S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämie bei Kindern und Jugendlichen

Version 2.1 (25.08.2026)

Monogene Hyperlipidämien und multifaktorielle Dyslipidämien (MFD)

	Multifaktorielle Dyslipidämien (MFD)	Monogene Hyperlipidämien
Definition	Kombination genetischer- und Umweltfaktoren Formen der MFD • MFD mit erhöhtem LDL-C • MFD mit erhöhten Triglyzeriden • MFD mit erhöhten Konzentrationen von LDL-C & Triglyzeriden	Pathogene Varianten bei den Hypercholesterinämien (FH) vorwiegend im *LDLR*, *APOB, LDLRAP1* oder *PCSK9* Gen, bei FCS im *LPL, APOC2, APOA5, LFM1* und *GPIHBP1* Gen
Prävalenz	Isolierte Hypercholesterinämie: 4.8%-12.3% Familiär kombinierte Hyperlipidämie: 1:100- 1:200 MCS: 1:600	Heterozygote FH häufig (1:250 - 1:500), biallele FH selten (1:160.000-1:300000), FCS sehr selten (1:1.000.000)
Klinik & Lipidprofil	Lipidprofil (Cholesterin, LDL-C, Apolipoprotein B, Triglyzeride, VLDL-C, IDL-C) und Familienanamnese	Familien- und Eigenanamnese, Phänotyp, klinische Befunde, Lipidprofil (Gesamt-Cholesterin, LDL-C, Apolipoprotein B bei FH, Triglyzeride, VLDL-C, IDL-C und Chylomikronen bei FCS, Phytosterole bei Sitosterolämie) und ggf. genetische Testung
Kardio-vaskuläres Risiko	Mäßig bis stark erhöht abhängig von Blutfettkonzentrationen, erhöht sich durch weitere Risikofaktoren	Stark erhöht bei heterozygoter FH,massiv erhöht bei biallelischer FH, stark erhöht bei Sitosterolämie, unklar bei FCS

Diagnostisches Vorgehen

Bei Verdacht auf eine Hyperlipidämie im Kindes- und Jugendalter sollte zur diagnostischen Einschätzung eine Nüchternblutentnahme mit Bestimmung von Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, Triglyzeriden und Lp(a) durchgeführt werden. Erhöhte Werte sollten nach 3-4 Wochen kontrolliert werden.

EK-Empfehlung, Konsensstärke: 94%

Lipoprotein(a)

Bei Kindern ist eine Lp(a)-Erhöhung häufig klinisch unauffällig (Ausnahme: erhöhte Risikos für ischämischen Schlaganfall). Eine einmalige Bestimmung von Lp(a) wird für Risikogruppen empfohlen. Dazu gehören:

- Kinder und Jugendliche mit der seltenen Vorgeschichte eines hämorrhagischen oder ischämischen Schlaganfalls unklarer Ursache
- Kinder und Jugendliche mit Eltern oder erst-gradigen Verwandten mit vorzeitiger atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankung ohne andere identifizierbare Risikofaktoren (<55 Jahre bei Männern und < 65 Jahre bei Frauen)
- Kinder und Jugendliche mit einem Verdacht auf oder genetisch bestätigter FH
- Kinder und Jugendliche mit erst-gradigen Verwandten mit erhöhtem Lp(a)

Bei Erwachsenen erfolgt die Einteilung des Lp(a)-Wertes in „nicht-erhöht“ (< 75 nmol/L [< 30 mg/dL]), „grenzwertig“ (75-125 nmol/L [30-50 mg/dL]) sowie „erhöht“ (> 125 nmol/L [> 50 mg/dL]). Diese aus Erwachsenendaten abgeleiteten Werte sind bislang nicht für Kinder und Jugendliche validiert. In der derzeit überwiegend angewandten laborchemischen Routinediagnostik ist durch die strukturelle Ähnlichkeit von Lp(a) und LDL bei der Messung des LDL-C auch der Cholesterinanteil des Lp(a) enthalten, sodass in seltenen Fällen ein sehr hoher Spiegel von Lp(a) eine LDL-C-Erhöhung imitieren kann.

Strategien zur frühen Identifikation von familiärer Hypercholesterinämie (FH)

Kaskadenscreening

Ein Kaskadenscreening mit Lipidbestimmung und DNA-Testung soll durchgeführt werden, um bei biologischen Verwandten ersten und zweiten Grades sowie, wenn möglich, auch dritten Grades von Betroffenen mit genetisch bestätigter FH das Vorliegen einer FH zu identifizieren.

Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: A ⇑⇑, Konsensstärke: 100%

Selektives FH-Screening

Für Kinder und Jugendliche sollte das Angebot eines selektiven FH-Screenings (LDL-C-Bestimmung und ggfs. DNA-Testung) gemacht werden, wenn eine positive Familienanamnese für eine frühzeitige koronare Herzerkrankung vor dem Alter von 55 Jahren (Männer) bzw. 60 Jahren (Frauen) vorliegt.

EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Populationsweites Screening auf FH

Die vorliegende direkte Evidenz ist unzureichend, um Nutzen und Schaden eines populationsweiten Screenings bei Kindern und Jugendlichen auf FH zu bewerten. Die Auswirkungen einer populationsweiten Screeningkette bei Kindern auf kardiovaskuläre Ereignisse sind nicht evaluiert worden, da solche erst mit einer Latenz von einigen Jahrzehnten auftreten. Für einzelne Screeningbestandteile liegt jedoch indirekte Evidenz vor.

Evidenzbasiertes Statement, Konsensstärke: 94%

Abkürzungen: Empfehlungsgrad A: starke Empfehlung; ALT: Alanin-Aminotransferase; AST: Aspartat-Aminotransferase; Empfehlungsgrad B: Empfehlung; BVKJ: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte; CK: Kreatin-Kinase; DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; DGKJ: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.; DHA: Docosahexaensäure; EK: Expertenkonsens; FH: Familiäre Hypercholesterinämie; HeFH: heterozygote familiäre Hypercholesterinämie; LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; Lp(a): Lipoprotein(a); MFD: Multifaktorielle Dyslipidämie; PCSK9: Proprotein-Konvertase Subtilisin Kexin Typ 9; PUFA: mehrfach ungesättigten

Autoren:
Berthold Koletzko, Johannes Häberle, Juliane Grünzner, Bernadeta Patro-Golab, Diana Ballhausen, Thu Giang Le Thi, Stefan Arens, Susanne Bechtold-Dalla Pozza, Marianne Becker, Katharina Dokoupil, Sarah Egert, Susanne Greber-Platzer, Frank Jochum, Christine Joisten, Clemens Kamrath, Olga Kordonouri, Joachim Kreuder, Ulrich Laufs, Georg Leipold, Stefan Lorkowski, Thomas Maibaum, Hans-Joachim Mentzel, Renate Oberhoffer-Fritz, Uwe Popert, Christian Schlein, Heribert Schunkert, Anja Vogt, Burkhard Voigt, Daniel Weghuber

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Berthold Koletzko
Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU Klinikum München
office.koletzko@med.lmu.de

Version 2.1, 25.08.2026
Verfügbar unter:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V (DGKJ)

Mit-federführende Fachgesellschaften
Gesellschaft für Angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (GfAS, vormals APS)
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Hyperlip-Kid wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23011 gefördert.

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämie bei Kindern und Jugendlichen

Version 2.1 (25.08.2026)

Populationsweites Screening auf FH

Kindern im Alter von 5-11 Jahren sollte populationsweit ein Screening auf FH angeboten werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 93%

Als Indextest sollte eine Messung von LDL-C vorgenommen werden. Liegt die LDL-C-Konzentration über dem gewählten Grenzwert, sollte zur Diagnosesicherung einer FH eine genetische Analyse erfolgen.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Um die wissenschaftliche Grundlage für ein populationsweites FH-Screening bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern, sollten Studien durchgeführt werden, die Machbarkeit, Sensitivität und Spezifität, mittelfristige Therapieadhärenz und Therapieeffekte, sowie Kosten-Nutzen-Verhältnis eines populationsweiten FH-Screenings im Vergleich zu alternativen Strategien evaluieren.
Es sollte in Studien evaluiert werden, wie Kinder mit deutlich erhöhten LDL-C-Werten, aber ohne genetische Diagnose, behandelt werden sollten (im MFD-Kapitel).
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Sondervotum der DEGAM und des BVKJ
„Ein universelles, populationsweites Screening auf FH sollte Kindern im Alter von 5-11 Jahren nicht angeboten werden."

Sondervotum des DGKJ-Vorstandes
„Ein populationsweites Screening auf FH sollte Kindern im Alter von 5-11 Jahren derzeit nicht angeboten werden."

Empfehlungen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen

Verhaltensintervention

Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) sollte eine Gesundheitsverhaltens- und Lebensstilberatung angeboten werden, die eine ausgewogene, gesundheitsförderliche Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität, eine Begrenzung sitzender Tätigkeiten sowie Nichtrauchen adressiert.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 89%

Kindern und Jugendlichen mit multifaktorieller Dyslipidämie (MFD, alle Formen) sollte eine Gesundheitsverhaltens- und Lebensstilberatung angeboten werden, die eine ausgewogene, gesundheitsförderliche Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität, eine Begrenzung sitzender Tätigkeiten sowie Nichtrauchen adressiert.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Ernährung und Lebensstil

Bei Hypercholesterinämie sollte die Zufuhr von langkettigen gesättigten Fettsäuren begrenzt (<10% der Energie) und durch ungesättigte Fettsäuren in der Nahrung ersetzt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 94%

Bei Hypertriglyzeridämie (nach Ausschluss eines familiären Chylomikronämie Syndroms) sollte die Zufuhr von Mono- und Disacchariden und raffinierter Stärke begrenzt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Kinder und Jugendliche mit einer familiären Hypercholesterinämie (FH) bzw. einer multifaktoriellen Dyslipidämie (MFD, alle Formen) sollten entsprechend der generellen Bewegungsempfehlungen täglich 60 bis 90 Minuten bei moderater Intensität körperlich aktiv sein und mindestens 3-mal wöchentlich muskel- bzw. knochenstärkende Aktivitäten durchführen.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Bei Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) oder multifaktorieller Dyslipidämie (MFD, alle Formen) sollte entsprechend allgemeiner Empfehlungen die tägliche Sitzzeit, insbesondere die Nutzung audiovisueller Medien in der Freizeit, begrenzt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 94%

Nahrungsergänzungsmittel

Die Evidenz für oder gegen den regelmäßigen Verzehr von Produkten mit Pflanzensterinen bei Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) ist widersprüchlich, und die Einnahme sollte nicht empfohlen werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 89%

Bei Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) sollte eine Einnahme von Supplementen mit der langkettigen Omega-3 Fettsäure Docosahexaensäure (DHA) nicht empfohlen werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Bei Kindern und Jugendlichen mit multifaktorieller Dyslipidämie (MFD, alle Formen) sollte eine Einnahme von Supplementen mit Omega-3-Fettsäuren nicht empfohlen werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) oder multifaktorieller Dyslipidämie (MFD, alle Formen) sollte eine regelmäßige Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren (PUFA), Ballaststoffen oder Probiotika nicht empfohlen werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Empfehlungen zu medikamentösen Maßnahmen

Heterozygote familiäre Hypercholesterinämie (HeFH)

Therapieindikation für HeFH

Für Kinder mit einer HeFH im Alter von 6-10 Jahren oder älter sollte nach Ausschöpfung der Maßnahmen für einen gesunden Lebensstil empfohlen werden, mit einer medikamentösen Lipidsenkung zu beginnen.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Autoren:
Berthold Koletzko, Johannes Häberle, Juliane Grünzner, Bernadeta Patro-Golab, Diana Ballhausen, Thu Giang Le Thi, Stefan Arens, Susanne Bechtold-Dalla Pozza, Marianne Becker, Katharina Dokoupil, Sarah Egert, Susanne Greber-Platzer, Frank Jochum, Christine Joisten, Clemens Kamrath, Olga Kordonouri, Joachim Kreuder, Ulrich Laufs, Georg Leipold, Stefan Lorkowski, Thomas Maibaum, Hans-Joachim Mentzel, Renate Oberhoffer-Fritz, Uwe Popert, Christian Schlein, Heribert Schunkert, Anja Vogt, Burkhard Voigt, Daniel Weghuber

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Berthold Koletzko
Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU Klinikum München
office.koletzko@med.lmu.de

Version 2.1, 25.08.2026
Verfügbar unter:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V (DGKJ)

Mit-federführende Fachgesellschaften
Gesellschaft für Angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (GfAS, vormals APS)
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Hyperlip-Kid wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23011 gefördert.

Wenn der LDL-C-Ausgangswert sehr hoch ist oder andere Risikofaktoren wie z. B. eine familiäre Belastung mit vorzeitigen kardiovaskulären Ereignissen und/oder ein erhöhtes Lp(a) vorliegen, kann ein früherer Therapiebeginn (als 6 - 10 Jahre) und/oder ein tieferer Zielwert erwogen werden. Diese Patienten sollten in einer spezialisierten pädiatrischen Lipidambulanz vorgestellt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Es sollte ein LDL-C-Zielwert <3,5 mmol/L (<135 mg/dL) angestrebt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 89%

Statine für HeFH

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH und Indikation zur medikamentösen Therapie sollen Statine als Therapie der ersten Wahl verwendet werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: A ⇑⇑, Konsensstärke: 100%

Da Statine über Zytochrome metabolisiert werden, sollte eine mögliche Interaktion mit anderen verordneten Medikamenten bzw. Nahrungsmitteln überprüft werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Zur Detektion möglicher Nebenwirkungen sollte eine Kontrolle von CK, AST und ALT ca. 6 Wochen nach Therapiebeginn bzw. nach jeder Dosissteigerung und/oder bei klinischen Anzeichen von Nebenwirkungen durchgeführt werden. Bei Verdacht auf Nebenwirkungen, einem Anstieg der Transaminasen auf >3x oberer Normwert und/oder der CK auf >10x oberer Normwert sollte die Statindosis reduziert oder die Behandlung abgesetzt und ggf. die Substanz gewechselt werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Aufgrund von Hinweisen auf eine mögliche Feto-/Embryotoxizität sollte unter Statintherapie bei sexuell aktiven Mädchen eine konsequente Antikonzeption erfolgen. Bei bereits eingetretener Schwangerschaft sollte die weitere Therapiestrategie mit einer spezialisierten pädiatrischen Lipidambulanz diskutiert werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 90%

Ezetimib (Mono- und Kombinationstherapie) für HeFH

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH und Indikation zur medikamentösen Therapie sollte, wenn Statine keine Therapieoption sind, eine Monotherapie mit Ezetimib als Therapie der zweiten Wahl durchgeführt werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH und Indikation zur medikamentösen Therapie sollte bei unzureichendem Therapieerfolg unter Monotherapie mit Statinen eine Kombinationstherapie mit Ezetimib erfolgen.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 90%

Andere medikamentöse Therapien für HeFH

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH und Indikation zur medikamentösen Therapie sollte eine Behandlung mit PCSK9-Hemmern durchgeführt werden, wenn andere Therapieoptionen keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt haben oder nicht vertragen wurden.
Die Indikationsstellung für eine Behandlung mit PCSK9-Hemmern sollte durch eine spezialisierte pädiatrische Lipidambulanz erfolgen.
Eine Therapiekontrolle sollte nach ca. 3 Monaten durchgeführt werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH sollte auf eine Behandlung mit Gallensäurebindern verzichtet werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 100%

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH sollte auf eine Behandlung mit Fibraten verzichtet werden.
Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad: B ⇑, Konsensstärke: 88%

Bei Kindern und Jugendlichen mit HeFH soll auf eine Behandlung mit Niacin verzichtet werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Bi-allelische Hypercholesterolämie (BiFH)

Bei Kindern und Jugendlichen mit BiFH oder LDL-C min. 2x > 10,3 mmol/L (400 mg/dL) soll zusätzlich zu den Maßnahmen für einen gesunden Lebensstil umgehend eine Behandlung eingeleitet werden.
Diese Behandlung sollte nach folgendem Eskalationsschema bis zum Erreichen des Zielwertes LDL-C < 3,0 mmol/L (< 115 mg/dL) durchgeführt werden (siehe Flussdiagramm):
1. Kombinationstherapie: hochwirksames Statin + Ezetimib
2. PCSK9-Hemmer: Therapieversuch von 8 Wochen, weiterführen bei LDL-C Reduktion > 15%, sonst absetzen
3. ANGPTL3-Inhibitoren
4. Lipoproteinapherese

Patienten mit einer BiFH sollten in einem spezialisierten pädiatrischen Lipidzentrum betreut werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Multifaktorielle Dyslipidämie (MFD)

Bei Kindern und Jugendlichen mit MFD kann nach Ausschöpfung der Maßnahmen für einen gesunden Lebensstil und Behandlung von sekundären Lipidstörungen bei persistierender Erhöhung von LDL-C > 4,1 mmol/L (> 160 mg/dL) mit oder ohne begleitender Hypertriglyzeridämie eine medikamentöse Behandlung mit Statinen und/oder Ezetimib analog zu den Empfehlungen zur Behandlung der HeFH (siehe oben) erwogen werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 88%

Zielwert ist ein LDL-C < 3,5 mmol/L (< 135 mg/dL).

Bei ausgeprägter Hypertriglyzeridämie (z.B. > 6,78 mmol/L [600 mg/dL]) kann eine Behandlung mit Fibraten erwogen werden.
EK-Empfehlung, Konsensstärke: 100%

Autoren:
Berthold Koletzko, Johannes Häberle, Juliane Grünzner, Bernadeta Patro-Golab, Diana Ballhausen, Thu Giang Le Thi, Stefan Arens, Susanne Bechtold-Dalla Pozza, Marianne Becker, Katharina Dokoupil, Sarah Egert, Susanne Greber-Platzer, Frank Jochum, Christine Joisten, Clemens Kamrath, Olga Kordonouri, Joachim Kreuder, Ulrich Laufs, Georg Leipold, Stefan Lorkowski, Thomas Maibaum, Hans-Joachim Mentzel, Renate Oberhoffer-Fritz, Uwe Popert, Christian Schlein, Heribert Schunkert, Anja Vogt, Burkhard Voigt, Daniel Weghuber

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Berthold Koletzko
Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU Klinikum München
office.koletzko@med.lmu.de

Version 2.1, 25.08.2026
Verfügbar unter:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V (DGKJ)

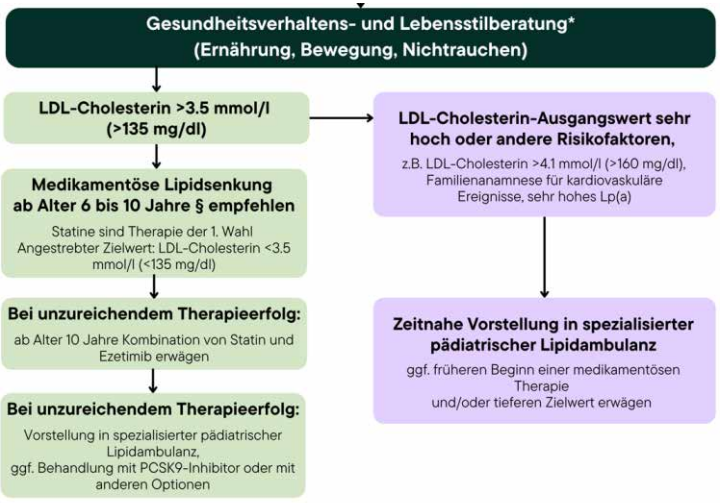
Mit-federführende Fachgesellschaften
Gesellschaft für Angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (GfAS, vormals APS)
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Hyperlip-Kid wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23011 gefördert.

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämie bei Kindern und Jugendlichen

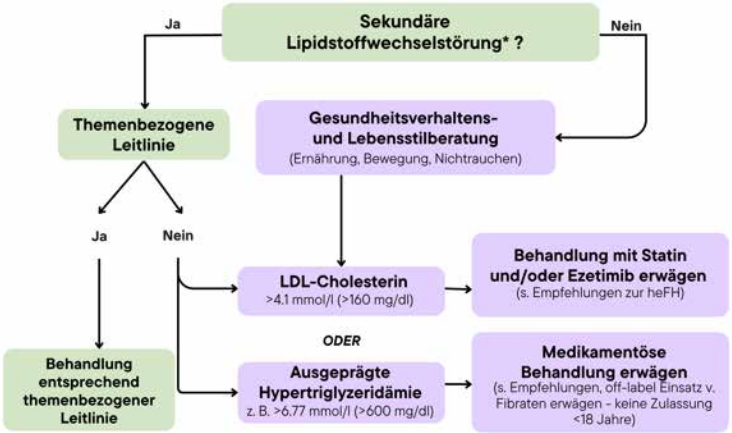
Version 2.1 (25.08.2026)

Heterozygote familiäre Hypercholesterinämie (HeFH)



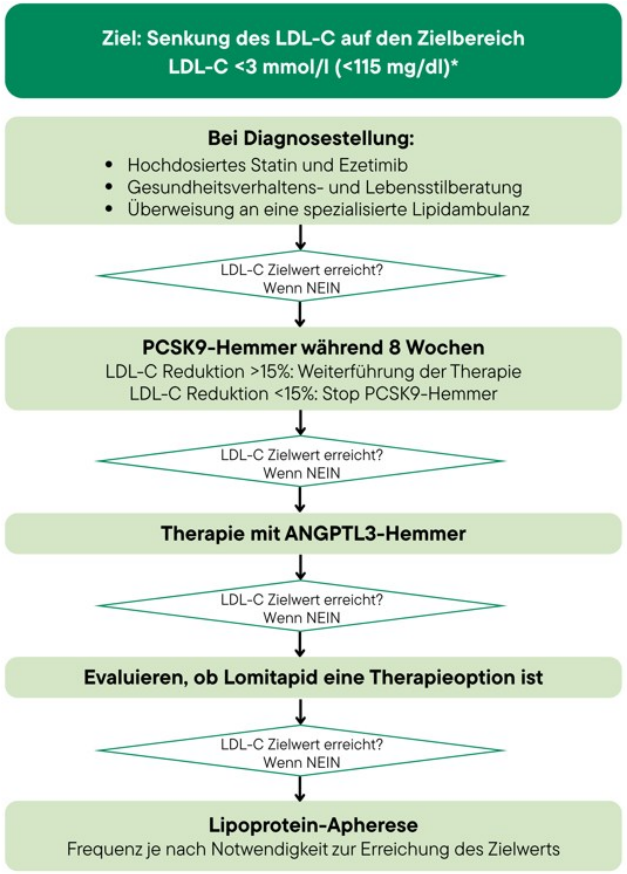
**Je nach Ausgangswert des LDL-Cholesterins kann ein gleichzeitiger Beginn einer medikamentösen Behandlung in Erwägung gezogen werden*
§ Abhängig vom Zulassungsalter des gewählten Medikamentes

Multifaktorielle Dyslipidämien (MFD)



** Ausführliche Beschreibung zu der Sekundären Lipidstoffwechelstörung verweisen wir auf die Tabelle 5 in der Langfassung der Leitlinie (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068)*

Bi-allelische Hypercholesterolämie (BiFH)



**Wenn die Bildgebung Anhaltspunkte für eine bereits vorliegende Atherosklerose/kardiovaskulären Krankheit zeigt, kann analog zu den Empfehlungen bei Erwachsenen ein niedrigerer Zielwert diskutiert werden.*
Eine Lebertransplantation kann bei schwer betroffenen HoFH-Patientinnen und -Patienten in Erwägung gezogen werden, die auf die oben genannten Therapieoptionen nicht ansprechen oder wenn diese Therapieoptionen nicht verfügbar sind.

Version: 25.08.2026

Autoren:
Berthold Koletzko, Johannes Häberle, Juliane Grünzner, Bernadeta Patro-Golab, Diana Ballhausen, Thu Giang Le Thi, Stefan Arens, Susanne Bechtold-Dalla Pozza, Marianne Becker, Katharina Dokoupil, Sarah Egert, Susanne Greber-Platzer, Frank Jochum, Christine Joisten, Clemens Kamrath, Olga Kordonouri, Joachim Kreuder, Ulrich Laufs, Georg Leipold, Stefan Lorkowski, Thomas Maibaum, Hans-Joachim Mentzel, Renate Oberhoffer-Fritz, Uwe Popert, Christian Schlein, Heribert Schunkert, Anja Vogt, Burkhard Voigt, Daniel Weghuber

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Berthold Koletzko
Dr. von Haunersches Kinderspital, LMU Klinikum München
office.koletzko@med.lmu.de

Version 2.1, 25.08.2026
Verfügbar unter:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-068

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V (DGKJ)

Mit-federführende Fachgesellschaften
Gesellschaft für Angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (GfAS, vormals APS)
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Hyperlip-Kid wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23011 gefördert.