



**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



# Antrag zur Förderung von Projekten „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ nach § 5 SGB XI

(Informationen zur Antragstellung finden Sie in den Erläuterungen)

## 1. RAHMENDATEN ZUM PROJEKT

### 1.1 Titel des Projektes

.....

### 1.2 Laufzeit des Projektes

Projektbeginn: ..... Projektdauer: .....

Wurde der Projektantrag bei weiteren Stellen / Pflegekassen eingereicht?

Nein  Ja, bei .....

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

Einrichtung / Träger: .....

Ansprechpartner\*in: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

### Das Projekt wird in folgender Einrichtung durchgeführt

(optional, siehe Erläuterungen zum Antrag, Punkt 1)

Einrichtung / Träger: .....

Ansprechpartner\*in: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

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



## 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)
- Psychosoziale 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

**Warum ist die Durchführung der geplanten Maßnahmen notwendig?**

**Welche Informationen / Daten liegen vor, die diesen Bedarf deutlich machen?**

(ggf. als Anlage beifügen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



#### **4. ZIELGRUPPE**

**Bitte definieren Sie die Zielgruppe(n) Ihres Projektes:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **5. PROJEKTZIELE**

**Welche/s Ziel/e verfolgt das Projekt?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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



## 8. NACHHALTIGKEIT

Bei der Nachhaltigkeit geht es darum, wie Sie ihr Projekt dauerhaft etablieren. Optimal wäre es, wenn das Projekt dauerhaft in den Alltag integriert werden kann.

Welche Kriterien für Nachhaltigkeit im Projekt treffen zu? Mehrfachnennung möglich.

- Einbeziehung des Heimbeirates, Heimförsprechers oder der Angehörigenvertretung (Partizipation)
- Andere Maßnahmen zur Einbeziehung der Bewohner\*innen
- Verankerung im Qualitätsmanagement / -handbuch der Einrichtung
- Verankerung im Leitbild der Einrichtung
- Mitarbeit in regionalen Bündnissen / regionalen Arbeitskreisen
- Vertretungsregelungen bei den etablierten Maßnahmen
- Weitere Nachhaltigkeitskriterien:

.....

.....

## 9. BETEILIGTE AKTEURE

**a. Bitte geben Sie an, wie sich das Steuerungsgremium zusammensetzt (Name, Vorname und Aufgabe).** (Siehe Erläuterungen Punkt 9)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



**b. Werden externe Fachkräfte mit der Durchführung von Maßnahmen beauftragt?**

**Wenn ja, wer (Institution, Name, Qualifikation, Aufgabe)?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**c. Werden außer den oben genannten noch weitere Akteure in das Projekt mit einbezogen?**

**Wenn ja, wer (Institution, Name, Aufgabe)?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**SVLFG**  
Landwirtschaftliche  
Krankenkasse



## 10. FINANZIERUNG

### Übersicht / Darstellung der einzelnen Positionen (Angabe in Euro)

Gesamtkosten des beantragten Projektes: .....

Höhe des finanziellen Eigenanteils: .....

Beantragte Mittel bei anderen Organisationen: .....

**Wir beantragen hiermit eine Förderung bei der Pflegekasse bei der AOK Niedersachsen in Höhe von:**

### Bankverbindung

Kontoinhaber: .....

Kreditinstitut: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Bei der Förderung nach § 5 SGB XI handelt es sich um eine sogenannte Ermessensleistung der Pflegekassen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Die Pflegekasse bei der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen behält sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projektes vor Ort zu prüfen.

Der/Die Antragsteller\*in versichert mit zwei Unterschriften von Unterschriftsberechtigten, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt.

Die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel nach § 5 SGB XI muss nach Abschluss des Projektes durch einen entsprechenden **Mittelverwendungsnachweis** belegt werden. Bei nicht erbrachten Nachweisen oder vorsätzlich falschen Angaben ist die Pflegekasse bei der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projektes geringer ausfallen als die erhaltenen Fördersummen, verpflichtet sich der Antragstellende, den entsprechenden Anteil der Fördersumme an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

Der/Die Antragsteller\*in willigt ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke genutzt und gespeichert werden dürfen:

- Bewertung der Förderfähigkeit nach § 5 SGB XI,
- Personenbezogene Daten und Bankverbindungen zur Sicherstellung des Verwaltungsvorganges,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der AOKN.

.....  
Ort Datum Unterschrift des Projektverantwortlichen

.....  
Unterschrift weiterer Ansprechpartner\*in

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



## NACHWEIS ÜBER DIE MITTELV ERWENDUNG

### Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung:

.....

.....

.....

Ansprechpartner\*in bei Rückfragen: .....

Telefon: .....

Bewilligungsschreiben vom: ..... Betrag: .....

Verwendungszweck: .....

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Präventionsaufgaben entsprechend dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes nach § 5 SGB XI verwendet.

### Bitte folgende Unterlagen als Anlagen beifügen:

- eine Projektfinanzierungsaufstellung nach Projektabschluss als Einnahmen- und Ausgabenliste,
- einen Projekt- bzw. Tätigkeitsbericht.

### Zurück an:

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift 1. Ansprechpartner*in

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift 2. Ansprechpartner*in

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