|  |
| --- |
| **Antragsformular**  **Förderbekanntmachung zur  themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen im einstufigen Verfahren mit langer Laufzeit gemäß § 92a Absatz 1 Satz 8 erste Alternative SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (einstufig lang)** |

*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.*

**Gliederungsschema für Vollanträge**

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, Hypothese** |  |
| **Neue Versorgungsform/ Intervention/Maßnahme** |  |
| **Ein- und Ausschlusskriterien/Zielgruppen** |  |
| **Fallzahl, Drop-Out, Effektstärke und Power** |  |
| **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** | **Verantwortlichkeit/Rolle** |
|  |  |  | Projektleitung/Konsortialführung |
|  |  |  | Evaluation |
| …… |  |  |  |

2.2 Erklärung

3 Beteiligung von Projektpartnern

3.1 Beteiligung einer Krankenkasse

3.2 Falls zutreffend: Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger/kommunaler Träger

3.3 Beschreibung der Projektzusammenarbeit

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

*4.4 Nutzung informationstechnischer Systeme und Anwendungen*

*4.4.1 Nutzung der ePA*

*4.4.2 Interoperabilität und Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren*

*4.4.3 Sicherstellung des Einsatzes offener Schnittstellen und Interoperabilität*

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

5.6 Patientenbeteiligung

6 Risikofaktoren

7 Evaluationskonzept

7.1 Fragestellungen, Arbeitshypothesen und Auswertungsstrategie

7.2 Fallzahlen/Stichprobengrößen

7.3 Rekrutierungsstrategie

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

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** | | **€** |
|  |  |  |  |
|  | *…* |  |  |
| **9.1** | **Summe Personalausgaben** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.2** | **Sachausgaben** | **€** |
| 9.2.1 | Gesundheitliche Versorgungsleistungen  *(Abrechnung in Preis/Leistung)* |  |
| 9.2.2 | Aufträge an Dritte |  |
|  |  |  |
| 9.2.3 | 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)** | **€** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **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/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 Patientenbeteiligung (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 Nummer 7 des Leitfadens). |  |
| 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 Nummer 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 5 (Kalkulationsblatt), der Anlage 8 (Formblatt Einzelprojekt bzw. Konsortialführung) sowie – sofern zutreffend – der Anlage 9 (Formblätter Konsortialpartner) zum formalen Ausschluss führen kann.*

15 Vorlage zu Anlage 10: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

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