



Erklärung von Interessen im Rahmen der Vorstandsarbeit

Vorbemerkung

Alle Mitglieder des Vorstandes sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem schriftführenden Vorstandsmitglied abgegeben. Dies soll bereits zu Beginn der Vorstandsarbeit erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die Mitglieder ihre Teilnahme an der Vorstandsarbeit gegenüber dem schriftführenden Vorstandsmitglied schriftlich bestätigen.

In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Vorstandsarbeit oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Vorstandsarbeit in Frage gestellt ist, ist durch Dritte zu bewerten und im Vorstand zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden drei Jahre. Die Inhalte der Erklärungen sind im Internetangebot des Netzwerks offen darzulegen.

Das Formular orientiert sich am Musterformular der AWMF (<https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-interessenkonflikte.html>)

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Schaefer, Corinna	
Arbeitgeber / Institution	Gegenwärtig Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres und der vergangenen 3 Kalenderjahre ----
Position / Funktion in der Institution	Stv. Leitung; Abteilungsleitung EbM/Leitlinien und Patienteninformatio	-----
Adresse	Lortzingweg 5, 14532 Kleinmachnow	
E-Mail-Adresse	schaefer@dngk.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	01577 1338372	
Funktion im Vorstand	Vorsitz	
Datum	28.09.2023	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	2019-jetzt	



2. Direkte, finanzielle Interessen

Hier werden finanzielle Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbänden im Gesundheitswesen erfasst. Haben Sie oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder des letzten Kalenderjahres davor Zuwendungen erhalten von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), industriellen Interessenverbänden, kommerziell orientierten Auftragsinstituten, Versicherungen/Versicherungsträgern, oder von öffentlichen Geldgebern (z.B. Ministerien), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, oder anderen Geldgebern? Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben.

Art der Beziehung/Tätigkeit	Name des/der Kooperationspartner/s	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit	Thema, Bezug zur Vorstandsarbeit	Art der Zuwendung ¹	Höhe der Zuwendung ²	Empfänger ³
Berater-/Gutachtertätigkeit	--					
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Wiss. Beirat bei Deximed	2019 - jetzt	Ja. Bereitstellung und Verbreitung von Arzt- und Patienteninformationen	Aufwandsentschädigung	< 500€ / Jahr	persönlich
	Expertenbeirat Stiftung Gesundheitswissen	2019 - jetzt	Ja. Bereitstellung und Verbreitung von Patienteninformationen	Aufwandsentschädigung	700€ / Jahr	persönlich
	Beirat OriGes	2019 - 2023	Ja. Bereitstellung und Verbreitung von Patienteninformationen	Reisekosten	Einmalig < 250€	persönlich
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit						
Autoren-/oder Koautorenschaft	Keine bezahlten Autorenschaften					
Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	---					
Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz ⁴)	---					

¹ Honorar, Drittmittel, geldwerte Vorteile (z.B. Personal-oder Sachmittel; Reisekosten, Teilnahmegebühren, Bewirtung i.R. von Veranstaltungen), Verkaufslizenz

² Es können gerundete Beträge angegeben werden (z.B. bei Beiträgen > 1000 € jeweils auf die nächste Tausenderstelle): Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtsumme der Zuwendungen für eine angegebene Tätigkeit über den Erfassungszeitraum, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr).

Diese Angaben werden vertraulich behandelt.

³ Bitte angeben: a) wenn Sie persönlich Empfänger der Zuwendung sind oder b) wenn es die Institution ist, für die Sie tätig sind und Sie innerhalb Ihrer Institution direkt entscheidungsverantwortlich für die Verwendung der Zuwendung/Mittel sind. Sind Sie nicht direkt entscheidungsverantwortlich, sind keine Angaben nötig.

⁴ Betrifft nur Eigentümerinteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich.



3. Indirekte Interessen

Hier werden persönliche Beziehungen zu Interessenverbänden im Gesundheitswesen, „intellektuelle“, akademische, und wissenschaftliche Interessen oder Standpunkte sowie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten/Einkommensquellen erfasst (für den Zeitraum des laufenden Jahres oder des Jahres davor). Hierunter fallen auch solche, die indirekt mit finanziellen persönlichen Interessen verbunden sein können.

- Sind oder waren Sie in Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Institutionen der Selbstverwaltung, Patientenselbsthilfegruppen, Verbrauchervertretungen oder anderen Verbänden aktiv? Wenn ja, in welcher Funktion (z.B. Vorstand)?
- Können Sie Schwerpunkte Ihrer wissenschaftlichen und /oder klinischen Tätigkeiten benennen? Fühlen Sie sich bestimmten „Schulen“ zugehörig?
- Waren Sie an der inhaltlichen Gestaltung von Fortbildungen federführend beteiligt?
- Haben Sie persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft?

Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben.

Art der Beziehung/Tätigkeit	Namen / Schwerpunkte (bitte konkret benennen)	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit ⁵	Themenbezug zur Vorstandsarbeit ⁶
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Mitglied; Guidelines International Network, Chair der Patient and Public Involvement Working Group; Mitglied der AWMF-Leitlinienkommission; Mitglied der AWMF AdHoc Kommission “Gemeinsam klug entscheiden”;	2019 - jetzt	ja
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Leitlinien, Patienteninformationen Patientenbeteiligung		
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	---		
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	---		
Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	---		

⁵ Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und dem zurückliegenden Jahr, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

⁶ Angabe einer Selbsteinschätzung „Nein“ oder „Ja“



4. Sonstige Interessen

Sehen Sie andere Aspekte oder Umstände, die von Dritten als einschränkend in Bezug auf Ihre Objektivität oder Unabhängigkeit wahrgenommen werden könnten?

Persönliche Überzeugung: Das Prinzip der Evidenzbasierten Medizin (im Sinne von Sackett 1996) als Grundlage von Informationen zur Unterstützung einer gesundheitskompetenten Entscheidung ist für mich nicht verhandelbar.

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich alle mir derzeit bekannte Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei Vorstandsarbeit führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich die Diskussion der Erklärungen anderer Vorstandsmitglieder absolut vertraulich behandeln werde. Ich bin darüber informiert, dass die Angaben in standardisierter Zusammenfassung auf der Webseite des Netzwerks veröffentlicht werden, und dass das vorliegende Formular vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

Kleinmachnow, 28.09.2023

Ort, Datum

Unterschrift