

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Abstracts-Publikation in einer Springer Medizin Zeitschrift entschieden haben. Folgende Hinweise und nachfolgende Beispiele sollen Ihnen bei der Datenerstellung helfen.

- Senden Sie uns bitte *eine* durchgehende Datei (Word-Format, kein pdf) und verwenden Sie nur reinen Fließtext (keine Textfelder).
- Bitte beachten Sie, dass die Abstracts von den Autoren und Gutachtern zur Publikation freigegeben und von Ihnen in der endgültigen Fassung bearbeitet wurden sowie in der gewünschten Reihenfolge geordnet sind.
- Gerne können Sie Zwischenüberschriften (z. B. einzelne Sessions) an den gewünschten Stellen einfügen und ggf. am Anfang Ihrer Datei als Inhaltsverzeichnis ergänzen.
- Achten Sie bitte auf eine einheitliche (klare) Strukturierung der Abstracts (Session, ggf. Nummerierung, Abstract-Titel, Autorennamen, Institutsangaben etc.; ▶ s. Beispiel S. 2).
- Bei den Autoren bitte immer zuerst Vornamensinitialen und dann der Nachname, Adresszuordnung; darunter Kurzadresse mit Abteilung, Institut, Einrichtung, Stadt.
- Bitte senden Sie die Daten in der gewünschten Reihenfolge (▶ s. Beispiel S. 2)
- Bei einer Länge von 1.800 Zeichen (inkl. Leerzeichen) passen 4 Abstracts auf eine Druckseite; die max. Länge der Abstracts sollte bei 2.500 Zeichen liegen.
- Die Abstracts können auf Deutsch oder Englisch und in strukturierter oder unstrukturierter (fortlaufender) Form eingereicht und entsprechend umgesetzt werden.
- Bitte bei strukturierten Abstracts identische Überschriften wählen, z.B. Hintergrund, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung/Diskussion bzw. Aims, Methods, Results, Conclusions
- Literaturangaben sind möglich (▶ s. Beispiel S. 3)
- Die Abstracts können auch Tabellen und Abbildungen beinhalten – bitte mit Textverweis und eindeutiger Zuordnung zum Abstract durch die Abstract-Nr. (▶ s. Beispiel S. 4).
 - ▶ Wichtig: Klären Sie die Abbildungsrechte (Copyright) bitte unbedingt im Vorfeld mit den Autoren (Einverständniserklärung identifizierbarer Personen erforderlich)!
 - ▶ Bitte Abbildungen und Tabellen als separate Originaldatei und nicht als Bilddatei in word eingebunden liefern (Druckqualität unzureichend). Abbildungsformate: tif, jpg, ppt, pptx, PDF – Auflösung min. 300 dpi.
- Falls Sie am Ende der Abstracts ein Autorenverzeichnis mit Verweisen auf die Abstractnummern wünschen, bitten wir Sie, uns dies als Datei zur Verfügung zu stellen bzw. am Ende anzufügen.
 - ▶ Bitte alphabetisch ordnen: Nachname, dann die Vornamensinitialen, die Zuordnung der Abstracts bitte chronologisch angeben (▶ s. Beispiel S. 5).

Nach Eingang der Abstracts prüft die Redaktion die Daten und wird sich im Bedarfsfall mit Ihnen in Verbindung setzen. Nach Bearbeitung und Umsetzung der Daten wird ein Gesamt-PDF für Sie erstellt, das wir Ihnen per E-Mail zur Prüfung und Druckfreigabe zusenden.

Wir bitten um Verständnis, dass zu diesem Zeitpunkt eine Überarbeitung der Abstracts *nicht* mehr vorgesehen ist.



Abstracts 2017 der GNPI und DGPI

43. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin und 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, 8.–10. Juni 2017, Dresden

Tagungsleitung der GNPI:
 Prof. Dr. Mario Rüdiger, PD Dr. Jürgen Dinger, Dresden

Tagungsleitung der DGPI:
 Prof. Dr. Reinhard Berner, Dresden

Freie Vorträge GNPI

GNPI-V01

„Studenten werden Paten“ – praxisorientiertes, individuelles Lehrprojektes in der Neonatologie

S. Poralla, T. Dresbach, A. Müller

Universitätsklinikum Bonn, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Bonn, Deutschland

Projekt: Ein seit fünf Jahren etabliertes Lehrprojekt der Neonatologie am Universitätsklinikum Bonn ermöglicht Medizinstudenten ein gesundes Kind von der Geburt an bis zum Ende des zweiten Lebensjahres zu begleiten. Die Studenten lernen ihr „Patenkind“ direkt nach der Geburt kennen und begleiten die Familie in den ersten zwei Jahren zu allen Kinderarztbesuchen, insbesondere den Vorsorgeuntersuchungen. So erleben die „Paten“ hautnah und aktiv, wie sich ein Kind normal entwickelt – unter motorischen, sprachlichen und psychosozialen Aspekten.

Ablauf: Das erste Kennenlernen findet im Rahmen der U2 statt. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die regelmäßige Kontaktaufnahme zwischen Paten und Patenfamilien in Eigenverantwortung, die jeweiligen Arzttermine werden individuell untereinander abgesprochen. Die Studenten haben einen Arzt als Ansprechpartner, der sie in Kleingruppen in Seminaren auf die jeweils bevorstehende Vorsorgeuntersuchung vorbereitet. Durch gute Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärzten wird eine ebenso intensive Betreuung in den Praxen gewährleistet.

Ziel: Das Projekt ermöglicht Studenten bereits in den überwiegend theoretisch ausgerichteten vorklinischen und ersten klinischen Semestern erste Patientenkontakte, ein „Miterleben“ der frühkindlichen Entwicklung, somit erste Kontakte mit dem pädiatrischen Berufsfeld. Nach dem Grundsatz „nur wer ein gesundes Kind kennt, kann auch Krankheiten erkennen“ legen die Studenten mit ihren gesammelten praktischen Erfahrungen einen wichtigen Grundstein für ihr späteres Berufsleben.

Bisherige Erfahrungen: Das Projekt stößt bei Eltern und Studenten auf außerordentlich gute Resonanz. Jedes Semester bewerben sich deutlich mehr Studenten als Plätze zur Verfügung stehen. Die Studenten sind sehr motiviert und engagiert. Aus einigen Patenschaften wird mehr: Besuche zu Hause, Paten als Babysitter, regelmäßiger Kontakt auch zwischen den Terminen der U-Untersuchungen und über die geplanten zwei Jahre. Die

Evaluationen zeigen, dass Studenten durch ein solches Projekt einen intensiveren Einblick in die Pädiatrie erhalten und ihr Interesse für diesen Fachbereich geweckt werden kann. Um das Gelingen des Projektes und die Zufriedenheit aller beteiligten Personen zu gewährleisten, ist ein hoher personeller Betreuungsaufwand notwendig, der aber insgesamt mehr als gerechtfertigt ist und durch das positive Feedback belohnt wird.

Ausblick: Das Konzept des Projektes lässt sich auch auf andere Bereiche der

Beispiel für die Reihenfolge der Daten & Beispiele für eine einheitliche Strukturierung der Abstracts & die korrekte Angabe der Autorenschaft

zeln Patienten über längere Zeit zu begleiten. Um eine adäquate Umsetzung zu ermöglichen, sind weitere personelle Ressourcen erforderlich.

GNPI-V02

Effect of different volume expansion strategies on return of spontaneous circulation (ROSC) in a newborn piglet model of asphyxia and hemorrhage

M. R. Mendler¹, L. Hechenrieder¹, S. Kurth¹, S. Schwarz¹, B. Mayer², H. Hummler¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Ulm, Sektion Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Ulm, Deutschland,

²Universität Ulm, Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Ulm, Deutschland

Background: Immediately after birth approximately 5% of newborn infants need respiratory support and very few need chest compressions (CC). Current ILCOR guidelines suggest volume replacement when blood loss is known or suspected and the infant's heart rate remains less than 60/min despite adequate ventilation with 100% oxygen and CC. However, it is not clear whether early blood transfusion improves outcome as compared to isotonic crystalloid solution.

Objective: To test the hypothesis that early blood transfusion reduces time to ROSC as compared to isotonic crystalloid during resuscitation in a newborn piglet model of asphyxia and hemorrhagic shock.

Design/Methods: Forty-four asphyxiated newborn piglets with controlled hemorrhage with cardiac arrest undergoing cardio-pulmonary resuscita-

Ergebnisse: In der mittels LISA behandelten Gruppe 2009–2014 überlebten 82,3 % aller Frühgeborener <28 SSW, im Vergleich zu 59,3 % aller Kinder der historischen Kontrollgruppe ($p = <0,001$). 49,7 % der LISA-Kohorte zeigten ein normales Outcome oder nur eine milde Beeinträchtigung (MDI/PDI >70) im Alter von 2 Jahren im Vergleich zu 24,8 % der Kontrollgruppe ($p = >0,001$). 18,0 % zeigten ein moderat bis schwer beeinträchtigtes Outcome (MDI/PDI >70) im Vergleich zu 11,3 % der Kontrollgruppe ($p = 0,03$). 37,3 % der LISA-Kohorte überlebten ohne Morbidität (= IVH>II, NEC, ROP>II, CLD) im Vergleich zu 22,7 % in der Kontrollgruppe ($p = 0,012$).

Schlussfolgerung und Diskussion: Mittels LISA behandelte Frühgeborene zeigen an unserer Abteilung nicht nur ein verbessertes Kurzzeitoutcome, sondern auch ein signifikant verbessertes entwicklungsneurologisches Outcome. Neben deutlich verbesserter Überlebensraten stieg auch der Anteil an Kindern mit unauffälligem Outcome an. Als Limitation unserer Studie muss der Vergleich mit einer historischen Vergleichsgruppe angesehen werden, da sich Outcomedaten über die Jahre bekanntermassen kontinuierlich verbessern; als großen Vorteil unserer Studie sehen wir die hohe Patientenzahl.

Beispiel Literaturangaben

Literatur

1. Isayama JT, Iwami H, McDonald S, Beyene J (2016) Association of noninvasive ventilation strategies with mortality and bronchopulmonary dysplasia among preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 316:611–624
2. Aldana-Aguirre JC, Pinto M, Featherstone RM, Kumar M (2017) Less invasive surfactant administration versus intubation for surfactant delivery in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 102:F17–F23

GNPI-V27

Telomerlänge von frühgeborenen Kindern -Biomarker neben Gestationsalter und Geburtsgewicht

N. T. Siebert¹, M. Hütten¹, S. Dreschers¹, F. Beier², T. Brümmendorf¹, T. Orlikowsky¹

¹Universitätsklinik Aachen, Neonatologie, Aachen, Deutschland,

²Universitätsklinik Aachen, Hämatologie und Onkologie, Aachen, Deutschland

Hintergrund: Aktuelle Studien unterstreichen den Zusammenhang zwischen Frühgeburtlichkeit und einem beschleunigten zellularem Alterungsprozess der betroffenen Kinder. Telomere sind am Ende jedes Chromosoms lokalisiert und verkürzen sich mit jeder Zellteilung. Biochemisch kann somatische Zellalterung als eine Telomerlängenverkürzung aufgefasst werden. So sind sie in der Stammzellbiologie ein etabliertes Instrument, um das Replikationsverhalten einer Zelle zu analysieren.

Fragestellung: Gegenstand unsere Untersuchung ist die Frage nach einem Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Telomerlänge und dem Gestationsalter bzw. dem Geburtsgewicht von früh- und reifgeborenen Neonaten. Dabei wird die Telomerlänge in einem zweiten Schritt auf ihre Eignung als prognostischer Biomarker für das Outcome von Frühgeburtlichkeit analysiert.

Material und Methoden: Die durchschnittliche Telomerlänge von Granulozyten und Lymphozyten wurde aus Nabelschnurblut von 46 Neonaten (33 früh- und 11 reif geborene Kinder) mithilfe von flow-FISH (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisation) bestimmt. In einem follow-up-Setting wurde der Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Telomerlänge zur Geburt und der Gewichtsentwicklung von neun moderat frühgeborenen Kindern (32–37. SSW) während ihres ersten Lebensjahres untersucht.

Ergebnisse: Es konnte ein signifikanter Rückgang der durchschnittlichen Telomerlänge bei zunehmendem Gestationsalter und bei steigendem Geburtsgewicht festgestellt werden. Dabei verkürzen sich die Telomere pro Woche um 125,7 Basenpaare (bp) bei Granulozyten und 186,2 bp bei Lymphozyten. Darüber hinaus scheinen moderat frühgeborene Kinder mit längeren Telomeren ein größeres Wachstumspotential vorweisen zu können als Kinder mit kürzeren Telomeren.

Schlussfolgerung: Zelluläre Alterungsprozesse von Frühgeborenen können anhand der durchschnittlichen Telomerlänge untersucht werden. Da-

bei unterstreichen unsere Ergebnisse die prognostische Relevanz dieser. Aufgrund dessen schlagen wir die durchschnittliche Telomerlänge als einen möglichen prognostischen Biomarker für Frühgeburtlichkeit neben dem Gestationsalter und dem Geburtsgewicht vor.

GNPI-V28

Sustained high pressure CPAP therapy for primary resuscitation of VLBW infants using the Benveniste valve

C. Kirchgäßner, B. Kühne, A. Kribs, A. Oberthür

Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Universität Köln, Neonatologie, Köln, Deutschland

Background: Primary CPAP therapy for stabilization of preterm infants helps to avoid invasive mechanical ventilation and results in improved outcome. It is usually applied with pressure levels of 5–8 cmH₂O. In addition, sustained inflation manoeuvres (20–25 cmH₂O for 10–20s) have been shown to improve lung aeration during resuscitation. Using the Benveniste device, a gas jet-CPAP generator with low expiratory resistance, we support preterm infants with sustained high CPAP pressure levels, but exact CPAP levels were not known. We used a respiratory function monitor to analyze CPAP pressure levels generated by the Benveniste device in combination with a face mask or nasopharyngeal tube in a series of 30 VLBW infants and assessed the effects on neonatal outcome parameters.

Methods: 30 preterm infants with a birth weight below 1500 g (VLBW infants) were included in the study. Mean gestational age was 26 + 4 weeks (range: 23 + 1 to 31 + 3 weeks) and average birthweight was 820,7 gramm (range 450 g to 1475 g). Using the Benveniste device, CPAP pressure levels were increased by increasing the gas flow that is applied to the system using a standardized step-wise increasing PEEP approach for primary resuscitation: starting with a gas flow of 14 l/min the flow was increased in steps of 2 l/min in case of insufficient heart rate or oxygenation. Using a respiratory function monitor, the over-time applied pressure levels during the first 60 minutes of life were recorded and both basic patient data and neonatal outcome parameters were collected.

Results: All infants in the analysis commenced breathing after birth with CPAP support and no infant required positive pressure ventilation or intubation during stabilization in the delivery room. The constantly applied pressure levels ranged from 10 cmH₂O to 36 cmH₂O. Resuscitation was started with an average pressure of 16.4 cmH₂O (SD 2.26), followed by increasing CPAP levels up to an average maximum of 29.4 cmH₂O (SD 3.21). The overall average CPAP-pressure for the full primary stabilization procedure (approx. 45–60 minutes) was 26.2 cmH₂O (SD 3.9). All infants received surfactant via the less invasive surfactant application (LISA) technique. During the first 72 hours of life, 8/30 infants (26.6%) required invasive mechanical ventilation. Pneumothorax occurred in 7/30 infants (23%), however no pneumothorax was observed in the first 12 hours of life. 4/30 (13.8%) developed a mild or moderate BPD, 3/30 (10%) had focal intestinal perforation and 5/30 (16.6%) had intraventricular hemorrhage (IVH) °II or higher. No PIE or ROP requiring treatment were observed in the study cohort and all infants survived until discharge.

Conclusions: Using the Benveniste device, sustained high CPAP pressure levels up to >30 cmH₂O were applied to VLBW infants for >30 minutes during resuscitation with good clinical outcome (low rate of complications or need for mechanical ventilation <72 hours). Thus, a continuous high pressure CPAP procedure might be an effective approach for lung aeration during resuscitation without putting premature infants at an increased risk of lung injury.

Epilepsiechirurgie

FV 19

Epilepsy surgery in focal cortical dysplasia Type II: Is multimodal neuronavigation and intraoperative MR imaging helpful?

K. Rössler¹, B. Kasper², R. Coras³, H. M. Hamer², I. Blümcke³, M. Buchfelder¹, B. Sommer¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Neurochirurgie, Erlangen, Germany,

²Universitätsklinikum Erlangen, Neurologische Klinik, Erlangen, Germany,

³Universitätsklinikum Erlangen, Neuropathologisches Institut, Erlangen, Germany

Objective. Focal cortical dysplasia (FCD) is one important cause of drug-resistant epilepsy potentially curable by epilepsy surgery. As complete resection is one of the crucial factors for long term seizure control especially in FCDII, we integrated multimodal neuronavigation and intraoperative magnetic resonance tomography imaging (iopMRI) into surgery to maximize the resection and spare eloquent areas.

Methods. Between 2/2003 and 10/2016, altogether 62 FCD patients (29 female, 33 male, mean age 36 ± 12 yrs) suffering from drug-resistant epilepsy who had surgical resection were identified (39 FCDI/II, 23 FCDIII). Mean duration of epilepsy was 20.7 ± 12.9 years. Surgery was performed using multimodal neuronavigation (integration of functional MRI/DTI imaging) and intraoperative 1.5T-iopMR imaging. Additionally, three-dimensional visualization of phase-2 electrodes had been integrated in 15 patients.

Results. Considering patients suffering from electro-clinical and radiological focal epilepsy, 24 patients were identified correlating with the postoperative histological result of FCD IIa (8 Patients) and FCD IIb (16 patients). Altogether, 71% (17/24) of that subgroup had an excellent Engel Grade I seizure outcome (13 Grade IA), 1 patient after a second surgery. A positive significant correlation of the resection amount and the seizure outcome was found, patients with Engel Grad I outcome were quoted as complete resections intraoperatively, patients with worth outcome had suspected residual lesions in eloquent position during intraoperative scanning. Compared to 71% Engel Grade I outcome in FCDII patients, the total series including associated FCDs showed 64% Engel Grade I outcome. Two of 24 FCDII patients had a severe, but transient hemiparesis, due to a prolonged SMA syndrome (8% transient and 0% permanent severe deficits), 2 patients developed transient psychiatric disorders.

Conclusion. In FCD Grade II patients, neuronavigation and intraoperative MR imaging contributed to a tailored resection of the lesion sparing eloquent cortex and tracts, leading to an excellent seizure outcome and a remarkable low complication rate.

Key Words. drug-resistant epilepsy, focal cortical dysplasia, epilepsy surgery, functional neuronavigation, intraoperative MR imaging, seizure control

FV 20

Radiofrequenz-Thermokoagulation als epilepsiechirurgische Option bei hypothalamischen Hamartomen und refraktärer Epilepsie

M. von Lehe¹, J. Wellmer², T. Polster³, R. Schulz³, Y. Parpaley¹

¹Universitätsklinik Knappschaftskrankenhaus Bochum, Neurochirurgie, Bochum, Deutschland, ²Universitätsklinik Knappschaftskrankenhaus Bochum, Neurologie, Bochum, Deutschland, ³Krankenhaus Mara, Epilepsie-Zentrum Bethel, Bielefeld, Deutschland

Patienten mit hypothalamischen Hamartomen (HH) leiden häufig an refraktären fokalen Anfällen. Hinzu kommen oft kognitive und hormonelle Einschränkungen sowie Verhaltensauffälligkeiten. Aufgrund der Lage in enger räumlicher Beziehung zum hypothalamisch-hypophysären System, zur Sehbahn und zu den Fornices ist die chirurgische Therapie anspruchsvoll. Fünf Patienten mit HH wurden chirurgisch behandelt (Alter: 8–48 Jahre, MW 23; FU: 3–11 Monate, MW 7). Zwei Patienten nach chirurgischer Vorbehandlung (offene OP, SEED-Implantation) wurden mittels implantierten Elektroden untersucht. Bei beiden wurde eine multifokale Genese

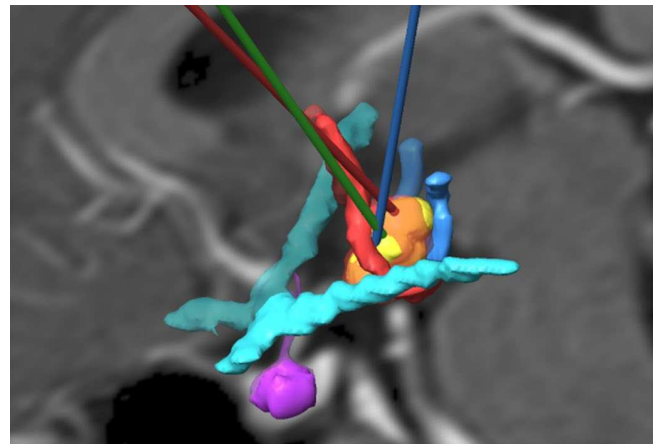


Abb. 1 | FV 20 ▲

Beispiel Abbildungen (gilt auch für Tabellen) mit eindeutiger Zuordnung zum Abstract und ggf. entsprechendem Verweis im Text

der Epilepsie diagnose. Die stereotaktisch geführte Radiofrequenz-Thermokoagulation ist eine sichere Methode zur Behandlung von HH und hinsichtlich des Anfall-Outcomes erfolgversprechend. Sie ist unabhängig von Größe und Lokalisation des HH durchführbar. Aufgrund der geringen Morbidität des Zugangs zu den hoch eloquent gelegenen Läsionen eignet sie sich für mehrzeitige Behandlungen oder als palliative Option.

FV 21

Läsionsfokussierte Radiofrequenz-Thermokoagulation (L-RFTC) fokaler kortikaler Dysplasien – welche Rolle spielen periläsionelle epileptische Entladungen?

J. Wellmer¹, M. Machado Lemos Rodrigues², M. von Lehe², S. Knake³, J. Voges⁴, Y. Parpaley²

¹Ruhr-Epileptologie, Klinik für Neurologie, UK KKH Bochum, Bochum, Deutschland, ²Ruhr-Epileptologie, Klinik für Neurochirurgie, UK KKH, Bochum, Deutschland, ³Epilepsiezentrum Hessen, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Marburg, Deutschland, ⁴Universitätsklinik für Stereotaktische Neurochirurgie, Otto-von Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

Fragestellung. Hochauflösende MRT-Diagnostik erlaubt die Detektion immer kleinerer epileptogener Läsionen. Dieses trifft insbesondere auf subtile bottom-of-sulcus fokale kortikale Dysplasien (BOS-FCD) Typ IIB zu. Die Identifikation dieser intrinsisch epileptogenen Läsionen ermöglicht, das Spektrum epilepsiechirurgischer Verfahren in Richtung MRT-gesteuerter läsioneller stereotaktischer Eingriffe weiterzuentwickeln. Epilepsiechirurgie alleine auf Basis der MRT durchzuführen und periläsionelle interiktuelle epileptische Entladungen (perilesional discharges, PLD) zu ignorieren, würde jedoch einem Paradigmenwechsel bedeuten. **Patienten und Methoden.** Wir werten die Erfahrung mit Läsions-orientierter Radiofrequenz-Thermokoagulation (L-RFTC) bei 7 Patienten mit BOS-FCD IIB aus, die im epilepsiechirurgischen Programm der Ruhr-Epileptologie Bochum (6) bzw. des Epilepsiezentrums Hessen, Marburg, (1) abgeklärt und in Magdeburg (3 Patienten, OP durch JV) bzw. Bochum (4

Autorenverzeichnis

- A**
- Abraham, K. FV 36
 Albers, K. P 38
 Albrecht, M. P 34
 Alpdogan, S. P 26
 Altenmüller, D.-M. P 56
 Axmacher, N. P 35
- B**
- Bacher, C. P 27
 Bacher, M. FV 27
 Bader, I. FV 18
 Baier, H. P 32
 Ball, T. FV 4
 Bartels, S. P 1
 Barthel, T. P 36
 Bast, T. P 45
 Bauer, S. P 13, P 28
 Baumgartner, C. P 4, FV 8
 Bazin, P.-L. FV 1
 Bengner, T. P 15
 Benninger, F. FV 36
 Berger, J. P 15
 Bergmann, M.-P. P 21
 Betzler, C. FV 18
 Bien, C.G. P 6, P 17, P 53, FV 42
 Biskup, S. P 52
 Biskup, S. P 39, FV 17
 Blümcke, I. FV 19, FV 25
 van den Bongard, F. P 36
 Boon, P. FV 5, FV 6
 Brandt, A. P 37
 Brandt, C. P 6, P 32
 Buchfelder, M. FV 19, FV 25
 Bucurenciu, I. FV 27, FV 44
 Burnos, S. FV 7
 Bögelein, M. FV 11
 Bösebeck, F. P 32
 Büntjen, L. P 18
 Bürvenich, L. P 41
- C**
- Cardenas, D. P 49
 Cattani, A. FV 32
 Cavazos, J.E. P 49
 Chmielewska, I. P 14
 Christian G, B. P 16
 Cloppenborg, T. P 16
 Coras, R. FV 19, FV 25, P 37
 Cordes, N. FV 37
 Costard, L. P 28
 Czech, T. P 23
- D**
- Dalmau, J. FV 42
 Daneshkhah, N. P 12
 Dehmel, M. P 55
- Dehne, L. P 27
 Dehnicke, C. FV 24
 Dibue-Adjei, M. P 26
 Dieplinger, A.M. P 30
 Dietel, T. P 45
 Dietmann, D. P 9
 Dilcher, R. P 27
 von Dincklage, F. P 8
 Dinkelacker, V. FV 26
 Distelmaier, F. FV 18
 Dlugos, D. P 49
 Dogan Önügören, M. P 20
 Dohmen, C. P 58
 Domin, M. P 1
 Doostkam, S. P 37
 Dorfer, C. P 23
 Dressler, A. P 2, P 23, FV 36
 Dupont, S. FV 26
 Dähn, M. P 53
 Dümpelmann, M. FV 4
- E**
- Egger-Rainer, A. P 30
 Elger, C.E. P 19, P 33, P 47
 Engeland, B. FV 15
- F**
- Faught, R.E. P 49
 Fazeli, W. P 42, FV 15
 Fedele, T. FV 7
 Feucht, M. P 2, P 23, FV 36
 Feuerstein, T.J. P 56
 Fink, G.R. P 58
 Fischer, D. P 51
 Flechsenhar, J. P 4
 Freiman, T.M. P 21, P 37, FV 32
 Freisinger, P. P 31
 French, J. P 49
 Frenck, W. P 45
 Fricke, O. P 42
 Friebe, D. P 55
 Friedo, A.-L. P 32
 Fritsch, B. P 29
 Füratsch, N. FV 24
 Furbass, F. P 4, FV 8
- G**
- Gabelia, D. P 27
 Galland, N. FV 40
 Gaus, V. FV 43
 Gburek-Augustat, J. P 54
 Geithner, J. P 1
 Gellner, A.-K. P 29
 Gharabaghi, A. FV 44
 Girouard, M. P 49
 Goldstein, L. FV 28
 Gollwitzer, S. FV 45
 Graf, W. FV 45
- Greshake, B. P 7
 Grewe, P. P 16, P 17
 Griebel, C. FV 38
 Grunwald, T. FV 7
 Grönheit, W. FV 10, FV 39
 Gröppel, G. P 2, P 23, FV 36
 Gusenleitner, J. FV 41
 Gärtig, S. P 54
 Göbel, U. P 22
- H**
- Hack, T.B. P 31, FV 18
 Habermehl, L. P 14
 von der Hagen, M. P 55
 Hahn, G. P 55
 Haiden, N. FV 36
 Halford, J. P 49
 Hamberger, M. FV 41
 Hamer, H.M. P 20, P 28, P 32, FV 19, FV 25,
 FV 45
 Hammen, E.T. FV 3
 Hampel, K. P 47
 Hans, V. FV 2
 Hartlieb, T. FV 22
 Hartmann, H. P 54
 Hartmann, M. P 4
 Harvey, J.H. P 49
 Hasse, A. P 42
 Haug, K. P 45
 Hebel, J.M. P 3, P 56
 Heers, M. FV 4
 Heinze, H.-J. P 18
 Helmer, R. P 6
 Hengsberger, A.M. FV 41
 Henry, T. P 49
 Herberhold, T. P 52
 Herta, J. P 4
 Herting, A. P 54
 Heruth, M. P 39
 Hescheler, J. P 26
 Hessnauer, M. FV 22
 Hildebrandt, M. P 50
 Hilfiker, P. FV 7
 Hintz, M. P 10
 Hirsch, M. P 10
 Hoertnagel, K. P 38
 Hofmann-Peters, A. P 38
 Hofstetter, P. P 51
 Holdenrieder, S. P 33
 Holtkamp, M. P 8, P 15, P 18, P 32, FV 1,
 FV 9, FV 11, FV 24, FV 33,
 FV 43
 Hopf, L.J. P 16
 Huber, B. P 5, FV 30
 Huhle, D. P 39
 Häckl, B. P 42
 Höfler, J. P 30
 Höller, Y. P 27
 Hörtnagel, K. P 39, P 42

Beispiel Autorenverzeichnis: Zuordnung der Abstracts chronologisch, Beispiel s. Hamer, H.M.