

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

Projektleitung bzw. Konsortialführung¹

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

Angaben zu Referenzprojekten, Erfahrungen und Kompetenzen (ggf. als Anlage einzureichen):

Konsortialpartner²

Institution

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort/ Bundesland

Verantwortliche(r) für die Projektleitung

E-Mail

Telefon/ Telefax

¹ 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.

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



Ansprechperson für administrative Fragen während der Projektlaufzeit

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 Referenzprojekten mit thematischem Bezug, Erfahrungen und Kompetenzen der Konsortialpartner sowie ggf. weiteren Konsortialpartnern (ggf. als Anlage einzureichen):



Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern³

_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	
_____	Ja	Nein
Institution	Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung vorhanden	

Angaben zum geplanten Projekt

Titel und ggf. Akronym

Geplante Laufzeit des Projektes

Modellstandort: PLZ/ Ort/ Bundesland

³ Kooperationspartner sind zusätzliche Projektpartner in der Regel ohne Förderung. Sie unterstützen das Projekt inhaltlich und/ oder finanziell. Von jedem Kooperationspartner ist eine rechtsverbindlich unterschriebene Absichtserklärung zur Zusammenarbeit vorzulegen, aus der die Art und der Umfang der Projektbeteiligung hervorgehen.



Zusammenfassung des Projektvorhabens (Bitte kurz und prägnant Ziele, Vorgehen und erwartete Ergebnisse zusammenfassen, 6.025 Zeichen inkl. Leerzeichen):



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):

Inhaltliche Anforderungen hinsichtlich des Integrationskonzeptes

Kriterien (K1–K7): Bitte stichpunktartig ausfüllen

(K1) Berücksichtigung der Kommunikationsstrukturen der Leistungserbringer:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?

(K2) Effekte auf Arbeits- und Organisationsprozesse:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?



(K3) Gewährleistung der Datensicherheit in der Kommunikation der Leistungserbringer:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?

(K4) Praktikabilität der TI Integration:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?

(K5) Interoperabilität, Übertragbarkeit:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?



Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?

(K6) Anforderungen an Personal und Organisation:

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?

(K7) Patientensicherheit

Welche konkreten Ziele werden verfolgt?

Welche konkreten Maßnahmen sind zur Zielerreichung geplant?



Rahmenbedingungen der Förderung

Wurde das Projektvorhaben bereits von anderen Institutionen gefördert? Wenn ja, wann und von welchen? Gab es Vorläuferprojekte? Wenn ja, in welchem Zeitraum und von wem gefördert?

Wurde das Projektvorhaben schon einmal bei einer anderen Institution eingereicht? Wenn ja, bei welcher und wann?

Sind bei einer anderen Institution Fördermittel im Zusammenhang mit diesem Projektvorhaben beantragt? Wenn ja, bei welcher bzw. welchen?

Liegt eine (geplante) Kofinanzierung von Dritten vor, wenn ja, von wem und in welchem Umfang?

Werden Eigenmittel durch den Projektträger eingebracht? Wenn ja, in welcher Höhe?

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

