|  |
| --- |
| **Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland**  **Steckbrief Ländermaßnahme** |

**Projektinformationen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Art der Maßnahme** (zutreffendes auswählen) | ☐ **A)** Koordinierte Ländermaßnahme **neu**  *Nur möglich, wenn im 2. Förderaufruf keine koordinierte Landesmaßnahme bewilligt wurde.* | **B)** **Änderung** einer laufenden Landesmaßnahme:  Koordinierte Landesmaßnahme, Projektnummer: xx-P512LM10xxx  ELFA-Maßnahme, Projektnummer: xx-P512LM10Exx | |
| **KfW-Daten** *(Sofern zutreffend)* | KfW Geschäftspartner Nummer: | KfW Zuschuss-Nummer: | |
| **Titel des Vorhabens** |  | | |
| **Geschätzte Projektlaufzeit** | ☐ **A)** 01.09.2024 - 30.08.2026 *(Neuantrag: max. 24 Monate Projektlaufzeit)* ☐ **B)** 01.10.2024 - xx.xx.20xx (*Änderungsantrag: max. bis 31.03.2026)* | | |
| **Geschätzter Mittelbedarf** | EUR | **B) Bereits bewilligter Zuschuss** *(nur bei Änderungen)* | EUR |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Koordinierendes Land** *(alle Felder sind auszufüllen)* | **Kooperierendes Land I** | **Kooperierendes Land II** |
| **Name der Einrichtung** |  | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Referat/Abteilung |  |  |  |
| Straße, Hausnummer |  |  |  |
| **Postleitzahl** |  | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Ort |  |  |  |
| **Bundesland** |  | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Geschätzter Zuschuss pro Bundesland** |  | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Projektleitung/Ansprechperson*(Vorname Name)* |  |  |  |
| Telefonnummer |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |

Tabelle 1

**Alle weiteren kooperierenden Länder sind unter Punkt 2 „Weiteres“ aufzulisten.**

1. Ziele und Konzeption des Projektes
   1. **Kurze Beschreibung der Anwendungsfälle und des Status quo** *(siehe Ausfüllhilfe)*
   2. **Kurze Beschreibung des Potenzials einer Steigerung des digitalen Reifegrades für die Einrichtungen des ÖGD und andere Bundesländer** *(siehe Ausfüllhilfe)*
   3. **Bei Neuanträgen und Aufstockungen: Dimensionen des Reifegradmodells, die in der Ländermaßnahme adressiert werden sollen***(siehe Ausfüllhilfe)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dimension**  *Bitte wählen Sie die Dimension aus, der die Maßnahme zugeordnet ist* | **Subdimension**  *Bitte wählen Sie die der Dimension zugehörige Subdimension aus* | **Ziel** | **Anwendungsfall/Maßnahme**  *stichpunktartig* |
| **1** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **2** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **3** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **4** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **5** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **6** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **7** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
| **8** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |

Tabelle 2

* 1. **Kurze Beschreibung der Ursachen für Verlängerungen und Aufstockungen** *(Nachweise sind im Rahmen der Antragstellung beizufügen)*

1. Weiteres *(siehe Ausfüllhilfe)*