

## Erklärung

### 1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Prof. Dr. med Ildikó Gágyor	
Arbeitgeber / Institution	Gegenwärtig Julius Maximilian Universität Würzburg	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor Universitätsmedizin Göttingen
Position / Funktion in der Institution	Direktorin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Adresse	Universitätsklinikum Würzburg Josef-Schneider-Str. 2/D7 97080 Würzburg	
e-mail-Adresse	Gagyor_i@ukw.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	Tel: (0049)931-201-47802	
Funktion in der Leitliniengruppe	keine	
Datum	19.05.2020	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht	Ab dem 19.05.2020	

## 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 <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	Gutachten bei Gericht	Seit >10 Jahren	kein	Honorar	Ca. 1.500€/Jahr	persönlich
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Trifft nicht zu					
Vortrags-/oder Schultätigkeit	Ärztchammer Niedersachsen	Seit > 10 Jahren	kein	Aufwandsentschädigung	Ca. 1.000/Jahr	persönlich
Autoren-/oder Coautorenschaft	Koautorin des Lehrbuchs Allgemeinmedizin (hrsg. M. Kochen)	Seit 8 Jahren	kein	Honorar	Ca. 30€/Jahr	persönlich
Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	UMG, Uni Bremen	Seit 4 Jahren	kein	Förderung durch das BMBF	1.3 Mio€	Institute für Allgemeinme

<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.

						dizin, UMG und UKW
Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz <sup>6</sup> )	Trifft nicht zu					

---

<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	Mitglied im erweiterten Präsidium der DEGAM Mitglied im Präsidium des DESAM Mitglied der GMA		
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Klinische Studien in der Primärversorgung, Versorgungsforschung, systematische Reviews <a href="http://www.allgemeinmedizin.uni-wuerzburg.de/publikationen/">http://www.allgemeinmedizin.uni-wuerzburg.de/publikationen/</a>		
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Hausärztliche Versorgung, Palliativmedizin		
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	Trifft nicht zu		
Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	keine		

<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“

#### 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)