

12. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS

INFEKTILOGIE VON 0 BIS 99



11. bis 14. April 2018
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden

Information & Anmeldung: www.oegit.eu

P R O G R A M M



VORWORT

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Wir freuen uns, Sie im Namen des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin zum 12. Österreichischen Infektionskongress in Saalfelden begrüßen zu dürfen.

Das Thema unseres Kongresses: „Infektiologie von 0 bis 99“ spannt einen weiten Bogen von Infektionen in der Schwangerschaft und in der Kindheit über Infektionen, die mehrere Generationen betreffen, bis hin zu Infektionen bei alten Menschen. Welche Antibiotika dürfen bei Schwangeren oder bei geriatrischen Patienten verwendet werden? Welche sind die infektiologischen Herausforderungen auf ICU bei Neugeborenen oder bei kritisch Kranken am Ende des Lebens? Das sind nur einige der Fragen, denen wir heuer in Pro/Contra-Sessions, interaktiven Workshops und Symposien nachgehen werden.

Der infektiologischen Forschung in Österreich soll auch heuer wieder ein Forum geboten werden. Die eingereichten Abstracts werden im Rahmen der Posterbegehung vorgestellt. Die besten der eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten werden als Kurzpräsentationen vorgestellt. Darüber hinaus wird auch der Österreichische Infektionspreis wieder vergeben werden. Auch Ihre spannendsten Fälle sind wieder gefragt! Denn in den Grand Rounds sind infektiologische Experten gefordert, Ihre Fälle zu lösen.

Der Kongress könnte ohne die Unterstützung der Industrie nicht stattfinden. Wir möchten uns daher auf diesem Weg bei allen Sponsoren herzlich bedanken.

Wir hoffen, mit dem vorliegenden Programm die Grundlage für spannende, lehrreiche und kurzweilige Tage in Saalfelden gelegt zu haben. Wir freuen uns, Sie am Brandlhof begrüßen zu dürfen, sowie auf Ihre Diskussionsbeiträge und Fragen im Rahmen der Sessions und ganz besonders auf die persönlichen Gespräche in den Pausen.

Mit kollegialen Grüßen

Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetz
Kongresspräsidentin

Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
Kongresssekretär

Für den Kongress werden 24 Fortbildungspunkte im Rahmen der Diplomfortbildung der ÖÄK anerkannt.

Vorankündigung

13. Österreichischer Infektionskongress
„Resistenzen – ist der Kampf verloren?“
27. bis 30. März 2019
Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden



ALLGEMEINES

Wissenschaftlicher Veranstalter

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin – www.oegit.eu



In Kooperation mit

- Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
- Österreichische Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ÖGMM)
- Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin, Parasitologie und Migrationsmedizin (ÖGTPM)
- Österreichische Gesellschaft für Sexually Transmitted Diseases und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD)
- Österreichische Gesellschaft für Vakzinologie (ÖGVAK)
- Österreichische AIDS Gesellschaft (ÖAG)
- Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH)
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)



ÖGIT-Vorstand

Präsident Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
 Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
 Sekretär Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
 Kassier Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl
 Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
 Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard
 Dr. Selma Tobudic
 Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
 Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetzwitz
 Priv.-Doz. Dr. Alexander Zoufaly

Kongressleitung

Präsidentin Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetzwitz
 Sekretär Univ.-Prof. Dr. Robert Krause

Sekretariat der ÖGIT

Birgit Buresch
 Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn
 Tel.: +43-2252-890040
 E-Mail: office@oegit.eu

Kongressbüro

Medical Dialogue
 Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn
 Tel.: 0699/11616333
 E-Mail: office@medicaldialogue.at



Abstract-Komitee

Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger
 Univ.-Prof. Dr. Rosa Bellmann-Weiler
 Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
 Univ.-Prof. Dr. Christoph Högenauer
 Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
 Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl
 Univ.-Prof. Dr. Erich Schmutzhard
 Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer

Dr. Agnes Wechsler-Fördös
 Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
 Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
 Univ.-Prof. Dr. Birgit Willinger
 Univ.-Prof. Dr. Stefan Winkler
 Assoz.-Prof. PD Dr. Ines Zollner-Schwetzwitz
 Priv.-Doz. Dr. Alexander Zoufaly

Registrierzeiten

Mittwoch	11. April 2018		15:30 – 21:30
Donnerstag	12. April 2018	08:00 – 12:00	15:00 – 17:00
Freitag	13. April 2018	08:00 – 12:00	15:00 – 17:00
Samstag	14. April 2018	08:00 – 10:00	



MITTWOCH, 11. APRIL 2018



**VALNEVA AUSTRIA –
ADVANCING VACCINES
FOR BETTER LIVES**

Detailinfos zum Produkt finden Sie
auf unserer Homepage unter www.valneva.at

IXIARO®

Japanese encephalitis vaccine
(inactivated, adsorbed)

DUKORAL®

Cholera vaccine
(inactivated, oral)

Vivotif®

Typhoid Oral Vaccine

Fluad®

Influenza vaccine (adjuvated)

Sandovac®

Influenza vaccine



HINWEIS! Die jeweiligen Fachinformationen zu den hier angeführten Produkten
finden Sie auf unserer NEUEN WEBSITE unter: www.valneva.at

- **17:30** **Eröffnung des Kongresses**
 F. Thalhammer, I. Zollner-Schwet, R. Krause
- **17:45–19:00** **Symposium 1**
Besonderheiten der Antiinfektivtherapie bei ...
 Vorsitz: R. Krause (Graz), I. Zollner-Schwet (Graz)
 - ... Schwangeren – Stillenden (was, was nicht) –
Pharmakokinetik?
M. Zeitlinger (Wien)
 - ... Neugeborenen und Kindern
A. Berger (Wien)
 - ... Geriatrischen Patienten
R. Bellmann-Weiler (Innsbruck)
- **19:00–20:00** **Eröffnungsvortrag**
 Vorsitz: R. Krause (Graz), I. Zollner-Schwet (Graz)
**Antibiotic use in childhood and its consequences on
health and the microbiome**
 Martin J Blaser (NY, USA)
- **ab 20:00** **Get-together**



DONNERSTAG, 12. APRIL 2018

6:30–7:30 **Laufen (Regenerativ – GAT1) mit „Lauf-ABC“**
C. Wenisch; Treffpunkt bei der Rezeption im Brandlhof

8:30–9:45 **Symposium 2**
Highlights 2018
Vorsitz: G. Weiss (Innsbruck), S. Winkler (Wien)

Infektiologie
G. Weiss (Innsbruck)

Mikrobiologie und Hygiene
C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Tropenmedizin
E. Schmutzhard (Innsbruck)

9:45–10:15 Pause – Besuch der Poster- und
Industrierausstellung

10:15–11:30 **Pro/Contra 1**
Vorsitz: P. Apfalter (Linz), C. Lass-Flörl (Innsbruck)

Isolationsmaßnahmen bei Clostridium-difficile-Infektion
Ja: F. Allerberger (Wien), Nein: R. Gattlinger (Linz)

**Generische Candine: Brauchen wir Fluconazol noch
in der Candida-Therapie?**
Ja: G. Fritsche (Innsbruck), Nein: J. Prattes (Graz)

Chinolone bei Harnwegsinfektionen?
Ja: T. Alber (Leoben), Nein: A. Wechsler-Fördös (Wien)

DONNERSTAG, 12. APRIL 2018

11:30–12:00 Pause – Besuch der Poster- und
Industrierausstellung

12:00–13:00 **Workshops 1–4**
WS 1 **Hautinfektionen bei Kindern und Jugendlichen
in Bildern**
W. Emminger (Wien)

WS 2 **Infektiologisches Rookie-Seminar für Junge und
jung gebliebene**
H. Laferl (Wien)

WS 3 **Chronische Fiebersyndrome**
J. Brunner (Innsbruck)

WS 4 **Zecken, Läuse, Flöhe und deren
assoziierte Erkrankungen**
T. Valentin (Graz)

13:00–14:00 Mittagspause

13:20–13:40 **Meet the Expert**
HIV – Wann soll ich wie testen?
A. Rieger (Wien)



In der Industrierausstellung am Stand der Firma
Gilead Sciences Österreich



DONNERSTAG, 12. APRIL 2018

14:00–15:15 Symposium 3
Therapie schwieriger Erreger
Vorsitz: A. Wechsler-Fördös (Wien), C. Wenisch (Wien)

Staphylokokken & Enterokokken
O. Janata (Wien)

Multiresistente Enterobakterien
F. Thalhammer (Wien)

Meningokokken & Listerien
B. Pfausler (Innsbruck)

15:15–15:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrierausstellung

15:45–17:45 CLINICAL GRAND ROUNDS: 5 Fälle
Moderation: C. Wenisch (Wien)
Diskutanten: E. Schmutzhard (Innsbruck)
R. Gattringer (Linz)
R. Krause (Graz)
A. Lechner (Salzburg)

15:45–16:09 M. Karolyi (Wien)

16:09–16:33 H. Lagler (Wien)

16:33–16:57 A. Lenger (Wien)

16:57–17:21 M. Kussmann (Wien)

17:21–17:45 T. Valentin (Graz)



NOXAFIL®
Posaconazol

- **Signifikanter Überlebensvorteil^{1,2}** in Prophylaxe^a und Therapie^b
- **Starke Wirksamkeit^{3,c}**
- **Breites Wirkspektrum** auch bei seltenen Mykosen^{3,b}
- **Gute Verträglichkeit³**

NOXAFIL®
Posaconazol

Cancidas®
Caspofungin, MSD

Ihre starken Antimykotika-Partner von MSD

1. Cornely OA et al. N Engl J Med 2007; 356: 348-359. Randomisierte Multizenterstudie zur antimykotischen Prophylaxe bei AML/MDS-Patienten mit prolongierter Neutropenie unter Chemotherapie. Von 602 Patienten erhielten 304 Posaconazol 3x 200 mg/d Suspension, 240 Fluconazol 1x 400 mg/d und 58 Itraconazol 2x 200 mg/d. Die durchschnittliche Studienbeobachtungszeit lag je nach Studienarm zwischen 87 und 99 Tage. Mittlere Therapiedauer: Posaconazol 29 Tage, Fluconazol/Itraconazol 25 Tage. Primärer Studienendpunkt: Inzidenz an gesicherten oder wahrscheinlichen invasiven Pilzinfektionen während der Therapie. Ergebnis: Posaconazol-Gruppe 2% (7/304) versus Fluconazol/Itraconazol 8% (25/298); p < 0,001. Signifikanter Überlebensvorteil zugunsten von Posaconazol gegenüber Fluconazol/Itraconazol, p = 0,04.

2. Walsh TJ et al. Clin Infect Dis. 2007; 44:2-12. Offene Multizenterstudie bei Patienten mit refraktärer invasiver Aspergilliose. 107 Patienten erhielten Posaconazol 800 mg/Tag. Die externe, retrospektiv rekrutierte Kontrollgruppe (n=86) wurde vor allem mit Amphotericin B, Amphotericin B-Lipidformulierungen und Itraconazol behandelt, was der Standardtherapie in den Jahren 1998-2001 (Zeitraum der Studie) entspricht. Primärer Studienendpunkt: Gesamtansprechen am Ende der Therapie. Ergebnis: Posaconazol-Gruppe 42% (45/107) versus Standardtherapie 26% (22/86); p = 0,006. Kumulative Überlebensraten an Tag 30 und am Therapieende zugunsten von Posaconazol (p = .0003).

3. Fachinformationen NOXAFIL®.

a. Prophylaxe invasiver Mykosen für Risikopatienten mit Remissions-induzierender Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) mit erwarteter längerfristiger Neutropenie oder bei Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei Grafter Host-Disease (GVHD) nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSZT).

b. Behandlung von invasiver Aspergilliose, Fusariosis, Chromoblastomycose und Myzetom, Kokzidioidomykose, wenn Erkrankung therapieresistent oder Unverträglichkeit gegenüber anderen Antimykotika (Itraconazol, Amphotericin B, Fluconazol, s. Fachinformation). NOXAFIL® Suspension zum Einnehmen ist zusätzlich angezeigt zur Behandlung der: Oropharyngealen Candidose: Als Therapie der ersten Wahl bei Patienten, die eine schwere Erkrankung haben oder immunsupprimiert sind und bei denen ein schwaches Ansprechen auf eine topische Therapie erwartet wird.

c. Studien zur Wirksamkeit wurden mit Posaconazol Suspension zum Einnehmen durchgeführt.

Bitte beachten Sie vor der Verordnung von NOXAFIL® und CANCIDAS® die vollständigen, aktuellen Fachinformationen.



UV-002-17/1/2017ZT

Xydalba™ (Dalbavancin), ein **Lipoglykopeptid-Antibiotikum**, für die Behandlung von akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeeinfektionen (ABSSSI) bei Erwachsenen.



Mögliche Dosierungen:

- ✓ Einmalige Infusion (1500 mg)
- ✓ Zwei Infusionen (Tag 1: 1000 mg, Tag 8: 500 mg)



DONNERSTAG, 12. APRIL 2018

17:45–18:15 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

18:15–19:30 **Symposium 4**
Infektionen in der Schwangerschaft und postpartal
Vorsitz: H. Laferl (Wien), B. Stoiser (Wien)

Toxoplasmose
H. Aspöck (Wien)

Herpesinfektionen
C. Honsig (Wien)

Streptokokken Gruppe B (GBS)
E.-C. Weiss (Graz)

19:30 **Mitgliederversammlung ÖGIT**

ab 20:00 **Gemeinsames Abendessen**



FREITAG, 13. APRIL 2018



 **CRESEMBA**[®]
(ISAVUCONAZOLE)

 **ZAVICEFTA**[™]
ceftazidime and avibactam

 **Zinforo**[™]
ceftaroline fosamil

Infektionsmanagement
gemeinsam handeln!

-  **6:30–7:30** **Laufen (Regenerativ – GAT1) mit 6x10 Strecksprüngen**
C. Wenisch; Treffpunkt bei der Rezeption im Brandlhof
-  **8:30–9:45** **Symposium 5**
Hygiene im Focus
Vorsitz: F. Allerberger (Wien), A. Grisold (Graz)
- Masern – unverhofft kommt oft
U. Karnthaler (Wien)
- Hygienemaßnahmen bei MRGN im klinischen Alltag
D. Orth-Höller (Innsbruck)
- Hygienemaßnahmen bei zentralvenösen Zugängen und intravesikalen Kathetern
A. Grisold (Graz)
-  **9:45–11:00** **Pro/Contra 2**
Brauche ich altersabhängig ein Antibiotikum bei ...
Vorsitz: F. Thalhammer (Wien), A. Wechsler-Fördös (Wien)
- ... positiver Harnkultur?
Ja: S. Mair (Innsbruck), Nein: M. Vossen, (Wien)
- ... Streptokokken in Hals & Ohr?
Ja: H. Dornbusch (Graz), Nein: S. Thalhammer (Wien)
- ... abszedierenden Hautinfektionen?
Ja: M. Kitchen (Innsbruck), Nein: R. Koller (Wien)

In der gelben BOX!



Elvitegravir 150mg/Cobicistat 150mg/Emtricitabin 200mg/Tenofoviralafenamid 10mg Filmtabletten

AmBisome®

Liposomales Amphotericin B

Von Anfang an¹



Emtricitabin/Tenofoviralafenamid 200/10mg und 200/25mg Filmtabletten



Built on DESCOVY®
emtricitabine/tenofovir alafenamide 200/10mg and 200/25mg tablets



Emtricitabin 200mg/Rilpivirin 25mg/Tenofoviralafenamid 25mg Filmtabletten

POWER FOR WHAT'S AHEAD



In der gelben BOX!

In der gelben BOX!

DESCOVY® Fachinformation Stand September 2017. ODEFSEY® Fachinformation Stand September 2017. GENVOYA® Fachinformation Stand Dezember 2017.

¹AmBisome® Fachinformation, September 2016

Gilead Sciences GesmbH,
Wagramer Straße 19, 1220 Wien
HIV/AT/18-01//1054 // Erstelldatum: Jänner 2018
Fachkurzinformationen siehe Seite 31



PROGRAMM

FREITAG, 13. APRIL 2018

- 11:00–11:30** Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung
- 11:30–12:45** **Symposium 6**
Launch Bezlotoxumab
Update der Clostridium-difficile-Infektion (CDI)
(Programm siehe Seite 23)

Mit freundlicher Unterstützung



- 12:45–13:30** Mittagspause
- 13:00–13:20** **Meet the Expert**
Ansichten und Aussichten zur Borrelienprophylaxe
H. Kollaritsch (Wien)

In der Industrieausstellung
am Stand der Firma Valneva



FREITAG, 13. APRIL 2018

13:30–15:00 Infektiologische Forschung in Österreich
Präsentation & Moderation: R. Bellmann-Weiler (Innsbruck)

Die fünf besten eingereichten Studienabstracts

- 13:30–13:45 C. Speth (Innsbruck)
- 13:45–14:00 M. Hell (Salzburg)
- 14:00–14.15 G. Rambach (Innsbruck)
- 14:15–14:30 C. Forstner (Jena)
- 14:30–14:45 F. Weitzer (Graz)

Österreichischer Infektionspreis 2018

14:45–15:00 Präsentation der prämierten Arbeit
C. Bilgilier (Wien)

Mit freundlicher Unterstützung **SANDOZ** A Novartis Division

15:00–16:15 Symposium 7
Altersspezifische infektiologische Herausforderungen auf ICU
Vorsitz: H. Burgmann (Wien), E. Schmutzhard (Innsbruck)

Kleine Kinder, große Kinder – Fallberichte von der ICU
N. Neu (Innsbruck)

End of life – Pneumonie und Sepsis
C. Wenisch (Wien)

DNR, DNE – ethische Überlegungen beim kritisch Kranken
S. Fruhwald (Graz)

16:15–16:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

Colistin® ratiopharm®

Trockenstechampullen mit Lösungsmittel

Umfassende Therapie bei *Pseudomonas aeruginosa*

Therapiegerechte Packungsgrößen inklusive
Lösungsmittel sowie kostenlose Zusatzlieferrung
von Spritzen und Kanülen.

Colistin ratiopharm - Trockenstechampullen mit Lösungsmittel

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Trockenstechampulle enthält 78,74 mg (1.000.000 I.E.) Colistimethat-Natrium entsprechend 33,3 mg Colistin. **Anwendungsgebiete:** Systemisch: Colistin ratiopharm parenteral angewendet ist bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, einschließlich Neugeborener, zur Behandlung schwerer, durch bestimmte aerobe gramnegative Erreger verursachter Infektionen indiziert, sofern für die Patienten nur begrenzte Therapieoptionen zur Verfügung stehen (siehe Abschnitte 4.2, 4.4, 4.8 und 5.1 der Fachinformation). Aerosoltherapie: Colistin ratiopharm als Aerosoltherapie ist bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern mit zystischer Fibrose zur Behandlung chronischer pulmonaler Infekte indiziert, die durch *Pseudomonas aeruginosa* verursacht werden (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Die offiziellen Richtlinien zur sachgemäßen Anwendung von Antibiotika sind zu beachten. **Gegenanzeigen:** Colistin darf nicht angewendet werden bei: Überempfindlichkeit gegen Colistin, andere Polymyxine oder einen der genannten sonstigen Bestandteile; Frühgeborene. Zusätzliche Gegenanzeigen bei systemischer Anwendung: Schwere kardiogene Ödeme; die intravenöse Injektion ist kontraindiziert, da Konzentrationsspitzen eine neuromuskuläre Blockade mit Atemlähmung auslösen können. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antibiotika zur systemischen Anwendung, andere Antibiotika, Polymyxine; ATC-Code: J01XB01. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lösungsmittel: Natriumchloridlösung. Art und Inhalt des Behältnisses: Das Pulver befindet sich in einer Glasampulle der hydrolytischen Klasse III, das Lösungsmittel in einer Glasampulle der hydrolytischen Klasse I. Die Pulver-Trockenstechampulle ist mit einem Bromobutylygummistopfen verschlossen. 10 Trockenstechampullen + 10 Lösungsmittelampullen; 60 Trockenstechampullen + 60 Lösungsmittelampullen; 100 Trockenstechampullen + 100 Lösungsmittelampullen. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. **Inhaber der Zulassung:** ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Donau-City-Straße 11, Ares Tower, Top 13, 1220 Wien, Tel.Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 01/2017

Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



AU/COL/17/0004



FREITAG, 13. APRIL 2018

13. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS

RESISTENZEN IST DER KAMPF VERLOREN?

27. bis 30. März 2019 | Brandlhof | Saalfelden

in Zusammenarbeit mit



Information & Anmeldung: www.oegit.eu

- 16:45–17:45 Workshops 5–8**
 - WS 5 „Kinderkrankheiten“ Update**
V. Strenger (Graz)
 - WS 6 Hepatitis A–G**
B. Angermayr (St. Pölten)
 - WS 7 STD-Update**
M. Kitchen (Innsbruck)
 - WS 8 Opportunistische Infektionen beim HIV-Patienten**
A. Rieger (Wien)

- 17:45–19:00 Symposium 8**
Infektionen bei Jung und Alt
Vorsitz: R. Gattringer (Linz), A. Zoufaly (Wien)
 - Osteomyelitis bei Groß und Klein
R. Krause (Graz)
 - Infektionen zentralvenöser Katheter &
Port-a-cath-Infektionen
I. Zollner-Schwetz (Graz)
 - Licht und Schatten der antipyretischen Therapie
H. Burgmann (Wien)

- 19:00–20:00 Posterbegehung**
R. Krause, R. Gattringer, I. Zollner-Schwetz

- ab 20:00 Gemeinsames Abendessen**

ZERBAXA® Ceftolozan und Tazobactam

1 g/0,5 g Pulver für ein Konzentrat zur
Herstellung einer Infusionslösung



Starke Wirksamkeit gegen einige der häufigsten Gram-negativen Problemkeime wie *Pseudomonas aeruginosa* und Enterobacteriaceae inklusive spezifischer ESBL-Bildner.^{1, 2, 3, 4}

ZERBAXA® ist für die Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen angezeigt:¹

- Komplizierte intraabdominale Infektionen
- Akute Pyelonephritis
- Komplizierte Harnwegsinfektionen

Die offiziellen Leitlinien für den angemessenen Gebrauch von Antibiotika sind zu beachten.

Literatur: 1. Fachinformation ZERBAXA®, Stand Juni 2017. 2. Snydman DR, McDermott LA, Jacobus NV. Activity of ceftolozane-tazobactam against a broad spectrum of recent clinical anaerobic isolates. Antimicrob Agents Chemother. 2014;58(2):1218-23. 3. Solomkin J, Hershberger E, Miller B, et al. Ceftolozane/tazobactam plus metronidazole for complicated intra-abdominal infections in an era of multidrug resistance: Results from a randomized, double-blind, Phase 3 trial (ASPECT-clA). Clin Infect Dis 2015;60:1462-71. 4. Wagenlehner FM, Umeh O, Steenbergen J, et al. Ceftolozane-tazobactam compared with levofloxacin in the treatment of complicated urinary-tract infections, including pyelonephritis: a randomised, double-blind, phase 3 trial (ASPECT-clUT). Lancet 2015;385:1949-56.

FACHINFORMATION (Kurzfassung): **Bezeichnung des Arzneimittels:** ZERBAXA® 1 g/0,5 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält Ceftolozansulfat entsprechend 1 g Ceftolozan und Tazobactam-Natrium entsprechend 0,5 g Tazobactam. Nach der Rekonstitution mit 10 ml Verdünnungsmittel beträgt das Gesamtvolumen der Lösung in der Durchstechflasche 11,4 ml, dies entspricht 88 mg/ml Ceftolozan und 44 mg/ml Tazobactam. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede Durchstechflasche enthält 10 mmol (230 mg) Natrium. Nach Rekonstitution des Pulvers mit 10 ml einer Natriumchlorid-Lösung 9 mg/ml (0,9 %) für Injektionszwecke enthält die Durchstechflasche 11,5 mmol (265 mg) Natrium. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Arginin, Citronensäure. **Anwendungsgebiete:** ZERBAXA® ist angezeigt zur Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen: - Komplizierte intraabdominale Infektionen; - Akute Pyelonephritis; - Komplizierte Harnwegsinfektionen. Die offiziellen Leitlinien für den angemessenen Gebrauch von Antibiotika sind zu beachten. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; - Überempfindlichkeit gegen andere Cephalosporin-Antibiotika; - Schwere Überempfindlichkeit (z. B. anaphylaktische Reaktionen, schwere Hautreaktionen) gegen andere Beta-Laktam-Antibiotika (z. B. Penicilline oder Carbapeneme). **Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit:** Schwangerschaft: Es liegen keine Daten bezüglich der Anwendung von Ceftolozan/Tazobactam bei Schwangeren vor. Tazobactam ist plazentagängig. Über die Plazentagängigkeit von Ceftolozan ist bisher nichts bekannt. Tierexperimentelle Studien mit Tazobactam haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt, jedoch ohne Anhaltspunkte für teratogene Wirkungen. Studien mit Ceftolozan an Mäusen und Ratten ergaben keinen Hinweis auf Reproduktionstoxizität oder auf eine Teratogenität. Die Anwendung von Ceftolozan bei Ratten während der Trächtigkeit und Laktation war mit einer Abnahme der akustischen Schreckreaktion bei den männlichen Nachkommen am 60. Tag nach der Geburt verbunden. ZERBAXA® sollte während der Schwangerschaft nur dann angewendet werden, wenn der erwartete Nutzen die möglichen Risiken für die schwangere Frau und den Fetus übersteigt. Stillzeit: Es ist nicht bekannt, ob Ceftolozan und Tazobactam in die Muttermilch

übergehen. Ein Risiko für Neugeborene/Kleinkinder kann nicht ausgeschlossen werden. Es muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob das Stillen zu unterbrechen ist oder die Behandlung mit ZERBAXA® zu unterbrechen ist bzw. auf die Behandlung mit ZERBAXA® verzichtet werden soll. Dabei ist sowohl der Nutzen des Stillens für das Kind als auch der Nutzen der Therapie für die Frau zu berücksichtigen. **Fertilität:** Die Auswirkungen von Ceftolozan und Tazobactam auf die Fruchtbarkeit beim Menschen wurden nicht untersucht. In Fertilitätsstudien an Ratten wurde nach intraperitonealer Gabe von Tazobactam oder nach intraperitonealer Gabe von Ceftolozan keine Wirkung auf Fertilität und das Paarungsverhalten beobachtet. **Inhaber der Zulassung:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon Hertfordshire EN11 9BU, Vereinigtes Königreich. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antibiotika zur systemischen Anwendung, andere Cephalosporine und Peneme, ATC-Code: J01DI54. **Stand der Information:** Juni 2017.

Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Vor Verschreibung beachten Sie bitte die vollständige aktuelle Fachinformation.

Merck Sharp & Dohme GmbH, Arno Tower, Deutscher Platz 11, 12205 Wien.
Verlag- und Herstellungsort: Wien, Medieninhaber und Herausgeber: Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
© Registered Trademark. © Urheberrechtlich geschützt für Merck Sharp & Dohme Corp., ein Unternehmen von Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, U.S.A. 01-19-RNF-1243388-0000. Erstellt: Januar 2016



Fachinformation siehe Seite XY

PROGRAMM



FREITAG, 13. APRIL 2018

11:30–12:45 Symposium 6
Launch Bezlotoxumab
Update der Clostridium-difficile-Infektion (CDI)
Vorsitz: R. Krause (Graz), F. Thalhammer (Wien)

Klinik & mikrobiologische Diagnostik
R. Gatttringer (Linz)

Medikamentöse & biologische Therapie der CDI
R. Krause (Graz)

Prophylaxe der Rekurrenz
F. Thalhammer (Wien)

Mit freundlicher Unterstützung



WWW.OEGIT.EU

SEITE 23



SAMSTAG, 14. APRIL 2018

- **6:30–7:30** **Laufen (Crosslauf entlang des Baches bis zu den Wasserfällen)**
C. Wenisch; Treffpunkt bei der Rezeption im Brandlhof

- **8:30–9:00** **Morgendliches Impromptu**
Vorsitz: F. Thalhammer (Wien), U. Wiedermann (Wien)

Seuchen, die die Welt verändert haben
M. Binder (Wien)

- **9:00–10:15** **Symposium 9**
Impfpräventable Erkrankungen
Vorsitz: F. Thalhammer (Wien), U. Wiedermann (Wien)

Vom Neugeborenen zum Adoleszenten
U. Wiedermann (Wien)

Vom Adulten bis zum Greis
H. Holzmann (Wien)

Globetrotter
U. Hollenstein (Wien)

- **10:15–10:45** Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung



SAMSTAG, 14. APRIL 2018

- **10:45–12:00** **Symposium 10**
„Breaking News“
Vorsitz: H. Aspöck (Wien), I. Zollner-Schwetz (Graz)

Update humaner Würmer & Parasiten in Österreich
J. Walochnik (Wien)

Führen Generika zu Resistenzen?
P. Apfalter (Linz)

Neue Viren, die man kennen muss
N. Nowotny (Dubai/Wien)

- **12:00–12:05** **Verabschiedung und Ausblick 2019**
R. Gattringer, F. Thalhammer, I. Zollner-Schwetz

- **12:05** **Ende des Kongresses**



ALLGEMEINE TAGUNGSMITTEILUNGEN

Tagungsgebühren

	Gesamte Tagung	Tageskarte
Mitglieder aller mitveranstaltenden Gesellschaften (siehe Seite 4)	€ 225,-	€ 100,-
Nichtmitglieder	€ 300,-	€ 150,-

Hinweis: Ihre Kongressanmeldung wird erst durch die Bezahlung der Kongressgebühr bzw. der Reservierungsgebühr (€ 125,- wenn Sie von einer Pharmafirma eingeladen sind) gültig. Diese ist von den Kongressteilnehmern selbst auf das Konto der ÖGIT einzuzahlen und kann nicht von Dritten übernommen werden.

Zahlungsmodalitäten

- Banküberweisung, spesenfrei für den Empfänger, auf das Konto der ÖGIT, Erste Bank, IBAN: AT70 20111 29462863100, BIC: GIBAATWWXXX
- Bar vor Ort (es werden keine Kreditkarten oder Bankomatkarten akzeptiert)

Stornobedingungen für die Tagungsgebühr

- Stornierungen sind schriftlich an Medical Dialogue, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn zu richten: office@medicaldialogue.at
- Die Durchführung von Refundierungen erfolgt nach dem Kongress:
 - Bei Stornierungen bis zum 15. Februar 2018 werden 50% der einbezahlten Gebühr rückerstattet.
 - Bei Stornierungen nach dem 15. Februar 2018 ist keine Refundierung möglich.

Wirtschaftlicher Veranstalter

Medical Dialogue GmbH, Schloss 4, 2542 Kottlingbrunn

VERHALTENSKODEX DER ÖÄK – AUSZUGSWEISE

Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere Kongressen, Symposien, Workshops und Vorträgen

Ärzte dürfen an von der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie finanzierten Veranstaltungen teilnehmen, wenn diese wissenschaftlichen Zielen, Zwecken der Fortbildung oder der praxisbezogenen Anwendung ärztlichen Handelns bzw. Studienzwecken dienen und der zeitliche Aufwand für die Vermittlung wissenschaftlicher bzw. fachlich medizinischer Informationen im Vordergrund steht. Der Tagungsort sowie die deutlich überwiegende Zeit der Veranstaltung müssen diesen Zielen entsprechen.

Die Kosten für Anreise, Aufenthalt und Einladungen jeglicher Art dürfen nur bei der Teilnahme an ausschließlich berufsbezogenen und wissenschaftlichen Veranstaltungen übernommen werden. Zulässig ist nur die Übernahme der Kosten für Ärzte durch die Pharma- bzw. Medizinproduktindustrie, nicht aber die Übernahme der Kosten von Begleitpersonen von Ärzten.

Für Leistungen (insbesondere Vortragstätigkeiten), die im Rahmen einer medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltung erbracht werden, kann ein angemessenes Honorar angenommen werden, wenn die Finanzierung dem Veranstalter gegenüber offengelegt wird.

Pharmig: Verhaltenskodex – Auszug, Veranstaltungen Inland

Kapitel 7 Veranstaltungen

Symposien, wissenschaftliche Kongresse, Workshops, Vorträge und ähnliche, auch kleinere Veranstaltungen sind anerkannte Mittel zur Verbreitung von Wissen und Erfahrung über Arzneimittel und Therapien sowie zur Weiter- und Fortbildung. Die Organisation, Durchführung und/oder Unterstützung oder die Übernahme von Kosten für deren Teilnehmer ist nur zulässig, wenn die Veranstaltung den Bestimmungen des Artikels 7 entspricht.

7.1 Diese Veranstaltungen müssen ausschließlich der wissenschaftlichen Information und/oder der fachlichen Fortbildung dienen.

7.2 Die Übernahme von Kosten im Rahmen dieser Veranstaltungen hat sich auf die Reisekosten, Verpflegung, Übernachtung sowie die ursächliche Teilnahmegebühr zu beschränken und angemessen zu sein. Freizeit- und/oder Unterhaltungsprogramme (z. B. Theater, Konzert, Sportveranstaltungen) für Teilnehmer dürfen weder finanziert noch organisiert werden. Die Einladung von Begleitpersonen ist nicht gestattet; daher dürfen pharmazeutische Unternehmen für diese weder die Organisation noch Kosten für Reise, Verpflegung, Übernachtung oder Aufwendungen für Freizeitaktivitäten übernehmen.

7.3 Die Anwesenheit der Teilnehmer, das Programm sowie die wissenschaftlichen und/oder fachlichen Inhalte der durchgeführten Veranstaltung sind zu dokumentieren.

7.4 Der Tagungsort hat dem Zweck der Veranstaltung zu dienen, im Inland gelegen zu sein und nach sachlichen Gesichtspunkten ausgewählt zu werden. Der Freizeitwert des Tagungsortes ist kein Auswahlkriterium.

Fotos auf der Homepage der ÖGIT: Mit der Registrierung/Teilnahme zum 12. ÖIK stimmen Sie zu, dass Fotos von Ihnen auf dem Kongress gemacht und eventuell auf die Homepage der ÖGIT in Form einer „Nachlese“ zum Kongress gestellt werden.



ALLGEMEINE TAGUNGSINFORMATIONEN

Tagungsort

Hotel Gut Brandlhof • A-5760 Saalfelden • Hohlwegen 4

Tel.: +43 6582 7800-0 • Fax: +43 6582 7800 598

Mail: office@brandlhof.com • www.brandlhof.com

FACHKURZINFORMATIONEN

Dukoral, Suspension und Brausegranulat zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen; Cholera-Impfstoff (inaktiviert, zum Einnehmen); Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Eine Dosis der Impfstoff-Suspension (3 ml) enthält: - Insgesamt 1,25x10¹¹ Bakterien der folgenden Stämme: Vibrio cholerae O1 Inaba, klassischer Biotyp (hitzeinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Inaba, El Tor-Biotyp (formalinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Ogawa, klassischer Biotyp (hitzeinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; Vibrio cholerae O1 Ogawa, klassischer Biotyp (formalinaktiviert) 31,25x10⁹ Bakterien*; - Rekombinante Cholera-Toxin B Untereinheit (rCTB) 1 mg (hergestellt in V. cholerae O1 Inaba, klassischer Biotyp Stamm 213.) *Bakterienzählung vor der Inaktivierung. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat 2,0 mg, Dinatriumdihydrogenphosphat-Dihydrat 9,4 mg, Natriumchlorid 26 mg, Natriumhydrogencarbonat 3600 mg, Natriumcarbonat, wasserfrei 400 mg, Saccharinnatrium 30 mg, Natriumcitrat 6 mg. Eine Dosis enthält etwa 1,1 g Natrium. Sonstige Bestandteile: Suspension: Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Dinatriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke; Brausegranulat: Natriumhydrogencarbonat, Zitronensäure, Natriumcarbonat, wasserfrei, Saccharinnatrium, Natriumcitrat, Himbeeraroma; Pharmakotherapeutische Gruppe: Bakterielle Impfstoffe, ATC-Code: J07AE01. Anwendungsgebiete: Dukoral ist zur aktiven Immunisierung gegen die durch Vibrio cholerae Serogruppe O1 verursachten Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren, die in endemische/epidemische Gebiete reisen wollen, angezeigt. Die Anwendung von Dukoral sollte auf der Grundlage der offiziellen Empfehlungen erfolgen, wobei die epidemiologische Variabilität sowie das Risiko einer Erkrankung in unterschiedlichen geografischen Regionen und bei unterschiedlichen Reisebedingungen zu berücksichtigen ist. Dukoral ersetzt nicht die üblichen Schutzmaßnahmen. Beim Auftreten von Diarrhöe sind Maßnahmen zur Rehydratation einzuleiten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in der Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder Formaldehyd. Die Verabreichung von Dukoral sollte bei Personen mit akuter Magen-Darmerkrankung oder fiebriger Erkrankung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Inhaber der Zulassung: Valneva Sweden AB, S-105 21 Stockholm, Schweden, +46 (0)8 735 1000 infodukoral@valneva.com Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: EU/1/03/263/001-003. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Weitere Informationsquellen: Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. Stand der Fachkurzinformation: März 2015

IXIARO Injektionssuspension; Japanische-Enzephalitis-Virus Impfstoff (inaktiviert, adsorbiert); Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Eine Impfdosis (0,5 ml) IXIARO enthält: Japanische-Enzephalitis-Virus Stamm SA14-14-2 (inaktiviert) 1,2 6 AU₃; entsprechend einer Stärke von ≤ 460 ng ED₅₀, hergestellt in Verzellen, Zadsorbiert an Aluminiumhydroxid, hydriert (ca. 0,25 Milligramm Al³⁺), 3 Antigeneinheiten. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Dieses Arzneimittel enthält Kalium, jedoch weniger als 1 mmol/Dosis, und Natrium, weniger als 1 mmol/Dosis. Phosphatgepufferte Kochsalzlösung 0,0067 M (in PO4) mit folgender Zusammensetzung: NaCl – 9 mg/ml, KH₂PO₄ – 0,144 mg/ml, Na₂HPO₄ – 0,795 mg/ml. Sonstige Bestandteile: Phosphat-gepufferte Salzlösung, bestehend aus: Natriumchlorid, Kaliumdihydrogenphosphat, Dinatriumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. Pharmakotherapeutische Gruppe: Enzephalitis Impfstoffe, ATC-Code: J07BA02. Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gegen das Japanische-Enzephalitis-Virus für Erwachsene, Jugendliche, Kinder und Säuglinge ab dem Alter von 2 Monaten. IXIARO ist angezeigt bei Personen, die auf Reisen oder beruflich dem Risiko einer Infektion ausgesetzt sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in der Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder gegen die herstellungsbedingten Verunreinigungen Protaminsulfat, Formaldehyd, Rinderserumalbumin, Wirtszell-DNA, Natriummetabisulfid, Wirtszellproteine. Personen, die nach der ersten Dosis Überempfindlichkeitsreaktionen gezeigt haben, soll keine zweite Dosis verabreicht werden. Bei Personen mit akuten, ernsthaften fiebrigen Infektionen muss die Verabreichung verschoben werden. Inhaber der Zulassung: Valneva Austria GmbH, Campus Vienna Biocenter 3, A-1030 Wien, Österreich. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: EU/1/08/501/001, EU/1/08/501/002. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Weitere Informationsquellen: Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. Stand der Fachkurzinformation: Mai 2016

Vivotif, Kapseln; Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält mind. 2 x 10⁹ CFU lebende und mind. 5 x 10⁹ CFU inaktivierte Keime des Salmonella typhi Stammes Ty 21a in lyophilisierter Form.(CFU = colony-forming-units = vermehrungsfähige Einheiten). Kulturmedium: Hy-Case SF (Proteinhydrolysat). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 48 mg Saccharose, wasserfreie Lactose auf 180-200 mg. Sonstige Bestandteile: Kapselhülle: Saccharose, wasserfreie Lactose, Ascorbinsäure, Hy-Case SF, Magnesiumstearat Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E-171), Erythrosin (E-127), gelbes Eisenoxid (E-172), rotes Eisenoxid (E-172), Hydroxypropylmethylcellulosephthalat, Diethylphthalat, Dibutylphthalat, Ethylenglycol; Pharmakotherapeutische Gruppe: Typhus oral, lebend abgeschwächt; ATC-Code: J07AP01. Anwendungsgebiete: Reiseimpfung. Orale, aktive Immunisierung gegen Erkrankungen durch Salmonella typhi. Vivotif, Kapseln sind für Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensjahr und Erwachsene bestimmt. Der Impfschutz beträgt ca. 65%, dies ist mit der Injektion inaktiverer Vaccine vergleichbar. Klinische Studien zur Prophylaxe bei Fernreisenden liegen nicht vor. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Allergische Reaktion bei vorheriger Anwendung von Vivotif. Angeborener oder erworbener Immundefekt, einschließlich Behandlung mit immunsuppressiven und antimotilitischen Medikamenten. Inhaber der Zulassung: PaxVax Ltd., 1 Victoria Square, Birmingham, England B1 1BD, Vereinigtes Königreich. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Zulassungsnummer: Z.Nr. 2-00011. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Fachkurzinformation: Januar 2016

Fluad® Injektionssuspension in einer Fertigspritze. Wirkstoff: Influenza-Impfstoff, Oberflächenantigene, inaktiviert, mit MF59C.1 als Adjuvans 2017/2018. Zusammensetzung pro 0,5 ml: Oberflächenantigene des Influenzavirus (Hämagglutinin und Neuraminidase) der Stämme A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 – ähnlicher Stamm (A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180A), 15 µg Hämagglutinin; A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2) – ähnlicher Stamm (A/Hong Kong/4801/2014, NYMC X-263B), 15 µg Hämagglutinin; B/Brisbane/60/2008 – ähnlicher Stamm (B/Brisbane/60/2008, Wildtyp), 15 µg Hämagglutinin. Adjuvans: MF59C.1 (9,75 mg Squalen, 1,175 mg Polysorbat 80, 1,175 mg Sorbitantrioleat, 0,66 mg Natriumcitrat, 0,04 mg Citronensäure, H₂O f. Injektionszsw.). Sonst. Bestandteile: NaCl, KCl, KH₂PO₄, Na₂HPO₄, 2H₂O, MgCl₂, 6H₂O, CaCl₂, 2H₂O, H₂O f. Injektionszsw. Fluad kann Rückstände aus Eiern, z. B. Ovalbumin oder Hühnereiweiß, Kanamycin- und Neomycinsulfat, Formaldehyd, Cetyltrimethylammoniumbromid, Bariumsulfat und Hydrocortison enthalten. Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gg. Influenza für ältere Menschen (≥65 J.), bes. bei erhöhtem Risiko für Komplikationen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gg. einen der arzneil. wirksamen Bestandteile, gg. Bestandteile des Adjuvans, der Hilfsstoffe oder Rückstände (z. B. Eier oder Hühnereiweiß, etw. Ovalbumin); anaphylakt. Reakt. auf vorangegangene Influenza-Impfung; fieberhafte Erkrankung, akute Infektion. Nebenwirkungen: Sehr Häufig: Kopfschmerzen, Muskelschm., Empfindlichk., Schmerzen an der Injektionsstelle, Müdigkeit; Häufig: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Schwinden, Gelenkschm., Fieber, Unwohls., Schüttelfrost Lokalreakt. (Rötung, Schwellung, Ekchymosen, Verhärtung); Gelegentlich: Ausschlag; Häufig: nicht bekannt: Thrombozytopenie (sehr selten schwer), Lymphadenopathie, Asthenie, grippeartig. Erkrankungen, großflächiges Anschwellen der geimpften Extremität.ü. > 1 Woche, Cellulitis-ähn. Reakt. teilw. Schwellung, Schmerzen und Rötung eines Hautareals > 10 cm an der Injektionsstelle.ü. > 1 Woche; allerg. Reakt. (selten Schock), Anaphylaxie, Angioödem, Schmerzen in den Gliedmaßen, Muskelschwäche, Enzephalomyelitis, Guillain-Barré-Syndrom, Krämpfe, Neuritis, Neuralgien, Parästhesien, Synkope, Präsynkope, general. Hautreaktionen mit Erythema multiforme, Urtikaria, Pruritus, unspez. Ausschlag, Vaskulitis mit vorüberg. Nierenbeteiligung. Warnhinweis: Fluad® sollte unter keinen Umständen intravasculär oder subkutan verabreicht werden. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Seqirus S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Italien. Stand: Jänner 2018.

Sandovac® Injektionssuspension in Fertigspritze. Wirkstoff: Influenzavirus-Impfstoff, Oberflächenantigene, inaktiviert. 2017/2018 Zusammensetzung pro 0,5 ml: Influenzavirus-Oberflächenantigene (Hämagglutinin, Neuraminidase) der Stämme A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 – ähnlicher Stamm (A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180A), 15 µg Hämagglutinin; A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-ähn. Stamm (A/Hong Kong/4801/2014, NYMC X-263B), 15 µg Hämagglutinin; B/Brisbane/60/2008 – ähnl. Stamm (B/Brisbane/60/2008, Wildtyp), 15 µg Hämagglutinin. Sonst. Bestandteile: NaCl, KCl, KH₂PO₄, Na₂HPO₄, 2H₂O, MgCl₂, 6H₂O, CaCl₂, 2H₂O, H₂O f. Injektionszsw. Sandovac kann Rückstände aus Eiern (z. B. Ovalbumin, Hühnereiweiß), Kanamycin- und Neomycinsulfat, Formaldehyd, Cetyltrimethylammoniumbromid, Polysorbat 80, Bariumsulfat und Hydrocortison enthalten. Anwendungsgebiet: Prophylaxe der Influenza, bes. bei erhöhtem Risiko für assoziierte Komplik., indiziert bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Monaten. Gegenanzeigen: Überempfindlichk. gg. arzneil. wirksame Bestandteile, sonst. Bestandteile oder Rückstände (z. B. Eier, Hühnereiweiß, Ovalbumin), Kanamycin- oder Neomycinsulfat, Formaldehyd, Cetyltrimethylammoniumbromid, Bariumsulfat, Polysorbat 80; frühere anaphylakt. Reakt. auf Influenza-Impfung, fieberhafte Erkrankung, akute Infektion. Nebenwirkungen: Häufig: Kopfschm., Schwinden, Muskelschm., Gelenkschm., Fieber, Unwohls., Schüttelfrost, Müdigk., Lokalreakt. (Rötung, Schwellung, Schmerzen, Ekchymosen, Verhärtung). Häufigk. nicht bekannt: Thrombozytopenie (sehr selten schwer), Lymphadenopathie; Schwellung, Schmerzen und Rötung eines Hautareals > 10 cm an der Injektionsstelle (Cellulitis-ähn. Reakt.) ü. > 1 Woche; großflächiges Anschwellen der geimpften Extremität ü. > 1 Woche; allerg. Reakt. (selten Schock), Angioödem, Neuralgie, Parästhesie, Fieberkrämpfe, neurolog. Erkrankung (z. B. Enzephalomyelitis, Neuritis, Guillain-Barré Syndrom, Synkope, Präsynkope), Vasculitis (sehr selten mit Nierenbeteiligung), generalisierte Hautreakt. (einschl. Pruritus, Urtikaria, unspezif. Ausschlag). Warnhinweis: Sandovac® darf unter keinen Umständen intravasculär injiziert werden. Enthält Natrium- und Kaliumverbindungen. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Seqirus S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena, Italien. Stand: Jänner 2018.

Zavicefta 2 g/0,5 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Cefazidim 5 H₂O, entsprechend 2 g Cefazidim, und Avibactam-Natrium, entsprechend 0,5 g Avibactam. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 167,3 mg Cefazidim und 41,8 mg Avibactam (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 6,44 mmol Natrium (ca. 148 mg). Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumcarbonat. Anwendungsgebiete: Zavicefta wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der folgenden Infektionen (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation): - Komplizierte intraabdominale Infektionen (cIAI). - Komplizierte Harnwegsinfektionen (UTI), einschließlich Pyelonephritis. - Nosokomiale Pneumonien (HAP), einschließlich beatmungsassoziierter Pneumonien (VAP). Zavicefta ist auch indiziert für die Behandlung von Infektionen aufgrund aerober gram-negativer Erreger bei erwachsenen Patienten mit begrenzten Behandlungsoptionen (siehe Abschnitte 4.2, 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen jegliche Cephalosporin-Antibiotika. Schwere Überempfindlichkeitsreaktion (z. B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen jegliche andere Art von Beta-lactam-Antibiotika (z. B. Penicilline, Monobactame oder Carbapeneme). Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Cefazidim, Kombinationen, ATC-Code: J01DD52. Inhaber der Zulassung: Pfizer Ireland Pharmaceuticals, Operations Services Group, Ringaskiddy, County Cork, Irland. Stand der Information: Juli 2017. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.



FACHKURZINFORMATIONEN

Zinfo 600 mg Pulver zur Herstellung eines Konzentrats für eine Infusionslösung; Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Cefarolinosamillacetat (1:1) 1 H₂O, entsprechend 600 mg Cefarolinosamill. Nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 30 mg Cefarolinosamill. Liste der sonstigen Bestandteile: Arginin. Anwendungsgebiete: Zinfo wird angewendet zur Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 2 Monaten (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation): - Komplizierte Haut- und Weichgewebsinfektionen (complicated skin and soft tissue infections, cSSTI). - Ambulant erworbene Pneumonie (community-acquired pneumonia, CAP). Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen Cephalosporin-Antibiotika. Plötzlich einsetzende und schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktion) gegen jegliche andere Art von Betalactam-Antibiotika (z. B. Penicilline oder Carbapeneme). Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, andere Cephalosporine und Peneme, ATC-Code: J01DI02. Inhaber der Zulassung: Pfizer Ireland; Pharmaceuticals, Operations Support Group, Ringaskiddy, County Cork, Irland. Stand der Information: November 2017. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

CRESEMBA 100 mg Hartkapseln; **CRESEMBA** 200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Hartkapseln: Jede Kapsel enthält 100 mg Isavuconazol (als 186,3 mg Isavuconazoniumsulfat). Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Jede Durchstechflasche enthält 200 mg Isavuconazol (als 372,6 mg Isavuconazoniumsulfat). Liste der sonstigen Bestandteile: Hartkapseln: Kapselinhalt: Magnesiumcitrat, Mikrokristalline Cellulose, Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure. Kapselhülle: Hypromellose, Wasser, Eisen(III)-oxid (E172) (nur Kapselkörper), Titandioxid (E171), Gellan Gummi, Kaliumacetat, Natriummedetat, Natriumdodecylsulfat. Drucktinte: Schellack, Propylenglycol, Kaliumhydroxid, Eisen(II, III)-oxid (E172). Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Mannitol, Schwefelsäure (zur pH-Anpassung). Anwendungsgebiete: CRESEMBA ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit: - invasiver Aspergillose, - Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Offizielle Leitlinien über die angemessene Anwendung von Antimykotika sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung mit Ketoconazol (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit hoch-dosiertem Ritonavir; (> 200 mg alle 12 Stunden; siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Gleichzeitige Anwendung mit starken CYP3A4/5-Induktoren, wie z. B. Rifampicin, Rifabutin, Carbamazepin, lang wirkenden Barbituraten (z. B. Phenobarbital), Phenytoin und Johanniskraut, sowie mit mäßig starken CYP3A4/5-Induktoren wie z. B. Efavirenz, Nafcillin und Etravirin (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Patienten mit familiärem Short-QT-Syndrom (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Pharmakotherapeutische Gruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Triazol-Derivate, ATC-Code: J02AC05. Inhaber der Zulassung: Basilea Medical Ltd (c/o Cox Costello & Horne Limited), Langwood House, 63–81 High Street, Rickmansworth, Hertfordshire WD3 1EQ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: August 2017. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Xydalba® 500 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Dalbavancin-Hydrochlorid äquivalent zu 500 mg Dalbavancin. Nach Rekonstitution enthält jeder ml 20 mg Dalbavancin. Die verdünnte Infusionslösung muss eine endgültige Konzentration von 1 bis 5 mg/ml Dalbavancin aufweisen. Liste der sonstigen Bestandteile: Mannitol (E421), Laktose-Monohydrat, Salzsäure (zur pH-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung). Anwendungsgebiete: Xydalba ist für die Behandlung von akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebsinfektionen (ABSSSI) bei Erwachsenen indiziert. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Glykopeptid-Antibiotika. ATC-Code: J01XA04. Inhaber der Zulassung: Allergan Pharmaceuticals International Ltd., Clonsaugh Industrial Estate, Coolock, Dublin 17, Irland. Stand der Information: April 2017 Verschreibungs-pflicht/Apothekenpflicht: Das Arzneimittel ist verschreibungspflichtig. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen/Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten, Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder ml Suspension zum Einnehmen enthält 40 mg Posaconazol. Jede magensaftresistente Tablette enthält 100 mg Posaconazol. Jede Durchstechflasche enthält 300 mg Posaconazol. Jeder ml enthält 18 mg Posaconazol. Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Dieses Arzneimittel enthält etwa 1,75 g Glucose pro 5 ml Suspension. Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 462 mg (20 mmol) Natrium. Liste der sonstigen Bestandteile: Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Polysorbat 80, Simeticon, Natriumbenzoat (E211), Natriumcitrat-Dihydrat, Citronensäure-Monohydrat, Glycerol, Xanthangummi, flüssige Glukose, Titandioxid (E171), künstliches Kirscharoma mit Benzylalkohol und Propylenglycol, gereinigtes Wasser. Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten: Tablettenkern: Hypromelloseacetatsuccinat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose (E463), Siliciumdioxid zur dentalen Anwendung, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. Tablettenmantel: Polyvinylalkohol, Macrogol 3350, Titandioxid (E171), Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid (E172). Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Hexakis- und Heptakis-O-(4-sulfonylbutyl)cyclomaltoheptaose-Natriumsalz (1:6, 2:6, 9) (SBECD), Natriummedetat (Ph.Eur.), Salzsäure 36 % [zur pH-Anpassung], Natriumhydroxid [zur pH-Anpassung], Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Noxafil Suspension zum Einnehmen/ magensaftresistente Tabletten/ Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind angezeigt zur Behandlung der folgenden Pilzkrankungen bei Erwachsenen: Invasive Aspergillose bei

Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B oder Itraconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen diese Arzneimittel haben; Fusariose bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen Amphotericin B haben; Chromoblastomykose und Myzetom bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen Itraconazol haben; Kokzidioidomykose bei Patienten, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol ist bzw. bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegen diese Arzneimittel haben; Noxafil Suspension zum Einnehmen: Oropharyngeale Candidose: Als Therapie der ersten Wahl bei Patienten, die eine schwere Erkrankung haben oder immunsupprimiert sind und bei denen ein schwaches Ansprechen auf eine topische Therapie erwartet wird. Ein Nichtansprechen auf die Therapie ist definiert als Progression der Infektion oder Ausbleiben einer Besserung nach mindestens 7 Tagen unter einer vorangegangenen wirksamen antimykotischen Therapie in therapeutischer Dosierung. Noxafil Suspension zum Einnehmen/ magensaftresistente Tabletten/Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind bei folgenden Patienten auch zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen angezeigt: Patienten, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzkrankungen besteht; Empfänger einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzkrankungen besteht. Noxafil Tabletten/Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung sind nicht angezeigt zur Behandlung von oropharyngealer Candidiasis. Bitte beachten Sie die Fachinformation zu Noxafil Suspension zum Einnehmen zur Anwendung bei oropharyngealer Candidiasis. Gegenanzeigen Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile, Gleichzeitige Anwendung von Mutterkornalkaloiden. Gleichzeitige Anwendung mit den CYP3A4-Substraten Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Pimozid, Halofantrin oder Chinidin, da dies zu erhöhten Plasmaspiegeln dieser Arzneimittel führen kann, was wiederum zu einer Verlängerung des QTc-Intervalls und selten zum Auftreten von Torsades de Pointes führen kann. Gleichzeitige Anwendung mit den HMG-CoA-Reduktase-Hemmern Simvastatin, Lovastatin und Atorvastatin. Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit Schwangerschaft Es liegen keine ausreichenden Informationen über die Anwendung von Posaconazol in der Schwangerschaft vor. Tierexperimentelle Studien haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt. Das potenzielle Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Behandlung eine zuverlässige Verhütungsmethode anwenden. Posaconazol darf in der Schwangerschaft nicht angewendet werden, außer der Nutzen für die Mutter überwiegt eindeutig das potenzielle Risiko für den Fetus. Stillzeit: Posaconazol wird in die Milch säugender Ratten ausgeschieden. Der Übertritt von Posaconazol in die menschliche Muttermilch wurde nicht untersucht. Vor Beginn der Therapie mit Posaconazol muss abgestellt werden. Fertilität bei Noxafil 40 mg/ml Suspension zum Einnehmen: Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei einer Dosis bis zu 180 mg/kg (1,7-Faches des 2-mal täglichen Dosierungsregimes von je 400 mg basierend auf Steady-state-Plasmakonzentrationen bei gesunden Freiwilligen) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (2,2-Faches des 2-mal täglichen Dosierungsregimes von je 400 mg). Fertilität bei Noxafil 100 mg magensaftresistente Tabletten Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei einer Dosis bis zu 180 mg/kg (3,4-Faches einer 300 mg-Tablette basierend auf Steady-state-Plasmakonzentrationen bei Patienten) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (2,6-Faches einer 300 mg-Tablette basierend auf Steady-State Plasmakonzentrationen bei Patienten). Fertilität bei Noxafil 300 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung Posaconazol hatte keine Auswirkung auf die Fertilität von männlichen Ratten bei Dosen bis zu 180 mg/kg (2,8-Fache der Plasmakonzentration, die mit einer intravenösen Dosis von 300 mg beim Menschen erreicht wurde) oder weiblichen Ratten bei einer Dosis bis zu 45 mg/kg (3,4-Fache der Plasmakonzentration, die mit einer intravenösen Dosis von 300 mg beim Menschen erreicht wurde). Es liegen keine klinischen Erfahrungen in Bezug auf den Einfluss von Posaconazol auf die Fertilität beim Menschen vor. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Triazol-Derivate, ATC-Code: J02A C04. Inhaber der Zulassung: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon Hertfordshire EN11 9BU, Vereinigtes Königreich. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: April 2017. Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

AmBisome 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung Pharmakotherapeutische Gruppe: Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiotika; ATC-Code: J02AA01. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Durchstechflasche enthält 50 mg Amphotericin B eingebettet in Liposomen. Nach der Rekonstitution enthält das Konzentrat 4 mg/ml Amphotericin B. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Natrium. Sonstige Bestandteile: Hydriertes Sojaphosphatidylcholin, Cholesterol, Distearylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat, α -Tocopherol, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung), Salzsäure (zur pH-Einstellung) Anwendungsgebiete: AmBisome ist angezeigt zur Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidose, Aspergillose, Kryptokokkenmeningitis, Mukormykose und chronisches Myzetom. Empirischen Behandlung von vermuteten Pilzinfektionen bei Patienten mit febriler Neutropenie. AmBisome wird angewendet bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Bestandteile, außer wenn nach Meinung des Arztes die zu behandelnde Infektion lebensbedrohlich ist und nur mit AmBisome behandelt werden kann. Zulassungsinhaber: Gilead Sciences International Ltd., Granta Park, Abingdon, Cambridge CB21 6GT, Vereinigtes Königreich NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: September 2016.

Descovy 200 mg/10 mg Filmtabletten. Descovy 200 mg/25 mg Filmtabletten Pharmakotherapeutische Gruppe: Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung; antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen, Kombinationen. ATC-Code: J05AR17. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 200 mg Emtricitabin und Tenofoviralafenamidifumarat, entsprechend 10 mg bzw. 25 mg Tenofoviralafenamid. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph.Eur.). Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, 200 mg/10 mg zusätzlich: Eisen(II,III)-oxid (E172), 200 mg/25 mg zusätzlich: Indigocarmalin-Aluminiumsalz (E132) Anwendungsgebiete: Descovy wird in Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 35 kg) angewendet, die mit dem humanen Immundefizienzvirus Typ 1 (HIV-1) infiziert sind.



FACHKURZINFORMATIONEN

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Inhaber der Zulassung: Gilead Sciences International Ltd., Cambridge, CB21 6GT, Vereinigtes Königreich NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Descovy ist zu melden an Gilead Sciences GmbH, Fax-Nr.: +43 (0) 1 260 83 99, E-Mail: AustriaSafetyMailbox@gilead.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at. Stand der Information: September 2017.

Odefsey 200 mg/25 mg/25 mg Filmtabletten. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung; antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen, Kombinationen, ATC-Code: J05AR19. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 200 mg Emtricitabin, Rilpivirinhydrochlorid, entsprechend 25 mg Rilpivirin, und Tenofoviralfenamidfumarat, entsprechend 25 mg Tenofoviralfenamid. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 189,8 mg Lactose (als Monohydrat). Tablettenkern: Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Polysorbat 20, Povidon. Filmüberzug: Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(II,III)-oxid (E172) Anwendungsgebiete: Odefsey wird zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 35 kg) mit HIV-1-Infektion (Infektion mit dem Humanen Immundefizienzvirus 1) und einer Viruslast von ≤ 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml angewendet, bei denen HIV-1 keine Mutationen aufweist, die bekanntermaßen mit Resistenzen gegen die Klasse der nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Tenofovir oder Emtricitabin assoziiert sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Odefsey darf nicht gleichzeitig mit Arzneimitteln angewendet werden, die zu einem signifikanten Absinken der Rilpivirin-Plasmakonzentrationen (aufgrund der Cytochrom-P450 [CYP]3A-Enzyminduktion oder der Erhöhung des Magen-pH) und nachfolgend zu einem Verlust des therapeutischen Effekts von Odefsey führen können, dazu gehören: Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Rifabutin, Rifampicin, Rifapentin, Omeprazol, Esomeprazol, Dexlansoprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Dexamethason (orale und parenterale Anwendung), mit Ausnahme einer Einzeldosisbehandlung, Johanniskraut (Hypericum perforatum). Inhaber der Zulassung: Gilead Sciences International Ltd., Cambridge, CB21 6GT, Vereinigtes Königreich NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Odefsey ist zu melden an Gilead Sciences GmbH, Fax-Nr.: +43 (0) 1 260 83 99, E-Mail: AustriaSafetyMailbox@gilead.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at. Stand der Information: September 2017.

Genvoxa 150 mg/150 mg/200 mg/10 mg Filmtabletten Pharmakotherapeutische Gruppe: Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung; antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen, Kombinationen, ATC-Code: J05AR18. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 150 mg Elvitegravir, 150 mg Cobicistat, 200 mg Emtricitabin und Tenofoviralfenamidfumarat, entsprechend 10 mg Tenofoviralfenamid. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 61 mg Lactose (als Monohydrat). Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hyprolöse, Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdocecylsulfat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) Filmüberzug: Poly(vinylalkohol) (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Talkum (E553b), Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Anwendungsgebiete: Genvoxa wird zur Behandlung einer Infektion mit dem humanen Immundefizienzvirus 1 (HIV-1) wie folgt angewendet: Bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 35 kg. Bei Kindern ab 6 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, wenn andere Behandlungsregime aufgrund von Toxizitäten ungeeignet sind. Bei dem HI-Virus dürfen keine bekanntermaßen mit Resistenzen gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir verbundenen Mutationen nachweisbar sein. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung mit den folgenden Arzneimitteln, da dies zu schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Nebenwirkungen oder zum Verlust des virologischen Ansprechens und eventuell zur Resistenzentwicklung gegen Genvoxa führen kann: - Alpha-1-Adrenozeptor-Antagonisten: Alfuzosin; - Antiarrhythmika: Amiodaron, Chinidin; - Antikonvulsiva: Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin; - Antimykobakterielle Wirkstoffe: Rifampicin; - Ergotamin-derivate: Dihydroergotamin, Ergometrin, Ergotamin; - Wirkstoffe zur Verbesserung der gastrointestinalen Motilität: Cisaprid; - Pflanzliche Präparate: Johanniskraut (Hypericum perforatum); - HMG-CoA-Reduktasehemmer: Lovastatin, Simvastatin; - Neuroleptika: Pimozid; - PDE-5-Hemmer: Sildenafil zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie; - Sedativa/Hypnotika: oral angewendetes Midazolam, Triazolam Inhaber der Zulassung: Gilead Sciences International Ltd., Cambridge, CB21 6GT, Vereinigtes Königreich NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Genvoxa ist zu melden an Gilead Sciences GmbH, Fax-Nr.: +43 (0) 1 260 83 99, E-Mail: AustriaSafetyMailbox@gilead.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at. Stand der Information: Dezember 2017.

Für die Posterausstellung und die „Posterbegehung“ zugelassene Studien

STUDIE 1 Gastrointestinal endoscopy in health 4.0: how safe are we?

P. Decristoforo¹, J. Kaltseis¹, A. Fritz¹, M. Edlinger², W. Posch¹, D. Wilflingseder¹, C. Lass-Flörl¹, D. Orth-Höller¹; ¹Division of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Department of Medical Statistics, Informatics, and Health Economics, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Objectives: Several outbreaks of severe infections due to contamination of gastrointestinal (GI) endoscopes, mainly duodenoscopes have been described previously. The rate of microbial endoscope contamination is varying dramatically in literature. Thus, the aim of this multicentre prospective study was to evaluate the hygiene quality of endoscopes and automated endoscope reprocessors (AERs) in Tyrol/Austria.

Methods: In 2015 and 2016, a total of 463 GI endoscopes and 105 AERs from 29 endoscopy centres were analysed by a routine (R) and a combined routine and advanced (CRA) sampling procedure and investigated for microbial contamination by culture- and molecular-based analyses.

Results: The contamination rate of GI endoscopes was 1.3–4.6% according to national guideline, suggesting that 1.3–4.6 patients out of 100 could have had contacts with hygiene relevant microorganisms through an endoscopic intervention. Comparison of R and CRA sampling showed 1.8% of R versus 4.6% of CRA failing the acceptance criteria in phase I and 1.3% of R versus 3.0% of CRA samples in phase II. The most commonly identified indicator organism was *Pseudomonas* spp., mainly *P. oleovorans*. None of the tested viruses were detected in 40 samples. While AERs in phase I failed (n=9, 17.6%) mainly due to technical faults, phase II revealed lapses (n=6, 11.5%) only on account to microbial contamination of the last rinsing water, mainly with *Pseudomonas* spp.

Conclusions: In the present study the contamination rate of endoscopes was low compared to results from other European countries, possibly due to high quality of endoscope reprocessing, drying and storage.

STUDIE 2 Antifungal prophylaxis with Posaconazole delayed-release tablet and oral suspension in a Real-life setting: plasma levels, efficacy and tolerability

D. Lenczuk¹, W. Zinke-Cerwenka², H. Greinix², A. Wölfler², J. Prattes^{1,3}, I. Zollner-Schwetz¹, T. Valentin¹, A. Meinitzer⁴, M. Hoening^{1,3,5}, R. Krause^{1,3}; ¹Section

of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ³Center for Biomarker Research in Medicine, Graz, Austria, ⁴Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of Graz, Graz, Austria, ⁵Division of Pulmonology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

We continuously determined Posaconazole plasma concentrations (PPCs) in 61 patients with hematological malignancies receiving Posaconazole (PCZ) delayed-release tablet (DRT) (48 patients, median duration of intake 92 days) and PCZ oral solution (OS) (13 patients, median duration of intake 124 days). PCZ DRT and OS antifungal prophylaxis was efficient and well tolerated. Thirty-four of 48 patients (71%) receiving DRT always had sufficient PPCs, while 14 of 48 patients (29%) had at least one insufficient PPC. In patients receiving OS 4 of 13 patients (31%) always had sufficient PPCs, 6 of 13 patients (46%) had at least one insufficient PPCs, and 3 (23%) patients never reached a PPC of 0.7 mg/L. In patients with at least one determined PPCs the mean proportion of all PPCs >0.7 mg/L was 91% for PCZ DRT versus 52% for PCZ OS ($p=0.001$). In per sample analysis PPCs in patients receiving DRT were significantly more likely to be >0.7 mg/L when compared to PPCs in patients receiving OS [91.4% (297/325) of PPCs >0.7 mg/L in DRT versus 70.3% (85/121) in OS; $p<0.001$]. PCZ DRT has higher proportions of PPCs >0.7 mg/L compared to OS, both in per patient and in per sample analysis. TDM enables to detect extended periods of insufficient PPCs (e.g., due to non-adherence or GHVD), which may be associated also with loss of protective intracellular PCZ concentrations regardless of PCZ formulation.

STUDIE 3 Single-center retrospektive Studie über die Anwendung von Dalbavancin

S. Wunsch, J. Prattes, T. Valentin, R. Krause, I. Zollner-Schwetz; Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria.

Einleitung: Dalbavancin, ein neuartiges Lipoglykopeptid-Antibiotikum, ist für die Behandlung von bakteriellen Haut- und Weichteilinfektionen zugelassen. Die lange Halbwertszeit von 15 Tagen ermöglicht eine wöchentliche Verabreichung. Bei einer zweimaligen Verabreichung von 1500mg (Tag 1 und Tag 8) wird für die Dauer von 8 Wochen ein ausreichender Spiegel in Plasma und Gewebe erreicht.

Tabelle zu Studie 3: Dalbavancin-Therapieschemata

Therapieschemata	n= 36 (%)
Einmalgabe 1500mg	12 (33,3)
1x wöchentlich; 1. Dosis 1000mg, ab der 2. Dosis 500mg	8 (22,2)
1. Dosis 1500mg an Tag 1, 2. Dosis 1500mg an Tag 8	11 (30,6)
alternatives Regime	5 (13,9)

Dalbavancin wird seit September 2015 im LKH Universitätsklinikum Graz verwendet. Ziel dieser Arbeit ist es, Charakteristika und Outcome der behandelten PatientInnen retrospektiv zu ermitteln. **Methoden:** PatientInnendaten, mikrobiologische Befunde, Dalbavancin-Verordnungen sowie das 60-Tages-Outcome wurden aus dem elektronischen Krankenhausssystem ermittelt. Ein Ethikvotum wurde eingeholt.

Ergebnisse: 36 PatientInnen wurden mit Dalbavancin behandelt (18m/18w, Altersmedian 54,5 Jahre). Indikationen waren Osteomyelitis (33,3%), periprothetische Infektionen (30,6%), Endokarditis (27,8%), Haut-/Weichteilinfektionen (5,6%) und Zentralvenenkatheter-assoziierte Bakteriämien (2,8%). Ein Keimnachweis erfolgte bei 28/36 PatientInnen (46,4% Koagulase-negative Staphylokokken, 10,7% *S. aureus*, 7,1% Enterokokken, 3,6% Streptokokken; 32,1% Mischinfektionen, grampositive und andere). Tabelle 1 zeigt die angewendeten Therapieschemata. Die Zahl an Dalbavancin-Verabreichungen pro PatientIn reichte von 1 bis 32. 23/36 PatientInnen wurden zumindest teilweise ambulant behandelt. 1/36 PatientInnen erlitt während der 2. Infusion eine fragliche Unverträglichkeit, welche reversibel war. Eine Patientin zeigte unter Langzeittherapie eine Störung des Vestibularorgans. Bei 6/36 PatientInnen kam es zu einem reversiblen Kreatininanstieg (>0,2 mg/dl). Im 60-Tages-Outcome zeigte sich eine Heilungsrate von 86,1%. 2/36 PatientInnen hatten ein Rezidiv, bei einer Patientin wurde die Therapie aufgrund einer fraglichen Unverträglichkeit abgebrochen. Bei zwei PatientInnen trat keine Besserung ein.

Conclusio: Dalbavancin wurde erfolgreich zur Therapie von Knochen- und Protheseninfektionen sowie Endokarditiden eingesetzt. Die Nebenwirkungsrate war gering.

STUDIE 4 Inhaled N-chlorotaurine is well tolerated – a phase I clinical study

R. Armitz¹, M. Stein², P. Bauer², B. Lanthaler³, H. Jamnig², S. Scholl-Bürgi⁴, K. Stempffl-Al-Jazrawi³, H. Ulmer⁵, B. Baumgartner⁶, S. Embacher⁷, S. Geisler⁷, J. Gostner⁷, B. Müllinger⁸, B. Kälz⁹, M. Nagl¹⁰; ¹Landeskrankenhaus Vöcklabruck, Abt. f. Lungenheilkunde, Vöcklabruck, Austria, ²Landeskranken-

haus Natters, Natters, Austria, ³Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Innsbruck, Austria, ⁴Department f Kinderheilkunde, Innsbruck, Austria, ⁵Department für Statistik, Innsbruck, Austria, ⁶Landeskrankenhaus Vöcklabruck, Vöcklabruck, Austria, ⁷Medizinische Biochemie, Innsbruck, Austria, ⁸Vectura GmbH, Gauting bei München, Germany, ⁹Sanochemia Pharmazeutika AG, Neufeld a.d. Leitha, Austria, ¹⁰Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Austria.

Background: N-chlorotaurine (NCT), an endogenous antiseptic applicable to different body regions was tested on its tolerability upon inhalation in humans.

Subjects and methods: A double-blind, randomized study with a parallel test (1% NCT) and control group (0.9% NaCl as placebo) was done in two Austrian centers, the hospitals Natters and Vöcklabruck. Healthy, full age volunteers were included, 12 in each center. Exactly the half of each group was treated in each center. One inhalation (single dose 1.2 ml each, inhaled for 10 min) was performed daily on 5 consecutive days using an AKITA JET nebulizer. Primary criterion of evaluation was the forced expiratory volume in the first second (FEV1). Secondary criteria were subjective sensations, further lung function parameters such as airway resistance, physical examination, and blood analyses (gases, electrolytes, organ function values, pharmacokinetic parameters taurine and methionine, immune parameters).

Results: All included 15 females and 9 males completed the treatment and the control examinations according to the study protocol. FEV1 and all other objective parameters remained unchanged and constant during treatment and in control examinations 1 week and 3 months after treatment. Subjective mild sensations with a higher frequency in the test group were chlorine taste (P <0.01) and occasional tickle in the throat (P = 0.057). Taurine, methionine, neopterin, tryptophan, and kynurenine plasma concentrations did not change within 60 min after inhalation or later on.

Conclusions: Inhaled NCT is well tolerated with only mild, topical and transitory subjective side effects.

STUDIE 5 mcr-1 Encoded Colistin Resistance has Arrived in Austria in Clinical CPE Isolates

R. Hartl, H. Kerschner, R. Gattringer, L. Berning, S. Widhalm, P. Apfalter; analyse BioLab, Nationales Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz (NRZ) und Ordensklinikum Linz Elisabethinen, Linz, Austria.

Carbapenemase producing Enterobacterales (CPE) resistant to Colistin (CoIRE) are regarded as a serious threat to healthcare systems worldwide due to reduced therapeutic options and the need for strict infection control measures. An ECDC Rapid Risk Assessment recommends to screen CPE isolates for CoIRE by broth microdilution (BMD), currently the only method to reliably detect colistin resistance. CoIRE should then be investigated for the presence of the self-transferable plasmid-borne gene mcr-1. As part of the project CARBA-Net 200 Austrian Enterobacterales isolates were investigated for carbapenemase production in 2017. Thereof 134 (67 %) were confirmed with molecular methods. The gene distribution was as follows: blaVIM n=45 (33,3%), blaOXA-48 n=39 (29,2%), blaKPC n=28 (21%) and blaNDM n=22 (16,5%). Complying with ECDC, all isolates except intrinsically resistant species (n=180) underwent colistin BMD. Twelve strains were colistin resistant (6,7%) out of which nine were CoIRE. One blaKPC positive *Escherichia coli* strain recovered from urine (no travel history reported, possible nosocomial acquisition) with a colistin MIC of 4 mg/L was PCR positive for mcr-1. In conclusion and compared to other European countries, overall resistance rates of colistin are low in Austria. Nevertheless, CoIRE have arrived and mcr-1 based colistin resistance in a clinical blaKPC carrying isolate was confirmed for the first time in Austria. The low colistin MIC of this particular strain underlines the importance of precise methods that reliably detect low level resistance. Therefore BMD based colistin susceptibility testing has to be implemented at a nationwide level in order to reliably predict clinical response.

STUDIE 6 Comparison of Addis-count and commercial urine strips for detection of Actinotignum schaalii in patients with urinary tract infections

M. Karer, M. Kussmann, M. Obermüller, V. Reischer, S. Katzinger, H. Burgmann, H. Lagler; Univ. Klinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin, Vienna, Austria. Actinotignum schaalii is an underdiagnosed fastidious growing urinary pathogen thought to be responsible for persistent and recurring urinary

tract infections (UTIs). Due to its intrinsic resistance to second-generation quinolones and trimethoprim/sulfamethoxazole, a correct identification is essential to choose an adequate therapy regime.

In this study we screened urine cultures from 2010-2014 using an A. schaalii PCR. Furthermore, Addis-count, a method for determining the excretion rate of white blood cells in urine over time, was compared to commercially available urine strips for identification of A. schaalii. Overall 982 episodes of urinary tract infections of 740 patients were screened, whereof 672 (68,4%) showed a positive urinary culture and 41 (4,2%) were PCR positive for A. schaalii. Both, Addis-count and urine strips significantly distinguished A. schaalii positive samples from gram-positive, mixed and culture negative samples. Addis-count was slightly more sensitive (p<0.0001) than urine strips (p<0.0011). Samples displaying gram negative urinary culture results were indistinguishable from A. schaalii positive samples.

A. schaalii positive UTIs only demonstrated a slightly higher leucocyturia when compared to other gram positive pathogens. Therefore clinicians should consider A. schaalii as a causative pathogen in gram-positive, mixed and negative urinary culture UTIs with high leucocyturia.

STUDIE 7 Myokardiale Beteiligung bei der saisonalen Influenza: Eine prospektive Studie

V. Sperl¹, M. Széll¹, M. Redlberger-Fritz², C. Sebesta¹; ¹Donauspital: 2. Medizinische Abteilung mit Onkologie, Gastroenterologie und Notfallambulanz, Vienna, Austria, ²Medizinische Universität Wien: Department für Virologie, Vienna, Austria.

Die saisonale Influenzavirusaktivität geht alljährlich mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einher. Das saisonale Krankheitsbild kann dabei von oligosymptomatischen Verläufen bis hin zu lebensbedrohlichen Komplikationen reichen. Unter anderem kann es dabei auch zu einer myokardialen Beteiligung und damit zum Auftreten einer viralen Myokarditis kommen. Die klinische Symptomatik ist dabei zu Beginn oft nur gering, weshalb zu diesem Zeitpunkt die klinische Diagnosestellung oft schwierig ist. In der derzeitigen Literatur wird eine kardiale Beteiligung bei einer Infektion mit Influenzaviren bei bis zu 10% der infizierten Patienten beschrieben.

Einige Arbeiten erörtern auch den Zusammenhang zwischen einer Influenza und dem Auftreten von kardialen Komplikationen beziehungsweise einer Myokarditis. Größtenteils handelt es sich bei diesen Arbeiten jedoch um retrospektive Analysen von Fallberichten, und die Verdachtsdiagnose „In-

years declined from 18.9 in 2003 to 9.6 in 2015. Limitations: Life style factors such as smoking were not included due to incomplete data. The rate of virologically suppressed patients were not calculated so far, but will be presented Conclusion: The decline in cardiovascular events in men aged 50 or older is real, however, the observational design of our study precludes conclusions on causality of any particular effect.

STUDIE 11 Evaluation of three molecular assays for rapid testing of seasonal influenza in patients requiring hospitalization

T. Valentin¹, P. Kieslinger², E. Stelzl³, H. H. Kessler², B. Tiran²; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Austria, Graz, Austria, ²Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of Graz, Austria, Graz, Austria, ³Diagnostic and Research Center for Molecular Biomedicine, Medical University of Graz, Austria, Graz, Austria.

Background: Patients with seasonal influenza pose an infection control challenge. Isolation or separation of influenza patients is highly recommended. Rapid diagnostic test results are thus crucial. Previously used rapid antigen tests have a very low sensitivity (25-71%), while PCR results lack timely delivery. We evaluated three rapid molecular tests suitable for near-patient testing.

Materials and methods: 271 patients with influenza-like illness presenting at the emergency department during the season 2017/2018 with at least one risk factor for complications were studied. Specimens obtained with Copan UTM[®] 3mL-liquid transport medium were tested for influenza A and B RNA using the Influenza A&B AlereTMi (AlereTM), GeneXpert Xpert[®]Xpress Flu/RSV (Cepheid), and the Cobas[®] Liat[®] (Roche) systems. Results were compared to those obtained by Influenza A/B r-gene[®] (Biomerieux) real-time PCR as reference method. Results: Of 271 specimens, six were excluded due to a lacking cell

signal control with the reference assay. The reference assay gave 41 positive results for influenza A and 80 for influenza B. Cobas Liat yielded invalid results in 32 cases (all of them positive by reference PCR, one for influenza A and 31 for influenza B) that were excluded from further analyses. Sensitivities and specificities are shown in Table 1.

Conclusions: Overall specificity of the three rapid molecular tests was high (>95%). The highest overall sensitivity was reached with GeneXpert, the lowest with Alere i. This effect was mainly due to a very low sensitivity for influenza A. Liat showed a relatively poor performance due to 32 invalid test results.

STUDIE 12 Retrospective data analysis for the prognostic value of the quick Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment (qSOFA) score in patients with suspected sepsis

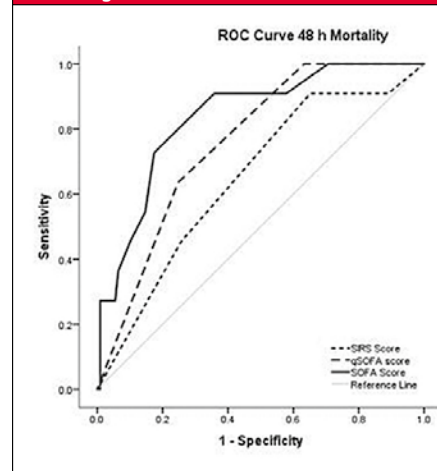
C. Steininger¹, J. Rabensteiner¹, G. Schwantzer², R. Raggam², M. Hönigl¹, R. Krause¹; ¹Clinical Institute of Medical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Institute for Medical Informatics, Statistics and Documentation, Graz, Austria, ³Department of Angiology, Medical University of Graz, Graz, Austria, ⁴Department of Internal Medicine, Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Background: Sepsis is defined as life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to an infection. Establishing accurate rapid diagnostic criteria is the highest priority. In 2016, the new qSOFA score was published for quick identification of sepsis. The aim of the study was to investigate the utility of qSOFA in sepsis assessment of patients admitted to ICU with suspected infection.

Methods: The qSOFA, SOFA and SIRS scores of 120 adult patients (41.7% female, mean age 64.5 years) admitted to or already being in an ICU from 2010-2013 were retrospectively analysed. The required data were taken from the 24 hour-period prior to obtaining of blood cultures. Adopting the Sepsis-3 criteria by C. Seymour from 2016, cut-off points for positive (>=2 points) or negative (<2 points) score results were compared to patients outcome.

Results: Blood culture from 21 patients remained negative serving as controls and in 99 patients the blood culture turned positive (20 E.

Abbildung zu Studie 12



coli, 18 Streptococcus spp., 16 Staph. aureus). Predictive values for mortality within 48h were calculated for qSOFA (PPV 0.14;NPV 1.00), SOFA (PPV 0.09;NPV 1.00) and SIRS (PPV 0.09;NPV 0.92). ROC analysis revealed the highest area under the curve (AUC) for SOFA (0.837), compared to qSOFA(0.761) and SIRS (0.649) for the 48h mortality.

Conclusion: The new qSOFA score shows comparable results to SOFA score with a high prognostic accuracy, supporting the usefulness of qSOFA for patients with suspected sepsis. These findings suggest that SIRS criteria may have limited utility for predicting mortality in an ICU setting.

STUDIE 13 Circulating Nucleic Acids as Early Diagnostic Markers for Sepsis

E. Ullrich¹, P. Heidinger², L. Villanova³, J. Soh³, T. Bachler², E. Hirschböck², E. Leitner¹, C. Sensen², R. Krause⁴; ¹Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University Graz, 8010 Graz, Austria, ²Austrian Centre of Industrial Biotechnology (ACIB), 8010 Graz, Austria, ³Institute of Computational Biotechnology, University of Technology Graz, 8010 Graz, Austria, ⁴Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, 8036 Graz, Austria.

Background: Sepsis is a life-threatening response to infection. We are investigating circulating nucleic acids (CNA) as possible early diagnostic markers. The diagnostic value of CNA has been suspected since the 1970s, but only next-generation sequencing has made it possible to characterize them in detail. Recently, it was finally

proven that DNA molecules circulating in the serum can function as a signalling system for cell-cell communication. We hypothesize that specific DNA motifs exist in the serum of patients who are developing sepsis, which can be used as markers for early stages of the disease.

Material/Methods: For our proof-of-principle study, CNA were isolated and amplified randomly from serum of patients with sepsis drawn concomitantly to positive blood cultures and compared with samples from healthy controls. Via high-throughput Illumina paired-end sequencing with subsequent bioinformatics analysis of the CNA molecules, differences in the pattern sets between healthy controls and patients were characterized. Subsequently a Multiplex Real time PCR (qPCR) is being developed using specific sepsis motifs to detect patients at an early timepoint during disease progress.

Results: We have already sequenced and analyzed 120 serum samples from healthy controls and sepsis patients. Preliminary data indicate a difference between patients and controls. At the moment we are testing more than fifty potential motifs by qPCR in order to find the most discriminative marker set.

Discussion: Based on our proof-of-principle study, CNA might have a potential as early diagnostic markers for sepsis. More data are now being generated for better assessment of these potential diagnostic targets.

STUDIE 14 Carbapenem resistant Acinetobacter baumannii Complex in Austria – Data from EARS-Net and CARBA-Net

J. Ebner, R. Hartl, H. Kerschner, R. Gattringer, P. Apfalter; analyse BioLab, National Reference Center for Nosocomial Infections and Antimicrobial Resistance (NRZ), Ordensklinikum Linz Elisabethinen, Linz, Austria.

Background: Nationwide susceptibility data on invasive Acinetobacter spp. isolates have been available to the NRZ since 2013 when the organism was included in the EARS-Net data set. Since 2015, epidemiological and microbiological data on carbapenem resistant Acinetobacter baumannii (CRAb) isolates were collected within the CARBA-Net surveillance system.

Methods: For EARS-Net, data were provided by laboratories covering all 9 NUTS-2 regions. Antimicrobial susceptibility testing (AST) results were reported according to EUCAST. Suspected CRAb referred to NRZ underwent AST after species confirmation by MALDI-TOF. Phenotypic carbapenemase confirmation included synergy testing and the CarbacinetoNP test followed by PCR. Epidemiological data was gathered by questionnaire.

Abbildung zu Studie 11

Table 1. Sensitivities and specificities of three rapid molecular tests.			
	Alere i (n=265)	Liat (n=233)	GeneXpert (n=265)
Results for influenza A and B			
Sensitivity	89.3%	95.5%	97.5%
Specificity	99.3%	97.9%	98.6%
Results for Influenza A			
Sensitivity	78.0%	100%	97.6%
Specificity	99.6%	98.4%	99.6%
Results for Influenza B			
Sensitivity	96.3%	93.9%	97.5%
Specificity	100%	100%	99.5%

Results: In the years 2013-2017 for 317 invasive *Acinetobacter* spp. isolates resistance to penems was reported in 8.5% (n=27). In contrast, only one of 64 CRAB isolates referred to NRZ via CARBA-Net originated from blood culture. bla_{OXA-51} was detected in all but one CARBA-Net isolates, most frequently combined with OXA-23 (n=34) and OXA-24 (n=22). Two of the isolates harbored bla_{NDM} as well. Clinical relevance was reported in 37.5% of isolates. 28% of patients had no recent travel history. In patients with history of traveling, 77% had been in contact with healthcare systems abroad. Conclusion The blood-culture based EARS-Net protocol is not a reliable surveillance tool for detection of CRAB. Continuous surveillance via CARBA-Net gains better insight into the epidemiology of *Acinetobacter* spp. In accordance with international data, carbapenem resistance is mainly mediated through OXA-enzymes. Contact with healthcare systems in highly endemic regions is a risk factor for acquisition.

STUDIE 15
The microbiome of ascites is distinctly different from stool and skin microbiome in patients with liver-cirrhosis

L. Mannert¹, I. Klymiuk², R. Krause¹, J. Prattes¹, I. Zollner-Schwetz¹; ¹Section of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²Core Facility Molecular Biology, Medical University of Graz, Graz, Austria.

Introduction: We aimed to identify the microbiome of ascites and to compare it to stool and skin microbiome of patients with liver-cirrhosis. Methods 12 inpatients with decompensated liver-cirrhosis were included. Ascites was collected during therapeutic paracentesis. Skin swabs were taken after disinfection immediately prior to paracentesis. Stool samples were collected on the same or following day. We used 16S rRNA gene sequencing (hypervariable region V4) on an Illumina MiSeq sequencer according to standard and published procedures (Moissl-Eichinger 2011, Klymiuk et al. 2017) to characterize the bacterial pattern of ascites, dermal swab and stool samples. Data were analyzed with Quantitative Insights Into Microbial Ecology (QIIME, v1.9.1) software using the locally installed ZMF Galaxy server (<https://galaxy.medunigraz.at>).

Results: Chao1 alpha diversity calculations revealed statistically significant differences in the comparisons stool vs. ascites and stool vs. dermal swab samples (p=0.015). Anosim calculation on weighted unifracs distance matrix revealed a significant difference between the three sample groups (p=0.001). Clustering analysis showed that stool microbiome clustered separately from skin and ascites microbiome. Most abundant

genera in the ascites samples were *Paenibacillus*, *Sphingomonas* and *Pelomonas*. These were not detected in any of the stool samples. Most abundant stool genera were *Bacteroides*, *Enterococcus* and *Klebsiella*. Discussion From our data we suspect significantly different bacterial pattern present in stool samples of patients with liver-cirrhosis compared to ascites samples of the same patients. Further data analysis and filtering regarding control samples will be required and a larger sample cohort should be analyzed to verify these preliminary results.

STUDIE 16
Norovirusinfektionen – Häufigkeit und Dauer der Ausscheidung im Stuhl bei pädiatrisch hämato-/onkologischen Patienten

M. Keldorfer¹, K. Zach¹, H. Kessler², E. Stelz², A. Karastaneva¹, D. Sperl¹, H. Lackner¹, C. Urban¹, V. Strenger¹; ¹Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Austria, ²Medizinische Universität Graz, Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria.

Hintergrund: Noroviren (NV) können schwere Gastroenteritiden verursachen. Häufigkeit und Dauer der Ausscheidung bei pädiatrischen hämato-/onkologischen Patienten ist bisher nicht bekannt.

Patienten und Methoden: Wir untersuchten retrospektiv Reverse-transcriptase-PCR-NV-Stuhlbefunde von pädiatrisch hämato-/onkologischen Patienten von 2010 bis 2016. NV-Untersuchungen wurden durchgeführt bei Symptomen einer Gastroenteritis, NV-pos. Vorbefunden sowie als Screening bei Stammzelltransplantation.

Ergebnisse: 1.023 NV-Stuhlbefunde von insgesamt 152 Patienten (Alter 0,2–33,6, median 8,2 Jahre, weiblich 44,7%) wurden analysiert. Von 997 auswertbaren Ergebnissen waren 241 (24,2%) positiv. 39/152 Patienten (25,7%, Alter 0,3–21,5,

median 6,9 Jahre, 33,3% weiblich) waren zumindest einmal positiv. Bei 23/39 (59,0%) Patienten mit nachgewiesenem Ausscheidungsende betrug die Ausscheidungsdauer 2 bis 170 (median 25) Tage. Bei 7/39 (17,9%) Patienten ohne definiertes Ausscheidungsende betrug die Ausscheidungsdauer zumindest 4 bis 160 (median 11) Tage. Eine Patientin mit einem primären Immundefekt zeigte eine weiterhin bestehende Ausscheidung von bisher zumindest 5,2 Jahren. Bei 8/39 (20,5%) positiv getesteten Patienten wurden keine Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Bei 19/39 (48,7%) positiv getesteten Patienten wurde eine Ausscheidung >2 Wochen, bei 15/39 (38,5%) >4 Wochen nachgewiesen, ohne dass die NV-typischen Symptome über diesen Zeitraum persistierten.

Diskussion: NV sind bei einem Viertel der getesteten Patienten im Stuhl nachgewiesen worden. Die Ausscheidungsdauer war sehr variabel und wurde bis zu 6 Monaten – bei einer Patientin mit primärem Immundefekt über 5 Jahre – nachgewiesen. Knapp 40% der positiv getesteten Patienten zeigte eine Ausscheidungsdauer von mehr als 4 Wochen, welche als asymptomatische Ausscheider eine wesentliche Infektionsquelle darstellen. Deren klinische und krankenhaushygienische Bedeutung muss in weiteren Studien untersucht werden.

STUDIE 17
Serotypes and susceptibility of Streptococcus pneumoniae isolated from cystic fibrosis patients

T. Mertschnigg¹, G. Feierl¹, S. Friedl¹, B. Stumpfer¹, C. Mikula², L. Masoud-Landgraf¹; ¹Laboratory for Cystic Fibrosis, Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria, ²National Reference Center for Pneumococci, Austrian Agency for Health and Food Safety Ltd. (AGES), Graz, Austria.

Background: *Streptococcus* (*S.*) *pneumoniae* is a relevant pathogen involved in various diseases such as otitis media, pneumonia, and meningitis. Prevalence of nasopharyngeal colonization in the healthy population is 10-50%. According to the AGES, serotypes 3, 19A, 22F, and 8 are the four most commonly found in the general population of Austria. Colonization rates in cystic fibrosis (CF) patients is unknown, but there is an increased pathogenic potential of *S. pneumoniae* in patients with CF and increased antibiotic resistance. Goals of the study: Investigation of the colonization status of *S. pneumoniae* in CF patients, the serotypes of *S. pneumoniae* isolates, and the antibiotic susceptibility.

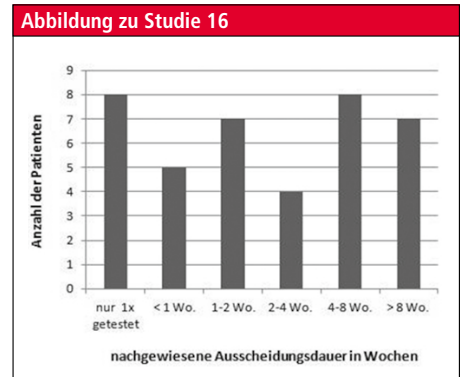
Material and Methods: The microbiological database of the Laboratory for Cystic Fibrosis was reviewed on patients with CF and colonization with *S. pneumoniae* in 2016 and 2017.

Results: Colonization with *S. pneumoniae* was

observed in nasopharyngeal swabs of 27/118 (23%) patients. Serotypes most frequently found were 6C, 11A, 15C, 19A, 35F, and 37. Of 27 isolates, 7 (25,9%) were found to be non susceptible, but not fully resistant (intermediate) against penicillin. Full resistance against tetracycline, erythromycin, and clindamycin was detected in 3 of 27 (11,1%) isolates. Conclusion: In conclusion, in our study the most frequently found serotypes in CF patients are 6C, 11A, 15C, 19A, 35F, and 37. This is different to those genotypes found in the general population of Austria. In the present study full resistance to penicillin was not found; however, more than 25% of CF patients showed no susceptibility to penicillin.

STUDIE 18
E. coli aus Harnproben 2017 – von 0 bis 99

G. Feierl, U. Wagner-Eibel, E. Ullrich, T. Mertschnigg, L. Masoud-Landgraf; Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Graz, Austria. *Escherichia coli* (*E. coli*) gilt als Hauptverursacher sowohl von unkomplizierten als auch komplizierten Harnwegsinfektionen. Das Wissen um die Resistenzlage ist insbesondere für die empirische Therapie von besonderer Bedeutung. Derzeit empfohlen für den unkomplizierten Harnwegsinfekt sind Pivmecillinam, Nitrofurantoin und Fosfomycin oral. Bei vorliegenden komplizierenden Faktoren ist eine mikrobiologische Abklärung mit Erregeridentifikation und Antibiogramm empfohlen. Im Jahr 2017 sind insgesamt 23.446 Harnproben von insgesamt 16.764 Patienten zur Untersuchung eingelangt, bei 47,7% der Patienten wurde *E. coli* nachgewiesen. Die Isolate wurden epidemiologisch (nach Alter, Geschlecht) und bezüglich Resistenzverhalten ausgewertet. Die eingeschlossenen Erstisolate (n=>6.000) zeigten bei den für die empirische Therapie empfohlenen Substanzen eine sehr beruhigende Resistenzsituation (Mecillinam: 3,2%, Nitrofurantoin 0,5% und Fosfomycin oral 0,7%) Die ESBL-Rate schwankte von 2,5% bei den Zahn- bis 20-Jährigen bis zu 12,8% bei den über 90 Jahre alten Patienten. Generell steigt mit Zunahme des Lebensalters die Resistenzrate, wobei Männer eher betroffen sind. Besonders auffällig zeigt sich dieses Verhalten bei den Chinolonen, wo eine Rate von 5,3% bei den Zahn- bis 20-Jährigen erhoben werden konnte, bei den über 90-Jährigen ein Wert von 34,1%. Die derzeit geltenden Empfehlungen für die Behandlung des unkomplizierten Harnwegsinfekts mit Pivmecillinam, Nitrofurantoin bzw. Fosfomycin oral sind durch beruhigende Resistenzdaten abgesichert. Bei komplizierenden Faktoren ist jedoch eine Erregeridentifikation und Resistenztestung unbedingt notwendig, um die eingeleitete empirische Therapie abzusichern. Die detaillierte und zeitnahe Darstellung der Resistenzsituation trägt wesentlich zur optimalen Betreuung von Patienten bei.



STUDIE 19

Resistenzentwicklung unter antiretroviraler Therapie

S. Strickner¹, M. Rappold¹, B. Schmied², M. Sarletti³, M. Geit⁴, B. Haas⁵, N. Taylor⁶, M. Kanatschnig⁷, A. Zoufaly⁸, R. Zangerle³, A. Rieger⁹.

¹Österreichische HIV-Kohortenstudie, Innsbruck, Austria, ²SMZ Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital, Vienna, Austria, ³Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ⁴AKH Linz, Linz, Austria, ⁵LKH Graz West, Graz, Austria, ⁶Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Salzburg, Austria, ⁷LKH Klagenfurt, Klagenfurt, Austria, ⁸Kaiser Franz Josef Spital, Vienna, Austria, ⁹Medizinische Universität Wien, Vienna, Austria.

Ziel der Studie: Bestimmung von Prävalenz, Prädiktoren und temporären Trends der Resistenzentwicklung.

Methoden: Mit Stichtag 1. März 2017 wurden alle aktuell betreuten PatientInnen, die jemals unter antiretroviraler Therapie (ART) standen, analysiert. Die Resistenzmutationen wurden nach der Mutationsliste 2017 der International Antiviral-Society-USA gewertet.

Ergebnisse: Insgesamt erhielten 4.487 PatientInnen jemals eine ART, 4.483 stehen aktuell unter ART. 1270 hatten einen Resistenztest nach ART (28.3%).

Die Gesamtprävalenz der Resistenzentwicklung betrug 74,6% (948 von 1.270 PatientInnen), aufgeschlüsselt nach NRTI/NNRTI/PI-Resistenz beliefen sich die Prävalenzen auf 36,9%, 28,0% und 68,0%. 237 von 1.270 PatientInnen (18,7%) entwickelten eine 3-Klassen-Resistenz. Die Risikofaktoren für eine 3-Klassen-Resistenz waren ein CD4 Nadir <50 (OR = 3,6; 95% CI: 2,4–5,3), ein CD4 Nadir zwischen 50 und 200 (OR = 2,4; 95% CI: 1,7–3,5), erster Therapiebeginn vor 1997 (OR = 25,0; 95% CI: 16,9–37,2) sowie von 1997 bis 2003 (OR = 7,6; 95% CI: 5,0–11,4) und ein Alter <30 bei Therapiebeginn (OR = 2,1; 95% CI: 1,1–3,9). Das Risiko einer 3-Klassen-Resistenz war geringer bei PatientInnen mit aktuell niedriger Viruslast (bei <400 Kopien/ml OR = 0,2; 95% CI: 0,1–0,4) sowie bei männlichen (OR = 0,5; 95% CI: 0,3–0,9) und weiblichen (OR = 0,5; 95% CI: 0,2–0,96) PatientInnen, die sich durch die Injektion von Drogen infiziert haben.

Die Fig. 1 zeigt die kumulative Resistenz, für „irgendeine“ Resistenz oder einer 3-Klassen-Resistenz, zum Stichtag 1. März 2017 in Bezug zum Therapiebeginn.

Schlussfolgerungen: Die Gesamtprävalenz irgendeiner Resistenz unter Therapie ist zwar relativ hoch, nicht jedoch einer therapeutisch relevanten Resistenz. Das Risiko einer Resistenzentwicklung ist bei rezenterem Therapiebeginn gering.

STUDIE 20

Was the 2016/2017 seasonal influenza A more aggressive in terms of cardiac injury? A retrospective comparison

A. Pizzini, I. Theurl, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Background: Cardiac involvement can be a perilous complication of influenza virus infection which arises either from myocarditis based on viral tropism for the myocardium or exacerbation of pre-existing cardio-vascular disease. Cardiac damage can be estimated by determination of circulating levels of high sensitive Troponin T. **Methods:** We performed a retrospective analysis of cardio-vascular involvement evaluating high sensitive TroponinT (hsTroponinT) levels in 167 subjects with confirmed influenza A infection between December 2012 and February 2017.

Results: Our analysis revealed a significantly higher frequency of influenza infections with elevated hsTroponinT serum levels during the 2016/17 season as compared to previous influenza seasons indicating more frequent cardiac complications/damage. Laboratory parameters showed a hsTroponinT elevation > ULN (upper limit of the norm) in 61 patients (36.5%), with a significantly higher frequency during the 2016/17 season (Flu12/16 vs Flu 16/17: 27.5% vs 59.6%, p<0.01). Absolute hsTroponinT levels were also significantly higher in the Flu17 group (median level (interquartile range - IQR) ng/l, Flu16/17 vs Flu12/16: 23.8 (34.8) vs 5.0 (11.0), p<0.01; figure 1, tab 1).

Discussion: Similar to other study groups we saw an overall elevation of cardiac biomarkers in approximately 30% of patients. However, during the influenza season 2016/17 the observed frequency of patients with hsTroponinT > ULN was twice as high when compared to the previous seasons. Therefore we hypothesize a significant variability in terms of cardiac involvement, which may be attributed to the predominance of influenza A/H3N2.

STUDIE 21

Neopterin und Tryptophanmetabolismus in Patienten mit akuter Influenza-Infektion

A. Pizzini, K. Kurz, C. Tschurtschenthaler, I. Theurl, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Hintergrund: Neopterin ist ein validierter Marker der Immunaktivierung, welcher im Rahmen von virusbedingten Infektionen erhöht ist. Einher geht zumeist auch eine Aktivierung der Indolamin-2,3-Dioxygenase (IDO), welche Tryptophan zu Kynurenin metabolisiert und immunologische Wirkung vermittelt. Ziel dieser Arbeit ist es, den Grad der IDO-Aktivierung sowie Neopterin als

Prognoseparameter der Influenza zu evaluieren.

Methoden: Retrospektive Analyse von Patienten mit bestätigter Influenza-Infektion und stationärer Betreuung (Tabelle 1). Erhobene Prognoseparameter waren Dauer des Aufenthalts, ICU, Mortalität ≤30d, akute kardiale Events. Tryptophanstoffwechselfeststellung erfolgte aus Proben von Influenza-Patienten, welche in unserer Biobank erfasst wurden. Der Vergleich erfolgte mit einer historischen Kohorte von 100 gesunden Individuen.

Ergebnisse: In unserer Kohorte von 39 Patienten konnten durchgehend erhöhte Neopterin Spiegel festgestellt werden (50,06 ± 25,01 nmol/l). Die Seren aus der Biobank (n=18) zeigten im Vergleich zu gesunden Individuen signifikant höhere Neopterin-, Kynurenin- und Kynurenin/Tryptophanspiegel (p<0,01). Die Tryptophanspiegel waren signifikant erniedrigt (p<0,01, Figure 1). Positive Korrelationen mit der Dauer des Aufenthalts und Neopterin wurden festgestellt (p=0,03). Patienten mit Influenza vermittelten kardialen Komplikationen zeigten ebenfalls erhöhte Neopterin Spiegel (p<0,01).

Diskussion: Unsere Kohorte zeigte durchgehend erhöhte Neopterin Spiegel, welche zudem eine Aussage über die Prognose (Dauer des Aufenthalts und kardiale Komplikationen) ermöglichten. Eine signifikante IDO-Aktivierung bei Influenza-Infektion wurde festgestellt.

STUDIE 22

The Hepatitis C Continuum of Care among HIV infected individuals in Austria

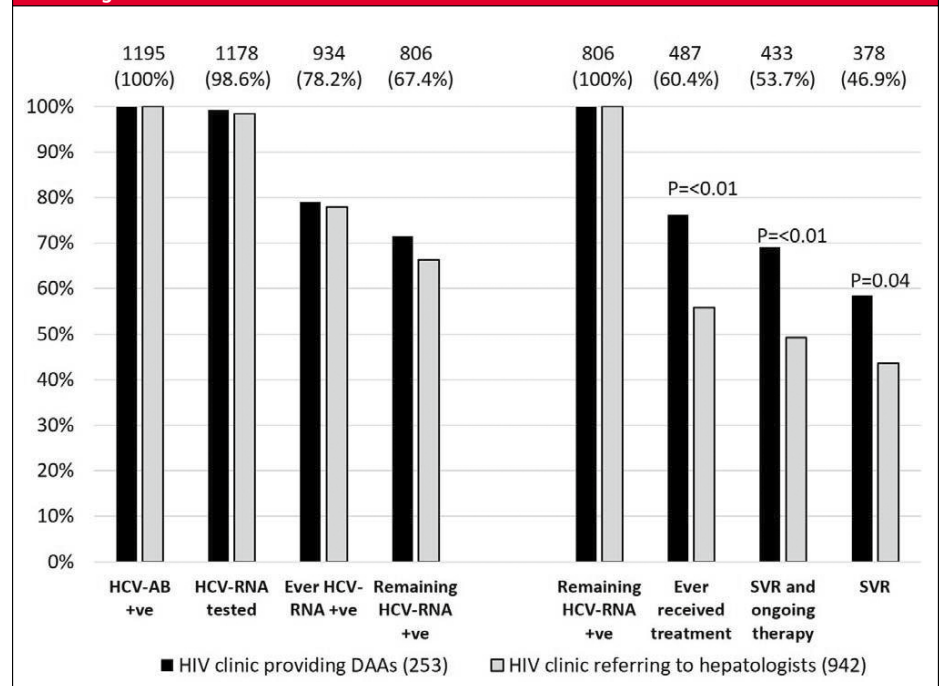
B. Haas for AHIVCOS Group; LKH Graz Süd-West, Standort West, Dept. of Gastroenterology with Infectious Diseases, Graz, Austria.

Background: In Austria prescription of HCV direct antiviral agents is restricted almost exclusively to hepatologists centers. However, 3 of 8 Austrian HIV clinics are allowed to prescribe DAAs directly without referring HIV/HCV coinfecting patients to hepatologists. We evaluated whether this restriction negatively impacts on the HCV continuum of care (HCV-CoC).

Methods: We analyzed Austrian HIV cohort study data from 01/2014 to 08/2017 for different stages of the HCV-CoC. Multivariable logistic regression models were performed to identify factors associated with DAA use.

Results: Among 5613 patients, 249 (4.4%) had no HCV antibody test and 1195 (21.3%) had a positive antibody test. 1178 (98.6%) were HCV-RNA tested and 934 (78.2%) were ever HCV-RNA positive (Figure). HCV genotype was (GT) known for 821 (87.9%), 520 (55.7%) showed GT1 and 218 (23.4%) GT3. From 806 individuals remaining

Abbildung zu Studie 22



HCV-RNA positive, 487 (60.4%) initiated HCV treatment. Significant differences between HIV clinics, according to providing DAAs directly or not were found for all treatment related stages of the continuum of care. The proportion of those starting treatment ranged from 76.2% in clinics providing DAAs without necessary referral to 55.8% for clinics who have to refer patients to hepatologists. DAA use was strongly associated with clinics providing DAAs (OR 3.36; 2.16–5.24) to a lesser extent with younger age (OR 0.68; 0.46–1.01) compared to being 50 years of age or older.

Conclusion: To eliminate HCV from HIV/HCV coinfecting individuals a low -threshold access to DAAs with a "no matter who provides HCV therapy" policy is necessary.

STUDIE 23 In Search of an Algorithm for Calculation of Antibiotic Use in a Children's Hospital

H. Gober; Department of Pharmacy, Kepler University Hospital, NeuromedCampus, Linz, Austria.

Background: The analysis of antibacterial consumption in association with patient-specific and microbial parameters allows conclusion on the efficiency of antibiotic treatment and may predict development of antibacterial resistance. Antibiotic consumption in hospitals worldwide is commonly quantified in units of "defined daily dose" (DDD) per 100 inpatient days (PD).

Problem: Calculations using DDD / PD do not take into account the individual characteristic and heterogeneity of the pediatric population in terms of weight, age and disease spectrum. Aim: This study deals with the development and evaluation of a novel algorithm, allowing intra-institutional comparison of antibiotic consumption across all age groups and hospital units representing diverse range of pathologies.

Methodology: The use of antibiotics was assessed in a large pediatric hospital. Several parameters alternative to DDD and PD were

tested, such as number of consumed vials, patient admissions and admissions according to PID (patient identity). Results were evaluated by relating the consumption of each ward to average age of patients, length of inpatient stay, severity of disease and proportion of parenterally administered antibiotics.

Result: "Vials per Admission" was identified as algorithm for parenteral administered antibiotics, able to delineate the usage of antimicrobial medication among the different pediatric hospital units, in accordance with their estimated vulnerability for infectious diseases. While DDD / PD neglect consumption of infants and small children; Vials / Admission integrate neonates and small children in the calculation. This novel metric reveals a high consumption of last-resort and broad-spectrum antibiotics in the neonatal unit.

STUDIE 24 The incidence rate of anal cancer in the Austrian HIV Cohort Study

B. Haas for AHIVOS Group; LKH Graz Süd-West, Standort West, Dept. of Gastroenterology with Infectious Diseases, Graz, Austria.

Background: Incidence rates of anal cancer in the general population are estimated to be around 2 per 100,000 person-years (PY), whereas in persons with HIV infection especially in men who have sex with men (MSM) much higher rates have been reported.

Methods: Incidence rates of anal cancer per 100,000 person-years (PY) for patients in the Austrian HIV Cohort study (AHIVCOS) were calculated. Observation time started with HIV diagnosis 01/2003 up to the date of first anal cancer diagnosis, date of death or 12/2015. The patients were analysed separately by sex, men were divided in MSM and non-MSM. To estimate the "life-time risk" of anal cancer, patients with a history of current or past anal cancer among all patients with a follow-up visit were evaluated.

Results: 47 cases of anal cancer were found among 7511 individuals; 30 in 2879 MSM, 8 in

2764 non-MSM men and 9 in 1868 women. The incidence of anal cancer in AHIVCOS was 24.1 per 100,000 PY in non-MSM men, 36.5 in women and 95.1 in MSM, respectively. To estimate the "life-time risk" 4555 persons with a visit 2015 were included, 38 with anal cancer (24 MSM, 6 non-MSM men and 8 women). "Life-time risk" was lowest in non-MSM men and women below 50 years (0.2%) and highest in MSM aged 50 plus years (2.6%), see table 1.

Conclusions: An alarmingly high rate of anal cancer in individuals with HIV infection has been found in Austria. There is urgent need for primary and secondary prevention measures.

STUDIE 25 Herpes-Simplex- und Varicella-Zoster-Virämie bei pädiatrischen hämato-/onkologischen Patienten

A. Kroiss¹, M. Keldorfer¹, H. H. Kessler², E. Stelz³, S. W. Aberle², H. Dornbusch¹, H. Lackner¹, D. Sperl¹, A. Karastaneva¹, C. Urban¹, V. Strenger¹; ¹Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ²Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria, ³Institut für Virologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria.

Hintergrund: Infektionen mit Herpes-Simplex-(HSV-1, HSV-2) sowie Varicella-Zoster-Viren (VZV) können bei Immundefizienz zu schwerwiegenden Komplikationen führen. Vesikuläre und aphthöse Läsionen sind typische Symptome einer manifesten Infektion, Häufigkeit und klinische Bedeutung einer HSV- oder VZV-Virämie sind unklar. Patienten und Methoden: Retrospektiv wurden HSV-1/2 und VZV-PCR-Befunde und Krankenakten von pädiatrischen hämato-/onkologischen Patienten der Medizinischen Universität Graz im Zeitraum von 2001-2017 analysiert, um Häufigkeit von Virämien und deren Zusammenhang mit muko-/kutanen Läsionen zu beschreiben.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 17.262 Proben von 671 Patienten analysiert (Alter 0,0–26,5, Median 10,1 Jahre). HSV-1 wurde in 53 (1,06%) von 5.040 getesteten Blutproben bei 38 (7,3%) von 519 getesteten Patienten nachgewiesen. Bei 9 (81,8%) von 11 Patienten wurde HSV-1 zeitgleich in Blut und Abstrichen bzw. Rachenspülflüssigkeit nachgewiesen (n=17 nicht zeitgleich getestet). Bei 12 (31,6%) der 38 virämischen Patienten waren typische Effloreszenzen (n=7) oder eine Mukositis (n=5) beschrieben. HSV-2 wurde in 2 (0,04%) von 5.015 Proben nachgewiesen (je einmal in Liquor und Blut) bei 2 (0,35%) von 564 getesteten Patienten. VZV wurde in 15 (0,45%) der 3.348 getesteten Blutproben bei 12 (2,25%) von 534 Patienten nachgewiesen. Bei 2 (50%) von 4 lag zeitgleich ein positiver Abstrich vor

(n=11 nicht zeitgleich getestet). Bei insgesamt 8 (66,7%) der 12 virämischen Patienten waren typische Effloreszenzen beschrieben.

Diskussion: HSV-2- und VZV-Virämien wurden sehr selten beobachtet, HSV-1-Virämien wurden hingegen bei ca. 7% der getesteten Patienten (jedoch in nur 1% der getesteten Blutproben) nachgewiesen. Aufgrund der häufigen Assoziation mit muko-/kutanen Läsionen erscheint eine gezielte Diagnostik aus diesen Läsionen sinnvoller als ein generelles Screening aus dem Blut.

STUDIE 26 Erreger der humanen Anaplasmoze und Ehrlichiose in Wespen und Bremsen: eine epidemiologische Studie

C. Tschurtschenthaler¹, C. Frick¹, F. Burkert¹, I. Theurl¹, G. Weiss¹, R. Bellmann-Weiler¹; ¹Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich

Abstract: Anaplasma phagocytophilum und Ehrlichia chaffeensis sind zwei wichtige Erreger der humanen Anaplasmoze bzw. Ehrlichiose in Europa. Diese beiden ähnlichen Erkrankungen treten typischerweise als akute fieberhafte Infekte auf und werden von Zecken übertragen. Bisher ist über keine anderen beißen oder stechenden Vektoren berichtet worden, welche diese Krankheiten übertragen können, allerdings ist ein Zeckenstich oft nicht erhebbbar, wohl aber Stiche durch andere Insekten.

Daher sammelten wir Wespen und Bremsen in einer Seehöhe von 250–1000 Metern in Westösterreich und Südtirol. Die Tiere wurden seziiert und mittels der Polymerase-Kettenreaktion auf Anaplasma phagocytophilum, Anaplasma platys, Ehrlichia chaffeensis und Ehrlichia ewingii getestet. Von 102 analysierten Wespen, konnten 31 positiv auf Anaplasmatocaeae getestet werden (30,4%). Bei den Bremsen waren 5 von 41 Insekten (12,2%) positiv.

Unsere Untersuchungen zeigen, dass die Erreger der humanen Anaplasmoze und Ehrlichiose außer in Zecken auch in stechenden Insekten wie Bremsen und Wespen nachzuweisen sind. Allerdings ist noch nicht geklärt, ob diese Insekten die Erreger auf den Menschen übertragen können.

Abbildung zu Studie 24

Table 1 "Life-time risk" of anal cancer in patients seen in 2015						
	MSM		non-MSM Men		Women	
	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
Age (years)	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
Median age	39.0	56.0	39.0	56.0	39.0	55.0
N (%)	1199 (100%)	612 (100%)	855 (100%)	682 (100%)	829 (100%)	378 (100%)
Life time risk of anal cancer; N (%)	9 (0.8%)	16 (2.6%)	2 (0.2%)	3 (0.4%)	2 (0.2%)	6 (1.6%)

STUDIE 27

Mucormycosis is not mucormycosis: species differ considerably in immunology, pathogenesis and virulence

C. Speth^{1,2}, V. Harp^{1,2}, V. Fleischer^{1,2}, N. Parth¹, C. Lass-Flörl^{1,2}, G. Rambach^{1,2}; ¹Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Christian-Doppler-Labor für Invasive Pilzinfektionen, Innsbruck, Austria.

Invasive mucormycosis is a life-threatening fungal disease for immunocompromised patients. Since mucormycetes are a rather heterogenous group, a comparison between the different species provides information on their individual virulence and pathogenicity. Furthermore, profound immunological data might help to fight against the high morbidity and mortality of mucormycosis. For this purpose mice with defined immune deficiencies (neutrophils, complement, platelets) were intravenously infected with the most relevant mucormycete species (*Lichtheimia corymbifera*, *Lichtheimia ramosa*, *Rhizopus arrhizus*, *Rhizopus microsporus*, *Rhizomucor pusillus* or *Mucor circinelloides*). Survival, clinical status and immunological parameters were monitored over 14 days. The mucormycete species were tremendously different in virulence; whereas all mice infected with *Rhizopus arrhizus* died within 3 days post infection, infection with *Mucor circinelloides* only induced transient weight loss and fever. The virulence of all other tested species was in between these two extremes. Neutrophil deficiency was a prominent risk factor for severe disease and rapid mortality for all tested virulent mucormycete species. However, complement deficiency did predispose for even faster mortality in some animal groups. In addition, the pattern of affected organs and of the histopathology differed significantly between the mucormycete species as well as between the immune deficiencies. The most affected organs were kidney and brain, as well as for some mucormycetes the gastrointestinal tract. In conclusion, virulence and immunopathogenesis of invasive mucormycosis is strictly dependent on the mucormycete species and on the immune defect. Complement seems to be an extremely potent weapon of innate immunity, indicating that complement levels might be a relevant clinical parameter.

STUDIE 28

Die Wirksamkeit einer Posaconazol-Prophylaxe gegen Mucormykosen hängt von der Art der Immunsuppression ab

G. Rambach^{1,2}, V. Fleischer^{1,2}, M. Hagleitner¹, C. Lass-Flörl^{1,2}, C. Lass-Flörl^{1,2}; ¹Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Christian-Doppler-Labor für Invasive Pilzinfektionen, Innsbruck, Austria.

Bei immunsupprimierten Patienten ist eine prophylaktische Verabreichung von Antimykotika, z.B. mit Posaconazol, Standard. Bisher unklar ist, welche Mucorales-Spezies unter Posaconazol-Prophylaxe Durchbruchinfektionen induzieren können und welche immunsupprimierende Therapie bzw. Defizienzen der Immunabwehr einen solchen Durchbruch begünstigen.

Zur Klärung dieser Fragen wurden Mäuse durch Cyclophosphamid, Cortison, Neutropenie oder Diabetes immunsupprimiert und anschließend unter Posaconazol-Prophylaxe mit den humanpathogenen Mucormyzeten *Lichtheimia corymbifera* und *Rhizopus arrhizus* inhalativ infiziert. Während die immunkompetenten Kontrolltiere kaum Symptomatik und keine Mortalität aufwiesen, starben alle diejenigen Tiere, die durch Cyclophosphamid oder Cortison immunsupprimiert waren, innerhalb von 7d nach Infektion. *L. corymbifera* erwies sich dabei als etwas virulenter als *R. arrhizus*. Die selektive Depletion der neutrophilen Granulozyten war hingegen nicht ausreichend, um eine schwere Mucormykose zu induzieren, auch Diabetes stellte in diesem Modell keinen substanzialen Risikofaktor dar.

Die Prophylaxe und Therapie mit Posaconazol verzögerte signifikant den Ausbruch der Erkrankung, konnte aber weder die Infektion verhindern noch die Mortalität senken. Diese Versuche zeigen, dass der genaue Status des Immunsystems von zentraler Bedeutung für die Anfälligkeit gegenüber Mucormyzeten ist. Eine selektive Neutropenie ist dabei nicht ausreichend, sondern eine Panzytopenie wie sie durch Zytostatika oder Cortison ausgelöst wird, ist für die Infektion Voraussetzung. Posaconazol-Prophylaxe stellt keinen vollständigen Schutz vor inhalativer Mucormykose dar, kann aber den Ausbruch der Erkrankung verzögern und somit den Zeitrahmen für weitere therapeutische Maßnahmen erweitern.

STUDIE 29

Community-onset Clostridium difficile infection in a low-risk young-aged patient group – A retrospective cohort study in 2017

M. Hell¹, J. Richter¹, A. Wojna¹, E. Mustafa-Korninger¹, A. Indra²; ¹MEDILAB Mikrobiologie und Hygiene, Lehrlabor der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg, Austria, ²Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) – Wien, Wien, Austria.

Background: Clostridium difficile infection (CDI) is underdiagnosed in the community. Therefore we investigated a symptomatic outpatient group in the region of Salzburg. **Methods:** In a six-month period (January to June 2017) we investigated 1298 stool samples of 915 outpatients for toxigenic Clostridium difficile. We selected 307 patients (425 samples) by age restriction (all among 18 - 64 years of age) and by stool-consistency (fluid to unformed). Testing for *C. difficile* was performed by toxigenic culture chromID™ *C. difficile* agar. We classified CDI case origin according to the ECDC protocol 2.2., 2015. Additional PCR-ribotyping was performed. **Results:** We detected toxigenic *C. difficile* in 29 of 307 patients (9.4%). Stool isolates from 21 patients were PCR-ribotyped. The most prevalent ribotypes were 023 (n=3), 018 (n=2) and 029 (n=2). Other ribotypes included 2 new ribotypes (713 and 717). We categorised patients as group 1 with a positive hospital post-discharge history (n=3/ 10%) as community onset but hospital associated and patient group 2 with no hospital history within the last 12 weeks before onset (n=26/90%) as proven community acquired cases. No cases were classified as indeterminate. In the 30-39 year age group we found the highest attack rate of 14.5% (11/76). Seasonality was obvious by a decline from 14% in January to 7% positivity in April. **Conclusions:** This is the first systematic investigation of community onset CDI in Austria which revealed high infection rate in a low risk young age patient group.

STUDIE 30

Rate and predictors of bacteremia in afebrile community-acquired pneumonia

C. Forstner^{1,2}, V. Patchev¹, G. Rohde^{3,4}, J. Rupp^{5,4}, M. Witznath^{6,4}, M. Pletz^{1,4}; ¹Jena University Hospital, Institute of Infectious Diseases and Infection Control, Jena, Germany, ²Medical University of Vienna, Department of Medicine I, Division of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Vienna, Austria, ³Goethe University Hospital, Medical Department I, Department of Respiratory Medicine, Frankfurt/Main, Germany, ⁴CAPNETZ Stiftung, Hannover, Germany, ⁵University Schleswig-Holstein, Department of Infectious Diseases and Microbiology, Lü-

beck, Germany, ⁶Charite – Universitätsmedizin Berlin, Department of Infectious Diseases and Pulmonary Medicine, and Division of Pulmonary Inflammation, Berlin, Germany.

Background: Bacteremia is a grave complication in community-acquired pneumonia (CAP). Objectives: This study aims to describe i) the proportion of patients with CAP and bacteremia in absence of fever, and ii) the clinical characteristics which can predict the necessity of blood culture (BC) sampling in afebrile CAP patients.

Methods: Bacteremia rates were determined in 4349 adult CAP patients enrolled by CAPNETZ and were stratified by febricity at first patient contact. To identify independent predictors of bacteremia in afebrile patients, demographic data, comorbidities, antibiotic pretreatment and clinical signs were retrospectively compared between afebrile patients with and without bacteremia by multivariate logistic regression analysis.

Results: Bacteremic pneumonia with a CAP-specific pathogen was present in 209 of 2854 (7.3%) febrile patients and 52 of 1495 (3.5%) afebrile patients. Age and inflammation parameters did not significantly differ (p>0.05) in bacteremic CAP patients with and without fever. Antibiotic pretreatment decreased the rate of bacteremia with a CAP-specific pathogen (OR 0.35, p<0.001). In logistic regression model, we identified hospital admission (adjusted odds ratio (AOR) 8.68, 95% CI 1.16-65.14), chronic kidney disease (AOR 2.56, 95% CI 1.16-5.63), mental confusion (AOR 3.72, 95% CI 1.48-9.36) and positive pneumococcal urinary antigen (AOR 5.59, 95% CI 2.48-12.62) as independent predictors of bacteremia in afebrile CAP patients.

Conclusion: As 20% of BC with CAP-specific isolates originated from non-febrile patients, the relevance of febricity as indicator of BC necessity merits reconsideration. Hospital admission, renal comorbidity, mental confusion and a positive pneumococcal urinary antigen appear to independently predict bacteremia in non-febrile CAP patients.

STUDIE 31

The curious fever: The diagnostic value of 18F-FDG in FUO in a large single-center retrospective study on 300 patients

F. Weitzer, B. Pernthaler, S. Salamon, R. Aigner; Medical University of Graz, Division of nuclear medicine, Graz, Austria.

Aim: 18F-FDG PET/CT has been described as a helpful diagnostic tool in FUO when other radiological or laboratory methods fail to explain the fever origin. We present preliminary results from a large single-center retrospective study on

the diagnostic value of 18F-FDG PET/CT in FUO. **Methods:** We included 143 patients (65 male 45%; 78 female 55%) who presented with a history of FUO. Microbiological and histological findings, patient follow-up and further treatment were retrospectively correlated to PET/CT findings. **Results:** In 109 (76.2%) cases, PET/CT findings correlated positively with the final diagnosis, while in 17 (11.9%) cases the PET/CT findings only partially correlated with the final diagnosis. In 17 (11.9%) cases PET/CT findings were false-positive. In 43 cases (30.1%) fever was caused by various infectious diseases; in 22 cases (15.4%) fever was a sign of malignoma; in 21 cases (14.7%), fever was caused by autoimmune or

rheumatic diseases; in 6 cases (4.2%) miscellaneous diseases were reported. In 28 cases (19.6%) no underlying disease could be found. In 23 (16.1%) cases a plausible cause for fever was previously known, PET/CT was performed to rule out another infectious or malignant source, in these cases PET/CT showed no other focus or signs of malignancy. **Conclusions:** 18F-FDG PET/CT is the gold standard in FUO diagnostics in nuclear medicine, particularly when other radiological and laboratory methods fail to provide an explanation for FUO. Our study delivers important data for the use of 18F-FDG-PET/CT in FUO, since there is still a lack of large studies to support this hypothesis.

Für die Posterausstellung und für die „Posterbegehung“ zugelassene Fälle

FALL 1 Fever and myalgia after a mediterranean cruise

S. Wunsch, I. Zollner-Schwetz, R. Krause; Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Graz, Austria. A 50-year-old man was admitted to hospital with fever, cough, polyarthralgia and myalgia. His recent travel history included a mediterranean cruise one week ago.

Physical examination was unremarkable except for discrete basal crackles. Laboratory values revealed leukocytosis (14,4 10⁹/L), hyponatremia (130 mmol/L), elevated GGT (306 U/L), elevated LDH (470 U/L), elevated CRP (170,6 mg/L, normal 5 mg/L) and a normal PCT. Chest CT scan and transesophageal echocardiography were inconspicuous. Abdominal sonography showed splenomegaly. Blood and urine cultures were sterile, Dengue and Leptospirosis rapid tests as well as Chikungunya serology were negative.

Due to persistent symptoms, antibiotic therapy with piperacillin/tazobactam was switched to meropenem and doxycyclin. The patient developed progressive hepatopathy. Hepatitis PCR and Leishmania serology were unremarkable. Influenza A PCR was positive. However, according to the atypical clinical course, a PET/CT scan was performed showing elevated tracer uptake in the thoracic spine, trunk, humerus and femur. The patient did not present any pain in the indicated regions, therefore the uptake was referred to his profession as motocross rider. Influenza was reconfirmed a second time, hence antibiotic therapy was discontinued. Antiphlogistics led to marked clinical improvement, so he was discharged from hospital. Four weeks after initial presentation, brucella serology results showed a Brucella abortus and melitensis antibody titer of 1:40 000. Upon request, the patient reported

about a hike with donkeys in Santorin. Antibiotic therapy with doxycyclin 1x200mg po plus rifampin 2x450mg po was initiated for 5 weeks. PET/CT scan was repeated after discontinuation of antibiotics revealing no more tracer uptake.

FALL 2 IRIS in a non-immunocompromised patient with tuberculosis

K. Kurz, S. Mair, S. Hofer, G. Weiss, R. Bellmann-Weiler; Internal Medicine II, Innsbruck Medical University, 6020 Innsbruck, Austria.

A 26 year old male patient from Somalia presented with recurrent fever since three weeks, loss of appetite, and sickness. Cervical lymphnodes were enlarged, inflammatory parameters were mildly elevated, the X-ray of the lungs showed no infiltrate. Within one month the patient lost ten kilograms. Sonography showed several enlarged and inhomogenously structured lymphnodes, consecutive CT scans described necrotizing mediastinal lymphnodes and disseminated noduli intrapulmonally. Bronchoscopy was performed and open tuberculosis could be excluded (bronchoalveolar fluid was PCR and Ziehl Neelsen negative). Lymph node tuberculosis was diagnosed and anti-tuberculous treatment was initiated. After 7 weeks of therapy the patient complained about further growth of the lymph nodes- although he had always taken his medication. CT scans showed progressive disease with enlarging paracardiac and mediastinal lymphnodes and progredient bipulmonal noduli. The patient was reevaluated by bronchoscopy (again no suspect for open tuberculosis) and lymphnode biopsy. Microbiologic specimens were negative (Ziehl Neelsen and also NAT), and also cultures remained negative for mycobacteria. Histology showed cervical

retikulohistiozytisch absceding lymphadenitis, indicative for the diagnosis of immune reconstitution inflammatory syndrome (although the patient was HIV-negative). Treatment with cortisone was started in addition to anti-tuberculous therapy. Under treatment with isoniazid, rifampicin, ethambutole, pyrazinamide and levofloxacin (for 5 months) as well as cortisone the patient's general condition markedly improved. Isoniazide and rifampicin were administered until December 2017, cortisone therapy could also be tapered gradually until then. Follow-up CT scans showed regression of the lymph node conglomerates, the patient is doing well.

FALL 3 Septische Pneumonie durch Nocardia otitidiscaviarum bei einem Patienten mit multiplen Myelom

A. M. Lechner; Univ.-Institut für Medizinisch-Chemische Labordiagnostik Division Medizinische Mikrobiologie, Salzburg, Austria.

Nocardien sind Gram-positive Bazillen mit ubiquitärem Vorkommen in Erdschicht, verrottenden Pflanzen, Swimmingpools und Hausstaub. Sie sind als Pathogene von pulmonalen und kutanen Infektionen etabliert und haben das Potenzial zu systemischer Dissemination. Sie gelten allerdings als sehr seltene Erreger einer Sepsis, wobei Nocardia nova, Nocardia asteroides und Nocardia veterana noch am ehesten detektiert werden. Wir berichten den Fall eines 62-jährigen Patienten mit progredientem multiplen Myelom, der an einer septischen Pneumonie mit fulminantem Verlauf durch Nocardia otitidiscaviarum verstarb. Klinischer Verlauf, radiologische Verdachtsmomente und Kennzeichen sowie mikrobiologische Charakteristik werden dargestellt. Unsere Literaturrecherche ergab, dass es sich um den zweiten publizierten Fall dieser Infektion handelt. Frühzeitige Therapie mit Cotrimoxazol in Kombination mit Carbapenemen und Amikacin ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der zweifelhaften Prognose.

FALL 4 Erste Neuraminidasehemmer-resistente Influenzavirusinfektion in Österreich

R. Bellmann-Weiler¹, G. Fritsche², A. Schroll¹, I. Theurl³, M. Redlberger-Fritz³, G. Weiss²; ¹Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria, ²Universitätsklinik für Innere Medizin II, Innsbruck, Austria, ³Zentrum für Virologie, Medizinische Universität Wien, Innsbruck, Austria.

Ein 77-jähriger Patient wird Mitte Jänner mit einer schweren bakteriellen Pneumonie stationär aufgenommen. Beim Patienten ist eine interstitielle Lungenerkrankung bekannt, er hat Vorhofflimmern und Asthma bronchiale. Neben einer anti-

biotischen Therapie erhält der Patient Inhalativa, einen Betablocker und NOAK. Innerhalb von sechs Tagen erholt er sich so weit, dass er wieder nach Hause entlassen werden kann. Da er aber noch während des stationären Aufenthaltes mit einem Influenza-A-infizierten Patienten Kontakt hatte, erhält er prophylaktisch Oseltamivir in therapeutischer Dosierung. Fünf Tage später wird der Patient mit Husten, Gliederschmerzen und Abgeschlagenheit ambulant vorstellig. Der Abstrich ist positiv auf Influenza A, zudem zeigen sich klinische und radiologische Zeichen einer neuerlichen Pneumonie beidseits, das CRP ist erhöht, die Leukozyten und Thrombozyten sind zu diesem Zeitpunkt normal. Der Patient wird umgehend stationär aufgenommen und isoliert, es werden zwei Abstriche und Sputumproben zur Resistenzbestimmung auf Neuraminidasehemmer an die Virologie gesandt. Der Patient erhält Peramivir i.v. und Levofloxacin. Darunter erholt er sich rasch und kann nach 6 Tagen wieder entlassen werden. Die Untersuchung des Probenmaterials zeigt eine Influenza-A-(H1N1) pdm09-Virusinfektion, und in der Folge gelingt der Nachweis der Resistenzmutation H275Y im Neuraminidasegen. Der Befund spricht daher für eine Resistenz gegenüber Oseltamivir. Dies ist der erste in Österreich labordiagnostisch nachgewiesene Fall der Entstehung einer Oseltamivir-Resistenz unter therapeutischer Dosierung.

FALL 5 Nocardia Osteomyelitis bei einem immunkompetenten 72-jährigen Patienten

Ullrich E¹, Amerstorfer F², Prattes J³, Krause R³, Wunsch S³, Feierl G¹, Leitner E¹, Hörlesberger N², Glehr M², Zollner-Schwetz B¹; ¹Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz; ²Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie, LKH-Univ. Klinikum Graz; ³Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin Graz, Medizinische Universität Graz

Einleitung: Nocardien sind Grampositive, stäbchenförmige, aerobe Bakterien, die ubiquitär in der Umwelt vorkommen und vor allem bei Immunsupprimierten Pneumonien und Lungenabszessen sowie Hautweichteilinfektionen verursachen können.

Fall: Ein 72-jähriger Patient stellt sich in der Orthopädie-Ambulanz wegen Fieber, Schmerzen und Schwellung des rechten Schultergelenkes vor. Ein mitgebrachter MR-Befund zeigt einen Abszess mit Knochenbeteiligung im Sinne einer Osteomyelitis. Aus der Vorgeschichte ist Folgendes bekannt: Zustand nach radikaler Prostatektomie im Jahr 2006 mit kurativer Bestrahlung und derzeit laufender Hormontherapie. Eine Immunsuppression ist nicht erhebbbar. Es wurde eine Abszessspaltung



PROGRAMM

HAUPTSPONSOR



NEBENSPONSOREN



WEITERE SPONSOREN

