|  |
| --- |
| **Antragsformular zu den Förderbekanntmachungen zur Förderung von neuen Versorgungsformen im einstufigen Verfahren mit kurzer Laufzeit gemäß § 92a Absatz 1 Satz 8 Alternative 2 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (einstufig kurz)** |

*Hinweise:*

1. *Bitte löschen Sie dieses Deckblatt. Diese Überschrift dient nur Ihrer Information.*
2. *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.*

**Gliederungsschema für Anträge**

**1 Synopse (max. 2 Seiten)**

|  |
| --- |
| **Allgemeine Informationen zum Projekt** |
| **(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/Antragsteller** |  |
| **Konsortialpartner/ Kooperationspartner** | *Konsortialpartner:Kooperationspartner:* |
| **Projekttitel/Akronym** |  |
| **Thema** |  |
| **Beantragte Fördermittel** |  |
| **Beantragte Förderdauer** |  |
| **Neue Versorgungsform** |
| **Projektziel, Fragestellung** |  |
| **Neue Versorgungsform/Inter-vention/Maßnahme** |  |
| **Geplante Zielpopulation** |  |
| **Fallzahl** |  |
| **Rechtsgrundlage für die neue Versorgungsform** |  |
| **Evaluation** |
| **Evaluierendes Institut** |  |
| **Studiendesign und Methodik** |  |
| **Region**  |
| **Regionen der Maßnahmen/ Interventionen**  |  |

|  |
| --- |
| **Falls zutreffend: Wiedereinreichung** |
|  |

**2 Antragsteller**

2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

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

2.2 Erklärung

**3 Beteiligung von Projektpartnern**

*3.1 Beteiligung einer Krankenkasse*

*3.2 Falls zutreffend: Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger/kommunaler Träger*

*3.3 Beteiligung von Patientinnen und Patienten und ihren Organisationen*

**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 Relevanz*

*5.2 Verbesserung der Versorgung*

*5.3 Umsetzungspotenzial*

*5.4 Übertragbarkeit der Erkenntnisse*

*5.5 Machbarkeit des Projekts in der Laufzeit*

**6 Risikofaktoren**

**7 Evaluationskonzept**

*7.1 Fragestellungen, Studiendesign und Auswertungsstrategie*

*7.2 Fallzahlen/Stichprobengrößen*

*7.3 Rekrutierungsstrategie*

*7.4 Darstellung der primären und sekundären Endpunkte inkl. der Erhebungs-/ Nachbeobachtungszeitpunkte und Erhebungsinstrumente*

*7.5 Weitere zu berücksichtigende Punkte*

**8 Darstellung der beantragten Mittel für gesundheitliche Versorgungsleistungen**

*8.1 Darstellung der beantragten Mittel*

*8.2 Darstellung der Versorgungsleistungen, die weiterhin über die Regelversorgung abgerechnet werden*

**9 Finanzierungsplan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.1** | **Personalausgaben** | **€** |
|  | *Stelle xy*  | *Entgeltgruppe, Stellenumfang* |  |
|  | *…* |  |  |
| **9.1** | **Summe Personalausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.2** | **Sachausgaben** | **€** |
| 9.2.1 | *Gesundheitliche Versorgungsleistungen (bei Abrechnung in Preis/Leistung)* |  |
| 9.2.2 | Aufträge an Dritte |  |
|  | *Auftrag xy* |  |
| 9.2.3 | Reisen |  |
|  | *Pauschal beantragte Reisemittel für Projekttreffen und Kongressteilnahmen (max. 1.500 € pro Stelle pro Jahr)* |  |
|  | *Sonstige Reisen* |  |
| 9.2.4 | Sonstige Sachausgaben |  |
|  | …. |  |
| 9.2.5 | Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 9.1) |  |
| **9.2** | **Summe Sachausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.3** | **Investitionen (Einzelpreis > 800 € netto)** | **€** |
|  | *Investition xy (Anzahl)* |  |
|  | … |  |
| **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** |  |

*Hinweis: Ausgabenpositionen, die nicht beantragt werden, können gelöscht werden.*

**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/kommunaler Träger**

**13 Referenzen (max. 1 Seite)**

**14 Anlagen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anlage Nr.** | **Bezeichnung** | **Beigefügt** |
| 1 | Darstellung der Expertisen (insbesondere in Form von Kurzlebensläufen inklusive wesentlicher Publikationen) der (Gesamt)Projektleitung bzw. der Konsortialführung, der wesentlichen (Konsortial-)Partner und der verantwortlichen Person für das Evaluationskonzept (max. 1 Seite pro Partner, 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. (Bei Beteiligung einer Krankenkasse als **Konsortialpartner**: bitte *nicht zutreffend* angeben) | *[ ]*  |
| 3 | Nachweis der geplanten Beteiligung von Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen oder Vertretungen der vorgenannten Gruppen (unterschriebene Absichtserklärung) oder Begründung, warum keine Beteiligung vorgesehen ist. | *[ ]*  |
| 4 | Nachweise zur rechtlichen Vereinbarung der neuen Versorgungsform (z. B. Selektivvertrag) in Abhängigkeit vom Verfahrensstand. | *[ ]*  |
| 5 | Kalkulationsblatt zur Darstellung der Mittelverwendung als Excel-Datei. | *[ ]*  |
| 6 | Nachweise zur Auswahl der evaluierenden Institution (siehe auch Punkt 6). | *[ ]*  |
| 7 | Falls zutreffend: Nachweis der Beteiligung anderer Sozialversicherungsträger/kommunaler Träger (Angabe, welche Leistung in welcher Zuständigkeit erbracht wird, sowie entsprechende rechtsverbindliche Finanzierungszusage). | *[ ]*  |
| 8 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. der Projektleitung bei Einzelprojekten). | [ ]  |
| 9 | Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner. | [ ]  |
| 10 | Falls zutreffend: Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 15 inkl. Letter of Intent (LOI) mit Unterschrift. | [ ]  |

*Hinweis: Weitere Anlagen sind nicht zulässig. Bitte setzen Sie in dieser Tabelle bei den beigefügten Anlagen ein Kreuz. Nicht zutreffende Anlagen kennzeichnen Sie bitte mit „n. z.“. Bitte sehen Sie davon ab, reine Unterstützungsschreiben o. ä. als Anlage mitzuschicken. Bitte beachten Sie, dass das Fehlen der Anlage 1 (Kurzbeschreibung der Projektbeteiligten), der Anlage 4 (Kalkulationsblatt), der Anlage 7 (Formblatt Einzelprojekt bzw. Konsortialführung) sowie - sofern zutreffend - der Anlage 8 (Formblätter Konsortialpartner) zum formalen Ausschluss führen kann.*

**15 Vorlage zu Anlage 9: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung**

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