

Erklärung zu Interessenkonflikten

Erklärung von Kathrin Kohlen

Kalenderjahre der Erklärung: 2021 - 2023

Der Hausärzterverband 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 Ärzteschaft¹ sowie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)², durch Beantworten eines detaillierten Fragebogens zu einem Zuwachs an Transparenz beizutragen.

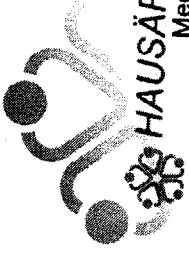
Diese Erklärung ist auszufüllen durch die Mitglieder des Vorstandes des Hausärzterverbandes Mecklenburg-Vorpommern.

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.

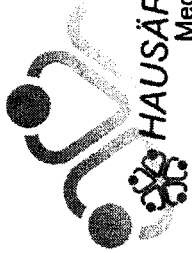
¹ Lieb K, Klemperer D, Koch K et al Mit Transparenz Vertrauen stärken. Ein Vorschlag zur Deklaration von Interessenkonflikten. Deutsches Ärzteblatt 2011;108: A 256-260

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

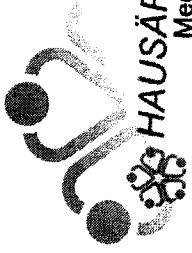


Bitte machen Sie **konkrete Angaben** zu folgenden Punkten:

- 1.** Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre
Selbstständig als Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis
- 2.** Halten Sie Geschäftsanteile, Aktien mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft?
 Nein Ja, falls ja, **bitte konkrete Angabe, welche:**
 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 erhalten 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:**
 dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht
Kammerversammlung der Ärztekammer MV, Satzungs- und Widerspruchsrausschlussvertreterversammlung der KVVV
- b) Erhielten Sie für diese Tätigkeit Honorare?
 Nein 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:**
aber Auftrandsentscheidungen



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:

13.03.2024

Unterschrift:

[Handwritten signature]