|  |
| --- |
| **Antragsformular zur Förderbekanntmachung**  **vom 21. Juni 2024 zur Erstellung von Anträgen zu Förderbekanntmachungen**  **gemäß § 92a Absatz 2 Satz 4 SGB V: Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht** |

*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.*

1 Synopse *(max. 2 Seiten)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Allgemeine Informationen zum Projekt** | | |
| **(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/ Antragsteller** |  | |
| **Beteiligte Einrichtungen: Konsortialpartner/**  **Kooperationspartner** | *Konsortialpartner:*  *Kooperationspartner:* | |
| **Projekttitel/Akronym** |  | |
| **Themenfeld** |  | |
| **Beantragte Fördermittel** |  | |
| **Beantragte Förderdauer** |  | |
| **Leitlinie und Methodik** | | |
| **Art des Leitlinienprojekts** | **S3** | *Neue Leitlinie*  *Weiterentwicklung (Upgrade) von AMWF-Register-Nr: ……*  *Aktualisierung (Update) von AMWF-Register-Nr: ……*  *partiell*  *komplett*  *Living Guideline* |
| **Anmeldung bei der AWMF** | *ist erfolgt (Angabe der AWMF-Registernummer)*  *eingereicht am (Datum)* | |
| **Ziele der Leitlinie** |  | |
| **Verbindung zu vorhandenen Leitlinien** | *AWMF-Register-Nummer(n):* | |
| **Versorgungsbereich** | *ambulant*  *stationär*  *teilstationär*  *Prävention*  *Früherkennung*  *Diagnostik*  *Therapie*  *Rehabilitation*  *Primärärztliche Versorgung*  *spezialärztliche Versorgung*  *Anderer, und zwar: …………….* | |
| **Patientenzielgruppe** | Erwachsene  Kinder-/Jugendliche  *Ggf. ergänzen/spezifizieren*: | |
| **Erkrankung/ Adressaten der Leitlinie** |  | |
| **Methodik** |  | |
| **Falls zutreffend: Wiedereinreichung** | | |
|  | | |

2 Antragsteller

#### 2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Institution** | **Telefon, Fax,**  **E-Mail** | **Verantwortlichkeit/Rolle** |
|  |  |  | Projektleitung/Konsortialführung |
|  |  |  |  |
| …… |  |  |  |

#### 2.2 Erklärung

3 Projektziele

#### Zielsetzung und Fragestellung

4 Beitrag zur Verbesserung der Versorgung

#### 4.1 Relevanz

#### 4.2 Verbesserung der Versorgung

#### 4.3 Innovationsgehalt der Leitlinie

5 Qualifikation und Vorerfahrung der Antragsteller

6 Wissenschaftliches und methodisches Vorgehen: Projektdurchführung

6.1 Art der Leitlinie

6.2 Methodik

6.3 *Sofern zutreffend:* Projekte unter Nutzung informationstechnischer Systeme (u. a. E-Health-Lösungen/Telemedizin:

#### 6.4 Arbeits-, Zeit- und Meilensteinplanung

7 Risikofaktoren

8 Verwertungspotenzial

9 Finanzierungsplan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9.1** | **Personalausgaben** | | **€** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | *…* |  |  |
| **9.1** | **Summe Personalausgaben** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.2** | **Sachausgaben** | € |
| 9.2.1 | Aufträge an Dritte |  |
|  |  |  |
| 9.2.2 | Reisen |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 9.2.3 | Sonstige Sachausgaben |  |
|  |  |  |
| 9.2.4 | Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 9.1) |  |
| **9.2** | **Summe Sachausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.3** | **Investitionen (Einzelpreis > 800 € netto)** | **€** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **9.3** | **Summe Investitionen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.4** | **Gesamtausgaben des Projektes** | **€** |
| 9.4.1 | Summe der Personalausgaben |  |
| 9.4.2 | Summe der Sachausgaben |  |
| 9.4.3 | Summe der Investitionen |  |
| **8.4** | **Gesamtsumme der Ausgaben des Projektes** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.5** | **Finanzierung der Ausgaben** | **€** |
| 9.5.1 | Ggf. zur Verfügung stehende Eigenmittel |  |
| 9.5.2 | Ggf. sonstige Einnahmen und Mittel Dritter |  |
| **9.5** | **Beantragte Fördersumme** |  |

10 Unterschriften

Ort, Datum *Unterschrift*

Name in Druckbuchstaben

(**Gesamt)Projektleitung/Konsortialführung**

Ort, Datum *Unterschrift*

Name in Druckbuchstaben

**Verantwortliche Person für die maßgebliche Fachgesellschaft**

11 Referenzen

12 Anlagen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anlage Nr.** | **Bezeichnung** | **Beigefügt** |
| 1 | Falls zutreffend: Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 13 sowie Letter of Intent (LOI) der Kooperationspartner (inkl. Unterschrift) (max. 1 Seite pro Kooperationspartner). |  |
| 2 | Darstellung der Expertisen (insbesondere in Form von Kurzlebensläufen inklusive wesentlicher Publikationen) der (Gesamt)Projektleitung bzw. der Konsortialführung, der wesentlichen (Konsortial-)Partner und der verantwortlichen Personen für die Koordination und die Methodik (max. 1 Seite pro Person, inkl. Nennung der drei wichtigsten Publikationen mit Relevanz für das beantragte Projekt). |  |
| 3 | „Erklärung von Interessen“ der Mitglieder der Leitliniengruppe entsprechend den Vorgaben des AWMF-Regelwerks |  |
| 4 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. die Projektleitung bei Einzelprojekten). |  |
| 5 | Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner. |  |

13 Vorlage zu Anlage 1: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

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