



## Erklärung von Interessen

### Vorbemerkung

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe sind gehalten, die nachstehende Erklärung von Interessen auszufüllen. Die Erklärung wird gegenüber dem/der Leitlinienkoordinator\*in abgegeben. Dies soll bereits zu Beginn des Leitlinienprojekts erfolgen bzw. zu dem Zeitpunkt, an dem die Mitglieder ihre Teilnahme am Leitlinienprojekt gegenüber dem/der Koordinator\*in bestätigen. Bei länger andauernden Projekten ist eine Erneuerung der Erklärung einmal pro Jahr bis zum Abschluss der Leitlinienentwicklung, zumindest aber vor der Konsensfindung, erforderlich.

In der Erklärung sind alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Leitlinie oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen speziellen Bereichen /Fragestellungen der Leitlinie das professionelle Urteilsvermögen eines/einer Experten/Expertin durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, ist durch Dritte zu bewerten und in der Leitliniengruppe zu diskutieren. Die Erklärung betrifft Interessen innerhalb **des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden 3 Jahre.**

Die Originale der Erklärungen verbleiben vertraulich beim/bei der Leitlinienkoordinator\*in. Die Inhalte der Erklärungen sind in der Langfassung der Leitlinie bzw. im Leitlinienreport in standardisierter Zusammenfassung offen darzulegen. Ergänzend sind das Verfahren der Sammlung und Bewertung der Erklärungen sowie die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit Interessenkonflikten darzulegen.

### Informationen zur Datenerhebung gemäß Artikel 13 DSGVO

Der/die Leitlinienkoordinator\*in erhebt Ihre Daten zum Zweck des o.g. Leitlinienvorhabens sowie zur Erfüllung des Regelwerkes der AWMF. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung sind für die Durchführung des Leitlinienvorhabens erforderlich und beruhen auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nur zum Zweck der Erfüllung des Regelwerkes der AWMF statt. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft der im Rahmen des Leitlinienvorhabens über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

## Erklärung

### 1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Schöbel, Christoph, Univ.-Prof. Dr. med.	
Arbeitgeber*in / Institution	Seit 06/2019: Universitätsmedizin Essen Ruhrlandklinik – Westdeutsches Lungenzentrum	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor:  Charité – Universitätsmedizin Berlin
Position / Funktion in der Institution	Professur für Schlaf- und Telemedizin	
Adresse	Tüschener Weg 40, D-45239 Essen	
E-Mail-Adresse	christoph.schoebel@rlk.uk-essen.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	0201-433 4638	
Datum	27.01.2022	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	2019 bis aktuell	

## 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 Kooperations-partner*innen	Empfänger*in <sup>1</sup>
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) / Berater*innen- /Gutachter*innentätigkeit	Bertelsmann-Stiftung Bioprojet Jazz Pharma Mementor DE ResMed SomnoMed UCB	institutionell
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Akademie für med. Fortbildg der ÄKWL Berlin-Chemie Bioprojet Bristol-MyersSquibb IST-Hochschule Klinik für Schlaf-medizin Düsseldorf Löwenstein Medical Medice MedInfo Neucomed Neuwirth Academy Novartis Somnico	institutionell
Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Springer Thieme	institutionell

<sup>1</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.

	Unimed	
Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Bayer Mementor DE Novamed NOX medical Sleepiz  eingeworbene öffentliche Drittmittel: DFG Innovationsfonds beim G-BA ZIM	institutionell
Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innerecht, Aktienbesitz <sup>2</sup> )	Institut für digitale Schlafmedizin	persönlich

<sup>2</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)
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden	Mitglied im erweiterten Vorstand der DGSM, Sprecher des Wissenschaftlichen Komitees der DGSM, Leiter der AG Telemedizin der Kommission „Digitale Transformation in der Inneren Medizin“ der DGIM, Mitglied der Kommission „Wissenschafts- und Nachwuchsförderung“ der DGIM, Schatzmeister der AG35 der DGK, Sprecher des Gutachtenboards Medizin der Initiative „Trusted Health Apps“ der Bertelsmann-Stiftung, Mitglied in folgenden Fachgesellschaften: SMBB, NRW-GSM, DGP, ERS, ESC, ESRS, Beirat der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Essen e.V.
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Schlafmedizin, Kardiologie, Pneumologie, Telemedizin, Digitalisierung der Medizin, Medical Data Science
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Schlaf- und Telemedizin
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	Weiterbildungsbefugter der Ärztekammer Nordrhein für die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ Wissenschaftliche Leitung von Kursen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach BUB
Persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	nein

#### 4. Sonstige Interessen

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

nein

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 themenbezogenen Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie führen 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 mit der Leitlinie/in einem begleitenden Leitlinienreport veröffentlicht werden, und dass das vorliegende Formular vor der Einsicht unberechtigter Dritter geschützt aufbewahrt wird. Hiermit bin ich einverstanden.

Essen, den 27.01.2022

Datum



Unterschrift