

Erklärung von Interessen

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

| | | |
|---|---|--|
| Name, Vorname, Titel | Young, Peter, Prof. Dr. med | |
| Arbeitgeber / Institution | Gegenwärtig: Klinik für Neurologie, Medical Park Bad Feilnbach, Reithof | Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor Klinik für Schlafmedizin und Neuromuskuläre Erkrankungen |
| Position / Funktion in der Institution | Ärztlicher Direktor und Chefarzt | Klinikdirektor und W2 Professor für Neurogenetik und Neurologie |
| Adresse | Reithof 1 | |
| e-mail-Adresse | p.young@medicalpark.de | |
| Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter | 08066 186100 | |
| Funktion in der DGSM | Vorsitzender des Vorstands | |
| 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 | WWU Münster DLR | 2017-2019 2020 | Dissertationen und Habilitationen Berufung W2 | Keine | entfällt | entfällt |
| Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) | JazzPharma, Sanofi-Genzyme | 2017 - 2020 | Narkolepsie Schlafapnoe | Honorar und Reisekosten | k.A. | Persönlich |
| Vortrags-/oder Schulungstätigkeit | Inspire, JazzPharma, Löwenstein Medical Ärztelkammer WL Münster, UCB | 2017 - 2020 | Translat. Schlafmedizin Schlafapnoe Schlafmedizin (BUB) Narkolepsie | Honorar und Reisekosten | k.A. | persönlich |
| Autoren-/oder Coautorenschaft | Springer Verlag, Thieme | 2017-2020 | Schlafmedizin Schlafmedizin | Honorar | k.A. | persönlich |
| Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien | Löwenstein Medical | 2017-2020 | Hypoventilation | Aufwandentschädigung | k.A. | WWU Münster |

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.

| | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|
| Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz ⁶) | Keine | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|

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 | DGSM (Vorstand), ESRS, WSS, DGM, DGN, DGKN | 2017-2020 | Schlafmedizin |
| Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen | Schlafmedizin, Genetik, Hypoventilation bei NME, Parasomnien | 2017-2020 | Schlafmedizin |
| Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten | SBAS bei neurolog. Erkrankungen, Rehabilitation von Pat. mit Schlafstörungen | 2017- 2020 | Keine |
| Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten | BUB Kurs, Curriculum spez. schlafmedizinische Versorgung mit der ÄKWL | 2017 - 2020 | Schlafmedizin |
| Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft | keine | | Keine |

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“

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