

# Internet-Antragsformular Nr. 1

Allgemeine Projektangaben und  
Angaben zur Konsortial- oder Einzelprojektführung

zur Förderbekanntmachung vom 24. Januar 2025

zur Förderung von neuen Versorgungsformen im einstufigen Verfahren  
mit kurzer Laufzeit gemäß § 92a Absatz 1 Satz 8 zweite Alternative des  
Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen  
Krankenversicherung (einstufig kurz)

---

Antrags-ID

*(wird vom G-BA befüllt)*

## Hinweise:

Sie benötigen neben den Anlagen 1 bis 10 (*siehe Leitfaden Seite 24*) für eine vollständige Antragstellung folgende Formblätter:

- Internet-Antragsformular Nr. 1 (KF),
- Internet-Antragsformular Nr. 2 (KP),
- Antragsformular (*gemäß Leitfaden*),
- Formblatt Einzelprojekt oder
- Formblatt Konsortialführung,
- Formblatt Konsortialpartner.

Für jedes Forschungsvorhaben ist nur eine Anmeldung pro Kalenderjahr zulässig - die Bewerbung erfolgt projekt-, nicht partnerbezogen und wird vom Projektleiter/-koordinator durchgeführt.

Alternative Antragstellungen, ohne Berücksichtigung der Antragschritte eins bis fünf, können nicht berücksichtigt werden.

## Ihre Fragen zur Antragsberatung:

DLR Projektträger  
Bereich Gesundheit  
Heinrich-Konen-Straße 1  
D-53227 Bonn  
Internet: [www.dlr-pt.de](http://www.dlr-pt.de)  
E-Mail: [innovationsfonds-versorgungsformen@dlr.de](mailto:innovationsfonds-versorgungsformen@dlr.de)

## Ihre Fragen zur Antragseinreichung:

Team Antragsmanagement/Recht  
Geschäftsstelle des Innovationsausschusses  
beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)  
Gutenbergstraße 13  
D-10587 Berlin  
Tel.: +49 30 275838-710  
E-Mail: [antrag.nvf.kurz@if.g-ba.de](mailto:antrag.nvf.kurz@if.g-ba.de)

## Bitte verfahren Sie im Rahmen der Antragstellung wie folgt:

Eine verbindliche und vollständige Antragstellung erfordert neben den im Leitfaden dokumentierten Antragsschritten für Konsortial- und Einzelprojekte folgendes Vorgehen:

- **Schritt Nr. 1 – Internet-Antragsformular Nr. 1**  
Befüllung des vorliegenden Antrags im PDF-Format über die Eingabemasken.
- **Schritt Nr. 2 – Internet-Antragsformular Nr. 2**  
Nur für Konsortialprojekte: Befüllung des vorliegenden Antrags im PDF-Format für Konsortialpartner (*Achtung, für jeden Konsortialpartner (KP) ein separates Formblatt.*).
- **Schritt Nr. 3 – Dokumente gemäß Förderbekanntmachung und Leitfaden** Vollständige Bearbeitung der in der Förderbekanntmachung und im Leitfaden dokumentierten Antragsschritte einschließlich Befüllung der dort notwendigen Formblätter (Konsortialführung, Konsortialpartner oder Einzelprojekt) (*siehe Leitfaden Gliederungsschema für Anträge: Punkte 1 bis 15*).
- **Schritt Nr. 4 – Antragstellung**  
Per E-Mail, reichen Sie an folgende Adresse: [antrag.nvf.kurz@if.g-ba.de](mailto:antrag.nvf.kurz@if.g-ba.de) (max. 25 MB/E-Mail), innerhalb der Antragsfrist (vgl. Förderbekanntmachung Seiten 13-14), alle Formblätter (*hier Schritte 1 bis 3*) ein.

Nach Posteingang per E-Mail erhalten Sie auf gleichem Wege eine Eingangsbestätigung einschließlich der Antrags-ID.

- **Schritt Nr. 5 – Einreichung rechtsverbindlich unterschriebenes Formblatt**  
Die einzureichenden rechtsverbindlichen Unterschriften im Original (*siehe Gliederungsschema für Anträge im Leitfaden, Seite 23, Punkt 12*), hier Teil von Schritt Nr. 3, sind innerhalb von 14 Tagen nach erfolgter elektronischer Einreichung des Antrags an folgende Postadresse zu senden:  
Geschäftsstelle des Innovationsausschuss  
beim Gemeinsamen Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin.

Nach Posteingang der Originale (Antrag und Formblätter) in der Geschäftsstelle erhalten Sie eine weitere, nun finale Eingangsbestätigung per E-Mail.

## Allgemeine Projektangaben:

---

Projekttitel *(max. 140 Zeichen)*

---

Akronym *(max. 15 Zeichen)*

---

Thema *(max. 140 Zeichen)*

---

Krankheitsfeld

---

Versorgungssektoren

---

Beteiligte Krankenkasse(n)

---

Falls zutreffend: Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger/kommunaler Träger

---

Beteiligung von Patientinnen und Patienten und ihren Organisationen

---

Zielgruppe

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg      | <input type="checkbox"/> Niedersachsen       |
| <input type="checkbox"/> Bayern                 | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin                 | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz     |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg            | <input type="checkbox"/> Saarland            |
| <input type="checkbox"/> Bremen                 | <input type="checkbox"/> Sachsen             |
| <input type="checkbox"/> Hamburg                | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt      |
| <input type="checkbox"/> Hessen                 | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein  |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen           |

---

Region des Projekts Bundesland/Bundesländer

---

Region/en des Projekts (*Landkreis/Landkreise*)

---

Fördersumme der Projektleitung/Konsortialführung (in EUR)

---

Fördersumme der Konsortialpartner gesamt (in EUR)

---

Fördersumme gesamt (EUR) (*Projektleitung/Konsortialführung und alle Konsortialpartner*)

---

Projektdauer (*max. 24 Monate*)

---

Zusammenfassung (allgemeinverständlich) (*max. 1.500 Zeichen*)

---

Vergleichspopulation

---

Bezeichnung der Intervention/Maßnahme/Untersuchungsgegenstand

---

Methodik

---

Angabe der Höhe der gewählten Fallzahlen bzw. Stichprobengrößen

---

Der Antrag wurde bereits bei einer früheren Förderwelle eingereicht. *(ja/nein)*

---

Falls zutreffend: Ursprüngliche Antrags-ID

---

Falls zutreffend: Vorgenommene Änderungen

---

Geltende Rechtsgrundlage

## Projektleitung laut Formblatt - Konsortialführer:

*Bitte beachten Sie: Die hier getätigten Angaben zur Konsortialführung müssen mit den Angaben der Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss für die Konsortialführung zur Korrespondenzadresse identisch sein (siehe Formblätter gemäß Leitfaden Seiten 6-7).*

---

Rechtsverbindlicher Name der Einrichtung/Institution *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Abteilung/Institut *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Anrede *(Frau/Herr/divers)* *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Titel *(führbare Titel)* *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Vorname/n *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Nachname *(Antragsteller Konsortialführer)*

---

Straße und Nr. (*Antragsteller Konsortialführer*)

---

Postleitzahl (*Antragsteller Konsortialführer*)

---

Ort (*Antragsteller Konsortialführer*)

---

Bundesland (*Antragsteller Konsortialführer*)

---

Telefon (z.B. +49 30 1231231; +49 171 1231231) (*Antragsteller Konsortialführer*)

---

E-Mail (*Antragsteller Konsortialführer*)

## Korrespondenzadresse laut Formblatt - Konsortialführer:

---

Abteilung/Institut (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Anrede (*Frau/Herr/divers*) (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Titel (*föhrbare Titel*) (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Vorname/n (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Nachname (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Straße und Nr. (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Postleitzahl (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Ort (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Bundesland (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

Telefon (z.B. +49 30 1231231; +49 171 1231231) (*Antragsteller Konsortialführer II*)

---

E-Mail-Adresse (*Antragsteller Konsortialführer II*)

## Begründungen für nicht eingereichte Anlagen

(vgl. Antragsformular gemäß Leitfaden Seite 21, Punkt 14 - Anlagen):

---

Begründung, warum keine Darstellung der Expertisen erfolgt ist. (vgl. **Anlage 1** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum keine Krankenkasse beteiligt wird. (vgl. **Anlage 2** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum keine Beteiligung von Patientinnen und Patienten vorgesehen ist. (vgl. **Anlage 3** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum keine Nachweise zur rechtlichen Vereinbarung der neuen Versorgungsform (z. B. Selektivvertrag) in Abhängigkeit vom Verfahrensstand eingereicht wird. (vgl. **Anlage 4** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum kein Kalkulationsblatt zur Darstellung der Mittelverwendung eingereicht wird. (vgl. **Anlage 5** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum keine Nachweise zur Auswahl der evaluierenden Institution eingereicht wird. (vgl. **Anlage 6** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Falls zutreffend: Begründung, warum kein Nachweis der Beteiligung anderer Sozialversicherungsträger/kommunaler Träger vorgelegt wird. (vgl. **Anlage 7** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Begründung, warum kein Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung eingereicht wird. (vgl. **Anlage 8** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Falls zutreffend: Begründung, warum keine Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner eingereicht werden. (vgl. **Anlage 9** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)

---

Falls zutreffend: Begründung, warum keine Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 15 (Antragsformular) inkl. Letter of Intent (LOI) mit Unterschrift eingereicht wird. (vgl. **Anlage 10** zum Antragsformular gemäß Leitfaden)