

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
--------------------	---

AWMF-Register Nr.	022/008	Klasse:	S3
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Diagnose und Therapie des Guillain-Barré Syndroms im Kindes- und Jugendalter (ICD-10: G61.0)

S3 Leitlinie

der

Gesellschaft für Neuropädiatrie

Leitlinienreport (Version 1.2, 20.03.2019)

Herausgeber

Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)

Haubensteigweg 19

87439 Kempten/Allgäu

Deutschland

Fon +49 831 960761-77, Fax +49 831 960761-97

Mail: info@gesellschaft-fuer-neuropaediatrie.org

Internet: www.gesellschaft-fuer-neuropaediatrie.org

Leitlinienbeauftragte der GNP: Prof. Dr. Regina Trollmann, Erlangen

Federführender Autor: Prof. Dr. Rudolf Korinthenberg, Freiburg

Bitte wie folgt zitieren:

Gesellschaft für Neuropädiatrie: Diagnose und Therapie des Guillain-Barré Syndroms im Kindes- und Jugendalter, 4. Auflage, Version 1.0, verfügbar unter:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/022-008.html>, Zugriff am: (Datum)

Schlüsselwörter:

Guillain-Barré Syndrom, Polyradikuloneuritis, Plasmapherese, intravenöse Immunglobuline, Kinder und Jugendliche

Keywords:

Guillain-Barré syndrome, polyradiculoneuritis, plasmaexchange, intravenous immunoglobulin, children and adolescents

1. Definition, Zweck und Geltungsbereich

1.1 Definition

Das Guillain-Barré Syndrom (GBS) ist eine akut oder subakut verlaufende, häufig postinfektiös auftretende immun-vermittelte Polyneuritis mit multifokaler Demyelinisierung und/oder axonaler Schädigung im Bereich der Rückenmarkswurzeln und der peripheren Nerven. Zur Kernsymptomatik gehören aufsteigende Lähmungen bis hin zur Möglichkeit einer Atemlähmung. Die Schwere des Verlaufs und das Tempo sowie das Ausmaß der Rückbildung der Lähmungen sind extrem variabel.

1.2 Ziele

- Darstellung des Krankheitsbildes, der Klassifikation und Prognose
- Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen
- Empfehlungen zur Therapie

1.3 Historie der Leitlinie

Diese S3-Leitlinie zur „Diagnose und Therapie des Guillain-Barré Syndroms (GBS) im Kindes- und Jugendalter“ ist eine Weiterentwicklung der Vorgängerversionen unter dem Titel „Guillain-Barré Syndrom im Kindes- und Jugendalter“ aus den Jahren 1998, 2000, 2004 und 2012. Neben einer Aktualisierung der Inhalte soll in dieser Leitlinie den Prinzipien der evidenzbasierten Begründung und Konsentierung der Empfehlungen stärker als in den vorangehenden Versionen gefolgt werden.

1.4 Zielgruppe

Die Begründung einer eigenen Leitlinie für das GBS im Kindes- und Jugendalter liegt darin, dass das GBS in dieser Altersstufe 1. sehr viel seltener auftritt als bei Erwachsenen, 2. eine andere Leitlinie GBS bei Kindern und Jugendlichen, Leitlinienreport Version 1.2 vom 20.03.2019 Seite 2

Symptomatik und Differenzialdiagnose und eine andere Verteilung der Subtypen aufweisen kann, 3. meist eine deutlich bessere Prognose hat und 4. bezüglich der Behandlung weniger gut untersucht worden ist als im Erwachsenenalter.

Eine Leitlinie zur Therapie des GBS und anderer entzündlicher Neuropathien im Erwachsenenalter wurde unter der Federführung der Gesellschaft für Neurologie kürzlich aktualisiert (Sommer et al. 2018).

1.5 Adressaten und Versorgungsbereich

Die Leitlinie richtet sich an Kinder- und Jugendärzte, Neuropädiater, Neurologen, pädiatrische Intensivmediziner, Kinderradiologen, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Patienten und dient zur Information für allgemeine Intensivmediziner, Radiologen, pädiatrische Rehabilitationsmediziner und sonstiges therapeutisches Personal.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen

2.1 Federführender und Koordinierender Autor

Prof. Dr. Rudolf Korinthenberg, Freiburg (GNP)

2.2 Beteiligte Gesellschaften und Vereinigungen

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie (SGNP)

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)

Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (DGKN)

Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V. (BVKJ)

Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

2.3 Delegierte der Fachgesellschaften und Verbände

Prof. Dr. Regina Trollmann, Erlangen (GNP und DGKJ)

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Essen (GNPI)

Prof. Dr. Günther Bernert, Wien (ÖGKJ)

Frau Dr. Annette Hackenberg, Zürich (SGNP)

Prof. Dr. Markus Hufnagel, Freiburg (GKJR und DGPI)

Prof. Dr. Martin Pohl, Freiburg (GPN)

Frau Dr. Gabriele Hahn, Dresden (GPR, Delegierte)

Prof. Dr. Hans-Joachim Mentzel, Jena (GPR, Vertreter)

Prof. Dr. Claudia Sommer, Würzburg (DGN)

Dr. Johann Lambeck, Freiburg (DGKN)

Frau Frauke Mecher, Braunschweig (ZVK)

Frau Melanie Hessenauer, Vogtareuth (DVE)

Frau Cordula Winterholler, M.A., Nürnberg (dbl)

Der BVKJ war nicht mit einem Delegierten in der LL-Gruppe vertreten, sondern trat erst in der Phase der Konsentierung auf Vorstandsebene in den LL-Prozess ein.

2.4 Patientenvertretung

Ulrike Kempf, Kraichtal-Neuenbürg (Betroffene, Mutter eines Jugendlichen mit GBS)

2.5 Weitere Teilnehmer ohne Delegation

Prof. Dr. Kevin Rostasy, Datteln (Neuropädiater, Neuroimmunologie)

Prof. Dr. Wolfgang Müller-Felber, München (Neurologe und Psychiater, Neuropädiater, Elektrophysiologie)

2.6 Methodische und Externe Beratung

Frau Prof. Ina B. Kopp, Marburg (IMWI-Institut für Medizinisches Wissensmanagement)

Prof. Dr. Joerg Meerpohl, Freiburg (Cochrane Institut)

Prof. Dr. Bart C. Jacobs, Rotterdam (Neurologe, internationaler GBS-Experte)

3. Methodik der Leitlinienentwicklung

3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur

3.1.1 Literatursuche

1. Es wurden (zuletzt am 08. Januar 2018) Literaturrecherchen in **PubMed** mit den folgenden MeSH-Suchbegriffen durchgeführt:

- a. Guillain-Barré-Syndrom/"classification" or "diagnosis" or "diagnostic imaging"
- b. Guillain-Barré-Syndrom/"diet therapy" or "drug therapy" or "economics" or "rehabilitation" or "therapy"

Die Suche wurde auf Humanstudien und die Publikationsjahre 1980 bis 2018 begrenzt.

Zur Fragestellung a. Klassifikation und Diagnose fanden sich über alle Lebensalter 1.356 Zitate, nach Begrenzung auf Geburt bis 18 Jahre verblieben 383 Zitate.

Zur Fragestellung b. Therapie und Rehabilitation fanden sich über alle Lebensalter 1.194 Zitate, nach Begrenzung auf Geburt bis 18 Jahre verblieben 291 Zitate.

2. Zeitgleich wurde die **Cochrane Library** (Wiley online) mit den MeSH-Begriffen Guillain-Barré-Syndrom/"drug therapy" or "rehabilitation" or "therapy" durchsucht.

Dies ergab 6 Systematische Cochrane Reviews, 3 andere Reviews, 25 klinische Studien und 3 ökonomische Studien.

3. Eine Recherche in Clinicaltrials.gov mit dem Suchbegriff „Guillain-Barré syndrome“ ergab 26 Treffer, von denen sich nur 2 auf Therapiestudien bei Kindern mit GBS bezogen.

4. Zusätzlich wurden die Ergebnisse früherer Recherchen der Autoren und der Inhalt der Bibliographie der aktuellen Publikationen durchgesehen, vor allem im Hinblick auf therapie-relevante Publikationen.

5. Eine Wiederholung der Recherche am 25.1.2019 führte nicht zu für die Empfehlungen der Leitlinie relevanten zusätzlichen Funden.

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die mit dieser Recherche erfassten Publikationen wurden zunächst nach Titel und Abstrakt, sodann nach Lektüre des Volltextes als passfähig oder nicht relevant für die Fragestellung dieser Leitlinie bewertet.

Zum Thema **Diagnose** fanden sich mehrere international richtunggebende Reviews, von denen zumindest zwei (van der Meche et al 2001, Sejvar et al 2011b) auf systematischer Literaturanalyse und formalen Konsensprozessen basieren (s. Langfassung, Tab. 7). In Sejvar et al 2011b sind ausdrücklich Kinder- und Jugendliche berücksichtigt worden, diese Empfehlungen wurden durch vier internationale Publikationen (eine davon zum Kindes- und Jugendalter) validiert (s. Text).

Aus diesem Grunde stützt sich diese Leitlinie zu Diagnose und Klassifikation im Wesentlichen auf diese systematischen Reviews. Weitere Publikationen zu Epidemiologie, Klassifikation und Diagnostik im Kindesalter wurden nach didaktischen und Aktualitäts-Gesichtspunkten ausgewählt, und nicht systematisch nach evidenzbasierten Kriterien evaluiert.

Zum Thema **Therapie, Rehabilitation und Ökonomie** wurden alle aktuellen Versionen der systematischen Cochrane-Reviews, systematischen Reviews soweit sie nicht von den gleichen Autoren aktueller als CSR publiziert wurden, und alle kontrollierten Therapiestudien bei Kindern in diese Leitlinie aufgenommen und in Evidenztabelle erfasst (siehe Langfassung, Tabellen 8-10, 11_1, 12-14). Beobachtungsstudien zur Therapie bei Kindern wurden erfasst, soweit sie die Mindestkriterien einer Volltextpublikation (nicht nur Kongress-Abstrakts) und einer Fallzahl von mindestens 4 Patienten erfüllten (s. Tabelle 11_2, 11_3). 258 von insgesamt 299 Publikationen wurden als nach diesen Kriterien nicht relevant verworfen.

3.1.3 Klassifizierung von Evidenz und Empfehlungen

Die Klassifizierung von Evidenzstärke und Empfehlungsstärke folgt wie von der AWMF empfohlen den Vorgaben des „Scottish Intercollegiate Guidelines Network“ (SIGN).

SIGN schlägt ein Bewertungssystem für klinische Studien vor, die abhängig vom Studiendesign nach Zuverlässigkeit der Aussagen und Risiko von Irrtümern (bias) in vier Evidenzklassen (EK) rangiert und jeweils durch eine Liste von Qualitätskriterien bestätigt oder abgewertet werden (Tabelle 1), die Liste der Qualitätskriterien findet sich in Tabelle 2.

1++	Hochwertige Meta-Analysen, systematische Reviews von randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) oder RCT mit einem sehr niedrigen Bias-Risiko.
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen, systematische Reviews von randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) oder RCT mit einem niedrigen Bias-Risiko.
1-	Meta-Analysen, systematische Reviews von randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) oder RCT mit einem hohen Bias-Risiko.
2++	Hochwertige systematische Reviews von Fallkontroll- oder Kohortenstudien, hochwertige Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem sehr niedrigen Risiko für Confounder-Effekt, Bias oder Zufall und mit der hohen Wahrscheinlichkeit für eine kausale Beziehung.
2+	Gut durchgeführte Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem niedrigen Risiko für Confounder-Effekt, Bias oder Zufall und mit der mittleren Wahrscheinlichkeit für eine kausale Beziehung.
2-	Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko für Confounder-Effekt, Bias oder Zufall und mit einem signifikanten Risiko, dass die dargestellte Beziehung nicht kausal ist.
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Einzelfallberichte, Fallserien.
4	Expertenmeinung.

Tabelle 1: QdE-Klassifizierung nach SIGN

Systematische Reviews	Kontrollierte Studien	Kohortenstudien
1.1 Klar definierte Studienfragen mit definierten Ein- und Ausschlusskriterien	1.1 Angemessene und klare Fragestellung	1.1 Angemessene und klare Fragestellung
1.2 Umfassende Literaturanalyse wurde durchgeführt	1.2 Randomisierte Gruppenzuweisung	1.2 Studiengruppen stammen aus Populationen die sich nur durch den untersuchten Faktor unterscheiden
1.3 Mindestens 2 Personen haben Studien ausgewählt	1.3 Verborgene Gruppenzuweisung	1.3 Angabe, wie viele der potentiellen Teilnehmer jeweils in die Gruppen aufgenommen wurden
1.4 Mindestens 2 Personen haben die Daten extrahiert	1.4 Teilnehmer und Forscher bleiben verblindet	1.4 Das mögliche Vorbestehen des Zielkriteriums schon bei Studieneintritt wurde erfasst und bei der Analyse berücksichtigt
1.5 Publikationsstatus war kein Einschlusskriterium	1.5 Behandlungs- und Kontrollgruppe bei Studienstart ähnlich	1.5 Welcher Anteil der beiden Arme hat die Studie vorzeitig verlassen?
1.6 Liste der ausgeschlossenen Studien	1.6 Studienintervention ist der einzige Gruppenunterschied	1.6 Vergleich der vollen Teilnehmer und der vorzeitig ausgeschiedenen nach Gruppe.
1.7 Relevante Charakteristik der eingeschlossenen Studien berichtet	1.7 Alle relevanten Ziele standardisiert, valide und reliabel gemessen	1.7 Klar definierte Zielkriterien
1.8 Wissenschaftliche Qualität der eingeschlossenen Studien erfasst und berichtet	1.8 Welcher Anteil der beiden Arme hat die Studie vorzeitig verlassen?	1.8 Blinde Erhebung des Zielkriteriums für die Gruppenzugehörigkeit – bei retrospektiven Studien evtl. nicht möglich
1.9 Wurde die wissenschaftliche Qualität der eingeschlossenen Studien korrekt erhoben?	1.9 Alle Teilnehmer in der ursprünglichen Gruppe ausgewertet (intention to treat Analyse).	1.9 Soweit keine Verblindung möglich, Bewusstsein des möglichen Einflusses der Gruppenzugehörigkeit auf die Erhebung des Zielkriteriums.
1.10 Angemessene Methoden zur Kombination der Studienbefunde	1.10 Ergebnisse ggfs. zwischen mehreren Studienzentren vergleichbar	1.10 Methode der Erhebung der Gruppenzugehörigkeit ist zuverlässig
1.11 Die Möglichkeit eines Publikations-Bias wurde angemessen berücksichtigt		1.11 Andere Quellen belegen die Validität und Reliabilität der Zielkriterien
1.12 Interessenkonflikte wurden dargestellt		1.12 Einflussgröße oder prognostischer Faktor wurden mehr als einmal gemessen
2.1 Gesamtbeurteilung der methodischen Qualität dieses Reviews: ++, +, -, 0		1.13 Hautsächliche potentielle Konfounder in Design und Analyse berücksichtigt
2.2: Sind die Ergebnisse dieses Reviews direkt auf die Patientengruppe dieser LL anwendbar?	<i>Punkte 2,ff zu Kontrollierten und Kohortenstudien sind hier aus Platzgründen nicht aufgeführt</i>	1.15 Wurden Konfidenzintervalle berichtet?

Tabelle 2: SIGN-Checklisten für die Qualität verschiedener Studientypen

Die Stärke einer **diagnostischen oder therapeutischen Empfehlung** wird nach den Vorschlägen der AWMF unter Berücksichtigung von: Effektstärke und Konsistenz der Ergebnisse, Klinischer Relevanz, Verhältnis zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen, Patientenpräferenzen, pathophysiologischen und klinischen Plausibilitäten sowie Umsetzbarkeit/Ressourcen wie in Tabelle 3 dargestellt graduiert. **Dementsprechend wurden Empfehlungen bei besonders dringenden klinischen Fragestellungen bei einstimmigem Konsens der Leitliniengruppe gelegentlich höher graduiert, als es der Evidenzstärke der verfügbaren Publikationen entsprochen hätte.**

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Syntax	Symbol
A	Starke Empfehlung: erheblicher Nutzen in der Regel aufgrund erstklassiger Evidenz belegt; Nutzen auch belegt bzw. zu erwarten unter Berücksichtigung von Anwendbarkeit und Übertragbarkeit der Evidenz	Soll/soll nicht	↑↑ / ↓↓
B	Empfehlung: erheblicher Nutzen aufgrund nicht-erstklassiger oder nur eingeschränkt übertragbarer Evidenz oder gut belegt, aber nur mäßiger Nutzen bzw. eingeschränkte Anwendbarkeit	Sollte/sollte nicht	↑ / ↓
0	Empfehlung offen: Netto-Nutzen nicht bzw. mit unzureichender Evidenz belegt oder Nutzen unsicher wegen nicht übertragbarer Evidenz bzw. fehlender Anwendbarkeit	Kann erwogen werden/kann verzichtet werden	↔

Tabelle 3: Graduierung der Leitlinienempfehlungen gemäß AWMF-Manual.

In Cochrane Reviews werden die Parameter der Arbeitsgruppe „Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“ (**GRADE**) angewandt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird hier bezogen auf ein definiertes Zielkriterium nach ähnlichen Kriterien wie bei SIGN als sehr niedrig, niedrig, moderat oder hoch graduiert (Guyatt et al. 2008). Diese Grade werden in dieser Leitlinie in den entsprechenden Evidenztabelle 8 bis 10 und 12 bis 14 zitiert. Die eigene Bewertung der Qualität der Reviews folgt den SIGN-Kriterien (letzte Spalte dieser Tabellen).

In Cochrane Reviews werden die Parameter der Arbeitsgruppe „Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“ (**GRADE**) angewandt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wird hier bezogen auf ein definiertes Zielkriterium nach ähnlichen Kriterien wie bei SIGN als sehr niedrig, niedrig, moderat oder hoch graduiert (Guyatt et al. 2008). Diese Grade werden in dieser Leitlinie in den entsprechenden Evidenztabelle 8 bis 10 und 12 bis 14 zitiert. Die eigene Bewertung der Qualität der Reviews folgt den SIGN-Kriterien (letzte Spalte dieser Tabellen).

3.2 Konsensusverfahren

Der Text wurde vom federführenden Autor entworfen. Die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen wurden von der gesamten Leitliniengruppe konsentiert. Hierzu wurde den Mitgliedern der Gruppe der gesamte Leitlinientext incl. Literaturverzeichnis und Evidenztabelle zur Information und Bewertung vorgelegt. Sodann wurden im Rahmen eines Delphi-Verfahrens die Beleitlinie GBS bei Kindern und Jugendlichen, Leitlinienreport Version 1.2 vom 20.03.2019 Seite 8

wertungen und Empfehlungen nach dem von der AWMF vorgeschlagenen Verfahren einzeln anonym bewertet und in drei Umläufen konsentiert. Jeder Umlauf gestaltete sich wie folgt:

- Einholen der schriftlichen Beiträge (Zustimmung/Ablehnung/begründete Änderungen oder Kommentare) bei den Teilnehmern mittels des von der AWMF vorgeschlagenen Abstimmungsformulars für das Delphi-Verfahren
- Zusammenfassung der anonymisierten Beiträge und Rückmeldung an die Gruppe der Teilnehmer

Im dritten Umlauf wurde für alle Bewertungen und Empfehlungen starker Konsens oder Konsens erzielt.

Die Konsensusstärke in der Leitliniengruppe wurde nach den Vorschlägen der AWMF klassifiziert (Tabelle 4). Da sich Enthaltungen nur aus Gründen der fachlichen Kompetenz und nicht aus inhaltlichen Konflikten ergaben, wurden zur Berechnung der Konsensusstärke nur die Ja- und Nein-Antworten gewertet.

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

Tabelle 4: Klassifizierung der Konsensusstärke nach AWMF

Es wurden eine Lang- und Kurzversion sowie eine Patienten-/Familienversion der Leitlinie ausgearbeitet. Die endgültige Abstimmung aller Versionen erfolgte durch die Leitliniengruppe erneut im Umlaufverfahren.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1 Externe Begutachtung

Fachlich begutachtend war Prof. Bart C. Jacobs, Rotterdam beteiligt. Formale Begutachtung und Beratung erfolgte teils wiederholt durch Prof. Ina Kopp, IMWI und Prof. Jörg Meerpohl, Cochrane Institut.

4.2 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden und beteiligten Fachgesellschaften und Verbände

Im Januar-Februar 2019 wurde die Leitlinie durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften formal verabschiedet.

5 Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1 Finanzierung

Bislang (Januar 2019) keine finanziellen Zuwendungen.

5.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Von allen Mitwirkenden an der Leitlinie wurden Erklärungen sekundärer Interessen mittels AWMF-Formblatt von 2018 eingeholt (siehe Tabelle 5: „Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten“).

Die Erklärungen wurden vom Koordinator in Hinblick auf thematischen Bezug der Interessen zu Leitlinieninhalten und ihre Relevanz in Hinblick auf die Erheblichkeit eines Interessenkonflikts bewertet. Die Erklärung des Koordinators wurde von Frau Prof. Regina Trollmann, Leitlinienbeauftragte der Gesellschaft für Neuropädiatrie bewertet. Sieben Teilnehmer erklärten keine sekundären, direkten, oder finanziellen Interessen. Bei 11 Teilnehmern bestand kein thematischer Bezug zu Leitlinieninhalten. Bei den verbliebenen 2 wurde lediglich eine geringe Relevanz gesehen, so dass keine Stimmenthaltungen im Konsensus Verfahren erforderlich waren. Zudem wurde dem Risiko von Verzerrungen der Leitlinieninhalte durch Interessenkonflikte entgegengewirkt durch die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe einschließlich Beteiligung von Betroffenenvertretern, die systematische Evidenzsynthese mit externer Beratung sowie die formale Konsensfindung mit anonymisiertem Abstimmungsverfahren.

Tabelle 5: Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autoren- /oder Coauto-renschafft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Korinthenberg	MDS Krankenkassen, DSMB Uni Basel, DSMB Uni Aachen, DSMB Esperare	Octapharma	Keine	Review up2date	Nur als Abteilungsleiter: Novartis, Lilly, PTC, Biogen, Avexis, Prosensa, Santhera, Sarepta	Keine	Mitgliedschaft DGKJ, GNP, DGfE, EPNS, WMS, DGM, TREAT-NMD, MD-Net Studien, Publikationen und LL zu GBS	Geringe Col durch Vorbeschäftigung mit dem Thema GBS, keine finanziellen Interessen, keine Konsequenz
Dr. Hackenberg	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Mitgliedschaft GNP, SGNP	Keine
Prof. Mentzel	Keine	Bayer-Schering	Bayer-Schering, Novartis, Pfizer, GE	Keine	Novartis	Keine	Vorsitz AG Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft	Keine
Prof. Meerpohl	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Mitglied GRADE-Arbeitsgruppe, Direktor Freiburg GRADE Zentrum, Mitglied der GRADE Guidance Group; Direktor Cochrane Deutschland, wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung	Keine
Prof. Trollmann	Keine	PTC	Desitin	Keine	Novartis	Keine	Mitglied DGKJ, GNP, DGfE	Keine
C. Winterholler	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Mitglied dbl eV	Keine
Prof. Hufnagel	Keine	Keine	Keine	Keine	Novartis, Janssen, Regeneron, Astellas, Cubist, Roche	Keine	Mitglied DGPI, DGKJ, DGKJR, AGPRS, GTP, ESPID, RRZS	Keine
Prof. Rostasy	Novartis	Merck, Novartis	Keine	Keine	Keine	Keine	Vorstand EPNS	Keine
Dr. Hahn	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Mitglied GPR	Keine
Prof. Felderhoff-Müser	Keine	Stifterverband	Chiesi	Keine	Keine	Keine	Mitglied GNPI, DGPM, DGKJ	Keine

Prof. Sommer	Keine	Air Liquide, Astellas, Baxter/Baxalta, CSL Behring, Genzyme, LFB	CSL Behring, Sanofi-Genzyme, Grifols, Kedrion, Pfizer, Shire	Keine	CSL Behring	Keine	Design. Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft, Federführung Leitlinie Therapie entzündlicher Neuropathien der DGN	Keine
F. Mecher	Physio Deutschland: Bewertung Studienarbeiten	keine	Physio Deutschland	Springer, Elsevier	Keine	Keine	Mandatsträger Physio Deutschland Leitlinie Kindlicher Knick Senkfuß, Beiratssprecher Physio Deutschland, Vorstandsmitglied BAKUK	Keine
Prof. Müller-Felber	keine	PTC, Cytogenetics, Sanofi-Avexis	PTC, Avexis, Biogen	Biogen, Thieme, Kohlhammer	Biogen, Audentes, Avexis, Santhera, Italpharma, CMT-Net	Keine	Mitglied CMT-Net	Keine
Prof. Bernert	PTC	PTC, Biogen	PTC, Biogen	Keine	Santhera, Stride Translarna (PTC)-	Keine	Mitgliedschaft GNP, Mitglied GNPI, Mitglied und Board-Member EPNS	Keine
Prof. Pohl	Keine	Kyowa-Kirin	Pfizer, Hexal, Klinik Hof, GPN	Keine	Keine	Keine	Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie, stellv. Weiterbildungsbeauftragter	Nephrologe führt Plasmapherese durch, geringer Col, keine Konsequenz
U. Kempf	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine
Dr. Lambeck	Keine	Keine	Bayer, Daiichi Sankyo	Keine	Bayer (Schlaganfall)	Keine	Mitgliedschaft DGKN	Keine
M. Hessenauer	Keine	Keine	Pharm-Allergan	Keine	Keine	Keine	Mitglied DVE eV	Keine

6 Entwicklung und Implementierung

6.1 Report über die Entstehung der Leitlinie

1998, 2000, 2004 und 2012 jeweils inhaltlich weiterentwickelte Fassungen der Leitlinie auf S1-Niveau

Januar 2018: Erstellung des ersten Entwurfes durch den federführenden Autor.

Februar 2018: erste Vorlage des Entwurfs bei der AWMF zur methodischen Begutachtung

April 2018: Einladung der Fachgesellschaften zur Delphikonferenz

Juli 2018: Einladung der Teilnehmer zur 1. Runde der Delphikonferenz

August 2018: Einladung der Teilnehmer zur 2. Runde der Delphikonferenz

Oktober 2018: Einladung der Teilnehmer zur 3. Runde der Delphikonferenz

Dezember 2018: Abschluss der Delphirunden

Dezember 2018: Fertigstellung der Langfassung

Januar-Februar 2019: Genehmigung der Langfassung durch die Vorstände der Gesellschaften

Februar 2019: Fertigstellung der Kurzfassung und der Patienten-/Familienversion

Februar 2019: Aussendung der Langfassung mit einem regelmäßigen Newsletter an alle Mitglieder der GNP mit der Möglichkeit zur Stellungnahme

4.1 Implementierung

Es ist eine Publikation der Langfassung incl. Tabellen und Literaturverzeichnis, des Leitlinienreports, einer Kurzfassung und einer Version für Laien auf der Leitlinien-Webseite der AWMF vorgesehen. Zusätzlich erscheint eine weitere Kurzfassung im Lose-Blatt-Werk „Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin“ des Elsevier-Verlages.

6.2 Aktualisierung

Vorgesehen nach Ablauf von 5 Jahren oder nach Publikation wesentlicher neuer Ergebnisse in therapeutischer Hinsicht. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden. Verantwortlich für die Einleitung des Aktualisierungsverfahrens sowie Ansprechpartner für die Leitlinie im Rahmen der zukünftigen Aktualisierungen ist die/der Leitlinienbeauftragte der Gesellschaft für Neuropädiatrie zusammen mit dem aktuellen federführenden Autor.

Kontaktdaten des Leitliniensekretariats der Gesellschaft für Neuropädiatrie:

Frau Prof. Regina Trollmann

Abteilungsleiterin Neuropädiatrie und Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums

Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- und Jugendklinik

Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

Telefon: 09131 85-33753, Faxnummer: 09131 85-33788

e-mail: regina.trollmann@uk-erlangen.de

Erstveröffentlichung:	1996
Überarbeitung von:	03/2019
Nächste Überprüfung geplant:	03/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online