



## 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. Peter Falkai	
Hauptarbeitgeber/Institution	Gegenwärtig (aktuelles Jahr) : Klinikum der Universität München Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Frühere (letzte drei Jahre):
Position Funktion	Direktor der Klinik	
Adresse	Nussbaumstraße 7, 80336 München	
E-Mail-Adresse	Peter.falkai@med.uni-muenchen.de	
Funktion im DNVF	Kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF	
2. Arbeitgeber/Institution		
Adresse		
Position/Funktion		
Ausfülldatum	5.10.2023	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	b.a.W.	

### 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	Namen der Kooperationspartner*innen	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit <sup>1</sup>	Thema, Bezug zur Leitlinie <sup>2</sup>	Art der Zuwendung <sup>3</sup>	Höhe der Zuwendung <sup>4</sup>	Empfänger*in <sup>5</sup>
Berater*innen-/Gutachter*inentätigkeit	Richter Pharma	Seit 2019	Cariprazine: ja	Honorare	~ 15.000€/Jahr	Peter Falkai
	Boehringer-Ingelheim	Seit 2021	Iclopertin: ja	Honorare	~ 10.000€/Jahr	Peter Falkai
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Richter	Seit 2019	Cariprazine: ja	Honorare	~ 5.000€/Jahr	Peter Falkai
	Boehringer-Ingelheim	Seit 2021	Iclopertin: ja	"	"	"
	Janssen	Seit 2020	Esketamin: nein	"	"	"
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Beratertätigkeit	

<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> Angabe des Themas, bei Präparaten/Geräten auch Handelsname bzw. Wirkstoffname (Freitext), zusätzlich Angabe einer Selbsteinschätzung des Bezugs zur Leitlinie: „Nein“ oder „Ja“

<sup>3</sup> Honorar, Drittmittel, geldwerte Vorteile (z.B. Personal- oder Sachmittel; Reisekosten, Teilnahmegebühren, Bewirtung i.R. von Veranstaltungen), Verkaufslizenz

<sup>4</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>5</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.



Autor*innen- /oder Coau- tor*innenschaft	---	---	---	---	---	---
Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Stu- dien	BMBF DFG EU	Seit 2019  Seit 2019  Seit 2019	nein nein nein	Dritt- mit- tel  Dritt- mit- tel  Dritt- mit- tel	>1 Mio €	
Eigentümer*in- neninteressen (Patent, Urhe- ber*innerecht, Aktienbesitz <sup>6</sup> )	---	---	---	---	---	---

<sup>1</sup> 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 €.

<sup>2</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>3</sup> 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?

<sup>6</sup> Betrifft nur Eigentümer\*inneninteressen im Gesundheitswesen; auch sind Angaben zu Mischfonds nicht erforderlich.



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>7</sup>	Themenbezug zur Leitlinie <sup>8</sup>
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden	EPA Präsident Senator der Leopoldina	Seit 2022 Seit 2022	Nein Nein
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Nicht-pharmakologische Interventionen auf Negativsymptomatik und kognitive Dysfunktion bei Schizophrenie	Seit 2019	Ja
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Diagnostik und Therapie schizophrener Psychosen	Seit 2019	Ja
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	keine		
Persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	keine		

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

<sup>5</sup> 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?

nein

<sup>7</sup> Innerhalb des Erfassungszeitraums, d.h. im gegenwärtigen und den zurückliegenden 3 Jahren, Angabe: von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)

<sup>8</sup> Angabe einer Selbsteinschätzung „Nein“ oder „Ja“



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

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.

München, 05.10.2023

---

Ort, Datum

---

Unterschrift