Antrag für eine gemeinsame Förderung

von Projekten im Rahmen der

Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern (LRV)

\*von Geschäftsstelle LRV auszufüllen

Projektnummer\*:

# Allgemeines:

**Hinweis:** Förderanträge für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung können von Verantwortlichen in Lebenswelten gestellt werden (z. B. Kommunen, (Stadt-)Teile einer Kommune, Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeeinrichtungen).

In nicht-betrieblichen Settings sollen Maßnahmen laut Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern (LRV) auf die Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit abzielen und dementsprechend sozial benachteiligte und/oder vulnerable Zielgruppen adressieren.

## Titel des Projekts:

|  |
| --- |
|  |

## Kurzbeschreibung des Projekts

**Hinweis:** Um einen Gesamtüberblick über das geplante Vorhaben zu erhalten, stellen Sie bitte in wenigen Sätzen dar, welches Gesamtziel das Vorhaben verfolgt, wie dieses erreicht (Umsetzung inkl. zeitlicher Ablauf) und welche Zielgruppe/n angesprochen werden soll/en.

|  |
| --- |
|  |

## Antragsteller/in:

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Träger: |  |
|  |  |
| Anschrift: |  |
|  |  |
| Hauptverantwortlicher: |  |
|  |  |
| Abteilung: |  |
|  |  |
| Ansprechpartner/in für das |  |
| Projekt mit Funktion: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |
| **optional:** |  |
| Weitere/r Ansprechpartner/in: |  |
|  |  |
| Institution: |  |
|  |  |
| Anschrift: |  |
|  |  |
| Funktion weitere/r |  |
| Ansprechpartner/in: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |

## Lebenswelt – in welchem Setting soll Ihr Projekt umgesetzt werden?

**Hinweis:** Die Förderung von Projekten in nicht-betrieblichen Settings erfordert eine Umsetzung mit besonderem Bezug zu sozial benachteiligten Menschen bzw. zu vulnerablen Zielgruppen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kommune | | | (Stadt-)Teil der Kommune |
|  | | |  |
| Kindertagesstätte | | | Schule |
|  | | |  |
| Pflegeeinrichtung | | | Betrieb/Arbeitswelt |
|  | | |  |
| Sonstige Lebenswelt: |  | | |
|  | | |  |
| Lebenswelten übergreifendes Projekt: | |  | |
|  | |  | |

## Laufzeit des Projekts

|  |  |
| --- | --- |
| Datum des Projektbeginns: | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |
| Datum des Projektendes: | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |
| Projektlaufzeit in Monaten: | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |

## Wurde der Projektantrag bei weiteren Stellen eingereicht?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nein |  | |
|  | |  |
| Ja, bei: |  | |

## Wie ist die regionale Reichweite Ihres Projekts?

|  |
| --- |
| Bayernweit |

**oder**

|  |
| --- |
| Einzelne Einrichtungen/Städte/Gemeinden/Landkreise in: |

Oberbayern  Niederbayern  Schwaben

Oberfranken  Mittelfranken  Unterfranken

Oberpfalz

## Das Projekt wird in folgender Einrichtung durchgeführt:

**Hinweis:** Falls Ihr Projekt in mehreren Einrichtungen durchgeführt werden soll, nennen Sie bitte einen Hauptsitz.

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Träger: |  |
|  |  |
| Anschrift: |  |
|  |  |
| Ansprechpartner/in: |  |
|  |  |
| Abteilung: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |

## Das Projekt wurde in folgender Sitzung (z. B. Vorstands-, Team-, Stadtratssitzung) beschlossen:

**Hinweis:** Bitte fügen Sie den Beschluss als Anlage bei.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum der Sitzung: | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |
| Gremium: |  |

# Projektbegründung

**Hinweis:** Bitte legen Sie allgemein dar, warum Sie mit Ihrem Projekt tätig werden wollen und geben Sie neben der Datenlage auch die Datenquelle/n an (z. B. regionale/kommunale Gesundheitsbericht-erstattung). Ebenso können Ergebnisse aus eigenen Bedarfsermittlungen innerhalb der adressierten Lebenswelt herangezogen werden. Eine konkrete Bedarfserhebung in Ihrem Setting kann als Teil des Projekts beantragt werden.

## Welchen Bedarf gibt es, um die geplante(n) Maßnahme(n) durchzuführen und welche Daten liegen vor, die diesen Bedarf begründen?

|  |
| --- |
|  |

# Projektziele

**Hinweis:** Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Projekten ist die konkrete, realistische und überprüfbare Definition der Ziele. Zur Darstellung Ihrer Projektziele können Sie Formulierungshilfen wie die SMART-Kriterien heranziehen.

## Welches übergeordnete Ziel/welche übergeordneten Ziele verfolgen Sie mit dem Projekt?

|  |
| --- |
|  |

## Welche Teilziele verfolgen Sie mit Ihrem Projekt?

|  |
| --- |
|  |

## Welche Zielgruppe(n) adressieren Sie mit Ihrem Projekt?

**Hinweis:** Laut Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern (LRV) sollen Maßnahmen in nicht-betrieblichen Settings auf die Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit abzielen und dementsprechend sozial benachteiligte und/oder vulnerable Zielgruppen adressieren.

Menschen in besonderen sozialen Situationen (z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Welche? |  |

Menschen mit belastendem Migrationshintergrund

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Welche? |  |

Andere Zielgruppen (z. B. Pflegebedürftige)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Welche? |  |

**und/oder:**

Mitarbeitende der einbezogenen Lebenswelt

**und/oder:**

Geschlechtsspezifische Gruppen:

männlich  weiblich  divers

**und/oder:**

aus der/den folgenden Altersgruppe/n:

Kinder (0 – 12 Jahre)  Jugendliche (13 – 17 Jahre)

Erwachsene (18 – 64 Jahre)  Ältere (65 – 74 Jahre)

Hochbetagte (≥ 75 Jahre)  Alle Altersgruppen

## Wie viele Personen werden mit Ihrem Projekt voraussichtlich erreicht?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personen |

# Projektumsetzung

**Hinweis:** Die Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Settings ist ein Prozess, der sich in die Phasen der Vorbereitung, Bedarfsanalyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation gliedert. Dabei sollte das Vorgehen an die Gegebenheiten der Lebenswelt und an die Besonderheiten der dort lebenden Zielgruppe angepasst sein.

## Bitte stellen Sie die inhaltliche und zeitliche Gestaltung Ihres Projekts anhand der Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses dar.

**Hinweis:** Neben der allgemeinen inhaltlichen und zeitlichen Gestaltung trägt das Festlegen von Meilensteinen zur Projektplanung bei. Es soll verdeutlicht werden, bis wann welche Meilensteine umgesetzt werden sollen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vorgehen** | **Zeitraum** |
| **Vorbereitung**  z. B. Konstituierung der Pro-jektsteuerungsgruppe, Suche nach Zielgruppenvertrete-rinnen/-vertretern, die bereit sind, im Projekt mitzuarbeiten |  |  |
| **Bedarfsanalyse**  **vor Ort**  z. B. Befragung von Fach-kräften, Befragung von Zielgruppenangehörigen |  |  |
| **Maßnahmen-**  **planung**  z. B. Anzahl und Inhalte von Planungssitzungen, (gewünschter) Teilnehmer-kreis, Aufgabenverteilung, erwartete Ergebnisse |  |  |
| **Umsetzung**  z. B. wie genau erfolgt die Umsetzung, Form der Umsetzung, wer genau ist an der Umsetzung beteiligt, in welchen Settings erfolgt die Umsetzung |  |  |
| **Evaluation**  Hinweis: Kurzinhalt – eine detaillierte Beschreibung der Evaluation wird unter Punkt 7 erfragt |  |  |

## Wie ist das Umfeld, in dem das Projekt umgesetzt werden soll?

**Hinweis:** Leitfragen sind z. B.: Wie viele Einwohner/innen hat die Kommune bzw. wie viele Personen gibt es in der Institution, in der das Projekt umgesetzt werden soll? Welche Altersstruktur liegt vor?   
Wie hoch ist z. B. der Anteil an Personen mit belastendem Migrationshintergrund und/oder der Anteil Alleinerziehender in der Kommune oder der Lebenswelt? Wie ist die wirtschaftliche Lage (z. B. Arbeits-losenquote, Zahl der Sozialhilfeempfänger/innen)? Inwiefern besteht in dem Umfeld eine gesund-heitliche Chancenungleichheit?

|  |
| --- |
|  |

## Wie werden in Ihrem Projekt die Grundsätze der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz umgesetzt?

**Hinweis:** Die Grundsätze der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz beinhalten zum Beispiel die Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, eine Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe/n (Diversität), die Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) und die Stärkung persönlicher Handlungsfähigkeit (Empowerment).

|  |
| --- |
|  |

## Sind bei der Durchführung Ihres Projekts Schwierigkeiten oder Widerstände zu erwarten? Welche Gegenmaßnahmen könnten ergriffen werden?

|  |
| --- |
|  |

# Projektorganisation

**Hinweis:** Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz müssen durch qualifizierte Fachkräfte mit Bezug zur Prävention und/oder Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Bitte dokumentieren Sie daher alle einbezogenen Akteurinnen/Akteure inkl. Qualifikation/en (z. B. Beruf, Studienabschluss, Weiter-bildung).

Für Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (z. B. für Kursangebote) gelten die Anforderungen entsprechend Kapitel 5 des [Leitfadens Prävention](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Pravention_2020_barrierefrei.pdf).

## Wie setzt sich Ihre Projektsteuerungsgruppe zusammen? Welche Qualifikationen haben die eingebundenen Personen und wie ist die Aufgabenverteilung?

**Hinweis:** Zur Koordinierung des Gesamtprozesses Ihres Projekts ist eine entscheidungskompetente, ggf. einrichtungsübergreifende Projektsteuerungsgruppe einzurichten. Bitte benennen Sie, welche Personen der antragstellenden Einrichtung sowie externer Institutionen Ihre Projektsteuerungsgruppe bilden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vor- und Nachname** | **Einrichtung/Institution** | **Qualifikation(en)** | **Aufgabe(n) im Projekt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Werden außer den oben genannten noch weitere Mitarbeitende der antragstellenden Einrichtung in das Projekt mit einbezogen? Wenn ja, wer und mit welchen Aufgaben?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vor- und Nachname** | **Einrichtung/Institution** | **Qualifikation(en)** | **Aufgabe(n) im Projekt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Werden externe Fachkräfte mit der Durchführung des Vorhabens oder einzelner Maßnahmen beauftragt? Wenn ja, wer und mit welchen Aufgaben?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vor- und Nachname** | **Einrichtung/Institution** | **Qualifikation(en)** | **Aufgabe(n) im Projekt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Werden weitere Kooperationspartner/innen in das Projekt einbezogen? Wenn ja, wer und mit welchen Aufgaben?

**Hinweis:** Bitte dokumentieren Sie, inwiefern vorhandene Strukturen, Netzwerke sowie Akteurinnen und Akteure in der Lebenswelt ermittelt und ggf. als Kooperationspartner/innen in Ihre Projektplanung eingebunden werden können.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vor- und Nachname** | **Einrichtung/Institution** | **Qualifikation(en)** | **Aufgabe(n) im Projekt** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Nachhaltigkeit

**Hinweis:** Die Förderung nach LRV ist zeitlich befristet.

## Mit welchen Maßnahmen stellen Sie die strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit Ihres Projekts auch nach der Förderung sicher?

**Hinweis:** Leitfragen sind beispielsweise: Wer koordiniert die Angebote nach der Förderung? Wie soll die Koordinierung der Angebote nach Projektende finanziert werden? Wie kann/können die Zielgruppe/n weiterhin an der Aufrechterhaltung der Angebote beteiligt werden? Wie kann die dauerhafte Erreichung der Zielgruppe/n sichergestellt werden?

|  |
| --- |
|  |

# Evaluation

**Hinweis:** Die Evaluation Ihres Projekts sollte eine fortlaufende Dokumentation und Reflexion der Maßnahme/n umfassen. Es gibt verschiedene Qualitätsdimensionen (z. B. Prozessqualität, Ergebnis-qualität), anhand derer die Wirkung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung überprüft werden können.

## Wer wird die Evaluation durchführen?

Selbständige Evaluation durch das Projektteam

Fremdevaluation durch eine Hochschule/Universität

## Prozessqualität – Welche/n Aspekt/e der Prozessqualität werden Sie evaluieren?

**Hinweis:** Die Evaluation der Prozessqualität gibt Aufschluss über die Qualität der **Umsetzung** des Projekts.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zielgruppenerreichung | | Akzeptanz durch die Zielgruppe(n) |
|  | |  |
| Beteiligung der Zielgruppe | | Partnerschaftliche Zusammenarbeit |
|  | |  |
| Sonstiges: |  | |

## Prozessqualität – Mit welchen Maßnahmen evaluieren Sie die Prozessqualität?

**Hinweis:** Bitte gehen Sie bei Ihren Ausführungen auch darauf ein, welche (standardisierten) Evaluationsinstrumente (z. B. Befragungen, Einschätzung durch Projektmitarbeitende, Projektdoku-mentation) Sie nutzen werden.

|  |
| --- |
|  |

## Ergebnisqualität – Wie planen Sie, den Erfolg Ihres Projekts (Zielerreichung) zum Projektende zu erkennen und nachzuweisen?

**Hinweis:** Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Frage, ob das Projekt die geplante/n **Wirkung/en** erzielen konnte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ziel\* (siehe 3.1 und 3.2) | Indikator\*\* | Messmethode/Instrument\*\*\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Beispiele:

\* Ziel: Bislang nicht erreichte Menschen mit sozialer Benachteiligung nutzen bestimmte Gesundheitsförderungsangebote in der Kommune

\*\* Indikator: Zielgruppenzugehörigkeit von Teilnehmenden/Nutzenden von Angeboten

\*\*\* Messmethode: Abfrage von Daten zum sozioökonomischen Status der Nutzer/innen

## Wirtschaftlichkeit – planen Sie, die Wirtschaftlichkeit Ihres Ansatzes begleitend zu untersuchen?

ja  nein

**Falls** **ja**, beschreiben Sie bitte kurz Ihren Untersuchungsansatz:

|  |
| --- |
|  |

# Finanzierung

**Hinweis:** Bitte fügen Sie ein **detailliertes Finanzierungskonzept** als **Anlage** bei. Zur Unterstützung können Sie die Excel-Vorlage „[Zeit\_Finanzierungsplan\_blanko.xlsx](https://lzg-bayern.de/files/Projekte/kgc-lrv/lrv-zeit-finanzierungsplan-blanko-hinweise.xlsx)“ nutzen.

Gesamtübersicht/Darstellung der einzelnen Positionen (Angabe in Euro):

|  |  |
| --- | --- |
| Geplante Gesamtkosten: | € |
|  |  |
| Verfügbare Eigenmittel (ggf. Drittmittel): | € |
|  |  |
| Falls Drittmittel eingebracht werden, von wem: |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beantragte Förderung:** | **Gesamt** : |  | € |
|  |  |  |  |
|  | nach Kalenderjahren: |  |  |
|  | Jahr 20 |  | € |
|  |  |  |  |
|  | Jahr 20 |  | € |
|  |  |  |  |
|  | Jahr 20 |  | € |
|  |  |  |  |
|  | Jahr 20 |  | € |

Ein Rechtsanspruch auf Förderung oder eine bestimmte Höhe der Förderung besteht nicht.

Die Fördernden behalten sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projektes vor Ort zu prüfen oder durch eine von ihnen beauftragte Institution prüfen zu lassen.

Die/der Antragstellende versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsanlagen gemachten Angaben.

Die/der Antragstellende versichert mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt.

Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel muss durch entsprechende Nachweise belegt werden. Bei nicht erbrachten Nachweisen oder vorsätzlich falschen Angaben sind die Fördernden oder eine von ihnen beauftragte Institution berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Antragstellenden

**Einwilligung in die Datenverarbeitung und -nutzung**

Ich erkläre mich/wir erklären uns bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die oben angegebenen Antragsdaten und ergänzenden Unterlagen an das LRV-Steuerungsgremium und ggf. weitere Partner/innen der Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern übermittelt und dort verarbeitet und genutzt werden, um Fördermöglichkeiten zu prüfen.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. Ich kann/wir können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ohne die Einwilligung ist eine Prüfung des Antrags auf Fördermöglichkeiten nicht möglich.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Antragstellenden