

Erklärung von Interessen

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Penzel, Thomas, Prof. Dr.	
Arbeitgeber / Institution	Gegenwärtig: Charite Universitätsmedizin Berlin Saratov State University, Saratov, Russische Föderation	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor ICRC St. Anne Hospital, Brno, Tschechische Republik
Position / Funktion in der Institution	Wissenschaftlicher Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums an der Charite Principal Investigator eines Megagrant an der Saratov State University	
Adresse	Chariteplatz 1	
e-mail-Adresse	Thomas.penzel@charite.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	030 450513013	
Funktion in der DGSM	Mitglied des Vorstands, Sekretär	
Datum	4.8.2020	

Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	2017-2020
--	-----------

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/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 Kooperationspartner/s	Zeitraum der Beziehung/Tätigkeit ¹	Thema, Bezug zur Leitlinie ²	Art der Zuwendung ³	Höhe der Zuwendung ⁴	Empfänger ⁵
Berater-/Gutachtertätigkeit	Heel Pharma, Vidimetrics, Sleepon, Sleepimage, Neurovirtual, Advanced Brain Monitoring, Pulmodyne	2017 - 2020	Schlafmedizin	Honorar, Geräte Leihgaben, Reisekosten		Persönlich, Somnico, Charite
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bayer Healthcare, Jazz Pharma, Nukute	2017 - 2020	Schlafapnoe	Honorar und Reisekosten		Persönlich
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Inspire, Jazz Pharma,	2017 - 2020	Telemedizin, Schlafmedizin	Honorar und Reisekosten		persönlich

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

² Angabe des Themas, bei Präparaten/Geräten auch Handelsname bzw. Wirkstoffname (Freitext), zusätzlich Angabe einer Selbsteinschätzung des Bezugs zur Leitlinie: „Nein“ oder „Ja“

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

⁴ 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.

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.

	Philips, Löwenstein, Ärztchammer Münster, UCB					
Autoren-/oder Coautorenschaft	Springer Verlag, Elsevier Verlag		Schlafmedizi n	Honorar		persönlich
Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Cidelec, Itamar, Löwenstein, Philips, Novartis, Resmed,					Charite, Advanced Sleep Research
Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz ⁶)	Advanced Sleep Research, Somnico, The Siestagroup GmbH	2017-2020	Schlafmedizi n	Keine	keine	entfällt

⁶Betrifft nur Eigentümerinteressen 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, 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	Themenbezug zur Leitlinie ⁸
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden	DGBMT, IEEE EMBS (Vorstand), GMDS, DGSM (Vorstand), ESRS (Education committee, Sleep Medicine committee), ERS (HERMES education, TF scoring polygraphy, TF sleepy driving), WSS (Education committee, Sleep Medicine committee, Examination committee), DG Kardiologie (AG 35 Nukleus), DG Pneumologie (SNAK), DG Physiologie, AASM, SRS, IRLSG, National Sleep Foundation, Schlafmedizin Berlin Brandenburg (Vorstand)		Schlafmedizin
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Schlafmedizin, Schlafapnoe, Biosignalanalyse, Diagnostische und therapeutische Methoden in der Schlafmedizin		Schlafmedizin
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Keine		Keine
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	BUB Kurse Berlin, Somnologen Prüfungen ESRS, Somnologen Prüfung WSS, Kongress WSS 2019, Kongress WSS 2021, Charite Ausbildungskommission (Modulleitung), Charite Promotionskommission	2017 - 2020	Schlafmedizin

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

⁸ Angabe einer Selbsteinschätzung „Nein“ oder „Ja“

Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	keine		Keine
---	-------	--	-------

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 DGSM 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 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 das Leitliniensekretariat: xxx@yyy.zz