

Das Körpergewicht des Patienten ist auch bei der Ernährungstherapie des Intensivpatienten zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist festzustellen dass viele ernährungsmedizinische Leitlinien (DGEM, ESPEN) auch bei diesem besonderen Krankengut ihre Gültigkeit besitzen. Wahrscheinliche Ausnahmen stellen die Kalorienzufuhr und die Eiweißzufuhr dar, deren Umfang modifiziert werden muss. Eine Abschätzung des tatsächlich vorhandenen Kalorienumsatzes kann nur annäherungsweise mittels speziell adaptierter Formeln (z. B. modifizierte Harris-Benedict-Formel) durchgeführt werden, erfolgt idealerweise aber mittels indirekter Kalorimetrie. Problematisch ist jedoch die isokalorische Zufuhr der tatsächlich berechneten Kalorienmenge. Hier besteht ein hohes Risiko für Nebenwirkungen (Leberverfettung, Hyperglykämie), und es sind technische Probleme (große Applikationsvolumina bei enteraler Ernährung) zu erwarten. Somit hat sich auf der Basis weniger Phase I-ähnlicher Studien ein hypoklaorisches Konzept durchgesetzt. Das es Hinweise für eine dysproportional gesteigerte Eiweiß-Katabolie bei kritisch kranken Adipösen gibt, sollte gleichzeitig auf eine besonders eiweißreiche Diät geachtet werden. Möglicher besteht auch ein erhöhter Glutaminbedarf, der insbesondere bei parenteraler Ernährung zu berücksichtigen wäre.