



Société suisse d'hygiène hospitalière  
Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene  
Società svizzera d'igiene ospedaliera  
Swiss society for hospital hygiene

---

# Kongressbericht **SGSH**

**Jahresversammlung  
02. - 04.09.2020, Genf**

**Dr. med. Felix Fleisch  
Vorstandsmitglied SGSH**

Trotz der COVID-19-Pandemie entschlossen sich die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SGInf) und die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) ihre Jahresversammlung durchzuführen. Die grosszügigen Räumlichkeiten im Palexpo Congress Center machten es problemlos möglich, die nötigen Abstandsregeln einzuhalten.

Wie in den letzten Jahren wurde das SGSH-Symposium (ehemaliges Hygienesymposium) in die Jahresversammlung integriert. Erfreulicherweise nahmen trotz der speziellen Situation bis zu 120 interessierte Zuhörende am Symposium teil. Einige wichtige Punkte davon möchten wir hier kurz zusammenfassen.

Der erste Block widmete sich dem Thema **Das neue Spital – Hygienisch perfekt.**

**Hugo Sax** aus Zürich fragte sich, ob soziotechnische Systeme (Spitäler) designbar sind. Das System Spital muss eine hohe Produktivität aufweisen und sollte die Menschen gesund und glücklich machen. Beeinflusst wird das System durch den Menschen, die Arbeitsumgebung und möglicherweise das Design. Der Mensch wird beeinflusst durch physikalische Ergonomie, das Kognitive (er kann sich nur auf eine Sache konzentrieren) und durch Psychosoziales (wir sind abhängig davon, was andere machen). Die Umgebung besteht aus Werkzeugen und Räumen. Es gibt viele Daten, zum Beispiel über den Einfluss der Belüftung. Weniger klar ist die Bedeutung von Einzelzimmern bezüglich Nutzen zur Verhinderung nosokomialer Infekte. Nicht zu vergessen ist auch die digitale Umgebung. Das Grundprinzip jedes Systems ist, dass es möglichst wenig Energieaufwand betreiben will. Der Einfluss des Designs schliesslich ist noch wenig studiert und ist eine sehr komplexe Wissenschaft. Das Ziel jeglicher Bemühungen muss sein, Infekte zu verhindern, und damit Menschenleben zu retten und zu verbessern.

**Carlo Colombo** aus Zürich fragte sich, welche Anforderungen an das Spital der Zukunft zu stellen sind. Er wies darauf hin, dass viele andere Aspekte als nur bauliche Massnahmen erforderlich sind, um nosokomiale Infektionen zu reduzieren oder möglichst zu vermeiden. Auf der Ebene „Patient“ ist good medical practice gefragt, die aus einer riesigen Palette besteht, welche von richtiger Desinfektion, Wärmemanagement, Indikationsstellung, Sedations-Stopp, 30°-Oberkörperlagerung, Wundpflege bis hin zur Mobilisation reicht. Hoch sind auch die Anforderungen an die Strukturqualität. Es muss genügend Raum und Platz vorhanden sein. Benötigt werden ruhige Arbeitsplätze beispielsweise für die Vorbereitung von Medikamenten, die sanitären Anlagen müssen einfach zu reinigen und desinfizieren sein, Wasserhähne sollten berührungsfrei sein, Händedesinfektionsspender gut sichtbar und zugänglich in Patientennähe, es braucht glatte Oberflächen und gut zu reinigende Kanten. Bei der Einrichtung stellen sich hohe Anforderungen an die Ventilationssysteme, bei der Wasserversorgung muss die Legionellenproblematik mit Trennung von Kalt- und Warmwasser-Zufuhr gut geregelt werden. Wichtige Punkte sind ausserdem die Bettenaufbereitung, die Textilwäsche mit gezieltem Einsatz von Einmalwäsche wie auch die Abfallentsorgung. Unzulänglichkeiten sah Carlo Colombo vor allem darin, dass die Spitalhygiene häufig spät informiert und involviert wird über anstehende Projekte, diese zu einem späteren Zeitpunkt geändert werden, Ausschreibungsverfahren häufig nicht adäquat sind, Bereiche zu einem späteren Zeitpunkt umgenutzt werden und Baubegleitungen nicht stattfinden und somit keine Kontrolle erfolgt. Häufig ist auch das fachliche Knowhow eingeschränkt, so dass mögliche Fehlentwicklungen nicht absehbar sind.

**Pascal Forestier und Cristina Bellini** aus Rennaz fragten sich, ob ein neues Spital mit null Infektionen Utopie oder Realität sei. Sie stellten ihr neues Spital Riviera-Chablais vor, ein interkantonales Spital mit mehreren Standorten. Das Zentrumspital von Rennaz ging aus einer Fusion von 5 alten Standorten von Akutspitälern hervor. Ferner gehören 2 Geriatrien und Rehabilitationskliniken dazu sowie 3 Ambulatorien. Das Spital Riviera-Chablais besteht aus 195 Zimmern, davon 113 Einzelzimmer, verteilt auf 3 Etagen. Die Abteilungen sind so angelegt, dass Sektoren gebildet werden können und die Möglichkeit gegeben ist, im Fall von Epidemien einzelne Sektoren abzutrennen. Bis Ende Juli wurden insgesamt 146 COVID-Patienten hospitalisiert, dabei gab es keinen einzigen nosokomialen Fall. Auch die Rate von positiven Mitarbeitern war sehr tief. Ebenfalls abgenommen haben die Fälle von Norovirus und Grippeübertragungen.

Zusammengefasst beinhalten die positiven Aspekte 12 Zimmer mit der Möglichkeit zur Unterdruckbelüftung, grosszügige Operationssäle, leicht zugängliche und zahlreiche Händedesinfektionsmittelspender und die Trennung des Patientenflusses von Erwachsenen und Kindern. Eher problematisch ist, dass das Spital im Minergie-Standard gebaut wurde, was das Öffnen der Fenster nur im zweiten Stock ermöglicht und in den üblichen Bereichen nur eine Lüftung besteht mit einem bis zwei Luftwechselln pro Stunde (über 12 Luftwechsel jedoch in spezifischen Risikobereichen).

Der zweite Block beschäftigte sich mit dem Thema **Rollenwechsel: von Auditierenden zu Auditierten**.

**Isabelle Praplan** von H+ sprach über Peer Reviews, Verfahren zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsprozesse. H+ ist der Verband der öffentlichen und privaten Spitäler und Kliniken und fördert mit der FMH und Swiss Nurse Leaders die Peer Reviews in der Akutsomatik und Psychiatrie. Diese beinhalten eine Analyse und Bewertung (Review) durch gleichgestellte beziehungsweise Fachkollegen (Peers). Dabei wird ein interdisziplinäres Verfahren zur Qualitätssicherung angewandt mit einem interprofessionellen Ansatz. IQM (Initiative Qualitätsmanagement) ist ein gemeinnütziger Verein, der aus 450 Akutspitälern in Deutschland und 39 in der Schweiz besteht. Isabelle Parplan legte Wert auf die Unterscheidung zwischen Peer Review und Audit/Zertifizierung. Bei ersteren geht es um die Analyse von Patientenakten in einem kollegialen Dialog, einem Austausch auf Augenhöhe zur Überprüfung insbesondere der Prozessqualität. Im Zentrum steht das Lernen. Bei den Audits sind Interviews durch Auditoren mit Checklisten vorgesehen, geprüft wird vor allem die Strukturqualität, und im Zentrum steht die Kontrolle. Die Aufgabe des Peers besteht im Erfassen der spezifischen Situation in der besuchten Klinik und im Geben eines konstruktiv kritischen Feedbacks.

**Barbara Ligresti** aus Basel sprach über das Audit im Operationssaal: Durchführung und Resultate. Das Universitätsspital Basel betreibt insgesamt 24 Operationssäle inklusive Hybrid- und Robotiksaal mit 4 Klastern, 13 Fachgebieten und ca. 930 interprofessionellen Mitarbeitenden. Ihre Auditplanung beruht auf dem PDCA-Zyklus nach Deming. Wichtig ist eine seriöse Vorbereitung. Als erstes werden Checklisten erstellt. Diese fokussieren auf die Standardhygiene, räumliche Strukturen, das Asepsisverhalten und Material/Logistik. Für das Audit soll genug Zeit eingeplant werden (2–3 Stunden, je nach OP-Dauer, und 15 Minuten Feedback). Der festgestellte Sachverhalt wird ausführlich dokumentiert auch mittels Fotos. Innert 1–2 Wochen werden Verbesserungsmassnahmen konzipiert, nach rund 3 Monaten erfolgt ein Re-Audit, wobei die Umsetzung derselben überprüft wird. Anschliessend wird dann der Abschlussbericht verfasst. Der zeitliche Aufwand pro Audit wird auf insgesamt rund 8 Stunden geschätzt.

**Delphine Perréard** aus Genf berichtete über die Inspektion der Endoskop-Aufbereitung durch Swissmedic. Swissmedic hat den Auftrag, die Wiederaufbereitung und Instandhaltung von medizinischen Gerätschaften zu kontrollieren. Ziele dieser Inspektionen sind die Verbesserung der Aufbereitungsqualität, in der Schweiz für die Einhaltung der Gesetze zu sorgen, die Spitäler zu sensibilisieren, die nosokomialen Infektionen durch Endoskope zu reduzieren und die Sicherheit der Patienten und Anwender zu stärken. Es versteht sich von selbst, dass diese medizinischen Geräte sehr schwierig aufzubereiten sind. Beachtet werden muss unter anderem die Thermosensibilität der Endoskope, auch sind die Empfehlungen des Herstellers zu berücksichtigen. Delphine Perréard betonte, dass es bis anhin keine wissenschaftliche Beweise dafür gibt, dass die Lagerung der Endoskope in automatisierten Trockenschränken überlegen wäre. Im HUG gibt es 8 verschiedene Orte, wo endoskopiert wird. Swissmedic empfiehlt mindestens 1 Tag Weiterbildung pro Jahr zum Thema Wiederaufbereitung. Eine jährliche Validierung der Endoskope ist vorgeschrieben, auch mindestens 1-mal jährlich sollte eine mikrobiologische Kontrolle erfolgen. Am Schluss empfahl sie bezüglich Umsetzung der notwendigen Massnahme im Sinn von Bundesrat Alain Berset vorzugehen: so schnell wie möglich, aber so langsam wie nötig.

Der dritte Block befasste sich mit der **Vorbeugung von SARS-CoV-2 im Spital**.

**Christoph Fux** aus Aarau sprach über Aerosole und den Umgang mit Masken im Spital. Die Gretchen-Frage dabei ist, ob es nun chirurgische Masken oder FFP2-Masken braucht. Als "Beweis", dass es Aerosolübertragung geben muss, zitiert er eine Arbeit, die einen Superspreader-Event beschrieb, eine Chorprobe, nach welcher 87 % (53 von 61 Teilnehmern) infiziert wurden. Gegen eine Aerosolübertragung spricht jedoch, dass die Reproduktionsrate  $R_0$  von SARS-CoV-2 um ein Vielfaches tiefer ist als von Masern (2.5 vs 18). Zudem beträgt die sekundäre Attack-Rate in Haushalten auch nur etwa 10–15 %. Von der Grippe wiederum weiss man, dass chirurgische Masken gleich wirksam sind wie die N95-Respiratoren. Bei positiver PCR ist immer zu bedenken, dass ein Nachweis noch nicht bedeutet, dass es sich auch um übertragbare Viren handelt. Bei der ganzen Diskussion darf ausserdem der Augenschutz nicht vernachlässigt wird. Bei wirklich aerosolgenerierenden Prozeduren wie Bronchoskopien etc. sind die FFP2-Masken aber indiziert.

**Céline Gardiol** vom BAG präsentierte ihre Daten über die nosokomialen Infektionen mit COVID-19 aus der Spital-Surveillance CH-SUR. Die Studie basiert auf einem Pilotprojekt zur Grippe-Surveillance. Einschlusskriterien sind positive Abstriche und mindestens 24 Std. Hospitalisation. Insgesamt 20 Spitäler liefern ihre Daten. Bis zum 28. August sind 3752 Episoden gemeldet worden. Céline Gardiol hat nun eine Subanalyse der nosokomialen Fälle gemacht, also aller Infektionen ab dem 6. Spitalaufenthaltstag. 9.6 % der Fälle wurden als nosokomial eingestuft. Überproportional vertreten waren ältere Menschen. Das Verhältnis Männer zu Frauen war ausgeglichen (im Gegensatz zu den community acquired Fällen, bei denen die Männer deutlich häufiger vorkommen). Bei den nosokomialen Fällen bestehen mehr Co-Morbiditäten, und die Aufenthaltsdauer war deutlich verlängert. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass gewisse Patienten schon vor der Diagnose längere Zeit hospitalisiert waren. Die Mortalität war mehr als doppelt so hoch bei den nosokomialen Fällen. Ferner wurden sie fast 4-mal seltener auf der Intensivstation gepflegt, dabei ist aber ihr höheres Alter zu berücksichtigen und dass die Hospitalisationen andere Gründe hatten. Zusammengefasst kann gesagt werden: Rund 10 % der COVID-Hospitalisationen sind nosokomial bedingt, ältere Patienten mit vielen Risikofaktoren sind besonders gefährdet, und diese Leute sollten speziell geschützt werden während ihres Spitalaufenthaltes.

**Harald Tuckermann** vom Institut für systemisches Management und Public Governance der Universität St.Gallen sprach über den Umgang mit COVID-19 aus Organisations- und Managementsicht. Er dozierte erstmals vor einem medizinischen Publikum. Sein Interesse gilt der Fragestellung, wie Organisationen sich selber stabilisieren und ändern. Er führt an 2 Kantonsspitalern eine vergleichende longitudinale Fallstudie durch. Als Quelle dienen viele Dokumente, Beobachtungen, Interviews, retrospektive Befragungen und spezielle Fokusgruppen, dazu sind Feedback-Workshops geplant. Bezüglich vorläufiger Ergebnisse kann sicher festgehalten werden, dass COVID-19 nicht ein Ereignis wie ein Flugzeugabsturz, sondern ein störender, unterbrechender Prozess darstellt, welcher die Erwartung einer Stabilisierung weckt. Zentral sind viele Unsicherheiten bezüglich Virus, Übertragungsweise, Evidenz, die sich dynamisch über die Zeit entwickelt haben. Des Weiteren bestehen fortwährend ändernde und zum Teil mehrdeutige Empfehlungen und Regelungen zum Beispiel des BAG's, der Kantone, Berufsverbände, Swissnoso und manchmal verwirrlige Medienberichterstattung. Was bedeutet dies nun hinsichtlich Stabilisierung und wie können koordinierte Aktionen mit einfachen, klaren und effektiven Richtlinien ermöglicht werden? Auf der einen Seite stehen nun die Verfasser der Empfehlungen, welche als weniger exponiert wahrgenommen werden, und auf der anderen Seite die Anwender, welche möglichst schnell klare und auf ihren spezifischen Bereich angepasste Empfehlungen möchten. Der Erfolg hängt nun davon ab, dass es gelingt, eine Balance herzustellen zwischen Informationsübertragung und Empfehlung auf der einen Seite und Verstehen und darin Sinnerkennen auf der anderen Seite. Dies erfordert einen gegenseitigen Austausch mit Fragen, Besprechungen, Meetings, Training, Coaching etc.

Im vierten Block wurden die besten Bewerbungen für **Innovation/Implementation** vorgestellt.

**Pierre Deriaz** aus Neuchâtel stellte die Standardhygienemassnahmen einmal anders vor. Über Standardhygienemassnahmen wird viel gesprochen, aber kaum jemand kennt sie wirklich. Da das Thema auch eher langweilig ist, wäre es schön, einen anderen Weg zu finden, diese zu unterrichten. So wurde ein sehr originelles Video-Game von Studenten der Uni Genf entwickelt, das unter folgendem Link gespielt werden kann: <http://tecfa.unige.ch/jeux/jeux/>.

**Philipp Kohler** aus St. Gallen stellte eine digitale COVID-19-Surveillance bei Spitalmitarbeitenden vor. Diese Kohorte besteht aus über 1000 Teilnehmern. Neben regelmässigen SARS-CoV-2-Antikörperbestimmungen wurde täglich via SMS ein Link auf eine Online-Plattform verschickt, wo die Teilnehmenden Symptome einer viralen Infektion zu melden hatten. Wenn die Testkriterien gemäss BAG erfüllt wurden, erfolgte die Aufforderung zum Nasopharyngeal-Abstrich. Der Rücklauf war sehr gut, innerhalb von 5 Monaten kamen über 120'000 Antworten von 1005 Teilnehmenden, im Durchschnitt 4.55 Antworten pro Teilnehmer pro Woche. Um den 06. April herum zeigte sich ein Peak in Atemwegs-Symptomen. Um dieselbe Zeit herum war auch der Anteil von getesteten Mitarbeitenden mit positivem Nasopharyngeal-Abstrich am höchsten. Der Peak bei den Spitalmitarbeitenden kam rund 2 Wochen nach dem Peak in der allgemeinen Bevölkerung. Räumliche Analysen zeigten gewisse Klusterbildungen in spezifischen Gebieten. Hinsichtlich Symptomatik hingen Geschmacksverlust und Gliederschmerzen am besten mit einer positiven PCR zusammen, mit einer negativen waren eine laufende Nase und rote Augen am nächsten korreliert. Zusammengefasst korrelierte das Auftreten von Atemwegsinfekt-Symptomen gut mit der COVID-19-Epidemiologie. Möglicherweise hat das System das Potential, Outbreaks in der Allgemeinheit oder in Spitälern frühzeitig zu entdecken.

**Mirjam Faes Hesse** aus Zürich sprach über die Identifikation von Stakeholdergruppen durch die Methode der formativen Evaluation. Im Rahmen einer laufenden Studie wurde ein Bündel von Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Pneumonien bei nicht intubierten Patienten (nvHAP) entwickelt und in 9 Kliniken implementiert. Da die relevanten Stakeholdergruppen nicht immer offensichtlich sind, versuchte man Faktoren zu identifizieren, welche die Implementierung beeinflussen. Dazu wurden rund 150 Kurz-Interviews mit Vertretern der Basis der definierten Berufsgruppen und Massnahmenplan-Gespräche durchgeführt. Dabei zeigten sich Bereiche, die zu wenig einbezogen wurden, nämlich die Patientenhotellerie und die Patienten selber. Diese wurden in der Folge in den Implementierungsprozess einbezogen, unter anderem durch die Sensibilisierung, Trinkröhrchen möglichst zu vermeiden und die Patienten zum Essen am Tisch zu ermuntern sowie auf gute Mundhygiene zu achten.

**Tiziana Canzoniere Orlandi** aus Olten untersuchte die Wahrnehmung des Gesundheitspersonals der Influenza-Impfkampagne und mögliche Auswirkungen bei der Einführung einer Maskentragpflicht auf die Impfbereitschaft. Dies wurde mittels eines anonymisierten Fragebogens evaluiert, der an das gesamte Gesundheitspersonal verteilt wurde. Die Kampagne bestand aus Peer-Trainings, Bulletins und Plakaten sowie freien Impfpunkten. An gewissen Arbeitsplätzen wurden Nicht-Geimpfte gezwungen, zusätzlich zu den üblichen Hygienemassnahmen Masken zu tragen. Wenig überraschend nahmen die Geimpften die Kampagne deutlich positiver wahr und deklarierten auch eine viel höhere SARS-CoV-2-Impfbereitschaft, während bei den Ungeimpften der Anteil jener deutlich höher war, welche die Kampagne für überflüssig hielten. Ferner war die Selbstdeklaration eines suffizienten Wissenstandes bei den Ungeimpften höher. Bezüglich Impfmotivation wurde als häufigster Grund der Patientenschutz, gefolgt vom Selbstschutz angegeben. 18.9 % nannten die Vermeidung des Masken-Obligatoriums als Grund, in 5.4 % war dies sogar die einzige Motivation. Ob deshalb nach nun eingeführtem Masken-Obligatorium durch SARS-CoV-2 die Impfrate für Grippe sinken wird, wird sich im nächsten Winter zeigen.

**Oliver Wolffers** aus Bern zeigte den Aufbau einer automatischen VAE-Surveillance an einem Schweizer Universitätsspital. Die Ventilator-assoziierte Pneumonie (VAP) tritt häufig auf und hat eine substanzielle Morbidität und Mortalität, die Pneumonie-Diagnostik ist subjektiv und anfällig für Bias. Die Surveillance bindet Ressourcen. Ventilator-assoziierte Events (VAE) wurden 2013

eingeführt, sind objektiv und automatisierbar. Ziel war nun die Erstellung eines Computer-Programmes für die VAE-Surveillance. Für den Aufbau der Automatisierung wurde ein Sample von 2008 bis 2016 validiert. Das Setting bestand aus der interdisziplinären Intensivstation des Inselspitals mit 37 Betten und 4500 Intensivpatienten pro Jahr. Überprüft wurden 24'000 beatmete Eintritte mit 37'221 Ventilator-Tagen. 592 Ventilator-assoziierte Events traten auf, wovon 194 (34 %) möglicherweise infektiöser Ursache waren. Die automatisierte Surveillance hatte dabei eine Sensitivität von 98 % und eine Spezifität von 100 %, während die manuelle Surveillance alleine nur eine Sensitivität von 77 % und eine Spezifität von 93 % in der Entdeckung von Ventilator-assoziierten Events aufwies.

**Verena Schärer** aus Zürich berichtete über die Beendigung eines Ausbruches mit multiresistentem *Pseudomonas aeruginosa* auf der Intensivstation durch die Einführung einer "wasserfreien" Patientenbetreuung und Lavabo-Entfernungen. Insgesamt 29 Patienten mit einem multiresistenten *Pseudomonas* wurden entdeckt, 25 davon waren auf der herzchirurgischen Intensivstation hospitalisiert, 17 der Patienten hatten eine Infektion und 9 der 29 verstarben. *Pseudomonaden* und andere gramnegative Bakterien persistieren oft in feuchten Umgebungen, zum Beispiel in Siphons. Das Öffnen eines Wasserhahnes verursacht Spritzer und Aerosole, welche diese Keime enthalten können. Zur Untersuchung des Outbreaks wurden über 250 Umgebungsproben entnommen. Der Ausbruchsstamm wurde dabei in 9 Lavabo-Proben (jeweils inklusive Siphons) auf 3 verschiedenen Intensivstationen im selben Gebäudetrakt, die an einem Wassersystem angeschlossen sind, und in einem Gastroskop nachgewiesen. Sämtliche 10 Umgebungsisolate wurden mittels Multilocus sequence typing (MLST) untersucht und bestätigten den Ausbruchsstamm. Zuerst wurden die Siphons ersetzt, worauf aber erneute Kontrollen positiv ausfielen. Erst nach Entfernung sämtlicher Lavabos und der Einführung der wasserfreien Patientenbetreuung konnte der Outbreak gestoppt werden. Die wasserfreie Intensivstation beinhaltet die Benutzung lediglich eines definierten Lavabos für das Händewaschen bei sichtbarer Verschmutzung sowie das Auflösen von peroralen Medikamenten mit Flaschenwasser. Auch die Patienten erhielten nur noch Flaschenwasser (Eptinger). Für die Körperpflege wurden abgepackte Waschhandschuhe (Sinaqua<sup>TM</sup> mit oder ohne Chlorhexidin) eingesetzt. Nur bei grober Verschmutzung wurde die Benutzung von filtriertem Leitungswasser erlaubt. Auch die Wundpflege erfolgte mit Flaschenwasser, für die Haarpflege setzte man Shampoo Caps ein, Rasieren erfolgte mit filtriertem Leitungswasser, und die Entsorgung von schmutzigem Wasser durfte nur noch in einem definierten „schmutzigen“ Lavabo erfolgen. Somit stellt sich die Frage, ob nicht alle Intensivstationen auf eine "wasserfreie" Behandlung inklusiv Entfernung der Lavabos umgestellt werden sollten.

Um in Zukunft noch weitere Teilnehmer für den Wettbewerb Innovationen/Implementation zu motivieren, sprach **Hugo Sax** von Zürich darüber, wie jemand einen SGSH-Preis gewinnen kann, und wie es von der Idee zur Eingabe kommt. Man sollte sich immer fragen, welches Publikum man anspricht, welches Problem man hat und was andere verpasst haben, und natürlich was man selber macht. Für die Umsetzung ist es wichtig, dass das Abstract vor dem Studienbeginn fertig verfasst ist (Prototyping). Das Paper sollte als Draft geschrieben sein, damit nicht andere diese Idee klauen. Und pro Abstract sollte man nur eine Idee haben. Der Titel sollte informativ und „sexy“ sein, die Fragestellung nur aus einem Satz bestehen, die Methode in Stichworten beschrieben werden, die Resultate möglichst graphisch und farbig dargestellt werden und die Schlussfolgerung maximal 3 Punkte beinhalten. Schnell soll jeweils erkannt werden, was die Story ist, und etwas Gefühl schadet auch nie.

**Pierre Deriaz** aus Neuchâtel, der letztjährige Gewinner, beantwortete die Frage, wie er vorgegangen sei, um den Preis zu gewinnen, dass er es auch nicht wisse und man diese Frage eigentlich der Jury stellen müsste. Wesentlich ist, dass man überhaupt teilnimmt und nicht viele Entschuldigungen hat, wieso man nicht mitmacht, beispielsweise nicht in einem Universitätsspital zu arbeiten. Wichtig für das Erstellen eines Posters ist, dass es nicht zu viel Text enthält, die Schrift genügend gross gewählt wird, die präsentierten Statistiken graphisch dargestellt sind, das Ganze ein bisschen farbig daherkommt und Illustrationen enthält. Das Poster soll Lust auf mehr Informationen machen und das Interesse wecken.



Und wer nun Lust bekommen hat, einen Poster-Preis zu gewinnen, die nächste Gelegenheit dafür bietet sich am Kongress anfangs September 2021 in Lugano.