



## Erklärung von Interessen

### Vorbemerkung

Alle Mitglieder des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Schlaganfallstationen Baden-Württemberg (ASBW) sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem/der Vorstandsvorsitzenden abgegeben.

In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Arbeit der ASBW oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und in welchen speziellen Bereichen /Fragestellungen der Arbeit der ASBW das professionelle Urteilsvermögen eines Vorstandsmitglieds durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, ist durch den Vorstand zu bewerten und zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb **des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden 3 Jahre.**

Die Originale der Erklärungen verbleiben vertraulich beim/bei der Vorstandsvorsitzenden. Die Inhalte der Erklärungen sind bei berechtigtem Interesse offen darzulegen.

Das Formular beruht auf dem AWMF-Formular zur Erklärung von Interessen im Rahmen von Leitlinienvorhaben, Stand 01.11.2020.

## 1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel		
Arbeitgeber*in / 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 ASBW		
Datum		
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht		

## 2. 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/Versicherungsträger\*innen, oder von öffentlichen Geldgeber\*innen (z.B. Ministerien), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, oder anderen Geldgeber\*innen? Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben.

Art der Beziehung/Tätigkeit	Namen der Kooperationspartner*innen	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit <sup>1</sup>	Art der Zuwendung <sup>2</sup>	Höhe der Zuwendung <sup>3</sup>	Empfänger*in <sup>4</sup>
Berater*innen- /Gutachter*innentätigkeit					
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)					
Vortrags-/oder Schultätigkeit					
Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft					
Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien					
Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innerecht, Aktienbesitz <sup>5</sup> )					

<sup>1</sup> Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h.im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

<sup>2</sup> Honorar, Drittmittel, geldwerte Vorteile (z.B. Personal- oder Sachmittel; Reisekosten, Teilnahmegebühren, Bewirtung i.R. von Veranstaltungen), Verkaufslizenz

<sup>3</sup> Es können gerundete Beträge angegeben 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.

<sup>4</sup> Bitte angeben: a) wenn Sie persönlich Empfänger\*in 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.

<sup>5</sup> Betrifft nur Eigentümer\*inneninteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich.

### 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, Patient\*innenselbsthilfegruppen, Verbraucher\*innenvertretungen oder anderen Verbänden aktiv? Wenn ja, in welcher Funktion (z.B. Mandatstragende 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\*in oder Verwandte 1. Grades) zu 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 <sup>6</sup>
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden		
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen		
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten		
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten		
Persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft		

<sup>6</sup> Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

#### 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 Arbeit in der ASBW können. Ich erkläre weiterhin, dass ich die Diskussion der Erklärungen anderer Mitglieder der ASBW absolut vertraulich behandeln werde.

---

**Datum**

---

**Unterschrift**