubilden. Geschlechterdifferenzen wurden bislang hauptsächlich bei ausgebildeten ÄrztInnen untersucht. Hierbei wurde evident, dass Medizinerinnen im Vergleich zu Ärzten intensiver auf PatientInnen eingehen. Bei Medizinstudierenden fehlen derzeit diesbezügliche Daten. Die Frage wie und ob diese Aspekte im Gesprächsführungsunterricht berücksichtigt werden müssen, kann daher nur unzureichend beantwortet werden. Die Erkenntnisse dieser Studie könnten somit ein Ausgangspunkt für mögliche genderspezifische Adaptionen im universitären Gesprächsführungstraining sein.

**Methoden:** Bei 32 weiblichen und 32 männlichen Studierenden der Medizinischen Universität Wien wurden vor ihrem ersten Gesprächsführungskurs genderspezifische Unterschiede bzgl. der Definition der Ziele einer professionellen Anamnese untersucht sowie positive und negative Einflussfaktoren auf die Gesprächsqualität inhaltsanalytisch ausgewertet. Beide Gruppen wurden hinsichtlich Vorerfahrung in Kommunikation und Leistungsniveau zu Ende des präklinischen Fertigkeitstrainings kontrolliert. Die Antworten wurden, angelehnt an die „Calgary-Cambridge Process Guides“ nach Kurtz, Silverman et al., im Rahmen einer inhaltlichen Analyse deskriptiv ausgewertet (1). Als Gesprächsziele wurden Faktenwissen, Gesprächsführungstechnik und PatientInnen-Perspektive definiert.

**Ergebnisse:** Die Daten zeigen, dass Studentinnen verschiedene Ziele der Anamnese konkreter formulieren können, während Studenten tendenziell eher auf einzelne Themen fokussiert sind. So konnten Studenten weniger Ziele definieren, die ihnen für eine professionelle Anamneseerhebung wichtig sind: „Faktenwissen“ - Männer 75% vs. Frauen 84,4%, „Gesprächstechnik“ - Männer 34,4% vs. Frauen 44% und „PatientInnen-Perspektive“ - Männer 6% vs. Frauen 16%.

**Diskussion:** Zwar können männliche Studierende sehr wohl Gründe benennen, welche zur Zufriedenheit eines Anamnesegespräches beitragen, z.B.: eine gute Gesprächstechnik und Empathie, aber im Gegensatz zu ihren weiblichen Kolleginnen empfinden sie eine schlecht gelungene Gesprächstechnik, sowie einen Mangel bzw. ein Fehlen an Empathie als deutlich weniger störend.

(1) Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Second Edition 2005. Radcliffe Publishing. ISBN 1 85775 658 8.

**MAG.<sup>A</sup> VERENA STEINER-HOFBAUER; UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> ANITA HOLZINGER**

Medizinische Universität Wien, Research Unit für Curriculumentwicklung  
Spitalgasse 23, 1090 Wien, Österreich

## **DIE EINSTELLUNG VON STUDIERENDEN ZUM GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN UMGANG MIT LEISTUNGSDRUCK**

**Hintergrund:** An der Medizinischen Universität Wien studieren mehr Frauen als Männer und auch in den medizinischen Doktoratsstudien sind die Frauen in der Überzahl. Obwohl es gesetzliche Regelungen gibt, Frauen bei gleicher Qualifikation bevorzugt zu fördern, sind bereits bei den Habilitationen weniger Frauen zu finden und nur 20% der Professuren sind mit Frauen besetzt. Die Gründe dafür sind mannigfaltig und liegen oft in den beruflichen Rahmenbedingungen. Uns interessierte wie Studierende geschlechtsspezifischen Benachteiligungen, Fähigkeiten im Umgang mit Leistungsdruck und Konkurrenz während der Ausbildung erleben.

**Methode:** Die Fragebogenerhebung wurde 2017 an der MedUniWien durchgeführt. Wir verglichen Studierende zu Beginn des 2ten Studienjahres (T1, n=424, 53% weiblich) mit Studierenden am Ende des 6ten Jahres (T2, n=161, 46,6% weiblich). Der Fragebogen enthielt Fragen zu geschlechtsspezifischen Einstellungen zum Umgang mit Leistungsdruck und subjektiver Benachteiligung und zum allgemeinen physischen und psychischen Wohlbefinden. Depressivität wurde mit dem Depressionsscreening-Fragebogen CES-D erhoben.

**Ergebnisse:** Die Einstellung, dass Männer im allgemeinem besser mit Leistungsdruck umgehen können als Frauen vertreten 38,1% der Studenten und 45% aller Studentinnen im zweiten Studienjahr (T1). In der Stichprobe des 6ten Studienjahres (T2) vertreten diese Meinung nur noch 27% der Studenten und 37% der Studentinnen. Dass umgekehrt gefragt, Frauen besser mit Leistungsdruck umgehen, vertreten in der Stichprobe T1 nur 4,6% der Studenten und 12,3% der Studentinnen. In der Stichprobe T2 sind es schon 11,6% der männlichen und 17,8% der weiblichen Studierenden. Unter Konkurrenz leiden nur 8% der Männer, gleichbleibend im 2. (T1) und 6.Studienjahr (T2), während dieser Anteil bei Frauen von 9,9% (T1) auf 21,3% (T2) zunimmt.

**Schlussfolgerungen:** In Zusammenschau aller Fakten wird Männern von beiden Geschlechtern größere Kompetenz im Umgang mit Leistungsdruck zugesprochen. Das Phänomen der verminderten Leistung in Bereichen in denen man anderen Gruppen (hier Männern) bessere Fähigkeiten zutraut, ist unter dem Namen „Sterotype threat“ in vielen Bereichen bekannt. Dies könnte eine Ursache für die von Aster-Schenck et al gefundene geringere Ausgeglichenheit, höhere Resignationstendenz und geringeren beruflichen Ehrgeiz der Frauen sein. Für die Konkurrenz zwischen Frauen fehlen alt hergebrachte „Spielregeln“. Dies könnte die Konkurrenzsituation für Frauen zusätzlich erhöhen.

**DR. BERND WALLNER; BETTINA SCHENK, PHD; MARKUS FALK, DR.<sup>IN</sup> MONIKA BRODMANN  
MAEDER, DR. GIACOMO STRAPAZZON, PROF. HERMANN BRUGGER, PROF. DIETMAR FRIES, PD  
PETER PAAL**

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin  
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

## **GENDER DIFFERENCES IN HYPOTHERMIA-ASSOCIATED COAGULOPATHY IN ALPINE MULTIPLE TRAUMA PATIENTS**

Women show a specifically different profile in multiple trauma. Gender differences in coagulation are prominent in fibrinogen synthesis and in the function of platelets. The detrimental effects of hypothermia on coagulation are exerted by inhibition of mobility, aggregation of platelets and a decrease in clot formation. The aim of this combined clinical-experimental study was to identify the impact of hypothermia on components of the coagulation system and to illustrate the effect on alpine multiple trauma patients. The International Alpine Trauma Registry (IATR) is a prospective multicentre study collecting data from multiple trauma patients rescued from mountain and remote areas. Secondly, we performed an in-vitro analysis of blood samples from 18 healthy volunteers, cooled to five different temperatures, at each stage ROTEM- and Multiplate-Analysis was performed.

Out of 104 patients (15.4% female and 84.6% male), core temperature was  $31.0^{\circ}\text{C} \pm 5.3^{\circ}\text{C}$ . 32 patients (58.2%) were hypothermic ( $\leq 35.0^{\circ}\text{C}$ ). Female patients showed a lower disposition to multiple trauma but a higher tendency towards hypothermia (41.2% vs. 36.7%  $p=0.44$ ). Significant differences in women are represented in less severe trauma ( $p=0.01$ ) and in considerably shorter prehospital times ( $p=0.01$ ). The in-vitro data of 9 female and 9 male participants revealed a prolonged CT in ExTEM (CT $37.0^{\circ}\text{C}$   $67.3 \pm 2.8\text{sec}$ ; CT $13.7^{\circ}\text{C}$   $134.1 \pm 8.8\text{sec}$ ) and MCF (MCF $37.0^{\circ}\text{C}$   $17.0 \pm 1.2\text{mm}$ ; MCF $13.7^{\circ}\text{C}$   $11.8 \pm 0.8\text{mm}$ ) in FibTEM. Women had an increase in Fibrinogen function (MCF $_{\text{female}}$   $19.0 \pm 1.6\text{mm}$ ; MCF $_{\text{male}}$   $14.2 \pm 0.9\text{mm}$ ) and lower platelet counts but no differences in the progress of hypothermia. Multiplate revealed a complete loss of platelet function (AUC $13.7^{\circ}\text{C}$  = 0% and AUC $18.0^{\circ}\text{C}$  = 0%).

This combined prospective clinical and in-vitro study revealed a substantial hypothermia-related inhibition on coagulation in alpine multiple trauma patients in the Austrian Alps. The IATR data revealed Gender-specific significant differences in the alpine multiple trauma with lower ISS and but a greater risk of prehospital heat loss despite shorter prehospital times. The in-vitro-study showed an impairment of the cellular and humoral coagulation in ROTEM and Multiplate. While women start with high levels of fibrinogen but lower platelet counts we were not able to detect significant differences in the reaction to hypothermia. In the treatment of multiple trauma, a greater emphasis must be put on Gender-specific differences and treatment must be adapted accordingly.





# BEITRITTSANTRAG



einer ordentlichen Mitgliedschaft zur  
„Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin“ (ÖGGSM)

---

Titel, Vorname, Nachname

---

Adresse, PLZ, Ort

---

E-Mail, Telefon

Ich akzeptiere die Statuten und ersuche um Aufnahme in die Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin.

Mitgliedsbeitrag, Stand 01.01.2016\*:

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen und Ärzte                      | € 40,00 |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler | € 40,00 |
| <input type="checkbox"/> Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung**      | € 20,00 |
| <input type="checkbox"/> Studierende**                            | € 10,00 |
| <input type="checkbox"/> Außerordentliche Mitgliedschaft          | € 20,00 |

\*Die Mitgliedsbeiträge können sich nach Vorstandsbeschluss ändern. Die jeweils gültigen Beitragshöhen sind auf [www.gendermedizin.at](http://www.gendermedizin.at) abrufbar.

\*\* Für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sowie für Studierende ist ein gültiger Nachweis des Ausbildungs- bzw. Berufstandes erforderlich. Der Nachweis (z. B. Studienbestätigung) ist je nach Gültigkeit zumindest 1x jährlich vorzulegen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift





Österreichische Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien  
Österreich  
ZVR Zahl: 779794731

E-Mail: [office@gendermedizin.at](mailto:office@gendermedizin.at)  
Website: [www.gendermedizin.at](http://www.gendermedizin.at)

