|  |
| --- |
| **Antragsformular zur Förderbekanntmachung****vom 20. Juni 2025zur 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. Die Seitenangaben in den Überschriften der einzelnen Rubriken geben den maximal möglichen Umfang an. Insgesamt hat das ausgefüllte Antragsformular 20 DIN-A4-Seiten nicht zu überschreiten.*

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 |  |
| **9.4** | **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 (max. 1 Seite)

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** |
|  |  |[ ]
|  |  |[ ]