

Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

Dieses Formblatt erfasst entsprechend § 139b SGB V finanzielle Beziehungen zu **Unternehmen, Institutionen und Interessenverbänden** im Gesundheitswesen insbesondere zu **pharmazeutischen Unternehmen, Herstellern von Medizinprodukten und industriellen Interessenverbänden**.

Es richtet sich an **Teilnehmer der Stellungnahmeverfahren**.

Einzelheiten dazu, welche Bedeutung Ihre Angaben für das Institut haben und wie sie gehandhabt werden, finden Sie auf der Webseite des IQWiG erläutert: „Häufig gestellte Fragen zum Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte (FAQ)“ (Siehe https://www.iqwig.de/de/sich_beteiligen/interessenkonflikte/faq_formblatt_interessenkonflikt.3307.html).

Dieses Formblatt stellt 6 Fragen zu unterschiedlichen „Arten“ von Beziehungen. Falls Sie keine Beziehung dieser Art haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Ansonsten geben Sie bitte zu jeder Art der Beziehung eine vollständige Liste Ihrer Kooperationen an. Füllen Sie also bitte zu einer Beziehung alle Spalten der Tabelle aus, oder begründen Sie, wenn Sie ein Feld nicht ausfüllen können. Bei zusätzlichem Platzbedarf können Sie weitere Seiten beifügen.

Wer an Projekten des Instituts mitarbeitet, ist gemäß Paragraf §139b SGB V verpflichtet, ALLE Beziehungen zu den oben genannten Unternehmen, Institutionen und Interessenverbänden offen zu legen. **Bitte geben Sie deshalb alle Beziehungen an, auch wenn Sie der Meinung sind, dass eine Beziehung keinen Interessenkonflikt begründet.**

Die Einzelheiten Ihrer Offenlegung sind vertraulich. Einblick bekommen nur unmittelbar an der Sichtung und Bewertung beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ihre Angaben werden zusammenfassend unter Angabe Ihres Namens und ggf. der Institution, für die Sie tätig sind, veröffentlicht. Diese Veröffentlichung ist grundsätzlich über die Webseite frei zugänglich. Dabei wird für die in den Fragen 1 bis 6 genannten Kriterien lediglich zusammengefasst, ob diese Art der Beziehung besteht oder nicht. Konkrete Partner werden nicht genannt.

Offenlegung von Beziehungen für das Projekt (Nr. und Bezeichnung):

Aufgabe: Stellungnahme zu einem IQWiG-Produkt

Kontaktdaten:

Titel und Name:

Institution:

Arbeitgeber¹:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Bei Rückfragen telefonisch zu erreichen unter:

¹ sofern nicht mit den Angaben zur Institution identisch

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt

bei einem **Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband** im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem **pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?**

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
- ☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben

Unternehmen etc.	von (Monat / Jahr)	bis (Monat / Jahr)	Position

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor

ein **Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband** im Gesundheitswesen, insbesondere ein **pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband**

direkt oder indirekt beraten?

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
- ☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben getrennt für jedes Unternehmen und Beratungsthema

Unternehmen etc.	Beratungsthema	Zeitraum von ... bis ...

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von

einem **Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband** im Gesundheitswesen, insbesondere einem **pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband**

Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
- ☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben getrennt für jedes Unternehmen

Unternehmen etc.	Art der Tätigkeit/en	Thema	Zeitpunkt/-raum der Tätigkeit

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung², für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von

einem **Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband** im Gesundheitswesen, insbesondere einem **pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband**

finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben getrennt für jedes Unternehmen und Projektthema

Unternehmen etc.	Projektart	Projektthema	Zeitraum	Empfänger: persönlich / Einrichtung

² Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung³, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von

einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
- ☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben für jedes Unternehmen etc. getrennt

Unternehmen etc.	Art der Zuwendung	Zeitraum	Empfänger: persönlich / Einrichtung

³ Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines **Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten**? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

- ☐ ja (falls ja bitte in nachfolgender Tabelle beschreiben)
- ☐ nein

Falls ja: Bitte ergänzen Sie folgende Angaben für jeden Anteil / Fonds etc. getrennt

Anteil / Fonds

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich willige ein, dass die oben angegebenen Sachverhalte im entsprechenden Produkt, das über die Website des IQWiG zugänglich ist, zusammenfassend unter Angabe meines Namens veröffentlicht werden. Eine darüber hinausgehende Veröffentlichung meiner Angaben erfolgt nicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)