



Erklärung von Interessen für Funktions- und Mandatsträger:innen

Vorbemerkung

Alle Funktions- und Mandatsträger:innen sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem Vorstand abgegeben. In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur übernommenen Aufgabe oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Die Beurteilung, ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die übernommene Aufgabe in Frage gestellt ist, kann nicht allein durch die erklärende Person erfolgen und ist ggfs. im Vorstand zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden drei Jahre.

Das Formular orientiert sich am Musterformular der AWMF und des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (<https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-interessenkonflikte.html>).

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller	
Hauptarbeitgeber/Institution	Gegenwärtig (aktuelles Jahr): Universität Leipzig	Frühere (letzte drei Jahre): Universität Leipzig
Position Funktion	Institutsdirektorin	Institutsdirektorin
Adresse	Steffensstr. 12, 04157 Leipzig	
E-Mail-Adresse	steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de	
Funktion im DNVF	AWMF-Vertreter im Vorstand des DNVF	
2. Arbeitgeber/Institution	Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	
Adresse	Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig	
Position/Funktion	Institutsdirektorin	
Ausfülldatum	26.06.2024	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	2022 - 2024	



2. Direkte, finanzielle Interessen

Hier werden finanzielle Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbänden mit Bezug zum Gesundheitswesen erfasst. Haben Sie oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, unter Ihrer Leitung innerhalb des Berichtszeitraums Zuwendungen 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 erhalten? Machen Sie bitte in folgender Tabelle zu allen zutreffenden Aspekten konkrete Angaben für das laufende Jahr und die letzten drei Jahre.

Art der Beziehung/ Tätigkeit	Name des/der Geldgeber:in	Zeitraum der Beziehung / Tätigkeit	Thema	Höhe der Zuwendung ¹	Empfänger:in ²
Berater:innen- bzw. Gutachter:innentätigkeit	./.				
Mitarbeit in einem wissen. Beirat (advisory board)	./.				
Vortrags- / oder Schulungstätigkeit	./.				
Autor:innen- / oder Koautor:innenschaft	./.				
Forschungsvorhaben bzw. Durchführung klinischer Studien	./.				
Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ³	./.				

¹ Bitte angeben bei persönlichen Einnahmen bis 1.000 €, bis 10.000, bis 50.000 €, bis 100.000 €, über 100.000 €; bei institutionellen Einnahmen unter 10.000 €, über 10.000 €, bis 100.000, über 100.000 €, bis 1.000.000 €, über 1.000.000 €.

² 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.

³ Betrifft nur Eigentümer:inneninteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich.**3. Nicht-finanzielle Interessen**



Hier werden persönliche Beziehungen zu Interessenverbänden im Gesundheitswesen, intellektuelle, akademische und wissenschaftliche Interessen oder Standpunkte sowie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten sowie Einkommensquellen erfasst (für den Zeitraum des laufenden Jahres und die drei Jahre 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. Vorstand)?
- Welche sind die Schwerpunkte Ihrer wissenschaftlichen und /oder klinischen Tätigkeiten? Fühlen Sie sich bestimmten „Schulen“ zugehörig?
- Waren/sind Sie an der inhaltlichen Gestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen federführend beteiligt?
- Haben Sie persönliche Beziehungen (als Partner:in oder Verwandte:r 1. Grades) zu einem/einer 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 ⁴	Themenbezug zur Funktion ⁵
Mitgliedschaften/Funktionen in Interessenverbänden	DGPPN, DGSMP, AWMF	Vorstand	nein
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	./.		
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	./.		
Federführende Beteiligung an Fortbildungen bzw. Ausbildungsinstituten	./.		
Persönliche Beziehungen (als Partner:in oder Verwandte:r 1. Grades) zu einem/einer Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	./.		

⁴ Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und den zurückliegenden drei Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

⁵ Angabe einer Selbsteinschätzung „Ja“ oder „Nein“. Themenbezug meint, ob die aufgeführte Beziehung oder Tätigkeit einen inhaltlichen Bezug zur ausgeführten Funktion im DNVF hat z.B. Mitgliedschaft in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und Sprecherin der AG Haut und Allergien



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

keine

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich alle mir derzeit bekannte Umstände aufgeführt habe, die gegebenenfalls zu einem persönlichen Interessenkonflikt bei der Ausführung meiner Funktion oder meines Mandats führen können. Ich erkläre weiterhin, dass ich die Diskussion der Erklärungen anderer Vorstands- bzw. Arbeits- und Fachgruppenmitglieder etc. absolut vertraulich behandeln werde. Ich bin darüber informiert, dass die Angaben in standardisierter Zusammenfassung auf der Webseite des Netzwerks veröffentlicht werden, und dass das vorliegende Formular vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

Leipzig, 26.06.2024

Ort, Datum

Unterschrift