



Erklärung zur Offenlegung von Interessenkonflikten (Wissenschaftlicher Leiter)

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Ressort Fortbildung
Gartenstr. 210-214
48147 Münster
E-Mail: zertifizierung@aeawl.de
Fax: 0251/929-2259

Absender:

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme: _____

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme: _____

VNR (falls bekannt): _____

Name / Vorname des Wissenschaftl. Leiters: _____

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet Sie um Offenlegung möglicher Interessenkonflikte.

Auch bei der ärztlichen Fortbildung sind ärztliche Unabhängigkeit sowie das Patienten- und Gemeinwohl als Handlungsmaxime der medizinischen Versorgung zu sichern. Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Dritten, auch mit der Industrie, sind in der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 23.03.2012 (§ 32 und 33) festgelegt.

Gemäß § 8 (1) und (3) der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 01.07.2014 sowie den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung in ihrer jeweils gültigen Fassung setzt die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung voraus, dass Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte offengelegt werden. Die wissenschaftliche Leitung einer Fortbildung muss gegenüber der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine Selbstauskunft über mögliche Interessenkonflikte vorlegen. Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten/innen müssen gegenüber den Teilnehmern/innen der Fortbildung offengelegt werden.

Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden. Unter primärem Interesse werden das Wohlergehen der Patienten und eine Weiterentwicklung des medizinischen Wissens verstanden. Sekundäre Interessen können materieller, sozialer oder intellektueller Natur sein.

Zweck der Offenlegung von potentiellen Interessenkonflikten ist, dass der Teilnehmer sowie die anerkennende Ärztekammer die Möglichkeit erhalten, sich eine Meinung über die Interessenslage eines Veranstalters/Referenten/wissenschaftlichen Leiters zu bilden. Im Vordergrund steht die Information, nicht die Ausgrenzung aufgrund von Verbindungen zur Industrie oder anderen Gruppierungen.

Sponsor(en) der Fortbildungsmaßnahme: _____

**Meine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Fortbildungsmaßnahme bezogen auf
genannten Sponsor (innerhalb der letzten drei Jahre):**

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Honorar für Vortrags-, Autoren-, Gutachter- oder Beratertätigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Honorar für Vorbereitung von Fortbildungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erstattung von Reise- oder Übernachtungskosten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erstattung von Teilnahmegebühren an Fortbildungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Patente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelder aus Lizenzen / Tantiemen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Honorar für Durchführung von Auftragsstudien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhalt von Forschungsgeldern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Interessenkonflikte (bitte kurz darlegen)

Gegenüber den Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme werde ich meine Interessenkonflikte schriftlich offenlegen (z. B. auf den ersten Folien der Präsentation).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Informationen können jederzeit unter www.aekwl.de/zertifizierung-datenschutz abgerufen und in schriftlicher Form beim Ressort Fortbildung der ÄKWL angefordert werden.

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung der hier angegebenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 a; Art 4 Nr. 2 Datenschutzgrundverordnung) durch das Ressort Fortbildung der ÄKWL einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift / Stempel des Wissenschaftl. Leiters	
Ärztekammer Westfalen-Lippe Gartenstr. 210-214 48147 Münster	Postfach 4067 48022 Münster	Tel.: 0251/929-2212/2219 Fax: 0251/929-2259	E-Mail: zertifizierung@aekwl.de Homepage: www.aekwl.de