|  |
| --- |
| **Antragsformular zu der 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

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 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. |  |

15 Vorlage zu Anlage 10: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

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