

**Erklärung von Interessen**

**Schilddrüsenkarzinom  
(AWMF-Registernr. 031-056OL)**

zu Händen

#### Prof. em. Dr. A. Bockisch

**Vorbemerkung**

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem Leitlinienkoordinator abgegeben. Dies soll bereits zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt gegenüber dem Koordinator bestätigen. Bei länger andauernden Projekten ist eine Erneuerung der Erklärung einmal pro Jahr bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung, zumindest aber vor der Konsensfindung, erforderlich.

In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Leitlinie oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen speziellen Bereichen /Fragestellungen der Leitlinie das professionelle Urteilsvermögen eines Experten durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, ist durch einen Dritten zu bewerten und in der Leitliniengruppe zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb **des laufenden Jahres sowie** **der zurückliegenden 3 Jahre.**

Die Originale der Erklärungen verbleiben vertraulich beim Leitlinienkoordinator. Die Inhalte der Erklärungen sind in der Langfassung der Leitlinie bzw. im Leitlinienreport in standardisierter Zusammenfassung offen darzulegen. Ergänzend sind das Verfahren der Sammlung und Bewertung der Erklärungen sowie die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit Interessenkonflikten darzulegen.

**Erklärung**

**1. Allgemeine Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Arbeitgeber / Institution | Gegenwärtig | Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor |
| Position / Funktion in der Institution |  |  |
| Adresse |  | |
| e-mail-Adresse |  | |
| Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter |  | |
| Funktion in der Leitliniengruppe |  | |
| Datum |  | |
| Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht |  | |

1. **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 der 3 Kalenderjahre 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 Kooperations-partner/s | Zeitraum der Beziehung/  Tätigkeit[[1]](#footnote-1) | Thema, Bezug zur Leitlinie[[2]](#footnote-2) | Art  der Zuwendung[[3]](#footnote-3) | Höhe  der Zuwendung[[4]](#footnote-4) | Empfänger [[5]](#footnote-5) |
| Berater-/Gutachtertätigkeit |  |  |  |  |  |  |
| Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) |  |  |  |  |  |  |
| Vortrags-/oder Schulungstätigkeit |  |  |  |  |  |  |
| Autoren-/oder Coautorenschaft |  |  |  |  |  |  |
| Forschungsvorhaben/  Durchführung klinischer Studien |  |  |  |  |  |  |
| Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz[[6]](#footnote-6)) |  |  |  |  |  |  |

**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 der 3 Kalenderjahre 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. Mandatsträger für diese/andere Leitlinien, 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[[7]](#footnote-7) | Themenbezug  zur Leitlinie[[8]](#footnote-8) |
| Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden |  |  |  |
| Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen |  |  |  |
| Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten |  |  |  |
| Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten |  |  |  |
| Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft |  |  |  |

**4.** **Sonstige Interessen**

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

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich alle mir derzeit bekannten Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei der themenbezogenen Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich die Diskussion der Erklärungen anderer Mitglieder in der Leitliniengruppe absolut vertraulich behandeln werde. Ich bin darüber informiert, dass die Angaben in standardisierter Zusammenfassung mit der Leitlinie/in einem begleitenden Leitlinienreport veröffentlicht werden, und dass das vorliegende Formular vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift**

**Ergänzende Hinweise**

|  |
| --- |
| * Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. * Falls Sie zu bestimmten Fragen keine Angaben machen können oder wollen, begründen Sie dies bitte. * Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular und senden es an den [Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e.V.](https://www.sd-krebs.de/phpBB2/master.php) |

1. Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h.im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr) [↑](#footnote-ref-1)
2. Angabe des Themas, bei Präparaten/Geräten auch Handelsname bzw. Wirkstoffname(Freitext), zusätzlich Angabe einer Selbsteinschätzung des Bezugs zur Leitlinie: „Nein“ oder „Ja“ [↑](#footnote-ref-2)
3. Honorar, Drittmittel, geldwerte Vorteile (z.B. Personal-oder Sachmittel; Reisekosten, Teilnahmegebühren, Bewirtung i.R. von Veranstaltungen), Verkaufslizenz [↑](#footnote-ref-3)
4. Es können gerundete Beträge angeben 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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. [↑](#footnote-ref-5)
6. Betrifft nurEigentümerinteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich. [↑](#footnote-ref-6)
7. Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr) [↑](#footnote-ref-7)
8. Angabe einer Selbsteinschätzung „Nein“ oder „Ja“ [↑](#footnote-ref-8)