

18. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS



One Health
Infektiologie zwischen
Mensch, Tier und Umwelt

17.–20. März 2026
Hotel Gut Brandlhof
Saalfelden

PROGRAMM

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des gesamten Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (OEGIT) begrüßen wir Sie herzlich zum 18. Österreichischen Infektionskongress. Das diesjährige Thema „One Health – Infektiologie zwischen Mensch, Tier und Umwelt“ spannt einen thematischen Bogen von Anthrozoosen über Einflüsse des Klimawandels auf Infektionen bis hin zu Generationen-übergreifenden Infektionen. Prof. Jakob Zinsstag vom Swiss Tropical and Public Health Institute wird uns im Rahmen des Eröffnungsvortrages die Bedeutung des Konzeptes „One Health“ für den klinischen Alltag aber auch für uns alle, als Gesellschaft, näherbringen. Neben traditionell erfolgreichen Vortragsformaten wie „Pro und Contra“, „Clinical Grand Rounds“ und den „Literaturhighlights des vergangenen Jahres“ wird es heuer erstmals eine Session mit fallbasierten Vorträgen „Wie gehe ich vor bei...“ z. B. Fieber unklarer Genese geben. Arrivierte Kliniker werden anhand von Fällen komplexe Fragestellungen des klinischen Alltags beleuchten und ihre persönliche Vorgangsweise erläutern. Mit dem Symposium „Es ist nicht immer eine Infektionskrankheit! Wichtige Differentialdiagnosen“ schauen wir über den infektiologischen Tellerrand hinaus, um u. a. etwas über Hyperinflammationssyndrome zu erfahren.

Auch der Forschung auf den Gebieten Infektiologie und Mikrobiologie wird wieder ausreichend Zeit eingeräumt. Wie in den letzten Jahren werden die besten fünf eingereichten Studien in einem eigenen Symposium präsentiert, gemeinsam mit der durch den Infektionspreis ausgezeichneten



**Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ
Dr.ⁱⁿ Ines Zollner-Schwetzn**



**Assoz. Prof. Priv.-Doz.
Dr. Volker Strenger**

Arbeit. Die Posterpräsentationen über wissenschaftliche Studien und klinische Fälle werden wieder mit Brezel und Bier „serviert“ und sind jedes Jahr ein Highlight des Kongresses.

Es freut uns sehr, dass es auch heuer wieder eine mykologische und eine pädiatrisch-infektiologische Nachmittagsveranstaltung vor dem ÖIK Programm geben wird. Diese Symposien werden von der Österreichischen Gesellschaft für Medizinische Mykologie (ÖGMM) und von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGJK) ausgerichtet und stellen eine wertvolle Ergänzung des Programms dar.

Last but not least möchten wir uns bei unseren Partnern aus der Industrie für die gute Zusammenarbeit bedanken. Die Industrieausstellung wird auch heuer einen spannenden Überblick über aktuell verfügbare Diagnostika und Therapeutika geben und Möglichkeiten zum persönlichen Austausch bieten.

Wir freuen uns auf spannende Kongresstage mit Ihnen und ganz besonders auf viele interessante Gespräche und anregende Diskussionen im neuen Ambiente des renovierten und erweiterten Brandlhofs.

Mit besten Grüßen

**Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ
Dr.ⁱⁿ Ines Zollner-Schwetzn**
Kongresspräsidentin

**Assoz. Prof. Priv.-Doz.
Dr. Volker Strenger**
Kongresssekretär

Foto: Marija Kamizaji-Privat

SAVE THE DATE

**19. ÖSTERREICHISCHER
INFEKTIONSKONGRESS**

09. bis 12. März 2027 | Hotel Gut Brandlhof | Saalfelden

**Infektiologie der Zukunft –
evidenzbasierte Ansätze in einer vernetzten Welt**

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 AIDS Gesellschaft (ÖAG)
- Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH)
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)
- Netzwerk ABS-Pharmazeuten, eine Initiative der KrankenhausapothekerInnen Österreichs



OEGIT-Vorstand

- Präsident:** Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
- Vizepräsidentin:** Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rosa Bellmann-Weiler
- Sekretär:** Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
- Kassier:** Priv.-Doz. Dr. Matthias Vossen, PhD
- Weitere Vorstandsmitglieder:**
 - Prim. Priv.-Doz. Dr. Rainer Gattringer
 - Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Cornelia Lass-Flörl
 - Univ.-Prof. Dr. med. Helmut J. F. Salzer, MPH, FECMM
 - Assoz.-Prof. PD Dr. Volker Strenger
 - Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer
 - Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
 - Assoz.-Prof.ⁱⁿ PD Dr.ⁱⁿ Ines Zollner-Schwetz
 - Priv.-Doz. Dr. Alexander Zoufaly

Kongressleitung

Präsidentin: Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ines Zollner-Schwetz
Sekretär: Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Volker Strenger

Sekretariat der OEGIT

Seidengasse 9/Top 1.3, 1070 Wien
 E-Mail: office@oegit.eu

Kongressbüro



MEDAhead Gesellschaft für medizinische Information m. b. H.
 Seidengasse 9/Top 1.3, 1070 Wien
 E-Mail: n.chytil@medahead.at
 Tel.: 01 607 02 33-71

Abstract-Komitee

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Bahrs
 Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rosa Bellmann-Weiler
 OA Dr. Rainer Hartl
 Univ.-Prof. Dr. Robert Krause
 Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Cornelia Lass-Flörl
 Univ.-Prof. Dr. Helmut J. F. Salzer, MPH, FECMM

Priv.-Doz. Dr. Matthias Vossen
 Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss
 Prim. Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch
 Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Birgit Willinger
 Assoz.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ines Zollner-Schwetz

Für den Kongress werden 26 Fortbildungspunkte im Rahmen der Diplomfortbildung der ÖÄK anerkannt. (ID: 1037759)



REGISTRIERUNGSZEITEN

Dienstag, 17. März 2026		15:30–21:30
Mittwoch, 18. März 2026	08:00–11:00	13:00–16:00
Donnerstag, 19. März 2026	08:00–10:30	16:30–18:00
Freitag, 20. März 2026	08:00–09:00	

Mykologischer Nachmittag

Veranstaltet von



Österreichische Gesellschaft
für medizinische Mykologie

- 13:30–13:35 **Begrüßung und Eröffnung**
Michaela Lackner
- 13:35–14:50 **SESSION I – Invasive Pilzinfektionen:
Biologie, Resistenz und diagnostische Innovationen**
Vorsitz: Günter Rambach, Angelika Bauer
- 13:35–14:00 **Pilzresistenzen von global bis lokal**
Michaela Lackner & Angelika Bauer, Innsbruck
- 14:00–14:25 **Diagnostik invasiver Schimmelpilzinfektionen 2026 – von Biomarkern
zu molekularen Verfahren**
Isabel Klugherz, Graz
- 14:25–14:50 **Candida auris skin tropism and antifungal resistance (ENG)**
Trinh Phan-Canh, Innsbruck
- 14:50–15:10 Kaffeepause

Die **Teilnahme** am ÖGMM-Symposium 2026 ist **kostenlos**. Eine Registrierung ist nicht erforderlich. Mitglieder der ÖGMM können sich unter www.oegit.eu mit einer reduzierten Teilnahmegebühr für den 18. ÖIK registrieren.

Teilnehmer:innen des ÖIK sind herzlich willkommen!

Dienstag, 17. März 2026

Raum Congress 11

- 15:10–16:25 **SESSION II – Schimmelpilze im Fokus:
Von der Prävention zu neuen Therapieoptionen**
Vorsitz: Kathrin Spettel, Martin Hönigl
- 15:10–15:35 **Schimmelpilzinfektionen auf der ICU – Epidemiologie, Diagnostik
und State-of-the-art Therapie**
Matthias Neuböck, Linz
- 15:35–15:55 **Antifungale Prophylaxe – wann, wo und womit?**
Romuald Bellmann, Innsbruck
- 15:55–16:15 **Anti-Schimmelpilz-Pipeline – wo stehen neue Substanzen in
der klinischen Entwicklung?**
Martin Hönigl, Graz
- 16:15–16:25 **ÖGMM Case of the Year 2025**
Francisco Ruiz Navarro, Linz

DFP-approbierte Veranstaltung:
3 DFP-Punkte (ID: 1047501)



Mit freundlicher Unterstützung von:



Pädiatrisch-infektiologischer Nachmittag 2026

Veranstaltet von



AG Infektiologie der Österreichischen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendheilkunde
(www.kinderinfektiologie.at)



13:30–13:35 **Begrüßung und Eröffnung**

13:35–14:50 **SESSION I – Neuro-Infektiologie in der Pädiatrie**

Vorsitz: Volker Strenger (Graz), Daniela Kohlfürst (Graz)

**Periphere Facialisparese bei Kindern & Jugendlichen:
Wen, wann und warum lumbal punktieren?**

Sebastian Baier-Grabner, Wien

Encephalitis bei Kindern – immer eine Infektion?

Joachim Zobel, Graz

Fallpräsentation/-diskussion

Michael Gräßl, Graz

14:50–15:10 Pause

Wissenschaftlicher Fortbildungsanbieter:



Medizinische Universität Graz

Die Teilnahme an der pädiatrisch-infektiologischen Sitzung ist kostenlos.

Mitglieder der ÖGKJ können sich unter www.oegit.eu mit einer reduzierten Teilnahmegebühr für den 18. ÖIK registrieren.

Teilnehmer:innen des ÖIK sind herzlich willkommen!

Dienstag, 17. März 2026

Conference Center West

15:10–16:30 **SESSION II – Weltweite Pädiatrie**

Vorsitz: Volker Strenger (Graz), Marc Tebruegge (Wien/London)

**TBC – Wunsch und Wirklichkeit –
mit Ärzten ohne Grenzen in Pakistan**

Florian Göttinger, Wien, Islamabad

Reiseimpfungen bei Kindern

Daniela Kohlfürst, Graz

Fallpräsentation/-diskussion

Mana Malek, Wien

16:30 **Ende der Sitzung**

Anrechenbarkeit der Veranstaltung:

Die Einreichung von DFP-Fortbildungspunkten ist vorgesehen.

Mit freundlicher Unterstützung von:



Wir sind für Sie da, wenn es darauf ankommt!



Infection in focus



TENKASI®
oritavancin



QUOFENIX®
delafloxacin



VABOREM®
meropenem/vaborbactam

Innovative Antibiotika

sind dann entscheidend, wenn es ernst wird. Ebenso wie der verantwortungsvolle und bewusste Umgang damit. **A. Menarini Pharma** ist für Sie und Ihre Patient:innen da, wenn es darauf ankommt!

Fachkurzinformationen siehe Seite 56–57



AT-AIF-08-07-2023

Dienstag, 17. März 2026

- 17:30–17:40** **Eröffnung des Kongresses**
Ines Zollner-Schwetz, Volker Strenger
- 17:40–19:00** **SYMPOSIUM 1 – One Health und Zecken**
Vorsitz: Ines Zollner-Schwetz, Volker Strenger
- Borreliendiagnostik: wann, wann nicht und wie?**
Mateusz Markowicz, Wien
- Selten aber doch: Rickettsien, Anaplasma, Babesien, Borrelia miyamotoi...**
Andrea Schröll, Innsbruck
- Tularämie – zunehmend in Österreich?**
Rosa Bellmann-Weiler, Innsbruck
- FSME – was gibt es Neues?**
Bettina Pfausler, Innsbruck
- 19:00–20:00** **ERÖFFNUNGSVORTRAG**
Vorsitz: Ines Zollner-Schwetz, Volker Strenger
- One Health und Infektiologie**
Jakob Zinsstag, Allschwil (CH)
- ab 20:00** **Begrüßungsempfang in der Industrieausstellung**

FRAGEN AN DIE REFERENT:INNEN



Zugangsdaten

Scannen Sie mittels Smartphone den QR-Code oder geben Sie unter [slido.com](https://www.slido.com) folgenden Eventcode ein: **Event: #18OEIK2026**
Über Slido können Sie im Plenum elektronisch Ihre **Fragen an die Referent:innen** stellen und an Abstimmungen teilnehmen.
Die Fragen werden automatisch an den Vorsitz übermittelt.
Den QR-Code finden Sie auch auf Ihrem Badge.

Das erste
zugelassene
Siderophor-
Antibiotikum

Das Trojanische Pferd unter den Antibiotika

zur Behandlung multiresistenter gram-
negativer Infektionen bei Erwachsenen
mit begrenzten Behandlungsoptionen¹

Du hast deine Resistenz
und ich habe meine List.

Troja

Innovative Behandlung
für 4MRGN.
QR-Code hier scannen
für mehr Informationen.



¹ Fachinformation Fetcroja® [aktueller Stand].

Abgekürzte Verschreibungsinformation für Fetcroja 1 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung – Wirkstoff: Cefiderocol - bitte konsultieren Sie v. d. Verschreibung d. vollständige Fachinformation.

Zusammensetzung: 1 Durchstechfl. enth. Cefiderocolsulfatolilat entspr. 1 g Cefiderocol. **Sonstige Bestandteile:** Saccharose, Natriumchlorid [7,64 mmol, etwa 176 mg], Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Behndl. v. Infektionen bei Erwachsenen durch aerobe gramnegative Erreger, wenn nur begrenzte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff, einen d. sonstigen Bestandteile, od. Cephalosporin-Antibiotika; schwere Überempfindlichkeit (z.B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gg. andere Arten von Betalactam-Antibiotika (z.B. Penicilline, Monobactame od. Carbapeneme). **Nebenwirkungen:** *Häufig:* Candidiasis, einschließl. orale Candidose, vulvovaginale Candidose, Candida i. Urin u. Candida-Infektion, *Clostridioides difficile*-Kolititis, einschließl. pseudomembranöse Kolitis u. *Clostridioides difficile*-Infektion, Husten, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen, Ausschlag, einschließl. makulöser Ausschlag, Ausschlag makulo-papulös, erythematöser Hautausschlag u. Medikamentenausschlag, Reaktion a. d. Infusionsstelle, einschließl. Schmerzen a. d. Infusionsstelle, Erythem a. d. Infusionsstelle u. Phlebitis a. d. Injektionsstelle, Alaninaminotransferase, Gamma-Glutamyltransferase u./od. Aspartataminotransferase erhöht, Leberfunktion anomal, einschließl. Leberfunktionstest erhöht, Leberenzym u./od. Transaminasen erhöht und Leberfunktionstest anomal, Kreatinin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Überempfindlichkeit, einschließl. Hautreaktionen u. Pruritus, Harnstoff im Blut erhöht. *Nicht bekannt:* Neutropenie, Chromaturie. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antibiotika zur systemischen Anwendung. ATC-Code: J01DI04. **Verschreibungspflichtig bzw. rezept- und apothekenpflichtig. Z.Nr.:** EU/1/20/1434/001.

Weitere Angaben zu Dosierung, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der „Austria-Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.


Zulassungsinhaber: Shionogi B.V., Herengracht 464, 1017CA Amsterdam, Niederlande. Weitere Informationen zu Fetcroja 1 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung erhalten Sie bei Shionogi GmbH, Berlin, Deutschland, Tel.: + 49 (0) 30 2062 980 66.

Stand d. Information: Januar 2025.

Mittwoch, 18. März 2026

07:30–08:30 **FRÜHSTÜCKSWORKSHOP** *im Conference Center West*

Licht und Schatten von Antiinfektiva
Oskar Janata, Florian Thalhammer, Wien

Mit freundlicher Unterstützung  SHIONOGI

08:30–09:45 **SYMPOSIUM 2 – One Health – urban bis global**

Vorsitz: Robert Krause, Helmut Salzer

**Dengue, West-Nil, Usutu und dann noch die Zecken!
Einfluss des Klimawandels auf Infektionskrankheiten
in Österreich. Klimakrise und Infektionserkrankungen**
Hans-Peter Hutter, Wien

Infektionen nach Hochwasser und anderen Naturkatastrophen
Martin Hönigl, Graz

Anthropozoonosen in der Großstadt
Florian Krammer, Wien

09:45–10:15 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung



RE1: Dificlir® 200 mg Filmtabletten

Bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Körpergewicht von mindestens 12,5 kg für die Behandlung von *Clostridioides (Clostridium) difficile*-Infektionen.

Dificlir®
macht den Unterschied.

- 45% weniger Rezidive vs. Vancomycin¹
- Schnelles Sistieren der Diarrhö²
- Wirkt selektiv und bakterizid^{3,4}

Erste Wahl laut ÖGGH Empfehlungen⁵



PIM-DIF200-AT-00043

Mittwoch, 18. März 2026

10:15–11:15 **WORKSHOPS I–IV** *im Conference Center West*

- WS I** **Impfgespräche erfolgreich führen**
Sabine Koppelstätter, Innsbruck
- WS II** **Wie interpretiere ich serologische Befunde richtig?**
Jan Marco Kern, Salzburg
- WS III** **Tropenmedizinische Fälle**
Hermann Laferl, Wien
- WS IV** **Erkläre die Unterschiede: akute invasive Aspergillose, chronisch pulmonale Aspergillose, Aspergillom**
Helmut Salzer, Linz

11:15–11:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrierausstellung

11:45–13:00 **INDUSTRIE-SYMPOSIUM**

Epidemiologie, Risikofaktoren, Klinik und Diagnostik von Clostridioides difficile-Infektionen (CDI)


Michael Gschwantler, Wien

Update Clostridioides difficile Therapie

Vanessa Stadlbauer-Köllner, Graz

FMT und andere Mikrobiota basierte Therapeutika für Prophylaxe und Therapie von Clostridioides difficile

Christoph Högenauer, Graz

Mit freundlicher Unterstützung  **TILLOTTS PHARMA**
ZERIA GROUP

13:00–14:00 Mittagspause – Besuch der Poster- und Industrierausstellung

Erstattungskodex abrufbar unter <https://ris.bka.gv.at/> oder per App „Eko2go“ des Dachverbands (Suche nach Produkt-, oder Wirkstoffname möglich)

* n=452 Patienten; im Median 54 Stunden bis zum Sistieren der Diarrhö

1. Louie TJ et al. N Engl J Med 2011;364: 422 - 431

2. Cornely OA et al. J Clin Oncol 2013; 31: 2493 -2499

3. Aktuelle Fachinformation Dificlir®

4. Goldstein EJC et al. Clin Infect Dis 2012; 55 (Suppl 2): 143 -148

5. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), Zusammenfassung der Empfehlungen zur Behandlung von Clostridioides difficile-Infektionen, 2024 (https://www.oeggh.at/wp-content/uploads/2024/05/240526_OEGGH-C-DIFF.pdf)

DIFICLIR® 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Fidaxomicin. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält: 200 mg Fidaxomicin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke (Mais), Hyprolose, Butylhydroxytoluol (Ph. Eur.), Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat. Umhüllung: Polyvinylalkohol, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol, Lecithin (Soja). **Anwendungsgebiete:** DIFICLIR wird bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen angewendet zur Behandlung von Infektionen der Dickdarmschleimhaut (Kolon) mit bestimmten Bakterien, die *Clostridioides difficile* genannt werden. **Dosierung und Art der Anwendung:** Standard-Dosierung: Patienten mit einem Körpergewicht von mindestens 12,5 kg nehmen eine Tablette (200 mg) zweimal täglich über 10 Tage. Verlängerte gepulste Dosierung: zweimal tägliche Einnahme an den Tagen 1-5; Ab Tag 7 dann einmal täglich eine Tablette an jedem zweiten Tag (Tage 7-25). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Fidaxomicin sollte bei Patienten mit bekannter Allergie gegen Makrolide mit Vorsicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Erbrechen, Übelkeit, Verstopfung, Appetitlosigkeit, Benommenheit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Veränderungen des Geschmackempfindens (Dysgeusie), Völlegefühl, Blähungen (Flatulenz), Hautausschlag, Juckreiz (Pruritus), Schwellungen des Gesichts oder des Rachens (Angioödem), Atemnot (Dyspnoe). **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Gabe von starken P-gp-Inhibitoren wird nicht empfohlen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Bisher liegen keine Daten zur Anwendung von Fidaxomicin bei Schwangeren vor. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Tillotts Pharma GmbH, Warmbacher Str. 80, DE-79618 Rheinfelden, www.tillotts.de **Stand: September 2024**

Bekämpfen Sie die Ursache – mit ZERBAXA® ...

ANGEZEIGT BEI ERWACHSENEN PATIENTEN AB 18 JAHREN FÜR:

- Im Krankenhaus erworbene Pneumonie, einschließlich beatmungsassoziierte Pneumonie

ANGEZEIGT BEI ERWACHSENEN UND PÄDIATRISCHEN PATIENTEN FÜR:

- Komplizierte Harnwegsinfektionen, akute Pyelonephritis
- Komplizierte intraabdominale Infektionen



... und RECARBRIO®

ANGEZEIGT BEI ERWACHSENEN PATIENTEN AB 18 JAHREN FÜR:

- Im Krankenhaus erworbene Pneumonie (HAP), einschließlich beatmungsassoziierte Pneumonie (VAP)
- Infektionen mit aeroben Gram-negativen Erregern bei erwachsenen Patienten mit begrenzten Therapieoptionen
- Behandlung der Bakteriämie, für die ein Zusammenhang mit HAP oder VAP bei Erwachsenen besteht oder vermutet wird



Vor Verschreibung beachten Sie bitte die aktuellen, vollständigen Fachinformationen.

Mittwoch, 18. März 2026

14:00–15:15 **SYMPOSIUM 3 – One Health bei Mensch und Tier – Erreger, die immer zu kurz kommen**

Vorsitz: Rainer Hartl, Luzia Veletzky

Wie umgehen mit Dauerausscheidern von Shiga-Toxin produzierenden Escherichia coli Stämmen (STEC)

Friedhelm Sayk, Lübeck

Coxiella und Bartonella – oder wie interpretiere ich diese Serologie?

Daniela Schmid, Wien

Ascaris suum und Toxocara canis: Diagnostik und Bedeutung

Julia Walochnik, Wien

Neue Meningoencephalitis Erreger: Borna, Nipah und Consorten

Merle M. Böhmer, München (DE)

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

15:45–17:45 **CLINICAL GRAND ROUNDS: 5 FÄLLE**

Diskutant:innen: Rainer Gattringer, Sabine Koppelstätter, Lisa Kriegl, Hermann Laferl

Moderation: Christoph Wenisch

15:45–16:09 M. Hell (Schwarzach im Pongau)

16:09–16:33 A. M. Lechner (Salzburg)

16:33–16:57 L. Jucho (Innsbruck)

16:57–17:21 L. Antonitsch (Wr. Neustadt)

17:21–17:45 M. J. Neuböck (Linz)

17:45–18:00 Pause

18:00–18:45 **OEGIT-MITGLIEDERVERSAMMLUNG**

ab 19:30 **Gemeinsames Abendessen für alle Kongressteilnehmer:innen im Restaurant des Guts Brandlhof**

Liebe OEGIT-Mitglieder: wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Donnerstag, 19. März 2026

07:30–08:30 **FRÜHSTÜCKSWORKSHOP** *im Conference Center West***Neue Horizonte bei der invasiven Candidiasis:
Diagnose und Therapie**

Martin Höniogl, Graz

Mit freundlicher Unterstützung

08:30–09:45 **SYMPOSIUM 4 – Literaturhighlights**

Vorsitz: Rosa Bellmann-Weiler, Robert Krause

Infektiologie

Ines Zollner-Schwetz, Graz

Mikrobiologie und Krankenhaushygiene

Miriam Govrins, Innsbruck

Tropen- und Reisemedizin

Luzia Veletzky, Wien

09:45–10:15 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

10:15–11:30 **PRO/CONTRA-SITZUNG**

Vorsitz: Christoph Wenisch, Rainer Gattringer

Makrolide bei jeder ambulant erworbenen Pneumonie*Pro:* Sabine Koppelstätter, Innsbruck – *Contra:* Matthias Vossen, Wien**Flucloxacillin oder Cefazolin bei Staph aureus Bakteriämie***Flucloxacillin:* Florian Thalhammer, Wien – *Kefzol:* Gernot Fritsche, Innsbruck**Welchen Schutz brauchen wir bei Influenza, RSV und COVID-19?***FFP2:* Elisabeth Presterl, Wien – *MNS:* Markus Hell, Salzburg

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

Donnerstag, 19. März 2026

12:00–13:00 **INFEKTILOGISCHE FORSCHUNG IN ÖSTERREICH**

Moderation: Günter Weiss

5 beste Studienabstracts

12:00–12:12 K. Wagner (Innsbruck)

12:12–12:24 H. Benainouna (Innsbruck)

12:24–12:36 K. Spettel (Wien)

12:36–12:48 W. Mayr (Innsbruck)

12:48–13:00 M. Govrins (Innsbruck)

13:00–13:15 **ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSPREIS 2026****Präsentation der prämierten Arbeit****Immunogenicity, safety, and reactogenicity of concomitant administration of the novavax vaccine against Omicron XBB.1.5 (NVX-CoV2601) and a 20-valent pneumococcal conjugate vaccine in adults aged ≥ 60 years: A randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial**

Anselm Jorda, Wien

Mit freundlicher Unterstützung **SANDOZ**

13:15–14:15 Mittagspause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

13:45–14:15 **MEET THE EXPERT** *Im „Der Turm“ gegenüber der Ausstellung WoC 4+5***Tetrazykline im Zeitalter der MDR –
unterschätzt, überschätzt oder strategisch klug?**

Günter Weiss, Innsbruck

Mit freundlicher Unterstützung **ASTRO PHARMA**



ZUGENOMMEN?

Mehr zum
Thema Gewicht
bei HIV



go.msd.com/hiv-gewicht

Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
The Icon Vienna, Turm A, 20. Stock, Wiedner Gürtel 9-13, 1100 Wien
www.msd.at



Donnerstag, 19. März 2026

14:15–15:15 **WORKSHOPS V–VIII** *im Conference Center West*

WS V Komplexe infektiologische Fälle – Wenn die Guideline versagt, ist Kreativität gefragt

Mario Karolyi, Wien

WS VI Could this be HIV? Wann an HIV denken? Positives Ergebnis: was tun?

Alexander Zoufaly, Wien

WS VII Junge OEGIT – Vorstellung, Austausch und Ausblick

Lisa Kriegl, Graz und Luzia Veletzky, Wien

WS VIII Ambler A bis D – erkläre Betalaktamasen für Kliniker:innen

Rainer Hartl, Linz

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

15:45–17:00 **SYMPOSIUM 5**
Es ist nicht immer eine Infektionskrankheit! Wichtige DD

Vorsitz: Florian Thalhammer, Matthias Vossen

Vaskulitis Basics

Andreas Kronbichler, Innsbruck

Hyperinflammationssyndrome: VEXAS, HLH und andere

Albert Wölfler, Graz

Fieber und Exanthem – Infektion oder nicht?

Norbert Sepp, Linz

17:00–17:15 Pause

17:15–19:15 **POSTER-BEGEHUNG** *mit Brezeln und Bier im Conference Center West*

Moderation: Robert Krause, Günter Weiss

ab 20:00 **Gemeinsames Abendessen für alle Kongressteilnehmer:innen im Saal B350 im Hotel Gut Brandlhof**

19. ÖSTERREICHISCHER INFEKTIONSKONGRESS



Infektiologie der Zukunft –
evidenzbasierte Ansätze in einer vernetzten Welt

9.–12. März 2027 | Hotel Gut Brandlhof | Saalfelden

Information und Anmeldung: www.oegit.eu

Sekretariat der OEGIT
Seidengasse 9/Top 1.3
1070 Wien
E-Mail: office@oegit.eu

Kongressleitung
Priv.-Doz.[™] OÄ Dr.[™] Tamara Clodi-Seitz, PhD, DTM&H
Priv.-Doz. Mag. Dr. Mario Karolyi

Kongressbüro
MEDahead Gesellschaft für medizinische Information m. b. H.
Seidengasse 9/Top 1.3, 1070 Wien
Natalie Chytil, E-Mail: n.chytil@medahead.at, Tel.: 01 607 02 33-71

Anrechenbarkeit der Veranstaltung:
Eine DFP-Approbation ist vorgesehen.

Wissenschaftlicher Veranstalter/Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Freitag, 20. März 2026

10:15–11:30 **SYMPOSIUM 7 – One Health in der Familie –
Generationen übergreifende Infektionen**

Vorsitz: Volker Strenger, Tamara Clodi-Seitz

**Wichtige Infektionen in der Schwangerschaft
(Toxoplasmose, VZV, CMV und Parvovirus B19)**

Anna Scheuchenegger, Graz

**Wenn sich die ganze Familie die Infektionen teilt:
Pneumokokken, Influenza, RSV**

Florian Göttinger, Wien

**Rezidivierende Staphylococcus aureus Infektionen
in der ganzen Familie (inkl. Hund)**

Thomas Valentin, Graz

11:30–11:45 Pause – Besuch der Poster- und Industrieausstellung

11:45–13:00 **SYMPOSIUM 8
Fallbasierte Vorträge: Wie gehe ich vor bei...?**

Vorsitz: Christoph Wenisch, Ines Zollner-Schwetzer

Patient:innen mit Eosinophilie

Tamara Clodi-Seitz, Wien

Patient:innen mit Lymphadenopathie

Robert Krause, Graz

Fieber unklarer Genese

Günter Weiss, Innsbruck

13:00–13:10 **Verabschiedung und Ausblick 2027**
Tamara Clodi-Seitz, Mario Karolyi, Ines Zollner-Schwetzer

13:10 **Ende des Kongresses**

Programmänderungen vorbehalten!

ALLGEMEINE TAGUNGSINFORMATIONEN

Tagungsort

Hotel Gut Brandlhof
A-5760 Saalfelden, Hohlwegen 4
Tel.: +43 6582 7800-0, Fax: +43 6582 7800 598
E-Mail: office@brandlhof.com
www.brandlhof.com

Anmeldung und Zahlungsmodalitäten

Die Anmeldung ist ausschließlich über unsere Homepage www.oegit.eu möglich. Eine Barzahlung ist ausgeschlossen. Die Bezahlung erfolgt bei Anmeldung mittels Überweisung oder Kreditkarte.

Stornobedingungen für die Tagungsgebühr

Stornierungen sind schriftlich per E-Mail an das Sekretariat der OEGIT zu richten: office@oegit.eu

Die Durchführung von etwaigen Refundierungen erfolgt nach dem Kongress:

- Bei Stornierungen bis zum 17. Februar 2026 werden 50% der einbezahlten Gebühr rückerstattet.
- Bei Stornierungen nach dem 17. Februar 2026: keine Refundierung.
COVID-19-Infektionen oder sonstige Erkrankungen werden nicht als Grund für eine kurzfristige kostenlose Stornierung anerkannt.

Teilnahmebedingungen:

Diese Veranstaltung ist nur für medizinisches Fachpersonal. Bitte nehmen Sie einen entsprechenden Nachweis zum Kongress mit.

Begleitpersonen können nach Rücksprache mit dem OEGIT-Sekretariat an den Abendessen, die nicht im Bereich der Fachaussstellung stattfinden, gegen Bezahlung teilnehmen. Während des Kongresses können Sie sich vor Ort an die Kongress-Registrierung wenden.

Tagungsgebühren

Reservierungsgebühr für von Sponsoren eingeladene Personen (kann nicht von Dritten übernommen werden)	€ 175,-
Tagungsgebühr für Mitglieder aller mitveranstaltenden Gesellschaften (siehe Seite 4)	€ 290,-
Tagungsgebühr voller Preis	€ 385,-
Tageskarte	€ 215,-

ABSTRACT-EINREICHUNGEN

Wissenschaftliche Poster- und Präsentationspreise der OEGIT 2026

Die Abstracts können in Deutsch oder Englisch eingereicht werden.
Nur elektronisch (www.oegit.eu) eingereichte Abstracts werden akzeptiert.

Einsendeschluss ist der 7. Jänner 2026, 24:00 Uhr

Die Abstracts werden anonymisiert vom Abstract-Komitee im Vorfeld des Infektionskongresses bewertet. Über Annahme oder Ablehnung der Abstracts erhalten Sie eine Verständigung per E-Mail. Die fünf besten Studien sowie Fälle werden zu einer mündlichen Präsentation im Rahmen des Infektionskongresses eingeladen. Die Poster und Präsentationspreise werden auf Basis des wissenschaftlichen Wertes und der Präsentation vor Ort vergeben.

Zusätzlich findet im Rahmen des Infektionskongresses eine **Posterbegehung mit Kurzpräsentationen** statt.

Die **Prämierung** der Poster- und Präsentationspreise erfolgt am 19. März 2026 beim Abendevent am Kongress.

FRAGEN AN DIE REFERENT:INNEN UND FEEDBACK ZUR VERANSTALTUNG



Zugangsdaten

Scannen Sie mittels Smartphone den QR-Code oder geben Sie unter [slido.com](https://www.slido.com) folgenden Eventcode ein: **Event: #18OEIK2026**

Über Slido können Sie im Plenum elektronisch Ihre **Fragen an die Referent:innen** stellen und an Abstimmungen teilnehmen. Die Fragen werden automatisch an den Vorsitz übermittelt. Den QR-Code finden Sie auch auf Ihrem Badge.

Bitte füllen Sie vor Abreise auch den elektronischen **Feedback-Bogen** in Slido aus. Damit helfen Sie uns, die Veranstaltung in Zukunft noch attraktiver zu machen.

VIELEN DANK!

VERHALTENSKODEX DER ÖÄK SOWIE PHARMIG – AUSZUG

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

§ 3.

- (1) Ärzt:innen dürfen an von der Pharma- und Medizinprodukteindustrie organisierten und/oder finanzierten Veranstaltungen teilnehmen, wenn diese wissenschaftlichen Zielen, Zwecken der Fortbildung oder der praxisbezogenen Anwendung ärztlichen Handelns und/oder Studienzwecken dienen und der zeitliche Aufwand für die Vermittlung wissenschaftlicher und fachlich medizinischer Informationen im Vordergrund steht.
- (2) Der Tagungsort sowie die deutlich überwiegende Zeit der Veranstaltung müssen diesen Zielen und/oder Zwecken entsprechen.
- (3) Einladungen zu Veranstaltungen im Ausland dürfen darüber hinaus nur angenommen werden, sofern es sich um internationale medizinisch-wissenschaftliche Veranstaltungen oder um die Besichtigung wissenschaftlicher oder produktionstechnischer Einrichtungen handelt und/oder wenn sie im Zusammenhang mit der Durchführung (Präsentation) medizinischer Studien stehen.
- (4) Es ist den Ärzt:innen gestattet, dass die Pharma- und Medizinproduktindustrie die Kosten für Anreise, Aufenthalt und Einladungen jeglicher Art übernimmt, sofern es sich um eine ausschließlich berufsbezogene und wissenschaftliche Veranstaltung handelt. Eine Kostenübernahme für Begleitpersonen ist nicht zulässig.
- (5) 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.

* Ärztlicher Verhaltenskodex 2014 – Verordnung der Österreichischen Ärztekammer in der Fassung 1. Novelle.

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 oder Unterstützung von Veranstaltungen, die Einladung zu Veranstaltungen oder die Übernahme von Kosten für deren Teilnehmer ist nur zulässig, wenn die Veranstaltung den Bestimmungen des Artikels 7 entspricht.

- 7.1 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) dürfen weder finanziert noch organisiert werden. Die Einladung von Begleitpersonen und deren Teilnahme 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.

Hinweis zu Foto- und Videoaufnahmen:

Mit Ihrer Anmeldung bzw. Teilnahme am 18. ÖIK erklären Sie sich damit einverstanden, dass während der Veranstaltung Foto- und Videoaufnahmen angefertigt und zum Zweck der Dokumentation sowie für Berichterstattung und Bewerbung künftiger Veranstaltungen in Print- und Onlinemedien veröffentlicht werden können.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

** PHARMIG-Verhaltenscodex & Verfahrensordnung in Kraft per 01.07.2020

FÜR DIE PRÄSENTATION IM RAHMEN DES SYMPOSIUMS „INFEKTOLOGISCHE FORSCHUNG IN ÖSTERREICH“ ZUGELASSENE STUDIEN

STUDIE

Immunosuppressive treatment and iron status govern the longitudinal antibody response to SARS-CoV-2 vaccination

by Wolfram Mayr | Astrid Knell | Anna Böhm | Michael Jäger | Sophie Erckert | Sabine Engl | Andrea Griesmacher | Wilfried Posch | Günter Weiss | Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Pneumology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Central Institute of Clinical and Chemical Laboratory Diagnostics, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria

Patients with multiple comorbidities or immunosuppressive therapy are at increased risk of impaired vaccine-induced immune responses. This study aimed to identify clinical and laboratory factors associated with reduced longitudinal antibody responses following mRNA SARS-CoV-2 vaccination.

The IMMUNE study was a single-centre, phase IV, prospective cohort study evaluating immune res-

ponses in patients with various medical conditions. Participants received two mRNA vaccine doses at baseline and after 28 days, with a third dose at 6 months. Blood samples were collected at baseline and after 3, 6, and 12 months, and S1 receptor-binding domain (RBD) IgG levels were measured longitudinally. Descriptive consensus clustering using finite mixture models was applied to identify distinct antibody response trajectories, incorporating immunosuppressive, comorbidities, laboratory parameters (via FAMD and PCA), age, sex, and nucleocapsid serostatus.

This analysis included 134 of 190 eligible patients (70.5%), who had complete S1-RBD measurements across all visits. Two distinct longitudinal clusters were identified, characterized by persistently high ($n=60/134$, 44.8%) versus low ($n=74/134$, 55.2%) S1-RBD IgG trajectories over time, with a significant cluster-time interaction across follow-up visits ($F(3,528)=v13.77$, $p<0.001$). FAMD components included immunosuppressive treatment patterns. Azathioprine monotherapy (12.2% vs. 1.7%, $p=0.023$) and azathioprine in combination with biologic therapy (17.6% vs. 5.0%, $p=0.026$) were associated with the low-response cluster, whereas low-dose corticosteroid therapy was more frequent in the high-response cluster (20.0% vs. 5.4%, $p=0.010$). At baseline, patients in the high-response cluster exhibited significantly lower median ferritin levels (54 vs. 96 $\mu\text{g/L}$, $p=0.015$) and lower ferritin/CRP ratios (365.0 vs. 721.4, $p=0.016$).

Immunosuppressive treatment type and baseline iron status are key determinants of longitudinal antibody responses following SARS-CoV-2 vaccination. These findings may help identify patients who could benefit from shortened vaccination intervals or tailored booster strategies; however, their applicability to other vaccine platforms warrants further study.

STUDIE

Impaired mitochondrial respiration in peripheral blood mononuclear cells of Post-COVID patients

by Katharina Wagner | Innsbruck

Wagner K¹, Volani C¹, Engl S¹, Srinivasan N¹, Weiss G¹, Kurz K¹

Background: Post-COVID condition is characterized by persistent symptoms such as fatigue and post-exertional malaise (PEM), while its pathogenesis remains incompletely understood. Mitochondrial impairment has been proposed as a potential contributing mechanism. Therefore, mitochondrial respiration was assessed in peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) from Post-COVID patients and healthy controls.

Methods: PBMCs were isolated from 21 Post-COVID patients and 9 healthy controls. Mitochondrial respiration was assessed using the Seahorse XF Mito Stress Test, including basal and maximal respiration. In addition to cellular bioenergetic measurements, an extensive laboratory characterization was performed. Clinical assessment included standardized patient-reported measures of fatigue, post-exertional malaise, and somatic symptom burden.

Results: Basal and maximal mitochondrial respiration were significantly lower in Post-COVID patients compared with healthy controls. In addition, mitochondrial respiratory parameters were significantly associated with symptom severity. Higher mitochondrial respiratory function was observed in patients with lower overall symptom burden, including less severe fatigue, post-exertional malaise, and somatic symptoms.

Conclusion: These findings indicate impaired mitochondrial respiration in PBMCs of Post-COVID patients, with respiratory parameters associated with symptom severity. Reduced basal and maximal oxygen consumption points to altered cellular bioenergetics and suggests a potential role of mitochondrial dysfunction in the pathophysiology of Post-COVID condition, with possible implications for the development of biomarkers and targeted therapeutic strategies.

¹ Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Austria

STUDIE

Candidozyma auris in Austria: Multiple Independent Introductions Revealed by Epidemiological and Phylogenetic Analyses

by Kathrin Spettel | Felix Lötsch | Richard Kriz | Madita Loy | Birgit Willinger | Medical University of Vienna, Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Microbiology, Vienna, Austria | Medical University of Vienna, Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Microbiology, Vienna, Austria | University of Applied Sciences Campus Wien, Health Sciences, Section Biomedical Science, Vienna, Austria | Medical University of Vienna, Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Microbiology, Vienna, Austria | Medical University of Vienna, Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Microbiology, Vienna, Austria

Introduction: *Candidozyma auris* (formerly *Candida auris*) has become a significant global public health threat, primarily because of its propensity to cause persisting healthcare-associated outbreaks. The species is often multidrug-resistant and shows increased tolerance to commonly used disinfectants and antiseptics, posing challenges for effective therapy and infection control. *C. auris* was first detected in Austria in 2018, and several distinct strains have been documented thereafter. Here, we provide an updated assessment of the epidemiological situation in Austria.

Methods: Susceptibility against eight common antifungal agents and the novel antifungal compound fosmanogepix was assessed by broth microdilution according to EUCAST recommendations. Phylogenetic relationships were investigated using whole genome sequencing. Epidemiological information, including travel history and clinical characteristics, was evaluated to elucidate potential transmission pathways.

Results: In Austria, 19 cases of *C. auris* have been submitted to the National Reference Centre for Yeasts and Moulds to date, the majority of which were associated with prior travel and hospitalization in foreign healthcare facilities. Travel histories included hospitalization in Greece in six cases, and single ca-

Hintergrund: Die Candidämie ist weltweit mit hohen Mortalitätsraten assoziiert. Die aktuelle globale Leitlinie für das Management von Candidainfektionen empfiehlt eine routinemäßige Konsultation durch einen Spezialisten für Infektionskrankheiten (ID-Spezialist) für Patienten, bei denen eine Candidämie oder eine invasive Candidainfektion diagnostiziert wurde. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Effekt infektiologischer Regelkonsile auf das Outcome von Patienten mit Candidämie am Universitätsklinikum Jena (JUH) zu untersuchen.

Methoden: In diese retrospektive monozentrische Kohortenstudie wurden alle erwachsenen Patienten mit Candidämie inkludiert, die im Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2019 am JUH behandelt wurden. Ausschlusskriterien waren rezidivierende Candidämie und eine palliative Behandlung. Um den Einfluss des Immortal-Time-Bias zu minimieren, wurden Patienten, die innerhalb von 6 Tagen nach dem ersten positiven Blutkulturergebnis verstarben, von der Analyse ausgeschlossen. An der JUH wurden ab 2018 infektiologische Regelkonsile für Patienten mit Candidämie eingeführt. Der primäre Endpunkt der Studie war die 30-Tage-Gesamt-Mortalitätsrate bei Patienten mit und ohne Regelkonsil. Die statistische Signifikanz wurde mit dem Log-Rank-Test bewertet.

Ergebnisse: Von 236 gescreenten Patienten wurden 156 Patienten (78 mit und 78 ohne ID-Konsultation) für die Analyse berücksichtigt. Während des Beobachtungszeitraums zeigte sich ein deutlicher Anstieg von Candidämiefällen durch *Candida glabrata* (30.4% 2016 versus 44.7% 2019). Als häufigste Infektionsquelle konnte die Infektion eines zentralen vaskulären Katheters sowohl bei Patienten mit (53,8%) als auch ohne (41,0%) ID-Konsultation identifiziert werden. Seltene und komplexe Infektionsquellen, wie Endokarditis und Endophthalmitis wurden häufiger bei Patienten diagnostiziert, die ein infektiologisches Regelkonsil erhielten (14,1% versus 1,3%, $p < 0,001$). Trotz signifikant höherer EQUAL-Candida-Scores bei Patienten mit infektiologischem Regelkonsil fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied in der 30-Tage-Gesamt-Mortalitätsrate

zwischen Patienten mit und ohne ID-Konsultation (23,1% versus 24,4%, $p = 0,696$).

Schlussfolgerung: Obwohl die Einhaltung von Leitlinien verbessert wurde, konnte diese monozentrische Kohortenstudie keinen Überlebensvorteil für Candidämie-Patienten mit infektiologischem Regelkonsil nachweisen, was möglicherweise auf die geringe Fallzahl und die zeitliche Verzögerung zwischen Diagnose und Konsultation zurückzuführen ist.

STUDIE 2

From Stable to Surveillance: Flaviviral serosurvey in Austrian Equids, 2023–2024

by Angela Becsek | Phebe de Heus | Irene Zimpernik | Susanne Koethe | Anne-Catherine Horster | Jutta Pikalo | Anja Joachim | Jessika-Maximiliane Cavalleri | Clinical Centre for Equine Health and Research, Clinical Department for Small Animals and Horses, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria | Clinical Centre for Equine Health and Research, Clinical Department for Small Animals and Horses, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria | AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH | AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH | Clinical Centre for Equine Health and Research, Clinical Department for Small Animals and Horses, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria | Department of Biomedical Sciences and Pathobiology, Institute of Parasitology, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria | Department of Biomedical Sciences and Pathobiology, Institute of Parasitology, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria | Clinical Centre for Equine Health and Research, Clinical Department for Small Animals and Horses, University of Veterinary Medicine Vienna, Vienna, Austria

Introduction: Horses are susceptible to a variety of arboviral infections, including flaviviral zoonoses such as West Nile virus (WNV) and Tick-borne encephalitis virus (TBEV), and have been proposed as sentinels based on their susceptibility. As in humans, the diagnostic challenge remains the differentiation of anti-

flaviviral antibodies due to serologic cross-reactivity.

Aim: To (i) describe the geographic distribution of flaviviruses based on neutralizing antibody results in Austrian horses, (ii) assess the spatial relationship between seropositive horses and reported human and equine WNV cases from 2023–2024, and (iii) identify risk factors for WNV seropositivity in horses.

M&M: Within the scope of a large-scale national equine study (HOVID: Horses and Vector-borne Infectious Diseases), a total of 588 horses were sampled across Austria. Serum was assessed with a commercial TBEV and WNV IgG ELISA and all borderline/positive results were subject to a subsequent virus neutralization test (VNT). WNV seropositive samples were compared to human and equine clinical cases by Spearman correlation on NUTS-3 regional level. Risk factors for WNV seropositivity were evaluated with binominal regression analysis including sex, breed, age, geocoordinates, and housing factors such as pasture access, nearby waterbody or forest. WNV-vaccinated horses or samples with cytotoxic VNT reaction were excluded.

Results: Antiflaviviral antibodies were detected in 45.3% (220/486) of samples: TBEV (37.5%), WNV (4.7%), Usutu virus (0.8%) and inconclusive samples (2.3%). Geographically on NUTS-3 level, WNV seropositivity moderately correlated with the occurrence of equine WNV cases. No significant correlation was found with human cases. The risk of WNV seropositivity in horses increased towards the north and to lesser extent to the east, no association with other factors was observed.

Conclusion: Among Austrian horses, flaviviral exposure is common. Spatially WNV seropositivity in horses increases in the north-eastern regions of Austria. The utility of horses as sentinels for WNV should be further discussed.

STUDIE 3

Triple trouble: How three common respiratory viral infections impact cardiac biomarkers and clinical outcomes.

by Francesco Robert Burkert | Sarah Niederreiter | Vera Filippi | Daniela Kresse | Lukas Lanser | Günter Weiss | Rosa Bellmann-Weiler | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Medical University of Innsbruck, Austria

Introduction: Every winter humanity gets hit by a wave of epidemics with influenza and RSV infections. Since 2020, COVID-19 has additionally joined the fray. These viral infections generate an immense morbidity and mortality burden and pose an ever-growing health-care challenge. Clinical differentiation between these pathologies is finicky, due to their similar clinical presentations. Furthermore, while increased cardiac risk has been described in these infections, the comparative risk remains unclear. This study compares cardiac biomarkers in hospitalized patients infected with influenza, RSV and omicron-variant-COVID-19 and analyzes their correlation with mortality and ICU-admission.

Methods: We performed a retrospective comparative analysis of cardiac biomarkers in patients with influenza, RSV or omicron-COVID-19 by measuring hs-TnT, CK and NT-ProBNP in plasma. Additionally, we recorded CRP and creatinine. The chosen secondary outcomes were acute cardiac events, ICU-admission and all-cause in-hospital mortality.

Results: We analyzed the data of 251 patients with influenza, 131 with RSV and 117 with omicron-Sars-CoV-2 infections. Patients admitted with RSV were older, while COVID-19 patients were more frequently male. Pre-existing conditions varied between cohorts, with COPD being most frequent in RSV, while diabetes and cardiovascular disease were more prevalent in hospitalized COVID-19 patients. On average,

patients with RSV had the highest hs-TnT and NT-proBNP, while CK and CRP was highest in influenza. Hs-TnT was above the cut-off in 86.1 % of RSV cases, 74.4 % of COVID-19 and 63.4 % of influenza. Mortality, ICU-admission and acute cardiac events did not differ between the cohorts. Likelihood of ICU-admission was associated with acute cardiac events, age, increased CK, hs-TnT, NT-proBNP, CRP and creatinine. Cardiovascular disease and acute cardiac events were associated with higher mortality, as were age, hs-TnT, NT-proBNP, and CRP.

Conclusion: Our study identifies key laboratory and clinical differences between these infections and contributes to a growing body of knowledge regarding viruses and cardiovascular complications.

STUDIE 4

Infiziert oder nicht infiziert? – eine massenspektrometrische Aufarbeitung der Subpopulationen des Gentamicin Protection assays

by Dr. med. univ. Clemens Gehrler | Sebastian Peer, PhD | Priv. Doz. Dr. Klaus Faserl | Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss | Medizinische Universität Innsbruck | Medizinische Universität Innsbruck | Medizinische Universität Innsbruck | Medizinische Universität Innsbruck
Zur Erforschung von Infektionen in Zellkultur wird üblicherweise das Gentamicin Protection Assay verwendet. In diesem werden Zellen mit einer definierten Anzahl von Bakterien für eine definierte Zeit inkubiert, bevor extrazelluläre Bakterien zuerst wegwaschen werden und die übrigen dann mittels Gentamicin abgetötet werden. Schließlich werden die Zellen zu diversen Zeitpunkten geerntet, um die Unterschiede durch einzelne Stimulationen zu beobachten. Da jedoch nicht alle Zellen vom jeweiligen Pathogen infiziert werden, besteht der Großteil der erhaltenen Probe aus nicht-infizierten Bystander Zellen bzw. Zellen die das Bakterium bereits abgetötet haben.

Wir haben eine immortalisierte, murine Kupferzelllinie (KUP5), mit fluoreszierenden Salmonella Typhimurium 14028 inkubiert und die erhaltene Probe nach 9 Stunden mittels FACS in Zellen mit positivem

Fluoreszenzsignal (infiziert) und Zellen ohne Fluoreszenzsignal (Bystander/Nicht-mehr infizierte Zellen) aufgeteilt. Als Kontrolle wurden Zellen benutzt, die nie Kontakt mit einem Bakterium gehabt haben. Die Proben sind im Anschluss mittels Flüssigchromatographie mit Massenspektrometrie-Kopplung analysiert worden.

Es finden sich signifikante Unterschiede in der Expression von kumulativ 111 Proteinen von insgesamt 5187 erfassten Proteinen zwischen infizierten, Bystander und Kontroll Zellen.

Die Daten der Studie sprechen dafür, dass Säugetierzellen ihr Proteom signifikant durch das extrazelluläre Vorhandensein von Bakterien verändern, ohne notwendigerweise infiziert sein zu müssen. Falls jedoch lebende Bakterien eine Zelle infizieren, verändert sich das Proteom nochmals. Ob diese Veränderung jedoch eine Adaption der Zelle zur Abwehr des Bakteriums oder eine zelluläre Ummodellierung durch das infizierende Pathogen ist, kann derzeit nicht unterschieden werden. Nichtsdestotrotz bietet diese Methode eine Ergänzung von althergebrachten Mitteln, ist einfach zu handhaben und ermöglicht eine genauere Klassifikation der phänotypischen Veränderungen während bakterieller Infektion.

STUDIE 5

Predictive value of urine cultures in suspected urosepsis: a retrospective microbiological analysis

by Philipp Grubwieser | Silke Huber | Angelika Bauer | Wolfram Mayr | Cornelia Lass-Flörl | Werner Rupitsch | Miriam Alisa Govrins | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Department of Internal Medicine II, Infectious Diseases, Immunology, Rheumatology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Inns-

bruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria

Background: Urinary tract infections are a major source of bloodstream infections in hospitalized patients. Microbiological diagnosis relies on urine cultures (UC) and blood cultures (BC). This study assessed the diagnostic overlap and predictive value of UC findings for bloodstream pathogens.

Methods: We retrospectively analysed 9,031 microbiological culture reports from 2,302 patients with at least one positive UC and BC obtained within five days. A total of 2,572 infection episodes were identified and stratified according to UC-BC concordance. Culture characteristics, susceptibility testing, and laboratory referrals were evaluated. Predictive factors for concordance were identified using multivariate logistic regression.

Results: Concordant species were found in 1,405 episodes (54.6%). Exclusive discordance was present in 1,167 (45.4%) episodes. Concordant episodes predominantly involved *E. coli*, whereas discordant cases often included gram-positive bacteria in BC (Figure 1). UC reports were available earlier (median 1 day vs. 2 days for BC). BC time-to-positivity (TTP) was shorter in concordant episodes (median 7.8h vs. 14.1h). Independent predictors of UC-BC concordance included documented clinical suspicion (OR 84.1), detection of *E. coli* (OR 2.69), *S. aureus* (OR 7.49), or *Klebsiella* spp. (OR 2.19) in UC, male sex (OR 1.52), and shorter BC TTP (OR 0.31 per log-hour). Polymicrobial BCs (OR 0.19) and yeast in UC (OR 0.49) were negatively associated with concordance (Figure 2). Susceptibility profiles of Enterobacterales from concordant pairs showed extensive agreement (93.6–99.5%). **Conclusions:** UC-BC concordance was primarily driven by classical uropathogens. UC pathogen identity, combined with short BC TTP and clinical suspicion, strongly predicted matching bloodstream pathogens. These findings, together with marked overlap in susceptibility results of UC-BC pairs, highlight the dia-

gnostic value of UC results in anticipating bloodstream pathogens and guiding early empiric therapy in suspected urosepsis.

STUDIE 6

Antimicrobial Stewardship in der Primärversorgung: HWI-fokussierte Erkenntnisse aus einer österreichweiten Erhebung

by Lisa Kriegl | Ulrike Spray-Kainz | Andrea Siebenhofer | Robert Krause | Ines Zollner-Schwetz | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich | Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich

Antimicrobial Stewardship (AMS) in der Primärversorgung ist entscheidend zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen, da ein Großteil der Antibiotikaverordnungen in diesem Setting erfolgt. Dennoch ist unzureichend bekannt, wie AMS-Prinzipien im hausärztlichen Alltag wahrgenommen und umgesetzt werden. Dies ist besonders relevant bei häufigen Indikationen wie Harnwegsinfektionen (HWI), wo diagnostische Routinen und patientenzentrierte Kommunikation die Versorgungsqualität wesentlich beeinflussen.

Es wurde eine anonyme, österreichweite Querschnitts-Onlinebefragung unter Allgemeinmediziner*innen durchgeführt (Datenerhebung: REDCap). Der Fragebogen erfasste Demografie, AMS-Vertrautheit und -Praktiken, Strategien im Umgang mit nicht indizierten Antibiotikawünschen, Herausforderungen im Versorgungsalltag sowie diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen bei HWI. Zwei fiktive, typische HWI-Vignetten (junge Frau ohne Vorerkrankungen vs. 70-jähriger Mann) dienen zur Erhebung szenario-

spezifischer Entscheidungen. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet. Insgesamt nahmen 207 Hausärzt*innen teil. Die Befragten arbeiteten in kleineren Gemeinden (<10.000 Einwohnerinnen: 53 %) bzw. größeren Orten (47 %), überwiegend in Einzelpraxen (85 %), und wiesen häufig >15 Berufsjahre (66 %) auf; 72 % verfügten über einen § 2-Kassenvertrag. Bei Verdacht auf HWI nutzten 98 % einen Urinstreifentest. Urinkulturen werden bei jungen Frauen in 28 %, bei 70-jährigen Männern in 68 % eingesetzt. Die Befundlaufzeit betrug meist 3–5 Tage (49 %), gefolgt von 1–2 Tagen (32 %). Empirisch wurden bei jungen Frauen am häufigsten Fosfomycin (65 %), Pivmecillinam (65 %) und Trimethoprim (46 %) gewählt; bei älteren Männern dominierten Amoxicillin/Clavulansäure (65 %), Ciprofloxacin (52 %) und Nitrofurantoin (40 %). Nur 32 % waren mit AMS (sehr/eher) vertraut, dennoch berichteten viele AMS-nahe Praktiken: Patientinnenaufklärung (87 %), Leitliniennutzung (70 %) und Fortbildungen (39 %). Kommunikationsstrategien bei Antibiotikawunsch waren häufig (Erklärung der Nichtindikation 96 %, symptomatische Alternativen 83 %, Delayed Prescribing 48 %). Hauptprobleme waren Patient*innendruck (81 %), multiresistente Erreger (39 %) und Leitlinienlücken (23 %). Prioritär gewünscht wurden schnellere Laborwerte (61 %), raschere mikrobiologische Ergebnisse (58 %) und interaktive Entscheidungshilfen (53 %).

Die Daten zeigen eine solide AMS-Basis in der österreichischen Primärversorgung mit konsistenten HWI-Routinen und etablierten Kommunikationsstrategien, trotz begrenzter AMS-Vertrautheit. Potenzial besteht vor allem in einer schnelleren Diagnostik und praxistauglichen Tools zur Entscheidungs- und Kommunikationsunterstützung.

STUDIE 7

Patient:innen mit *Trichosporon asahii*-Nachweis: Eine achtjährige Fallserie aus einem tertiären Universitätsklinikum

by Lisa Kriegl | Matthias Egger | Thomas Valentin | Robert Krause | *Klinische Abteilung für Infektiologie,*

Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich

Hintergrund: *Trichosporon asahii* ist ein seltener Hefepilz mit klinischem Spektrum von lokaler Kolonisation bis zu potentiell disseminierten Infektionen, letztere überwiegend bei immunsupprimierten Patient:innen. Wir berichten eine retrospektive Fallserie aus einem tertiären Universitätsklinikum in Österreich. Zwischen Januar 2016 und Dezember 2024 wurden Patient:innen aus internistischen Abteilungen eingeschlossen, bei denen *T. asahii* in klinischen Proben nachgewiesen wurde. Die Speziesbestimmung erfolgte mittels Kultur und MALDI-TOF-Massenspektrometrie. Erfasst wurden Grunderkrankungen, Immunsuppression, Pilzbiomarker, (Vor-)Antimykotikatherapie, Isolationsort, Resistenztestung, Therapie und Outcome.

Fallbeschreibung: Fünf Patient:innen erfüllten die Einschlusskriterien und repräsentierten wundassozierte Nachweise, respiratorische Beteiligung und invasive Fungämie. Bei zwei Patient:innen wurde *T. asahii* ausschließlich aus Wundabstrichen isoliert: eine 73-jährige Frau mit fortgeschrittener pAVK und Fußgangrän (Mischflora mit Bakterien) sowie ein 73-jähriger Mann mit B-CLL und malignen Pleuraergüssen, bei dem nach 35 Tagen Caspofungin (pleurale Candida-Infektion) wiederholt Nachweise aus getunneltem Pleurakatheter und angrenzenden Wunden erfolgten, vereinbar mit echinocandinvermittelter Selektion.

Ein 63-jähriger Mann mit COVID-19-ARDS und ulzerativer Tracheobronchitis zeigte *T. asahii* und *Aspergillus fumigatus* in der BAL bei erhöhten Biomarkern; die MHK-Testung ergab erhaltene Azolaktivität bei hohen Echinocandin-MHKs. Der Patient verstarb bedauerlicherweise rasch an gemischtem septisch-kardiogenem Schock.

Zwei Patient:innen entwickelten neutropenieassoziierte Fungämien: ein 75-jähriger Mann mit sekundärer AML (β -D-Glucan 111 bzw. 82 pg/mL) unter Echinocandintherapie mit Umstellung auf liposomales Amphotericin B und anschließend Voriconazol, jedoch Multiorganversagen; sowie eine 53-jährige Frau mit AML nach Stammzelltransplantation mit Fungämie und wiederholten Nachweisen aus einer feuchten Zehenzwischenraumläsion bei negativen Biomarkern. Die Patientin verstarb bedauerlicherweise zehn Wochen später infolge einer Graft-versus-Host-Erkrankung.

Diskussion: Diese Analyse unterstreicht die diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen durch *T. asahii*: Wundnachweise sind häufig kolonisationsnah, während Fungämie bei Neutropenie invasiv und prognostisch ungünstig ist. Wiederholte Nachweise unter Echinocandinexposition sprechen für Selektionsdruck bei intrinsisch geringer Wirksamkeit dieser Substanzklasse. Eine rasche Speziesidentifikation (MALDI-TOF) und frühzeitige, gezielte Azoltherapie sind entscheidend; der Immunstatus bleibt der zentrale Outcome-Determinant.

STUDIE 8

Klinische und mikrobiologische Charakteristika von Patient:innen mit *Geotrichum spp.*-Nachweis: Eine Fünfjahres-Fallserie aus einer universitären Tertiärversorgungszentrum

by Lisa Kriegl | Ines Zollner-Schwetz | Thomas Valentin | Karl Dichtl | Robert Krause | *Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich | Diagnostik- und Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich | Klinische Abteilung für Infektiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich*

Arten der Gattung *Geotrichum spp.* sind weit verbreitete Umweltheften und gelten als seltene Erreger invasiver Mykosen. Klinisch relevant werden sie vor allem bei Patient:innen mit schwerer Grunderkrankung oder Immunsuppression. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind belastbare Daten zur Diagnostik, zum mikrobiologischen Profil und zur optimalen Therapie weiterhin begrenzt. Ziel dieser Arbeit war es, die klinische Bedeutung von *Geotrichum*-Isolaten sowie deren mikrobiologische Charakteristika über einen Zeitraum von fünf Jahren zu beschreiben.

In einer retrospektiven Analyse wurden alle Patient:innen mit *Geotrichum*-Nachweis zwischen Januar 2020 und März 2025 an einem tertiären Universitätsklinikum in Österreich eingeschlossen. Die Speziesidentifikation erfolgte mittels Kultur und MALDI-TOF. Erfasst wurden Grunderkrankungen, Nachweisorte, Serum-1,3- β -D-Glucan (BDG) und Galactomannan (GM), Antimykotika-Empfindlichkeit, eingesetzte Therapien sowie klinische Verläufe und Outcomes. Eine invasive Infektion wurde definiert als Erregernachweis aus sterilem Material in Kombination mit klinischen Symptomen.

Es wurden fünf Patient:innen identifiziert (2 Frauen; Medianalter 67 Jahre, 60–77). Nachgewiesen wurden *G. candidum* (n=3) und *G. capitatum* (n=2). Als Grunderkrankungen fanden sich metastasiertes kolorektales Karzinom (n=2; davon eine Person nach Lebertransplantation unter Immunsuppression), akute myeloische Leukämie (n=2) und chronische Pankreatitis (n=1). Drei Fälle entsprachen invasiven Infektionen (*G. candidum* aus biliärer Drainage und pankreatischer Nekrose siehe Bild 1; *G. capitatum* aus Pleuraerguss), zwei wurden als Kolonisation gewertet (Nachweisorte siehe auch Grafik 1). BDG war in zwei Fällen erhöht (962 bzw. 74,2 pg/mL) und in zwei negativ; GM blieb in allen getesteten Proben negativ. In 60 % lagen polymikrobielle Kulturen vor. Die Empfindlichkeit zeigte niedrige MHKs für Amphotericin B (0,25–1 μ g/mL) und Azole (\leq 0,5 μ g/mL). Drei Patient:innen erhielten eine antimykotische Therapie; drei erholten sich, eine Person verstarb an abdominalen Ischämie, kolonisierte Patient:innen blieben ohne Therapie stabil.

Geotrichum-Infektionen sind selten, können jedoch bei vulnerablen Patient:innen invasiv verlaufen. BDG/GM waren diagnostisch nur eingeschränkt hilfreich. Eine rasche Identifikation, Resistenztestung und zeitnahe Therapie sollten angestrebt werden.

STUDIE 9

Seroprävalenz von Herpesviren und anderen Erregern bei Kindern und Jugendlichen in Österreich

by Anna Sophia Leser | Daniela Kohlfürst | Daniela Ingrid Sperl | Christoph Koidl | Evelyn Stelzl | Volker Strenger | Medizinische Universität Graz | Klinische Abteilung für pädiatrische Hämato-Onkologie, Medizinische Universität Graz | Klinische Abteilung für pädiatrische Hämato-Onkologie, Medizinische Universität Graz | Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz | Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz | Klinische Abteilung für allgemeine Pädiatrie, Medizinische Universität Graz

Hintergrund: Herpesviren und andere Erreger persistieren nach Primärinfektion lebenslang im menschlichen Organismus. Das Vorhandensein von spezifischen IgG-Antikörpern (Seropositivität) weist auf die bereits erfolgte Primärinfektion und die Möglichkeit einer Reaktivierung hin, welche insbesondere unter Immundefizienz – z. B. im Rahmen einer antineoplastischen Therapie – erfolgen kann. Die Seroprävalenz hängt von sozio-ökonomischen und regionalen Gegebenheiten ab. Entsprechende Daten für österreichische Kinder und Jugendliche liegen bislang nicht vor.

Methodik: Es wurden serologische Laborbefunde retrospektiv ausgewertet, welche bei pädiatrischen hämato-onkologischen Patient*innen aus dem Zeitraum 2014 bis 2024 vor Therapiebeginn erhoben wurden.

Erhoben wurden erregerspezifische IgG-Antikörpertiter gegen Cytomegalievirus (CMV), Epstein-Barr-Virus (EBV), Herpes-simplex-Virus Typ 1 und 2 (HSV-1/2),

Parvovirus B19 (PVB19), Varizella-Zoster-Virus (VZV), Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6) sowie *Toxoplasma gondii*. Zusätzlich wurde eine altersstratifizierte Analyse anhand der Altersgruppen <1, 1–5, 6–9, 10–13, 14–18 Jahre durchgeführt.

Für die statistische Auswertung wurde IBM SPSS Statistics verwendet.

Ergebnisse: Es wurden 385 Patient*innen eingeschlossen. Das mediane Alter bei Diagnosestellung lag bei 8 Jahren (IQR: 3,0–13,0). Bezüglich der allgemeinen und altersspezifischen Seroprävalenz siehe Tabelle und Abbildung 1.

Bei EBV, HHV-6, HSV-1/2, PVB19 sowie VZV zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied der Seroprävalenzen zwischen den Altersgruppen (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,05$), wobei die höchste Prävalenz überwiegend bei den 14–18-jährigen beobachtet wurde (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1B).

Diskussion: Unsere Daten wurden bei pädiatrischen hämato-onkologischen Patient*innen vor Therapiebeginn erhoben. Während die Fragestellung für dieses Patient*innen-Kollektiv von besonderer Bedeutung ist, ist ein Unterschied der Seroprävalenz zur Allgemeinbevölkerung möglich, jedoch nicht unbedingt zu erwarten.

Zu beachten ist, dass IgG-Antikörper, welche bei Kindern in den ersten Lebensmonaten nachgewiesen werden, häufig diaplazentar übertragenen, maternalen Antikörpern entsprechen, sodass die beschriebene Seroprävalenz in der Altersgruppe <1 Jahr nicht die Prävalenz bereits durchgemachter Primärinfektionen darstellt.

Erwartbar ist der Anstieg der Seroprävalenz mit zunehmendem Alter, interessant ist die unterschiedliche Dynamik mit Zunahme der Seroprävalenz in den frühen Lebensjahren bei CMV und HHV-6 sowie allmählicher Zunahme bei den übrigen Viren.

STUDIE 10

Causes and Consequences of Elevated C-Reactive Protein as a Trigger for Infectious Diseases Consultations

by Dany Mady | Medizinische Universität Graz

Background: Despite its limited standalone diagnostic value, elevated C-reactive protein (CRP) levels frequently prompt requests for infectious diseases (ID) consultations. It is unclear which CRP patterns lead to such consultations, which diagnostic or therapeutic consequences ensue, what proportion can be directly clarified by consultation, and which etiologies are ultimately identified.

Methods: In a retrospective single-center analysis, 200 randomly selected ID consultations were examined. All consultations were requested between July 2021 and June 2024 solely due to elevated CRP levels in the absence of clinical correlates. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: ID co-management was most requested for CRP levels above 100 mg/L (69%) and in the presence of rising kinetics (73.5%). In contrast, consultations were requested in 3% of cases due to isolated CRP elevation and in 23.5% due to lack of CRP decline. 18% of cases could be clarified on the same day by consultation. Most often, no radiological diagnostic measure was recommended (58%), followed by one measure (32.5%). Microbiological recommendations were more heterogeneous: 0 measure was advised in 27.5% of cases, while about 15% each received recommendations for 1–4 diagnostic tests. Anti-infective therapy was modified in 76% of cases. A cause was retrospectively identified in 142 cases (71%), including 132 infectious (66%) and 10 non-infectious (5%) etiologies; in 58 cases (29%), the etiology remained unclear. No statistically significant associations were found between CRP level or kinetics and diagnostic recommendations, therapeutic decisions, or final etiology.

Conclusion: CRP kinetics appear more relevant than absolute levels in triggering ID consultations, as co-management occurred even at values below 100 mg/L, particularly with rising trends. The concordance between confirmed infectious etiologies and therapy modifications supports appropriate ID assessment. These findings highlight the need for standardized diagnostic strategies in cases of isolated rising CRP.

STUDIE 11

Diagnostic stewardship in the one health context: The first online survey in German speaking countries in humane and veterinary medicine

by Heenemann Kristin¹ | Ceruti Arianna² | Schneitler Sophie³ | Dornaika Anna⁴ | Abd El Wahed Ahmed² | Bischoff Jenny⁵ | Knaack Dennis⁶ | Kotsias-Konopelska Sarah⁷ | Schneitler Viktoria⁸ | Toepfner Nicole⁹ | Wienemann Tobias⁸ | Joean Oana¹⁰ | Siegel Martin¹¹ | Pikalo Jutta¹² | ¹Institute of Virology, Faculty of Veterinary Medicine, University of Leipzig, An den 10 Tierkliniken 29, 04103 Leipzig, Germany | ²Institute of Animal Hygiene and Veterinary Public Health, Faculty of Veterinary Medicine, University of Leipzig, An den Tierkliniken 1, 04103 Leipzig, Germany | ³Institute for Medical Microbiology, Immunology and Hygiene, University Hospital Cologne, Goldenfelsstraße 19-21, 50935 Cologne, Germany | ⁴Institute for Hygiene and Public Health, University Hospital Bonn, Venusberg Campus 1, 53127 Bonn, Germany | ⁵Institute of Animal Hygiene and Veterinary Public Health, Faculty of Veterinary Medicine, University of Leipzig, An den Tierkliniken 1, 04103 Leipzig, Germany | ⁶Department of Internal Medicine I, University Hospital Bonn, Venusberg Campus 1, 53127 Bonn, Germany | ⁷Competence Center Microbiology and Hygiene, St. Franziskus-Hospital Muenster, Hohenzollernring 70, 48145 Muenster, Germany | ⁸Charité University Medicine Berlin, Institute of International Health, Charité Center for Global Health, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany | ⁹Institute of Medical Microbiology and Hospital Hygiene, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Germany | ¹⁰Department of Pediatrics, Faculty of Medicine and University Hospital Carl Gustav Carus, Technical University Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Germany | ¹¹Institute of Medical Microbiology and Hospital Hygiene, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Germany | ¹²Department of Respiratory Medicine and Infectious Diseases,

Hannover Medical School, Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Germany | ¹¹General Economics, Health Economics and Econometrics, University of Greifswald, Friedrich-Loeffler-Straße 70, 17489 Greifswald, Germany | ¹²Institute of Parasitology, University of Veterinary Medicine Vienna, Veterinärplatz 1, 1210 Vienna, Austria

Background: Diagnostic stewardship aims to provide patients with timely and appropriate tests to optimize results, improve antibiotic use, combating multidrug-resistant organisms, and reduce unnecessary diagnostics and costs. In the context of the global antimicrobial resistance rise requiring a “One Health” approach, we surveyed German-speaking healthcare and veterinary professionals, and laboratory staff to identify clinician-laboratory interface challenges.

Materials and Methods: An open online survey was conducted via Lime Survey®. An interdisciplinary group of the German ‘Network Young Infection Medicine’ (JUNITE) created a questionnaire to evaluate knowledge, practices, and perceived diagnostic procedure improvement needs in infectious diseases. The survey, with 166 questions across 17 domains, was active from October 2022 to July 2023.

Results: We analyzed 2,464 (71.5%) fully completed responses. A total of 372 participants (15.1%) were identified as sample recipients, predominantly physicians (n=166, 44.6%) with more than a decade of professional experience, followed by medical technicians (n=96, 25.8%) and veterinarians (n=71, 19.1%). Over 60% of respondents indicated a need for support in ordering or performing infectious disease diagnostics. The need for improved communication between clinicians and microbiology laboratories was evident, with veterinarians expressing fewer needs for improvement than human healthcare workers. Uncertainties related to swab tests was indicated most often in both disciplines.

Conclusion: Our study underscores the necessity for optimized communication between clinicians and microbiology laboratories in human and veterinary medicine. Strengthening interprofessional collabora-

tion is essential to advance diagnostic stewardship and ensure timely, accurate, and efficient patient care.

STUDIE 12

Abwasserbasiertes Monitoring von Polioviren als Ergänzung zur AFP-Surveillance und EV-Surveillance in Österreich

by Birgit Prochazka | AGES, IMED Wien, Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene

B.Prochazka¹, G. Avarappatt¹, S. Pleininger¹, A. Indra¹ Poliomyelitis ist eine hochinfektiöse Erkrankung, die durch Polioviren verursacht wird und zu Lähmungen führen kann. Während Wildtypen 2 und 3 weltweit eradiziert sind, treten weiterhin Infektionen durch Wildtyp 1 sowie zirkulierende, impfstoffabgeleitete Polioviren (cVDPV) auf. Die Überwachung erfolgt primär über die AFP-Surveillance und Enterovirus-Surveillance. Eine Überwachung von Polioviren mittels Abwasseranalysen als Frühwarnsystem stellt vor allem in Polio-freien Ländern eine gute Ergänzung zu den bisher bestehenden Surveillance Systemen dar, da auch asymptomatisch infizierte Personen Polioviren über Wochen im Stuhl ausscheiden und dadurch ein Nachweis im Abwasser möglich ist, noch bevor erste Krankheitsfälle auftreten.

Im Rahmen eines Pilotprojekts etablierte die Nationale Referenzzentrale für Polioviren (AGES Wien) eine WHO-konforme Methode zur Poliovirus-Detektion in Abwasserproben. Über sechs Monate wurden 18 Proben aus drei österreichischen Kläranlagen untersucht. Nach Konzentrierung und Virusanzucht erfolgte die molekularbiologische Typisierung mittels rRT-PCR ITD und VP1 Sequenzierung. Insgesamt wurden 15 Enterovirus-Isolate identifiziert, darunter ein Sabin-like Poliovirus Typ 1 (SL1) sowie mehrere Non-Polio-Enteroviren (ECHO 3, ECHO 11). Das SL1-Isolat zeigte eine stille Punktmutation in der VP1-Region, ohne Hinweis auf vakzinabgeleitete Polioviren (vDPV). Der Nachweis eines Impfvirus erfordert keine Maßnahmen, da OPV (oraler Polioimpfstoff) weiterhin global eingesetzt wird.

Das Pilotprojekt bestätigt die Machbarkeit der Abwasserüberwachung als ergänzendes Instrument zur

Polio-Surveillance in Österreich und unterstreicht den Potenzial als Frühwarnsystem.

STUDIE 13

Fungal lipids as putative relevant parameter for pancreatic cancer

by Dina Aly | Cornelia Speth | Cornelia Lass-Flörl | Manuel Maglione | Günter Rambach | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Department of Visceral, Transplant, and Thoracic Surgery, Medical University of Innsbruck | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria

Background: The yeast *Malassezia globosa* is hypothesized to contribute to Pancreatic Ductal Adenocarcinoma (PDAC) by infiltration of the pancreas and induction of a pro-carcinogenic complement-driven inflammation. Since *Malassezia* is characterized by a unique thick lipid layer, shaping of the fungal lipid content by the pancreatic environment might be critical for fungal viability and interaction with complement. **Objectives:** (1) to assess the lipid content of *Malassezia globosa* in pancreatic environment, i.e. in the presence of digestive enzymes and during growth under low oxygen conditions (2) to study the effect of pancreas-driven lipid modification on *Malassezia* viability and fungal interaction with the complement system.

Methods and Results: Lipid content of *Malassezia globosa* was examined by using a specific lipid stain followed by flow cytometry. It could be shown that the fungal lipid content is significantly reduced in the presence of pancreatic enzymes as monitored by incubation with human pancreatic juice, murine pancreatic homogenate, pancreatin, or purified pancreatic lipase. Similarly, *Malassezia* growth under reduced oxygen concentrations as found in the pancreas and even more pronounced in PDAC resulted in lower lipid levels in the fungal cells. Surprisingly,

the reduction of *Malassezia* lipid content was not associated with a decrease in fungal viability, as monitored by resazurin viability assays and by growth assays on fresh pig pancreatic tissue.

Furthermore, the interaction between *Malassezia* and the complement system was not affected, since the opsonization of the fungal cells with C3 fragments was not altered.

Conclusions: The pancreatic environment with its digestive enzymes and reduced oxygen concentration decreases the lipid content of *Malassezia globosa*. However, fungal viability is not affected, indicating that *Malassezia* can survive in the pancreas and exert its pro-carcinogenic functions. In addition, complement activation by *Malassezia* is still effective, a pre-requisite for the hypothesized chronic inflammation to fuel tumor progression.

STUDIE 14

Effect of cytostatic drugs on Malassezia globosa as putative co-factor for the progression of Pancreatic Ductal Adenocarcinoma

by Katharina Nötzold | Sophie Mühlmann | Fabienne Nocera | Arno Amann | Manuel Maglione | Nadia Parth | Günter Rambach | Cornelia Speth | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | University Hospital for Internal Medicine V, Medical University of Innsbruck | Department of Visceral, Transplant, and Thoracic Surgery, Medical University of Innsbruck | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria | Institute of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria

Background: The yeast *Malassezia* is hypothesized to essentially contribute to Pancreatic Ductal Adenocarcinoma (PDAC) by induction of a chronic complement-driven inflammation. Thus, reduction of fungal

¹ AGES – Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Wien

viability is promising to improve the prognosis of PDAC patients. Besides antimycotic drugs the selection of those cytostatics that harbor a side-effect on fungal viability might be effective.

Objectives: (1) to compare the efficacy of cytostatics commonly given to PDAC patients to interfere with viability of *Malassezia globosa*; the cytostatics are tested both as mono- and combination therapy (2) to monitor whether pre-incubation of *Malassezia* with cytostatics modulates the surface and thus the interaction with the complement system.

Methods and Results: As *Malassezia* is a eukaryotic organism, cytostatic drugs might also reduce its proliferation. Cultivation of *Malassezia* in presence of 5-fluorouracil (5-FU) resulted in significantly decreased proliferation and viability of the fungus as well as in lower opsonization by the complement system. This effect was also visible when *Malassezia* was incubated in murine pancreas homogenate in order to simulate a pancreatic environment. Even low 5-FU concentrations were effective against *Malassezia*. The long-term effect of 5-FU was also evaluated since cytostatic therapy lasts at least 3 weeks. No adaptation of the fungus was observed; the inhibitory effect of 5-FU was even more pronounced after 2 weeks. The antifungal efficacy of 5-FU depends on oxygen concentration, since anoxia that is typical for PDAC tissue modulated the 5-FU effect. A combination of 5-FU with oxaliplatin and irinotecan did not further enhance the fungal inhibition. Gemcitabine or cisplatin did not exert any effect on fungal proliferation.

Conclusions: Cytostatic drugs can not only target the tumor cells of PDAC patients but also interfere with the viability of *Malassezia* and thus eliminate this pro-carcinogenic trigger. In addition, fungal induction of the chronic complement-driven inflammation that fuels tumor progression might be reduced.

STUDIE 15

TBE vaccine awareness, uptake, and risk perceptions in Austria and comparison to survey results from 15 European countries

by Martin Zurl | Pfizer

Introduction: Tick-borne encephalitis (TBE) is a serious disease causing central nervous system inflammation and possible long-term effects in people of all ages. Incidence has risen across Europe, including Austria. This study examined TBE awareness and vaccine uptake in Austria in 2024 compared to 14 other European countries and explored how past vaccine uptake related to TBE hospitalizations.

Methodology: A 2024 survey in 15 European countries with 39,675 respondents representing 118,652 household members assessed TBE awareness, vaccine uptake, compliance, knowledge, and risk perception. In Austria, 3,065 respondents representing 8,448 household members participated. Data were weighted for national representation. Additionally, annual TBE case numbers since 1979 and historic vaccine uptake were reviewed.

Results: 73% of Austrians were aware of TBE, and 76% were aware of the TBE vaccine – higher than the country averages of 69% and 60%. In Austria, 81% received at least one vaccine dose and 52% considered TBE severe (country averages: 43% and 56%). Carinthia led in awareness and uptake. Among Austria's vaccinated population, 51% completed the primary schedule and 47% received a first booster – the latter number being the highest among surveyed nations. At the time of the survey, 33% of vaccinated Austrians were considered currently "protected" (= at least 2 doses and on schedule). Of those vaccinated in Austria, 78% thought they followed recommended vaccination schedules, but only 43% actually did. Historical data show TBE cases dropped as vaccination increased in the 1980s and 1990s, but recent declines in vaccine uptake have coincided with rising cases since 2018.

Conclusion: Vaccination is the most effective measure against TBE per WHO, with high effectiveness across age groups. Austria leads in vaccine awareness and uptake, but up-to-date coverage has fallen and hospitalizations have increased since 2018. Improved efforts are needed to boost vaccine uptake and reduce TBE cases.

FÜR DIE PRÄSENTATION IM RAHMEN DER „CLINICAL GRAND ROUNDS“ ZUGELASSENE FÄLLE

FALL

Chronisches Q-Fieber bei purulenter Arthritis des Kiefergelenkes und ausgedehnte thorakale Abszessbildung

by Lechner Arno M. | Univ.-Institut für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Salzburg
Eine 43-jährige Frau wurde im Juli 2024 wegen eines indolenten Empyems des linken Kiefergelenkes (Abbildung 1) zur chirurgischen Versorgung stationär aufgenommen. Die Patientin war afebril, im Labor zeigte sich außer einer mäßigen Erhöhung des CRP-Wertes kein wesentlicher pathologischer Befund. In der MRT kam eine Arthritis des linken Kiefergelenkes und ein 4,2 cm messender Abszess zwischen Subcutis und dem Musculus masseter zur Darstellung, ebenso osteomyelitische Veränderungen des Caput mandibulae. Bakteriologische Kulturen von Pus und Gewebe blieben negativ. In weiterer Folge entwickelte sich links retromandibulär eine persistierende Fistel und rechts thoracolateral ein etwa 14 cm messender Abszess, der die Subcutis, die 7. und 8. Rippe sowie die rechte parietale Pleura (Abbildung 2) miteinbezog. Im Rahmen mehrfacher chirurgischer Interventionen konnte auch diesmal weder kulturell, noch molekularbiologisch, noch histologisch ein Erreger identifiziert werden. Mehrfache empirische antibiotische Therapien blieben erfolglos.

In der weiterführenden Anamnese wurde 2011 ein Lupus erythematoses mit einem hoch positivem Wert für IgG-antinukleäre Antikörper und anti-DNA festgestellt und eine 2 Jahre später auftretende aseptische Meningitis mit bilateraler Dissektion der Aa. vertebrales damit in Zusammenhang gebracht. Im Oktober 2024 erfolgte aufgrund der beruflichen Tätigkeit als Landwirtin eine serologische Testung auf *Coxiella burnetii*, welche im indirekten Immunfluoreszenztest ein positives Ergebnis erbrachte. Engmaschiges serologisches Monitoring zeigte einen 4-fachen Anstieg des Phase I IgG-Titers auf 1:2048,

was mit dem Befund einer persistierenden Infektion durch *Coxiella burnetii* korrelierte. Weitere Organmanifestationen von Q-Fieber wurden ausgeschlossen.

Es folgte eine antimikrobielle Therapie unter Anwendung von Doxycyclin und Hydroxychloroquin in Kombination mit engmaschiger Wundversorgung, was letztlich zu vollständigem und reizlosem Abheilen der Abszessbildungen führte.

Bei vergleichbaren Fällen mit durchwegs negativen mikrobiologischen Resultaten sollte bei entsprechendem Expositionsrisiko Infektionen durch *Coxiella burnetii* differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Weiters können bei akutem Q-Fieber autoimmunologische Marker wie antinukleäre Antikörper auftreten, die als Manifestation eines Lupus erythematoses wie bei der dargestellten Patientin missinterpretiert werden könnten.

FALL

Eine hepatologische Blickdiagnose

by Lukas Antonitsch | Christine Pahr | Thomas-Matthias Scherzer | Danube Private University; Universitätsklinikum Wiener Neustadt | Universitätsklinikum Wiener Neustadt | Danube Private University; Universitätsklinikum Wiener Neustadt

Die syphilitische Hepatitis ist eine seltene Manifestation der sekundären Syphilis, die vorwiegend nicht ikterisch verläuft. Wir berichten einen Fall der über eine hepatologische Spezialambulanz diagnostiziert und behandelt worden ist.

Der 52j. Patient wurde aus einem peripheren Spital zugewiesen. Eine stationäre Abklärung des gemischt hepatitisch-cholestatischen ikterischen Krankheitsbilds inklusive Serologie auf typische Lebererkrankungen; mehrfache Schnittbildgebung; Endoskopien und Leberbiopsie; ergab außer unspezifischer Proktitis und granulomatöser, hepatozellulärer und kanalikulärer Cholestase in der Leberbiopsie (verdächtig auf

medikamentös-toxische Genese, Anhang) keine klare Diagnose.

Auf Nachfrage berichtete der Patient von einer Reise nach Portugal zu Erholungszwecken („Speedtrack“-Seifenkisten-Rennen). Zwei Wochen danach sei ein makulopapulöses Exanthem aufgetreten und im Gefolge das ikterische Krankheitsbild. Er verneinte Tier- und Sexualkontakte, Süßwasserkontakt oder -genuss, sowie Krankheitszeichen während der Reise. Eine fokussierte körperliche Untersuchung des weiterhin ikterischen Patienten zeigte das Exanthem eindrucksvoll an den Handflächen (Anhang).

Ein dringender Vd. a. Syphilis konnte molekularbiologisch und serologisch bestätigt werden. Ein Screening auf weitere sexuell übertragbare Erkrankungen zeigte sich negativ. Initial zeigten sich folgende Werte: TPHA 1 : 10240; TP-IgG 1 : 1000; TP-IgM 1 : 100; Cardiolipin AK (PRP) 1 : 32 (TP=*Treponema pallidum*, HA=Hämagglutination, PRP=Rapid Plasma Reagin). Der Patient erhielt 3x2 Dosen TARDOCILLIN (R) im wöchentlichen Abstand, initial unter Prednisolon und XYZALL (R). Schon nach der ersten Dosis zeigte sich ein rapider Abfall des Bilirubinwertes und klinischer Rückgang des Ikterus. Der Patient erinnerte sich nun doch an mehrere Sexualkontakte.

Nach 6 Monaten zeigte sich, bei normalisierten Bilirubin, nebst nach neuerlich angestiegener, fast normalisierter GPT (Anhang) in der Serologie: TPHA 1 : 1280; TP-IgG 1 : 400; TP-IgM <1 : 10; PRP 1 : 2. Elastographisch (SWE) zeigten sich stabile bzw. regrediente Verhältnisse (8kPa versus 8.9kPa bei Ikterus). Die 12-Monatskontrolle ist zum Zeitpunkt des Kongresses noch ausständig.

Unser Fall zeigt eine seltene syphilitische Hepatitis, sogar mit ikterischen Verlauf. Bei europaweit steigenden Fallzahlen ist auch bei atypischen Präsentationen an die Diagnose zu denken um eine weitere Ausbreitung einzudämmen.

FALL

Junge Patientin mit anhaltenden Kopfschmerzen nach Sommer-Kurzaufenthalt in Bibione

by Markus Hell | Alexander Wörtz | Andrea Szedenik-Geier | Kardinal Schwarzenberg Klinikum Schwarzach | Neurologie, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Schwarzach | Pathologie, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Schwarzach

Wir beschreiben den Fall einer 37-jährigen Patientin die im Sommer 2025 in ihrem Heimatspital mit klinischen Zeichen einer subakuten Meningitis wiederholt vorstellig wurde. Wegen Persistenz der klinischen Symptomatik wurde die Patientin an das nächstgelegene Schwerpunktkrankenhaus mit neurologischer Abteilung zur weiteren Abklärung überwiesen. Der klinischer Verdacht eine subakuten Meningitis konnte dort im Rahmen der stationären Aufnahme bestätigt werden. Anamnestisch auffällig war eine rezente diagnostizierte pulmonale Sarkoidose als Grunderkrankung, die mit oralen Kortikosteroiden seit 6 Wochen anbehandelt war. Die sonstige Anamnese bzgl. Risikofaktoren und Dispositionen war unauffällig bis auf den Kurzaufenthalt in Bibione, dem primär keine Beachtung geschenkt wurde. Die infolge durchgeführte Liquorpunktion zeigte im Multiplex-PCR Verfahren, im Gram-Präparat und im Kulturverfahren Hinweise auf *Cryptococcus neoformans*, die in der Referenzzentrale des RKI bestätigt wurden. Die systemische Cortisontherapie wurde vorübergehend pausiert und eine antimykotische Therapie mit liposomalen Amphotericin B plus hochdosiertem intravenösem Fluconazol unverzüglich eingeleitet. Diese Therapie zeigte rasche Wirksamkeit und wurde gut toleriert. Eine Liquorkontrollpunktion 14 Tage später zeigte mit allen Methoden eine vollständige clearance des Erregers. Eine orale Folge-erhaltungstherapie erfolgte mit stufenweise dosis-reduziertem Fluconazol für 6 Monate. Darunter blieb die Patientin anhaltend klinisch stabil und neurologisch unauffällig. Wir hypothetisieren eine möglich Taubenkotexposition im Appartement-haus in Bibione als ursächliche Quelle des Erregers.

FALL

Osteolytische Rippenläsion – Tumor oder was sonst?

by Lena Jucho | Sophie Hofer | Francesco Burkert | Ilse Laimer | Günter Weiss | Universitätsklinik, Department für Innere Medizin II, Innsbruck | Universitätsklinik, Department für Innere Medizin II, Innsbruck | Universitätsklinik, Department für Innere Medizin II, Innsbruck | Universitätsklinik, Department für Neurochirurgie, Innsbruck | Universitätsklinik, Department für Innere Medizin II, Innsbruck

Eine 69-jährige Patientin stellt sich mit seit mehreren Wochen bestehenden linksseitigen Rippenschmerzen vor. Klinisch besteht keine B-Symptomatik, die Bildgebung zeigt eine osteolytische Läsion der sechsten Rippe mit tumorverdächtigen Kriterien. Laborchemisch finden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten, die Entzündungsparameter sind nicht erhöht, es zeigt sich lediglich eine milde Eosinophilie. In der Folge zweimalig durchgeführte CT-gezielte Punktionen schließen eine Neoplasie, insbesondere ein Osteosarkom und Tumormetastasen aus. Auch der initiale Verdacht auf eine hämatologische Grunderkrankung bestätigt sich nach unauffälliger Knochenmarkspunktion nicht. Histologisch zeigt sich am ehesten eine granulomatöse, nekrotische Entzündung, jedoch ohne fassbare Ursache.

Aufgrund persistierender Beschwerden und weiterhin unklarer Genese erfolgt eine Thorakoskopie mit Probeexzisionen aus der Raumforderung, wobei sich unerwartet auch eine Abszessformation entleert. Die anschließend durchgeführte mikrobiologische Diagnostik, einschließlich der Untersuchung auf Mykobakterien, ergibt ebenso wie die serologische Erregerdiagnostik keinen wegweisenden Befund. Im interdisziplinären Rundherdboard wird schließlich die operative Entfernung der Raumforderung empfohlen. Im Rahmen einer Thorakotomie werden die sechste Rippe, Pleuraanteile und ein kleiner Teil des Lungenparenchyms reseziert. Die Histopathologie ergibt erneut keinen richtungsweisenden Befund. Postoperativ bleibt die Patientin für mehrere Monate weitgehend beschwerdefrei.

Schließlich treten erneut starke Schmerzen auf, und die Bildgebung zeigt nun beim benachbarten Wirbelkörper BWK6 osteolytische Veränderungen mit Bedrängung des Spinalkanals. Im Rahmen der neurochirurgischen Vorstellung erinnert sich die behandelnde Ärztin an einen vergleichbaren Fall und erwägt erstmals eine parasitäre Genese. Es folgt die neurochirurgische Sanierung, wobei sich bei Eröffnen der Tumorkapsel erneut Eiter entleert. Die gezielt veranlasste PCR fällt positiv für *Echinococcus multilocularis* aus. Entsprechend wird eine Albendazoltherapie eingeleitet. In der weiterführenden bildgebenden Diagnostik zeigen sich weder zusätzliche zystische Formationen noch residuale Läsionen.

Von Symptombeginn bis zur Diagnose und definitiven Therapieeinleitung vergingen rund 18 Monate. Der Fall verdeutlicht somit die diagnostische Herausforderung einer alveolären Echinokokkose ohne typische Organmanifestation und kann als wertvolle Anregung dienen, diese seltene Differenzialdiagnose bei unklaren, tumorverdächtigen Knochenläsionen künftig zu berücksichtigen.

FALL

When Rats, Livestock, Fish and Humans Meet: A One Health Case of Icteric Leptospirosis (Weil's Disease)

by Matthias J Neuboeck | Johannes Eimer | Silvia Taurian | Daniela Schmid | Helmut JF Salzer | Kepler Universitätsklinikum Linz | Kepler Universitätsklinikum Linz | Kepler Universitätsklinikum | Abteilung für Infektionsdiagnostik und Infektionsepidemiologie Meduni Wien | Ignaz Semmelweis Institut

Background: Zoonotic infections at the human-animal-environment interface remain an important and often underrecognized cause of severe sepsis in industrialized countries. Leptospirosis exemplifies a One Health disease in which occupational, environmental, and animal exposures intersect and may lead to life-threatening organ dysfunction.

Case Report: A 62-year-old man from Upper Austria without relevant medical history was brought to hospital by an emergency physician because of early

sepsis after a prodromal phase of two to three days with mild flu-like symptoms and intermittent chills. Due to signs of right ventricular strain, progressive exhaustion, increasing oxygen demand, markedly elevated inflammatory markers (C-reactive protein 50 mg/dL), and acute kidney injury with a serum creatinine of 7 mg/dL, he was intubated and admitted to the intensive care unit. Initial diagnostic work-up, including CT of the chest and abdomen, swab testing for seasonal respiratory viruses, and blood, urine, and bronchial cultures, revealed no identifiable infectious focus.

Under empirical antibiotic therapy with piperacillin/tazobactam and supportive treatment including haemodialysis, the patient initially stabilized. However, the evolving clinical picture, now characterized by jaundice, renal failure, and fulminant sepsis, promp-

ted additional molecular and serologic testing, both confirming icteric leptospirosis (Weil's disease). Ceftriaxone was initiated, resulting in further clinical improvement. Transient impaired color vision and downbeat nystagmus occurred without correlating findings on cerebral MRI and resolved completely after a short course of prednisolone, suggesting an immune-mediated mechanism.

The patient had multiple relevant exposures, including livestock contact, residence in an old house near a freshwater stream with recurrent rat sightings, regular fishing, and occupational exposure as a butcher.

Conclusion: This case highlights severe leptospirosis as a paradigmatic One Health condition in which environmental, animal, and occupational factors converge. Awareness of such exposure patterns is essential for timely diagnosis, even in low-incidence regions.

FÜR DIE „POSTERBEGEHUNG“ ZUGELASSENE FÄLLE

FALL 1

Da steckt der Wurm drin... oder doch nicht?

by Thomas Ambrus | Sabine Koppelstätter | Alexander Tschoner | Francesco Burkert | Günter Weiss | Univ. Klinik für Innere Medizin II, Innsbruck, Österreich | Univ. Klinik für Innere Medizin II, Innsbruck, Österreich | Univ. Klinik für Innere Medizin I, Innsbruck, Österreich | Univ. Klinik für Innere Medizin II, Innsbruck, Österreich | Univ. Klinik für Innere Medizin II, Innsbruck, Österreich

Ein 21-Jähriger Mann somalischer Herkunft (seit 2023 in Österreich) stellt sich mit Fieber, Aszites, anhaltender Gastroenteritis seit mehreren Wochen und Gewichtsverlust in der Notaufnahme vor.

Bei erhöhten Infektionsparametern erfolgt eine diagnostische Aszitespunktion, Abnahme von Blutkulturen und der Beginn einer empirischen antibiotischen Therapie mit Unasyn. Im CT zeigen sich neben dem Aszites, auch ein Perikarderguss, sowie geringe Pleuraergüsse beidseits im Sinne einer Polyserositis. Bildgebend bestehen keine Lymphadenopathie und auch

kein sicherer Hinweis für eine Tuberkulose.

Im Aszitespunktat kann eine SBP ausgeschlossen werden, es zeigt sich ein lymphozytenreiches Punktat ohne Anhalt für Malignität. Wegen persistierender Übelkeit und Malabsorptionszeichen wird eine Gastro-/Koloskopie durchgeführt. Histologisch zeigt sich eine milde Gastritis mit *Helicobacter pylori*-Nachweis, sowie eine mäßiggradige Entzündung im ösophago-gastralen Übergang, wiederum ohne Hinweis auf Malignität. Die Koloskopie, sowie die molekularpathologische Diagnostik, ergeben keinen Hinweis auf eine intestinale Tuberkulose.

Ein HIV-Test, eine Hepatitisserologie, sowie ein Quantiferon-Test bleiben negativ. Auch eine Erweiterung der antibiotischen Therapie um Doxycyclin und spätere Umstellung auf Levofloxacin zeigen weder ein laborchemisches noch klinisches Ansprechen.

Ergänzend erfolgt eine serologische Abklärung auf parasitäre Erkrankungen mit positiven Antikörpern gegen Strongyloides, Schistosoma und Leishmania infantum, bei jedoch negativem Parasiten-, Harn- und

Stuhlnachweis, sowie unauffälliger Histopathologie. Dennoch wird ein Therapieversuch mit Praziquantel und Eskazole, sowie eine *H. pylori*-Quadrupeltherapie durchgeführt, worunter sich die klinischen Beschwerden, Entzündungsparameter und die Polyserositis bis zur Entlassung nahezu vollständig zurückbilden.

Nach 2 Wochen wird der Patient erneut an der Notaufnahme vorstellig, wieder mit Gastroenteritis, Beinödemen und erstmalig mit einer deutlichen Transaminasenerhöhung. Sonographisch zeigt sich in der Leber kein Korrelat, lediglich ein verdicktes Peritoneum ist nebenbefundlich auffallend. Eine peritoneale Stanzbiopsie ergibt zunächst keinen wegweisenden Befund. Eine Wiederholung der Biopsie des Peritoneums bestätigt jedoch schlussendlich den V. a. abdominelle Tuberkulose. Unter der Vierfachtherapie (INH, RMP, EMB, PZA, Amikacin) kommt es schließlich zu einer deutlichen und anhaltenden Beschwerdebesserung.

FALL 2

Molecular Identification of Macrolide Resistance in *Mycoplasma pneumoniae*: A Paediatric Case in Austria

by Habib Benainouna | Geisler-Moroder Daniel | Hamsheri Mahmud | Institut für Virologie Innsbruck | Institut für Virologie Innsbruck | Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck

A 15-year-old adolescent, originally from China and living in Innsbruck, Austria, was admitted with a four-day history of worsening respiratory symptoms, including fever (38.3°C), nocturnal productive cough, headache, and fatigue. Chest radiography showed bilateral diffuse infiltrates with bronchial wall thickening. Laboratory tests revealed a normal white blood cell count and elevated C-reactive protein (CRP 6.8 mg/dL; <0.5 mg/dL). The patient required hospitalization due to hypoxaemia and supplemental oxygen therapy. Intravenous ampicillin was started, followed by azithromycin to cover atypical pathogens, including *Mycoplasma pneumoniae*. A respiratory PCR panel confirmed *M. pneumoniae* infection; cultures

remained sterile. By day 5, the patient showed no improvement despite dual therapy, with persistent fever, cough, and oxygen requirement (1 L/min day; 2 L/min night). cefalexin (cephalosporin) replaced ampicillin. On day 10, empirical doxycycline (2–4 mg/kg/day) was initiated, replacing cefalexin, leading to clinical improvement. The patient was discharged afebrile, with normalized CRP and markedly reduced cough.

Retrospective molecular analysis revealed an A2063G point mutation in the 23S rRNA gene, conferring high-level macrolide resistance. This mutation was identified using a newly implemented molecular assay for macrolide-resistance detection in our laboratory and was found in 1 of 24 *M. pneumoniae*-positive specimens tested. This case underscores the potential under-recognition of macrolide-resistant *M. pneumoniae* in Europe, particularly strains originating from regions with high resistance rates, such as China and South Korea (90–100%), compared with Europe (1–26%). PCR-based detection of 23S rRNA mutations, still infrequently used in routine clinical practice, enables timely adjustment of therapy, with doxycycline remaining an effective alternative in pediatric patients. Travel and contact history are clinically relevant, as asymptomatic exposure (e. g., contact with a traveler from an endemic region) may facilitate the introduction of resistant strains. Enhanced surveillance for macrolide resistance in Austria is warranted to guide empiric therapy and optimize outcomes.

FALL 3

The Tuberculous Cocoon: When a Water Balloon becomes a Constrictive Threat

by Johannes Eimer | Matthias Neuböck | Silvia Taurian | Hannah Rohringer | Jörg Kellermaier | Helmut Salzer | Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin 4 – Pneumologie, Kepler Universitätsklinikum, Linz | Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin 4 – Pneumologie, Kepler Universitätsklinikum, Linz | Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin 4 – Pneumologie, Kepler

Universitätsklinikum, Linz | Klinik für Innere Medizin 1 – Kardiologie und Intern. Intensivmedizin | Klinik für Innere Medizin 1 - Kardiologie und Intern. Intensivmedizin | Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin 4 – Pneumologie, Kepler Universitätsklinikum, Linz

Background: Tuberculous pericarditis is the primary cause of pericardial effusions in high-prevalence settings but rare in developed countries. It is associated with significant morbidity and mortality. Here, we report a case of severe tuberculous pericarditis complicated by cardiac tamponade and constrictive heart failure.

Case report: A 55-year-old previously healthy male of Turkish origin presented to another hospital with a history of chest pain, dyspnea and fever. A large, hemodynamically significant pericardial effusion was diagnosed (Fig. 1A). Pericardial drainage revealed a lymphocytic effusion. Neither acid-fast bacilli nor mycobacterial DNA were detected. A comprehensive workup for other infectious, autoimmune and malignant etiologies was unremarkable. Partial remission of the inflammatory picture was achieved with colchicine, NSAID and ampicillin-sulbactam. The patient was discharged but readmitted a week later with recurrent symptoms. A second diagnostic pericardiocentesis was performed. Adenosine-deaminase (ADA) was >40 U/l, prompting initiation of empirical treatment for tuberculosis. After transfer to our hospital, the second pericardial fluid analysis at the national reference laboratory for mycobacteria (AGES, Vienna) was reported positive for *M. tuberculosis* DNA. Due to the massive initial effusion and incipient pericardial constriction, adjunctive systemic corticosteroids were started. A week into treatment, the patient experienced rapid atrial fibrillation (175/min), leading to hypotension secondary to impaired diastolic filling. Subsequently, right heart catheterization corroborated the suspicion of constrictive heart failure. Coronary angiography was unremarkable. Positron-emission-tomography (FDG-PET/CT, Fig. 1B) did not suggest concomitant myocardial pathology. The patient is currently stable (NYHA II). Tachycardia

has not recurred on bisoprolol. Pericardiectomy will be evaluated regularly depending on the evolution of pericardial constriction.

Conclusion: Tuberculous pericarditis poses diagnostic challenges due to difficult access and poor sensitivity of standard diagnostic methods. Diagnostic delay may entail dire consequences. The selection of patients most likely to benefit from corticosteroids and the optimal timing of pericardiectomy in established constriction remain significant evidence gaps.

FALL 4

Achtung „gefährlicher Pilz“!

by Dr. Margit Hübner | Dr. Lisa Franek | IKM, Graz | LKH Graz II Standort West, Interne

Patient 1953 geboren, seit vielen Jahren Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Hyperlipidämie, Zustand nach multiplen Nierensteinen, zunehmende Niereninsuffizienz bei vaskulärer Nephropathie, KHK III mit PCI 10/25, Durchführung einer Off-pump LIMA zu LAD Operation kürzlich empfohlen
Patient reist Ende Oktober auf Urlaub nach Ägypten (Luxor, Hurghada), dort aufgrund Auftreten von Juckreiz am ganzen Körper und AZ Verschlechterung Aufsuchen eines Krankenhauses. Auffällig im Labor ist vor allem ein hohes Kreatinin, deswegen Aufnahme auf die Intensivstation zur Dialyse und Legen eines Dialyse ZVK li jugulär.

Nach mehrmaliger Dialyse erfolgt die Rückkehr nach Graz Mitte Dezember. Direkt vom Flugzeug kommt der Patient mit spontan aufgetretenen AP Beschwerden und Schweißausbruch mit dem Notarzt in die Ambulanz, kein Fieber, RR normal, Puls minimal erhöht. Bei Inspektion des Dialysecava ist die Einstichstelle eitrig, Pflasterverband darüber grünlich/eitrig, die letzte Dialyse war vor einer Woche.

Aus einem Schenkel des Dialysecava werden drei Paar Blutkulturen abgenommen, Entfernung des Dialyse Cava und Versand der Spitze, wegen Dysurie auch Einsenden von Harn.

Mikrobiologische Befunde:

Blutkulturen: *Klebsiella pneumoniae* 4MRGN (NDM und OXA); *Aztreonam/Avibactam* S; *Eravacyclin* MHK

0,5; *Cefiderocol* R in einem Blutkultur-Paar, *Candida auris* in allen drei aeroben Flaschen
Katheterspitze: *Pseudomonas aeruginosa* 4MRGN (NDM) und *Klebsiella pneumoniae* 4MRGN(OXA)
Mittelstrahlharn: *Pseudomonas aeruginosa* 4MRGN (NDM) und *Klebsiella pneumoniae* 4MRGN (NDM und OXA) in relevanter Keimzahl
Screening: Haut gepoolt: *Candida auris* und 4 MRGN
Klebsiella pneumoniae, Rachen/Nase: 4 MRGN
Klebsiella pneumoniae; alle anderen Screenings negativ
Therapie mit *Embleveo* und initial *Candidas* dann *Ecalta* über 14 Tage
Mehrere Folgeblutkulturen: Kein Keimwachstum

Transthorakale Echokardiografie und Augenhintergrund unauffällig
Nierenfunktion stabil, keine weitere Indikation für eine Dialyse bei Entlassung
Entlassung nach drei Wochen Krankenhausaufenthalt in stabilem AZ

Während des Aufenthaltes strikte Kontaktisolation im Einzelzimmer und Versuch einer Dekolonisierung. Verwendung von R/D Produkten mit levurozider Wirksamkeit mit Verdoppelung der Routinefrequenz. Eine Schlussdesinfektion des Zimmers erfolgt nach Entlassung.

FALL 5

Ein unsanierbarer Focus- komplizierte konservative Therapie einer aortoenteralen Fistel bei inoperabler Aortengrafitinfektion

by G. Müller | C. Sebesta | E. Zeitelberger | 2. Med/ Klinik für Gastroenterologie und Hämatonkologie KDO | Klinik für Gefäßchirurgie | Klinik Donaustadt Wien | Klinik Donaustadt Wien | Klinik Donaustadt Wien | Klinik Floridsdorf Wien

Ein 84-jähriger männlicher Patient mit Vorhofflimmern, Z. n. Insult und rezidivierenden Ulcera ventriculi wird aufgrund eines abdominellen Aortenaneurysmas mittels endovaskulärer infrarenaler Bifurkationsprothese mit Dacron Stent versorgt. 2 Wochen postoperativ klagt der Patient über Fieber, Blutkulturen weisen *E.coli* nach, im Abdomen-CT zeigt sich eine Flüssigkeitslamelle um die Prothese ohne Hinweis

auf Infektion, dennoch wird bei rascher klinischer Besserung eine ambulante antibiotische Therapie etabliert.

Eine zwischenzeitliche erneute Vorstellung mit Fieber liefert kein neues Ergebnis.

17 Monate postoperativ erneute Vorstellung mit Fieber und Anämie (CRP max 105 mg/L, Hb 8,8 mg/dL), in mehreren Blutkulturen wächst einmalig MSSA, die Verlaufs-CT zeigt nun eine periprothetische Weichteilmanschette mit fokalen Gaseinschlüssen.

Es folgt gemäß Magic Kriterien ein PET-CT, in dem die Protheseninfektion nachgewiesen werden kann. Die Kollegen der Gefäßchirurgie/interventionellen Radiologie sehen zum aktuellen keinen invasiven Interventionsbedarf.

Wir etablieren eine Therapie mit *Dalbavancin* und *Rifampicin*, dem Entlassungswunsch des Patienten wird entsprochen. Kurz darauf erfolgt eine erneute Vorstellung mit Fieber, in den Blutkulturen wachsen *E.coli*, *Enterobacter hormachaei* 4MRGN mit VIM-Carbapenemresistenz sowie eine *Candida albicans*. Es wird eine Therapie mit *Ceftazidim/Avibactam* + *Aztreonam* sowie *Fluconazol* begonnen, welche aufgrund eines erneuten Entlassungswunsches und Unverträglichkeit der Azoltherapie auf *Ciprofloxacin* und *Rezafungin* umgestellt wird.

Wiedervorstellung erfolgt 2 Monate später mit Fieber und Maelena, in den Blutkulturen wächst *Enterobacter kobei* AmpC 3 MRGN, welcher mit *Merope-* nem behandelt und zu rascher klinischer Besserung führt. Erneut fiebert der Patient an, Blutkulturen weisen *Enterobacter cloacae* complex 4MRGN aus, die Therapieentscheidung erfolgt zugunsten *Cefiderocol* (25mm Wachstumshemmung) worunter es zur raschen Beschwerdefreiheit kommt.

In einer folgenden Gastroskopie zeigt sich eine Penetration des Aortengrafts in das Duodenum, nach erneuter gefäßchirurgischer Vorstellung wird weiterhin aufgrund des hohen periinterventionellem Mortalitätsrisikos keiner Intervention zugestimmt.

Wieder kann der Patient mit ambulanter Therapie entlassen werden, eine erneute Bakteriämie 3 Monate später führt leider zum Exitus des Patienten.

FALL 6

Erfolgreiche wiederholte Harnblasenspülungen mit N-Chlortaurin zur Cystitis-Therapie bei Querschnittslähmung

by Markus Nagl | Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck

Das körpereigene Antiseptikum N-Chlortaurin (NCT) kann zur Lokaltherapie von Infektionen verschiedener Körpergegenden angewendet werden, wie in Studien und Fallberichten gezeigt wurde. Hier berichten wir von einem nunmehr 50-jährigen Patienten, der nach kompletter Paraplegie TH3 und notwendiger Katheterisierung innerhalb von 4 Jahren immer häufiger an Infektionen der Harnblase litt. Bei zunehmender Resistenz der verursachenden Erreger und Gefahr einer Urosepsis wurde eine alleinige Lokaltherapie mit Spülung der Harnblase mit NCT in wässriger Lösung über den Harnkatheter begonnen. Es zeigte sich ein therapeutischer Effekt mit raschem Rückgang des Fiebers und der Krankheits-symptome.

Wiederholte Infekte in den letzten 8 Jahren konnten fast immer ohne systemische antibiotische Therapie durch Instillationen von NCT über einige Tage beherrscht werden. Laboruntersuchungen zeigten eine rasche mikrobizide Wirkung auf verschiedene Bakterien und *Candida albicans* im Harn bis zu einer Konzentration von 0.2% NCT, was eine Optimierung der Konzentration erlaubt. Weiters stellte sich heraus, dass zur Eradikation der Erreger ein hohes Volumen der Spüllösung von einigen 100ml vorteilhaft ist, welches vom Patienten oft erst ab der zweiten Spülung im Infekt nach Reduktion der anfänglich hohen Keimzahl vertragen wird. Eine zusätzliche Anwendung von Spasmolytika kann dies unterstützen. Bei gleichzeitiger Infektion der Prostata oder fehlender Eradikation ist eine parallele Anwendung der Lokaltherapie und einer systemischen Antibiotikatherapie möglich und zielführend. Bei sofortiger und wiederholter Instillation von NCT in einer Konzentration von 0.2% bis 0.4% ist fast immer eine Eradikation erreichbar. Die Verträglichkeit von NCT ist auch bei wiederholter

Therapie über mehrere Jahre sehr gut und im Ultraschall zeigt sich eine Erholung der lädierten Schleimhaut. Erwartungsgemäß nahm die Resistenz der Erreger bei fehlendem Druck durch Antibiotika ab und trat keine Resistenz gegen NCT auf. Zusammenfassend kann eine gut kontrollierte Lokaltherapie mit NCT bei PatientInnen mit schwerwiegenden Problemen bei Cystitis erfolgreich sein und die Lebensqualität entscheidend verbessern.

FALL 7

From sporadic VRE findings to a major outbreak in a tertiary care hospital in Austria

by Katerina Nikolova | Jan Zottl | Magda Diab-El Schahawi | Elisabeth Presterl | Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinischen Universität Wien | Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, AKH Wien | Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinischen Universität Wien | Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinischen Universität Wien

Background: At the commencement of this year, the Infection Prevention and Control (IPC) team observed a notable increase in the number of cases of Vancomycin resistant enterococci (VRE) in two surgical wards. Methods: Environmental swab samples from various locations in the patient's environment (bathroom, shower, door handles, etc.) were taken. The IPC team started daily structured hand-hygiene observations according to WHO recommendations as well as staff monitoring for compliance with standard hygiene procedures. A targeted VRE screening strategy, using rectal swabs or stool samples, was implemented. All isolates were identified to species level using standard microbiological methods for culture and identification. Antimicrobial susceptibility testing was performed according to EUCAST guidelines and all VRE-isolates were further genotyped using Next- Generation Sequencing (NGS).

Results: The environmental investigations did not yield any positive results of VRE. Compliance observations revealed that the application of the five mo-

ments of hand hygiene did not meet standards, which lead to intensified training. The vast majority of isolates were found in the same cluster group 1. A small proportion of isolates were found in clinical materials of multi-morbid patients and they subsequently developed clinical infections. Our retrospective analysis revealed that some of our patients had previously been treated at other hospitals in Vienna. Unfortunately, there are no data on the prevalence of VRE in the general Austrian population.

Conclusions: A retrospective analysis of the outbreak has shown that most Health care acquired Infections with cluster group 1 originally spread among the general patient population in the greater Vienna area. Factors, such as incorrect application of the five moments of hand hygiene, played a significant role in the course of the outbreak. Hand hygiene compliance by medical staff, patient compliance and adherence to standard hygiene procedures were crucial in containing the outbreak.

FALL 8

Oropouche virus infection with prolonged viral RNA persistence in an HIV-positive returning traveler

by Silvia Taurian | Klinische Abteilung für Infektiologie und Tropenmedizin, Kepler Universitätsklinikum

Background: Oropouche virus is an emerging arbovirus affecting humans and animals in the Caribbean, Central America, and South America, with an increasing number of imported cases reported among returning travelers.

Available data on Oropouche virus infection in people living with HIV are very limited, as existing studies focus on the general population.

Case presentation: We report the case of an HIV-positive patient with a CD4 cell count of 654 cells/ μ L (CDC stage A2) who was admitted with fever two days after returning from Colombia. Clinical presentation included fever, arthralgia, and diarrhea, associated with leukopenia and thrombocytopenia. An infectious diseases consultation prompted extended diagnostic testing for travel-associated

viral infections, including Dengue, Chikungunya, Zika, and Oropouche viruses. Malaria test was negative. PCR testing on EDTA blood confirmed Oropouche virus infection.

The initial clinical course was favorable, with resolution of fever by the second day of hospitalization and normalization of hematological abnormalities in the following days. However, during follow-up, the patient reported recurrent febrile episodes. Approximately three weeks and six weeks after symptom onset, repeat EDTA blood PCR testing demonstrated persistent Oropouche viral RNA, temporally associated with recurrent fever and not accompanied by laboratory abnormalities.

Conclusions: This case highlights Oropouche virus as an important differential diagnosis in febrile returning travelers from Colombia and suggests possible prolonged viral RNA persistence in an HIV-positive patient despite immune reconstitution and clinical improvement. Infection often follows a biphasic clinical course, characterized by an initial acute phase lasting 2–4 days, followed by transient remission and recurrence of symptoms approximately 7–10 days after onset. Follow-up testing and awareness of atypical or prolonged disease courses may be warranted in this population.

FALL 9

Miliartuberkulose nach intravesikaler BCG-Instillation: to treat or not to treat?

by Dominique Moy-Wagner | Constanze Bardach | Marton Szell | Klinik Donaustadt, Notfallabteilung mit Infektionsambulanz | Klinik Donaustadt, Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie | Klinik Donaustadt, Notfallabteilung mit Infektionsambulanz

Ein 62-jähriger Mann mit 07/2025 diagnostiziertem papillärem Urothelkarzinom der Harnblase erhielt intravesikale BCG-Instillationen. Im Rahmen einer präoperativen Routineuntersuchung, zwecks Nachresektion, zeigte sich im Thorax-Röntgen ein pathologischer Zufallsbefund. Ein CT-Thorax am 17. 11. 2025 ergab multiple, beidseitige Noduli in miliarem Verteilungsmuster, sowie eine reaktive mediastinale

Lymphadenopathie, vereinbar mit einer BCG-assoziierten Miliartuberkulose. Der klinisch sonst unauffällige Patient (kein Fieber, Husten oder Leistungsknick) stellte sich am 20. 11. 2025 nach der Nachresektion, in der Infektionsambulanz vor. In dem ausführlichen Anamnesegespräch berichtete der Patient lediglich über kurzzeitig aufgetretenen Nachtschweiß nach der letzten Instillation. Laborchemisch fanden sich keine groben Auffälligkeiten, keine Entzündungszeichen, der HIV-Test war negativ, der Quantiferon-Test war positiv. In interdisziplinärer Abstimmung wurde bei stabilem, weiterhin unauffälligem Allgemeinzustand und hoher Compliance seitens des Patienten ein engmaschiges „watchful waiting“ ohne sofortige antituberkulöse Therapie beschlossen. Im Kontroll-CT, vier Wochen später, zeigte sich eine spontane Befundregredienz mit rückläufiger Lymphadenopathie. Der Patient blieb durchgehend asymptomatisch in Bezug auf jeglicher B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust).

Dieser Fall legt nahe, dass bei sorgfältig selektionierten, klinisch stabilen Patient:innen mit oligo- oder asymptomatischer BCG-assoziiertes Miliartuberkulose unter strenger klinischer und radiologischer Überwachung mit der tuberkulostatischen Therapie zugewartet werden kann. Angesichts potenziell schwerer Verläufe bleibt die Entscheidung individuell und interdisziplinär zu treffen. Weitere Daten sind notwendig, um Kriterien für eine sichere Zurückhaltung von antituberkulöser Therapie in dieser speziellen Konsultation zu definieren.

Literaturangabe: Fadel A R, Yaman I G, Urruela S M, et al. (July 17, 2025) Spontaneous Resolution of Miliary Pulmonary Nodules Following Intravesical Bacillus Calmette-Guérin (BCG) Therapy: A Case Report and Literature Review. *Cureus* 17(7): e88179. doi:10.7759/cureus.88179

FALL 10 **Auffälliger Abszess – schwere Erkrankung – unauffällige Befunde**

by Dr. Christoph Zurl | Dr.ⁱⁿ Sarah Verheyen | Assoz. Prof. PD Dr. Martin Helmut Stradner | Assoz. Prof. PD

Dr. Volker Strenger | *Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz | Diagnostik und Forschungsinstitut für Humangenetik, Medizinische Universität Graz | Klinische Abteilung für Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz | Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz*

Eine 17-jährige Patientin wird mit seit zehn Tagen bestehendem Fieber, initialer Diarrhoe und diffusem Druckschmerz im rechten Ober-/Mittelbauch mit unauffälligem Blutbild und erhöhtem CRP (138mg/L) stationär aufgenommen. Mittels Abdomensonographie und Computertomographie wird die Verdachtsdiagnose eines Leberabszesses gestellt und es wird eine empirische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam eingeleitet. Die türkischstämmigen Eltern sind konsanguin. Bei regelmäßigen Besuchen in der Türkei bestanden zahlreiche Tierkontakte (u. a. Hunde, Katzen, Ziegen, Hühner). Anamnestisch war bei der Patientin bereits eine Abszessspaltung im Genitalbereich erfolgt. Ein Bruder hat rezidivierende Hautabszesse seit früher Kindheit. Die initiale Erregerdiagnostik (inkl. Echinokokken, Amöben, Beta-D-Glukan, Interferon-Gamma-Release Assay, MRSA-Screening, Blutkulturen) bleibt negativ. Erst nach Therapieeskalation auf Meropenem und Linezolid kommt es zur Entfieberung. Gleichzeitig wird der Bruder nach Spaltung eines Kieferabszesses stationär aufgenommen.

Aufgrund des zögerlichen Ansprechens des Leberabszesses wird eine CT-gezielte Punktion durchgeführt und wie beim Bruder ein MRSA nachgewiesen. Eine Testung auf Virulenzfaktoren (PVL u. a.) zeigt sich negativ. Unter fortgesetzter Linezolid- und anschließender Clindamycin-Therapie kommt es zur Rückbildung des Leberabszesses.

Aufgrund der Eigen- und Familienanamnese wird der Verdacht auf eine Chronisch Granulomatöse Erkrankung (CGE) gestellt. Der Phagozytostest (Oxidative Burst) zeigt einmalig eine leicht verminderte Phagozytose-Aktivität, zwei Kontrolluntersuchungen wer-

den jedoch als unauffällig befundet. Auch eine genetische Untersuchung auf CGD-assoziierte Mutationen mittels Next-Generation-Sequencing ergibt einen unauffälligen Befund. In der Türkei wird jedoch beim Bruder genetisch eine CGD nachgewiesen. Bei neuerlicher Evaluierung der Phagozytose-Analyse fällt auf, dass sich eine unauffällige Reaktion auf *E. coli*-Antigene im Probenansatz zeigte, aber keine Reaktion auf die Positivkontrolle (PMA). Aufgrund der diskre-

panen Befunde erfolgt eine erweiterte Exom-Analyse, wo sich ein NCF1-Gen-Verlust zeigt und somit die CGD schließlich doch bestätigt.

Hochhomologe Sequenzen in benachbarten Genen oder Pseudogenen haben beim Next-Generation-Sequencing zu falsch-negativen Ergebnissen geführt. Die Patientin erhält eine antiinfektive Prophylaxe und die Familie wird an die Immunologische Ambulanz zur weiteren Betreuung zugewiesen.

FACHKURZINFORMATIONEN

Quofenix 300 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Quofenix 450 mg Tabletten

Bezeichnung des Arzneimittels: Quofenix 300 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Quofenix 450 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Pulver: Jede Durchstechflasche enthält 300 mg Delafloxacin (als Delafloxacin-Meglumin). Nach Rekonstitution enthält jeder Milliliter 25 mg Delafloxacin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 2 480 mg Hexakis- und Heptakis-O-(4-sulfobutyl)cyclomaltoheptaose-Natriumsalz. Jede Durchstechflasche enthält 175 mg Natrium. Tabletten: Jede Tablette enthält 450 mg Delafloxacin (als Delafloxacin-Meglumin). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 39 mg Natrium. Liste der sonstigen Bestandteile: Pulver: Meglumin, Hexakis- und Heptakis-O-(4-sulfobutyl)cyclomaltoheptaose-Natriumsalz, Natriumedetat, Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung), konzentrierte Salzsäure (zur pH-Einstellung). Tabletten: mikrokristalline Cellulose, Povidon, Crospovidon, Natriumhydrogencarbonat, Natriumdihydrogenphosphat, Citronensäure, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). Anwendungsgebiete: Quofenix wird zur Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen angewendet: • akute bakterielle Haut- und Hautstrukturinfektionen (acute bacterial skin and skin structure infections, ABSSSI), - ambulant erworbene Pneumonie (community-acquired pneumonia, CAP), wenn andere Antibiotika, die für die Erstbehandlung dieser Infektionen üblicherweise empfohlen werden, für ungeeignet erachtet werden. Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen Fluorchinolone- oder Chinolon-Antibiotika. Frühere Anamnese einer Sehnerkrankung im Zusammenhang mit der Anwendung von Fluorchinolonen. Schwangerschaft, Frauen im gebärfähigen Alter, die nicht verhüten, und Stillzeit. Kinder oder heranwachsende Jugendliche unter 18 Jahren. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Fluorchinolone; ATC-Code: J01MA23. Inhaber der Zulassung: A. Menarini – Industrie Farmaceutiche Riunite – s.r.l., Via Sette Santi 3, 50131 Florenz, Italien. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Pulver 02.2025, Tabletten 02.2025

Recarbrio 500 mg/500 mg/250 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung

Bezeichnung des Arzneimittels: Recarbrio 500 mg/500 mg/250 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Imipenem-Monohydrat entsprechend 500 mg Imipenem, Cilastatin-Natrium entsprechend 500 mg Cilastatin und Relebactam-Monohydrat entsprechend 250 mg Relebactam. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 37,5 mg Natrium (1,6 mmol). Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumhydrogencarbonat. Anwendungsgebiete: Recarbrio ist bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab der Geburt angezeigt zur: • Behandlung der im Krankenhaus erworbenen Pneumonie (hospital-acquired pneumonia, HAP), einschließlich beatmungsassoziierter Pneumonie (ventilator-associated pneumonia, VAP). • Behandlung der Bakteriämie, für die ein Zusammenhang mit HAP oder VAP besteht oder vermutet wird. • Behandlung von Infektionen mit aeroben Gram-negativen Erregern mit begrenzten Therapieoptionen. Die offiziellen Leitlinien zur angemessenen Anwendung von Antibiotika sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen andere Carbapenem-Antibiotika. Schwere Überempfindlichkeit (z. B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen jegliche andere Beta-Laktam-Antibiotika (z. B. Penicilline, Cephalosporine oder Monobactame). Ausgewählte besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung: Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation zu: Überempfindlichkeitsreaktionen, Leberfunktion, Zentralnervensystem (ZNS), erhöhtem Krampfanfall-Potenzial aufgrund der Wechselwirkungen mit Valproinsäure, Clostridiodes-difficile-assoziierte Diarrhö (CDAD), Patienten mit CrCl \geq 150 ml/min, Nierenfunktionsstörung, Einschränkungen der klinischen Daten, Einschränkungen des 2 antibakteriellen Wirkspektrums, nicht empfindliche Erreger, Antiglobulintest (Coombs-Test)-Serokonversion, Patienten unter natriumarmer Diät. Ausgewählte Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen: Die gleichzeitige Anwendung von Recarbrio und Ganciclovir sowie Valproinsäure/Divalproex-Natrium wird nicht empfohlen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Antibiotika mit Warfarin kann dessen blutgerinnungshemmende Wirkung verstärkt werden. Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben zu pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wechselwirkungen in der aktuellen Fachinformation. Ausgewählte Nebenwirkungen: Häufige Nebenwirkungen (\geq 1/100, < 1/10): Eosinophilie, Thrombophlebitis, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen, Anstieg Alaninaminotransferase, Anstieg Aspartataminotransferase, Hautausschlag (z.B. exanthematös), Erhöhungen der alkalischen Phosphatase im Serum. Pharmakodynamische Eigenschaften: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Carbapeneme, ATC-Code: J01DH56. Inhaber der Zulassung: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Stand der Information: Jänner 2026. Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Tenkasi 400 mg

Bezeichnung des Arzneimittels: Tenkasi 400 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Oritavancindiphosphat entsprechend 400 mg Oritavancin. Nach Rekonstitution enthält die Lösung 10 mg Oritavancin pro ml. Nach Verdünnung enthält die Infusionslösung 1,2 mg Oritavancin pro ml. Liste der sonstigen Bestandteile: Mannitol, Phosphorsäure (zur pH-Wert-Einstellung). Anwendungsgebiete: Tenkasi ist indiziert zur Behandlung von akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeeinfektionen (ABSSSI) bei Erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 3 Monaten. Die allgemein anerkannten Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Dosierung: Erwachsene: 1 200 mg werden als intravenöse Infusion als einzelne Dosis über einen Zeitraum von 3 Stunden verabreicht. Pädiatrische Patienten im Alter von 3 Monaten bis < 18 Jahren: 15 mg/kg Körpergewicht werden als intravenöse Infusion als einzelne Dosis über einen Zeitraum von 3 Stunden verabreicht (maximal 1 200 mg). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die Anwendung von intravenös angewendetem unfractioniertem Heparin-Natrium ist für einen Zeitraum von 120 Stunden nach Anwendung von Oritavancin kontraindiziert, da für die aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT) in Tests für einen Zeitraum von bis zu 120 Stunden (5 Tage) nach Anwendung von Oritavancin fälschlicherweise erhöhte Werte gemessen werden können. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Glykopeptid-Antibiotika, ATC-Code: J01XA05. Inhaber der Zulassung: Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxemburg. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 09.2023

Tenkasi 1200 mg

Bezeichnung des Arzneimittels: Tenkasi 1 200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält Oritavancindiphosphat entsprechend 1 200 mg Oritavancin. Nach Rekonstitution enthält die Lösung 30 mg Oritavancin pro ml. Nach Verdünnung enthält die Infusionslösung 4,8 mg Oritavancin pro ml. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 2 400 mg Hydroxypropylbetadex. Liste der sonstigen Bestandteile: Hydroxypropylbetadex, Mannitol, Phosphorsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung). Anwendungsgebiete: Tenkasi ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit akuter bakterieller Haut- und Weichgewebeeinfektion (ABSSSI). Die allgemein anerkannten Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Dosierung: 1 200 mg werden als intravenöse Infusion als einzelne Dosis über einen Zeitraum von 1 Stunde verabreicht. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die Anwendung von intravenös angewendetem unfractioniertem Heparin-Natrium ist für einen Zeitraum von 120 Stunden nach Anwendung von Oritavancin kontraindiziert, da für die aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT) in Tests für einen Zeitraum von bis zu 120 Stunden (5 Tage) nach Anwendung von Oritavancin fälschlicherweise erhöhte Werte gemessen werden können. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Glykopeptid-Antibiotika, ATC-Code: J01XA05. Inhaber der Zulassung: Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxemburg. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 09.2023

Vaborem

Bezeichnung des Arzneimittels: Vaborem 1 g/1 g Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Durchstechflasche enthält 1 g Meropenem als Meropenem-Trihydrat und 1 g Vaborbactam. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 50 mg Meropenem und 50 mg Vaborbactam. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche enthält 10,9 mmol Natrium (etwa 250 mg). Liste der sonstigen Bestandteile: Natriumcarbonat. Anwendungsgebiete: Vaborem ist zur Behandlung der folgenden Infektionen bei Erwachsenen indiziert: – Komplizierte Harnwegsinfektion (UTI) einschließlich Pyelonephritis. – Komplizierte intraabdominale Infektion (cIAI). – Nosokomial erworbene Pneumonie (HAP: hospital-acquired pneumonia) einschließlich Beatmungspneumonie (VAP: ventilator associated pneumonia). Behandlung von Patienten mit Bakteriämie, die im Zusammenhang mit einer der oben genannten Infektionen auftritt oder wenn ein entsprechender Zusammenhang vermutet wird. Vaborem ist auch zur Behandlung von Infektionen durch aerobe gramnegative Organismen bei Erwachsenen mit eingeschränkter Behandlungsmöglichkeiten indiziert. Die offiziellen Richtlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen jegliche Carbapenem-Antibiotika. Schwere Überempfindlichkeit (z. B. anaphylaktische Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen andere Beta-Lactam-Antibiotika (z. B. Penicilline, Cephalosporine oder Monobactame). Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, Carbapeneme, ATC-Code: J01DH52. Inhaber der Zulassung: Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611, Luxembourg, Luxemburg. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 10.2025

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

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 1g 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 und pädiatrischen Patienten: - Komplizierte intraabdominale Infektionen; - Akute Pyelonephritis; - Komplizierte Harnwegsinfektionen. Zerbaxa ist auch angezeigt zur Behandlung der folgenden Infektion bei erwachsenen Patienten (ab 18 Jahren): - Im Krankenhaus erworbene Pneumonie (hospital-acquired pneumonia, HAP), einschließlich beatmungsassoziierter Pneumonie (ventilator-associated pneumonia, VAP). 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 Reaktion, schwere Hautreaktion) gegen andere Beta-Laktam-Antibiotika (z. B. Penicilline oder Carbapeneme). Ausgewählte besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung: Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation zu: Überempfindlichkeitsreaktionen, Wirkung auf die Nierenfunktion, eingeschränkte Nierenfunktion, Grenzen der klinischen Daten (komplizierte intraabdominale Infektionen, komplizierte Harnwegsinfektionen), Clostridioides difficile-assoziierte Diarrhö, nichtempfindliche Mikroorganismen, direkte Antiglobulintest(Coombs-Test)-Serokonversion und potenzielles Risiko einer hämolytischen Anämie, Natriumgehalt. Ausgewählte Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen: Bitte beachten Sie die vollständigen Angaben in der aktuellen Fachinformation. Tazobactam ist ein Substrat für OAT1 und OAT3. Ausgewählte Nebenwirkungen: Häufige Nebenwirkungen ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Kolitis durch Clostridioides difficile, Thrombozytose, Hypokaliämie, Schlaflosigkeit, Angst, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Hypotonie, Übelkeit, Diarrhö, Verstopfung, Erbrechen, Bauchschmerzen, Ausschlag, Fieber, Reaktionen an der Infusionsstelle, Alaninaminotransferase erhöht, Aspartataminotransferase erhöht, Transaminasen erhöht, Leberfunktionstest abnormal, alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antibiotika zur systemischen Anwendung, andere Cephalosporine und Peneme, ATC-Code: J01DI54. Inhaber der Zulassung: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Niederlande. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Stand der Information: April 2025. Weitere Angaben zu Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, Pharmakologische Eigenschaften und Pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

SPONSOREN

A. Menarini Pharma GmbH
Abbott Rapid Diagnostics Austria GmbH
AstraZeneca Österreich GmbH
Astro Pharma GmbH
Axon Lab GmbH
Becton Dickinson Austria GmbH
Biomedica Medizinprodukte GmbH
bioMérieux Austria GmbH
Cepheid GmbH
DiaSorin Austria GmbH
Gilead Sciences GesmbH
GlaxoSmithKline Pharma GmbH
Insmed Germany GmbH
IVD Uhl-Michelin GmbH
Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
Mundipharma Gesellschaft m.b.H.
Nobite GmbH
Pfizer Corporation Austria GmbH
Qiagen GmbH
Quidel Germany GmbH
ratiopharm Arzneimittel Vertriebs GmbH
Rokitan GmbH
Sanofi-Aventis GmbH
Shionogi GmbH
Takeda Pharma Ges.m.b.H
Tillotts Pharma AG
Valneva Austria GmbH

HAUPTSPONSOR



NEBENSPONSOREN



WEITERE SPONSOREN

