|  |
| --- |
| **Antragsformular**  **Förderbekanntmachungen vom 24. Januar 2025**  **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/Thema** |  |
| **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

3.3 Nutzung informationstechnischer Systeme und Anwendungen

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 Nummer 10 *sofern bekannt* 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 und Anlage 4 zum formalen Ausschluss führen kann.*

10 Vorlage zu Anlage 5: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

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