|  |
| --- |
| **Antragsformular zur Förderbekanntmachung**  **vom 26. Juni 2020 zur themenspezifischen/themenoffenen Förderung von Konzepten zu neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Absatz 1 Satz 6 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung** |

*Hinweis: Bitte löschen Sie dieses Deckblatt. Diese Überschrift dient nur Ihrer Information. Beim Hochladen des Dokumentes in PT-Outline wird ein individuelles Deckblatt zu Ihrem Antrag automatisch generiert.*

**Gliederungsschema für Ideenskizzen**

1 Synopse (max. 2 Seiten)

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine Informationen zum Projekt** | |
| **(Gesamt)Projektleitung bzw.  Konsortialführung/ Antragsteller** |  |
| **Konsortialpartner/ Kooperationspartner** |  |
| **Projekttitel/Akronym** |  |
| **Themenfeld** |  |
| **Voraussichtliches Fördervolumen**  **(*Vollantrag*)** |  |
| **Voraussichtliche Förderdauer**  **(*Vollantrag*)** |  |
|  | |
| **Ideenskizze der geplanten neuen Versorgungsform** | |
| **Projektziel, Hypothese** |  |
| **Neue Versorgungsform/ Intervention/Maßnahme** |  |
| **Geplante Zielpopulation** |  |
| **Geplante Rechtsgrundlage für die neue Versorgungsform**  **(*sofern bereits bekannt*)** |  |
| **Methodischer Ansatz / geplantes Studiendesign** |  |
| **Evaluierendes Institut**  **(*sofern bereits bekannt*)** |  |
| **Regionen der Maßnahmen/Interventionen**  **(*sofern bereits bekannt*)** |  |

2 Antragsteller (max. 1 Seite)

2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Institution** | **Telefon, Fax,**  **E-Mail** | **Geplante Verantwortlichkeit/Rolle in der Durchführungsphase** |
|  |  |  | Projektleitung/Konsortialführung |
|  |  |  | Evaluation |
| …… |  |  |  |

2.2 Erklärung

2.3 Beteiligung einer Krankenkasse

3 Neue Versorgungsform (max. 4 Seiten)

3.1 Ziel, Ausgangslage und Indikatoren

3.2 Allgemeinverständliche Beschreibung der geplanten neuen Versorgungsform

3.3 Beabsichtigtes Fördervolumen

4 Beitrag der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der Versorgung (max. 6 Seiten)

4.1 Relevanz

4.2 Verbesserung der Versorgung

4.3 Umsetzungspotenzial

4.4 Übertragbarkeit der Erkenntnisse

4.5 Evaluation

4.6 Machbarkeit des Projekts in der Laufzeit

4.7 Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen

5 Arbeits- und Finanzierungsplan für die Konzeptentwicklungsphase (max. 1 Seite)

6 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte (max. 1 Seite)

7 Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum *Unterschrift*

Name in Druckbuchstaben

(Gesamt)**Projektleitung/ Konsortialführung**

*Falls zutreffend:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum *Unterschrift*

Name in Druckbuchstaben

**Verantwortliche Person für die Evaluation**

8 Referenzen (max. 1 Seite)

9 Anlagen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anlage Nr.** | **Bezeichnung** | **Beigefügt** |
| 1 | Kurzbeschreibung der (Gesamt)Projektleitung bzw. der Konsortialführung, der wesentlichen (Konsortial-)Partner (soweit bekannt) und ggf. der verantwortlichen Person für das Evaluationskonzept (max. 1 Seite pro Partner, ggf. inkl. der drei wichtigsten Publikationen/Referenzen des Evaluators mit Relevanz für das beantragte Projekt). |  |
| 2 | *Sofern bekannt:* Nachweis der Beteiligung einer Krankenkasse (Unterschrift) oder Begründung, warum keine Krankenkasse beteiligt wurde bzw. werden soll |  |
| 3 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln |  |
| 4 | Falls zutreffend: Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 10 *sofern bekannt* inkl. Letter of Intent (LOI) mit Unterschrift. |  |

10 Vorlage zu Anlage 4: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name Kooperationspartner** | **Art der Unterstützung** | **LOI beigefügt** |
|  |  |  |
|  |  |  |