

## Erklärung

### 1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Bergmann, Antje, Prof.Dr.	
Arbeitgeber / Institution	Gegenwärtig: ab 1/2011 Niederlassung in Hausärztlicher Gemeinschaftspraxis, ab 1.9.2010 Professur für Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor
Position / Funktion in der Institution	Leiterin des Bereichs Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III  Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden	
Adresse	Fetscherstraße 74, 01307 Dresden	
e-mail-Adresse	antje.bergmann@uniklinikum-dresden.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	Sekretariat: Tel. +49 (0)351 458 3687 Fax +49 (0)351 458- 7320	
Funktion in der Leitliniengruppe	Mitglied SLK	
Datum	6.5.2020	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	1.10.2010	

## 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 <sup>1</sup>	Thema, Bezug zur Leitlinie <sup>2</sup>	Art der Zuwendung <sup>3</sup>	Höhe der Zuwendung <sup>4</sup>	Empfänger <sup>5</sup>
Berater-/Gutachtertätigkeit	Sächsische Landesärztekammer (SLAEK)	10/2010 - jetzt	Nein	Honorar	Vergütung nach JVEG	a
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	SMS, verschiedene Kongresse, Zeitschrift Diabetes aktuell	4/2020 Variabel 5/2004	Nein Nein  nein	Ehrenamt Ehrenamt  Honorar	   3000€/a-6000€/a	   a
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	SLAEK KWASa	Kontinuierlich	zum TEIL LL „Erhöhter TSH-wert...“	Honorar	Ca. 500 – 2500€/a	a
Autoren-/oder Coautorenschaft	Verschiedenste Artikel	Kontinuierlich	zum TEIL LL „Erhöhter TSH-wert...“	-	-	-

<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 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.

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Ausschließlic h BMG, BMBF, DFG, sächsische Fördermitl					b
Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz <sup>6</sup> )	nein					

---

<sup>6</sup>Betrifft 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 <sup>7</sup>	Themenbezug zur Leitlinie <sup>8</sup>
Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden	seit 2004: Präsidiumsmitglied der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) - seit 2016 Vizepräsidentin der SGAM - seit 2006: Ausschussvorsitzende "Medizinische Ausbildung" der Sächsischen Landesärztekammer - seit 2006: Mitglied in der Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM - seit 2007: Mandatsträgerin der Sächsischen Landesärztekammer (SLAEK) - seit 2015 Vorstandsmitglied der SLAEK - seit 2007 Ausschussvorsitzende "Ärztliche Ausbildung" der SLAEK - seit 2008: Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Dresden - seit 2010: Sektionssprecherin Studium und Hochschule der DEGAM		
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen			
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Hausarztpraxis		
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	Kompetenzzentrum KWASa		

<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“

Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem 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?

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.

\_\_\_\_\_  
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](mailto:xxx@yyy.zz)