

**Interessenbekundungsformular für Projektträger  
– Modellprogramm nach § 125 SGB XI: Projekttyp A –**

**Projektleitung bzw. Konsortialführung<sup>1</sup>**

Institution

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort/ Bundesland

Vertreten durch Geschäftsführer(in)/ Vorsitzende(n)

Rechtsform

E-Mail

Telefon/ Telefax

Verantwortliche(r) für die Projektleitung

E-Mail

Telefon/ Telefax

Ansprechperson für administrative Fragen während der Projektlaufzeit

E-Mail

Telefon/ Telefax

**Konsortialpartner<sup>2</sup>**

Institution

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort/ Bundesland

Verantwortliche(r) für die Projektleitung

E-Mail

Telefon/ Telefax

Ansprechperson für administrative Fragen während der Projektlaufzeit

<sup>1</sup> Die Projektleitung bzw. Konsortialführung übernimmt die Koordination des Projektes und reicht den Antrag (für das Konsortium) beim GKV-Spitzenverband ein. Sie übernimmt für das Projekt alle Rechte und Pflichten gegenüber dem Förderer. Dazu gehören die Anforderung der benötigten Mittel sowie die Erfüllung der Berichtspflichten für das (Konsortial)Projekt.

<sup>2</sup> Konsortialpartner beantragen gemeinsam das Projekt. Jeder Konsortialpartner ist für einen Teil des Projekts als abgegrenztes Arbeitspaket selbständig verantwortlich und beantragt dafür Fördermittel.



---

E-Mail Telefon/ Telefax

---

Ggf. 2. Institution

---

Straße/ Hausnummer PLZ/ Ort/ Bundesland

---

Verantwortliche(r) für die Projektleitung

---

E-Mail Telefon/ Telefax

---

Ansprechperson für administrative Fragen während der Projektlaufzeit

---

E-Mail Telefon/ Telefax

---

Ggf. 3. Institution

---

Straße/ Hausnummer PLZ/ Ort/ Bundesland

---

Verantwortliche(r) für die Projektleitung

---

E-Mail Telefon/ Telefax

---

Ansprechperson für administrative Fragen während der Projektlaufzeit

---

E-Mail Telefon/ Telefax

Angaben zu ggf. weiteren Konsortialpartnern (ggf. als Anlage einzureichen):



## Beschreibung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

Modellstandort: PLZ/ Ort/ Bundesland

Modellregion: Großstadt/ Kleinstadt/ Landkreis/ ländliche Region/ Dorf

Träger

Rechtsform (freigemeinnützig/ kommunal/ privatgewerblich)

Leistungsrechtliche Einordnung (ambulant/ stationär/ Mischform)

Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Funktion (Leitung/ Pflegekräfte/ Betreuungskräfte/sonstige)

Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad

Ggf. 2. Pflegeeinrichtung

Modellstandort: PLZ/ Ort/ Bundesland

Modellregion: Großstadt/ Kleinstadt/ Landkreis/ ländliche Region/ Dorf

Träger

Rechtsform (freigemeinnützig/ kommunal/ privatgewerblich)

Leistungsrechtliche Einordnung (ambulant/ stationär/ Mischform)

Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Funktion (Leitung/ Pflegekräfte/ Betreuungskräfte/sonstige)

Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad

Ggf. 3. Pflegeeinrichtung

Modellstandort: PLZ/ Ort/ Bundesland

Modellregion: Großstadt/ Kleinstadt/ Landkreis/ ländliche Region/ Dorf

Träger

Rechtsform (freigemeinnützig/ kommunal/ privatgewerblich)

Leistungsrechtliche Einordnung (ambulant/ stationär/ Mischform)

Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Funktion (Leitung/ Pflegekräfte/ Betreuungskräfte/sonstige)



---

Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad

Weitere teilnehmende Pflegeeinrichtungen (ggf. als Anlage einzureichen):

---

Beschreiben sie kurz die technische Ausstattung in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (z. B. Software für Verwaltung/ Abrechnung/ Organisation der Pflege, mobile Endgeräte zur internen Kommunikation, digitale Anwendungen zum Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern, Assistenztechnologien für die pflegerische Versorgung):

1. Pflegeeinrichtung:

ggf. 2. Pflegeeinrichtung:

ggf. 3. Pflegeeinrichtung:

ggf. weitere Pflegeeinrichtungen (ggf. als Anlage einzureichen):

Welche Pflegedokumentationssysteme werden derzeit in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen genutzt?

1. Pflegeeinrichtung:

ggf. 2. Pflegeeinrichtung:

ggf. 3. Pflegeeinrichtung:

ggf. weitere Pflegeeinrichtungen (ggf. als Anlage einzureichen):

Beschreiben Sie kurz die Art und den Umfang bestehender sektorenübergreifender Kommunikation in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (Mit wem? Wie häufig? Welche Informationen werden ausgetauscht?).

1. Pflegeeinrichtung:

ggf. 2. Pflegeeinrichtung:

ggf. 3. Pflegeeinrichtung:



ggf. weitere Pflegeeinrichtungen (ggf. als Anlage einzureichen):

### Angaben zu den geplanten förderungsfähigen Maßnahmen

Hier sind ausschließlich die Maßnahmen stichpunktartig anzugeben, die über das Modellprogramm gefördert werden sollen:

### Kostenplanung

Hier ist die Höhe der geplanten Gesamtkosten für die Förderung einzugeben:

### Anlagen

Durch den Projektträger ist ein Kostenplan (Personalkosten, Sachkosten etc.) einzureichen.  
Folgende Anlagen werden insgesamt eingereicht:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

