

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich Vertragswesen, SG 1.3
Albstadtweg 11
79114 Stuttgart

Geschäftsbereich Verträge Sachgebiet 1.3 | Fax 0711/ 7875-483707 | selektivvertraege@kvbawue.de

Kontaktformular: Innovationsfonds-Projekt

Sie haben eine Idee für ein G-BA-Innovationsfonds-Projekt nach § 92 a SGBV und möchten die KVBW als Projektpartner anfragen? Wir prüfen das Potenzial Ihrer Idee für eine mögliche Zusammenarbeit anhand Ihrer Angaben innerhalb dieses Formulars. Geben Sie Ihre Informationen daher vollständig und prägnant an.

* Pflichtfelder

Vorname *

Nachname *

Institution

Straße, Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Telefonnummer *

E-Mail-Adresse *

Projektinformation

In welchem Bereich fällt Ihre Projektidee? *

- Neue Versorgungsformen (nVF)
 Versorgungsforschung (VSF)

Datenschutzhinweise

Unsere Datenschutzinformation zu unseren Aufgaben und Serviceleistungen können Sie nachlesen unter www.kvbawue.de/pdf3346.

Ich stimme den Datenschutzbestimmungen zu *

Ihre Anfrage an die KVBW / Kurze Erläuterung der Projektidee

Kurzbeschreibung der neuen Versorgungsform bzw. Inhalt Versorgungsforschung / Welche Relevanz hat das Projekt für die ambulante Versorgung? *

Welches Versorgungsproblem soll gelöst werden / Was ist das Projektziel / Wie sieht die aktuelle Ausgangssituation aus? *

Welches Versorgungsproblem (Erkrankungsgebiet) soll angegangen werden? * (Bei mehreren Versorgungsproblemen wählen Sie bitte das Schwerpunktthema aus.)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Kein direkter Krankheitsbezug | <input type="radio"/> Verletzungen, Vergiftungen |
| <input type="radio"/> Übergreifender Erkrankungsbereich | <input type="radio"/> Psychische- und Verhaltensstörungen |
| <input type="radio"/> Neubildungen | <input type="radio"/> Neurologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Infektiöse und parasitäre Krankheiten | <input type="radio"/> Ophthalmologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | <input type="radio"/> HNO-Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Krankheiten des Kreislaufsystems | <input type="radio"/> Krankheiten der Atmung |
| <input type="radio"/> Gastro-/ Enterologische Erkrankungen | <input type="radio"/> Dermatologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Krankheiten des Urogenitalsystems | <input type="radio"/> Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Störungen mit Beurteilung des Immunsystems |
| <input type="radio"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformität und Chromosomenanomalien | <input type="radio"/> Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett |
| <input type="radio"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | <input type="radio"/> _____ Erkrankungsgebiet (falls nicht aufgeführt): |

Mit was kann die KVBW Sie in Ihrem Projekt unterstützen? *

- Abrechnung
- Rekrutierung von Ärzten / Psychotherapeuten
- Beteiligung an Arbeitsgruppen
- Sonstiges:

Wie sehen die Funktionen und Aufgaben der Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten in dem Projekt aus? *

Welche Facharztgruppen sind im Projekt zu beteiligen? *

Welche fachlichen, sachlichen und technischen Anforderungen sind evtl. vorgesehen? *

Welche anderen Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?

Welche Leistungen sollen die ärztlichen / psychotherapeutischen Teilnehmenden im Rahmen dieses Projekts erbringen? *

Wie ist die Projektlaufzeit geplant?

Wie soll die Finanzierung für die ärztlichen / psychotherapeutischen Teilnehmenden erfolgen (Honorar)?

Ist für das Projekt ein Selektivvertrag nach §140a SGB V oder eine andere Vertragsform vorgesehen?

Projektpartner

Haben Sie Ihre Projektidee einer Krankenkasse vorgestellt? *

§ 92a (1) 6: Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen.

- Ja Nein

Krankenkasse bitte benennen

Haben Sie Ihre Projektidee einer weiteren KV vorgestellt? *

- Ja Nein

KV bitte benennen

Haben Sie einen Evaluator für dieses Projekt? *

- Ja Nein Angefragt

Projekt-Evaluator bitte benennen

Haben Sie Kontakt zu ärztlichen /psychotherapeutischen Berufsverbänden aufgenommen? *

- Ja Nein

Berufsverband bitte benennen

Gibt es weitere Projektpartner? *

- Ja Nein

Projektpartner bitte benennen

Projektpartner bitte benennen

Projektpartner bitte benennen