



Erklärung zu Interessenkonflikten

Erklärung von: Dr. Andrea Mossner

Kalenderjahre der Erklärung: 2014 - 2016

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 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 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.

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

- 1.** Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre
Seit 4/2014 AMEOS Poliklinikum Vorpommern GmbH; bis 3/2014 Dr. Bernhard König, Berlin

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



- 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:** Akademische Lehrarztpraxis für Allgemeinmedizin der Universität Greifswald; Tätigkeit als Prüferin in OSCE-Test/ Medizinstudierende der Uni Greifswald
 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:** Hotelübernachtung 2 Nächte in Berlin, Infectopharm, Pädiatrie-Fortbildung 2015 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 x Ja, falls ja, **bitte konkrete Angabe, welche:** Vorstand Hausärzteverband MV; Fachausschuss
angestellte Ärzte der KV MV
 dazu möchte ich keine Angaben machen / weiß ich nicht
- b) Erhielten Sie für diese Tätigkeit Honorare?
 Nein x 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?
x Nein Ja, falls ja, **bitte konkrete Angabe:**
 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:

20.12.2016

Unterschrift:

Dr. Andrea Mossner