

**Antrag zur  
Förderung von Projekten zur Prävention & Gesundheitsförderung in  
(teil-)stationären Pflegeeinrichtungen gemäß  
§ 5 SGB XI<sup>1</sup> durch die Ersatzkassen in Hessen**

Hinweis: Für die Bewertung Ihres Projektantrages muss den Unterlagen zusätzlich eine Projektskizze inklusive Zeit- und Finanzplan beigefügt werden.

<b>Name des Projektes:</b>
----------------------------

<b>Geplanter Beginn des Projektes/Laufzeit:</b>	
von	bis
Geplante Laufzeit insgesamt	

<b>Wurde bzw. wird das Projekt bereits durch eine andere Krankenkasse/weitere Institution gefördert?</b>		
(bitte ankreuzen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, durch:		

**1. Antragsteller:**

Name/Institution bzw. Träger der Einrichtung	
Anschrift (PLZ und Ort)	
Telefonnummer	
E-Mail	
Ansprechpartner (Name und Telefonnummer, wenn abweichend vom Antragsteller)	

<sup>1</sup> Die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sind gemäß § 5 SGB XI geregelt. Krankenkassen können demgemäß nur solche Leistungen bezuschussen, die den festgelegten Handlungsfeldern und Kriterien des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen entsprechen. Dieser kann unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention.html> abgerufen werden.

## 2. Leistungserbringer

(sofern abweichend von 1. Antragsteller):

Institution			
Anschrift			
Telefon		E-Mail	

## 3. Angaben zum Projekt

### 3.1 Projektträger:

--

### 3.2 Kurzbeschreibung des Projektes:

(max. 500 Worte, detaillierte Angaben sind in der beizufügenden Projektskizze einzusehen)

--

### 3.3 Das Projekt wird in folgender(n) Pflegeeinrichtung(en) durchgeführt:

--

### 3.4 Themenschwerpunkte/Handlungsfelder:

<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Psychosoziale Gesundheit
<input type="checkbox"/> Körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/> Prävention von Gewalt
<input type="checkbox"/> Stärkung kognitiver Ressourcen	

### 3.5 Inhaltliche Ausrichtung der oben genannten Themenschwerpunkte (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> <b>Verhältnisbezogen</b> Es werden Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des Umfeldes, der Strukturen und/oder von Abläufen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt.  Erläuterung/Beispiele: _____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Verhaltensbezogen</b> Den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtung werden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Haltungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen in den spezifischen Handlungsfeldern vermittelt.  Erläuterung/Beispiele: _____ _____

### 3.6 Qualifikation des Leistungserbringers/Projektdurchführenden:

(Anbieterqualifikation: Fachkräfte, die Maßnahmen durchführen, müssen einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld aufweisen)

--

### 3.7 Welche Gründe gibt es, das angestrebte Projekt durchzuführen? (z.B. Bedarfserhebung)

--

**3.8 Zielsetzung:** Welche Ziele wollen Sie durch die Umsetzung des Projekts in der/den Pflegeeinrichtung(en) erreichen?

1.
2.
3.

**3.9 Zielgruppe:** Zielgruppe Ihres Projektes sind Bewohnerinnen und Bewohner von stationären- bzw. teilstationären Pflegeeinrichtungen. Wie viele Personen werden über Ihr Projekt schätzungsweise erreicht?

Anzahl:
_____
_____
_____
Wurde die Zielgruppe bei der Bedarfsermittlung für das Projekt einbezogen (Partizipation)?
<input type="checkbox"/> Ja, (bitte aufführen inwiefern):
<input type="checkbox"/> Nein

**3.10 Beteiligte Akteure/Kooperationspartner: Werden weitere Akteure einbezogen?**  
(z.B. externe Anbieter wie geeignete Physiotherapiepraxen, Sportvereine oder Träger der Erwachsenen- und Seniorenbildung)

<input type="checkbox"/> Ja, (bitte aufführen):
<input type="checkbox"/> Nein

**3.11 Förderzeitraum** (bitte angeben, sofern der Förderzeitraum von der Projektlaufzeit – siehe Angabe der ersten Seite – abweicht):

<input type="checkbox"/>	weniger als 12 Monate	von	bis
<input type="checkbox"/>	12 Monate bis 24 Monate	von	bis
<input type="checkbox"/>	12 Monate bis 36 Monate	von	bis
<input type="checkbox"/>	mehr als 36 Monate	von	bis

**3.12 Welche Methoden der Erfolgskontrolle werden wann und von wem eingesetzt?**

(Meilensteine, Projektplanung inklusive Erfolgskontrolle z.B. Befragung, Feedbackbögen, Dokumentation von Teilnahmen, Resonanz,...)

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

**3.13 Wie stellen Sie die Nachhaltigkeit des Projekts nach Auslauf der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenkasse sicher?**

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

**4. Finanzierung des Projektes**

(Anmerkung: Die von den Krankenkassen bezuschussten Maßnahmen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die wirtschaftliche Planung der Fördermaßnahmen muss entsprechend geprüft werden.)

<b>Geplante Projektkosten insgesamt</b>	_____, ____ Euro
verfügbare Eigenmittel in € (bitte Geld- und Sachwerte berücksichtigen)	_____, ____ Euro
Fördergelder anderer Institutionen (z. B. öffentliche Einrichtungen etc.) Name der Institution/en	_____, ____ Euro _____
Beantragte Förderung bei den Ersatzkassen in €	_____, ____ Euro

## 5. Kriterien für die Prüfung der Vollständigkeit der Antragsunterlagen

Bitte prüfen Sie anhand der folgenden Kriterien, ob Ihr Projektantrag bzw. die Projektskizze Angaben zu den nachfolgenden Punkten aufführt (siehe Leitfaden Prävention bzw. Leitfaden Prävention in der stationären Pflege), da dies die Voraussetzung für eine Förderung bildet

<b>Beschreibung des Bedarfs:</b> Der Bedarf für das Projekt wird durch überregionale/ regionale Daten/Studien bzw. durch settingbezogene Bedarfserhebungen dargelegt.	<input type="checkbox"/>
<b>Zielbeschreibung (Ziele und ggf. Teilziele):</b> Die Definition erfolgt möglichst operationalisiert, der Verhaltens- und Verhältnisbezug sind zu beachten.	<input type="checkbox"/>
<b>Partizipation:</b> Die Zielgruppe ist in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess aktiv eingebunden.	<input type="checkbox"/>
<b>Kooperationspartner:</b> Die Kooperationspartner wurden benannt.	<input type="checkbox"/>
<b>Vernetzung mit anderen Akteuren/Einrichtungen (Partnerschaften):</b> Vorhandene Strukturen, externe Anbieter werden ermittelt und möglichst eingebunden.	<input type="checkbox"/>
<b>Finanzierung:</b> Ein ausführlicher Finanzplan, unterteilt nach Jahren für die Laufzeit des Projektes, ist der Projektskizze zu entnehmen.	<input type="checkbox"/>
<b>Projektlaufzeit einschließlich Zeitplan ist beschrieben.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Projektlaufzeit einschließlich Zeitplan ist aufgeführt.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Methoden- /Maßnahmenbeschreibung ist erfolgt.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Sicherstellung der Nachhaltigkeit/Verstetigung:</b> Ein Nachhaltigkeitskonzept zur Verstetigung des Prozesses liegt vor, z.B. Fortbestehen eines Arbeitskreis, Beratungsangebot als Netzwerk.	<input type="checkbox"/>
<b>Berichterstattung:</b> Die Planung der Berichterstattung (Zwischen-/Endbericht) ist den Unterlagen zu entnehmen.	<input type="checkbox"/>
<b>Dokumentation/Ergebnissicherung:</b> Eine Dokumentation- und Ergebnissicherung wird durchgeführt, die Verantwortlichen verpflichten sich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>

## 6. Richtigkeit der Angaben

Der Antragsteller versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsunterlagen gemachten Angaben.

Der Antragsteller versichert hiermit, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt. Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projektes geringer ausfallen, als die erhaltenen Fördersummen, so verpflichtet sich der Antragsteller, den entsprechenden Anteil der Fördersumme an den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) zurück zu erstatten.

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) behalten sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projekts vor Ort zu prüfen.

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Projektverantwortlichen/  
des Trägers plus Stempel