

## Erklärung zu Interessenkonflikten

Erklärung von Dr. Fabian Holbe

**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 Ärzteschaft<sup>1</sup> sowie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<sup>2</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften unter [http://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/Werkzeuge/empf-coi.pdf](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 als Hausarzt und Hochschuldozent
- 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 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:**  
**Vorstand** der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
**Verwaltungsrat** des medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern  
**Kreisstellenleiter** der KV Mecklenburg-Vorpommern für Wismar/NWM  
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Mecklenburg-Vorpommern  
Mitglied in der DEGAM und DEGUM  
 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      x Ja, falls ja, **bitte konkrete Angabe:** Mitglied der SPD  
 dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

- 9.** Sind Sie in gesundheitsbezogenen Vereinen, Interessengruppierungen, Patientenselbsthilfegruppen aktiv, woraufhin Interessenkonflikte entstehen könnten?  
x Nein       Ja, wenn ja, **in welchen:**  
 dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht

Datum der Erklärung: 7.3.2024

Unterschrift: