

## Erläuterungen zum Antragsformular

im Projekt „Leben in Balance – die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen stärken“ im Rahmen von § 5 SGB XI

### 1. ALLGEMEINE ANGABEN

#### 1.1 Titel des Projektes

Der Projektname sollte die Projektidee prägnant und aussagekräftig beschreiben. Nach Möglichkeit sollte der Titel kurz und ohne weitere Zusätze die Idee auf den Punkt bringen.

#### 1.2 Laufzeit des Projektes

Bitte geben Sie hier an, wann Ihr Projekt voraussichtlich starten und enden soll. Aufgrund der Bearbeitungszeit bitten wir Sie von der Antragsstellung bis Projektbeginn mindestens 8 Wochen einzuplanen und das auch in der Datierung zu berücksichtigen. Außerdem ist anzukreuzen, ob das Projekt bereits bei einer anderen Pflegekasse bzw. einer anderen fördernden Institution eingereicht wurde. Ist das bereits geschehen, ist dies kein Ausschlussgrund.

#### 1.3 Antragsteller\*in und durchführende Einrichtung

##### Option A

Wenn die Antragsstellung von der Einrichtung, in der das Projekt stattfinden soll, durchgeführt wird, werden in beiden Rubriken die gleichen Angaben gemacht.

#### 1.3 Antragsteller\*in und Projekt in der Einrichtung

Einrichtung / Träger: Seniorenglück Niedersachsen e. V.

Ansprechpartner\*in: Frau/Herr Muster

Anschrift: Musterstraße 15, 30115 Musterfeld

Telefon: 06341 - 55723

E-Mail: m.muster@verein-seniorenglueck.de

#### Das Projekt wird in folgender Einrichtung durchgeführt

(optional, siehe Erläuterungen zum Antrag, Punkt 1)

Einrichtung / Träger: Seniorenglück Niedersachsen e. V.

Ansprechpartner\*in: Frau/Herr Muster

Anschrift: Musterstraße 15, 30115 Musterfeld

Telefon: 06341 - 55723

E-Mail: m.muster@verein-seniorenglueck.de

**Antragsteller\*in und Einrichtung sind identisch**

## **Option B**

Wenn die Antragstellung bei der Trägerorganisation erfolgt und das Projekt in einer Einrichtung stattfindet, dann wird der erste und zweite Teil ausgefüllt. Sollte ein Projekt in Kooperation mit einer weiteren stationären oder teilstationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden, nehmen Sie die Kontaktdaten der zweiten Einrichtung bitte auch auf.

### **1.3 Antragssteller\*in und Projekt in der Einrichtung**

Einrichtung / Träger: Seniorenglück Niedersachsen e. V.

Ansprechpartner\*in: Frau/Herr Muster

Anschrift: Musterstraße 15, 30115 Musterfeld

Telefon: 06341 - 55723

E-Mail: m.muster@verein-seniorenglueck.de

### **Das Projekt wird in folgender Einrichtung durchgeführt**

(optional, siehe Erläuterungen zum Antrag, Punkt 1)

Einrichtung / Träger: Seniorenglück Musterhausen

Ansprechpartner\*in: Frau/Herr Muster

Anschrift: Musterstraße 2, 30115 Musterfeld

Telefon: 06342 - 2246

E-Mail: m.mustermann@seniorenglueck.de

**Antragsteller\*in und Einrichtung sind unterschiedlich**

## **2. THEMENSCHWERPUNKTE DES PROJEKTES**

Hier wählen Sie mindestens einen treffenden Themenschwerpunkt für Ihr Projekt aus.

Beispiel:

### **2. THEMENSCHWERPUNKTE DES PROJEKTES**

(gemäß [Leitfaden](#) GKV Spitzenverband § 5 SGB XI)

- Ernährung** (Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen)
- Körperliche Aktivität** (Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen)
- Stärkung kognitiver Ressourcen** (Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen)
- Psychoziale Gesundheit** (Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz)
- Prävention von Gewalt** (Vermeidung von Gewalt und deren gesundheitlichen Folgen)
- Andere Präventionsschwerpunkte:

### 3. AUSGANGSSITUATION FÜR DAS PROJEKT

Hier schildern Sie kurz und präzise die Ausgangssituation ihrer Einrichtung sowie die Problemlage bzw. die Herausforderungen, die Sie mithilfe des Projektes bearbeiten wollen.

Im Vordergrund steht die Frage: **Wie ist die Ausgangslage in Ihrer Einrichtung?**

Folgende Punkte sollten Sie dazu beantworten:

- Geben Sie bitte einen kurzen Einblick in Ihre Einrichtungsstruktur: Anzahl der Bewohner\*innen, Struktur der Bewohnerschaft (z. B. hohe Anzahl an Pflegebedürftigen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen)
- Was machen Sie in dem Bereich vielleicht schon?
- Welche weiteren Bedarfe bestehen?
- Wo sehen Sie Handlungsbedarfe?

Bitte machen Sie bei der Ausgangssituation auch die Meinung der Pflegebedürftigen deutlich. Gibt es Umfragen, Beobachtungen, Äußerungen die aufzeigen, was sich diese wünschen oder brauchen!

Der Einbezug und die Beteiligung der Pflegebedürftigen (Partizipation) ist die Voraussetzung für das Gelingen und die Förderung ihres Projektes! Richten Sie deshalb von Beginn an ein Steuerungsgremium (siehe Punkt 9a) ein, das das Projekt begleitet!

### 4. ZIELGRUPPE

Hier erläutern Sie, welche Personen mit Ihrem Projekt erreicht werden sollen. Im Fokus stehen immer Pflegebedürftige teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen.

- An welche Gruppe richtet sich das Projekt?  
(z. B. Männer, dementiell erkrankte Menschen, stark immobilität Menschen usw.)

### 5. PROJEKTZIELE

Mit der Zielbeschreibung soll deutlich werden, was Sie konkret mit dem Projekt erreichen wollen und was die zentralen Anliegen sind. Benennen Sie die konkreten Ziele, die durch das Projekt erreicht werden sollen.

## 6. MAßNAHMENBESCHREIBUNG

Bitte beschreiben Sie die geplanten Maßnahmen, die für die Umsetzung Ihres Konzeptes erforderlich sind. Orientieren Sie sich dabei bitte unbedingt an den vorher definierten Zielen und den Wünschen und Bedarfen der Pflegebedürftigen. Außenstehende Personen sollten sich einen guten Eindruck von Ihrem Vorhaben verschaffen können.

Folgende Fragen sollten Sie sich stellen:

1. Um welche Maßnahme(n) handelt es sich?
2. Wie werden die Pflegebedürftigen bei der Entwicklung und Durchführung der Maßnahmen einbezogen?
3. Welche Aufgabe hat das Steuerungsgremium bei der Umsetzung des Projektes?
4. Wer kann bei den Maßnahmen über die Pflegebedürftigen hinaus einbezogen und mitgedacht werden? (Angehörige, Ehrenamtliche, andere Berufsgruppen, Kindergärten, Schulen ...)
5. Welche Umsetzungsschritte planen Sie genau?
6. Wann findet die Maßnahme statt?
7. Wo findet die Maßnahme statt?
8. Wie lange dauert die Maßnahme?
9. Wer führt die Maßnahme durch? (Nennen Sie bitte die Qualifikation/en dieser Person/en)

## 7. EVALUATION

Durch die Evaluation soll geprüft werden, ob die gesteckten Ziele erreicht wurden und welche Auswirkungen die Maßnahmen haben.

Informationen zu der Evaluation von Projekten finden Sie unter: [www.tinyurl.com/leben-in-balance-1](http://www.tinyurl.com/leben-in-balance-1)

## 8. NACHHALTIGKEIT

Bitte denken Sie von Anfang an die Nachhaltigkeit bei der Konzeption ihres Projektes mit. Hier stellt sich die Frage, wie Ihr Projekt dauerhaft Eingang in den Alltag der Pflegeeinrichtung finden kann und somit langfristig etabliert wird. Welche der im Antrag aufgeführten Kriterien für Nachhaltigkeit treffen zu? Mehrfachnennungen sind möglich. Gerne können Sie auch andere Vorgehensweisen zur Schaffung von Nachhaltigkeit anwenden und in der letzten Antwortkategorie beschreiben.

## 9. STEUERUNGSGREMIUM

Bitte führen Sie alle Akteur\*innen (nur Funktion bzw. Personengruppe, keine Namen) auf, die bei der Planung und Umsetzung der Maßnahme(n) beteiligt sind.

- zu **a)** Steuerungsgremium: Das Steuerungsgremium ist ein Zusammenschluss verschiedener Personen, die für die Planung und Steuerung des Projektes verantwortlich sind. Erforderlich ist die Beteiligung der Einrichtungsleitung und der Pflegebedürftigen (oder Vertretung dieser durch Angehörige oder einen Heimbeirat). Aber auch Mitarbeiter\*innen z. B. aus der Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft können themenspezifisch eingebunden werden.
- zu **b)** externe/beauftragte Akteur\*innen: z. B. Berater\*innen, Referent\*innen
- zu **c)** weitere einbezogene Akteur\*innen: z. B. Institutionen wie Schulen und Kitas oder Betriebe.

## 10. FINANZIERUNG

Es ist erforderlich, dass Sie eine Übersicht (Kostenplan) der einzelnen Positionen mit einreichen, der alle Maßnahmen, die Sie im Antrag beschreiben und gefördert haben möchten, mit Kosten belegt. Bitte prüfen Sie die 22 Zeichen der angegebenen IBAN.

Der Mittelverwendungsnachweis ist nach Beendigung des Projektes bei der fördernden Pflegekasse einzureichen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an: [leben-in-balance@gesundheit-nds.de](mailto:leben-in-balance@gesundheit-nds.de)