

Nestlé Schweiz Ernährungspreis 5. September 2013

Wissenschaftspreis dotiert mit 15'000 Franken

Claudia-Paula Heidegger, 50, Genf

Oberärztin der Intensivpflege für Erwachsene im Universitätsspital Genf

Die Ernährung von Intensivpatienten nicht nur über eine Magensonde, sondern gleichzeitig auch intravenös, gewährleistet eine optimale Energiezufuhr – und damit eine bessere Heilung.

Schwerkranke auf der Intensivstation haben meist ein Energiedefizit, da die künstliche Ernährung über eine Magensonde nicht dazu angetan ist, den erhöhten Energiebedarf von Intensivpatienten zu stillen. In dieser Situation kommt es leicht zu einem reduzierten Ernährungszustand, also einer Unterernährung, und dies führt zu erhöhten Infektionsrisiken. Das Team von Claudia-Paula Heidegger, Oberärztin der Intensivpflege des Universitätsspitals von Genf (HUG), in Zusammenarbeit mit Prof. Claude Pichard, dem Verantwortlichen der Ernährungsabteilung und der Intensivpflege am CHUV hat eine Untersuchung an 305 Patienten durchgeführt, bei denen die Ernährung über eine Magensonde (die natürlichste therapeutische Ernährungsmethode) sich als nicht ausreichend erwies. Zur Ergänzung wurde diesen Patienten intravenös Nährstoffe (Kohlenhydrate, Fette und Eiweiss) zugeführt. Es zeigte sich, dass sich die Patienten dank dieser kombinierten künstlichen Ernährung, die ihnen ab dem 4. Tag nach Aufnahme in der Intensivstation und während 5 Tagen verabreicht wurde, schneller aus ihrem kritischen Zustand erholten. Die Quote der im Krankenhaus erworbenen Infektionen fiel um 22 %; Antibiotika mussten weniger lange verabreicht werden (2 Tage) und die erforderliche Atemunterstützung reduzierte sich ebenfalls um 1 Tag.

1. Inwiefern hat Ihre Studie in diesem Fachbereich zu neuen Erkenntnissen geführt?

Es gibt seit Jahren eine Kontroverse über die optimale Energiezufuhr bei den Schwerstkranken sowie auch darüber, welches die beste Methode der künstlichen Ernährung sei. Die parenterale oder intravenöse Ernährung, bei der der Magen-Darm-Trakt umgangen wird, wird nicht automatisch eingesetzt, vor allem, weil vielfach noch die Befürchtung besteht, sie stelle eine zusätzliche Quelle für Infektionen dar. Doch seit einigen Jahren hat sich die Art und Weise, wie die parenterale Ernährung zugeführt wird, stark geändert. Unsere Untersuchung zielt auf eine ergänzende Ernährung in Fällen ab, bei denen die Magensonde nicht ausreicht. Dies erlaubt eine individuelle, genau den Bedürfnissen des Patienten angepasste Nahrungsaufnahme. Mit unserer Untersuchung, deren Schwerpunkt auf der Infektionsgefahr im Spital lag, konnten wir die Hypothese bestätigen, dass sich durch diese kombinierte Ernährung die Infektionsrisiken verringern.

2. Was hat Ihr Interesse an diesem Thema geweckt?

Innerhalb der Wissenschaft setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass die Ernährung für die Heilung unserer Patienten genau so wichtig ist wie die Stabilisierung der lebenswichtigen Organe. Aus diesem Kontext heraus habe ich angefangen, mich für Ernährung zu interessieren, einen Bereich, der bei der Versorgung unserer Patienten oft ein bisschen stiefmütterlich behandelt wird. Trotz der evidenzbasierten Empfehlungen für künstliche Ernährung ist Mangelernährung bei Intensivpatienten keineswegs selten. Sie hat eine rapide Verschlechterung der Muskelkraft zur Folge, eine Veränderung der Immunfunktion und stellt eine erhöhte Gefahr für Komplikationen dar, vor allem von Infektionen.

3. Welche praktischen Wirkungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit?

Wir erhoffen uns ein stärkeres Bewusstsein darüber, wie wichtig die Ernährung für die Patienten ist, damit dieser Aspekt ein integraler Bestandteil der Pflege wird, etwa auch beim Arztbesuch und bei der Nachversorgung der Patienten. Es geht nicht nur darum, die lebenswichtigen Funktionen wie die Arterienspannung, die Temperatur, die Art des verabreichten Antibiotikums oder die Ventilationsparameter zu betrachten, sondern auch zu wissen, ob der Patient über seine Nahrung genügend Energie zugeführt bekommt, um seinen Bedarf zu decken. Hierfür wäre es gut, wenn den Intensivstationen jeweils eine Ernährungsberaterin zugeordnet wäre.

Preis der Jungen Forscher/-innen dotiert mit 7'500 Franken

Elodie Gattolliat, 24, Oleyres, und Sarah Krayenbuhl, 26, Lausanne

Diplomierte Diätetikerinnen, Kinderspital Lausanne und Hochschule für Gesundheit Genf.

Essenszeiten eignen sich gut für die therapeutische und ernährungswissenschaftliche Schulung von Kindern mit Diabetes Typ-1 und ihre Familien. Dennoch werden diese Gelegenheiten kaum genutzt, um ernährungstechnische Kompetenzen zu vermitteln.

Die Ernährung ist ein integraler Bestandteil der Behandlung von Diabetes Typ-1, und die Familie spielt eine Schlüsselrolle im Umgang mit der Krankheit, vor allem natürlich, wenn Kinder betroffen sind. Bei den Ernährungsvorschriften geht es im Wesentlichen um die Verteilung der Kohlenhydrate, die Insulinmenge im Verhältnis zum konsumierten Essen sowie um eine ausgewogene Ernährung, die den Appetit des Kindes mitberücksichtigt. Die beiden Diätetikerinnen Elodie Gattolliat und Sarah Krayenbuhl, ehemalige Studentinnen der Abteilung Ernährung und Diätetik (Hochschule für Gesundheit Genf), haben in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen bei Kindern der CHUV im Kinderspital Lausanne spezielle Koch-Ateliers mit Kindern und ihrer Familie durchgeführt. Teilnehmer waren sieben Familien (19 Personen) im Frühling 2012. Das Atelier stiess auf sehr viel Zustimmung. Zum einen konnten die Familien ihre theoretischen Kenntnisse in die Praxis umsetzen. Zum andern half ihnen die Schulung, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen und besser mit Stress umzugehen. Die Ateliers erwiesen sich als sehr nützlich, gaben sie doch den Familien die Möglichkeit, sich gegenseitig auszutauschen und sich Fachwissen in Bezug auf die Krankheit anzueignen – und von dem Wissen der Diätetikerinnen zu profitieren, die ihnen mit Ratschlägen und Anregungen zur Seite standen.

1. Inwiefern hat Ihre Studie in diesem Fachbereich zu neuen Erkenntnissen geführt?

Bisher gab es in der Romandie keine Schulungen, die kulinarische Kompetenzen zur praktischen Umsetzung der ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen im Zusammenhang mit Diabetes Typ-1 bei der Zubereitung von Mahlzeiten vermittelte. Dies ist also eine Innovation, wobei ein ganz besonders wichtiger Aspekt in der Kindermedizin darin besteht, das Kind und sein Umfeld, also seine Familie, zusammen zu bringen. Diese Ateliers bilden aber auch Orte der Begegnung für die verschiedenen Familien, und dies in einem weniger förmlichen Umfeld als etwa in einer Diskussionsgruppe. Die Küche ist immer ein guter Ort für Begegnungen!

2. Was hat Ihr Interesse an diesem Thema geweckt?

Es war das Thema unserer Bachelor-Arbeit beim Studienabschluss an der Hochschule für Gesundheit in Genf. Bei dem Projekt hatten wir die Chance, ein neues therapeutisches und ernährungswissenschaftliches Schulungsinstrument zu entwickeln. Der Bereich der Pädiatrie, der es gestattet, die Phantasie und den Spieltrieb einzusetzen, hat eine besondere Anziehung für uns: Hier können wir unsere Fähigkeiten beweisen, mit Kindern und Jugendlichen umzugehen und ihnen zu helfen, selbständiger zu leben.

3. Welche praktischen Wirkungen wünschen Sie sich für Ihre Arbeit?

Es besteht eine grosse Nachfrage. Wir möchten Ateliers für Familien entwickeln, deren Kinder vor Kurzem diagnostiziert wurden, aber auch für Jugendliche, die sich in einer wichtigen Phase ihrer Krankheit befinden, nämlich an der Schwelle zur Autonomie. Erfreulicherweise hat uns das Kantonale Diabetesprogramm Waadt eine Zusammenarbeit angeboten, sodass wir im Jahr 2013 vier Ateliers abhalten können. Ein erstes fand schon im Juni im Norden des Kantons für 5-12-Jährige statt; drei weitere sind bereits festgelegt: Das eine, für Jugendliche, wird Ende September in Lausanne abgehalten und zwei weitere im November.