Erklärung zu Interessenkonflikten

Erklärung von Dipl.med. Torsten Lange

Kalenderjahre der Erklärung: 2021 - 2023

Der Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern unterstützt ebenso wie die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Initiative der Arbeitsgruppen „Interessenkonflikte in der Medizin“ und „Interessenkonflikte“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft[1] sowie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)[2], durch Beantworten eines detaillierten Fragebogens zu einem Zuwachs an Transparenz beizutragen.

Diese Erklärung ist auszufüllen durch die Mitglieder des Vorstandes des Hausärzteverbandes Mecklenburg-Vorpommern.

Erklärung

Die Erklärung betrifft finanzielle und kommerzielle (materielle) sowie psychologische und soziale (immaterielle) Aspekte sowie Interessen der Mitglieder selbst und/oder ihrer persönlichen/professionellen Partner innerhalb **der letzten 3 Kalenderjahre**. Anzugeben sind Einnahme ab ***1000 €/Jahr.*** Auf die konkrete Summe kann verzichtet werden.

---

[1] Lieb K, Klemperer D, Koch K et al Mit Transparenz Vertrauen stärken. Ein Vorschlag zur Deklaration von Interessenkonflikten. Deutsches Ärzteblatt 2011;108: A 256-260

[2] Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften unter http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/empf-coi.pdf - zuletzt besucht am 10.7.2011

Bitte machen Sie **konkrete Angaben zu folgenden Punkten**:

1. Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre

Selbstständig in eig. Praxis

2. Halten Sie Geschäftsanteile, Aktien mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft?

☐ Nein ☒ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche***: Aktien-und Fond bei Hausbank

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

3. Haben Sie Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)?

☒Nein ☐ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche***:

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

4. Erhalten oder erhielten Sie Honorare für Berater- bzw. Gutachtertätigkeit, Vortrags- und Schulungstätigkeiten, Autoren- oder Co-Autorenschaften außerhalb der Aufgaben im Rahmen der üblichen patientenspezifischen Betreuung als Hausarzt/-ärztin oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinprodukte), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung?

☒ Nein ☐ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche***:

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

5. Wurden Ihnen Teilnahmegebühren, Reisekosten oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft erstattet?

☒ Nein ☐ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche***:

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

6. Erhielten Sie Honorare für Anwendungsbeobachtungen oder für die Durchführung von klinischen Auftragsstudien der pharmazeutischen oder Medizin-Geräte-Industrie bzw. anderen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft?

☒ Nein ☐ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche:***

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

7. a) Sind Sie in Berufsverbänden/Fachgesellschaften/Organen der Selbstverwaltung aktiv? Wenn ja, in welcher Position?

☐ Nein ☒ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe, welche: ÄrzteKammerversammlung,***

Mitglied derVV der KVMV, bis 2022 Vorsitzender der VV der KVMV

Kreisstellenleiter Rostock KVMV,

Mitglied Kreistag Rostock Land, Mitglied im EBA

d☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

b) Erhielten Sie für diese Tätigkeit Honorare?

☒ Nein aber Aufwandsentschädigungen ☐ Ja

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

8. Fakultativ zu beantworten: Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten?

☐ Nein ☒ Ja, falls ja, ***bitte konkrete Angabe:*** Mitglied der FDP

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

9. Sind Sie in gesundheitsbezogenen Vereinen, Interessengruppierungen, Patientenselbsthilfegruppen aktiv, woraufhin Interessenkonflikte entstehen könnten?

☒ Nein ☐ Ja, wenn ja, ***in welchen:***

☐ dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

Datum der Erklärung: 29.2.24

Unterschrift: