

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

29/99

Norwalk-Virus-Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen Beispiel zweier Ausbrüche in Baden-Württemberg

Norwalk-like-Viren gehören nach heutigem Wissen zu den häufigeren Enteritis-Erregern. Allein am Robert Koch-Institut wurden zwischen August 1998 und Juni 1999 bei über 80 Gastroenteritis-Geschehen Norwalk-like-Viren über die PCR nachgewiesen und eine molekulare Feincharakterisierung vorgenommen (dazu wird noch gesondert berichtet).

Gehäufte Infektionen durch das Norwalk-Virus sind besonders in Gemeinschaftseinrichtungen nicht selten (s. a. *Epid. Bull.* 6/98: 31-33, 15/99: 105). Gruppenerkrankungen und Lebensmittelinfektionen durch enteropathogene Viren wurden bisher nur sporadisch nachgewiesen. Dies hängt in erster Linie mit den noch immer wenig verbreiteten diagnostischen Möglichkeiten zusammen. So ergeben die derzeit überwiegend nachgewiesenen bakteriell verursachten Enteritiden offensichtlich ein zu einseitiges Bild der Gesamtmorbidität. Mit dem Aufbau und dem regionalen Ausbau der spezifischen Labordiagnostik enteropathogener Viren – darunter auch von Norwalk-like-Viren – gelingt die ätiologische Klärung derartiger Ausbrüche zunehmend häufiger.

Nachfolgend werden zwei Ausbrüche in Baden-Württemberg beschrieben, die geeignet sind, praktische Probleme und Maßnahmen zu verdeutlichen:

Ausbruch von Norwalk-Virus-Infektionen in einem Seniorenheim

Am 4.1.1999 wurde dem zuständigen Gesundheitsamt die Erkrankung von etwa 100 Personen in einem Seniorenheim in Südbaden gemeldet. Als Symptome zeigten sich schwerer Durchfall und Erbrechen. Neben den Bewohnern des Altenheimes erkrankten auch Angehörige der Senioren und 20 Pfleger der Einrichtung. Nach Aussagen des zuständigen Amtsarztes erkrankten auch Heimbewohner, die durch Sonden ernährt wurden, so daß eine lebensmittelbedingte Infektion mit großer Wahrscheinlichkeit ausschied.

Das Gesundheitsamt veranlaßte die Untersuchung von Stuhlproben der erkrankten Personen sowie Umgebungsuntersuchungen. Die Proben wurden an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) gesandt. Die hier vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen erbrachten ein negatives Ergebnis, daraufhin wurden Untersuchungen aus den Stuhlproben durchgeführt. Die im LGA verfügbaren virologischen Stuhluntersuchungen umfassen Antigen-EIA-Tests auf Rotaviren, Adenoviren und Astroviren. Für Enteroviren und Norwalk-like-Viren wurde die PCR eingesetzt. (Das PCR-System zum Nachweis von

Diese Woche:

Norwalk-Virus-Infektionen:

- Ausbruch in einem Seniorenheim
- Ausbruch in einem Pflegeheim

Virusinfektionen: Hygienische Händedesinfektion

Tuberkulose: Zur Tuberkulintestung

Mitteilungen:

- Forschungsförderpreis der DGPI
 - Toxoplasmose bei Mutter und Kind – Merkblatt für Ärzte neu aufgelegt
- 9. Workshop der DAGNA

23. Juli 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Norwalk-like-Viren wurde vom RKI, Molekulare Epidemiologie viraler Erreger, zur Verfügung gestellt.)

Die Antigenuntersuchungen auf Rotaviren, Adenoviren und Astroviren lieferten negative Ergebnisse. Daraufhin wurden PCR-Testungen auf Norwalk-Viren vorgenommen. Von den 82 eingesandten Stühlen wurden 23 als Stichprobe untersucht; dabei konnte in 12 Proben Norwalk-Virus-RNA nachgewiesen werden. Diese Proben wurden zur weiteren Differenzierung an das Robert Koch-Institut übergeben, dort wurde durch PCR und Sequenzierung der Befund ›Norwalk-Viren‹ bestätigt.

Dieser Nachweis einer Gruppenerkrankung durch Norwalk-Viren blieb kein Einzelfall. Zwischen Dezember 1998 und April 1999 ließen sich in der Folgezeit in Baden-Württemberg in weiteren sechs Altenheimen/Pflegeheimen Gruppenerkrankungen durch Norwalk-Viren feststellen, Einzelnachweise konnten in einem weiteren Pflegeheim sowie in zwei Kindergärten geführt werden. Besonders bemerkenswert ist der Nachweis von drei Fällen von Norwalk-Virus-Infektionen im Bereich einer Betriebs-

kantine (auch hier konnte der Befund durch das RKI bestätigt werden).

In den Pflegeheimen/Altersheimen ist – ebenso wie in Kindereinrichtungen – in der Regel von einer Übertragung der enteropathogenen Viren von Mensch zu Mensch auszugehen. Aus der vergleichsweise hohen Kontagiosität ergibt sich die Notwendigkeit besonders konsequenter Hygienemaßnahmen (Isolierung erkrankter Heimbewohner, Absonderung erkrankter Beschäftigter, persönliche Hygiene, Toilettenhygiene). Prinzipiell kann es durch Norwalk-Viren aber auch zu Lebensmittelinfektionen kommen (Lebensmittel- und Küchenhygiene in Gemeinschaftseinrichtungen mit auftretenden Erkrankungen besonders beachten!). Beim Auftreten von Norwalk-Viren im Lebensmittelbereich, wie etwa bei Besuchern einer Betriebskantine, muß dieser Infektionsweg in Betracht gezogen werden.

Wir danken Herrn Dr. J. Fleischer und Herrn Prof. Dr. Dr. P. Kimmig, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, für diesen Bericht (Kontaktadresse: LGA Baden-Württemberg, Wiederholdstr. 15, 70174 Stuttgart).

Gastroenteritis-Ausbruch durch Norwalk-Viren in einem Pflegeheim

In einem Pflegeheim in einer Stadt in Baden-Württemberg wurden am 1.4.99 zunächst 25 gastroenteritische Erkrankungen durch einen der Heimärzte gemeldet; nach weiteren Recherchen erhöhte sich die Zahl der Erkrankten auf 40. Die angegebenen Symptome sind in der Tabelle 1 zusammengestellt:

Symptome	Häufigkeit
Bauchschmerzen	1
Übelkeit/Erbrechen	32
Fieber	15
Durchfall	37
andere	2
keine	1

Tab. 1 Gastroenteritis durch Norwalk-Virus in einem Pflegeheim, März 1999, registrierte Symptome bei 40 Erkrankten

Die Erkrankungssymptomatik begann bei den Pflegeheimbewohnern, um dann mit einem Tag Verspätung auch beim Personal einzusetzen; dabei wiesen insgesamt sechs Angehörige des Personals Symptome auf, davon fünf in der Pflege und zwei in der Küche Beschäftigte. Der Gipfel der Neuerkrankungen war bei Personal und Bewohnern gleichzeitig am dritten und vierten Tag des Geschehens festzustellen (Abb. 1).

Untersuchungen: Das Pflegeheim lieferte sein Essen auch an ein weiteres Pflegeheim am Ort aus. Dort kam es zu keiner Erkrankung. Allerdings wurden Salatsaucen im jeweiligen Heim aus Salatmispulver unter Zugabe von Öl und Wasser selbst angerührt. Da Lebensmittel als Infektionsvermittler demnach nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen waren, wurden diesbezügliche Kontrollen anberaunt. – Die hygienischen Bedingungen in den Küchen der Einrichtungen waren im Rahmen von Begutachtungen

durch das Veterinäramt nicht zu beanstanden. – **Rückstellproben:** Die Rückstellproben vom 27.–29.3.99 wurden, soweit vorhanden, auf Salmonellen, *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* und *Escherichia coli* einschließlich EHEC untersucht; dabei ergab sich kein positiver Befund. Allerdings mußten diese Untersuchungen unvollständig bleiben, da nicht alle Essensanteile des Speiseplanes als Rückstellproben vorhanden waren, auch waren sie nicht immer jeweils separat zu 100g eingefroren und nachvollziehbar beschriftet. – **Stuhluntersuchungen:** Bei allen Betroffenen wurden Stuhluntersuchungen im Landesgesundheitsamt Stuttgart durchgeführt, bei den Bewohnern einmal, beim Küchenpersonal zweimal im Abstand von drei Tagen. Alle Stühle

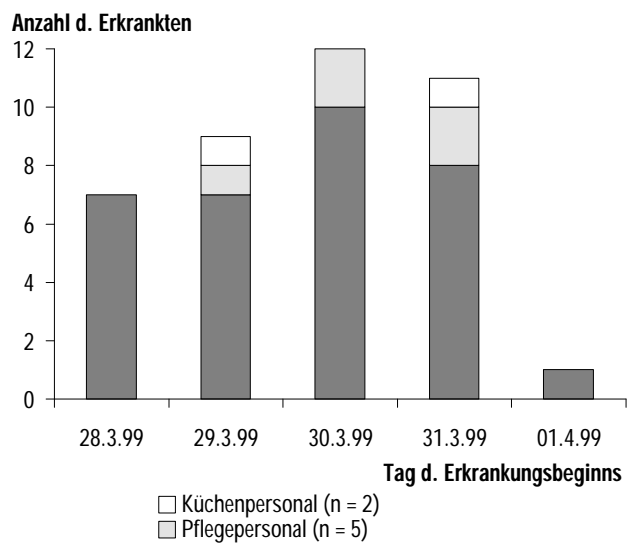


Abb. 1 Gastroenteritiden durch Norwalk-Virus in einem Pflegeheim, März 1999, nach Erkrankungsbeginn

wurden bakteriologisch auf Salmonellen, Shigellen, Campylobacter und Yersinien sowie EHEC untersucht. Bei der Untersuchung auf enteropathogene Viren wurden in Form eines Screenings zunächst stichprobenartig Untersuchungen auf Rotaviren, Adenoviren und Astroviren (Antigenteste) sowie auf Enteroviren und Norwalk-like-Viren (PCR) vorgenommen. Die Untersuchung auf Darmparasiten, insbesondere auf Giardien und Kryptosporidien, erfolgte mikroskopisch.

Ergebnisse: Die Testung auf bakterielle Enteritiserreger erbrachte negative Ergebnisse, ebenso die Untersuchung auf Darmparasiten. Das Screening auf enteropathogene Viren führte zum Nachweis von Norwalk-like-Viren, insgesamt konnten in der PCR (das PCR-System war dem Landesgesundheitsamt vom RKI zur Verfügung gestellt worden) zehn Norwalk-positive Stühle nachgewiesen werden; damit kann von einer durch Norwalk-Viren verursachten Gruppenerkrankung ausgegangen werden. Sieben dieser Befunde wurden bei Heimbewohnern erhoben. Dabei waren drei der Erkrankten über 89 Jahre alt, zwei zwischen 79 und 89 Jahre alt und zwei jünger als 79 Jahre. Beim Pflegepersonal konnten in zwei Fällen Norwalk-Viren nachgewiesen werden, beim Küchenpersonal in einem Fall. Dabei handelte es sich allerdings um eine Küchenhilfe, die in der Hauptinkubationszeit (am 27. und 28.4.99) nicht in der Küche beschäftigt war.

Anhand der vorliegenden Daten konnte eine gemeinsame Ansteckungsquelle nicht ermittelt werden. Es ist unwahrscheinlich, daß das im Heim zubereitete Essen die Erkrankungen ausgelöst hat. Zwar hatten von den zehn Virusausscheidern neun am Essen am 27.3.99 im Heim teilgenommen, jedoch waren insgesamt acht der 40 Personen mit gastrointestinalen Symptomen nicht an dem gemeinsamen Mittag- bzw. Abendessen beteiligt.

Die Analyse des zeitlichen Verlaufs der Epidemie mit einem Ansteigen der Fallzahlen innerhalb der ersten drei Tage spricht für Kontakt- und Schmierinfektionen. Eine Virusausscheiderin war Spülerin in der Küche, litt am 25.4. unter Erbrechen und könnte über kontaminierte Gegenstände zur Virusausbreitung beigetragen haben. Am wahrscheinlichsten ist eine Übertragung von Mensch zu Mensch, vor allem über kontaminierte Hände, wie es für enteropathogene Viren typisch ist. Die Inkubationszeit für enteropathogene Viren, die mit 1–4 Tagen angegeben wird, steht mit dieser Annahme in Einklang.

Schlußfolgerungen:

- In Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen sind Küchen- und Pflegepersonalbereich nach Möglichkeit zu trennen.
- Das Personal des Pflege- und Küchenbereiches muß schon bei geringen gastroenteritischen Beschwerden von der Tätigkeit entbunden werden (nach derzeitigem Kenntnisstand bis 48 Stunden nach Abklingen der Symptome).

- Beim Auftreten gastroenteritischer Erkrankungen (mehr als zwei zusammenhängende Erkrankungen) ist besondere Aufmerksamkeit auf die Händehygiene zu legen. Dabei sollten vorzugsweise viruswirksame Händedesinfektionsmittel eingesetzt werden (s. diesbezüglicher Beitrag in dieser Ausgabe).
- Angesichts der Häufigkeit lebensmittelbedingter Infektionen sollten im Rahmen der üblichen Eigenkontrolle und Sorgfaltspflicht bei Gruppenverpflegung generell Rückstellproben von jedem Essensbestandteil in ausreichender Menge asserviert und eingefroren werden (Basis: § 4 der Lebensmittelhygiene-Verordnung).
- Beim Auftreten gastroenteritischer Gruppenerkrankungen ist die bakteriologische Untersuchung in den meisten Fällen nicht ausreichend. Es sind auch virologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Darmparasiten erforderlich. Die Virusdiagnostik sollte Norwalk-like-Viren mit einbeziehen.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. S. Steingäß, Herrn Dr. K. Walter, Herrn H. Knoblauch und Herrn M. Schneider, Gesundheitsamt Ostalbkreis in Aalen, sowie Herrn Prof. Dr. Dr. P. Kimmig und Herrn Dr. J. Fleischer, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in Stuttgart.

Ansprechpartner für spezielle Auskünfte zur Labordiagnostik von Norwalk-like-Viren durch die PCR ist Herr Dr. habil. E. Schreier, Molekulare Epidemiologie viraler Erreger/NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI (Nordufer 20, 13353 Berlin; Tel.: 030/4547-2379 oder -2378, Fax: 030/4547-2617, E-Mail: schreiere@rki.de).

Außerdem wird auf zwei **Konsiliarlaboratorien** für virale gastrointestinale Infektionen hingewiesen:

- *Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Medizinische Mikrobiologie und Virologie
Universitätsstr. 150
44801 Bochum
Ansprechpartner:
Herr Prof. Dr. H. Werchau, Tel.: 0234/700-3189
Frau Dr. A. Rohwedder, Tel.: 0234/700-2104
E-Mail: hermann.werchau@rz.ruhr-uni-bochum.de*
- *Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW
Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Münster
Klinische Virologie
Von-Stauffenberg-Str. 36
48151 Münster
Ansprechpartner: Herr Dr. H. G. Baumeister, Tel.: 0251/7793-0*

Die Meldung bestätigter Norwalk-Virus-Infektionen an das Gesundheitsamt erfolgt unter ›Enteritis infectiosa, übrige Formen‹. Eine besondere Meldepflicht besteht gemäß BSeuchG bei Ausbrüchen in Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen zur Betreuung von Kindern im Säuglingsalter.

Im Entwurf des Infektionsschutzgesetzes ist eine Labormeldepflicht für den Nachweis von Norwalk- und Norwalk-like-Virus vorgesehen.

Zur hygienischen Händedesinfektion bei Virusinfektionen

Aufgrund von Anfragen geben wir einige Hinweise zur Händedesinfektion bei Virusinfektionen. Die überwiegende Zahl der Desinfektionsmittel für die hygienische Händedesinfektion wird für ihre Zulassung als Arzneimittel nur auf Wirksamkeit gegen vegetative Bakterien und Pilze geprüft (Wirkungsbereich A). Soll auch der Wirkungsbereich B – Viren – einbezogen werden, erfolgen zusätzliche Prüfungen nach der gemeinsamen Richtlinie von BGA (jetzt RKI) und DVV (Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten). Mittel, die sich in diesen Prüfungen als wirksam erweisen, werden als ›viruzid im Suspensionsversuch‹ bezeichnet. Die Einordnung eines Mittels in Wirkungsbereich B bedeutet damit, daß eine Viruzidie im Sinne der Richtlinie bestätigt wurde, d.h. daß sich das Mittel als wirksam gegen alle in der Richtlinie festgelegten Modellviren erwiesen hat. Modellviren sind gegenwärtig das Vaccinia-Virus, das SV 40, das Adenovirus und das Poliomyelitis-Virus. Experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß klinisch relevante, insbesondere unbehüllte Viren z.T. eine höhere Resistenz als das bisher als resistentestes Testvirus betrachtete Poliomyelitis-Virus aufweisen können. Es ist daher in weiteren Untersuchungen zu klären, inwieweit die bisher geprüften Desinfektionsmittel die Prüfkriterien mit diesen Viren ebenfalls erfüllen.

In der Desinfektionsmittel-Liste des RKI gemäß § 10c BSeuchG (›Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften

und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren‹) sind für den Wirkungsbereich B zur Zeit sieben Präparate aufgeführt: ein alkoholisches Präparat – Sterillium Virugard (Fa. Bode Chemie) – und sechs Präparate, die Chlor als Wirkstoff enthalten – Chloramin T (DAB 9) 1 % bzw. 2 %, Chlorina® 1 % bzw. 2 % (Fa. Lysoform), Trichlorol® 1 % bzw. 2 % (Fa. Lysoform). – Die Desinfektionsmittel-liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) läßt gegenwärtig keine Aussage zur Viruswirksamkeit der Präparate zur hygienischen Händedesinfektion zu.

Wenn es um die hygienische Händedesinfektion zur Prävention von Viruskrankheiten geht, muß sich der Anwender vergewissern, daß ein für diesen Zweck geprüftes und anerkanntes Mittel (Wirkungsbereich B) eingesetzt wird. Die Anwendungsvorschriften (Einwirkungszeit!) sind genau zu befolgen.

Ein Sonderdruck der ›Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren‹, Stand vom 15.6.1997 (13. Ausgabe), ist erhältlich beim Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode, Frau Fischer, Burgstr. 37, 38855 Wernigerode. Einzel Exemplare werden kostenlos gegen Einsendung eines frankierten Rückumschlages DIN C4 abgegeben, 5 Stück 25,- DM, 10 Stück 40,- DM, 50 Stück 100,- DM. Es wird gebeten, den in der Rechnung genannten Betrag an die Bundeskasse Berlin West, 10707 Berlin, Postgirokonto Nr. 200-102 (BLZ 100 100 10) mit Angabe des Zahlungsgrundes (RKI 1511-11901, Desinfektionsmittel-Listen) zu überweisen.

Die Liste wird auch im Internet auf der Homepage des RKI angeboten (<http://www.rki.de/GESUND/DESINF/DESINFLI.HTM>).

Stellungnahme des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose Zur Tuberkulintestung bei BCG-geimpften Kindern

Der Tuberkulintest wird auch außerhalb der Kontrolle von Kontaktpersonen gegenwärtig verbreitet eingesetzt. Zu Indikationen und zur Interpretation von Testergebnissen gibt es immer wieder Fragen. Daher die folgende Stellungnahme des DZK:

Im März 1998 hat sich die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut dazu entschlossen, die BCG-Impfung grundsätzlich (und damit auch die zuvor geltende Indikationsimpfung) nicht mehr zu empfehlen: ››In Anbetracht der epidemiologischen Situation in Deutschland, der nicht sicher belegbaren Wirksamkeit der BCG-Impfung und der nicht seltenen schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen des BCG-Impfstoffes kann es die STIKO nicht mehr vertreten, diese Impfung zu empfehlen.«^{1,2}

Zur Detektion einer Tuberkuloseinfektion ohne Erkrankung steht uns heutzutage nach wie vor einzig der Tuberkulintest zur Verfügung.³ Seine Interpretation kann durch eine vorausgegangene BCG-Impfung sowie unter Umständen auch durch mögliche Kreuzreaktionen aufgrund einer Infektion mit sogenannten Umwelthykobakterien erschwert sein. Da der Stempeltest lediglich eine qualitative und keine quantitative Aussage ermöglicht, ist ihm, wann immer möglich, der Test nach Mendel-Mantoux vorzuziehen,⁴ bzw. ein zweifelhaftes oder positives Stempeltestergebnis ist nach Mendel-Mantoux zu verifizieren. Bei

abnehmender Zahl BCG-geimpfter Kinder nimmt die Erfahrung bezüglich der Tuberkulintestung in dieser Personengruppe ab und die Unsicherheit bei der Testauswertung dürfte wachsen.

Der bisher in Deutschland verwendete BCG-Impfstoff (Stamm Kopenhagen 1331) bewirkte etwa 8–12 Wochen nach Impfung eine positive Tuberkulinreaktion mit einem Indurationsdurchmesser von etwa 6–10 mm. Über 95 % der geimpften Kinder wurden nach der Impfung Tuberkulin-positiv. Die positive Reaktion hielt durchschnittlich 8–10 Jahre an und nahm dann in ihrer Ausprägung kontinuierlich ab.⁵

Die Reaktogenität des ehemals in der DDR verwandten BCG-Impfstoffes (Impfstamm Jena – abgeleitet vom Impfstamm Göteborg) war deutlich geringer als die des Impfstammes Kopenhagen 1331. In den 80iger Jahren wurde deshalb in der DDR darauf verzichtet, einen Tuberkulintest zur Bestätigung des Impferfolges durchzuführen, zumal nach internationalen Daten keine Korrelation zwischen der Schutzwirkung und der Reaktogenität des Impfstoffes besteht.⁶

Personen, die in der ehemaligen UdSSR BCG-geimpft wurden, weisen dagegen in der Regel eine eher stärkere

Reaktion (bis 15 mm Induration) auf, da die Reaktogenität des dort verwendeten Impfstoffes noch über der des Impfstammes Kopenhagen 1331 liegt. Diagnostische Konsequenzen ergeben sich hier deshalb erst bei Starkreaktionen (> 15 mm), vorausgesetzt, daß weder Klinik noch (Kontakt-)Anamnese für eine frische Tuberkuloseinfektion bzw. -erkrankung sprechen.

Wiederimpfungen in der ehemaligen BRD waren nur in den 60iger Jahren aktuell, auch in der DDR wurden sie Ende der 70iger Jahre aufgegeben. Bei Wiedergeimpften (in der Regel im 12.–15. Lebensjahr) verlängert sich die Dauer der Tuberkulintest-Positivität etwa um weitere 10 Jahre. Die Reaktivität Wiedergeimpfter liegt ebenfalls in der oben angegebenen Stärke. Deutlich darüber hinausgehende Reaktionen (> 15 mm = Starkreaktion) sprechen für eine Superinfektion durch Tuberkulosebakterien, die einer weiteren diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Intervention bedarf.

Bei begründeter Annahme einer Superinfektion ist nach röntgenologischem Ausschluß einer aktiven Tuberkulose eine Exazerbationsprophylaxe mit Isoniazid über mindestens 6 Monate in Betracht zu ziehen.⁷

Zusammenfassend ist der Tuberkulintest nach Mendel-Mantoux auch bei BCG-Geimpften unter den oben genannten Voraussetzungen aussagekräftig. Er ist bei Verdacht auf Superinfektion durch *M. tuberculosis* insbesondere im Kindesalter einer Röntgenuntersuchung vorzuziehen. Indurationsdurchmesser von mehr als 15 mm machen eine Superinfektion wahrscheinlich, wobei aller-

dings die Begleitumstände (Risikofaktoren, Kontakt, frühere Testergebnisse, Klinik) für das weitere Procedere berücksichtigt werden müssen. Von entscheidender Bedeutung ist eine sorgfältige Dokumentation des Testergebnisses (angegeben in mm Induration) im Impfausweis, um unnötige und wiederholte Röntgenthoraxkontrollen, beispielsweise im Rahmen der noch gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchung von Lebensmittelpersonal (§ 17/18 BSeuchG), zu vermeiden.

Wir danken dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (Generalsekretär: Prof. Dr. R. Loddenkemper) für diese Stellungnahme zur Tuberkulintestung, die von Herrn Dr. K. Magdorf (Lungenklinik Heckeshorn, Kinderabteilung, Berlin), Herrn Prof. R. Loddenkemper und Frau Dr. B. Hauer (DZK, Berlin) erarbeitet wurde.

Literatur

1. *Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Epid Bull 15/1998: 109–112*
2. *IUATLD Statement: Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette-Guérin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis. Tubercle and Lung Disease 1994; 75: 179–181*
3. *Rieder HL: Theoretische und praktische Überlegungen bei der Anwendung des Tuberkulintests. Pneumologie 1997; 51: 1025–1032*
4. *Ferlinz R: Richtlinien zur Tuberkulindiagnostik. Dt Ärztebl 1996; 93: A-1199–1201*
5. *Schwabe HK: Tuberkulin und Tuberkulinempfindlichkeit. In Handbuch der Inneren Medizin 4/3: Lungentuberkulose. Jentgens H (Hrsg.), Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1981: 85–92*
6. *Tala E, Romanus V, Tala-Heikkilä: Bacille Calmette-Guérin vaccination in the 21st century. In Wilson R.: Tuberculosis. Eur Respir Monograph 1977; 4: 327–353*
7. *Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose: Richtlinien zur Chemotherapie der Tuberkulose. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1995*

Ausschreibung eines Preises der DGPI für Forschungsvorhaben in der pädiatrischen Infektiologie

Die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) schreibt einen Preis für Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der pädiatrischen Infektiologie in Höhe von DM 20.000,- aus. Diese Summe kann sowohl für ein als auch für mehrere Forschungsvorhaben vergeben werden. Über die Vergabe entscheidet eine unabhängige Gutachterkommission.

Anträge für Forschungsvorhaben, welchen ein Thema aus der pädiatrischen Infektiologie zugrunde liegt, sind bis zum **30. September 1999** einzureichen. Gefördert werden insbesondere **pädiatrisch-infektiologische Forschungsvorhaben** mit dem Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, die sich vorteilhaft auf **Erkennung, Therapie und Verhütung von Infektionskrankheiten bei Kindern** auswirken. Voraussetzung ist, daß die angestrebten Erkenntnisse zu einer Verbesserung der antiinfektiven Behandlung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes führen können. Die geförderten Projekte sollten insbesondere Auswirkungen auf solche Infektionskrankheiten erwarten lassen, denen in der Praxis des Kinderarztes, beispielsweise aufgrund ihrer Häufigkeit oder ihres Schweregrades, besondere Bedeutung zukommt. Die Genese der Infektionskrankheiten, ob bakteriell oder viral bedingt, ist für die Erteilung der Forschungsgelder ohne Bedeutung.

Es können sowohl Einzelpersonen als Gruppen gefördert werden. Im letzteren Fall ist ein verantwortlicher Leiter des Forschungsprojektes zu benennen. – Der Antrag, der das geplante Forschungsvorhaben im Detail beschreibt, ist in 5facher Ausfertigung bis spätestens zum **30. September 1999** einzusenden an:

Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie
Albert-Schweitzer-Str. 62/I, 81735 München
Fax: 089 / 670 14 34

Ein Statut mit Einzelheiten für die Preisvergabe kann bei der Geschäftsstelle schriftlich (auch per Fax) angefordert werden.

Merkblatt für Ärzte ›Toxoplasmose bei Mutter und Kind‹ neu aufgelegt

In der Reihe der vom Robert Koch-Institut und dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin gemeinsam herausgegebenen Merkblätter für Ärzte ist jetzt das Merkblatt ›Toxoplasmose bei Mutter und Kind – Erkennung, Behandlung und Verhütung‹ in einer neuen Fassung erschienen. Eine Beschreibung der Krankheit und der Infektionsrisiken wird ergänzt durch spezielle Empfehlungen zur Durchführung serologischer Untersuchungen bei Schwangeren oder Frauen mit Kinderwunsch, zur Diagnostik und Chemotherapie sowie zur gesundheitlichen Aufklärung.

Das Merkblatt wurde in der Juli-Ausgabe der vom RKI herausgegebenen Zeitschrift ›Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz‹ (S. 606–609) veröffentlicht und ist im Internet-Angebot des RKI (<http://www.rki.de/GESUND/MBL/MBL.HTM>) verfügbar. Die Printversion des Merkblattes ist ausschließlich beim **Deutschen Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstraße 2, Postfach 40 02 65, 50859 Köln** zu beziehen; Best.-Nr. 60020. Einzelstücke des Merkblattes werden kostenlos gegen Übersendung eines adressierten Freiumschlages abgegeben.

9. Deutscher Workshop der DAGNÄ

Termin: 4. September 1999, 8.30–16.00 Uhr

Ort: Köln

Thema: Fortbildung für Ärzte und kooperierende Berufsgruppen zu HIV/AIDS, speziell Diagnostik, Therapie und Pathogenese

Veranstalter: DAGNÄ e.V. – Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.

Auskunft / Anmeldung: DAGNÄ e.V., Blondelstraße 9, 52062 Aachen
Tel.: 0241 / 26 79 9, Fax: 0241 / 40 86 52

E-Mail: dagnae@westend.com, Homepage: <http://www.dagnae.de>