|  |
| --- |
| **Antragsformular zur Förderbekanntmachung** **vom 20. Oktober 2017 zur themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 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 im 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** |  |
| **Konsortialpartner/ Krankenkassen** |  |
| **Projekttitel/Akronym** |  |
| **Themenfeld** |  |
| **Beantragte Fördermittel** |  |
| **Beantragte Förderdauer** |  |
| **Neue Versorgungsform** |
| **Versorgungsziel** |  |
| **Neue Versorgungsform** |  |
| **Ein- und Ausschluss-kriterien** |  |
| **Rechtsgrundlage** |  |
| **Evaluation** |
| **Evaluierendes Institut** |  |
| **Methodik** |  |
| **Region**  |
| **Regionen der Maßnahmen/ Interventionen**  |  |
| **Falls zutreffend: Wiedereinreichung** |
|  |

2 Antragsteller

3 Beteiligung einer Krankenkasse sowie ggf. weiterer Sozialversicherungsträger

**3.1 Ist eine Krankenkasse beteiligt?**

**3.2 Falls zutreffend: Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger**

4 Neue Versorgungsform

**4.1 Ziel, Ausgangslage und Indikatoren**

**4.2 Allgemeinverständliche Beschreibung der neuen Versorgungsform**

**4.3 Rechtsgrundlage, auf welcher die neue Versorgungsform erbracht werden soll**

5 Beitrag der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der Versorgung

**5.1. Verbesserung der Versorgung**

**5.2. Umsetzungspotenzial**

**5.3 Übertragbarkeit der Erkenntnisse**

**5.4. Machbarkeit des Projekts in der Laufzeit**

6 Risikofaktoren

7 Evaluationskonzept

8 Darstellung der beantragten Mittel für gesundheitliche Versorgungsleistungen

9 Finanzierungsplan

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.2** | **Sachausgaben** | **€** |
| 9.2.1 | *Ausgaben für gesundheitliche Versorgungsleistungen (bei Abrechnung in Preis/Leistung)* |  |
| 9.2.2 | Aufträge an Dritte |  |
|  |  |  |
| 9.2.3 | Reisen |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 92.4 | Sonstige Sachausgaben |  |
| 9.2.5 | Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 8.1) |  |
| **9.2** | **Summe Sachausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.3** | **Investitionen (Einzelpreis > 410 € netto)** | **€** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **9.3** | **Summe Investitionen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.4** | **Gesamtausgaben des Projekts** | **€** |
| 9.1 | Summe der Personalausgaben |  |
| 9.2 | Summe der Sachausgaben |  |
| 9.3 | Summe der Investitionen |  |
| **9.4** | **Gesamtsumme der Ausgaben des Projekts** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen

11 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte

12 Unterschrift

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

Ort, Datum *Unterschrift*

 Name in Druckbuchstaben

 **(Gesamt)Projektleitung/Konsortialführung**

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

Ort, Datum *Unterschrift*

 Name in Druckbuchstaben

 **Verantwortliche Person für die Evaluation**

*Falls zutreffend:*

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

Ort, Datum *Unterschrift*

 Name in Druckbuchstaben

 **Projektleitung weiterer Sozialversicherungsträger**

13 Referenzen (max. 1 Seite)

14 Anlagen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anlage Nr.** | **Bezeichnung** | **Beigefügt** |
| 1 | Kurzbeschreibung der (Gesamt)Projektleitung bzw. der Konsortialführung, der wesentlichen (Konsortial-)Partner 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 | Nachweis der Beteiligung einer Krankenkasse (Unterschrift)oder Begründung, warum keine Krankenkasse beteiligt wurde. | *[ ]*  |
| 3 | Nachweise zur rechtlichen Vereinbarung der neuen Versorgungsform (z. B. Selektivvertrag) in Abhängigkeit vom Verfahrensstand. | *[ ]*  |
| 4 | Kalkulationsblatt zur Darstellung der Mittelverwendung als Excel-Datei. | *[ ]*  |
| 5 | Falls zutreffend: Nachweise zur Auswahl der evaluierenden Institution in Abhängigkeit vom Verfahrensstand (siehe auch Punkt 6). | *[ ]*  |
| 6 | Falls zutreffend: Nachweis der Beteiligung anderer Sozialversicherungsträger (Angabe welche Leistung in welcher Zuständigkeit erbracht wird, sowie entsprechende rechtsverbindliche Finanzierungszusage).  | *[ ]*  |
| 7 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. der Projektleitung bei Einzelprojekten). | [ ]  |
| 8 | Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner. | [ ]  |
| 9 | Falls zutreffend: Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 14 inkl. Letter of Intent (LOI) mit Unterschrift. | [ ]  |

15 Vorlage zu Anlage 8: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

|  |  |
| --- | --- |
| **Name Kooperationspartner und Art der Unterstützung** | **LOI beigefügt** |
|  | *[ ]*  |
|  | *[ ]*  |