

Erklärung

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Titel	Roos, Marco , Dr. med.	
Arbeitgeber / Institution	Gegenwärtig Universitätsklinikum Erlangen Allgemeinmedizinisches Institut	Früher(e) innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor keine
Position / Funktion in der Institution	Wissenschaftlicher Mitarbeiter	
Adresse	Universitätsstraße 29, 91054 Erlangen	
e-mail-Adresse	marco.roos@uk-erlangen.de	
Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter	09131-8531140	
Funktion in der Leitliniengruppe	Mitglied des DEGAM Präsidiums	
Datum	05.05.2020	
Zeitraum, auf den sich die Erklärung bezieht		

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	Keine					
Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Keine					
Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	IhF/BHÄV	05/2017	Schwindel, keine	Honorar	450€	persönlich
Autoren-/oder Coautorenschaft	Keine					

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.

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Bayern	01.10.2019- 30.09.2021	Betriebswirtschaft für Allgemeinmediziner – Chancen der Selbstständigkeit	Forschungs- finanzierung	194.000,50	Institution
	Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH	01.10.2019- 30.06.2022	Programm zur unterstützenden Ausbildung junger Landärztinnen und Landärzte – „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ (BeLA- Programm) – Projektstandort Nordbayern		291.000,35	
	Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Bayern	01.10.2018- 30.06.2022	Programm zur unterstützenden Ausbildung junger Landärztinnen und Landärzte – „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ (BeLA- Programm) – Projektstandort Nordbayern		2.199.000,75	

	DKG e.V., KBV und GKV Spitzenverband		01.07.2017- 30.06.2022		Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern (KWAB)			2.575.000,36		
	Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Bayern		01.01.2015- 30.06.2017		Intensiviertes PJ Erlangen versus Routine-PJ – eine Vergleichsstudie zur Optimierung des Ausbildungsabschnitts „Praktisches Jahr in der Allgemeinmedizin“ in Bayern			168.000,97		

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	DEGAM/GHA/GMA/BHÄV/JADE/EbM Netzwerk	>3 Jahre	keine
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen	Lehrforschung in der allgemeinmedizinischen Aus-/Weiter- und Fortbildung	>3 Jahre	keine
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten	Hausarztmedizin	>3 Jahre	keine
Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten	Leitung des KWAB	>3 Jahre	keine
Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft	nein	>3 Jahre	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

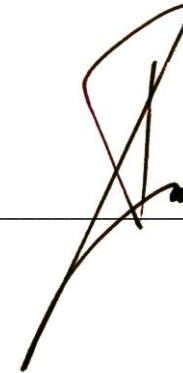
Sehen Sie andere Aspekte oder Umstände, die von Dritten als einschränkend in Bezug auf Ihre Objektivität oder Unabhängigkeit wahrgenommen werden könnten?
nein

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.

13.05.2020

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