

2015

Sächsisch-Thüringische Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin
und Kinderchirurgie

Jahrestagung

17./18. April 2015 in Weimar

Programm
und wissenschaftliche Beiträge



www.stgjkkm.de

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	2
Tagungsleitung	3
Tagungsort	3
Parkmöglichkeiten, Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln	3
Organisation/Tagungsbüro	3
Vorstand STGKJM e. V.	3
Tagungsgebühren	3
Informationen für Referenten, Vortrags- und Posterautoren	4
Zertifizierung	4
Gesellschaftsabend am 17. April 2015	4
Aussteller und Sponsoren	5
Übersichtsplan Aussteller und Sponsoren	6
Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex und AKG-Richtlinien	7
Tagungsprogramm Freitag, 17. April 2015	9
Praxisbezogene Weiterbildung	10
Pflegefortbildung	10
Eröffnung der Tagung	11
Psychosomatische Krankheitsbilder I	11
Posterrundgang	11
Psychosomatische Krankheitsbilder II	11
Tagungsprogramm Samstag, 18. April 2015	13
Mitgliederversammlung	14
Praxisbezogene Weiterbildung	14
Arbeiten in der Entwicklungshilfe oder in Krisenregionen, Tropenmedizin	14
Kinderschutz – Sichtweisen von Kinderärzten, Kinderchirurgen und Rechtsmedizinern	14
Postervorträge und Verleihung der Posterpreise	15
Posterpräsentation	17
Infektiologie/Tropenmedizin (P01-P07)	18
Kinderchirurgie (P08-P13)	18
Kinderschutz (P14-P19)	19
Neonatologie (P20-P29)	20
Sonstiges I (P30-P39)	21
Sonstiges II (P40-P49)	22
Abstracts	23
Abstracts – Vorträge	24
Psychosomatische Krankheitsbilder	24
Arbeiten in der Entwicklungshilfe oder in Krisenregionen, Tropenmedizin	25
Kinderschutz – Sichtweisen von Kinderärzten, Kinderchirurgen und Rechtsmedizinern	25
Abstracts – Poster	27
Infektiologie/Tropenmedizin (P01-P07)	27
Kinderchirurgie (P08-P13)	29
Kinderschutz (P14-P19)	31
Neonatologie (P20-P29)	34
Sonstiges I (P30-P39)	37
Sonstiges II (P40-P49)	41
Ehrenmitglieder der STGKJM, Arthur-Schlossmann-Preisträger	45
Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden	46

Grußwort



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Sie anlässlich der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie in Weimar zu begrüßen.

Wer von Ihnen aufmerksam beobachtet, welche Erkrankungen wir zunehmend in unseren Kinderkliniken und Kinderabteilungen behandeln, bemerkt, dass sich eine Verschiebung von traditionellen organischen Erkrankungen zu vielfältigen psychosomatischen Problemstellungen ergeben hat. Insofern wollen wir uns einem breiten Spektrum von „gesellschaftsassozierten“ Erkrankungen stellen und diese möglichst facettenreich erörtern.

Gleichzeitig scheint die Welt um uns herum durch immer mehr kriegerische Konflikte aus den Fugen zu geraten. Insofern kommen wir dem Wunsch insbesondere von jungen Kollegen nach und wollen die Tagung nutzen, um Ihnen einen Überblick über die Möglichkeiten einer Tätigkeit bei einer Entwicklungshilfeorganisation zu geben. Gerade dieses Spannungsfeld zwischen den häuslichen Wohlstandproblemen und den existenziellen Sorgen anderer Kulturen halten wir für präsentierungswürdig.

Wir wünschen uns, dass Sie mit Ihren Erfahrungen aktiv an der Tagung teilnehmen und so zu einem Gelingen des fachlichen Austausches beitragen.

Dr. med. Thomas Rusche
Tagungspräsident
Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar

Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt
Tagungspräsidentin
Universitätsklinikum Jena

Tagungsleitung

Dr. med. Thomas Rusche

Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Henry-van-de-Velde-Straße 2
99425 Weimar

Telefon: 03643/571500
Telefax: 03643/571502
E-Mail: t.rusche@klinikum-weimar.de

Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt

Universitätsklinikum Jena
Klinik für Kinderchirurgie
Erlanger Allee 101
07747 Jena

Telefon: 03641/9322701
Telefax: 03641/9322702
E-Mail: felicitas.eckoldt@med.uni-jena.de

Tagungsort

Leonardo Hotel Weimar
Belvederer Allee 25, 99425 Weimar
Telefon: 03643/7220

Parkmöglichkeiten, Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Kostenpflichtige Parkplätze stehen Ihnen auf dem Hotelparkplatz und in der Tiefgarage des Hotels zur Verfügung (6,00 € pro Tag).

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen Sie das Leonardo Hotel Weimar ab dem Hauptbahnhof Weimar mit der Buslinie 1 (Haltestelle gegenüber dem Hbf) in Richtung Ehringsdorf. Steigen Sie an der Haltestelle "An der Falkenburg" aus. Das Leonardo Hotel befindet sich ca. 50 m Entfernung auf der gleichen Straßenseite.

Organisation/Tagungsbüro

K.I.T. Group GmbH Dresden
Christina Norkus
Münzgasse 2
01067 Dresden

Telefon: 0351/4842722
Telefax: 0351/4956116
E-Mail: stgkjm@kitdresden.de

Vorstand STGKJM e. V.

1. Vorsitzender: PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle (Saale)
2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Klaus Mohnike, Magdeburg
Schatzmeister: Dr. med. Gunther Gosch, Magdeburg
Schriftführer: Dr. med. Simone Pöttsch, Plauen
1. Beisitzer: Dr. med. Andreas Baudach, Bad Salzungen
2. Beisitzer: Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt, Jena

Tagungsgebühren (Standardgebühr)

Mitglieder der STGKJM	60,00 €	Ehrenmitglieder	frei
Nichtmitglieder	70,00 €	Studenten, Rentner	frei
Pflegepersonal	25,00 €	Praxisbezogene Weiterbildungen	40,00 €

Informationen für Referenten, Vortrags- und Posterautoren

Autoren, deren wissenschaftliche Beiträge als Vortrag oder Poster angenommen wurden, müssen sich zu den normalen Tagungsgebühren registrieren. Dies ist nicht automatisch durch die Einreichung des Abstracts erfolgt.

Referenten: Im Vortragssaal sind Beamer und Notebook (Microsoft Office 2013) vorhanden. Bitte geben Sie Ihre Vorträge auf CD oder USB-Stick bis mindestens eine Stunde vor Beginn Ihrer Präsentation beim Saaltechniker ab.

Posterautoren: Für die Posterpräsentation stehen Posterwände zur Verfügung (maximale Größe der Poster: DIN A0, Hochformat, 84,1 cm x 118,9 cm), Befestigungsmaterial erhalten Sie im Tagungsbüro. Die Poster sind am 17.04.2015 zwischen 08:00 und 15:30 Uhr anzubringen. Ihre Posternummer entnehmen Sie bitte den Seiten 17ff. Die Poster sind am 18.04.2015 bis 14:00 Uhr von Ihnen wieder abzunehmen. Poster, die bis zum Tagungsende nicht abgenommen wurden, werden entsorgt.

Beim Posterrundgang am 17.04.2015 von 16:15 bis 17:00 Uhr wird erwartet, dass ein Autor anwesend ist und wesentliche Inhalte des Posters vorstellt; dafür sind ca. fünf Minuten je Poster vorgesehen.

Die Poster-Vorsitzenden werden nach dem Rundgang aus jeder Postergruppe jeweils ein Poster auswählen. Die Autoren werden mittels Aushang informiert und gebeten, ihr Poster im Rahmen der Posterpreissitzung am Samstag 14:00 bis 14:30 Uhr vorzustellen. Halten Sie deshalb bitte auch eine Powerpoint-Präsentation bereit. Mit maximal vier Folien sollen Fragestellung, Patienten und Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung dargestellt werden. Aus den insgesamt sechs Postern werden die besten drei Poster-Vorträge mit jeweils einem Posterpreis geehrt.

Zertifizierung

Die Teilnahmebescheinigungen erhalten Sie im Tagungsbüro. Die Teilnehmerlisten liegen im Tagungsbüro aus; bitte halten Sie Ihre Barcodeaufkleber bereit.

Ärzte: Die Jahrestagung und die Praxisbezogenen Weiterbildungen werden durch die *Landesärztekammer Thüringen* als Fortbildungsveranstaltung wie folgt anerkannt:

Gesamttagung	9 Punkte
Praxisbezogene Weiterbildung:	
Hördiagnostik für Kinderärzte	4 Punkte
Sehtest 1x1 in der Kinderarztpraxis	4 Punkte
Impfmedizinisches Seminar	4 Punkte
Mehrfamilientherapie in der Kinder- und Jugendpsychosomatik	4 Punkte
Nahtkurs für Kinderärzte	2 Punkte

Pflegekräfte: Im Rahmen der *Registrierung beruflich Pflegender* können für diese Veranstaltung insgesamt zehn Fortbildungspunkte (Teilnahme an einem Tag 6 Punkte, Teilnahme an zwei Tagen 10 Punkte) angerechnet werden.

Gesellschaftsabend am 17. April 2015 ab 19:00 Uhr in der Villa Haar

Am Abend des ersten Konferenztages laden wir Sie herzlich zu einem geselligen Beisammensein in die Villa Haar in Weimar ein. Die Villa Haar besticht durch ihren ganz besonderen Charme - nutzen Sie das entspannte Ambiente zum Austausch mit Kollegen.

Die Reservierung eines Tickets ist erforderlich; Preis pro Ticket 50,00 Euro inkl. Begrüßungsgetränk und Abendessen.

Aussteller und Sponsoren

Wir bedanken uns bei allen nachfolgend genannten Firmen für ihre Beteiligung und Unterstützung.

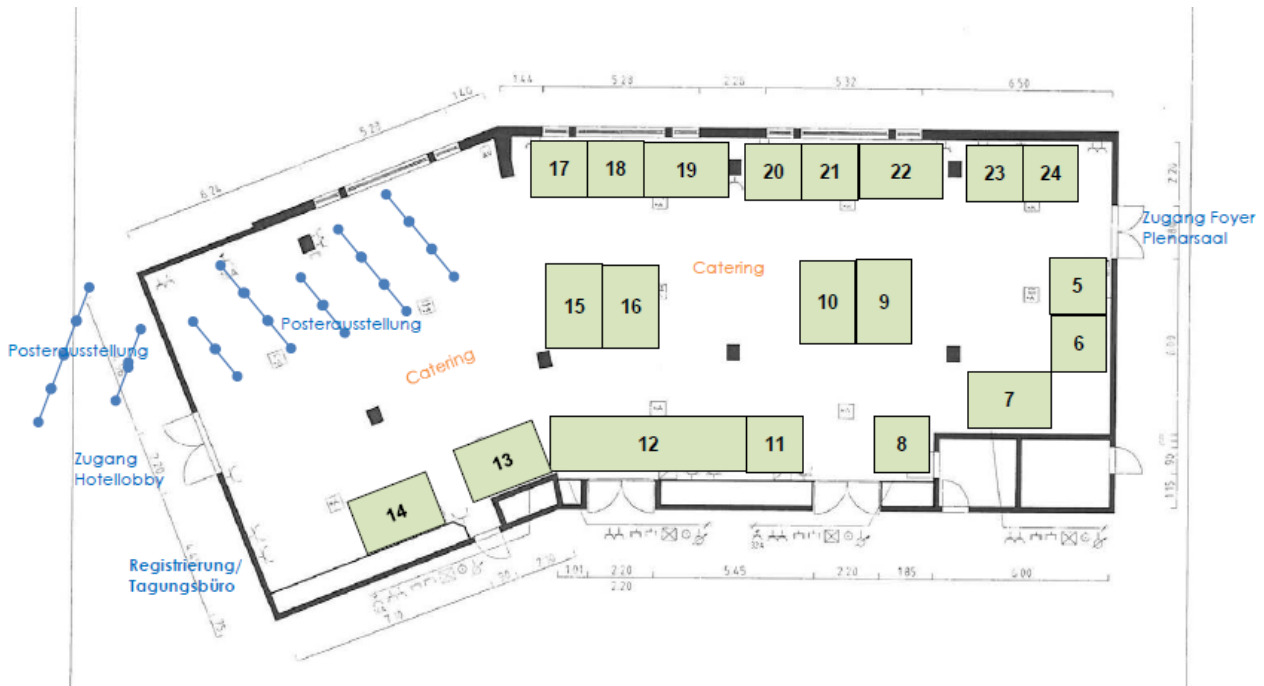
Folgende Aussteller freuen sich auf Ihren Besuch:

Standnummer

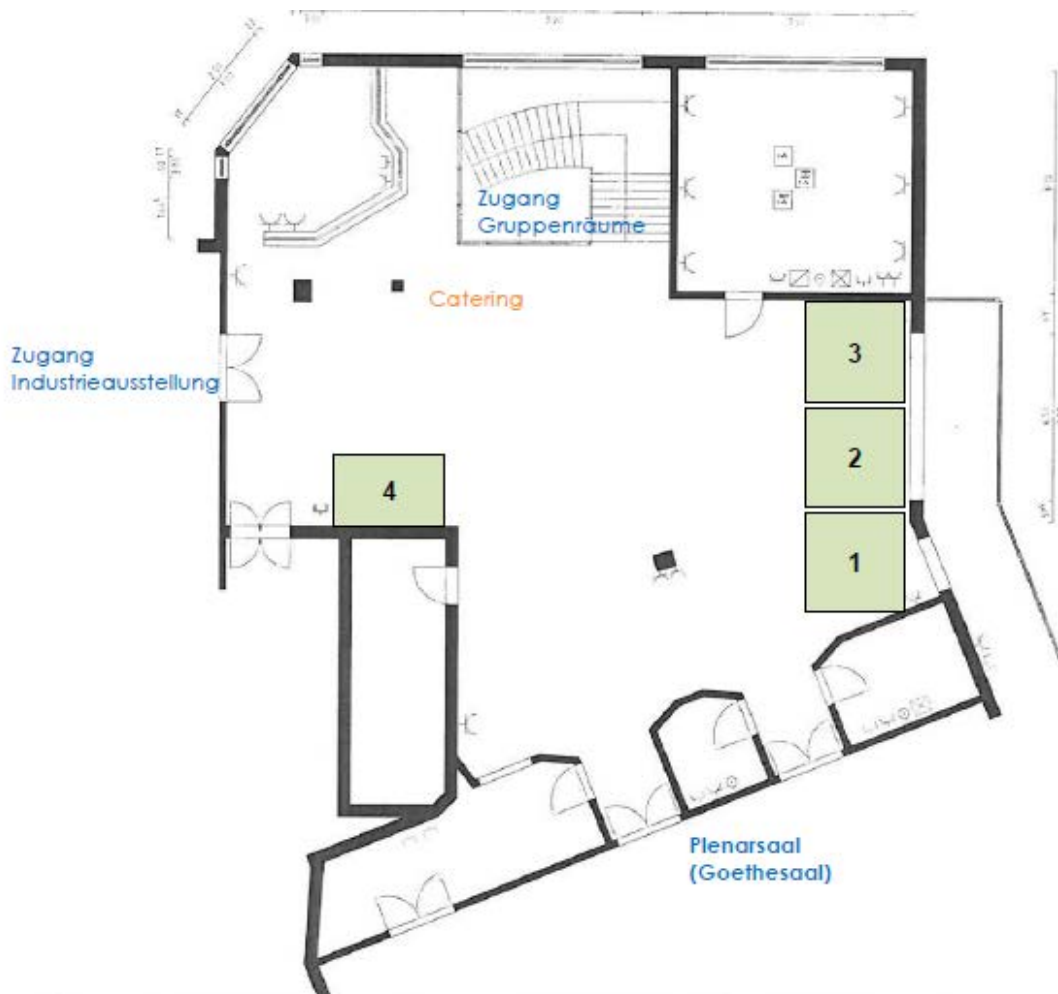
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG.....	17
AstraZeneca GmbH.....	15
Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche gGmbH.....	2
Coloplast GmbH	3
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG.....	14
Heinen + Löwenstein GmbH & Co. KG.....	22
HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG	7
Humana GmbH	18
Impromediform GmbH.....	6
Klinik Bavaria Zscheckwitz	20
Lilly Deutschland GmbH.....	11
MAICO Diagnostic GmbH.....	10
Milupa GmbH	16
Nestlé Nutrition GmbH.....	12
Novartis Pharma GmbH	23
pfm medical ag.....	19
Raptor Pharmaceuticals Germany GmbH.....	24
Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH.....	21
Shire Deutschland GmbH.....	8
Siemens AG.....	5
Trusetal Verbandstoffwerk GmbH	9
 <i>Gemeinnützige Vereine:</i>	
Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg, Kinderhospitz	4
SLO Deutschland e. V. Elterninitiative Smith-Lemli-Opitz	1

Übersichtsplan Aussteller und Sponsoren

Raum Belvedere



Foyer Goethesaal



Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex und AKG-Richtlinie

Im Sinne der Verhaltenskodizes der Vereine „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ und „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ werden die geleisteten Unterstützungen zur Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie 2015 der folgenden Mitgliedsunternehmen offengelegt:

Mitgliedsunternehmen	Umfang*	Gegenleistung
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG (FSA)	1.015,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten
AstraZeneca GmbH (FSA)	1.515,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG (FSA)	1.650,00 €	Informationsstand inkl. Standkosten, Werbemöglichkeiten
Lilly Deutschland GmbH (FSA)	1.000,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten
Novartis Pharma GmbH (FSA)	1.000,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten
Raptor Pharmaceuticals Germany GmbH (freiwillige Angabe)	1.000,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten
Shire Deutschland GmbH (AKG)	500,00 €	Standfläche und Werbemöglichkeiten

* Die genannten Beträge verstehen sich zzgl. MwSt.

Tagungsprogramm

Freitag, 17. April 2015

Praxisbezogene Weiterbildungen (Parallelveranstaltungen)

Hinweis: Eine vorherige kostenpflichtige Anmeldung ist erforderlich.

- 08:30 – 10:30 Uhr Seminar 1: Hördiagnostik für Kinderärzte (Raum Gropius II)**
U. Vorwerk, M. Loderstedt
*Universitätsklinikum Magdeburg, Universitätsklinik für Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde*
- 08:30 – 10:30 Uhr Seminar 2: Impfmedizinisches Seminar (Boardroom)**
G. Gosch¹, C. Gottschalk²
¹*Kinderarztpraxis am Domplatz, Magdeburg*
²*Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene,
Magdeburg*
- 11:00 – 13:00 Uhr Sehtest 1x1 in der Kinderarztpraxis (Raum Gropius II)**
N. Czekalla
Helios Vogtland-Klinikum Plauen
- 11:00 – 13:00 Uhr Mehrfamilientherapie in der Kinder- und Jugendpsychosomatik – Neue Chance zur Nutzung der Familienressourcen (Boardroom)**
K. E. Zillessen
Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
-
- 08:30 – 13:00 Uhr Pflegefortbildung (Goethesaal)**
Vorsitz: H. Spieler; Jena, A. Müller, Dresden
- 08:30 – 09:15 Uhr Perianale Irrigation in der Pädiatrie**
R. Müller
Coloplast GmbH, Field Specialist, Bowel Management
- 09:15 – 10:00 Uhr PAI – Anwendung in der Praxis**
S. Graul
Coloplast GmbH, SIEWA Homecare
- 10:00 – 10:45 Uhr Rund um die PEG**
A. Hufe
Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin IV
- 10:45 – 11:30 Uhr Aspekte der häuslichen Neugeborenenpflege aus Sicht der Hebamme/Familienhebamme**
E. Pirrhs
Hebammenlandesverband Thüringen e. V.
- 11:30 – 12:15 Uhr Umgang mit Eltern schwer erkrankter Kinder**
M. Rudovsky
*Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie*
- 12:15 – 13:00 Uhr Was kann die spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche leisten? – Aus der Arbeit des Brückenprojektes Dresden**
A. Müller
*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden,
Universitäts-Kinder- und Frauenzentrum*

13:00 – 14:00 Uhr **Pause und Besuch der Industrieausstellung**

14:00 – 14:15 Uhr **Eröffnung der Tagung** (Goethesaal)
L. Patzer, Halle (Saale); T. Rusche, Weimar

14:15 – 15:45 Uhr **Psychosomatische Krankheitsbilder I** (Goethesaal)
Vorsitz: E. Robel-Tillig, Leipzig; L. Hempel, Gera

14:15 – 14:45 Uhr **Stationäre Eltern-Kleinkind-Psychotherapie**
J. Nützel
Städtisches Klinikum München, Krankenhaus Harlaching, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik

14:45 – 15:15 Uhr **"Alle gegen einen" Was können wir gegen Mobbing in der Schule tun**
A.-B. Hintz
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

15:15 – 15:45 Uhr **Die Besorgte, die Erfolgreiche, die Organisierte und die zum Entzug Bereite – Erfahrungen mit der Betreuung von Familien mit Crystalkonsum in der Neonatologie und Geburtshilfe**
N. Lorenz; A. Lachnit; St. Schmidt; G. Müller; C. Schiebe; A. Borinsky; G. Heubner
Städtisches Klinikum Dresden Neustadt, Perinatalzentrum Dresden

15:45 – 16:15 Uhr **Pause und Besuch der Industrieausstellung**

16:15 – 17:00 Uhr **Posterrundgang**
Die Postergruppen entnehmen Sie bitte den Seiten 17ff.

17:00 – 18:15 Uhr **Psychosomatische Krankheitsbilder II** (Goethesaal)
Vorsitz: S. Pöttsch, Plauen; T. Rusche, Weimar

17:00 – 17:25 Uhr **Kopfschmerz im Kindes- und Jugendalter**
C. Wurst
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

17:25 – 17:50 Uhr **Differentialdiagnose des Bauchschmerzes**
S. Wolke
Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinderchirurgie

17:50 – 18:15 Uhr **Freizeit- und Medienverhalten, Adipositas und Metabolisches Syndrom**
S. Blüher
Universität Leipzig, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositaserkrankungen, Arbeitsgruppe Präventive Medizin

Ab 19:00 Uhr **Gesellschaftsabend in der Villa Haar**
Weitere Informationen finden Sie auf Seite 4.

Tagungsprogramm

Samstag, 18. April 2015

Ab 08:00 Uhr Registrierung

08:30 – 09:30 Uhr Mitgliederversammlung (Goethesaal)

Praxisbezogene Weiterbildung

Hinweis: Eine vorherige kostenpflichtige Anmeldung ist erforderlich.

08:30 – 09:30 Uhr Seminar 5: Nahtkurs für Kinderärzte (Raum Gropius II)

S. Wolke

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinderchirurgie

09:30 – 09:45 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

09:45 – 11:20 Uhr Arbeiten in der Entwicklungshilfe oder in Krisenregionen, Tropenmedizin (Goethesaal)

Vorsitz: G. Gosch, Magdeburg; B. Kretzschmar, Eisenach

09:45 – 10:10 Uhr **German Doctors**

I. Riemer

Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

10:10 – 10:40 Uhr **Arbeit mit Ärzte-ohne-Grenzen am Beispiel Südsudan**

C. Ochwadt

Nephrologisches Zentrum Niedersachsen, Hannoversch Münden

10:40 – 11:05 Uhr **Ebola**

M. Baier

Universitätsklinikum Jena, Institut für Medizinische Mikrobiologie

11:05 – 11:30 Uhr **Tropenpädiatrie**

B. Kretzschmar

St. Georg Klinikum Eisenach, Kinder- und Jugendmedizin

11:30 – 11:50 Uhr **Kinderchirurgie in den Tropen**

H. Mothes

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

11:50 – 12:15 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

12:15 – 13:55 Uhr Kinderschutz – Sichtweisen von Kinderärzten, Kinderchirurgen und Rechtsmedizinern (Goethesaal)

Vorsitz: F. Eckoldt, Jena; L. Patzer, Halle (Saale)

12:15 – 12:45 Uhr **Diagnose und Fehldiagnose der Kindesmisshandlung aus rechtsmedizinischer Sicht**

N. Beck

Universitätsklinikum Magdeburg, Facharzt für Rechtsmedizin

-
- 12:45 – 13:15 Uhr **Radiologische Aspekte der körperlichen Kindesmisshandlung**
H.-J. Mentzel
*Universitätsklinikum Jena, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,
Sektion Kinderradiologie*
- 13:15 – 13:35 Uhr **Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS)**
R. Oetter, F. Eckoldt-Wolke
*Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinderchirurgie, Thüringer Ambulanz für
Kinderschutz*
- 13:35 – 13:55 Uhr **Entwicklung eines überregionalen Kinderschutz-Konzeptes innerhalb der
HELIOS-Kliniken-Gruppe**
K. Großer¹; J.-U. Berger²
¹*Kinderschutz-Ambulanz Erfurt am HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie
& Kinderurologie*
²*Kinderklinik Gotha, HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf*
-
- 14:00 – 14:30 Uhr Postervorträge und Verleihung der Posterpreise** (Goethesaal)
T. Rusche, Weimar; L. Patzer, Halle (Saale)
-
- ca. 14:30 Uhr Ende der Tagung**
-

Posterpräsentation

Infektiologie/Tropenmedizin

Vorsitz: G. Heubner, Dresden

- P01 Persistierende Norovirusinfektion unter Immunsuppression**
B. Schulz¹; S. Wygoda¹; M. Henn¹; S. Hollenbach¹; M. Borte²
¹KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
²Klinik für Kinder und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- P02 Komorbidität bei einem afrikanischen Kind mit Fieber**
C. Kielwagen¹, A. Möckel¹, K. Nißler¹, T. Grünewald², N.Kellner²
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Sana Kliniken Leipziger Land, Borna
²Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie, Klinikum St. Georg Leipzig
- P03 Erfahrungsbericht: Einsatz in den Slums von Kalkutta für „German Doctors“**
J. Winterhalter
Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
- P04 Fulminante FSME-Encephalomyelitis bei einem Schulkind**
H. Ewertowski¹, S. Pankau¹, C. Vogel², S. Pöttsch¹
¹HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen
²Klinikum Chemnitz gGmbH
- P05 Fallbericht: Unklarer Parotistumor – Nachweis von Mycobacterium avium**
M. Rupietta, M. Zurek, M. Borte
Klinikum St. Georg Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- P06 6-jähriger Junge mit Cerebellitis und enzephalitischen Symptomen (Wesensveränderung, Hypersomnie) bei V.a. Mykoplasmen-Infektion**
S. Eichholz, S. Schmidt, A. Lachnit, G. Heubner
Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- P07 Tularämie bei zwei Kindern im Kreis Leipziger Land**
K. Nißler, R. Tauchnitz-Hiemisch, R. Jähmig, M. Heruth, A. Möckel
Sana Kliniken Leipziger Land

Kinderchirurgie

Vorsitz: R. Finke, Halle (Saale)

- P08 Encephalocele- eine seltene Differentialdiagnose?**
C. Spillner¹, B. Brett¹, D. Class², A. Köhn³, A. Reißmann³
¹Kinderzentrum Magdeburg gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum Magdeburg
²Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
³Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- P09 Analyse verschiedener Risikofaktoren und Prävalenzentwicklung der Gastroschisis im Zeitraum 2003 bis 2010 in Leipzig**
J. Kruscha, E. Robel-Tillig
Klinikum St. Georg Leipzig
- P10 Akute Appendizitis bei vollständiger Invagination der Appendix vermiformis.**
H.-J. Haß, H. Krause

P11 Appendektomie nach Fremdkörperingestion bei einem 3-jährigen Kind

E. Braun¹, C. Spranger¹, A. Polednia², C. Geyer³

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

³Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

P12 Laparoskopische Antirefluxplastik im Kindesalter – eine Alternative?

T. Lehnert, C. Hempel, S. Wygoda, C. Geyer

Klinikum St. Georg Leipzig, Kinderchirurgie

P13 Notfall Knopfzellingestion – Therapiemanagement

T. Lehnert, C. Hempel, C. Spranger, M. Zurek, C. Geyer

Klinikum St. Georg Leipzig, Kinderchirurgie

Kinderschutz

Vorsitz: I. Riemer, Weimar

P14 Stellenwert der Gerinnungsdiagnostik zur Abklärung misshandlungsverdächtiger Blutungen im Kindesalter – Eine pädiatrisch-hämostaseologische Einschätzung

R. Knöfler

für die Projektgruppe „Kindesmisshandlung“ des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Pädiatrische Hämostaseologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

P15 Stellenwert der Gerinnungsdiagnostik zur Abklärung misshandlungsverdächtiger Blutungen: Ergebnisse einer Umfrage in den Kinderkliniken von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in den pädiatrischen Zentren des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)

I. Watzer-Herberth, R. Knöfler

für die Projektgruppe „Kindesmisshandlung“ des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Hämostaseologie, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

P16 Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen – Projektergebnisse und Schritte in die Verstetigung

J. Bonitz¹, A. Heilmann², A. Neumann², M. Schulz², F. Schwier¹, R. Berner², G. Fitze¹

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden:

1 Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

2 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

P17 Vorstellung der Arbeit der Kinderschutzgruppe und -ambulanz Helios Klinikum Erfurt

J. Winterhalter, K. Großer

Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

P18 Aus der Arbeit der Kinderschutzgruppe: wie können Grenzfälle mit kinderchirurgischen Leitsymptomen gemanagt werden? – Zwei aktuelle Fallberichte

A. Springer, K. Großer

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Kinderschutzambulanz, Helios Klinikum Erfurt

P19 Kinderschutzgruppe Suhl

H. Belger, J. Ehring, Ch. Weiland, F. Linke
SRH Klinikum Suhl, Klinik für Kinderchirurgie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SPZ Suhl

Neonatologie

Vorsitz: H. Proquitté, Jena

P20 Ergebnisse der 2-Jahresuntersuchung ehemaliger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht < 1500 Gramm mittels BSID-II an einem kleinen Perinatalzentrum Level 1

C. Wurst, F. Wiedemann, A. Jäger
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum

P21 Arthrosonografie bei Früh- und Neugeborenen zur Bestimmung der Epiphysenverknöcherung von proximaler Tibiaepiphyse, proximaler Femur- und distaler Femurepiphyse in Abhängigkeit vom Gestationsalter

D. Windschall¹, M. Pommerenke¹, R. Haase²
¹*Asklepios Hospital Weissenfels, Department of Pediatrics*
²*University of Halle-Wittenberg, Department for Neonatology*

P22 Postpartale Tachykardie bei passagerer Hyperthyreose des Neugeborenen

K. Lücke, L. Braun, P. Flosdorff, H.-J. Bittrich
HELIOS Klinikum Erfurt, Neonatologie

P23 Das Bland-White-Garland-Syndrom (BWG) als wichtige Differentialdiagnose und Ursache einer Mitralinsuffizienz bei einem Frühgeborenen

C.J. Schürer¹, D. Vilser², K. Dawczynski¹, H. Proquitté¹
¹*Sektion Neonatologie und Päd. Intensivmedizin, Universitätskinderklinik Jena*
²*Sektion Kinderkardiologie, Universitätskinderklinik Jena*

P24 Das reanimations-/behandlungsbedürftige Neugeborene im Geburtshaus

S. Haufe, E. Robel-Tillig
Sankt Georg Leipzig - Klinik für Neonatologie

P25 Hygienemaßnahmen in der Neonatologie – Was ist wichtig?

K. Dawczynski
Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Sektion Neonatologie

P26 Die interdisziplinäre Versorgung eines rupturierten "Giant Omphalocele" beim Frühgeborenen

N. Liebers, S. Wolke, K. Dawczynski, F. Eckoldt, H. Proquitté
¹*Sektion Neonatologie und Päd. Intensivmediziner der Universitätskinderklinik Jena*
²*Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena*

P27 Steigender Konsum von Crystal meth in Sachsen und dessen Risiken für Schwangere und Neugeborene - Erfahrungen eines Level I Zentrums

J. Dinger
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät der TU Dresden

P28 Die Rolle des Faktor XIII Mangels als Risikofaktor für intrakranielle Blutungen bei Frühgeborenen

M. Knüpfer, H. Rolle
Universitätsklinik Leipzig

P29 **Posteriores Reversibles Enzephalopathiesyndrom (PRES) – seltene peripartale Komplikation einer 15-jährigen Patientin**

K. Brockauf-Knothe¹, T. Porrmann², S. Seeger³, S. Patzer¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

²Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

³Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

Sonstiges I

Vorsitz: K. Mohnike, Magdeburg

P30 **Trichorhinophalangeales Syndrom**

J. Becher, Dr. med. A. Lemmer, Dr. med. A. Sauerbrey, Dr. med. S. Demuth, S. Weidensee
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Erfurt

P31 **Vierjähriger Knabe mit Williams Beuren Syndrom und QT-Verlängerung**

N. Lorenz¹, M. Lenné², G. Heubner¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt

²Klinische Genetik, Kinderzentrum Dresden

P32 **Das adrenogenitale Syndrom – Fallvorstellung**

F. Kaufmann¹, A. Ahmad¹, A. Reißmann²

¹Harzklinikum Dorothea Christiane Erleben, Quedlinburg

²Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg

P33 **Häufigkeit von Hörstörungen in Sachsen-Anhalt - Überblick ab 2009**

A. Köhn¹, A. Reißmann¹

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

P34 **Schleichende Visusminderung – Diagnostikfalle cMRT**

N. Zetzsche, H. Knöfler, B. Meier, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Wermsdorf

P35 **Ein klarer Fall – oder?**

C. Pinkwart, C. Doerfel, C. Schürer, D. Steuernagel, D. Vilser, H.J. Mentzel, H. Proquitté

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena

P36 **Case report: Borderline Ovarialtumor bei einem 12 jährigen Mädchen**

A. Skorna, W. Eschrich, T. Rusche, F. Eckoldt

Klinik für Kinderchirurgie Jena

P37 **Ausgedehnte Manifestation einer tumorösen Kalzinose bei einem 10-jährigem Mädchen**

A. Sauerbrey¹, K. Großer², V. Zindel³

¹Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

²Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

³Klinikum Bad Salzungen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

P38 **Das fibröse Hamartom des Kindesalters – ein Fallbericht**

C. Hempel¹, E. Braun¹, T. Lehnert², V. Wiechmann³, C. Geyer²

¹Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

²Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

³Institut für Pathologie und Tumordiagnostik, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

P39 Trauma, Krampfanfall, Stoffwechselerkrankung oder Infektion? Ein rätselhafter Fall.

M. Hagenberg¹, R. Wagner², I. Dähnert², L. Patzer¹

¹Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/Saale, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

²Herzzentrum Leipzig, Klinik für Kinderkardiologie

Sonstiges II

Vorsitz: J. Seidel, Jena

P40 Die Macht der Psyche – psychogene Lähmung

H. Knöfler, B. Meier, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Wernsdorf

P41 Schwere Dystrophie beim Kleinkind – Organische Ursache, Fütterstörung oder beides?

M. Reitmann¹, K. Nissler¹, M. Heruth¹, K. Burdack¹, E. Thoms², A. Möckel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kliniken Leipziger Land, Borna

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Park-Klinikum Leipzig

P42 abgesagt

P43 Lymphangiom und T-Zell-Lymphopenie – Ein Fallbericht

N. Benecke¹, W. Deppe¹, A. Wroblewski², M. Gahr¹

¹Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Klinik Bavaria Zscheckwitz, Kreischa/ Dresden

²St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

P44 Peritonealdialyse bei Muskeldystrophie Duchenne – zwei Fallberichte

S. Wygoda, M. Henn, S. Hollenbach, B. Schulz

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und KfH Nierenzentrum für Kinder- und Jugendliche

P45 Auftreten eines Retropharyngealabszesses unter einer Therapie mit Infliximab bei M. Crohn – eine schwerwiegende Nebenwirkung

C. Spranger¹, E. Braun¹, M. Zurek¹, Th. Richter², M. Borte¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, FKH Hubertusburg, Wernsdorf

P46 Zöliakie – ein Mysterium. Fallbeispiel mit Praxisempfehlung

M. Zurek¹, C. Spranger¹, Th. Richter²

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig,

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, FKH Hubertusburg, Wernsdorf

P47 Adam-Stokes-Anfälle als Differentialdiagnose zur Epilepsie. Eine Kasuistik.

S. Patzer¹, R. Gebauer², L. Patzer¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

²Klinik für Kinderkardiologie, Universität Leipzig, Herzzentrum

P48 Akute postinfektiöse Glomerulonephritis – eine Häufung im Jahr 2014

G. Bertram, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara, Halle/S.

P49 Diagnostik-Panel für aHUS und MPGN: genetische Untersuchung, medizinische Indikation und Methode

M. Nagel, S. Nagorka, M. Benke, M. Brzeska

Molekulargenetisches Labor, Zentrum für Nephrologie und Stoffwechsel, Weißwasser

Abstracts

der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie,
17. bis 18. April 2015 in Weimar

Abstracts – Vorträge

Psychosomatische Krankheitsbilder

Stationäre Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

J. Nützel

Städtisches Klinikum München, Krankenhaus Harlaching, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik

Die gemeinsame Behandlung von Eltern und ihren Kleinkindern erfreut sich zunehmenden Interesses von Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und hat durch die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen sowie in diesem Zuge implementierten Modellprojekten eine zusätzliche Bedeutung erhalten. Im PEPP-System ist dieses besondere Behandlungssetting in einem eigenen Code abgebildet.

Im Workshop sollen die Charakteristika der stationären Behandlung von Eltern und ihren Kleinkindern vorgestellt werden mit Blick auf die drei wesentlichen „Säulen“ der Behandlung: Behandlung der Kinder, Beratung/Behandlung der Eltern, Behandlung vorhandener Interaktionsstörungen.

Dabei soll im Workshop auch die Möglichkeit bestehen, auf besondere Spezifika in der Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kleinkindern einzugehen: Hohe Rate an peri- und postnatalen Belastungsfaktoren z.B. in Zusammenhang mit extremer Frühgeburtlichkeit, Behandlungsmöglichkeiten bei Vorliegen von Traumafolgestörungen.

"Alle gegen einen" Was können wir gegen Mobbing in der Schule tun

A.-B. Hintz

HELIOS Klinikum Erfurt GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Thema des Vortrages ist Mobbing in der Schule. Definition, Einteilung und Arten von Mobbing sowie beteiligte Personengruppen werden aufgeführt, zusätzlich die Folgen bei den Opfern. Ziel ist es Möglichkeiten zur Prävention von Mobbing zu diskutieren sowie das Aufzeigen von konkreten Strategien in Mobbing-situationen. Schlussfolgernd wird genannt wie wir Kinderärzte Betroffene erkennen und ihnen helfen können.

Die Besorgte, die Erfolgreiche, die Organisierte und die zum Entzug Bereite – Erfahrungen mit der Betreuung von Familien mit Crystalkonsum in der Neonatologie und Geburtshilfe

N. Lorenz; A. Lachnit; St. Schmidt; G. Müller; C. Schiebe; A. Borinsky; G. Heubner

Städtisches Klinikum Dresden Neustadt, Perinatalzentrum Dresden

Einleitung: Sachsen, Thüringen und Bayern verzeichnen in den letzten 5 Jahren einen sprunghaften Anstieg der Häufigkeit des Gebrauchs von Methamphetamin (Crystal) unter den Anwendern illegaler Drogen. Altersstruktur der Konsumenten und Wirkungen der Droge wie gesteigerte Libido, gestörte Körperwahrnehmung, mangelnde Verhütung wegen sozialen Abstiegs und gewollte Schwangerschaft als Weg ins normale Leben führen zu einem sprunghaften Anstieg der Zahl schwangerer Drogenkonsumenten. Verspätete Wahrnehmung der Schwangerschaft, mangelnde Vorsorge und soziale Deprivation kennzeichnen diese Klientel. Nur das frühzeitige Erkennen betroffener Schwangerer kann das hohe Risiko für die kindliche Gesundheit der Neugeborenen dieser Mütter senken.

Methode: Entwickelt wurde ein multimodales Betreuungskonzept zum Umgang mit drogenkonsumierenden Schwangeren und Müttern. Die Darstellung der typischen psychosozialen Struktur methamphetamin-konsumierender Frauen und Mädchen soll das Erkennen von Risikoschwangeren ermöglichen. Anhand mehrerer Fallbeispiele werden prototypische Probleme der Betreuung dieser Familien aufgezeigt.

Diskussion: Das Dresdner Betreuungskonzept für Schwangere, Mütter und Familien mit Drogenkonsum, ist ein mögliches, in der Praxis bewährtes Betreuungsmodell, das psychologische, psychosoziale und pädiatrische Kompetenz im geburtshilflich-neonatologischen Setting bündelt.

Kopfschmerz im Kindes- und Jugendalter

C. Wurst

SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Kopfschmerzen sind ein häufiger Vorstellungsgrund in den kinderärztlichen Praxen. Bis zu 40 % aller Schulkinder haben mindestens einmal wöchentlich Kopfschmerzen. Die Migräneprevalenz wird bei fast 8 % angegeben. Häufigste Kopfschmerzformen im Kindes- und Jugendalter sind der Spannungskopfschmerz

und die Migräne, die sich oft kaum unterscheiden lassen. Eine ausführliche Anamnese ist entscheidend für die Einordnung der Symptomatik in primäre oder sekundäre Kopfschmerzen. Die Vielfalt der Ursachen wird im Vortrag ebenso dargestellt wie aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. Kopfschmerzen sind ein klassischer psychosomatischer Symptomenkomplex. Ihre Behandlung erfordert immer die Berücksichtigung der psychosozialen Situation eines Kindes. Eine Reduktion von Stressoren sowie die Verbesserung von Alltagsfaktoren kann die Symptomatik positiv beeinflussen. Die rechtzeitige und konsequente Behandlung der Kopfschmerzen kann die Chronifizierung verhindern und die Langzeitprognose verbessern.

Differentialdiagnose des Bauchschmerzes

S. Wolke

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinderchirurgie

Der Bauchschmerz ist ein sehr häufiges und typisches Symptom im Kindesalter. Eine Vielzahl pädiatrischer und kinderchirurgisch relevanter Erkrankungen könne die Ursache sein. Die differentialdiagnostischen Erwägungen müssen sich an der Dringlichkeit, der Häufigkeit der Erkrankung und auch am Alter des Kindes orientieren. Relevante Erkrankungen werden unter Berücksichtigung der betroffenen Organen und ihrer Häufigkeit in bestimmten Altersgruppen betrachtet. Der kinderchirurgische Aspekt wird dabei besonders gewürdigt.

Arbeiten in der Entwicklungshilfe oder in Krisenregionen, Tropenmedizin

Arbeit mit Ärzte-ohne-Grenzen am Beispiel Südsudan

C. Ochwad

Nephrologisches Zentrum Niedersachsen, Hannoversch Münden

Im Vortrag wird es zunächst um allgemeine Informationen zur Mitarbeit bei Ärzte-ohne-Grenzen gehen, anschließend um Einsatzerfahrungen aus dem Südsudan.

Kinderchirurgie in den Tropen

H. Mothes

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Kinderchirurgie findet in vielen Ländern mit mittlerem und niedrigem Durchschnittseinkommen kaum statt. Da die Kindersterblichkeit sowieso bei etwa 20% liegt, wird sie für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen um einiges höher sein. Es gibt keine Fachärzte; Fördergelder und nationale Gesundheitsprogramme konzentrieren sich auf die Verbesserung der peripartalen Mutter-Kind-Versorgung, bei der die Behandlung chirurgischer Krankheitsbilder oft nicht vorgesehen ist.

Dabei bedarf eine kinderchirurgische Grundversorgung keines besonderen strukturellen Aufwandes; sie ist kosteneffizient, verhindert lebenslange Behinderung und Abhängigkeit des Patienten und kann vielfach auch von Medical Officern durchgeführt werden. Es gibt Beispiele für erfolgreich eingeführte Programme zur Behandlung von Kindern mit Verbrennungen, Klumpfuß, Lippenpalte und Hydrozephalus, deren flächendeckende Implementierung möglich und zu fordern ist.

Kinderschutz – Sichtweisen von Kinderärzten, Kinderchirurgen und Rechtsmedizinern

Diagnose und Fehldiagnose der Kindesmisshandlung aus rechtsmedizinischer Sicht

N. Beck

Universitätsklinikum Magdeburg, Facharzt für Rechtsmedizin

Im rechtsmedizinischen Alltag werden vorwiegend Opfer von Gewalteinwirkungen – nicht nur erwachsene Personen, auch Kinder und Säuglinge – untersucht. So hat es zumeist den Anschein, denn man sieht ein verletztes Kind und verletzte Kinder legen nun mal die Rolle des Opfers nahe. Doch wie verhält es sich mit selbst zugefügten oder Unfallverletzungen? Wie verhält es sich damit, dass Verletzungen zwar von anderen

Personen zugefügt wurden, aber der primär angenommene Tatablauf dramatischer sein sollte, als es die Verletzungen hergeben? Wird ein Tatverdächtiger möglicherweise zu Unrecht in Polizeigewahrsam oder Untersuchungshaft genommen? Da stellt sich zudem die Frage, wie nahe man mit der Interpretation von Verletzungen der abgelaufenen Realität kommt. Es geht nicht selten vor allem auch darum, den Nichttäter mit hinreichender Sicherheit und frühzeitig zu erkennen! Im Vortrag werden sicherlich nicht alle aufgeworfenen Fragen beantwortet, aber es soll an mehreren Fallbeispielen zum kritischen Denken, Arbeiten und Hinterfragen der begutachtenden Disziplinen angeregt werden.

Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS)

R. Oetter, F. Eckoldt-Wolke

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinderchirurgie, Thüringer Ambulanz für Kinderschutz

In diesem Beitrag wird der Aufbau, die Struktur und die Arbeitsweise der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz präsentiert und näher erläutert. Interne, wie auch externe Kooperationspartner werden aufgezeigt, sowie die interdisziplinäre Kommunikation in den Fokus gestellt.

Die Thüringer Ambulanz für Kinderschutz sitzt an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Daraus ergeben sich nicht lediglich schwierige Fragestellungen aus dem medizinisch-fachlichen Bereich, sondern zusätzlich sozialpädagogische Fragestellungen und Problematiken. Dieses Dilemma muss durch interdisziplinäre Zusammenarbeit überwunden werden und soll anhand von Fallbeispielen aus der täglichen Praxis der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz veranschaulicht werden.

Entwicklung eines überregionalen Kinderschutz-Konzeptes innerhalb der HELIOS-Kliniken-Gruppe

K. Großer¹; J.-U. Berger²

¹*Kinderschutz-Ambulanz Erfurt am HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie & Kinderurologie*

²*Kinderklinik Gotha, HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf*

Die HELIOS Kliniken-Gruppe hat in allen Regionen Deutschlands mehrere Kliniken für Kinderheilkunde, Kinderchirurgie und Kinderpsychiatrie sowie Rehabilitationseinrichtungen und Reha-Kliniken im Angebot für pädiatrische Patienten.

Im Kontext zur Sicherung des Kindeswohles in möglichst allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ist auch eine Diskussion zu verbesserten Formen der Gewährleistung des Kinderschutzes innerhalb der HELIOS Kliniken-Gruppe aufgenommen worden. Dabei sind sowohl organisatorisch- strukturelle Gesichtspunkte wie auch ganz praktische Lösungsansätze im klinischen Alltag diskutiert.

Die Vernetzungsstruktur der HELIOS- Häuser lässt somit komplexe und weiter umfassende Lösungen auch für kleine Kinderklinik- Einrichtungen zu und ermöglicht die Mitnutzung der Expertise von bereits erfahrenen etablierten Kinderschutz-Ambulanzen im Dialog auf kurzem Wege.

Es wird das entwickelte Kinderschutz- Konzept als ein überregionales Beispiel-Netzwerk in Deutschland vorgestellt.

Abstracts – Poster

Infektiologie/Tropenmedizin

P01 Persistierende Norovirusinfektion unter Immunsuppression

B. Schulz¹, S. Wygoda¹, M. Henn¹, S. Hollenbach¹, M. Borte²

¹KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für Kinder und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Falldarstellung: 8 Jahre alter Junge (Z.n. HUS 09/2012, Z.n. Nierentransplantation 12/2013) erkrankte im Juni 2014 an einer Norovirusenteritis (stationärer Aufenthalt mit starkem Anstieg des Tacrolimusspiegels und entsprechender Dosisanpassung). Im Juli 2014 signifikanter Kreatininanstieg / akute Verschlechterung der Transplantatfunktion sowie Gewichtsabnahme von 2,5 kg (stationärer Aufenthalt mit intensiver Infusionstherapie / Verzicht auf Nierenbiopsie möglich). Bis September 2014 weitere 3,0 kg Gewichtsverlust, rezidivierendes Erbrechen mit Bauchschmerzen, Stuhlkonsistenz wechselnd (stationärer Aufenthalt mit Nachweis einer persistierenden Norovirusinfektion und Ausschluß anderer gastroenterologischer Ursachen, Gabe von Gamunex oral mit anhaltender Besserung). Seitdem ambulante Weiterbetreuung mit nun massiver Gewichtszunahme von 10 kg in 4 Monaten.

P02 Komorbidität bei einem afrikanischen Kind mit Fieber

C. Kielwagen¹, A. Möckel¹, K. Nißler¹, T. Grünewald², N.Kellner²

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Sana Kliniken Leipziger Land, Borna

²Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie, Klinikum St. Georg Leipzig

Kasuistik: Ein 2-jähriges Flüchtlingskind aus dem Sudan (Afrika) wird mehrfach in Kinderkliniken in Deutschland wegen rezidivierenden Fiebers ambulant vorgestellt. Nach der stationären Aufnahme in unserer Klinik zeigt sich, dass das Kind akut an einer Pneumonie erkrankt ist. Die Paraklinik weist neben einer Anämie eine hohe Leukozytose auf (Leuko 43,2, CrP 87,8, Hk 0,28, Hb 5,4). Aufgrund der Anamnese und der Herkunft des Kindes werden weitere Untersuchungen veranlasst. Dabei werden Plasmodienformen (Gametozyten) im Blut nachgewiesen, die auf eine chronische Malaria tropica hinweisen. Nach einer antibiotisch-antiparasitären Therapie mit Cefotaxim, Clindamycin und Atovaquon-Proguanil (Malarone) kommt es zur Genesung. Die Mutter des Kindes ist zeitgleich stationär aufgenommen. Sie hustet blutig (Hämoptysen). Bei ihr und dem Kind wird u.a. eine differentialdiagnostisch mögliche Tuberkulose ausgeschlossen.

Schlussfolgerung: Die steigende Emigration und Globalisierung erfordert eine Auseinandersetzung mit (Tropen-)Krankheiten, die bisher in unseren Regionen als selten galten. Unter ihnen ist die Malaria auch heute noch eine der häufigsten Infektionskrankheiten. Sie tritt v.a. in Afrika auf und fordert täglich hunderte Opfer. Bei Patienten, die mit (periodischem) Fieber aus dem Ausland wiederkehren, sollte stets auch an eine Malaria gedacht werden.

P03 Erfahrungsbericht: Einsatz in den Slums von Kalkutta für „German Doctors“

J. Winterhalter

Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

Einleitung: German Doctors e.V. – sind eine international tätige Organisation, die unentgeltlich arbeitende Ärzte in Projekte entsendet.

Zielstellung: Wie gestaltet sich die alltägliche Arbeit in den Projekten der „German Doctors“ anhand eines Erfahrungsberichtes aus einem 6 wöchigen Aufenthalt in Kalkutta vom 5.4. – 18.5.2013.

Methode: Auswertung der Patientenzahlen und erhobenen Diagnosen unter Einbezug der zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Optionen.

Ergebnisse: Die Überbevölkerung, die armutsbedingte Ernährung und die Hygienesituation der innerstädtischen Ghettos bestimmen das Krankheitsspektrum, das die German Doctors zu sehen bekommen. Dieses wird dominiert von Infektionskrankheiten, die von Infekten bis hin zu Seuchenerkrankungen, z.B. Tuberkulose, reichen. Ein wichtiges Anliegen ist die Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit.

Diskussion: Es gilt, im ärztlichen Alltag neben der bewährten und zu allererst notwendigen Basismedizin individuell abzuwägen, welche medizinische Maßnahme sinnvoll ist, um möglichst viel Lebenszeit und –qualität für viele Menschen mit den zur Verfügung stehenden, finanziell begrenzten Mitteln, zu erzielen.

Schlussfolgerung: Dieser Ansatz der täglichen Triage unter einfachsten Bedingungen ist eine besondere Herausforderung. Eine Arbeit, die sich in jeder Hinsicht lohnt und sowohl finanziell als auch mit Engagement und Arbeitskraft unterstützt werden sollte.

P04 Fulminante FSME-Encephalomyelitis bei einem Schulkind

H. Ewertowski¹, S. Pankau¹, C. Vogel², S. Pötzsch¹

¹HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen

²Klinikum Chemnitz gGmbH

Einleitung: Die Frühsommer-Meningo-Encephalitis (FSME) stellt als endemische Zoonose ein stetig ansteigendes Gesundheitsproblem sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern dar. Ursache ist eine Infektion mit dem FSME-Virus, einem Flavivirus, übertragen durch *Ixodes ricinus*. Das klinische Erkrankungsspektrum reicht von asymptomatischen Verläufen bis hin zu schweren Encephalomyelitiden. Die Gefahr von Residuen steigt mit dem Lebensalter.

Fallbericht: 9 Jahre alter Patient aus FSME-Risikogebiet, Z.n. Zeckenbiss im Raum Chemnitz vor 4 Wochen, Z.n. aktiver FSME-Immunisierung vor 14 Tagen. Aufnahme bei Kopfschmerzen, verwaschener Sprache sowie Verhaltensauffälligkeiten seit einem Tag.

Ergebnisse: Hemiparese der unteren Extremität links, periphere Facialisparese links. Kongruente Befunde im cMRT. LP mit Nachweis von 31 Zellen. Fieber und Halluzinationen. Verlegung auf auswärtige Kinder-ITS, Beatmungspflicht für 5 Tage. Serologischer Nachweis der FSME-Infektion mit Titeranstieg. Zur Entlassung in die Rehabilitation noch deutliche Residuen im Sinne einer Hemiparese links.

Schlussfolgerung: Wir beschreiben den Fall einer fulminanten FSME-Encephalomyelitis bei einem Schulkind, bei kürzlich erfolgter Immunisierung und vermutlicher Infektion in einem Nicht-Risiko-Gebiet. Epidemiologische Auswertungen zu Verlauf und Outcome der Erkrankung beziehen sich zumeist auf ungeimpfte Patienten in Risikogebieten. Zu diskutieren ist der immunologische Einfluss der Vakzination bei unserem Patienten.

P05 Fallbericht: Unklarer Parotistumor – Nachweis von *Mycobacterium avium*

M. Rupietta, M. Zurek, M. Borte

Klinikum St. Georg Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Einleitung: Weichteilschwellungen von Kopf und Hals sind häufiger Vorstellungsgrund im pädiatrischen Alltag und stellen hohe Ansprüche an Diagnostik und Therapie.

Zielstellung: Es erfolgte die retrospektive Aufarbeitung der Betreuung eines Mädchens, das mit einer derben Schwellung in der Parotisloge vorgestellt wurde.

Methode: Anamnestisch, laborchemisch und serologisch ergaben sich keine Anhaltspunkte für die Ätiopathogenese. Sonographisch konnte mehrere Lymphknoten und eine Raumforderung mit zystischen Anteilen in unmittelbarer Nachbarschaft zur Glandula parotidea dargestellt werden. Die Patientin erhielt eine Antibiotikatherapie mit Cefuroxim und Clarithromycin, darunter zeigte sich keine Größenregredienz. Durch die im MRT nachgewiesene anatomische Nähe zum Nervus facialis musste auf eine Lymphknotenexstirpation verzichtet werden. Es erfolgten zwei Feinnadelpunktionen.

Ergebnisse: Nach 3 Wochen gelang in der bakteriologischen Kultur der Nachweis von *Mycobacterium avium*. Wir begannen mit einer antibiotischen Therapie mit Rifampicin, Ethambutol und Clindamycin über 5 Monate.

Diskussion: Die Lymphknotenexstirpation bei atypischer Mycobakteriose cerviacaler Lymphknoten bleibt Methode der Wahl. Bei operativen Kontraindikationen, wie Gefahr von Nervenläsionen, ist eine antimycobakterielle Therapie möglich. Diese verlangt aber nach langer Therapiedauer unter regelmäßigen Kontrollen, da Nebenwirkungen und inadäquates Ansprechen beachtet werden müssen.

P06 6-jähriger Junge mit Cerebellitis und enzephalitischen Symptomen (Wesensveränderung, Hypersomnie) bei V.a. Mykoplasmen-Infektion

S. Eichholz, S. Schmidt, A. Lachnit, G. Heubner

Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Einleitung: Mycoplasmen-Infektionen sind im Kindesalter häufig. Eine Mitbeteiligung des Zentralnervensystems ist bekannt. Die Diagnosestellung lässt sich häufig erst im Verlauf und nach Ausschluss anderer Ursachen sichern.

Falldarstellung: Wir berichten über den Fall eines 6-jährigen Jungen, der nach vorausgehendem Atemwegsinfekt eine zunehmende Koordinationsstörung entwickelt hatte. Bei Aufnahme zeigte sich eine noch milde neurologische Symptomatik, im weiteren Verlauf Zunahme der Koordinationsstörung und Entwicklung von deutlichen enzephalitischen Symptomen. Neben klinischen Zeichen einer Cerebellitis war

u.a. eine ausgeprägte Hypersomnie auffällig. Initiale Behandlung mit Aciclovir und Makrolid ohne sichere klinische Besserung, noch während einer dann initiierten Therapie mit einem über fünf Tage durchgeführten Hochdosis-Methylprednisolonpulses kam zu einer guten Rückbildung der neurologischen Symptome. Infektologisch ließ sich ein positiver Mycoplasmen IgM-Befund im Serum sowie eine positive Mycoplasmen-PCR im Rachensekret nachweisen

Anhand des Falles wird die differentialdiagnostische Abklärung einschließlich erweiterter Antikörperdiagnostik bei Enzephalitiden beschrieben.

P07 Tularämie bei zwei Kindern im Kreis Leipziger Land

K. Nißler, R. Tauchnitz-Hiemisch, R. Jähnig, M. Heruth, A. Möckel

Sana Kliniken Leipziger Land, Borna

Es wird berichtet über das nahezu zeitgleiche, zweimalige Auftreten einer Tularämie bei Kindern südlich von Leipzig. Beim ersten Fall handelte es sich um einen Jugendlichen mit oculo-glandulärer Form und einem außergewöhnlichen Infektionsweg über eine Verletzung des Auges durch eine Fliege, von der angenommen wird, mit dem Erreger kontaminiert gewesen zu sein. Im zweiten Fall trat bei einem Kleinkind nach einem Zeckenbiß eine nässende Ulzeration am Nabel auf. Eine Woche später entwickelte sich eine dolente axilläre Lymphknotenschwellung im Sinne einer ulzero-glandulären Form der Tularämie. In beiden Fällen wurden hohe IgM-Antikörpertiter gegen *Francisella tularensis* nachgewiesen. Unter entsprechender antibiotischer Therapie mit Ciprofloxacin traten keine Komplikationen und eine zögerliche Rückbildung auf. In beiden Fällen bestand kein direkter Kontakt zu Hasen oder Nagetieren. Die Tularämie ist eine in Deutschland seltene Erkrankung mit 9 Erkrankungen bei Kindern zwischen 2001 und 2012. Die Erkrankung ist hochansteckend und es reichen kleine Hautdefekte als Eintrittspforte aus. In Endemiegebieten, zu denen auch Mitteleuropa zählt, sind Übertragungen durch Stiche von verschiedenen Zecken- und Stechmückenarten möglich. Gefürchtet wird die wesentlich schwerer verlaufende pulmonale Manifestation nach Infektion durch Aerosole. Beim Auftreten von therapierefraktären Lymphknotenschwellungen sollte auch an eine Tularämie gedacht werden.

Kinderchirurgie

P08 Encephalocele- eine seltene Differentialdiagnose?

C. Spillner¹, B. Brett¹, D. Class², A. Köhn³, A. Reißmann³

¹*Kinderzentrum Magdeburg gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum Magdeburg*

²*Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.*

³*Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

Einleitung: Als Encephalocele wird eine congenitale Fehlbildung bezeichnet, die durch den Austritt von Gehirnteilen oder Hirnhäuten, hervorgerufen durch einen Defekt im knöchernen Schädel, charakterisiert ist. Sie ist die seltenste Entität in der Gruppe der Neuralrohrdefekte.

Methodik: Darstellung einer Fallserie von Neugeborenen mit Differentialdiagnose einer Encephalocele anhand bildgebender Diagnostik. Datenanalyse zur Encephalocele der Jahre 2000-2013 in Sachsen-Anhalt aus insgesamt 243.770 Geborenen.

Ergebnisse: Es konnte eine Prävalenz für Mitteldeutschland von 1,2 pro 10.000 Geborene (1:8.169) für die Encephalocele festgestellt werden. Durch das europäische Zentralregister (EUROCAT) werden Prävalenzen für Europa von 1,1 pro 10.000 Geborenen für diese Jahre angegeben. Der Anteil von atretischen parietalen Cephalocelen am Gesamtanteil der Enzephalocelen beträgt 4-17%, etwa 40-50 % befinden sich parietal in der Mittellinie im Bereich der Lambdanaht. Oft bestehen weitere Fehlbildungen besonders im Bereich der großen Sinusvenen. Dies weist auf den Entstehungszeitpunkt (10.Gestationswoche) hin und lässt sich als diagnostisches Kriterium einsetzen. Die Prognose der kleinen atretischen Cephalocelen wird meist als gut beschrieben. Einige bedürfen neurochirurgischer Intervention, andere werden nur beobachtet.

Zusammenfassung: Die Encephalocele muss als Differentialdiagnose bei Neugeborenen mit Weichteilvorwölbung am Schädel unbedingt Beachtung finden.

P09 Analyse verschiedener Risikofaktoren und Prävalenzentwicklung der Gastroschisis im Zeitraum 2003 bis 2010 in Leipzig

J. Kruscha, E. Robel-Tillig
Klinikum St. Georg Leipzig

Einleitung: Weltweit zeigte die Gastroschisis in den letzten Jahrzehnten einen Prävalenzanstieg, bleibt aber in ihrer Ätiopathogenese weiterhin nicht vollständig geklärt. Zielstellung: Ziel dieser Studie war es, die Prävalenzentwicklung im Zeitraum 2003 - 2010 in Leipzig zu untersuchen sowie mögliche relevante Risikofaktoren zu eruieren. Methode: Je 27 Mütter von betroffenen und gesunden Neugeborenen wurden an der Universitätskinderklinik Leipzig befragt und die Ergebnisse unter Einbeziehung klinischer Daten analysiert. Ergebnisse: Die Prävalenz lag in Leipzig bei 4,1/10000 Lebendgeborene, ein steigender Trend konnte statistisch nicht belegt werden. Als signifikante Risikofaktoren konnten das junge Alter, ein niedriger Bildungsgrad der Mütter, der Familienstand ledig, eine kurze Kohabitationszeit mit dem Vater des Kindes und die fehlende Einnahme von Folsäure in der Schwangerschaft erhoben werden. Weiterhin erhöhte der Nikotinkonsum das Risiko um das 3,6-fache für diese Fehlbildung. Die Einnahme von oralen Kontrazeptiva ging ebenfalls mit einer Risikosteigerung einher. Ein niedriger BMI, ein oft publizierter Risikofaktor, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Diskussion: Zusammenfassend lassen sich einige bisher publizierte Risikofaktoren bestätigen, neue Aspekte hinzufügen und demnach eine Hochrisikogruppe beschreiben. Schlussfolgerung: Für die weitere Ursachenforschung ist die Einrichtung eines bundesweiten Fehlbildungsregisters von dringender Notwendigkeit.

P10 Akute Appendizitis bei vollständiger Invagination der Appendix vermiformis.

H.-J. Haß, H. Krause
Universitätsklinikum Magdeburg, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Arbeitsbereich Kinderchirurgie

Die Invaginationen der Appendix vermiformis ist ein extrem seltenes Krankheitsbild. Die Erstbeschreibung einer Invagination der Appendix vermiformis erfolgte durch McKIDD bei einer Autopsie eines 7 Jahre alten Knaben im Jahre 1858. 1890 wurde erstmals über eine Operation eines 13 Monate alten Kindes mit einer Appendixinvagination berichtet, welches jedoch kurz nach der Operation verstarb. Erst 1897 berichteten WRIGHT und RENSCHAW über eine erfolgreiche Resektion bei chronischer Appendixinvagination. 1963 beschreibt COLLINS bei 71000 analysierten Appendixpräparaten (4 Jahresstudie) in 7 Fällen den Befund einer Appendixinvagination. BREWER dokumentierte 1974 bereits 180 Fälle von Appendixinvagination in der Literatur, verteilt über alle Altersklassen. Ursächlich im Vordergrund stehen mucinöse Cystadenome und Befunde einer Endometriose. Durch LAWRENCE wurde sogar 1984 eine Klassifikation (4 Typen) der Appendixinvagination angegeben. Seither werden sporadisch bis durchschnittlich 4x jährlich Kasuistiken einer Invagination der Appendix vermiformis vorgestellt.

In der zugänglichen englischsprachigen Medizineliteratur konnten wir jedoch bisher keinen Fall einer intraluminalen Appendizitis bei persistierender vollständig in das Coecum invaginierter Appendix finden.

In dem eingereichten Beitrag wird über den Fall eines 10 jährigen Mädchens mit rezidivierenden Ileo-colischen-Invaginationen berichtet, welche zunächst regelhaft durch eine hydrostatische Desvagination behandelt wurden. Die krampfartige Abdominalsymptomatik persistierte jedoch wobei bereits nach wenigen Stunden eine erneute Ileo-colische-Invagination sonografisch diagnostiziert wurde. Die nach der 3. Reinvagination schließlich durchgeführte Koloskopie zeigte den überraschenden Befund einer ulcerophlegmonösen Appendizitis bei vollständig invaginierter Appendix. Als kurativer operativer Eingriff erfolgte eine sparsame Ileo-coecal-Resektion mit anschließender Steichen-Anastomose.

P11 Appendektomie nach Fremdkörperingestion bei einem 3-jährigen Kind

E. Braun¹, C. Spranger¹, A. Polednia², C. Geyer³

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

³Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Einleitung: Ingestionen von Gegenständen stellen einen häufigen Behandlungsanlass in Pädiatrie und Kinderchirurgie dar. Sie treten meist bei Kindern unter 5 Jahren auf. Je nach Art, Größe und Beschaffenheit kann bei unproblematischen Fremdkörpern (FK) und klinisch unauffälligem Kind zunächst abgewartet werden. Bei Gegenständen, die ein erhöhtes Verletzungsrisiko bergen, oder aber im Ösophagus lokalisiert sind, ist jedoch eine zeitnahe endoskopische oder operative Entfernung erforderlich.

Fallbericht: Wir berichten über einen 3-jährigen Patienten, der sich mit Bauchschmerzen und mehrfachem Erbrechen nach Ingestion einer Schraube in unserer Notaufnahme vorstellte. Die unmittelbare gastroscopische Bergung gelang nicht. Röntgenologische Verlaufskontrollen an Tag 5 und 10 zeigten die Schraube in anhaltender Projektion auf den rechten Unterbauch. Weder mittels MDP noch im CT Abdomen

war eine eindeutige Zuordnung der Darmstrukturen möglich. Auch koloskopisch konnte kein FK dargestellt werden. Schließlich gelang während der laparoskopischen Exploration mittels Durchleuchtung die Verifizierung des FK in der Appendix. Nach Appendektomie stellte sich im Lumen der Appendix eine 6 mm lange Schraube dar. Histologisch zeigte sich eine diskrete floride Appendizitis.

Schlussfolgerung: Bei Nichtausscheiden eines ingestierten FK muss an ein Passagehindernis gedacht werden. Auch die Retention in der Appendix und Auslösung einer Appendizitis ist möglich.

P12 Laparoskopische Antirefluxplastik im Kindesalter – eine Alternative?

T. Lehnert, C. Hempel, S. Wygoda, C. Geyer
Klinikum St. Georg Leipzig, Kinderchirurgie

Einleitung: Der primäre vesikoureterale Reflux (VUR) ist eine der häufigsten angeborenen Anomalien im Kindesalter. Verschiedene Behandlungsoptionen vom expektativen Verhalten mit oder ohne Antibiotika Pro- oder Metaphylaxe über subureterale Unterspritzung bis hin zur offenen chirurgischen Ureterreimplantation sind bekannt. Nicht selten ist die Diskussion um die optimale Therapie. Kann die laparoskopische, extravasikale Antirefluxplastik (ARP) eine sinnvolle Ergänzung alternativer Behandlungsmöglichkeiten im Kindesalter darstellen?

Methode: Wir berichten von einem 4-jährigen Mädchen mit röntgenologisch eruiertem VUR III. Grades links mit wiederholten Durchbruchinfektionen. Nach Ausschluss einer Harnblasenentleerungsstörung stellten wir die Indikation zur laparoskopischen Versorgung. In 3 Trokarteknik erfolgte die extravasikale ARP nach LICH-GREGOIR. Postoperativ beobachteten wir einen ungestörten Verlauf ohne Komplikationen. Sonographisch war im weiteren Verlauf keine Harntransportstörung oder Ureterenerweiterung erudierbar. Miktionsstörungen und erneute Harnwegsinfektionen unter Antibiotikametaphylaxe wurden nicht beobachtet. Fazit: Die laparoskopische ARP kann im Einzelfall eine effektive Alternative in Behandlung eines VUR mit funktionell gutem und kosmetisch ansprechendem Ergebnis darstellen.

P13 Notfall Knopfzellingestion – Therapiemanagement

T. Lehnert, C. Hempel, C. Spranger, M. Zurek, C. Geyer
Klinikum St. Georg Leipzig, Kinderchirurgie

Einleitung: In der Literatur sind ansteigende Zahlen schwerer und fatal verlaufender Batterieingestionen beschrieben – Fallbericht und Therapiemanagement.

Methode: Wir berichten von einem 3-jährigen Jungen, welcher unbeobachtet eine Knopfzellebatterie ingestierte. Im Verlauf vermehrtes Speicheln sowie einmaliges Erbrechen, was zur Vorstellung führte. Röntgenologisch eruiertes Fremdkörper mit Projektion auf Klavikulahöhe. Indikation zur sofortigen Endoskopie, welche ca. 3 Stunden nach Ingestion erfolgte. Intraoperative Bergung einer Lithium-Knopfzellebatterie (CR2032, 3V), die sich extrakorporal schwarz verfärbt zeigte. Bei der Endoskopie stellte sich die Ösophagusschleimhaut kurz vor der Aortenenge zirkulär dunkel-livide und erosiv-ulzerös verändert dar. Mittleres und distales Ösophagusdrittel sowie Magen unauffällig. Postoperatives Monitoring sowie Fortführung der intravenösen Antibiotikatherapie. Das Ösophagogramm ergab kein Paravasat oder Stenose. Klinisch im Verlauf fieberfrei, regelrechter Kostenaufbau, keine Dysphagie, kein retrosternaler Schmerz. Diskussion: Fehldiagnosen sind aufgrund unspezifischer Symptome häufig. Schlechteres Outcome bei Knopfzelldurchmesser von 20mm sowie Patientenalter < 4 Jahre beschrieben. Schwere Verbrennungen können binnen 2-2.5 Stunden nach Ingestion auftreten. Perforationen, Tracheo-ösophageale sowie vaskuläre Fistelung mit massiver Hämorrhagie bei Kurzzeitigungestion möglich. Fazit: Differentialdiagnose Knopfzellingestion - ein Notfall.

Kinderschutz

P14 Stellenwert der Gerinnungsdiagnostik zur Abklärung misshandlungsverdächtiger Blutungen im Kindesalter – Eine pädiatrisch-hämostaseologische Einschätzung

R. Knöfler
für die Projektgruppe „Kindesmisshandlung“ des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Pädiatrische Hämostaseologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Bei einer unklaren Haut- und Weichteilblutungsneigung im Säuglings- und Kleinkindalter muss auch an eine körperliche Misshandlung als Ursache gedacht werden. Eine erweiterte Gerinnungsdiagnostik ist

erforderlich, wenn die Morphe der Blutungen nicht eindeutig misshandlungsverdächtig ist und wenn keine Begleitverletzungen wie Frakturen vorliegen. Keinesfalls sollte eine vorliegende Gerinnungsstörung übersehen werden, wobei allerdings zu bedenken ist, dass auch bei einer bestehenden Koagulopathie eine Misshandlung vorliegen kann. Eine interdisziplinäre Abstimmung zwischen Rechtsmediziner und pädiatrischem Hämostaseologen zur Beurteilung der vorliegenden Blutungssymptome, der Erklärungen der Eltern zu deren Genese und die kritische Bewertung der Befunde einer erweiterten Gerinnungsdiagnostik ist daher in Fällen mit ausgeprägten und bedrohlichen Blutungen unerlässlich. Diese Diagnostik muss in der Lage sein, auch seltene Gerinnungsstörungen wie eine hereditäre Thrombozytopathie zu erfassen. Hierfür ist eine Thrombozytenfunktionsdiagnostik erforderlich, welche jedoch nur in spezialisierten Gerinnungslaboratorien verfügbar ist und weitere Limitationen aufweist. Die Notwendigkeit der Durchführung einer Thrombozytenfunktionsdiagnostik bei Vorliegen unklarer Blutungssymptome mit daraus abgeleitetem Misshandlungsverdacht wird anhand von zwei Kasuistiken gezeigt, im Rahmen derer mittels aggregometrischer Testung eine zugrundeliegende angeborene Thrombozytopathie nachgewiesen wurde.

P15 Stellenwert der Gerinnungsdiagnostik zur Abklärung misshandlungsverdächtiger Blutungen: Ergebnisse einer Umfrage in den Kinderkliniken von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in den pädiatrischen Zentren des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)

I. Watzer-Herberth, R. Knöfler

für die Projektgruppe „Kindesmisshandlung“ des Kompetenznetzwerks Hämorrhagische Diathesen Ost (KHDO)

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Hämostaseologie, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Einleitung: Der Stellenwert einer Gerinnungsdiagnostik bei der Abklärung misshandlungsverdächtiger Blutungen ist abhängig von der Verfügbarkeit und der Erfahrung mit der Befundinterpretation.

Zielstellung: Mittels Umfrage sollte ein Überblick zum Vorgehen in Kinderkliniken (KIK) und pädiatrischen Gerinnungszentren (GZ) gewonnen werden.

Methode: Die Fragebögen wurden im Juli 2014 an 57 KIK und 17 GZ verschickt.

Ergebnisse: Der Rücklauf aus den KIK betrug 58% (n=33). Nur in 12 davon (36%) erfolgt die Gerinnungsdiagnostik standardisiert. Alle KIK bestimmen Blutbild und die Gerinnungsglobalteste Quick und PTT. Mehr als die Hälfte (56%, n=18) schließen ein Von Willebrand Syndrom durch Bestimmung des Willebrand Antigens (VWF:Ag) aus. Rund ein Drittel (31%, n=10) fordert den PFA-100®-Test und die Gerinnungsfaktoren VIII, IX und XIII an.

Von den elf (Rücklauf 73%) GZ berichten nur drei (23%) von einem standardisierten Vorgehen. Im Gegensatz zu den KIK wird häufiger das VWF:Ag (100%) und eine thrombozytäre Diagnostik (mikroskopische Thrombozytenbeurteilung - n=7, Thrombozytenvolumenmessung - n=9, Thrombozytenfunktionstestung - n=5) durchgeführt. In etwa Dreiviertel der Zentren erfolgt der PFA 100® Test (72%, n=8) und die Gerinnungsfaktorenbestimmung (81%, n=9).

Schlussfolgerung: Um eine seltene Gerinnungsstörung als Blutungsursache nicht zu übersehen, wird nach Durchführung der verfügbaren Gerinnungsdiagnostik vor Ort die Konsultation eines pädiatrischen Gerinnungszentrums empfohlen.

P16 Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen – Projektergebnisse und Schritte in die Verstetigung

J. Bonitz¹, A. Heilmann², A. Neumann², M. Schulz², F. Schwier¹, R. Berner², G. Fitze¹

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden:

1 Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

2 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Hintergrund: Kinderschutz hat an Kinderkliniken einen besonderen Stellenwert. Erkennen möglicher Kindeswohlgefährdung (KWG), leitliniengerechtes Vorgehen bei Verdacht (AG KiM 2015) und der kompetente Umgang mit den Sorgeberechtigten sind erforderlich.

Methode: In Sachsen wurden seit 2012 Projekte zum „Kinderschutz im Gesundheitswesen“ ministeriell gefördert und durch das Universitätsklinikum Dresden umgesetzt. Folgende Interventionen wurden angeboten: Etablierung von Kinderschutzgruppen (KSG), Implementierung standardisierter Arbeitsweisen; Erarbeitung eines einheitlichen Meldesystems; Schulung/Supervision der KSGs. Begleitend erfolgte eine Online-Evaluation mit dem Ziel, einen Vergleich von Vorgehensweisen bei KWG und dem Fachwissen von Medizinerinnen, durchzuführen. Seit 2014 werden diese Ergebnisse verstetigt.

Ergebnisse: Bis 2014 waren in Sachsen 26 KSG an Kliniken existent, 22 wurden im Projektzeitraum gegründet. Die Etablierung von Handlungsabläufen und festen Ansprechbarkeiten innerhalb der Kliniken konnte die Qualität der Arbeitsabläufe bei KWG verbessern und die Arbeitszufriedenheit der Ärzte erhöhen.

Die Evaluationsergebnisse konnten dies bestätigen. Ein Meldebogen gemäß §8a SGB8 wurde einheitlich gestaltet. Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe muss noch verbessert werden.

Schlussfolgerung: Standardisierte Arbeitsweisen im medizinischen Kinderschutz sind wichtig. Kinderschutzgruppen brauchen weiterhin eine fachliche Begleitung und eine eigene Koordinationsstruktur.

P17 Vorstellung der Arbeit der Kinderschutzgruppe und -ambulanz Helios Klinikum Erfurt

J. Winterhalter, K. Großer

Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

Einleitung: Seit 05/2013 hat sich am Helios Klinikum Erfurt eine Kinderschutzgruppe etabliert. Das Team besteht aus Ärzten der Pädiatrie und der Kinderchirurgie sowie einer Kinderpsychologin und einer Sozialarbeiterin.

Zielstellung: Das Anliegen der Kinderschutzarbeit ist es, Kindesvernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch aufzudecken und den betroffenen Kindern und Familien Hilfe heimatortnah in der Region Mittelthüringen anzubieten.

Methode: Vorstellung der Arbeitsgruppe und des leitliniengerechten Handlungskonzeptes sowie statistische Auswertung der Fallzahlen 05/2013-12/2014.

Ergebnisse: In dem Zeitraum 05-11/2013 konnten wir 27 Patienten (m=17, w=10) mit unterschiedlichen Fragestellungen hinsichtlich körperlicher Misshandlung (n=12), sexueller Gewalt (n=9) und Vernachlässigung (n=3) betreuen. Der größte Anteil fand sich unter den Säuglingen (n=6) und Kleinkindern (n=14). Seit Anfang 2014 ist mit zunehmender Netzwerkbildung eine deutliche Zunahme der Patientenzahlen zu verzeichnen.

Diskussion: Die Arbeit besteht in der akuten Versorgung, der stationären Betreuung und der Diagnostik und Therapie sowohl bei akuter als auch latenter Kindeswohlgefährdung. Des Weiteren bieten wir beratende Unterstützung und die Vermittlung von Hilfsangeboten in Kooperation mit dem Jugendamt Erfurt an.

Schlussfolgerung: Wir bieten ein Konzept zum qualitativ verbesserten Umgang mit Kinderschutzfällen.

P18 Aus der Arbeit der Kinderschutzgruppe: wie können Grenzfälle mit kinderchirurgischen Leitsymptomen gemanagt werden? – Zwei aktuelle Fallberichte

A. Springer, K. Großer

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Kinderschutzambulanz, Helios Klinikum Erfurt

1. Fall: Eine 1,2 jährige Patientin wurde uns mit Schmerzen im rechten Bein und plötzlicher Schonhaltung vorgestellt. In der Trauma-Anamnese geht eine über Monate applizierte Nasendusche des Kindes voraus, zu welcher die Eltern das Kind wiederholt fixiert hatten. Anlässlich einer ruckartigen Bewegung begann das Kind zu weinen und das Kind wurde zunächst zu Bett gebracht. Als das Kind am Folgetag nicht auftrat, wurde es vorgestellt und eine distale metaphysäre Tibiawulstfraktur festgestellt. Radiologisch war zusätzlich ein suspekter Befund an der proximalen Tibia des gleichen Beines, der u. U. auch als zweizeitige Fraktur gewertet werden könnte. Dabei ist differentialdiagnostisch an einen Tumor oder eine Osteitis zu denken. Zur definitiven Klärung ist eine Bildgebung 02/2015 geplant. Das Kind ist unter dem Aspekt einer Hilfestellung bei den Eltern mit familiensozialer Unterstützung in ambulanter Behandlung verblieben.

2. Fall: Eine 4jährige Patientin schildert den sexuellen Übergriff durch größere Jungen (13+18 J), welche mit dem Mädchen allein waren und ihr an die „Mumu“ gefaßt und Finger hinein gesteckt hätten. Das Mädchen äußerte das Ereignis gegenüber dem Vater, welcher daraufhin die Vorstellung veranlasste. Zusätzlich klagte das Mädchen über einen vermehrten Harndrang als klinische Symptomatik. In der Inspektion fand sich eine äußerlich unspezifische Rötung des Genitale ohne Fluor oder weitere Verletzungszeichen. Eine entsprechende Spurensicherung und Meldung an die Polizei.

P19 Kinderschutzgruppe Suhl

H. Belger, J. Ehring, Ch. Weiland, F. Linke

SRH Klinikum Suhl, Klinik für Kinderchirurgie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SPZ Suhl

Einleitung: Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ist ein eigenständiges, nicht umfängliches Bundesgesetz. Es wurde als Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) am 27. Oktober 2011 verabschiedet und gilt seit dem 1. Januar 2012 und regelt unter anderem: Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz.

Zielstellung: im Vortrag soll auf die Erfahrungen in der Gründung einer KSG am Klinikum Suhl und den Aufbau von verbindlichen Netzwerkstrukturen mit den Jugendämtern, Sozialdiensten, Kinderkliniken und Kinderärzten eingegangen werden.

Ergebnis: Präsentation des aktuellen Entwicklungsstandes der KSG Suhl und der entstandenen Netzwerkstrukturen, erste Erfahrungsberichte im klinischen Alltag und der Arbeit der KSG Suhl sowie das Funktionieren der Netzwerkstrukturen.

Diskussion/Schlussfolgerungen: Ausblick auf zukünftige Entwicklungen, Aufgaben, Perspektiven, Ausbau der Vernetzung und Zusammenarbeit bereits vorhandener KSG.

Neonatologie

P20 Ergebnisse der 2-Jahresuntersuchung ehemaliger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht < 1500 Gramm mittels BSID-II an einem kleinen Perinatalzentrum Level 1

C. Wurst, F. Wiedemann, A. Jäger

SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum

Fragestellung: Korrelieren die Ergebnisse der 2-Jahresnachuntersuchung ehemaliger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht (GG) < 1500 g an einem kleinen Perinatalzentrum mit denen großer Zentren?

Methodik: 103 Frühgeborene mit einem GG < 1500 g wurden mit korrigiertem 2. Lebensjahr zur Nachuntersuchung am SPZ am SRH Zentralklinikum Suhl schriftlich einbestellt. Die standardisierte Untersuchung erfolgte mittels den BSID II. Der Untersuchungszeitraum lag zwischen dem 01.03.2008 und 31.03.2014.

Ergebnis: 67 von 103 Kindern (65,1 %) erschienen zur BSID II –Nachuntersuchung, davon waren 42 Mädchen (62,7%) und 25 Jungen (37,3%). Das Gestationsalter der untersuchten Kinder lag im Mittel bei $29/3 \pm 2/3$ SSW. Das GG betrug im Mittel 1200 ± 288 g. Die Untersuchungen ergaben im MDI ein mittleres Entwicklungsalter von $23,2 \pm 4,2$ Monaten. Die motorische Entwicklung (PDI) lag im Mittel bei einem Entwicklungsalter von $21,3 \pm 5,0$ Monaten. Einen signifikanten Unterschied gab es zwischen den Geschlechtern.

Schlussfolgerung: Mit dem BSID II lässt sich der Entwicklungsstand mit korrigiertem 2. Lebensjahr objektiv darstellen. Mädchen zeigten gegenüber den Jungen ein besseres Outcome im Bereich Kognition und Motorik. Die Chancen auf ein positives Outcome steigen mit GG und/oder SSW. Der Vergleich mit anderen Zentren zeigte ähnliche Ergebnisse. Eine weitere standardisierte Überprüfung des Entwicklungsstandes im Vorschulalter ist sinnvoll.

P21 Arthrosonografie bei Früh- und Neugeborenen zur Bestimmung der Epiphysenverknöcherung von proximaler Tibiaepiphyse, proximaler Femur- und distaler Femurepiphyse in Abhängigkeit vom Gestationsalter

D. Windschall¹, M. Pommerenke¹, R. Haase²

¹*Asklepios Hospital Weissenfels, Department of Pediatrics*

²*University of Halle-Wittenberg, Department for Neonatology*

Hintergrund: Skelettentwicklung und Knochenalter werden bei Kindern meistens röntgenologisch untersucht. Erste Ultraschallstudien bei Neonaten konnten zeigen, dass der muskuloskeletale Ultraschall (MSU) eine hervorragende Methode zur Beurteilung der Epiphysenverknöcherung ist. Ziel: Evaluation der Skelettentwicklung von proximaler Femurepiphyse (PFE), distaler Femurepiphyse (DFE) und proximaler Tibiaepiphyse (PTE) mit hochauflösendem MSU bei Früh- und Neugeborenen. Ermittlung von reifeabhängigen Durchschnittsgrößen der Knochenkerne und Knorpeldicke in den Epiphysen. Methoden: In der prospektiven Studie wurde die Ossifikation der PFE, DFE und PTE bei 180 Neonaten mit einem Reifealter von 25-47 Wochen qualitativ untersucht. Zusätzlich wurden die Größen der Knochenkerne von DFE und PTE gemessen und es wurden Durchschnittswerte für die jeweiligen Reifewochen erhoben. Ergebnisse: Die früheste Darstellung eines Knochenkernes der DFE gelang in der 30. Woche, in der PTE in der 31. Woche und in der PFE erstmalig in der 43. Woche. Die Größe der Knochenkerne von DFE und PTE stieg mit zunehmendem Reifealter an. Zwischen 3 Altersgruppen (Reifewoche 30-33,34-37 und 38-41) zeigte sich eine signifikante Größenzunahme ($p < 0,01$). Schlussfolgerung: Hochauflösender MSU ist ein optimales Instrument, um die Skelettreifung bei Neonaten zu beurteilen und das morphologische Reifealter abzuschätzen. Erste Mineralisationskerne können bei Frühgeborenen in der 30. Woche (DFE) dargestellt werden.

P22 Postpartale Tachykardie bei passagerer Hyperthyreose des Neugeborenen

K. Lücke, L. Braun, P. Flosdorff, H.-J. Bittrich
HELIOS Klinikum Erfurt, Neonatologie

Fall: Hypotrophes FG 33+3 SSW, GG 1440 g (3. Pz.). Sectio caesarea bei vBS, vWT und pathologischem CTG. Postpartal ANS I°, CPAP-Bedarf über 57 h. Im Monitoring rezidivierende Hf > 200/min. Daraufhin Durchführung eines LZ-EKGs mit Nachweis einer Sinustachykardie. Echokardiografisch unauffälliger Befund (minimales PFO). Laborchemisch deutlich supprimiertes TSH bei grenzwertig erhöhten fT3 und fT4-Werten. Bei fehlenden Deutschkenntnissen der Eltern (vietnamesische Herkunft) war zunächst keine detaillierte Anamnese möglich. In Rücksprache mit den betreuenden Ärzten der Mutter bestätigte sich ein mütterlicher Mb Basedow mit Zustand nach Strumaresektion und Substitution mit L-Thyroxin. Daher Vorliegen einer passageren Hyperthyreose bei transplazentar übertragenen TRAK der Mutter (TRAK bei Kind nachweisbar). Das Kind wurde mit Metoprolol (2 mg/kgKG/d in 2 ED) eingestellt, darunter Entlassung in stabilem Allgemeinzustand mit normalisierten Herzfrequenzen mit 36+6 SSW. Aktuell regelmäßige Nachkontrollen zum Ausschleichen des Metoprolols nach Abbau der mütterlichen TRAK beim Kind.

Fazit: Bei neonataler Tachykardie an Hyperthyreose denken! Sprachbarrieren sind ein großes, potenziell die Kinder gefährdendes Problem. Umso wichtiger ist eine enge Zusammenarbeit und Befundübermittlung zwischen den beteiligten Fachdisziplinen.

P23 Das Bland-White-Garland-Syndrom (BWG) als wichtige Differentialdiagnose und Ursache einer Mitralsuffizienz bei einem Frühgeborenen

C.J. Schürer¹, D. Vilser², K. Dawczynski¹, H. Proquitté¹

¹*Sektion Neonatologie und Päd. Intensivmedizin, Universitätskinderklinik Jena*

²*Sektion Kinderkardiologie, Universitätskinderklinik Jena*

Einleitung: Das BWG ist eine sehr seltene, aber meist folgenschwere Herzerkrankung mit Ursprung der linken Koronararterie (LCA) aus der Pulmonalarterie. Die Letalität ist ohne Behandlung vor allem im Säuglingsalter sehr hoch. Das Ausmaß der Myokardschäden ist dabei hauptsächlich vom Perfusionsdruck (Druck im kleinen Kreislauf) der LCA und von der Ausbildung von Kollateralgefäßen abhängig.

Fall: Eutrophes Frühgeborenes 33+5 SSW. Postnatal gute Adaptation. Im Verlauf zunehmende Tachydyspnoe mit Desaturationen. Bei mehrfach frustranen Sondierungsversuchen des rechten Nasenloches dringender Verdacht auf eine Choanalatresie rechts bei relativer Choanalstenose links. Erst unter Schienung der linken Seite klinische Stabilisierung. Im Rahmen der weiterführenden Diagnostik zeigte sich nebenbefundlich eine Mitralsuffizienz II° und mehrere Farbphänomene im Myokard. Abgänge der Koronararterien im B-Bild mehrfach regulär darstellbar bei unauffälliger Myokardtextur und regelrechter Klappe/Halteapparat. Linker Ausflußtrakt frei. Troponin normwertig, EKG altersgerecht. Im Verlauf kräftige Perfusion der rechten Koronararterie und zunehmend deutlich werdender retrograder Fluß in der "LCA". Verlegung in stabilem AZ zur weiteren Versorgung ins Herzzentrum.

Zusammenfassung: Bei dem Vorliegen einer Mitralsuffizienz in der Neonatal- und Säuglingsperiode sollte differentialdiagnostisch ein BWG frühzeitig erwogen werden. Die rechtzeitige Diagnose ist für die Prognose der Patienten essentiell.

P24 Das reanimations-/behandlungsbedürftige Neugeborene im Geburtshaus

S. Haufe, E. Robel-Tillig
Sankt Georg Leipzig - Klinik für Neonatologie

Hintergrund: Laut der „Qualitätssicherung außerklinischer Geburten (QUAG) werden ca. 1,52 % der Geburten in Deutschland ambulant durchgeführt, das entspricht 10600 Geburten pro Jahr. Sachsen liegt dabei auf Platz 5 im Ländervergleich aller Geburten (2,76%), Tendenz steigend. 2,3 % der Kinder müssen einer Behandlung in der Kinderklinik zugeführt werden, zuzüglich 16,9% subpartaler Verlegungen infolge von CTG Verschlechterung, protrahierten Verläufen etc. Ziel dieser Arbeit war es Abläufe zu konstruieren, mittels derer die Versorgung der Kinder möglichst zeitnah und optimal durchgeführt werden kann.

Methoden: Wir arbeiten 7 Fälle unserer Klinik aus außerklinischen Geburtseinrichtungen der letzten 2 Jahre auf. Dabei handelt es sich um 3 Neugeborene mit Sepsis, 1 Hirnblutung, 1 Mekoniumaspiration und 1 Asphyxie und eine respiratorische Anpassungsstörung. Das Hauptaugenmerk lag auf der Vorfindesituation des NG im Geburtshaus, vergangenen Zeit zwischen Alarm und Eintreffen des Kindes auf unserer Intensivstation, bereits am Kind durchgeführte Hilfemaßnahmen und Zustand des Kindes.

Ergebnisse: Alle untersuchten Kinder wiesen starke Defizite in der primären Aufklärung, in der suffizienten Erstversorgung auf, außerdem kam es zu zeitlich massiv verzögerten Verlegungen. Aus den beschriebenen Fällen leiten wir Minimalanforderung an die Erstversorgung des Neugeborenen im Geburtshaus ab und erarbeiten ein Algorithmus zum suffizienten Vorgehen beim interventionsbedürftigen Neugeborenen.

P25 Hygienemaßnahmen in der Neonatologie – Was ist wichtig?

K. Dawczynski

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Sektion Neonatologie

Frühgeborenenstationen stehen immer wieder im Focus von Medienberichterstattungen im Hinblick auf Keimhäufungen und davon abgeleiteten Hygienedefiziten. Mit der Veröffentlichung der Empfehlungen der KRINKO zur praktischen Umsetzung von Hygienemaßnahmen in der Neonatologie wurden den Mitarbeitern der Frühgeborenenstationen sowie den angrenzenden Fachdisziplinen (Mikrobiologie, Krankenhaushygiene) ein Werkzeug an die Hand gegeben, um standardisierte Maßnahmen im Klinikalltag zu implementieren und nachhaltig umzusetzen.

Zielstellung: Ob und wie die Empfehlungen der KRINKO im Klinikalltag umgesetzt werden können. Welche Sicherungsmaßnahmen sind dafür in Zusammenarbeit mit der Krankenhaus Hygiene und dem Inst. für Mikrobiologie notwendig?

Ergebnisse: Das Konzept im Perinatalzentrum Jena wird vorgestellt. Angefangen mit den Besonderheiten der Erfassung der mikrobiolog. Kolonisation der Mutter bis hin zur Überwachung der Besiedlungsstatus des Kindes. Risikofaktoren von Seiten der Patienten und die Bedeutung bestimmter Infektionserreger werden genauer charakterisiert. Weiterhin werden eine Handlungsanweisung und deren Umsetzung bei Häufungen von pathologisch besiedelten Patienten sowie in der Ausbruchssituation gegeben. Beispiele erläutern die Effektivität der etablierten Standards.

Zusammenfassung: Ziel ist es, die Empfehlungen der KRINKO in der praktischen Umsetzung vorzustellen und ein Beispiel zu geben, wie dieses komplexe Thema im klinischen Alltag angewandt werden kann.

P26 Die interdisziplinäre Versorgung einen rupturierten "Giant Omphalocele" beim Frühgeborenen

N. Liebers, S. Wolke, K. Dawczynski, F. Eckoldt, H. Proquitte

¹*Sektion Neonatologie und Päd. Intensivmediziner der Universitätskinderklinik Jena*

²*Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena*

Die Omphalocele als angeborene Fehlbildung tritt mit einer Häufigkeit von 1: 4000 Lebendgeborenen auf, die sog. Giant Omphalocele (GO) ist mit 1:10000 Lebendgeborenen wesentlich seltener. Eine GO ist eine Omphalocele, bei der die extraabdominellen Viszera wesentlich größer als der Abdominalraum sind. Problematisch ist dabei das Vorliegen einer Kugelleber. Morbidität und Mortalität werden bestimmt vom Auftreten assoziierter Anomalien. Die Mortalität verringert sich durch die pränatale Erkennung von 15 auf 5%. Der Geburtsmodus beeinflusst hingegen die Mortalität nicht. Lediglich beim Vorliegen einer GO mit Kugelleber ist die Sectio caesarea auf Grund der geringeren Verletzungsgefahr der prominenten Leber zu bevorzugen. Der Geburtszeitpunkt kann in Terminnähe geplant werden. Die neonatologische Versorgung wird durch eine zusätzliche Frühgeburtlichkeit erheblich erschwert. Die kinderchirurgische Versorgung stellt eine Herausforderung dar. Drei generelle Vorgehensweisen mit Vor- und Nachteilen sind bekannt, der primäre Verschluss (bei GO eher nicht möglich), der Etappenverschluss und der aufgeschobene Verschluss. Verfahrenswechsel sind häufig erforderlich.

Kasuistik:

Ein aus der Pränataldiagnostik unseres Hauses bekanntes Kind wurde bei unaufhaltsamen Geburtsbestrebungen und schlechtem CTG in der 35+2. SSW per Sektionem in einem auswärtigen Krankenhaus geboren. Intrapartal war es zur Ruptur des Omphalocelensackes gekommen. Es erfolgte die initiale Stabilisierung des Kindes und die Abholung in unsere Einrichtung. Am ersten Lebenstag erfolgte die erste operative Versorgung mittels Schuster - Bag. Im weiteren Verlauf konnte eine Reduktion der Eviszeration erreicht werden, so dass am 35. LT die Deckung mit einem Goretex - Patch in Faszienniveau unter einem Vakuum - Wundverband erfolgen konnte. Im weiteren Verlauf kam es bei antibiotischer Dauerbehandlung trotz prophylaktischer antimykotischer Therapie zu einer Besiedlung der Außenseite des Patches mit *Aspergillus fumigatus* mit entsprechender systemischer Reaktion. Nach Entfernung des Patches, VAC - Behandlung der verbleibenden Wundfläche und kompletter Infektsanierung wurde zumindest der vollständige häutige Verschluss erreicht.

Zusammenfassung:

Die Versorgung einer GO beim FG gelingt nur erfolgreich durch den abgestimmten Einsatz moderner neonatologischer und operativer Techniken.

P27 Steigender Konsum von Crystal meth in Sachsen und dessen Risiken für Schwangere und Neugeborene - Erfahrungen eines Level I Zentrums

J. Dinger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät der TU Dresden

Seit Jahren bereitet den Geburtshelfern und Neonatologen in Sachsen eine stetige Zunahme von Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft illegale Drogen konsumieren, große Sorgen.

Besorgniserregend ist die Zunahme von Neugeborenen in Sachsen, deren Mütter während der Schwangerschaft die Droge Crystal Meth konsumieren. Vor dem Hintergrund der ständigen und raschen Zunahme der betroffenen Familien im Zeitraum 2007 – 2014 am Universitätsklinikum Dresden wurden die Krankenunterlagen von über 100 Müttern und Neugeborenen, die intrauterin der Droge Crystal Meth ausgesetzt waren, ausgewertet. Die Analyse läßt erste Aussagen zu den unmittelbaren Folgen und Auswirkungen einer intrauterinen Exposition zu. Ein definiertes Abstinenzsyndrom, vergleichbar mit dem des Opiatenzuges, scheint bei den Neugeborenen nicht vorzuherrschen. Die beobachteten Symptome, welche die Neugeborenen aufweisen sind äußerst heterogen und unspezifisch. Die Frühgeborenenrate ist im Vergleich zu der des Landes Sachsen deutlich erhöht, ebenso die Rate an untergewichtigen Neugeborenen, Fehlbildungen scheinen häufiger aufzutreten

Fazit: Crystal Meth ist aktuell die gefährlichste Substanz in der sächsischen Drogenszene. Eine Ausweitung auf das gesamte Bundesgebiet ist zu befürchten. Deshalb ist eine multiprofessionelle Versorgung von Familien mit Suchtbelastung zu fordern. Präventionsmaßnahmen sind dabei das wichtigste Mittel, um der aktuellen Entwicklung Einhalt zu gebieten.

P28 Die Rolle des Faktor XIII Mangels als Risikofaktor für intrakranielle Blutungen bei Frühgeborenen

M. Knüpfer, H. Rolle
Universitätsklinik Leipzig

Einleitung: Die intrazerebrale Blutung ist eine typische, häufige Komplikation der Frühgeburtlichkeit. Ob sich ein möglicher unreifeassoziiertes Mangel an Faktor XIII auf die Wahrscheinlichkeit einer Hirnblutung des Frühgeborenen auswirkt, soll in dieser Studie herausgefunden werden. Die Korrelation zwischen Gestationsalter und FaktorXIII-Konzentration, sowie die zwischen der FaktorXIII-Konzentration und dem Auftreten einer Hirnblutung werden betrachtet, ebenso der Gerinnungsstatus in den ersten Lebenstagen. Hierzu ist die Datenlage bei dieser Patientengruppe bisher spärlich. Methode: Prospektiv werden 65 Frühgeborene (<29.SSW und/oder < 1000g Geburtsgewicht) eingeschlossen. Neben der FaktorXIII-Konzentration, werden andere Parameter der Hämostase und ein Blutbild am ersten und dritten Lebenstag analysiert. Analyse: Das Studiendesign ist für eine nichtinterventionelle, diagnostische Studie ausgelegt. Ergebnisse: Bisher wurden die Daten für 50 Frühgeborene erhoben und für ca. 20 von ihnen ausgewertet. Es zeigt sich in diesem vorläufigen Einblick, dass die FaktorXIII-Konzentration bei einem Großteil der Studienpatienten nach der Geburt unter 50% liegt und in den ersten zwei Lebenstagen progredient ansteigt. Ein Zusammenhang zwischen Inzidenz der IVH und der Faktor XIII- Konzentration lässt sich bisher nur vermuten. Voraussichtlich wird die Datenanalyse in den nächsten zwei Monaten abgeschlossen sein und konkrete Ergebnisse vorliegen.

P29 Posteriores Reversibles Enzephalopathiesyndrom (PRES) – seltene peripartale Komplikation einer 15-jährigen Patientin

K. Brockauf-Knothe¹, T. Porrmann², S. Seeger³, S. Patzer¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

²Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

³Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/S.

Nach unkomplizierter Schwangerschaft und Spontangeburt ihres ersten Kindes kam es innerhalb von 24 Stunden bei unserer 15-jährigen Patientin zu stärksten beidseitigen Kopfschmerzen, zunehmender Verwirrtheit, Bewusstseinsstörung und akut einsetzendem Visusverlust. Nach unauffälliger Computertomographie zeigten sich im cranialen MRT fokale kortikale und subkortikale Hirnödemen mit Betonung der Parietooccipitalregion; im EEG fand sich eine stark verlangsamte Grundaktivität vor allem über der Occipitalregion. Klinische oder paraklinische Merkmale einer Präeklampsie, einer hypertensiven Entgleisung, einer Medikamentennebenwirkung oder Drogenintoxikation ließen sich nicht nachweisen, lediglich im Verlauf der nächsten Stunden entwickelte sich eine milde systolische Hypertonie. Zu Krampfanfällen kam es nicht. Unter Analgesie, leichter Sedierung mit Diazepam, blutdrucksenkender Therapie mit Ebrantil und intensivmedizinischer Betreuung waren alle Symptome innerhalb von 6 Tagen rückläufig. Die MRT-Kontrolle nach 2 Wochen zeigte die fast vollständige Rückbildung der vasogenen Ödemzonen, die Patientin zeigte zu diesem Zeitpunkt keinerlei neurologischen Defizite. Somit ist vom Vorliegen eines posterior-reversiblen Enzephalopathiesyndroms (PRES) mit typischer Klinik und charakterisierenden radiologischen Auffälligkeiten auszugehen, auch wenn sich eine auslösende Ursache, außer der Spontangeburt, für dieses seltene Krankheitsbild nicht finden ließ.

Sonstiges I

P30 Trichorhinophalangeales Syndrom

J. Becher, Dr. med. A. Lemmer, Dr. med. A. Sauerbrey, Dr. med. S. Demuth, S. Weidensee
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Erfurt

Einleitung: Ein 12 Jahre altes Mädchen stellt sich mit Verdacht auf Juvenile idiopathische Arthritis bei Gelenkdeformitäten des proximalen Interphalangealgelenks Digitus II und III rechts, sowie Digitus II links vor. Zusätzlich zeigt sich eine Ulnardeviation der betroffenen Phalangen. Eine Fehlstellung des Digitus V links wird mit einer früheren Fraktur erklärt. Die Patientin empfindet Schmerzen beim Schreiben. Familienanamnestisch ergibt sich kein Hinweis für eine rheumatische Genese. Der Vater des Kindes zeigt ebenfalls einen fehlgestellten Digitus V.

Methode: Nach unauffälliger laborchemischer Diagnostik erfolgt bei fehlenden äußeren Entzündungszeichen der Gelenke eine Röntgendiagnostik. Es werden Zapfenepiphysen an der Basis Mittelphalanx DII und V rechts und DII, III und V links gesehen ohne Nachweis erosiver Veränderungen oder fokaler Entkalkungen als Zeichen einer Arthritis. Die klinischen und radiologischen Befunde sind mit einem Trichorhinophalangealen Syndrom vereinbar. Die humangenetische Diagnostik wird veranlasst.

Ergebnisse: Nachweis einer Mutation an typischer Stelle des langen Armes von Chromosom 8 für das Trichorhinophalangeale Syndrom.

Diskussion: Für die Patientin ergibt sich ein Behandlungsplan mit Physio- und Ergotherapie, keine Indikation zur antiphlogistischen Therapie.

Schlussfolgerung: Gelenkfehlstellungen bei Juveniler idiopathischer Arthritis sind im Kindesalter selten, eine Röntgendiagnostik kann Aufschluss über angeborene Fehlbildungen geben.

P31 Vierjähriger Knabe mit Williams Beuren Syndrom und QT-Verlängerung

N. Lorenz¹, M. Lenné², G. Heubner¹

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt*

²*Klinische Genetik, Kinderzentrum Dresden*

Einleitung: Das Williams-Beuren-Syndrom (WBS) ist eine genetisch bedingte Multisystemerkrankung des kardiovaskulären Systems, des ZNS und des Bindegewebes, die mit Hypercalciämie und charakteristischer Dysmorphie und psychomotorischen Auffälligkeiten einhergeht. Typische kardiovaskuläre Manifestationen sind supraaortale Stenosen der großen Arterien, der Koronararterien und der Nierenarterien. Sudden Cardiac Death (SCD) tritt bei WBS 25-100mal häufiger auf als in der Normalpopulation und ist auch bei Patienten mit strukturell normalem Herzen beschrieben. Rashkind berichtete bereits 1961 über SCD bei WBS.

Fallbericht: 4 5/12 Jahre alter Knabe mit genetisch gesichertem WBS, geringer supraaortaler Aortenstenose und RPA-Stenose, geringe Hypercalciämie (2.65 mmol/l). Keine Medikation, Ruhe-EKG QTc 0.49". Keine Synkopen. Familienanamnese leer für SCD. Einstellung auf Metoprolol.

Diskussion: Die Häufigkeit der QTc-Verlängerung bei Patienten mit WBS wird mit 13 Prozent angegeben (1). Die Ursache dieser Repolarisationsstörung bei WBS ist nicht bekannt, eine Therapie mit Betablockern kann möglicherweise das Risiko ventrikulärer Tachyarrhythmien senken.

1 Abnormalities of cardiac repolarization in Williams syndrome. Collins RT 2nd, Aziz PF, Gleason MM, Kaplan PB, Shah MJ. Am J Cardiol. 2010 Oct 1;106(7):1029-33.

P32 Das adrenogenitale Syndrom – Fallvorstellung

F. Kaufmann¹, A. Ahmad¹, A. Reißmann²

¹*Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben, Quedlinburg*

²*Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg*

Das adrenogenitale Syndrom (AGS) ist eine kongenitale Störung der adrenalen Steroidbiosynthese, ggf. mit Virilisierung. Es können dabei verschiedene autosomal rezessiv vererbte Enzymdefekte vorliegen, so dass das klinische Bild variiert. Auf Grund der Bedeutsamkeit der Erkrankung mit möglichem Versterben bei Salzverlustsyndrom wurde das AGS in das Neugeborenen-Screening aufgenommen. Mit einer Häufigkeit von 1:10.000 (Sachsen-Anhalt: 1:35.000) tritt das AGS eher selten auf. An Hand eines Fallbeispiels werden Stufen-Diagnostik und Therapie vorgestellt. Bei einem reifen Neugeborenen zeigte sich ein auffälliges Genitale. Die Verdachtsdiagnose AGS wurde rasch durch das Neugeborenen-Screening bestätigt. Es erfolgte die Behandlung mit Hydrocortison in Absprache mit einer pädiatrischen Endokrinologie. Am 12. Lebenstag zeigte sich dann eine Elektrolytentgleisung, so dass eine Substitution von Fludrocortison notwendig wurde. Darunter stabilisierte sich der Elektrolythaushalt rasch, das Mädchen (Karyogramm 46,XX) konnte nach Hause entlassen werden. Die Eltern wurden über die Notwendigkeit einer lebenslangen Substitution des

Glukokortikoids und den gesteigerten Bedarf bei Stresssituationen (Fieber, Infekt, OP etc.) aufgeklärt. Es erfolgte eine Anbindung wohnortnah an die Kinderendokrinologie. Nach Aufarbeitung des Verlaufs sollte bei der Diagnose AGS umgehend eine Dualtherapie mit Hydrocortison und Fludrocortison eingeleitet werden, um einer möglichen Salzverlustkrise vorzubeugen.

P33 Häufigkeit von Hörstörungen in Sachsen-Anhalt - Überblick ab 2009

A. Köhn¹, A. Reißmann¹

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Einleitung: Seit dem Jahr 2009 hat jedes Neugeborene einen gesetzlichen Anspruch auf die Untersuchung des Hörvermögens zum Ausschluss einer relevanten Hörstörung.

Zielstellung: Darstellung der Entwicklung des Hörscreening-Tracking in Sachsen-Anhalt seit 2009 bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Methode: Das Fehlbildungsmonitoring führt das Hörscreening-Tracking für das Bundesland Sachsen-Anhalt durch und nutzt dazu die sogenannte Screening-ID. Das Tracking umfasst die Vollständigkeit der Durchführung des Hörscreening (NHS) sowie die Nachverfolgung kontrollbedürftiger Befunde.

Ergebnisse: Es erfolgt eine vollständige Erfassung aller in Sachsen-Anhalt geborenen Kinder (94%-99%). Das Erstscreening ist bei 81%-85% der Neugeborenen unauffällig. Die Häufigkeit von Hörstörungen in Sachsen-Anhalt liegt bei 2-3 pro 1.000 Kinder.

Schlussfolgerung:

In Sachsen-Anhalt erfolgt ein nahezu vollständiges Hörscreening-Tracking der Neugeborenen. Die Daten zu diagnostizierten Hörstörungen entsprechen den Angaben aus anderen Ländern.

P34 Schleichende Visusminderung – Diagnostikfalle cMRT

N. Zetzsche, H. Knöfler, B. Meier, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachklinik Hubertusburg gGmbH Wernsdorf

Einleitung: Die moderne Medizin mit nahezu unendlichen Diagnostik-Möglichkeiten, lässt uns häufig unser geschultes Bauchgefühl vergessen. Das folgende Fallbeispiel soll die Sinne für die Tücken der medizinischen Selbstberuhigung schärfen. Fall: Ein inzwischen 15 jähriger Junge klagte bereits vor 3 Jahren über Schübe passagerer Visusminderungen, körperlicher Schwäche und intermittierender Kopfschmerzen. Eine ambulante neuropädiatrische Basisdiagnostik konnte zunächst keine Auffälligkeiten nachweisen. Ein ambulantes cMRT ergab bei eingeschränkter Beurteilbarkeit, auf Grund eines Spangenartefaktes, einen hirnanorganischen Normalbefund. Augenärztlich wurde eine Amblyopie rechts mit Restvisus von 0,6 nachgewiesen, die sich in den Folgejahren verstärkte. Nach Aggravierung der Klinik mit Morgenübelkeit und anhaltenden Kopfschmerzen stellte eine zweite Augenärztin eine nahezu vollständige Erblindung des rechten Auges mit Optikusatrophie und einer Stauungspapille links fest und wies den Patienten umgehend ein. Das cMRT zeigte einen großen Tumor im Bereich der vorderen Schädelgrube mit Infiltrierung des Chiasma opticus und drohender Hydrocephalus occlusus Symptomatik. Eben dieser basale Teil des Frontalhirns war im ersten MRT artefaktbedingt nicht darstellbar gewesen. Der Patient wurde umgehend in ein kideronkologisches Zentrum zur weiteren Therapie verlegt. Fazit: Frühzeitige Reevaluation der Symptomatik hätte das Outcome des Patienten wesentlich verbessert.

P35 Ein klarer Fall – oder?

C. Pinkwart, C. Doerfel, C. Schürer, D. Steuernagel, D. Vilser, H.J. Mentzel, H. Proquitté

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Wir berichten über ein 8-jähriges Mädchen mit Prader Willi Syndrom, das bei zunehmender Somnolenz in der Häuslichkeit akut in unsere Klinik verbracht wurde. Bei Aufnahme präsentierte die Patientin das klinische Bild einer Meningitis und reagierte nur auf Schmerzreize (GCS 7), woraufhin - gemäß des ACCM Algorithmus - gehandelt und eine sofortige Antibiose und Kreislauftherapie begonnen wurde. Nach mehrfach nicht messbaren nichtinvasiven Blutdrücken zeigte der erste invasiv gemessene Blutdruck eine arterielle Hypertension (290/190 mmHg). Die sofort veranlasste cMRT zeigte das Bild eines PRES. Echokardiografisch fand sich eine extreme linksventrikuläre Hypertrophie. Die augenärztliche Untersuchung erbrachte eine Netzhautablösung rechts. Innerhalb der ersten 24h entwickelte die Patientin eine transfusionspflichtige Anämie sowie Thrombozytopenie, begleitend zeigte sie eine Oligurie mit Proteinurie. Eine Infektion konnte paraklinisch und mikrobiologisch nicht nachgewiesen werden. Weitere Differenzialdiagnosen ließen sich ebenfalls nicht bestätigen (TTP, Neuroblastom, NAS, Gerinnungsstörung, hormonelle Fehlregulation). Die Patientin blieb für 4 d beatmet. In dieser Zeit kam es zu rezidivierenden Blutdruckentgleisungen, die nur unter Eskalation der Antihypertensiva beherrscht werden konnten. Nach

Extubation ließ sich kein neurologisches Defizit feststellen. Im Verlauf war eine kombinierte antihypertensive Therapie notwendig um stabile normwertige Blutdruckwerte zu erzielen.

P36 Case report: Borderline Ovarialtumor bei einem 12 jährigen Mädchen

A. Skorna, W. Eschrich, T.Rusche, F.Eckoldt
Klinik für Kinderchirurgie Jena

Das hier beschriebene Mädchen stellte sich am 1. Januar 2015 mit krampfartigen Bauchschmerzen und Erbrechen im Krankenhaus vor. Bei der durchgeführten Sonographie zeigte sich eine 8 x 8 cm große Raumforderung in Umgebung des linken Ovars. Es erfolgte bei uns die totale Ovariectomie. Intraoperativ zeigte sich im kleinen Becken über der Harnblase ein ca. 10 x 8 cm großer glattberandeter und vorwiegend zystischer Tumor, der direkt vom linken Ovar ausging. Histologisch zeigte sich die Manifestationen eines papillären serösen Borderline-Tumors (BOT) im Bereich der linken Adnexe. Epitheliale Ovarialtumoren sind bei Kindern sehr selten, können jedoch auch bei kleinen Kindern auftreten. BOT haben eine Inzidenz von 1,8 - 4,8 / 100 000 Frauen pro Jahr. Für das Kindes- und Jugendalter ist sie viel geringer. Aufgrund des aktuellen Falles haben wir über 40 Patientinnen unter 18 Jahren an unserem Klinikum über einen Zeitraum von 10/2007 bis 01/2015 mit der Verdachtsdiagnose des Ovarialtumores analysiert. In den meisten Fällen fand sich kein Hinweis auf einen Tumor. Zystische Veränderungen ergaben sich am häufigsten. Das Auftreten eines BOT bei einem 12-jährigen Mädchen fand sich im untersuchten Zeitraum nur einmal bei dem aktuell beschriebenen Fall. Durch die geringe Anzahl der BOT bei Kindern- und Jugendlichen entspricht die Therapie der Therapie erwachsener Frauen, allerdings mit dem Hauptaugenmerk auf Erhaltung der Fertilität. Insgesamt besteht eine gute Prognose.

P37 Ausgedehnte Manifestation einer tumorösen Kalzinose bei einem 10-jährigem Mädchen

A. Sauerbrey¹, K. Großer², V. Zindel³

¹*Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*

²*Helios Klinikum Erfurt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie*

³*Klinikum Bad Salzungen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*

Die tumoröse Kalzinose ist eine ätiologisch ungeklärte, sehr seltene Erkrankung, die durch das Auftreten meist paraartikulär lokalisierter benigner Weichteiltumoren gekennzeichnet ist. Ursache ist die Ablagerung von Kalziumsalzen oder Kalziumhydroxyapatitkristallen im Weichteilgewebe. Bei der hier dargestellten Patientin wurden schmerzhaft Schwellungen beidseits gluteal diagnostiziert. Die MRT-Untersuchung zeigte ausgedehnte kalkdichte Tumoren beidseits im Bereich der Glutealmuskulatur. Subjektiv bestanden nur mäßige Beschwerden. Paraklinisch zeigten sich keine Hinweise auf entzündliche Begleitreaktionen. Weitere Untersuchungen im Hinblick auf Autoimmunerkrankungen sowie des Kalzium und Phosphatstoffwechsels waren unauffällig. Auf Grund einer progredienten Schmerzsymptomatik mit zunehmendem Leidensdruck und der bisher nicht erfolgten histologischen Sicherung erfolgte die Exstirpation der Tumoren in toto. Die histologische Untersuchung zeigte ein pseudokapsulär begrenztes Gewebe mit kalzifizierten avitalen Ablagerungen in Pseudozysten und umgebender chronischer Entzündung. Die referenzhistologische Begutachtung bestätigte den Befund einer pseudotumoralen ektopischen Kalzinose in der Glutealmuskulatur. Klinische Beschwerden entstehen hier sekundär durch Verdrängung von Umgebungsstrukturen. Eine medikamentöse Therapie steht nicht zur Verfügung. Therapie der Wahl ist die komplette Exzision der Tumoren, wobei ein relativ hohes Risiko für Lokalrezidive besteht.

P38 Das fibröse Hamartom des Kindesalters – ein Fallbericht

C. Hempel¹, E. Braun¹, T. Lehnert², V. Wiechmann³, C. Geyer²

¹*Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig*

²*Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig*

³*Institut für Pathologie und Tumordiagnostik, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig*

Einleitung: Das fibröse Hamartom des Kindesalters (fibrous hamartoma of infancy, FHI) ist ein seltener Weichteiltumor der unteren Schichten der Haut. Es tritt in der Regel innerhalb der ersten 2 Lebensjahre auf und ist immer benigne. Eigenschaften wie progredientes Wachstum oder Adhärenz an tiefer liegende Gewebe lassen jedoch einen malignen Prozess vermuten. Das FHI ist hauptsächlich im Bereich der Schulter und des Oberarmes, der Inguinalregion oder der Brustwand lokalisiert. Andere Manifestationsstellen sind nur in Einzelfallstudien beschrieben. Therapie der Wahl ist die vollständige Exzision, dabei ist die Prognose selbst bei unvollständiger Entfernung gut. Rezidive sind äußerst selten.

Fallbericht: Wir berichten über einen 10 Monate alten Säugling, der mit einer 2 cm großen derben, indolenten Raumforderung im mittleren Drittel des medialen Oberschenkels vorstellig wurde. Eine Untersuchung mittels MRT zeigte eine 18 x 16 mm große, aus mehreren nodulären Strukturen bestehende

Formation mit diffuser Kontrastmittelaufnahme im Bereich der Kutis und Subkutis mit Verdacht einer granulomatösen Reaktion auf eine vorangegangene Impfung ohne sichere Dignitätszuordnung; differentialdiagnostisch wurde eine Fremdkörperreaktion erwogen. Mittels Probeexzision wurde die Diagnose eines FHI gesichert. Der Tumor konnte nachfolgend komplett im Gesunden reseziert werden. Trotz der notwendigen Resektion eines 3 x 2 cm großen Hautareals konnte ein primärer Wundverschluss erreicht werden. Die Wundheilung erfolgte per primum.

Schlussfolgerung: Schlussfolgernd sollten bei unklaren kindlichen Tumoren auch seltene Entitäten in atypischer Lokalisation differentialdiagnostisch erwogen werden. Die nach onkochirurgischen Regeln durchgeführte Biopsie sichert die Diagnose.

P39 Trauma, Krampfanfall, Stoffwechselerkrankung oder Infektion? Ein rätselhafter Fall.

M. Hagenberg¹, R. Wagner², I. Dähnert², L. Patzer¹

¹Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle/Saale, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

²Herzzentrum Leipzig, Klinik für Kinderkardiologie

Der 2jährige, bisher gesunde Patient wurde mit einer tiefen Bewusstseinsstörung aufgenommen. Die Einweisung durch den Notarzt erfolgte unter dem Verdacht auf ein unbeobachtetes, schweres Schädel-Hirn-Trauma, nebenbefundlich bestand eine Gastroenteritis. Allerdings lagen bei Aufnahme eine ausgeprägte Ketoazidose, Exsikkose und Hyperglykämie vor, anamnestisch hatte sich am ehesten ein Krampfanfall ereignet. Sonographisch und paraklinisch fiel eine massive Cholezystitis und Hepatocholangitis ohne Cholestase auf. Im Verlauf kamen Aszites und Pleuraergüsse sowie ein hartnäckiger hämorrhagischer Perikarderguss hinzu. CCT, EEG, Lumbalpunktion, Blutkultur und Abstriche erbrachten keine wegweisenden Befunde. Erst im späteren Verlauf gelang der serologische Nachweis einer Enterovirusinfektion. Die Kriterien für ein Kawasaki-Syndrom wurden nicht erfüllt.

Die verschiedenen Subspezies der Enteroviren - insbesondere Coxsackieviren und Echoviren - können verschiedenste Organmanifestationen hervorrufen, neben der in der Pädiatrie wohl am häufigsten gesehenen intestinalen und Haut- bzw. Schleimhautsymptome sind auch Meningoenzephalitiden, Pneumonien, Hepatitiden oder Pankreatitiden möglich bis hin zu septischen Verläufen.

Ungewöhnlich in unserem Fall war sicherlich der plötzliche schwere Krankheitsbeginn mit dem gleichzeitigen Auftreten multipler Symptome. Unter antibiotischer und antiinflammatorischer Therapie kam es zu einer Restitutio ad integrum.

Sonstiges II

P40 Die Macht der Psyche – psychogene Lähmung

H. Knöfler, B. Meier, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Wermsdorf

Einleitung: Innere Konflikte, Ängste und psychische Traumata haben bereits im Kindesalter enorme Auswirkungen auf die Gesundheit und imponieren teilweise mit ausgeprägter klinischer Symptomatik. Im Folgenden soll dies anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht werden. Fall: Ein 15 Jahre alter Junge wurde wegen einer akuten, schlaffen Lähmung mit Sensibilitätseinschränkungen des rechten Beines eingewiesen. Seit 5 Tagen litt der Patient über aufsteigende Kribbelparästhesien mit stechenden Schmerzen beginnend am rechten Fuß. Es bildete sich eine schlaffe Lähmung mit Bedürftigkeit von Unterarm-Gehstützen aus. Infektionen, Traumata, Drogen oder Krampfäquivalente wurden negiert. Klinisch bestand eine Kraftminderung des rechten Beines Janda 1, eine Zirkulationsstörung mit kühlerer Haut rechts im Seitenvergleich, abgeschwächten MER rechts, erloschenem Bauchhautreflex und Sensibilitätsstörung (keine Reaktion auf Schmerzreiz). Die umfangreiche Labor- & Liquordiagnostik, zentrale Bildgebung und Elektrophysiologie inklusive NLG und SSEP ergaben keinen relevanten pathologischen Befund. Nach erweiterter psychosozialer Anamnese ergaben sich Hinweise auf deutliche Schulprobleme mit Mobbing-situation und Schulwechselambitionen des Patienten, die jedoch durch die Eltern bisher blockiert wurden. Durch Moderation unsererseits konnten sich Eltern und Patient auf eine für den Jungen akzeptable Lösung mit Schulwechsel einigen. Bereits am Folgetag konnte der Patient wieder ohne Gehstützen normal laufen.

P41 Schwere Dystrophie beim Kleinkind – Organische Ursache, Fütterstörung oder beides?

M. Reitmann¹, K. Nissler¹, M. Heruth¹, K. Burdack¹, E. Thoms², A. Möckel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kliniken Leipziger Land, Borna

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Park-Klinikum Leipzig

Einleitung: Die mangelnde körperliche Entwicklung im Kindesalter ist eine häufige Ursache für umfangreiche ambulante und stationäre Untersuchungen. Dabei ist neben Erkrankungen wie Zöliakie, Nahrungsmittelallergien oder Mukoviszidose, auch die ausreichende Nahrungsaufnahme zu überprüfen. Diese kann durch Probleme der Kind-Eltern-Interaktion gestört sein und so zur Unterernährung führen. Fall: Wir berichten über ein 1 9/12 Jahre altes Mädchen, das seit dem zweiten Lebenshalbjahr eine sehr schlechte Nahrungsaufnahme und eine grenzwertige Gewichtsentwicklung aufwies. Nach einer dramatischen Verschlechterung erfolgte die stationäre Aufnahme. Durch unsere Untersuchungen (Serologie und Endoskopie) konnte die Diagnose Zöliakie gestellt werden. Trotz Beginn der glutenfreien Diät kam es in den folgenden zwei Monaten zu keiner Besserung. Die Ernährung war nur über die Magensonde möglich. Während unserer stationären Beobachtung fiel auch die emotionale Vernachlässigung des Kindes durch die alleinerziehende Mutter auf. Die psychologische Exploration bestätigte die erhebliche Störung der Mutter-Kind-Beziehung. Erst nach einer mehrmonatigen stationären Familientherapie konnte eine Verbesserung erreicht werden. In der Aufarbeitung zeigten sich massive eigene traumatische Erfahrungen der Mutter in der Vergangenheit. Schlussfolgerung: Entwicklungsstörungen beim Kind können auch bei eindeutiger Grunderkrankung vielschichtig sein und bedürfen der engen interdisziplinären Zusammenarbeit.

P42 Handlungsleitlinien bei Schwangeren und Müttern mit (Verdacht auf) Drogenabusus am Kinder-Frauzentrum des Universitätsklinikums Dresden

J. Zinn

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Universitäts-Kinder- und Frauenzentrum

abgesagt

P43 Lymphangiom und T-Zell-Lymphopenie – Ein Fallbericht

N. Benecke¹, W. Deppe¹, A. Wroblewski², M. Gahr¹

¹Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Klinik Bavaria Zscheckwitz, Kreischa/ Dresden

²St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Einleitung: Wir präsentieren einen Fallbericht eines jetzt 22 Monate alten Jungen mit Lymphangiom. Ergebnisse: Laborchemische Untersuchungen erbrachten eine T-Zell-Lymphopenie mit normaler Aktivität der T-Zellen. Diskussion: Im Gegensatz zu anderen Autoren vermuten wir in Analogie zum Verlust der Lymphozyten bei der intestinalen Lymphangiektasie einen kausalen Zusammenhang zwischen T-Zell-Lymphopenie und dem Lymphangiom.

P44 Peritonealdialyse bei Muskeldystrophie Duchenne – zwei Fallberichte

S. Wygoda, M. Henn, S. Hollenbach, B. Schulz

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und KfH Nierenzentrum für Kinder- und Jugendliche

Einleitung: Die Muskeldystrophie Duchenne (DMD) ist eine Erkrankung mit infauster Prognose. Durch die fortschreitende Muskelschwäche kommt es im Langzeitverlauf zu einer cardialen und pulmonalen Insuffizienz. Circa 14 % der Pat. versterben am Nierenversagen. Berichte über eine Nierenersatztherapie liegen nicht vor. Methode: Wir berichten über zwei männliche Jugendliche mit DMD, die im Alter von 14 (Patient 1) und 22 (Patient 2) Jahren terminal niereninsuffizient wurden. Beide hatten eine schwere cardiale Insuffizienz, führten eine nächtliche Maskenbeatmung durch und waren rollstuhlabhängig. Nach intensiven Beratungsgesprächen entschieden sich die Patienten für die Einleitung einer Nierenersatztherapie zur Lebensverlängerung. Es wurde bei Pat. 1 eine Peritonealdialyse mit nächtlicher Cyclerbehandlung durchgeführt, Pat.2 erhielt CAPD.

Ergebnisse: Beide Pat. profitierten hinsichtlich des Allgemeinbefindens, der Lebensqualität und der cardialen Situation von der Dialysebehandlung. Patient 1 verstarb nach 3, 4 Jahren Dialyse im Rahmen der ersten Peritonitis mit Erreger *Stenotrophomonas maltophilia*. Patient 2 wird seit 1,4 Jahren dialysiert. Schlussfolgerung: Die Peritonealdialyse kann zur Nierenersatztherapie bei Pat. mit Muskeldystrophie Typ Duchenne erfolgreich eingesetzt werden. Diskussion: Als Ursache der terminalen Niereninsuffizienz bei DMD ist ein chronisches kardioresnales Syndrom (Typ2) anzunehmen. Die Dialysebehandlung führt zur Stabilisierung beider Funktionen.

P45 Auftreten eines Retropharyngealabszesses unter einer Therapie mit Infliximab bei M. Crohn – eine schwerwiegende Nebenwirkung

C. Spranger¹, E. Braun¹, M. Zurek¹, Th. Richter², M. Borte¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, FKH Hubertusburg, Wernsdorf

Einleitung: Der TNF-Blocker Infliximab spielt eine wesentliche Rolle in der Behandlung von schweren Verläufen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung bei Kindern und Jugendlichen.

Fallbericht: Bei einem 17-jährigen Patienten erfolgte bereits seit 2 Jahren eine Therapie mit Infliximab, Azathioprin und Mesalazin bei einem M. Crohn mit hoher Krankheitsaktivität. In einer externen Klinik erfolgte zunächst die Erstvorstellung bei plötzlich aufgetretenem Fieber, occipitalen Kopfschmerzen sowie Halsschmerzen. Eine Liquoruntersuchung zeigte keinen Hinweis für eine Meningitis. Bei deutlichem CRP-Anstieg bis 340mg/l sowie Verschlechterung des Allgemeinzustands erfolgte die Verlegung in unsere Klinik. Bei der MRT-Untersuchung des Kopfes und des Halses zeigte sich ein prävertebraler Retropharyngealabszess, der anschließend operativ gespalten wurde. Die antibiotische Therapie mit Ceftriaxon, Clindamycin und Metronidazol konnte bei Nachweis von Staphylococcus aureus im Abszessmaterial auf eine 10-tägige Monotherapie mit Clindamycin umgestellt werden, die zur vollständigen Rekonvaleszenz führte.

Schlussfolgerung: Zwar zeigten mehrere Studien das therapeutische Potential des TNF-Blockers, doch potentielle Nebenwirkungen wie das Auftreten von Infektionen oder Malignomen stellen weiterhin ein wesentliches Problem in der Behandlung der betroffenen Patienten dar. Weitere klinische Studien insbesondere zur Langzeitbeobachtung und Risikoeinschätzung sollten erfolgen.

P46 Zöliakie – ein Mysterium. Fallbeispiel mit Praxisempfehlung

M. Zurek¹, C. Spranger¹, Th. Richter²

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig,

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, FKH Hubertusburg, Wernsdorf

Einleitung: Die Zöliakie ist seit vielen Jahren für Pädiater eine gut bekannte Krankheit, deren Diagnose durch die Antikörper (AK)-Bestimmung deutlich erleichtert wurde. Dennoch beobachteten wir einige Patienten, bei denen die spezifischen Zöliakie-AK zunächst unauffällig waren und die Diagnose einer Zöliakie zu einem späteren Zeitpunkt gestellt wurde.

Fall: Die Patientin wurde wegen Bauchschmerzen erstmals im Alter von 9 Jahren in der gastroenterologischen Spezialprechstunde vorgestellt. Wir bestimmten Transglutaminase- und deamidierte Gliadin-AK und führten danach weitere Untersuchungen durch. Dabei wurde lediglich eine Sorbitol-Unverträglichkeit diagnostiziert. Im Alter von 11 Jahren wurde die Patientin stationär zur psychosomatischen Diagnostik und Therapie aufgenommen. Im Alter von 15 Jahren erfolgte erneut die Vorstellung in der gastroenterologischen Sprechstunde wegen Bauchschmerzen und einer Eisenmangelanämie. Hier wurden erhöhte spezifische Zöliakie-AK bestimmt. In der folgenden Ösophagogastroduodenoskopie wurde die Dünndarmschleimhaut mit Marsh 3c klassifiziert. Unter glutenfreier Kost Normalisierung der AK, die Leistungsfähigkeit der Patientin nahm deutlich zu. Schlussfolgerung: Normal bestimmte Zöliakie-AK sind kein sicherer Beweis dafür, dass keine Zöliakie vorliegt und sollten bei entsprechender Symptomatik zu einem späteren Zeitpunkt kontrolliert werden.

P47 Adam-Stokes-Anfälle als Differentialdiagnose zur Epilepsie. Eine Kasuistik.

S. Patzer¹, R. Gebauer², L. Patzer¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

²Klinik für Kinderkardiologie, Universität Leipzig, Herzzentrum

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind eine Differentialdiagnose zur Epilepsie. Die größte Rolle spielen dabei Synkopen. Wir berichten über eine jetzt 8 Jahre alte Patientin, die ab dem Alter von 4 Jahren multiple Zustände von Bewußtseinsstörungen erlitten hatte, die unterschiedlich schwer verliefen, mehrfach aber mit Blässe, Stürzen und Konvulsionen einhergingen. Gemeinsam war den Ereignissen ein vorausgegangener Schmerzreiz. Wiederholte kardiologische Untersuchungen hatten unauffällige Befunde erbracht, ein EEG enthielt aber Zeichen einer diskreten epileptischen Funktionsstörung, die Familienanamnese für Epilepsien war positiv. Zum Ausschluß einer Reflexepilepsie erfolgte die erneute Ableitung eines EEGs während einer Venenpunktion. Dabei zeigte die Patientin eine eindrucksvolle Symptomatik mit Bewußtlosigkeit, Dystonie und Konvulsionen - im EKG wurde eine 7 Sekunden lange Asystolie dokumentiert. Wir stellten die Diagnose von Adam-Stokes-Anfällen. Ausgelöst wurden diese kardioinhibitorischen vasovagalen Synkopen durch Schmerzreize. Eine erneute kinder-kardiologische Abklärung bestätigte die Einschätzung. 15% aller Kinder erleiden bis zum Erwachsenenalter mindestens eine Synkope, Reflexsynkopen mit Asystolien sind allerdings bei so jungen Kindern die Ausnahme. Die Gefahr der Verwechslung mit einer Epilepsie ist groß, eine

sorgfältige Klärung für Therapie und Prognose aber entscheidend. Unsere Patientin ist unter einer Behandlung mit Betablocker bisher beschwerdefrei.

P48 Akute postinfektiöse Glomerulonephritis – eine Häufung im Jahr 2014

G. Bertram, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara, Halle/S.

Die postinfektiöse Glomerulonephritis ist in Entwicklungsländern auch heute noch die häufigste akute glomeruläre Erkrankung. In Industrieländern tritt sie seit Einführung der Antibiotika nur noch sporadisch auf. 2014 haben wir nach langer Pause 5 Patienten gesehen. Ihre Vorstellung soll an die Symptomatik und den Verlauf erinnern. Auffällig werden die Kinder mit einer Makrohämaturie, milden Ödemen, Blässe, Müdigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen, arterieller Hypertonie und Oligurie. Die Laborwerte mit kleiner Proteinurie, eingeschränkter GFR und vermindertem Komplement C3 ergänzen die Bausteine für die Diagnosestellung. Hilfreich ist dabei auch die Sonographie der Nieren mit hyperhepatischer Echogenität des Parenchyms und Volumenzunahme. Als Auslöser der Entzündungskaskade in den Glomeruli sind Streptokokken, andere Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten bekannt. Eine Nierenbiopsie ist nur bei kompliziertem und prolongiertem Verlauf indiziert. Die Therapie wird symptomatisch geführt. In > 85 - 99% kommt es nach mehreren Wochen zu einer Restitutio ad integrum, eine Erythrozyturie kann über Monate persistieren. Bei unseren Patienten gestaltete sich der Verlauf typisch und unkompliziert. Für die medizinische Begleitung ist kindernephrologische Erfahrung nützlich. Als Erreger haben wir Streptokokken und Adenoviren gefunden. Für die passagere Häufung der Erkrankung kann u.a. eine veränderte Virulenz der Streptokokken diskutiert werden.

P49 Diagnostik-Panel für aHUS und MPGN: genetische Untersuchung, medizinische Indikation und Methode

M. Nagel, S. Nagorka, M. Benke, M. Brzeska

Molekulargenetisches Labor, Zentrum für Nephrologie und Stoffwechsel, Weißwasser

Eine Panel-Analyse ist geeignet für Patienten mit atypischem hämolytisch urämischem Syndrom (aHUS), Thrombotisch thrombozytopenischer Purpura (TTP) und für andere Nierenerkrankungen wie Membranproliferative Glomerulonephritis (MPGN).

Ziel von Panel-Untersuchungen ist eine schnelle und umfassende Diagnostik aller für eine bestimmte Erkrankung relevanten Gene. Die Analyse ermöglicht die Abklärung potenzieller genetischer Dispositionen.

Ein in unserem Labor etabliertes Panel ermöglicht die Untersuchung von 13 Genen: CFH, CFI, CD46, CFB, CFHR1-5, C3, THBD, ADAMTS13 und DGKE.

Das Panel wird zuerst mittels sog. Sanger-Sequenzierung (evtl. Stufendiagnostik) untersucht. Für einige der klinischen Fragestellungen können zusätzlich Exon-Deletionen/-Duplikationen abgeklärt werden (MLPA-Analyse). Das Panel wird auf wissenschaftlicher Basis durch „massive parallel sequencing“ (MPS/NGS) ergänzt.

Wir berichten den Fall eines Patienten mit klinischem Verlauf eines aHUS. Bei diesem Patienten ergab sich die Vermutung einer homozygoten Deletion im CD46-Gen, welche mittels Sanger-Sequenzierung und MLPA nicht eindeutig nachweisbar war. Der Verdacht eines aHUS konnte erst durch MPS/NGS auf wissenschaftlicher Basis molekulargenetisch bestätigt werden.

Im vielen klinischen Fällen kann die Diagnose mit Hilfe der drei Methoden Sanger-Sequenzierung, MLPA und MPS/NGS molekulargenetisch gesichert werden und damit zu einer Gesundheitsoptimierung der Patienten führen.

Ehrenmitglieder der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Prof. Dr. N. Bannert, Magdeburg	Prof. Dr. J. Misselwitz, Jena
Prof. Dr. K. Bock, Leipzig	Prof. Dr. J. Oehme, Wolfenbüttel
Prof. Dr. W. Braun, Leipzig	Dr. F. M. G. Otto, Dessau
Prof. Dr. H.-J. Dietzsch, Dresden	Prof. Dr. H. Patzer, Erfurt
Dr. E. Fukala, Halle (Saale)	Prof. Dr. W. Plenert, Jena
Prof. Dr. E. Häßler, Jena	Prof. Dr. W. Raue, Leipzig
Prof. Dr. M. Kabus, Dresden	Prof. Dr. D. Roesner, Dresden
Dr. A. Klinghammer, Chemnitz	Prof. Dr. G. Scheerschmidt, Kirchheim
Prof. Dr. H. Köditz, Magdeburg	Prof. Dr. U. Sitka, Halle (Saale)
Prof. Dr. W. Leupold, Dresden	Prof. Dr. W. Thal, Magdeburg
Prof. Dr. S. Liebe, Leipzig	Prof. Dr. H. Wolf, Gießen
Prof. Dr. K. Lorenz, Dresden	Prof. Dr. F. Zintl, Jena
SR Dr. I. Meinhard, Magdeburg	

Arthur-Schlossmann-Preisträger

2014 Susann Blüher, Leipzig
2013 Kathrin Fahr, Radebeul
2011 Christine Mauz-Körholz, Halle (Saale)
2010 Rüdiger Mund, Halle (Saale)
2009 Christian Vogelberg, Dresden
2007 Holm Uhlig, Leipzig
2006 Ralf Knöfler, Dresden
2005 Daniel Steinbach, Jena
Peter Vorwerk, Magdeburg
2004 Ludwig Patzer, Halle (Saale)
2003 Peter Müller, Leipzig
2001 Gesine Hansen, Halle (Saale)
2000 Eva Robel-Tillig, Leipzig
1998 Thomas Scholbach, Leipzig
1997 Johannes Breyer, Tübingen
1996 Axel Sauerbrey, Jena

Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden

Baier, M. (Jena) _____	14	Kruscha, J. (Leipzig) _____	18, 30
Becher, J. (Erfurt) _____	21, 38	Lehnert, T. (Leipzig) _____	19, 31
Beck, N. (Magdeburg) _____	14, 25	Liebers, N. (Jena) _____	20, 36
Belger, H. (Suhl) _____	20, 33	Loderstedt, M. (Magdeburg) _____	10
Benecke, N. (Kreischa/Dresden) _____	22, 42	Lorenz, N. (Dresden) _____	11, 21, 24, 38
Bertram, G. (Halle/Saale) _____	22, 44	Lücke, K. (Erfurt) _____	20, 35
Blüher S. (Leipzig) _____	11	Mentzel, H.-J. (Jena) _____	15
Bonitz, J. (Dresden) _____	19, 32	Mohnike, K. (Magdeburg) _____	21
Braun, E. (Leipzig) _____	19, 30	Mothes, H. (Jena) _____	14, 25
Brockauf-Knothe, K. (Halle/Saale) _____	21, 37	Müller, A. (Dresden) _____	10
Czekalla, N. (Plauen) _____	10	Müller, R. (Hamburg) _____	10
Dawczynski, K. (Jena) _____	10, 36	Nagel, M. (Weißwasser) _____	22, 44
Dinger, J. (Dresden) _____	20, 36	Nißler, K. (Borna) _____	18, 29
Eckoldt, F. (Jena) _____	2, 14	Nützel, J. (München) _____	11, 24
Eichholz, S. (Dresden) _____	18, 28	Ochwadt, C. (Hannoversch Münden) _____	14, 25
Ewertowski, H. (Plauen) _____	18, 28	Oetter, R. (Jena) _____	15, 26
Finke, R. (Halle/Saale) _____	18	Patzer, L. (Halle/Saale) _____	11, 14, 25
Gosch, G. (Magdeburg) _____	10, 14	Patzer, S. (Halle/Saale) _____	22, 43
Gottschalk, C. (Magdeburg) _____	10	Pinkwart, C. (Jena) _____	21, 39
Graul, S. (Hamburg) _____	10	Pirrhs, E. (Tonndorf) _____	10
Großer, K. (Jena) _____	15, 26	Pöttsch, S. (Plauen) _____	11
Hagenberg, M. (Halle/Saale) _____	22, 41	Proquitté, H. (Jena) _____	20
Haufe, S. (Leipzig) _____	20, 35	Reitmann, M. (Borna) _____	22, 42
Haß, H.-J. (Magdeburg) _____	18, 30	Riemer, I. (Weimar) _____	14, 19
Hempel, C. (Leipzig) _____	21, 40	Robel-Tillig, E. (Leipzig) _____	11
Hempel, L. (Gera) _____	11	Rudovsky, M. (Jena) _____	10
Heubner, G. (Dresden) _____	18	Rupietta, M. (Leipzig) _____	18, 28
Hinz, A.-B. (Erfurt) _____	11, 24	Rusche, T. (Weimar) _____	2, 11, 15
Hufe, A. (Jena) _____	10	Saubrey, A. (Erfurt) _____	21, 40
Kaufmann, F. (Quedlinburg) _____	21, 38	Schulz, B. (Leipzig) _____	18, 27
Kielwagen, C. (Borna) _____	18, 27	Schürer, C. J. (Jena) _____	20, 35
Knöfler, H. (Wernsdorf) _____	22, 41	Seidel, J. (Jena) _____	22
Knöfler, R. (Dresden) _____	19, 31	Skorna, A. (Jena) _____	21, 40
Knüpfer, M. (Leipzig) _____	20, 37	Spieler, H. (Jena) _____	10
Köhn, A. (Magdeburg) _____	21, 39	Spillner, C. (Magdeburg) _____	18, 29
Kretschmar, B. (Eisenach) _____	14	Spranger, C. (Leipzig) _____	22, 43

Springer, A. (Erfurt) _____	19, 33
Vorwerk, U. (Magdeburg) _____	10
Watzler-Herberth, I. (Dresden) _____	19, 32
Windschall, D. (Weißenfels) _____	20, 34
Winterhalter, J. (Erfurt) _____	18, 19, 27, 33
Wolke, S. (Jena) _____	11, 14, 25
Wurst, C. (Suhl) _____	11, 20, 24, 34
Wygoda, S. (Leipzig) _____	22, 42
Zetzsche, N. (Wernsdorf) _____	21, 39
Zillessen, K. E. (Weimar) _____	10
Zinn, J. (Dresden) _____	42
Zurek, M. (Leipzig) _____	22, 43

