

Leitlinienaktualisierungen

Venöse Thromboembolie, Multiple Sklerose und Adipositas

KHR | Leitlinien werden fortlaufend aktualisiert, so auch seit Anfang 2026 die Leitlinien zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE), zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung (NMOSD) und MOG-IgG-assoziierten Erkrankung (MOGAD) sowie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter.

S3-Leitlinie: Prophylaxe der VTE

Die VTE ist die dritthäufigste kardiovaskuläre Erkrankung nach dem Myokardinfarkt und dem Schlaganfall.¹ Zur Risikoreduktion sollte insbesondere bei erhöhtem Risiko im Zusammenhang mit operativen Eingriffen, Verletzungen oder akuten Erkrankungen eine VTE-Prophylaxe erwogen werden. Neben der Bedeutung der D-Dimer-Bestimmung zur Risikoeinschätzung, der VTE-Risiko-Assessment-Methoden und der intermittierenden pneumatischen Kompression betreffen die Änderungen die Kombination medikamentöser und physikalischer Maßnahmen, den Einsatz von Acetylsalicylsäure sowie den Beginn der medikamentösen Prophylaxe nach elektiven Eingriffen.

So werden z. B. bei niedrigem VTE-Risiko Basismaßnahmen wie Bewegungsübungen empfohlen, während bei mittlerem und hohem Risiko zusätzlich eine medikamentöse VTE-Prophylaxe durchgeführt werden soll. Diese umfasst neben anderen Wirkstoffen ASS, wobei u. a. Kontraindikationen zu berücksichtigen sind. ASS kann nach orthopädischen oder unfallchirurgischen Eingriffen im Bereich der unteren Extremität eingesetzt werden und ist entsprechend als mögliche Prophylaxe aufgeführt. Die medikamentöse Prophylaxe bei elektiven chirurgischen Eingriffen sollte innerhalb von 24 Stunden postoperativ erfolgen.

S2k-Leitlinie: Diagnose und Therapie der MS, NMOSD und MOGAD

Multiple Sklerose ist die häufigste chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung junger Menschen in Deutschland und führt schubförmig oder fortschreitend zu neurologischen Defiziten.² Die Leitlinie beschreibt aktuelle Standards zu Diagnose sowie Akut-, verlaufsmodifizierender und symptomatischer Therapie. Neben einer Überarbeitung des Kapitels A „Multiple Sklerose: Diagnose

und Differenzialdiagnose“ unter Berücksichtigung der aktualisierten McDonald-Kriterien sowie der Ergänzung des Unterkapitels „Einschränkungen der Atemfunktionen“ in Kapitel E zur Symptomtherapie wurde vor allem das Kapitel D.6.2 „Multiple Sklerose im Kindes-/Jugendalter“ in Anlehnung an die S1-Leitlinie „Pädiatrische Multiple Sklerose“ neu verfasst.

Die Empfehlungen dieses neuen Kapitels umfassen u. a. die Kontrolle des Impfstatus vor einer Immuntherapie, die verlaufsadaptierte Therapiewahl (bei wahrscheinlich hochaktiver Verlaufsform: Fingolimod, Natalizumab oder Ocrelizumab; bei wahrscheinlich nicht hochaktiver Verlaufsform: Dimethylfumarat oder Teriflunomid), die Empfehlung, Betainterferone und Glatirameracetat nicht mehr als First-Line-Therapie einzusetzen, ein initiales Dosierungsschema für Natalizumab beim Off-Label-Use (3–5 mg/kg Körpergewicht, maximal 300 mg, als Infusion alle 4 Wochen) sowie die Überbrückung mit Natalizumab bei verzögertem Ocrelizumab-Start aufgrund eines unvollständigen Impfstatus.

S3-Leitlinie: Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Übermäßiges Körpergewicht ist die häufigste ernährungsabhängige Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland und sowohl die Anzahl der Betroffenen als auch das Ausmaß der Adipositas haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.³ Die komplette Leitlinie befindet sich weiterhin in Aktualisierung, jedoch wurde das Kapitel „Zusätzliche medikamentöse Therapie“ vorzeitig aktualisiert.⁴

Hintergrund sind aktuelle Evidenzen aus randomisierten kontrollierten Studien zur medikamentösen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. Inkretinmimetika können ab dem jeweils zugelassenen Mindestalter zusätzlich zur Lebensstilintervention erwogen werden bzw. sollen bei extremer Adipositas bei unzureichendem Ansprechen und erhöhtem Risiko für Krankheitsprogression erwogen werden. Sie sind jedoch nicht Bestandteil der Regelversorgung.

Quellen: www.DAPdialog.de/9428