|  |
| --- |
| **Antragsformular zu den Förderbekanntmachungen vom** **22. März 2024 zur** **themenspezifischen/themenoffenen Förderung von** **neuen Versorgungsformen im zweistufigen Verfahren mit langer Laufzeit gemäß § 92a Absatz 1 Satz 8 dritte Alternative SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung** **(zweistufig lang – Ideenskizzen)** |

*Hinweise:*

1. *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.*
2. *Die Seitenangaben in den Überschriften der einzelnen Rubriken geben den maximal möglichen Umfang an. Insgesamt hat das ausgefüllte Antragsformular* ***12 DIN-A4-Seiten*** *nicht zu überschreiten.*

**Gliederungsschema für Ideenskizzen**

1 Synopse (max. 2 Seiten)

|  |
| --- |
| **Allgemeine Informationen zum Projekt** |
| **(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/Antragsteller** |  |
| **Konsortialpartner/ Kooperationspartner** |  |
| **Projekttitel/Akronym** |  |
| **Themenfeld** |  |
| **Fördervolumen Ideenskizze** |  |
| **Voraussichtliches Fördervolumen und 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*)**  |  |
| **Falls zutreffend: Wiedereinreichung**  |

2 Antragsteller (max. 1 Seite)

2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Institution** | **Telefon, Fax,** **E-Mail** | **Geplante Rolle bzw. Verantwortlichkeit (mit Angabe der inhaltlichen Aufgaben)** |
|  |  |  | Projektleitung/Konsortialführung |
|  |  |  | Evaluation |
| …… |  |  |  |

2.2 Erklärung

2.3 Beteiligung einer Krankenkasse

3 Neue Versorgungsform (max. 4 Seiten)

3.1 Ausgangslage und Ziel

3.2 Allgemeinverständliche Beschreibung der geplanten neuen Versorgungsform

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

4.8 Patientenbeteiligung

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 | Darstellung der Expertisen 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 | Nachweis der geplanten Beteiligung einer Krankenkasse (unterschriebene Absichtserklärung) oder Begründung, warum keine Krankenkasse beteiligt wurde bzw. werden soll. | *[ ]*  |
| 3 | Nachweis der Patientenbeteiligung (unterschriebene Absichtserklärung) oder Begründung, warum keine Beteiligung vorgesehen ist. | *[ ]*  |
| 4 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln  | [ ]  |
| 5 | Falls zutreffend: Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 10 *sofern bekannt* inkl. Letter of Intent (LOI) mit Unterschrift. | [ ]  |

10 Vorlage zu Anlage 5: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

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