**Ausfüllhilfe zum Vorantrag**

|  |
| --- |
| **Formale Angaben** |
| Titel der Leitlinie |  |
| Geplante Entwicklungsstufe | **S 3** | Anmeldedatum |  |
|  |
| Koordinator(en) |  |
|  |
| Leitliniensekretariat | *Adresse und Namen* |
|  |
| Federführende FG |  |
|  |
| Weitere FG | *Hier sollten die FG, die ihre aktive Mitarbeit definitiv zugesagt haben, vermerkt werden* ***und*** *ergänzend diejenigen, die angedacht wurden, jedoch noch nicht geantwortet oder auch abgesagt haben.* |
|  |
| andere Institutionen | *Fachgesellschaften außerhalb der AWMF, weitere Institutionen*  |
|  |
| geplanter Start | *Voraussichtlicher Termin gemäß der Zeitplanung (s.u.)**Hinweis: Bitte berücksichtigen sie für die Zeitplanung mindestens 6 Monate für das Antragsverfahren.*  |
|  |
| geplante Fertigstellung | *Voraussichtlicher Termin gemäß der Zeitplanung (s.u.)* |
|  |
| Finanzplan beigefügt | *Als Orientierung für einen Finanzplan gilt hier das Beispiel am Ende dieses Dokumentes.* |
|  |
| Zeitplan beigefügt | *als Orientierung:* <http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Projektplan_LL-Entwicklung.pdf>*Bitte versenden Sie jedoch nicht dieses Exemplar, sondern passen Sie es bitte spezifisch für Ihr Projekt an.* |

|  |
| --- |
| **Inhalte und Methodik** |
| *Als Hilfe zur Beantwortung der meisten hier folgenden Fragen empfiehlt es sich, das Deutsche Leitlinienbewertungsinstrument als Orientierung zu nehmen:* <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05_08.pdf> |
| *Zielorientierung der Leitlinie* | *s. DELBI Frage 1* |
|  |
| Begründung der Notwendigkeit der Leitlinie | *Bitte äußern Sie sich zu folgenden Aspekten:**Informationsbedarf existierender Qualitätsinitiativen zum Versorgungsproblem (z.B. Zertifizierungsverfahren, Krebsregister)? Optimierungspotential der Versorgungsqualität? Gibt es bereits internationale evidenzbasierte Leitlinien zum beantragten Thema? Häufigkeit des Versorgungsproblems? Versorgungsunterschiede? ökonomische Bedeutung? ethische und soziale Aspekte? Informationsbedarf bei neuen Technologien? interdisziplinärer oder intersektoraler Koordinationsbedarf?* |
|  |
| Adressaten der Leitlinie (Anwenderzielgruppe) | *s. DELBI Frage 6* |
|  |
| Versorgungssektor und Patientenzielgruppe | *s. DELBI Frage 3* |
|  |
| Evidenzgrundlage | *s. DELBI Frage 8,9, 30-33**bitte nehmen Sie hier Stellung zu den Evidenzquellen:** *primäre Evidenz (einzuschließende Studientypen)*
* *aufgearbeitete Evidenz (internationale Evidenz-basierte LL, HTA, SR)*

*Erläutern Sie hier jeweils die Datenquellen, Recherchevorgang, Selektionsverfahren und auch die jeweiligen Bewertungstools.* |
|  |
| Konsensusverfahren |  |
|  |
| Review Verfahren | *s. DELBI Frage 13**gemeint ist hier ein externes Experten peer review.* *Die Leitlinien innerhalb des OL werden unabhängig hiervon als Konsultationsfassung ins Internet gestellt und zusätzlich extern methodisch bewertet.*  |
|  |
| Updateverfahren | *s. DELBI Frage 14**bitte spezifizieren Sie hier das methodische Vorgehen. (z.B. modulare Aktualisierung versus komplette Aktualisierung, zeitlich fixierte Literaturrecherche versus kontinuierliches Literaturscreening etc.)*  |
|  |  |
| Strategien für Disseminierung, Implementierung, EvaluationKurz- / LangversionPatientenleitlinieQualitätsindikatoren  | *s. DELBI Frage 28**Die Erstellung einer Patientenleitlinie und die Ableitung von Qualitätsindikatoren sind obligat. Hier können durch das OL externe Methodiker vermittelt werden. Hierzu sollte ein entsprechendes Budget einkalkuliert werden.* |
|  |  |

**Anhang:**

**Hinweise zum Erstellen des Finanzplans**

**Beantragter Förderungsrahmen**

1. **Personalmittel**

Folgende Angaben sind erforderlich:

* Bezeichnung der beantragten Stelle (z. B. 'Dokumentar/in', 'Wiss. Mitarbeiter/in')
* die gewünschte Dauer der Beschäftigung (z. B. 'für 3 Jahre')
* die Vergütungsgruppe nach dem TVÖD. Bitte geben Sie keine €-Beträge an. Die erforderlichen Personalmittel werden von der Geschäftsstelle errechnet.
* eine genaue Aufgabenbeschreibung für jede beantragte Personalstelle (ein Verweis auf das Arbeitsprogramm ist nicht ausreichend).

***Sind die Personen, für die Personalmittel erbeten werden, bereits bekannt, so geben Sie bitte die Namen an mit dem Nachweis der erforderlichen Qualifikation (z.B. Expertise in HTA /LL-Erstellung etc.)***

1. **Investitionsmittel**

Hierunter fallen insbesondere Geräte. Folgende Angaben sind erforderlich:

* Bitte benennen Sie die Geräte.
* Anschaffungskosten in € inkl. Mehrwertsteuer, abzüglich Skonto/Rabatt - mit einem aktuellen Angebot/Kostenvoranschlag der in Frage kommenden Lieferfirma. Kopien aus Firmenkatalogen oder einer Internet-Seite werden nicht akzeptiert.
* Jeweils eine ausführliche Begründung, warum Sie die zur Finanzierung beantragten Geräte für die Durchführung des Vorhabens benötigen, auch in Bezug auf die bereits vorhandene Ausstattung.
* Bitte beachten Sie, dass Geräte, die zur Grundausstattung eines Instituts oder einer Klinik gehören, von der Deutschen Krebshilfe grundsätzlich nicht finanziert werden.
1. **Mittel für Verbrauchsmaterialien**

Bitte nennen Sie die Verbrauchsmaterialien oder fassen Sie die Verbrauchsmaterialien nach inhaltlichen Aspekten zusammen und geben Sie die Höhe der jährlich für die einzelnen Positionen beantragten Mittel in € an.

1. **Reisekosten**

Für Reisen, die für die erfolgreiche Durchführung des Vorhabens unbedingt erforderlich sind, können Mittel beantragt werden. Bitte geben Sie an, ob und in welcher Höhe Reisemittel beantragt werden. Begründen Sie die Notwendigkeit der geplanten Reisen.

1. **Mittel für Sonstiges**

Hierunter fallen z. B. Aufträge an Dritte.

Bei Einbindung von Externen sollte möglichst ein Kostenvoranschlag vorliegen.

 *Bitte berücksichtigen Sie Summen für die externe Unterstützung bei der*

* Entwicklung von Qualitätsindikatoren
* der Erstellung von Patientenleitlinien
* ggf. der Erstellung von Evidenzberichten

**Zusammenfassung des beantragten Förderungsrahmens** *(Musterbeispiel)*

**Beantragte Förderungsdauer:** x Jahre

**Personalmittel:**

 Bezeichnung der Stelle, Stellenumfang in %, Entgeltgruppe, für x Jahre (Name oder N.N.)
 z. B. Wiss. Mitarbeiter/in, 50%-Stelle, TV-L E 13, für 3 Jahre (Herr/Frau Mustermann)

**Investitionsmittel (einmalig):**

 Gerät ....... €
 Gerät ....... €
€ SUMME

**Mittel für Verbrauchsmaterialien:**

 Für ....... €
 Für ....... €
´ € SUMME

**Reisekosten:**

*Für die Berechnung der Reisekosten können Sie sich an folgenden Werten orientieren:*

*Reisekosten ohne Übernachtung (eintägige Konferenz): 200€
Reisekosten mit Übernachtung (zweitägige Konferenz): 350€*

- Für ....... €
- Für ....... €
 € SUMME

**Kosten für Konsensuskonferenzen** (Raummiete, Verpflegung, Moderation *(Kosten: ca. 800 €/Tag/ModeratorIn)*, TED-System etc)**:**

- Für ....... €

- Für ....... €

 € SUMME

**Mittel für Externe (bitte mit Kostenvoranschlag):**

- Für Patientenleitlinie..... €

- Für die Erstellung der Qualitätsindikatoren €

 € SUMME