



Förderantrag Starke Pflege

Prävention in der Pflege

Erfolgsfaktoren für ein gutes Projekt

- Es wird langfristig eine Projektgruppe/ein Steuerungsgremium eingerichtet.
- Es findet eine Vernetzung bereits vorhandener Strukturen statt.
- Der Bedarf für das Projekt ist ermittelt worden.
- Vertreter aller Zielgruppen werden bei der Projektplanung, -durchführung und -auswertung eingebunden.
- Es liegen ein Konzept und ein Finanzplan vor.
- Neben Kursen und Maßnahmen erfolgen auch Aktivitäten zu gesundheitsförderlichen Veränderungen der Prozesse und Strukturen in der Einrichtung/im Betrieb.
- Es werden eigene Ressourcen eingebracht.
- Im Falle einer wissenschaftlichen Evaluation wird ein Evaluationsplan beigefügt.
- Die Gesundheitsförderung soll auch nach Projektende langfristig und nachhaltig weitergeführt werden.
- Es liegen die für die Durchführung des Projekts notwendigen Entscheidungen der Leitung vor.
- Die vorgeschlagenen/eingesetzten Berater/Dienstleister entsprechen den Qualitätsanforderungen des „Leitfadens Prävention“.
- Das Projekt folgt einer gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie.

Gut zu wissen!

Hinweise

Die TK behält sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projekts vor Ort zu prüfen.

Viele der folgenden Angaben dienen der Dokumentation. Hierzu sind alle Krankenkassen gesetzlich verpflichtet.

Für eine bessere Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Unterscheidung in eine männliche und eine weibliche Form verzichtet. Selbstverständlich sind hier Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, rufen Sie uns einfach unter **0800 - 285 85 85** an.

Förderantrag

nach § 20b SGB V und § 5 SGB XI für (teil-)stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser

Art der Einrichtung (Mehrfachnennung möglich)

- Stationäre Pflegeeinrichtung Teilstationäre Pflegeeinrichtung
 Ambulante Pflegeeinrichtung Krankenhaus

Anzahl der versorgten Bewohner/Patienten _____

Anzahl der Mitarbeiter _____

Titel des Projekts _____

Geplante Projektzeit von _____ bis _____

Wurde bereits eine Förderung bei einer anderen Kranken- oder Pflegekasse oder einer anderen Institution beantragt?

- Nein Ja, und zwar _____

Für die Durchführung des Projekts liegen die notwendigen schriftlichen Entscheidungen der Leitung vor.

- Ja Nein

1. Antragsteller

Name der Einrichtung/des Betriebs _____

Gegebenenfalls Träger _____

Träger

- Freigemeinnützig Öffentlich Privat

Ansprechpartner _____ Bundesland _____

Anschrift (dienstlich) _____

Telefon (dienstlich) _____ E-Mail (dienstlich) _____

2. Zielgruppe/n (Mehrfachnennung möglich)

Mitarbeiter und/oder Bewohner/Patienten

Richtet sich Ihr Projekt an eine bestimmte Zielgruppe von Mitarbeitern oder Bewohnern/Patienten?

Speziell für stationäre, teilstationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen: Zur Zielgruppe gehören Bewohner mit folgendem/n Pflegegrad/en (bitte jeweils Anzahl nennen):

- Pflegegrad 1, Anzahl der Personen: _____ Pflegegrad 4, Anzahl der Personen: _____
 Pflegegrad 2, Anzahl der Personen: _____ Pflegegrad 5, Anzahl der Personen: _____
 Pflegegrad 3, Anzahl der Personen: _____

Wie ist die Zielgruppe in den Planungs- und Umsetzungsprozess eingebunden (Mehrfachnennung möglich)?

- (Schriftliche) Befragung Interviews (Team-)Sitzungen
 Verbesserungsvorschläge Andere _____

3. Mitglieder der Projektgruppe/des Steuerungsgremiums

Bitte geben Sie an, welche Personen an der Projektgruppe/dem Steuerungsgremium teilnehmen werden (zum Beispiel Träger, Leitung, Pflegedienstleitung, Verantwortliche für Qualitätsmanagement, Pflege- und Betreuungspersonal, Bewohner/Patienten, Therapeuten, Angehörige, Heimbeiräte, Kranken- oder Pflegekasse, in der hauswirtschaftlichen Versorgung Tätige, Sozialarbeiter und so weiter):

Vor- und Nachname	Ggf. Institution	Funktion im Projekt	Qualifikation

Sollte bereits ein externer Anbieter für das Projekt eingeplant sein, so geben Sie bitte dessen Kontaktdaten an:

4. Berater/Dienstleister

Die folgenden Berater/Dienstleister werden im Projekt eingesetzt (sofern diese bereits bekannt sind, gegebenenfalls mit Qualifikationsnachweisen gemäß „Leitfaden Prävention“):

Name/n des/r Berater(s)/Dienstleister(s)	Qualifikation

5. Beteiligte Akteure/Kooperationspartner

Folgende andere Akteure unterstützen das Projekt mit eigenen, nicht von der Kranken-/Pflegekasse finanzierten Ressourcen personell, finanziell oder sachlich (zum Beispiel Träger, öffentlicher Gesundheitsdienst, Ärzte, Heilmittelerbringer, Sportverein, Selbsthilfegruppen, soziale/karitative Einrichtungen, Unfall- und Rentenversicherung und wissenschaftliche Einrichtungen, Bund, Länder, Kommunen, gewerbliche Unternehmen und so weiter):

Kooperationspartner 1 _____

Kooperationspartner 2 _____

Kooperationspartner 3 _____

6. Bedarfsbeschreibung/Ausgangslage

Welche Notwendigkeit gibt es für die geplanten Maßnahmen (Hintergrund zum Projekt stichpunktartig eintragen)?

Was möchten Sie durch das Projekt erreichen (Ziele des Projekts stichpunktartig eintragen)?

Der Bedarf wurde ermittelt durch (Mehrfachnennung möglich):

- Begehung des Betriebs Befragung der Zielgruppe Expertenbefragung
- Auswertung statistischer Daten (zum Beispiel von Kranken-/Pflegekassen)
- Auswertung der lokalen/regionalen/Landes-, Gesundheits- und Sozialberichtserstattung, Heimaufsichten, wissenschaftliche Studien oder Ähnliches
- Andere _____

7. Themenschwerpunkte/Handlungsfelder (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität | <input type="checkbox"/> Ernährung (gemäß anerkannter Qualitätsstandards) |
| <input type="checkbox"/> Stärkung psychosozialer Gesundheit | <input type="checkbox"/> Förderung kognitiver Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Organisations- und Personalentwicklung | <input type="checkbox"/> Gewaltprävention |
| <input type="checkbox"/> Gesunde Führung | <input type="checkbox"/> Übergewichtsprävention |
| <input type="checkbox"/> Kommunikations- und Konfliktmanagement | <input type="checkbox"/> Sucht |

8. Projektidee

Bitte fügen Sie dem Antrag ein Konzept/eine Projektbeschreibung hinzu. Gerne können Sie dazu die von uns vorbereitete Vorlage (siehe Anhang) nutzen.

9. Finanzierung

Bitte fügen Sie dem Antrag einen Finanzplan hinzu. Gerne können Sie dazu die von uns vorbereitete Vorlage (siehe Anhang) nutzen.

10. Erfolgskontrolle

Die Erfolgskontrolle bezieht sich auf (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Umfeld/Strukturen | <input type="checkbox"/> Abläufe in der Arbeitsorganisation |
| <input type="checkbox"/> Verhalten | <input type="checkbox"/> Stärkung von Kompetenzen |
| <input type="checkbox"/> Inanspruchnahme/Akzeptanz bei der Zielgruppe | <input type="checkbox"/> Zufriedenheit mit der Intervention |
| <input type="checkbox"/> Bekanntheitsgrad der Intervention | <input type="checkbox"/> Kooperation/Netzwerkbildung |
| <input type="checkbox"/> Verstetigung/Weiterführung der erprobten Intervention | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Geplante Methoden (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feedback-Bögen | <input type="checkbox"/> (Schriftliche) Befragung | <input type="checkbox"/> Interviews |
| <input type="checkbox"/> Gruppendiskussion | <input type="checkbox"/> Teilnehmende Beobachtung | |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | | |

Wenn eine wissenschaftliche Evaluation geplant ist, fügen Sie dem Antrag den Evaluationsplan bei. Dieser sollte eine Beschreibung der Evaluationsmaßnahmen enthalten.

11. Dokumentation

Der Projektbericht wird bis _____ bei der TK eingereicht (spätestens drei Monate nach Projektabschluss).

12. Sicherung der Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeit wird mit folgenden Methoden gesichert (Mehrfachnennung möglich):

- Einbindung der Projektergebnisse in den Pflege- und Berufsalltag
- Verankerung des Ziels „Gesundheit“ in den Zielkatalog der Einrichtung/des Betriebs
- Eigenständige Weiterführung der Projektziele
- Aufbau von nachhaltigen Strukturen (Projektgruppe und Steuerungsgremium)
- Durchführung von Gesundheitszirkeln
- Ausbildung innerbetrieblicher Multiplikatoren
- Netzwerkarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen/Krankenhäusern
- Übertragung der Ergebnisse auf andere Pflegeeinrichtungen/Krankenhäuser
- Weitere Finanzierung nach Abschluss der Projektbeförderung sichergestellt
- Andere _____

13. Anlagen

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Anlagen bei:

- Konzept/Projektbeschreibung
- Finanzplan
- Kopie der Qualifizierungsnachweise der eingesetzten Referenten (falls bereits vorhanden)
- Beschluss der Leitung des Betriebs/der Einrichtung/des Trägers
- Evaluationsplan (wenn eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt wird)

Hinweis Als Anregung finden Sie im Anhang eine Musterprojektbeschreibung, an der Sie sich orientieren können. Darüber hinaus können Sie die zwei Vorlagen „Projektbeschreibung“ und „Finanzplan“ für Ihr Projekt nutzen.

Der Antragsteller bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Ihm ist bekannt, dass von den Kranken-/Pflegekassen keine Kosten für bereits bestehende/laufende Projekte und Maßnahmen übernommen werden. Der Antragsteller versichert, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt.

Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projekts geringer ausfallen als die erhaltene Förderung, so verpflichtet sich der Antragsteller, den überschüssigen Anteil der Fördersumme an die TK zurückzuerstatten.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden*

Stempel

Einwilligungserklärung Datenschutz Ich erkläre mich bis auf Widerruf mit einer Speicherung und Nutzung meiner Daten bei der TK einverstanden, um Informationen von der TK – bei Angabe der Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse auch telefonisch und/oder per E-Mail – und die Bewilligung oder Ablehnung meines Antrages per E-Mail zu erhalten. Ich kann meine erklärte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden*

Stempel

Bitte senden Sie Ihre gesamten Unterlagen per E-Mail an:
starkepflege@tk.de

*Bei stationären/ambulanten Einrichtungen: Einrichtungsleitung/Geschäftsführung

*Bei Krankenhäusern: Geschäftsführung/kaufmännische Direktion/Leitung Personalmanagement

Anhang Musterprojektbeschreibung

Projekttitle: „Gesund und fit alt werden in der Pflegeeinrichtung Mustermann“

Projektphase und Arbeitsschritte/ Meilensteine	Verantwortliche Person und Funktion	Datum Anfang (sofern bekannt)	Datum Ende (sofern bekannt)
<p>Ist-Situation und Bedarfsermittlung (sozioökonomische Situation, demografische Ausgangslage)</p> <p>Interview mit den Bewohnern und den Mitarbeitern</p> <p>Beobachtung des Bewegungsverhaltens der Bewohner und Pflege(fach)kräfte</p>	<p>Frau Schmidt, Dipl. Sport- und Bewegungswissenschaftlerin „Gesunde Pflegeeinrichtung“</p>	<p>14.01.2019</p>	<p>16.01.2019</p>
<p>Zielfindung Bildung eines Steuerungsgremiums</p> <p>Bildung einer Projektgruppe „Gesundheit“</p> <p>Diskussion in der Projektgruppe „Gesundheit“</p>	<p>Teilnehmer: Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Bewohner, Vertreter des Heimbeirats</p> <p>Teilnehmer: Projektleitung, Mitarbeiter, Angehörige, Vertreter der Bewohner, Frau Schmidt, Herr Frühauf (Träger)</p>	<p>21.01.2019</p>	<p>bis 21.01.2019</p> <p>04.02.2019</p>
<p>Ziele Bewegungsangebote der Pflegeeinrichtung Mustermann qualitativ verbessern und ausweiten (Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität)</p> <p>Bewohnern, Angehörigen, Pflegepersonal ein Grundverständnis von gesunder Bewegung im Alter vermitteln und sie zu mehr Bewegung motivieren</p> <p>Zusammenhalt im Team stärken (Fortbildung, gemeinsame Aktionen)</p>	<p>Projektleitung und Projektgruppe „Gesundheit“</p> <p>Projektleitung und Projektgruppe „Gesundheit“</p> <p>Projektleitung und Projektgruppe „Gesundheit“</p>	<p>14.01.2019</p>	

Projektphase und Arbeitsschritte/ Meilensteine	Verantwortliche Person und Funktion	Datum Anfang	Datum Ende
Projektplanung (geplante Maßnahmen) Erstellung eines Maßnahmenplans / Kooperationspartner gewinnen	Projektgruppe „Gesundheit“	04.02.2019	11.02.2019
Finanzplan erstellen / Antragstellung TK-Förderung (Meilenstein!)	Heimleitung, Projektleitung		bis 18.02.2019
	Projektleitung mit Unterstützung des AG- Mitgliedes Herrn Frühauf (Träger) und dem Netz- werk „Gesunde Pflege- einrichtung“	18.02.2019	25.02.2019
Projektdurchführung Bewegungsworkshop mit Übungen für den Alltag	Frau Schmidt, Dipl.-Sport- und Bewegungswissen- schaftlerin, Netzwerk „Gesunde Pflegeein- richtung“		soll fest im Wochenablauf eingerrichtet werden
Teamfortbildung: „Gesundheit der Pflegenden – Reflektion des eigenen Gesundheitsverhaltens“	Herr Lauf, Dipl.-Sport- Pädagoge, und Frau Sinn, Dipl.-Psych.	14.03.2019 17.03.2019 20.03.2019	je drei Termine, jeweils drei Stunden
Einführung kurzer Bewegungspausen	Frau Sportlich, Pflege- fachkraft mit Fortbildung im Bewegungsbereich	ab März 2019	soll fest eingerrichtet werden
Informationsworkshop mit den Angehörigen	Herr Lauf, Dipl.-Sport- pädagoge		20.04.2019
Abschlussphase Auswertung in der Projektgruppe „Gesundheit“ mit Kooperationspartnern (Meilenstein!)	Projektleitung Frau Schmidt, Netzwerk „Gesunde Pflegeeinrich- tung“		April 2019
Bewertung/Dokumentation Erstellung der Dokumentation	Bewohner, Frau Sport- lich, unterstützend ein MA-Netzwerk „Gesunde Pflegeeinrichtung“	28.04.2019	16.5.2019
Abrechnung	Herr Frühauf, Träger		Mai 2019

Vorlage: Projektbeschreibung

Projekttitel: _____

Projektphase und Arbeitsschritte/ Meilensteine	Verantwortliche Person und Funktion	Datum Anfang (sofern bekannt)	Datum Ende (sofern bekannt)
Ist-Situation und Bedarfsermittlung			
Zielfindung			
Ziele			

Projektphase und Arbeitsschritte/ Meilensteine	Verantwortliche Person und Funktion	Datum Anfang	Datum Ende
Projektplanung (geplante Maßnahmen)			
Projektdurchführung			
Abschlussphase			
Bewertung/Dokumentation			

Vorlage: Finanzplan

Übersicht über die Finanzierung Eigenmittel sind unter anderem personelle Ressourcen, Honorar- und Sachkosten, Raum- und Verpflegungskosten, Kosten für Verbrauchsmaterial. Bitte geben Sie in der Tabelle die Beträge **inklusive** Mehrwertsteuer an.

Modul/Maßnahme	Stunden	Stunden- satz	Beantragte TK-För- dersumme (inkl. Mehrwertsteuer)		Eigenanteil des Antragstellers	Sonstiger Kostenträger
			Honorar- kosten	Sach- kosten		
Förderbetrag gesamt (inkl. Mehrwertsteuer)						

Wir sind für Sie da

Unter der Telefonnummer **0800 - 285 85 85** erreichen Sie uns. Gerne können Sie uns auch eine E-Mail schreiben: **starkepflege@tk.de**

Besuchen Sie uns auch auf:

