

Sehr geehrtes ÖGES Mitglied!



24. JAHRESTAGUNG DER ÖGES
gemeinsam mit der Österreichischen Schilddrüsengesellschaft
und der Austrian Neuroendocrine Tumor Society

24.-26. APRIL 2019
HÖRSAALENZENTRUM, UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ

Diese gemeinsame Veranstaltung unterstreicht die enge Zusammenarbeit von Endokrinologie, Gastroenterologie, Chirurgie, Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie und Labormedizin, um allen Kolleginnen und Kollegen und ganz besonders auch unserer jungen Generation neue und aktuelle Aspekte aus unseren Fachgebieten gemeinsam nahezubringen und zu diskutieren.

Eines der interdisziplinären Themen wird „Transition“ sein. Der Artikel von Herta Pompa in dieser Aussendung soll Ihnen Lust auf spannende Diskussionen machen.

Es gibt einen OSDG-Kurs zum Ultraschall der Schilddrüse und wieder zahlreiche Wissenschaftspreise - gerne laden wir vor allem unsere jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dazu ein, Projekte und Fälle einzureichen! [Details sind über die Websites abrufbar](#)

Wir freuen uns auf Ihr zahlreiches Kommen und auf spannende wissenschaftliche Beiträge und abwechslungsreiche Kongresstage!

Mit freundlichen Grüßen

Univ. Prof. Dr. Barbara Obermayer-Pietsch
(Präsidentin der Österr. Ges. für Endokrinologie und Stoffwechsel)

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. PhD Florian Kiefer
(Sekretär der Österr. Ges. für Endokrinologie und Stoffwechsel)

Aktuelles

Um ein Kind zu erziehen, braucht es ein ganzes DorfDilemma Transition

Herta Pomper, DGKP

Diabetesberaterin

Univ. Klinik für Innere Med.3, Klinische Abt. für Endokrinologie und Stoffwechsel, AKH Wien

Viele Kinder und Jugendliche leiden an chronische Erkrankungen, wie Diabetes Typ1, Rheuma, CED oder seltenen Stoffwechselerkrankungen, bei stetig steigender Inzidenz. Derzeit ist die Transition, also der Übergang von der pädiatrischen Behandlung der Jugendlichen, hin zur Versorgung in der Erwachsenenmedizin, ein Thema, das zwar allen Berufsgruppen bewusst, dessen Umsetzung aber mit vielen Frustrationen auf allen Seiten verbunden ist. Folgen einer nicht erfolgreich verlaufenen Transition ist oft ein Behandlungsabbruch oder eine Behandlungspause, in der sich schwerwiegende Komplikationen oder irreversible Folgeerkrankungen entwickeln können.

Gelingt die Betreuung der Kinder und Jugendlichen in der Pädiatrie noch erfolgreich, da die Eltern und Kinderärzte und -ärztinnen ein waches Auge auf „ihre“ Kinder haben, endet die medizinische Anbindung häufig bei Volljährigkeit. Einer der Gründe dürfte der Lebensabschnitt zwischen 18 und 25 Jahren sein, den J. J. Arnett als „Emerging Adulthood“ bezeichnet. In dieser Zeitspanne sind die jungen Menschen keine Jugendlichen mehr, aber bei weitem auch noch keine Erwachsenen. Der französische Ethnologe A. van Gennep hat diese Entwicklung vom Jugendlichen zum Erwachsenen, die drei Phasen durchläuft, beschrieben. In der ersten Phase, auch als „Trennungsphase“ bezeichnet, steht die Abgrenzung zur Familie, Abschied vom Kindsein und das Hinausgehen in die Welt im Vordergrund. In der zweiten oder „Neuorientierungsphase“ ist die Zeit zum Üben und Experimentieren. Erst am Ende der dritten oder „Wiedereingliederungsphase“ sind die jungen Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenwelt angekommen.

Was bedeutet dies jetzt für die Praxis? Chronisch kranke Jugendliche sind in erster Linie auch Jugendliche. Die Transition findet meistens zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr statt. Hier fallen sehr viele Lebensereignisse zusammen. Schul- oder Ausbildungsabschluss, Volljährigkeit, Ausbildungs- oder Wohnortwechsel. Dazu kommt der meistens recht abrupt angesetzte Wechsel der medizinischen Versorgung von einem behütenden System zur Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Folge daraus ist häufig eine komplette Überforderung des jungen Menschen, da er/sie nicht weiß, worauf der Focus gelegt werden soll. Unzufriedenheit mit dem neuen Behandler/der Behandlerin, die häufig als unpersönlich empfunden wird. Überforderung aber auch bei den Erwachsenen-SpezialistInnen im Umgang mit den jungen Menschen in der Phase der Selbstfindung. Knappe Zeitressourcen, fehlende Räumlichkeiten und häufig auch fehlendes Verständnis erschweren den Umgang. Gibt es an den Kinderabteilungen ein ganzes Team, aus ÄrztInnen, BeraterInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, sind es in der Erwachsenenmedizin meistens nur mehr der Patient/die Patientin und der/die betreuende Arzt/Ärztin.

Transition wird nur im Team funktionieren und braucht die Bereitschaft der PatientInnen. Transparenz vor und nach dem Transfer, zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin, sowie eine frühzeitige, strukturierte Planung des Prozesses sind essentiell. Die Schaffung einer multiprofessionellen, homogenen Versorgungsstruktur über die medizinische Versorgung hinaus, z.B. in Form von Transitionsstellen, ist anzustreben.

Die ÖGES fragt: was brauchen Frauen und was wollen Frauen?

Bianca-Karla Itariu und Miriam Kristin Leitner
Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel
Medizinische Universität Wien

Die gesammelten Antworten (von ausschließlich Endokrinologinnen) werden verwendet, um ein maßgeschneidertes ÖGES-Frauenförderungsprogramm zu gestalten.

Trotz der zunehmenden Anzahl an weiblichen Doktorinnen sind Ärztinnen in Führungsrollen nach wie vor unterrepräsentiert. Sowohl an den medizinischen Universitäten, als auch im Spitalsbereich gilt: je höher die Karriereleiter, desto niedriger der Anteil an Frauen (FRAUENBericht Medizinische Universität Wien 2014). Dabei gibt es genügend Evidenz, dass eine Trendwende notwendig und von Nutzen wäre (1).

Manche Frauen wollen genau wie manche Männer Professorinnen und Chefinnen werden. Manche dieser Frauen wollen, genau wie manche dieser Männer, dabei auch ein erfülltes Familienleben führen. Die Vereinbarkeit dieser Lebensbereiche ist weiterhin sehr umstritten (persönliche Wahrnehmung der Autorinnen). Betreuungspflichten, mangelndes Mentoring oder Bevorzugung männlicher Kollegen sind oft erlebte Hindernisse im Lebensweg von Frauen.

Um auf Frauen in Führungspositionen nicht verzichten zu müssen, bedarf es gezielter Förderung und besonderer Maßnahmen. In großen Fachgesellschaften wie der American Heart Association und der American Society of Clinical Oncology gehört Frauenförderung unter #womeninscience oder #womeninmedicine mittlerweile zum Standard.

Die Endokrinologie hat von allen Zusatzfächern der Inneren Medizin den höchsten Frauenanteil hat (2). Genau deshalb muss die Fachgesellschaft für Veränderung eintreten und „best practice“ Beispiele zur Förderung und Unterstützung von Frauen in der Endokrinologie schaffen!

Um zu wissen, wo der Schuh drückt und wo Förderungen sinnvoll sind, wird in einem ersten Schritt der „Status Quo“ erhoben. Hierbei verlassen wir uns allerdings lieber auf einen von uns erstellten und völlig anonymisierten kurzen Fragebogen als auf Google.

Liebe Endokrinologinnen,

Indem Sie mitmachen, helfen Sie der ÖGES, für die Zukunft Maßnahmen zu setzen, die inhaltlich die Wünsche der weiblichen Mitglieder unserer Organisation spiegeln.

Hier geht's zum Fragebogen. Vielen Dank für Deine/Ihre Teilnahme!

<https://de.surveymonkey.com/r/QVY5FMD>

Literaturverzeichnis

1. Allen I (2005) Women doctors and their careers: what now? BMJ 331: 569-572.
2. Pelley E, Danoff A, Cooper DS, Becker C (2016) Female Physicians and the Future of Endocrinology. J Clin Endocrinol Metab 101: 16-22.

Wissenschaft

Frau Dr.ⁱⁿ Lana Kosi-Trebotic beschäftigt sich an der Medizinischen Universität Wien mit Wirkungen von gegengeschlechtlichen Sexualhormonen und sucht Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Gender-Inkongruenz (Transidentität) die sich einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen unterziehen.

Die Studie heißt „Effekte von Sexualhormonen auf Herzfunktion und Lipidgehalt von Herz und Leber sowie (anti)-atherogene Auswirkungen der gegengeschlechtlichen Hormontherapie und ihre Wirkung auf das Insulinsystem“.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen für unsere Studie unter dem Titel "Effekte von Sexualhormonen auf Herzfunktion und Lipidgehalt von Herz und Leber sowie (anti)-atherogene Auswirkungen der gegengeschlechtlichen Hormontherapie und ihre Wirkung auf das Insulinsystem" suchen wir Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Der zeitliche Aufwand beträgt ungefähr 2,5 Stunden wo eine MRT ohne Kontrastmittel sowie drauffolgend ein Zuckerbelastungstest durchgeführt werden. Die Teilnehmer erhalten eine finanzielle Entschädigung. Wir suchen sowohl Patienten vor der Hormontherapie als auch die die Therapie schon für entweder 1 Jahr, 5 bzw. 10 Jahre erhalten. Ziel unserer Studie ist es die geschlechtsspezifischen, kardiometabolischen Effekte der hochdosierten gegengeschlechtlichen Hormontherapie zu untersuchen.

Es handelt sich um eine Studie zur Früherkennung von Wirkung der gegengeschlechtlichen Hormontherapie auf das Risiko für Herz-Kreislauf- Erkrankungen. Diese soll dazu beitragen, Diagnosemöglichkeiten und Therapieoptionen in Zukunft zu verbessern. Der Zeitaufwand beträgt zweimalig ungefähr zwei Stunden und wird finanziell entschädigt.

Nähere Informationen: Medizinische Universität Wien

Ansprechpartner:
Dr.ⁱⁿ Lana Kosi-Trebotic
Mag.^a Karoline Leitner
Tel: +43 (0)1 40400 20690 lana.kosi-trebotic@meduniwien.ac.at

Informationen zu Medikamenten:

Wichtige Information des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen über das Risiko einer akuten Pankreatitis und verschärfte Ratschläge zur Kontrazeption in Zusammenhang mit der Anwendung von **Thiamazol**.

Zusammenfassung:

Risiko einer akuten Pankreatitis

- Nach Behandlung mit Thiamazol wurde über eine akute Pankreatitis berichtet.
- Bei akuter Pankreatitis ist die Behandlung mit Thiamazol sofort abzubrechen.
- Da eine erneute Exposition zu einem Wiederauftreten der akuten Pankreatitis mit verkürzter Auftrittszeit führen kann, darf dieses Arzneimittel nicht an Patientinnen und Patienten verabreicht werden, die nach Verabreichung von Thiamazol eine akute Pankreatitis in der Vorgeschichte hatten.

Verschärfte Ratschläge zur Empfängnisverhütung

- Eine erneute Überprüfung der verfügbaren Daten aus epidemiologischen Studien und Fallberichten stärkt den Nachweis, dass Thiamazol mit einem erhöhten Risiko für angeborene Fehlbildungen einhergehen kann, insbesondere bei hohen Dosen und bei Verabreichung im ersten Schwangerschaftstrimester.
- Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Behandlung mit Thiamazol wirksame Verhütungsmethoden anwenden.
- Hyperthyreose bei Schwangeren ist entsprechend zu behandeln, um schwerwiegende Komplikationen von Mutter und Kind zu vermeiden.
- Thiamazol darf während der Schwangerschaft nur nach einer strengen individuellen Nutzen-Risiko- Bewertung, nur in der niedrigsten wirksamen Dosis und nicht in Kombination mit weiteren Schilddrüsenhormonen verabreicht werden.
- Wenn Thiamazol während der Schwangerschaft angewendet wird, wird eine engmaschige Überwachung von Mutter, Kind und Neugeborenem empfohlen.

[Den ausführlichen Text finden Sie hier: https://www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/amtliche-nachrichten/2019/](https://www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/amtliche-nachrichten/2019/)

ÖGES – Save the Dates 2019:

2. Oberlecher Stoffwechselfseminar

25. – 29. März 2019 im Hotel Sonnenburg in Lech am Arlberg

[mehr Informationen](#)

Schilddrüsenultraschall Grundkurs im Rahmen der ÖGES Jahrestagung

24. April 2019 im Hörsaalzentrum des Universitätsklinikums Graz

24. Jahrestagung der ÖGES gemeinsam mit der OSDG und ANETS

24. – 26. April 2019 im Hörsaalzentrum des Universitätsklinikums Graz

[mehr Informationen](#)

8. Klinische Endokrinologie_Intensivkurs

07. – 09. November 2019 im Schloss Seggau



Weitere Termine finden Sie hier: <http://www.oeges.at/termine/>

ao. Univ. Prof. Dr. Michael Krebs
Redaktion: endogramm@oeges.at