

 <b>GEMEINDE</b> <b>BERGFELD</b>	<b>Vorlage Nr.:</b>	<b>I/29/GB</b>
	Aktenzeichen:	
	BearbeiterIn:	Schuwalow

Beratungsfolge			Beratungsergebnis			
Sitzungstermin	Gremium	TOP	JA	NEIN	ENTH.	Abweichender Beschluss
17.03.2026	Gemeinderat Bergfeld					

**Betreff:**

**Gesundheitslotsin**

**Beschlussvorschlag:**

Der Rat der Gemeinde Bergfeld beschließt, das Projekt „Gemeineschwester Plus / Kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin“ gemeinsam mit der Gemeinde Tiddische in Kooperation mit der Bettina Harms GmbH umzusetzen. Die Projektlaufzeit erstreckt sich vom 01.04.2026 bis zum 31.12.2028.

Bergfeld, 17.03.2026

gez. Ralf Michel  
 Bürgermeister

**Begründung**

Die Gesamtkosten des Projekts betragen gemäß eingereichtem Finanzierungsplan 608.944 €. Die Finanzierung erfolgt gemeinsam mit der Gemeinde Tiddische, deren Eigenanteil weiterhin 50 % der kommunalen Kostenanteile beträgt. Es wird festgehalten, dass die beantragten Fördermittel nach § 123 SGB XI im Förderfall 100 % der Projektkosten abdecken würden.

Sollten die beantragten Fördermittel nicht bewilligt werden, wird das Projekt dennoch umgesetzt. In diesem Fall erfolgt die Durchführung jedoch in reduzierter Form, da die wissenschaftliche Begleitung entfällt. Die Personalressource wird auf 0,7 Stellen begrenzt, statt der im Fördermodell vorgesehenen 1,2 Stellen. Die Gemeinden tragen die entsprechend verringerten Kosten weiterhin gemeinsam und anteilig.

## **Porträt**

### **Bettina Harms GmbH**

Die Bettina Harms GmbH ist ein regionales Pflegeunternehmen in Niedersachsen mit fünf ambulanten Pflegediensten, fünf Tagespflegeeinrichtungen sowie der Betreuung von neun ambulant betreuten Wohngemeinschaften in den Regionen Gifhorn, Wahrenholz, Wolfsburg, Brome und Hankensbüttel. Über 400 Mitarbeitende begleiten mehr als 1000 Klient\*innen in ambulanten, teilstationären und gemeinschaftlichen Versorgungsformen.

Die Bettina Harms GmbH entwickelt ihre Pflegeangebote kontinuierlich weiter und versteht sich als lernende Organisation. Neue Konzepte und technologische Innovationen werden strukturiert eingeführt, im Pflegealltag erprobt und gemeinsam mit Mitarbeitenden weiterentwickelt. Ziel ist es, praxistaugliche Lösungen zu schaffen, die den Arbeitsalltag entlasten und die Versorgungsqualität für Klient\*innen sowie An- und Zugehörige verbessern.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Innovationsprojekte umgesetzt, unter anderem die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, die Implementierung des Marte Meo Konzepts in der Begleitung von Menschen mit Demenz, die Teilnahme an der wissenschaftlichen DemWG Studie zur Weiterentwicklung ambulanter Wohngemeinschaften, die Erprobung der Pflegebrille 2.0 als digitales Unterstützungsinstrument sowie der Aufbau einer unternehmensweiten Digitalisierungs- AG zur Entwicklung und Pilotierung digitaler Lösungen.

Ab April 2026 beteiligt sich die Bettina Harms GmbH als Praxispartner an einem mehrjährigen Praxistest im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Innovationsprojektes mit einer Laufzeit bis Mai 2029. In diesem Zeitraum werden technologische und organisatorische Innovationen in ambulanten Pflegediensten, Tagespflegen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften unter realen Versorgungsbedingungen eingeführt, begleitet und evaluiert. Ziel ist es, gemeinsam mit wissenschaftlichen Partner\*innen praxistaugliche Lösungen zu entwickeln, deren Wirksamkeit überprüft wird und tragfähige Konzepte für den Transfer in andere Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten.

Die Rolle als Praxispartner umfasst die aktive Mitwirkung an Bedarfsanalysen, die Erprobung neuer Technologien und Arbeitsprozesse im Pflegealltag, die Rückmeldung von Praxiserfahrungen an die wissenschaftlichen Projektpartner\*innen sowie die Mitgestaltung von Schulungs- und Implementierungskonzepten. Die Bettina Harms GmbH bringt hierfür reale Versorgungssettings mit unterschiedlichen Zielgruppen, etablierte Strukturen für Fortbildung, Qualitätsentwicklung und Projektarbeit sowie eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen Praxis, Wissenschaft und Mitarbeitenden ein.

Die Bettina Harms GmbH verbindet fachliche Qualität mit Offenheit für neue Wege. Ziel ist es, Pflege kontinuierlich weiterzuentwickeln, Mitarbeitende im Alltag spürbar zu entlasten und die Versorgungsqualität für Klient\*innen sowie An- und Zugehörige nachhaltig zu verbessern.

Handelsregister B des Amtsgerichts Hildesheim	Abteilung B Wiedergabe des aktuellen Registerinhalts Abruf vom 23.01.2026 18:58	Nummer der Firma: <b>HRB 202351</b>
<b>Abdruck</b>	Seite 1 von 2	

**1. Anzahl der bisherigen Eintragungen:**

3

**2. a) Firma:**

Bettina Harms GmbH

**b) Sitz, Niederlassung, inländische Geschäftsanschrift, empfangsberechtigte Person, Zweigniederlassungen:**

Hankensbüttel

Geschäftsanschrift: Molkereistr. 14, 29386 Hankensbüttel

**c) Gegenstand des Unternehmens:**

die Durchführung von hauspflegerischen und hauswirtschaftlichen und sonstigen Betreuungsleistungen für hilfsbedürftige Personen nach den Rechtsgrundlagen des SGB XII, des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) und des 11. Sozialgesetzbuches (SGB XI) sowie sämtliche Leistungen in Zusammenhang mit dem betreuten Wohnen und der Tagespflege, teilstationär oder vollstationär

**3. Grund- oder Stammkapital:**

25.000,00 EUR

**4. a) Allgemeine Vertretungsregelung:**

Ist nur ein Geschäftsführer bestellt, so vertritt er die Gesellschaft allein. Sind mehrere Geschäftsführer bestellt, so wird die Gesellschaft durch zwei Geschäftsführer oder durch einen Geschäftsführer gemeinsam mit einem Prokuristen vertreten.

**b) Vorstand, Leitungsorgan, geschäftsführende Direktoren, persönlich haftende Gesellschafter, Geschäftsführer, Vertretungsberechtigte und besondere Vertretungsbefugnis:**

Einzelvertretungsberechtigt; mit der Befugnis, im Namen der Gesellschaft mit sich im eigenen Namen oder als Vertreter eines Dritten Rechtsgeschäfte abzuschließen:

Geschäftsführerin: Friedrichs-Schmidt, Jasmin, Burgdorf, \*18.12.1984

Geschäftsführer: Tews-Harms, Bettina, Hankensbüttel, \*28.12.1961

**5. Prokura:**

---

**6. a) Rechtsform, Beginn, Satzung oder Gesellschaftsvertrag:**

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Gesellschaftsvertrag vom 18.11.2010

Zuletzt geändert durch Beschluss vom 12.01.2011

**b) Sonstige Rechtsverhältnisse:**

Handelsregister B des Amtsgerichts Hildesheim	Abteilung B Wiedergabe des aktuellen Registerinhalts Abruf vom 23.01.2026 18:58	Nummer der Firma: <b>HRB 202351</b>
<b>Abdruck</b>	Seite 2 von 2	

---

7. a) Tag der letzten Eintragung:

19.09.2022

## Musterkalkulation /Angebot für das Zukunftsprojekt “Gemeindeschwester“ der Gemeinden Tiddische, Hoitlingen und Bergfeld

Die Kalkulation basiert auf der Konzeption der Gemeinde für eine akademisierte Pflegefachkraft mit dem Abschluss Master of Science (MSc.). Um den kalkulierten Bedarf von ca. 150 Menschen in der Beratung und Prävention abzudecken, werden 1,2 Vollzeitstellen benötigt. Träger der Maßnahme ist die Bettina Harms GmbH .

Die Bettina Harms GmbH bezahlt die MitarbeiterInnen angelehnt an den TVÖD-B, abweichend davon gilt in der GmbH die 38,05 Std. Woche (im TVÖD sind 39 Stunden) alle Tarif Steigerungen werden umgesetzt. Für die beschriebenen Aufgaben wäre der Einsatz einer Pflegefachkraft mit dem Abschluss Master in Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder einem vergleichbaren Studiengang notwendig, die über weitreichenden Kompetenzen und Erfahrungen verfügt. Die Eingruppierung wäre dementsprechend die Entgeltstufe P11/3 oder P11/4.

### Kalkulation der Personalkosten für die P 11/4

Gehalt bei VZ Anteil	Entgeltstufe	Gehalt in €	+3,5% ab 01.04.2027
1,2	P11/4	5.805,43	
Pflegezulage lt. TVÖD-B		168,74	
Nicht dynamische Zulage		30,13	
Vermögenswirksame Leistungen		13,30	
Jahressonderzahlung		5.103,66	
Jahressonderzahlung monatlich		425,30	
<b>Gehalt monatlich Arbeitnehmer brutto</b>		<b>6.442,90</b>	<b>6668,40</b>
Sozialversicherungsbeiträge		23,82%	
Beiträge Berufsgenossenschaft			
Betriebsarzt			
Insolvenzumlage			
U2			
Fortbildung			
<b>Gehalt monatlich Arbeitgeber brutto</b>		<b>7.977,60</b>	<b>8256,81</b>
Urlaub, Krankheit, Ausfall		1.834,85	1899,06
Verwaltungskosten		957,31	990,82
Risiko		638,21	660,54
<b>Gesamtkosten Personal/Monat</b>		<b>11.407,96</b>	<b>11.807,23</b>
<b>Gesamtkosten Personal/Jahr</b>		<b>136.895,61</b>	<b>141.683,80</b>
2x PKW		1.350,00	+3% ab 2027
2 x Laptop, Drucker, Lizenzen etc.		300,00	
Telefon/Internet		100,00	
Büro		500,00	
<b>Gesamt Sachkosten /Monat</b>		<b>2.250,00</b>	<b>2.317,50</b>
<b>Gesamt Sachkosten / Jahr</b>		<b>27.000,00</b>	<b>27.810,00</b>
<b>Projekt gesamt Kosten/ Monat</b>		<b>13.657,96</b>	<b>14.127,72</b>
<b>Projekt gesamt Kosten/ Jahr</b>		<b>163.895,61</b>	<b>169.496,67</b>
<b>Steigerung umgelegt auf 3 Jahre</b>		<b>3734,04</b>	
<b>Pro Jahr</b>		<b>167.629,65</b>	

## PROJEKTBECHREIBUNG – MODELLVORHABEN NACH § 123 SGB XI

### Gemeinde Bergfeld und Tiddische – Projekt „Kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin“

**Projektzeitraum:** April 2026 – 31.12.2028

**Antragsteller:** Bettina Harms GmbH Molkereistraße 14, 29386 Hankensbüttel

**Ansprechperson:** Bettina Tews-Harms, Ralf Michel (Bürgermeister Gemeinde Bergfeld)

---

### 1. Projektbeschreibung

#### 1.1 Ausgangslage / Problembeschreibung

Die Gemeinden Bergfeld und Tiddische liegen im ländlichen Raum des Landkreises Gifhorn und sind durch eine **unzureichende gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur** geprägt. Viele ältere Menschen haben **lange Wege zu Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen**, was die Nutzung von Angeboten erschwert. Das öffentliche Nahverkehrsnetz ist nur bedingt ausgebaut.

Der aktuelle hausärztliche Versorgungsgrad liegt bei nur 77,2 % (Planungsbereich Wolfsburger Umland, Stand 04.07.2025) und zeigt damit größere Lücken. Bei einer Gesamteinwohnerzahl der Gemeinden Bergfeld und Tiddische von 2.328 Einwohnerinnen und Einwohner sind aktuell 707 Einwohnerinnen und Einwohner über 60 Jahre alt und 183 Einwohnerinnen und Einwohner über 75 Jahre alt.

Der demographische Wandel wird diesen Trend der älter werdenden Bevölkerung weiter vorantreiben. Bestehende Strukturen sind **schwach vernetzt** und oft unbekannt, sodass ältere Bürgerinnen und Bürger **nur schwer Zugang zu Unterstützung und Prävention** haben.

Sprechstunden des Pflegestützpunktes finden nur alle zwei Wochen statt und dies auch nicht im Ort. Ambulante Dienste müssen große Strecken zurücklegen, was die Wirtschaftlichkeit beeinträchtigt, und Zeit kostet, die für Prävention fehlt.

Typische Herausforderungen sind: Hausärztemangel, fehlende pflegerische Beratung vor Ort, geringe Mobilität, steigender Unterstützungsbedarf, Belastung pflegender Angehöriger und soziale Isolation.

**Ziel der Gesundheits- und Pflegelotsin** ist es, diese Versorgungslücken zu schließen – durch **niedrigschwellige, aufsuchende, präventive und koordinierende Angebote**, die ältere Menschen und ihre Angehörigen direkt unterstützen und damit den Menschen das Recht auf frühzeitige unterstützende Leistungen zu gewähren, um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und demzufolge den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Siehe SGB V und XI)

---

## 1.2 Zielsetzung des Projekts

Das Projekt verfolgt folgende Hauptziele:

### Für ältere Menschen

- Verbesserung des Zugangs zu Gesundheits-, Pflege- und Unterstützungsangeboten
- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Mobilität
- Reduktion von Risiken wie Stürzen, Fehlernährung und Vereinsamung
- Vermeidung von Einsamkeit und Förderung der Teilhabe

### Für Angehörige

- Entlastung durch Beratung, Koordination und Hilfe bei Anträgen (Pflegegrad, Hilfsmittel etc.)
- Vermittlung von Entlastungsangeboten und Ehrenamt

### Für die Kommune

- Aufbau einer tragfähigen, präventiven Struktur
  - Vernetzung vorhandener Angebote
  - Konzentration auf das Quartier
  - Stärkung des Ehrenamts
  - Verbesserung der lokalen Versorgung im ländlichen Raum
- 

## 1.3 Maßnahmen (Tätigkeiten der Gesundheits- und Pflegelotsin)

Die Tätigkeit umfasst folgende Handlungsfelder:

### **A) Aufsuchende Gesundheitsförderung & Prävention**

- Hausbesuche zur Gesundheitsbeobachtung (Blutdruck, Risikoeinschätzung etc.)
- Beratung zu Ernährung, Bewegung, Sturzprophylaxe
- Impfberatung & Erinnerung an Vorsorge
- Erkennen von gesundheitlichen Risiken und kritischen Lebenssituationen
- Einsamkeit erkennen und Lösungen finden

### **B) Pflege- und Sozialberatung (niedrigschwellig)**

- Beratung zu Pflegeleistungen & Entlastungsangeboten
- Unterstützung bei Anträgen (Pflegegrad, Hilfsmittel, Verhinderungspflege)
- Orientierung im komplexen Versorgungssystem

### **C) Lotsenfunktion / Koordination**

- Vermittlung an Ärzte, Pflegedienste, Therapien, Beratungsstellen
- Vernetzung von Angeboten im Quartier
- Begleitung zu Terminen bei Bedarf

### **D) Gruppenangebote & Präventionsveranstaltungen**

- Seniorensport in Kooperation mit dem Sportverein
- Schulungen & Vorträge zu Themen wie Patientenverfügung, Demenz, Ernährung
- Gemeinschaftsangebote zur Förderung sozialer Teilhabe

### **E) Angehörigenunterstützung**

- psychosoziale Beratung
- Krisenintervention
- Weitervermittlung zu Entlastungsangeboten

### **F) Vernetzung & Strukturentwicklung**

- Kooperation mit Hausärzten, Pflegediensten, Ehrenamt, Kirche, Sportverein, Kommune
  - Initiierung neuer Hilfs- und Präventionsangebote
  - Aufbau eines lokalen Unterstützungsnetzwerks
-

## 1.4 Modellcharakter

Das Projekt ist innovativ, weil:

- eine **präventive, aufsuchende Gemeindestruktur** im ländlichen Raum entsteht und damit anders, als bei allen anderen bekannten Projekten die Prävention in den Vordergrund gebracht wird und nicht die Reaktion. Es geht um die Menschen ab einem gewissen Alter und nicht um die Reaktion auf schon bestätigte Symptome und damit auf Patienten.
- die vorhandenen Gesundheits- und Pflegeangebote erstmals systematisch **vernetzt** werden
- Bürger und Angehörige **niedrigschwellig** erreicht werden
- Doppelstrukturen vermieden und Versorgungslücken geschlossen werden
- der Ansatz als **übertragbares Modell** für andere ländliche Gemeinden geeignet ist
- Die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen einem etablierten Pflegedienst und der Kommune neu ist für ein Innovationsprojekt und somit vorhandene fachliche Kompetenzen direkt einfließen.
- Statt nur auf Krankheit zu reagieren, liegt der Fokus auf Gesundheitsförderung, Prävention und der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Damit nimmt das Projekt die Ergebnisse des Projektes „Präventive Hausbesuche“ mit auf und erweitert es innovativ um weitere Faktoren.
- Die Gesundheits- und Pflegelotsin sieht die Menschen als aktive Partner im Prozess und nicht als passive Empfänger (Partizipation)

---

## 1.5 Abgrenzung zu bestehenden Angeboten

- Es gibt **keine** vergleichbare Beratungs- oder Lotsenstruktur im Landkreis Gifhorn.
- Pflegedienste können auf Grund der fehlenden Leistungsrechtlichen Grundlagen bisher keine umfassende Präventions- und Lotsenfunktion übernehmen.
- Ärzte sind stark ausgelastet und können keine aufsuchenden Beratungen leisten.
- Die Gesundheits- und Pflegelotsin ersetzt keine medizinische oder pflegerische Fachkraft, sondern **ergänzt** diese.
- **Kaum** vergleichbare Pilotprojekte im Land Niedersachsen sind bisher nur in Zeven und Aurich ins Leben gerufen worden aber fokussieren sich auf spezielle Angebote und nicht auf die generelle Prävention der älter werdenden Bevölkerung. In Bremervörde/Zeven wird als Projektziel die Bestandsaufnahme und Analyse von Menschen mit Demenz in den Vordergrund gebracht. Aurich

setzt die Unterstützung bei der häuslichen Pflege in den Fokus somit sind diese Projekte als Reaktion auf eine Diagnose angesetzt.

- Ein Projekt, das präventiv und vorausschauend dafür sorgen soll, dass die häusliche Pflege nicht oder später notwendig wird, ist bisher noch nicht umgesetzt worden.
  - Bestehendes wird mit integriert und es wird durch dieses Projekt ergänzt und erweitert, um Doppelstrukturen zu vermeiden.
- 

## 1.6 Gleichstellung & Inklusion

Das Projekt berücksichtigt die Richtlinie:

- barrierearme Angebote
  - aufsuchende Unterstützung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
  - geschlechtersensible Gesundheitsberatung
  - Einbindung von Menschen mit Behinderung in Gruppenangebote
- 

## 1.7 Digitale Elemente

- KI unterstützte digitale Dokumentation (Gesprächsnotizen, Protokolle etc.)
  - telemedizinische Unterstützung (Blutdruck, Datenübermittlung an Ärzte)
  - KI unterstützte digitale Terminverwaltung und Vernetzung
  - digitale Gesundheitsinformationen für Bürger (z.B. durch die „meinOrt-App“ der Samtgemeinde und WhatsApp-Kanäle der Gemeinden)
  - Mitgestaltung digitaler Gesundheitsstrukturen zur Vernetzung von Angeboten.
- 

## 2. Kooperationspartner

Folgende Partner sind eingebunden:

### a. Feste Partner:

- Gemeinde Bergfeld und Tiddische
- Ambulante Pflegedienste
- Ostfalia Hochschule Wolfsburg (als mögliche wissenschaftliche Begleitung)
- Landkreis Gifhorn

#### **b. Netzwerkpartner (unterstützend)**

- Ehrenamtliche Strukturen (u. a. Kirche, Nachbarschaftshilfe)
  - Sportverein Bergfeld und Tiddische und Hoitlingen (Seniorensportgruppe)
  - Hausärztinnen/Hausärzte der Region
- 

### **3. Wissenschaftliche Begleitung**

Die wissenschaftliche Begleitung wird von der **Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Campus Wolfsburg** geplant.

(Siehe hierzu Anhang „Zielbild und Evaluationsfragen Frau Prof. Hasseler)

---

### **4. Personal**

#### **1,2 Stellen Gesundheits- und Pflegelotsin**

- Qualifikation: Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation Pflegewissenschaft B.Sc. oder M.Sc.
  - Entgeltgruppe: **TVöD-Bund P11** (Einstufung abhängig von Qualifikation)
- 

### **5. Projektzeitraum**

01.04.2026 – 31.12.2028 (2 Jahre 9 Monate)

---

## 6. Zusammenfassung

Mit dem Modellvorhaben „Gesundheits- und Pflegelotsin Bergfeld/Tiddische“ schaffen die Gemeinden eine niedrigschwellige, aufsuchende, präventive und koordinierende Struktur zur Unterstützung älterer Menschen und ihrer Angehörigen. Die Maßnahme ist übertragbar auf andere ländliche Gemeinden und wird wissenschaftlich begleitet, um die Effekte auf Versorgung, Pflegeprävalenz und Netzwerkentwicklung messbar zu machen.

Das Projekt ist als eines der ersten Projekte auf die aktive Gestaltung des gesundheitlichen Lebensumfeldes von Menschen ab einem gewissen Alter ausgelegt und soll dazu beitragen, dass Krankheit und Pflege erst gar nicht entstehen.

Bei Erreichung der Projektziele ergeben sich Einsparungen für die Kranken- und Pflegekassen durch die Reduzierung notwendiger Pflege, effizientere Unterstützung durch Verwandte und zumindest verzögerte Aufnahme in Heime.

Kranken- und Pflegekassen können mit zugelassenen Leistungs- und Pflegeerbringern Verträge zur Versorgung der Bevölkerung in verschiedenen Sektoren abschließen. So könnte nach erfolgreicher Evaluation auch die Gesundheits- und Pflegelotsin in der Anstellung über den Pflegedienst weiter finanziert werden.

Eine kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin bringt lebensnahe Bedarfe aus der Bevölkerung in die integrierte Sozialplanung ein und ergänzt statistische Daten um praxisrelevante Erkenntnisse. Durch ihre Vernetzungs- und Brückenfunktion zwischen Gesundheits-, Sozial- und weiteren kommunalen Bereichen macht sie Versorgungslücken sichtbar und unterstützt eine zielgerichtete, ressortübergreifende Planung.

Die Gemeinden nehmen in diesem Projekt eine strategische Schlüsselrolle ein. Ihr Fokus liegt dabei auf der sozialräumlichen Verankerung und einer trägerneutralen Vernetzung aller Akteure vor Ort. Indem das Vorhaben direkt in die lokalen politischen und organisatorischen Abläufe eingebunden wird, entsteht das notwendige Fundament, um das Angebot perspektivisch in kommunale Strukturen zu überführen und so dauerhaft abzusichern.

Da die Gemeinden selbst jedoch keine eigenen Fachstrukturen im Gesundheits- und Pflegebereich vorhalten, fehlen dort die personellen und organisatorischen Ressourcen für einen eigenständigen Aufbau. Die Kooperation mit dem Pflegedienst ist daher eine bewusste fachliche Entscheidung: Sie garantiert von Beginn an die notwendige Expertise in der Pflegeberatung und Versorgungscoordination.

In dieser Konstellation fungiert der Pflegedienst als Anstellungsträger und stellt die gesamte infrastrukturelle Basis bereit. Dies umfasst nicht nur die fachliche Begleitung, sondern auch essenzielle Betriebsabläufe wie Vertretungsregelungen, den Zugriff auf einen Personalpool sowie die nötige IT- und Dokumentationslogistik. Dieser Aufbau stellt sicher, dass die Arbeit der Gesundheits- und Pflegelotsin auch bei personellen Engpässen verlässlich fortgeführt wird.

Die inhaltliche Steuerung verbleibt dennoch bei den Gemeinden. Durch die enge Abstimmung zwischen kommunaler Verantwortung und pflegfachlicher Kompetenz entsteht ein Modell, das die bestehende Versorgungsinfrastruktur nutzt, um eine nachhaltige Verstetigung über die Projektlaufzeit hinaus zu gewährleisten

---

## 7. Meilensteine & Zeitplan – Detailliert & Verständlich

### **Q2 2026 – Projektstart & Aufbauphase**

**Ziele:** Start des Projektes, Herstellung aller organisatorischen Voraussetzungen, Information der Bevölkerung.

**Konkrete Schritte:**

- Gesundheitslotsin Durchführung der Baseline-Erhebung (T0) durch die Wissenschaftliche Begleitung.
- Beschaffung von Büroausstattung, Laptop, Handy, medizinischem Grundbedarf
- Aufbau einer Anlaufstelle / Sprechstunde (z. B. in Gemeinderäumen)
- Erstellung von Informationsmaterialien (Flyer, Plakate, Gemeindeblatt, Website)
- Festlegung der Arbeitsstruktur
- Bekanntmachung des Projekts bei Bürgerinnen und Bürgern
- Einrichtung der Dokumentation (digitales System)

### **Q3 2026 – Netzwerkaufbau & Erste operative Tätigkeit**

**Ziele:** Aufbau stabiler Kooperationsstrukturen und erste aufsuchende Tätigkeiten.

**Konkrete Schritte:**

- Vorstellung des Projekts bei **Hausärzten, Pflegediensten, Ehrenamt, Sozialdiensten, Sportverein**
- Aufbau eines kommunalen **Runden Tisches Gesundheit & Pflege**
- Start erster **Hausbesuche** bei Seniorinnen und Senioren
- Erfassung individueller gesundheitlicher und sozialer Risiken (z. B. Sturzgefahr, Vereinsamung, Hilfsmittelbedarf)
- Erstellung einer **Bedarfsanalyse** auf Grundlage der ersten Hausbesuche
- Sammeln von Informationen über Versorgungslücken und Problemlagen
- Aufbau eines Verzeichnisses aller relevanten Angebote (Ärzte, Pflege, Ehrenamt, Hilfsmittel, Hospiz, Beratung usw.)

#### **Q4 2026 – Aufbau von Angeboten & Stärkung der Gesundheitskompetenz**

**Ziele:** Start der konkreten Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote.

**Konkrete Schritte:**

- Start von **Gruppenangeboten** (z. B. Seniorensport, Gedächtnistraining)
- Durchführung erster **Infoveranstaltungen** (z. B. Patientenverfügung, Notfallordner, Ernährung im Alter, Demenz)
- Aufbau einer regelmäßigen öffentlichen **Sprechstunde** (z. B. wöchentlich 2–3 Stunden)
- Abgleich mit Kooperationspartnern über Bedarfe und Fallzahlen
- Start der Beratung für **pflegende Angehörige**
- Vorbereitung Messzeitpunkt T1

#### **Q1–Q4 2027 – Regelbetrieb & erste Evaluation**

**Ziele:** Verstetigung aller Angebote, professionelle Dokumentation, Erste überprüfbare Effekte

**Konkrete Schritte:**

- Durchführung **T1-Erhebung**
- Kontinuierliche Prozess- und Ergebniserfassung
- Gezielte Anpassung der Intervention auf Basis der T1-Ergebnisse

**Ziele:** Verstetigung aller Angebote, professionelle Dokumentation, überprüfbare Wirkung.

**Konkrete Schritte:**

- Fortlaufende Hausbesuche, Beratungen, Begleitungen, Lotsentätigkeit
- Ausbau und Verstetigung des Ehrenamts (z. B. „Besuchsdienst“, Fahrdienste, Begleitungen)
- Durchführung weiterer Präventionskurse und Gesundheitsangebote
- Fallbesprechungen mit Ärzten und Pflegediensten 1x im Quartal
- Halbjährliche Austauschrunden mit Netzwerkpartnern
- Anpassung von Angeboten auf Basis der Rückmeldungen
- Messzeitpunkt T2

**Q1–Q4 2028 – Optimierungsphase & Entwicklung von Zukunftsmodellen**

**Ziele:** Stabilisierung der Intervention und Vorbereitung der Abschlussphase, **Ziele:** Qualitätssicherung, Verbesserung bestehender Angebote, Planung für den Transfer. Formaler Projektabschluss bis **31.12.2028**

**Konkrete Schritte:**

- Weiterentwicklung der Angebote (z. B. neue Gruppen, neue Diagnosen, verstärkte Angehörigenarbeit)
- Verstetigter Regelbetrieb
- Vorbereitung T3
- Durchführung **T3-Erhebung**
- Finalisierung des wissenschaftlichen Abschlussberichts
- Ergebnispräsentation
- Empfehlung zur Verstetigung oder Überführung in Regelstrukturen

**Vordruck Anlage 1 (Finanzierungsplan)**

<b>Ausgaben</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>Maßnahme und Notwendigkeit</b>
Personalausgaben	102.672	136.896	136.896	Bruttogehalt, Arbeitgeberanteile, Personalnebenkosten, Ausfallzeiten sowie anteilige Fortbildungskosten.
Fiktive Ausgaben	4.500	6.000	6.000	Overheadkosten HR, Steuerberater, Verwaltung generell
Einmalige Beschaffungskosten	3600			Digitale Infrastruktur.
Geschäftsbedarf (laufende Ausgaben)	3.600	4.800	4.800	Büro- und Arbeitsmittel, Verbrauchsmaterialien, Druckkosten, Dokumentation. Kommunikation
Mietkosten	720	960	960	Anteilige Büromiete für einen festen Arbeits- und Anlaufpunkt in den Gemeinden
Reisekosten	12.150	16200	16200	Fahrtkosten (2 PKW) für Hausbesuche, Netzwerktreffen, Arztkontakte.
Aus- und Fortbildungskosten		2.000	2.000	
Ausgaben für Öffentlichkeitsarbeit	2.000	500	500	Druck von Flyern, Informationsmaterialien, Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des Angebots.
Ausgaben für Qualitätssicherung				enthalten in Dokumentation, Wissenschaftliche Begleitung, Fortbildung
Honorarkosten	48.330	48.330	48.330	externe wissenschaftliche Begleitung zur Sicherstellung der Wirksamkeit des Projekts.
Veranstaltungskosten				in Öffentlichkeitsarbeit enthalten
Gesamtausgaben (jährlich)	177.572	215.686	215.686	
<b>Gesamtausgaben (Projekt)</b>			<b>608.944</b>	

**Zeitlicher Ablauf:** Tragen Sie für jede Kostenposition ein, in welchem Jahr (2026-2028) die zugehörige Maßnahme durchgeführt wird.

**Maßnahme / Projektinhalt:** Erläutern Sie zu jeder Kostenposition kurz, welche Maßnahme damit verbunden ist (z. B. Durchführung von Schulungen, Erstellung von Konzepten, Öffentlichkeitsarbeit etc.). Bitte geben Sie dabei auch an, welches Projektziel mit der Maßnahme verfolgt wird und begründen Sie die Notwendigkeit.

## Bewertungsmatrix wissenschaftliche Begleitung kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin:



Wertungsthema (Punkte 0-5)	Gewichtung in %	Ostfalia Wolfsburg	Universität Bremen	Hochschule Osnabrück
Referenzen und Erfahrung im Bereich wissenschaftliche Begleitung (Internetrecherche)	30	5	5	4
Inhaltliche Qualität des Angebotes und der Arbeitspakete (Zielbild und Evaluation) für das Projekt	30	4	5	0
Gesamtkosten der wissenschaftlichen Begleitung über Projektlaufzeit	20	5	1	0
Gesamteindruck	20	4	4	0
<b>Ergebnis (gewichtet)</b>		<b>4,5</b>	<b>4</b>	<b>1,2</b>

Hochschule Osnabrück hat per Mail letztendlich abgesagt, da keine Ressourcen in 2026 zur Verfügung stehen.  
Somit konnte nur die Internetrecherche zu Referenzen und Erfahrungen bewertet werden

## **Zielbild & Evaluationsfragen (Kommunale Gesundheitslotsin – Niedersachsen)**

### **Vorschlag von Prof. Dr. habil. Martina Hasseler**

Die Evaluation soll 24 Monate dauern.

Angeraten wird ein Zeitraum für die Durchführung des Projektes von insgesamt 24 Monaten. Allein aufgrund der möglichen Stichprobengröße sind Mehrfachmessungen zu verschiedenen Zeitpunkten relevant, wenn Effekte ermittelt werden sollen. Aufgrund der Reduktion der Zeit auf 24 Monate: nur 3 Zeitmessung: To, T1, T3 (T4 gestrichen), aufgrund der Reduktion auf 24 Monate keine Vorbereitungsphase integriert)

### **Evaluationslogik und Zielbild**

Das Versorgungskonzept „Kommunale Gesundheitslotsin“ verbessert Zugänglichkeit für Gesundheitsversorgung und Herstellung interprofessioneller und intersektoraler Gesundheitsversorgung, Koordination und Prävention und Gesundheitsförderung. Es setzt eine niederschwellige und zugehende Versorgung um. Das führt zu besserer Gesundheitskompetenz, höherer Versorgungskontinuität und weniger vermeidbaren Akutereignissen, längerem Verbleib zu Hause, schnellere bedarfsangemessene Versorgung zu Hause.

Parallel wird die lokale Netzwerkfähigkeit gestärkt. Die Kosten für die Versorgung werden ggf. reduziert, die Versorgung verbessert.

### **Designentscheidung**

Methods Evaluation als theoriegeleitete Realist Evaluation kombiniert mit einer Prozess- und Ergebnisevaluation.

### **Begründung**

Bei der kommunalen Gesundheitslotsin handelt es sich um eine komplexe Intervention, deren Wirkung stark vom Kontext abhängt. Realist Evaluation ermöglicht die Analyse von Kontext Mechanismus Outcome Konfigurationen. Mixed Methods liefert belastbare Outcome Messung und erklärt zugleich, warum und für wen etwas funktioniert.

### **Designbausteine**

A Prozess und Implementationsanalyse

B Ergebnis- und Prozessevaluation mit wiederholten Messungen

D Routinedaten und Registerdaten, soweit verfügbar und datenschutzrechtlich möglich

### **Zielgruppen**

- Bürgerinnen und Bürger, die Leistungen der kommunalen Gesundheitslotsin nutzen (ggf, nach definierten Leistungstypen stratifiziert, zum Beispiel Beratung, Fallkoordination, Präventionsangebote)
- Bürgerinnen und Bürger aus der Gemeinde ohne Kommunale Gesundheitslotsin als Vergleichsgruppe, zum Beispiel über Einwohnermeldeamt Stichprobe oder Panel Rekrutierung über
- Angehörige und informell Pflegende

- Kommunale Gesundheitslotsin und ggf. weitere Teammitglieder  
Hausärztinnen und Hausärzte, MFA, Fachärztinnen und Fachärzte  
Pflegedienste und Pflegeberatung, ggf. nach SGB XI relevante Akteure, SGB V relevante Akteure  
Rettungsdienst, Krankenhaus Sozialdienst, Entlassmanagement  
Kommunale Verwaltung, Politik, Gesundheitskonferenz, Ehrenamt, Selbsthilfe,  
Migrantinnenorganisationen, Sozialraumakteure

### Kernfragen:

1. Erreicht Kommunale Gesundheitslotsin vulnerable Bevölkerungsgruppen (Reichweite/Reach)?
2. Welche Veränderungen zeigen sich in Gesundheitskompetenz, Patientenerleben, Versorgungskontinuität und Nutzung von Versorgungsleistungen, Pflegegrad?
3. Welche Bevölkerungsgruppen werden erreicht und welche nicht? Wie verändern sich Zugangsbarrieren für vulnerable Gruppen?
4. Verbessert Kommunale Gesundheitslotsin gesundheitsbezogene Outcomes (z. B. Lebensqualität, Selbstmanagement, Präventionsverhalten, Inanspruchnahme von Leistungen)?
5. Wie verändert sich die Zusammenarbeit zwischen Kommunale Gesundheitslotsin, Hausarztpraxen, ambulanten, Pflegediensten, Kommune, Ehrenamt und weiteren Akteuren? Verändert Kommunale Gesundheitslotsin Versorgungsprozesse (z. B. Schnittstellen zu Hausärzt:innen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern, Kranken- und Pflegekassen)?
6. Wird Kommunale Gesundheitslotsin implementiert wie geplant? Welche Förderfaktoren und Barrieren bestehen?
7. Rechnet sich Kommunale Gesundheitslotsin (Kosten, Kosten-Nutzen) für Kommune (GKV)? Wie verändern sich Inanspruchnahmen bspw. von Krankenhäusern und anderen Leistungen? Welche Ressourcen werden eingesetzt? Welche potenziellen Substitutionen oder Entlastungen zeigen sich? Welche Skalierungsannahmen sind plausibel?
8. Wie kann eine Kommunale Gesundheitslotsin nachhaltig implementiert werden?

### Evaluationsrahmen

- **Versorgungsprozess** (Inputs → Aktivitäten → Outputs → Outcomes → Impact) als gemeinsame Referenz.
- **RE-AIM** (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) für Wirkung/Implementierung.
- **CFIR** für Kontext/Mechanismen (Determinanten der Umsetzung)
- **CIPP** (Context–Input–Process–Product) für Governance und Steuerung)

### Studiendesign (Mixed-Methods, 2 Jahre)

Quasi-experimentell mit Vergleich:

- **Interventionsgemeinde** (Kommunale Gesundheitslotsin) vs. **vergleichbare Kontrollgemeinde** (ohne Kommunale Gesundheitslotsin oder mit späterem Roll-out) oder vorher und nachher Datenerhebungen!

- **Messzeitpunkte:** T0 (Baseline), T1 (nach 6 M. Implementation Gesundheitslotsin), T2 (nach 6 M. Implementation Gesundheitslotsin 12 M.), T3 (nach 6 M. Implementation Gesundheitslotsin 18 M.)
- **Prozesse:** kontinuierliche Erfassung
- **Optional:** *Stepped-wedge* – Design (zeitversetzte Einführung) falls politisch/organisatorisch sinnvoll.

### Stichprobe & Rekrutierung

- **Kommunale Gesundheitslotsin Klient:innen:** alle Einschreibungen + Kohortenstichprobe
- **Vulnerable Gruppen:** gezielte Zusatzstichprobe ( $\geq 75$  J., Multimorbidität, Alleinlebende, Menschen mit Migrationshintergrund)
- **Akteur:innen:** Kommunale Gesundheitslotsin, Hausärzt:innen, ambulanter Pflegedienst, Pflegeberatung, Kommune, Kassen, Therapieberufe, Rettungsdienst, Krankenhäuser, Entlassmanagement

### Stichprobengröße

Effektgröße

Kleine Effekte sind in Versorgungsevaluationen häufig. Es wird nur kleine bis moderater Effekten geben

Panel mit wiederholten Messungen benötigt in der Regel weniger Personen als reine Vorher Nachher Vergleiche ohne Wiederholungsmessung, weil jede Person ihre eigene Kontrolle ist.

Dropout

Über 24 Monate 25 bis 40 Prozent Dropout je nach Zielgruppe und Rekrutierungsweg möglich

*Orientierungswerte für benötigte Fallzahlen*

A) Zwei Gruppen Vergleich Endpunkt, CHN Nutzende vs Nicht Nutzende, kontinuierlicher Outcome

Kleiner Effekt  $d = 0,30$

Etwa 150 – 175 Personen pro Gruppe für 80 Prozent Power

Moderater Effekt  $d = 0,50$

Etwa 65 Personen pro Gruppe

B) Panel mit drei Messzeitpunkten, Monat 3, 12, 24, mit zwei Gruppen und gemischten Modellen

Etwa 110 bis 140 auswertbare Personen pro Gruppe

Das wären 220 bis 280 auswertbare Personen insgesamt (wenn es eine parallele Gruppe ohne Kommunale Gesundheitslotsin als Intervention gibt)

Wenn primärer Outcome ein kontinuierlicher, patientenberichteter Endpunkt ist, zum Beispiel Gesundheitskompetenz oder koordinationsbezogene Erfahrung, dann ist ein realistischer Zielkorridor:

Auswertbar am Ende

220 bis 300 Personen insgesamt im Panel, idealerweise etwa 110 bis 150 Nutzende und 110 bis 150 Nicht Nutzende

Wichtig ist: Wiederholte Messungen nutzen (T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8)

### **Datenerhebungsinstrumente**

#### **Quantitative Befragungen (validierte deutschsprachige Skalen)**

- **Gesundheitsbezogene Lebensqualität:** SF-12 / EQ-5D-5L
- **Wohlbefinden:** WHO-5
- **Gesundheitskompetenz:** HLS-EU-Q16 (DE)
- **Soziale Unterstützung:** F-SozU (Kurzform)
- **Psychische Gesundheit: Depressionsscreening, Kognitives Screening**
- **Einsamkeit/Social Isolation:** UCLA-Loneliness (DE).
- **Selbstangaben zu Prävention & Nutzung von Leistungen im Gesundheitswesen:**  
Impfstatus, Vorsorge, Hausarztkontakte, Notaufnahmekontakte, Pflegeberatung nach SGB XI, Facharztkontakte, Notfallaufnahmen Krankenhäuser, Krankenhausaufnahmen, Rettungsdienstkontakte, Widersprüche bei Krankenkassen und Pflegekassen, Klageverfahren, Arzneimittel (Polypharmazie)
- **Routinedaten, falls möglich:** Abrechnungsdaten über Kooperationspartner, kommunale Daten, Krankenhausdaten, Rettungsdienststatistik  
Indikatoren: vermeidbare Krankenhausaufnahmen als Signalindikator, Notaufnahmebesuche, Wiederaufnahmen, Medikationsprobleme, sofern Datenlage besteht
- **CHN-Leistungsdaten:** Anzahl/Art der Hausbesuche, Case-Management-Zeit, interprofessionelle Kontakte, Überleitungen, Verbleib zu Hause, Vorschläge für Überweisungen

#### **Qualitative Verfahren**

- **Semistrukturierte mit** Kommunale Gesundheitslotsin, Klient:innen/Angehörige (Zugang, Erwartungen, erlebter Nutzen, Barrieren, Vertrauensaufbau, Kontinuität, Empowerment, Teilhabe)
- **Semistrukturierte Interviews:** Hausärzt:innen, ambulante Pflegedienste (z.B. zu Rollenklärung, Schnittstellen, Informationsflüsse, Verantwortung, Konflikte, Kooperationsroutinen, Verbesserung oder Verschlechterung Kooperation, Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgung
- Mit kommunale Entscheider:innen, Krankenkassen.
- **Fokusgruppen:** Bürger:innen

#### **Datenauswertung**

## Quantitativ

- **Deskriptiv:** Kennzahlen, Verteilungen,
- **Pre-Post & Unterschiede in Unterschieden:** Interventions- vs. Kontrollgemeinde (T0–T3) oder Stepped-Wege Design
- **Mehrebenen-Modelle:** Personen (Level 1) in Quartieren/Arztpraxen (Level 2) – abhängig davon, wie groß Kohorte und Gemeinde
- **Interrupted Time Series:** Notaufnahmefraten monatlich, Krankenhausaufnahmen monatlich, Veränderung Arztkontakte
- **Subgruppen/Equity:** z. B. Alter, Soziallage, Multimorbidität.
- **Ökonomisch: Kosten-Konsequenz-Analyse** (kommunale Perspektive)

## Qualitativ

- **Thematische Analyse**
- **Qualitative Inhaltsanalyse**

## Datenmanagement, Ethik & Datenschutz (DSGVO)

- **Ethikvotum** (Hochschule Ethikkommission); **informierte Einwilligung**.
- **Pseudonymisierung, Datentreuhänderschaft**, rollenbasierte Zugriffe
- **Datenvereinbarungen** mit GKV/KV/Kommunalen Stellen
- **Dokumentationsplan, Sicheres Hosting**.
- **Transparenz** gegenüber Bürger:innen (Flyer/Website/Townhalls)

## Governance & Beteiligung

- **Lenkungskreis** (Kommune, CHN-Team, Hausärzt:innen, Sozialdienst, Kassen, Bürgervertretung).

## Reporting & Nutzung

- **Zwischenbericht** (Monat 12): Wirkungen, Prozess, Empfehlungen.
- **Abschlussbericht** (Monat 24): Wirkung, Kosten/Nutzen, Nachhaltigkeit, Skalierung.
- **Dissemination:**, Dissemination der Ergebnisse in Journals, in Medien, auf Social Media, auf Konferenzen

## Kosten:

1 E 13 wissenschaftliche Mitarbeit (VÄK) für 24 Monate

Leitung der wissenschaftlichen Begleitung: Prof. Dr. habil. Hasseler

Insgesamt: **mit Umsatzsteuer:** ca. 145.000,00 €

## Angebot für die Evaluation einer „Gesundheitslotsin“ in der Gemeinde Bergfeld

Projekt:	Modellprojekt einer kommunalen Gesundheitslotsin in der Gemeinde Bergfeld (2026-2028)
Dauer	33 Monate
möglicher Beginn	01.04.2026
Gesamtkosten [brutto]	312.555,11 €
Ansprechperson	Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann <a href="mailto:wolf-ostermann@uni-bremen.de">wolf-ostermann@uni-bremen.de</a>
Vertragspartner	Uni Bremen Campus GmbH UBC-Zentrum Pflege- und Versorgungsforschung Universitätsallee 11-13 28359 Bremen

### Ausgangslage / Problembeschreibung

Die Gemeinden Bergfeld und Tiddische liegen im ländlichen Raum des Landkreises Gifhorn und sind durch eine unzureichende gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur geprägt. Viele ältere Menschen haben lange Wege zu Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen, was die Nutzung vorhandener Angebote erschwert. Das öffentliche Nahverkehrsnetz ist nur bedingt ausgebaut, so dass insbesondere mobilitätseingeschränkte ältere Menschen benachteiligt sind.

Der aktuelle hausärztliche Versorgungsgrad liegt bei nur 77,2% (Planungsbereich Wolfsburger Umland, Stand 04.07.2025) und zeigt damit deutliche Versorgungslücken. Bei einer Gesamteinwohnerzahl der Gemeinden Bergfeld und Tiddische von 2.328 Einwohnerinnen und Einwohnern sind aktuell 707 Personen über 60 Jahre und 183 Personen über 75 Jahre alt. Der demographische Wandel wird den Trend der alternierenden Bevölkerung weiter verstärken und die bestehenden Versorgungsprobleme verschärfen.

Bestehende gesundheitsbezogene und soziale Strukturen sind schwach vernetzt und teilweise wenig bekannt, sodass ältere Bürgerinnen und Bürger nur schwer Zugang zu Unterstützung, Beratung und präventiven Angeboten haben. Sprechstunden des Pflegestützpunktes finden lediglich alle zwei Wochen statt und zudem nicht im Ort. Ambulante Dienste müssen große Strecken zurücklegen, was die Wirtschaftlichkeit beeinträchtigt und Zeit bindet, die für präventive und beratende Tätigkeiten fehlt. Typische Herausforderungen sind Hausärztemangel, fehlende pflegerische Beratung vor Ort, geringe Mobilität, steigender Unterstützungs- und Pflegebedarf, hohe Belastung pflegender Angehöriger sowie das Risiko sozialer Isolation älterer Menschen.

Mit dem Projekt „Kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin“ greifen die Gemeinden Bergfeld und Tiddische die Zielsetzungen des Landesprogramms Komm.Care und der Richtlinie zur Förderung gemeinsamer Modellvorhaben im Bereich Pflege nach § 123 SGB XI auf. Die Lotsin soll als kommunales Instrument der vorausschauenden Pflege- und Versorgungsplanung dazu beitragen, Pflegebedarfe frühzeitig zu erkennen,

häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und die Ergebnisse in die örtliche Pflegeplanung und bestehende Formate wie Pflegekonferenzen einfließen zu lassen. Zugleich unterstützt das Projekt die im Pflegekompetenzgesetz angelegte Stärkung pflegerischer Kompetenzen, niedrigschwelliger Unterstützungsangebote und innovativer, quartiersnaher Versorgungsformen, die es pflegebedürftigen Menschen ermöglichen sollen möglichst lange im vertrauten Umfeld zu leben.

Vor dem beschriebenen Hintergrund will das beantragte Projekt der Kommunen, den Zugang zu Gesundheits-, Pflege- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen in den Gemeinden Bergfeld und Tiddische verbessern, deren Gesundheitskompetenz und Selbstständigkeit stärken, Einsamkeit reduzieren, pflegende Angehörige entlasten und eine tragfähige, präventiv ausgerichtete Struktur auf kommunaler Ebene aufbauen. Zugleich soll das Projekt einen Beitrag zur Umsetzung der Ziele der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Sicherung der pflegerischen Versorgung im Quartier leisten und die in der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung gemeinsamer Modellvorhaben nach § 123 SGB XI formulierten Zielsetzungen zur Neu- und Weiterentwicklung regionalspezifischer Unterstützungsmaßnahmen aufgreifen.

### Zielsetzung des wissenschaftlichen Begleitprojekts

Das hier beschriebene Evaluationsvorhaben zielt darauf ab, das beantragte Projekt unabhängig wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Die wissenschaftliche Begleitung ist dabei so angelegt, dass neben der Bewertung von Erwartungen, Akzeptanz und Wirkungen auf individueller Ebene auch belastbare Erkenntnisse für die kommunale Pflegeplanung gewonnen werden. Die im Rahmen der Evaluation erhobenen Daten zu Versorgungszugang, Unterstützungsbedarfen, Entlastungswirkungen für ältere Menschen und ggf. versorgende Angehörige sowie zur Vernetzung der Akteure können von der Kommune in zukünftige Pflegeberichte, Pflegekonferenzen und die Weiterentwicklung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag integriert werden und leisten damit einen direkten Beitrag zu den Zielen von Komm.Care und der Modellvorhabenrichtlinie nach § 123 SGB XI.

### Vorgehen/Design

Die wissenschaftliche Begleitung folgt einem praxisnahen Mixed-Methods-Ansatz mit formativen und summativen Anteilen und orientiert sich an etablierten Leitfäden zur Evaluation von Maßnahmen der Prävention und kommunalen Gesundheitsförderung (s. bspw. Weidner et al 2018<sup>1</sup>, Berger et al. 2023<sup>2</sup>, Küppers et al. 2023<sup>3</sup>). Die Evaluation ist überwiegend explorativ ausgerichtet, ermöglicht durch klar definierte Zielgrößen und Indikatoren jedoch eine strukturierte Ergebniseinschätzung.

---

<sup>1</sup> Weidner et al. 2018: Handreichung für Kommunen - Umsetzung präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren. DIP (Hrsg.). [https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung\\_transfer/forschungsinstitute/dip/PraeSenZ-Handreichung-DIP-final\\_1.pdf](https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/forschungsinstitute/dip/PraeSenZ-Handreichung-DIP-final_1.pdf).

<sup>2</sup> Berger et al. 2023: Evaluation der Umsetzung der Berliner Hausbesuche (BHB) – Abschlussbericht. Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (Hrsg.), [file:///C:/Users/Wolf-Ostermann/Downloads/berliner\\_hausbesuche\\_abschlussbericht\\_sept\\_2023.pdf](file:///C:/Users/Wolf-Ostermann/Downloads/berliner_hausbesuche_abschlussbericht_sept_2023.pdf)

<sup>3</sup> Küppers et al. 2023: Evaluation des Projekts „Gemeindeschwester<sup>plus</sup>“ - Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), [https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/04\\_Soziales/Soziales\\_Dokumente/Evaluationsbericht\\_Gemeindeschwester\\_2023.pdf](https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/04_Soziales/Soziales_Dokumente/Evaluationsbericht_Gemeindeschwester_2023.pdf)

Vorgesehen ist ein quasi-experimentelles Prä-Post-Design mit drei Messzeitpunkten (T0: Projektbeginn nach positivem Ethikvotum, T1: 12 Monate nach T0, T2: 24 Monate nach T0). Auf der Ergebnisebene werden mittels validierter, standardisierter Instrumente in bewusst schlank gehaltenen Fragebögen u. a. Zugang und Nutzung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten, Gesundheitskompetenz, Selbstständigkeit und Mobilität, Sturzrisiko (Stürze, Sturzangst), Einsamkeit und soziale Teilhabe, subjektive Gesundheit/Lebensqualität sowie Belastung und wahrgenommene Entlastung pflegender Angehöriger erfasst.

Struktur- und Prozessindikatoren (z. B. Art, Anzahl und Dauer der Kontakte, Inhalte der Beratung, identifizierte Risiken, Verweisungen, Kooperationen im Netzwerk) werden über standardisierte Kontaktprotokolle der Lots:innen erhoben. Ergänzend werden leitfadengestützte Interviews bzw. Fokusgruppen mit älteren Menschen, pflegenden Angehörigen, Leistungserbringenden und kommunalen Akteuren durchgeführt, um Erwartungen, Akzeptanz, erlebte Wirkungen, Gelingensbedingungen, Barrieren und Perspektiven der Verstärkung zu analysieren.

Die Gesundheits- und Pflegelotsin wird systematisch in die Evaluation eingebunden, indem sie die laufende Prozessdokumentation übernimmt, die Rekrutierung der Teilnehmenden unterstützt und an Rückkopplungsschleifen zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der Intervention teilnimmt. Damit wird die in der Richtlinie geforderte wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens erfüllt und zugleich gewährleistet, dass die Evaluationsergebnisse unmittelbar in die Weiterentwicklung der kommunalen Pflege- und Versorgungsstrukturen einfließen können.

<b>AP 1</b>	<b>Projektmanagement und Koordination der Evaluation</b>	<b>Bearbeitungszeitraum</b> M01-M33
AP 1 dient der internen Koordination der wissenschaftlichen Begleitung und der Kommunikation mit Fördergeber und Praxispartnern. Die Projektsteuerung erfolgt über regelmäßige (Online-)Besprechungen zwischen wissenschaftlicher Mitarbeit, Projektleitung, Lotsin und Kommune.		
AP 1.1: Einrichtung projektinterner Kommunikations- und Dokumentationsstrukturen		
AP 1.2: Regelmäßige, enge Abstimmungstreffen zwischen Wissenschaft, Lots:innen und Kommune (telefonisch, Videokommunikation und vor Ort)		
AP 1.3: Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Projekt- und Evaluationsbesprechungen		
AP 1.4: Erarbeitung und Fortschreibung einer Publikations- und Verwertungsstrategie (inkl. Rückkopplung in Pflegekonferenz, Pflegeplanung)		
AP 1.5: Durchführung von Auftakt- und Abschlussveranstaltung		
<b>Ergebnis des AP 1:</b> Etablierte Kommunikations- und Dokumentationsstruktur, Protokolle der Steuerungstreffen, Publikations- und Verwertungsplan		

<b>AP 2</b>	<b>Studienplanung und Vorbereitung der Evaluation</b>	<b>Bearbeitungszeitraum</b> M01-M05
AP 2 schafft die ethischen, datenschutzrechtlichen und methodischen Voraussetzungen für die Durchführung der quantitativen und qualitativen Erhebungen.		

AP 2.1: Vertiefte, strukturierte Literaturrecherche zu Lotsenmodellen, kommunaler Pflegeplanung und Evaluationsansätzen als Grundlage für Indikatorenauswahl und theoretische Fundierung
AP 2.2: Erstellung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien und Einwilligungserklärungen für ältere Menschen, Angehörige und Akteure
AP 2.3: Ausarbeitung eines Datenschutz- und Datenmanagementkonzepts (inkl. Pseudonymisierung, Aufbewahrung, Zugriffsrechte)
AP 2.4: Entwicklung und Adaption der Erhebungsinstrumente (validierte Instrumente und Fragebögen; standardisierte Kontaktprotokolle; Interviewleitfäden)
AP 2.5: Erstellung und Einreichung des Ethikantrags; Einholen des Ethikvotums
<b>Ergebnis des AP 2:</b> Informations- und Einwilligungsmaterialien, Datenschutzkonzept, fertig abgestimmte quantitative und qualitative Erhebungsinstrumente, Ergebnisse einer strukturierten Literaturrecherche zur theoretischen Fundierung, positives Ethikvotum.

AP 3	Implementierung, Rekrutierung und Schulung	Bearbeitungszeitraum M02-M05
AP 3 umfasst die Rekrutierung der Teilnehmenden, die Schulung der Gesundheits- und Pflegelotsin für die standardisierte Dokumentation sowie die technische Umsetzung der Erhebungen.		
AP 3.1: Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien und Rekrutierungswege (Kernzielgruppe, Angehörige, Akteure)		
AP 3.2: Unterstützung der Kommune und der Lots:innen bei der Ansprache und Rekrutierung der Teilnehmenden für T0/T1/T2		
AP 3.3: Schulung der Lotsin zur Anwendung der Kontaktprotokolle und Kurzscreenings sowie zur Einbindung der Evaluation in den Arbeitsalltag		
AP 3.4: Einrichtung und Testung der technischen Erhebungsinfrastruktur (z. B. Online-Umfrage-Tool, Datenbank)		
<b>Ergebnis des AP 3:</b> Rekrutierungsplan, geschulte Lotsin, funktionsfähige Erhebungs- und Dokumentationsstruktur, erster Rekrutierungsstand.		

AP 4	Quantitative Erhebungen T0, T1, T2	Bearbeitungszeitraum M05-M30
AP 4 umfasst die Durchführung der standardisierten Befragungen der älteren Menschen und ihrer Angehörigen zu drei Messzeitpunkten sowie die Erhebung grundlegender Strukturindikatoren.		
AP 4.1: Durchführung der Baseline-Erhebung (T0) nach positivem Ethikvotum bei der Kernzielgruppe sowie den Angehörigen		
AP 4.2: Durchführung der Zwischenerhebung (T1) zur formativen Rückmeldung und ggf. Anpassung der Intervention, 12 Monate nach T0		

AP 4.3: Durchführung der Abschlusserhebung (T2) zur summativen Bewertung, 24 Monate nach T0
AP 4.4: Erhebung und Aufbereitung ergänzender Strukturindikatoren (z. B. Nutzung von Angeboten, Reichweite der Gruppenangebote)
<b>Ergebnis des AP 4:</b> Vollständige quantitative Datensätze zu T0/T1/T2, erste deskriptive Auswertungen für Feedback in die Praxis.

<b>AP 5</b>	<b>Prozessdokumentation und Monitoring</b>	<b>Bearbeitungszeitraum</b> M01-M33
AP 5 dient der kontinuierlichen Erhebung und Auswertung von Struktur- und Prozessdaten zur Beschreibung von Reichweite, Intensität und Ausgestaltung der Lotsenintervention.		
AP 5.1: Laufende Erfassung aller Kontakte durch die Lots:innen mittels standardisierter Kontaktprotokolle		
AP 5.2: Regelmäßige Überprüfung der Datenqualität und Rückmeldung an die Lots:innen (Monitoring)		
AP 5.3: Deskriptive Auswertung der Prozessdaten (z. B. Kontaktzahlen, Themen, Verweisungen) und Rückkopplung in Steuerungsrunden		
<b>Ergebnis des AP 5:</b> Vollständige, qualitätsgesicherte Prozessdaten, regelmäßige Monitoringberichte, Grundlage für die Einordnung der Ergebnisse.		

<b>AP 6</b>	<b>Qualitative Erhebungen und Analyse</b>	<b>Bearbeitungszeitraum</b> M04-M32
AP 6 fokussiert auf die Durchführung und Auswertung qualitativer Interviews/Fokusgruppen mit älteren Menschen, Angehörigen, Leistungserbringenden und kommunalen Akteuren.		
AP 6.1: Stichprobenplanung für qualitative Erhebungen, ggf. Anpassung Leitfäden		
AP 6.2: Durchführung der leitfadengestützten Interviews und/oder Fokusgruppen		
AP 6.3: Transkription, strukturierte Auswertung (z. B. qualitative Inhaltsanalyse) und Synthese der qualitativen Ergebnisse		
<b>Ergebnis des AP 6:</b> Vollständige qualitative Datensätze, thematische Kategorien und Gelingensbedingungen, Darstellung von Erwartungen, Akzeptanz, Barrieren und Verbesserungsvorschlägen.		

<b>AP 7</b>	<b>Gesamtanalyse, Berichte und Transfer</b>	<b>Bearbeitungszeitraum</b> M27-M33
AP 7 bündelt die quantitative und qualitative Auswertung, leitet Schlussfolgerungen für Praxis, Pflegeplanung und Verstetigung ab und bereitet die Ergebnisse für verschiedene Zielgruppen auf.		
AP 7.1: Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse (Mixed-Methods-Triangulation)		
AP 7.2: Ableitung von Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Kommune,		

Pflegekonferenzen und weitere Modellvorhaben nach § 123 SGB XI
AP 7.3: Erstellung des Abschlussberichtes an Fördergeber und Kommune
AP 7.4: Aufbereitung der Ergebnisse für Pflegebericht, Pflegekonferenz und ggf. wissenschaftliche Fachpublikationen/Vorträge
<b>Ergebnis des AP 7:</b> Integrierter Abschlussbericht, praxisorientierte Handlungsempfehlungen, Beiträge für kommunale Planungsprozesse und wissenschaftliche Verwertung.

Arbeitspakete /Monate	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26	M27	M28	M29	M30	M31	M32	M33		
<b>AP1</b> Projektmanagement Koordination Evaluation																																			M1
<b>AP2</b> Studienplanung Vorbereitung Evaluation					M2																														
<b>AP3</b> Implementierung, Rekrutierung, Schulung				M3																															
<b>AP4</b> Quantitative Erhebungen T0, T1, T2																																M4			
<b>AP5</b> Prozessdokumentation und Monitoring																																		M5	
<b>AP6</b> Qualitative Erhebungen und Analyse																																		M6	
<b>AP7</b> Gesamtanalyse, Berichte und Transfer																																		M7	

Abbildung 1: Gantt-Chart mit Meilensteinplanung

(M1: Abschluss AP1 - etablierte Kommunikations- und Dokumentationsstruktur, Publikations- und Verwertungsplan; M2: Abschluss AP2 - positives Ethikvotum, fertige Informationsmaterialien, Datenschutzkonzept, Erhebungsinstrumente; M3: Abschluss AP3 - Rekrutierungsplan, geschulte Lotsin, technische Infrastruktur, erster Rekrutierungsstand; M4: Abschluss AP4 - vollständige quantitative Datensätze T0/T1/T2, erste deskriptive Auswertungen; M5: Abschluss AP5 - vollständige Prozessdaten, regelmäßige Monitoringberichte; M6: Abschluss AP6 - vollständiger qualitativer Datensatz, qualitative Analyse abgeschlossen; M7: Abschluss AP7 - integrierter Abschlussbericht, Handlungsempfehlungen, Aufbereitung für Praxis und Wissenschaft)

### Ergebnis des wissenschaftlichen Begleitprojekts

Das wissenschaftliche Begleitprojekt verantwortet die Ausarbeitung des Evaluationskonzepts, die Entwicklung und Adaptation der Erhebungsinstrumente, die Organisation und Koordination der Datenerhebungen (T0/T1/T2), das Datenmanagement, die statistische und qualitative Auswertung der erhobenen Daten sowie die Erstellung eines Abschlussberichtes. Als Ergebnis des wissenschaftlichen Begleitprojekts liegen damit empirische Ergebnisse zur Bewertung von Erwartungen, Akzeptanz und Wirkungen auf individueller Ebene auch belastbare Erkenntnisse für die kommunale Pflegeplanung vor. Die im Rahmen der Evaluation erarbeiteten Ergebnisse zu Versorgungszugang, Unterstützungsbedarfen, Entlastungswirkungen für ältere Menschen und ggf. versorgende Angehörige sowie zur Vernetzung der Akteure werden der Kommune zur Neu- und Weiterentwicklung regionalspezifischer Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen eines Abschlussberichtes verfügbar gemacht.

## Finanzierungsplan

Kostenart	Beschreibung/ Differenzierung	2026 (9 Monate)	2027 (12 Monate)	2028 (12 Monate)	Gesamt
<b>Personalkosten</b>					
Projektleitung/-koordination		9.000,00 €	12.000,00 €	12.000,00 €	33.000,00 €
Wiss. Mitarbeiter:in	0,5VZÄ TV-L E13/2	30.600,00 €	43.000,00 €	44.000,00 €	117.600,00 €
Stud. Mitarbeiter:in	40h/Monat	7.308,00 €	9.477,00 €	9.477,00 €	26.262,00 €
<b>Personalkosten gesamt</b>		<b>46.908,00 €</b>	<b>64.477,00 €</b>	<b>65.477,00 €</b>	<b>176.862,00 €</b>
<b>Sachkosten</b>					
Materialien	Ethikvotum, Infomaterialien, Fragebögen, Porto, Auftakt- und Abschlussveranstaltung, ...	2.500,00 €	2.000,00 €	2.500,00 €	7.000,00 €
Software Befragungen		1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	4.500,00 €
Reisekosten	Projekttreffen, Vor-Ort- Befragungen, ...	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	6.000,00 €
<b>Sachkosten gesamt</b>		<b>6.000,00 €</b>	<b>5.500,00 €</b>	<b>6.000,00 €</b>	<b>17.500,00 €</b>
<b>Zwischensumme</b>					<b>194.362,00 €</b>
<b>Umlage Uni Bremen Campus GmbH</b>	<b>26% auf netto Rechnungswert</b>				<b>68.289,35 €</b>
<b>Gesamtkosten</b>					<b>262.651,35 €</b>
<b>(zzgl. Ust.)</b>					<b>49.903,76 €</b>
<b>Gesamt</b>					<b>312.555,11 €</b>

## Expertise

Die **Universität Bremen (UB)** ist eine junge, mittelgroße Forschungsuniversität und gehört weltweit zu den besten jungen 50 Universitäten. Sie erbringt in vielen Bereichen exzellente Spitzenforschung, sowohl in interdisziplinären Verbänden als auch in der Einzelforschung und wurde 2012-2019 mit dem Zukunftskonzept „Ambitioniert und agil“ als eine von elf Universitäten als Exzellenzuniversität gefördert. Gemeinsam mit den lokalen Forschungsinstituten und Kooperationspartnern bildet sie das führende Forschungszentrum Nordwestdeutschlands und ist Teil des Europäischen Universitätsnetzwerks YUFE – Young Universities for the Future of Europe. Besonders forschungsstark ist die Universität in ihren fünf interdisziplinär angelegten Wissenschaftsschwerpunkten zu denen insbesondere auch die Gesundheitswissenschaften gehören.

Das 2005 als wissenschaftliche Einrichtung des Fachbereichs Human- und Gesundheitswissenschaften gegründete **Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)** der Universität Bremen ist mit über 100 Wissenschaftler:innen eines der größten Forschungsinstitute in diesem Bereich in Deutschland. Die Stärken des IPP sind die interdisziplinäre Gesundheits- und Pflegeforschung, und Wissenschaftstransfer in Praxis, Politik und Gesellschaft. Das IPP bildet mit anderen universitären Instituten den Wissenschaftsschwerpunkt „Gesundheitswissenschaften“ der Universität Bremen. **Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann** leitet die Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am IPP und ist eine der Sprecher:innen des Wissenschaftsschwerpunktes Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Sie und Wissenschaftler:innen aus ihrem Team weisen langjährige und umfangreiche Erfahrungen in der wissenschaftlichen Evaluation von Modellprojekten auf (<https://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung>)

**Von:** Ralf Michel <Buergermeister@gemeinde-bergfeld.de>  
**Gesendet:** Dienstag, 3. März 2026 19:46  
**An:** Gemeinde Bergfeld  
**Betreff:** Fwd: [Extern] Wissenschaftliche Begleitung für Modellprojekt "kommunale Gesundheitslotsin"  
**Anlagen:** Gesundheitslotsin Handout .pdf; Unbenannte Anlage 00018.htm  
**Priorität:** Hoch

Zur Ablage für die Anfrage

Anfang der weitergeleiteten Nachricht:

**Von:** Büscher, Andreas <A.Buescher@hs-osnabrueck.de>  
**Betreff:** **Wtr: [Extern] Wissenschaftliche Begleitung für Modellprojekt "kommunale Gesundheitslotsin"**  
**Datum:** 8. Februar 2026 um 17:54:40 MEZ  
**An:** "buergermeister@gemeinde-bergfeld.de" <buergermeister@gemeinde-bergfeld.de>  
**Kopie:** "GmbH, Science to Business" <stb@hs-osnabrueck.de>

Sehr geehrter Herr Bürgermeister Michel,

Haben Sie vielen Dank für Ihre Nachricht und die damit verbundene Anfrage an die Science-to-Business GmbH Hochschule Osnabrück, über die sie dann bei mir gelandet ist. Ich bin an der Hochschule Osnabrück Professor für Pflegewissenschaft. Die Begleitung des Projekts zu den präventiven Hausbesuchen wurde inhaltlich begleitet von einer leider mittlerweile verstorbenen Kollegin von mir. Zwar arbeite ich durchaus ebenfalls zu verschiedenen Fragen der häuslichen pflegerischen Versorgung, muss Ihnen aber leider dennoch eine Absage auf Ihre Anfrage erteilen, weil das in absehbarer Zeit (das wäre im Verlauf diesen Jahres) einfach nicht mehr zu den vorhandenen Kapazitäten passt. Ich bedaure das, da ich Ihren Ansatz sehr interessant finde, hoffe aber auf Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen  
Andreas Büscher

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher  
Hochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)  
Postfach 1940  
49009 Osnabrück  
Tel.: 0541/969-3591  
A.buescher@hs-osnabrueck.de  
www.dnqp.de

Expertenstandards jetzt auch digital für Desktop und Mobiltelefon:  
Infos unter <https://www.dnqp-shop.de/> oder direkt in der App: <https://dnqp.leila.de>

Absender:

Bettina Harms GmbH  
Molkereistraße 14  
29386 Hankensbüttel

**ANTRAG NICHT PER POST senden**

Händisch unterschreiben, einscannen  
und als PDF per E-Mail übersenden.  
(Team6SL1@ls.niedersachsen.de)

Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und  
Familie -Team 6SL1-  
Iburger Straße 30  
49082 Osnabrück

## **Antrag auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung gemeinsamer Modellvorhaben nach § 123 SGB XI**

<b>1. Angaben zur antragstellenden Person (natürliche oder juristische Person)</b>	
Name	Bettina Harms
Anschrift	Molkereistraße 14, 29386 Hankensbüttel
Rechtsform <small>Bitte Nachweise wie Satzungen, Vereinsregister, Stiftungsverzeichnis, Freistellungsbescheid usw. anfügen</small>	GmbH
Vertretungsberechtigte Person <small>Nachweis beifügen</small>	Bettina Tews-Harms und Jasmin Friedrichs-Schmidt
Ansprechperson	Bettina Tews-Harms
E-Mail	bettina-harms@harms-pflege.de
Telefon	05832 979197

<b>Bankverbindung</b>	
Bankinstitut	Sparkasse Celle-Gifhorn-Wolfsburg
IBAN	DE47 2695 1311 0161 3143 15
Kassenzeichen/ Verwendungszweck	Projektförderung Gesundheitslotsin

## 2. Gegenstand der Förderung

Name des Projektes

Kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin

Art des Projektes:  
Bitte kreuzen Sie Maßnahmen der Förderung an, die dem Projekt zugeordnet werden können.  
(Nr. 2.1 der Richtlinie)

- zur Erleichterung der Situation der Menschen mit Pflegebedarf, Ihrer Angehörigen und Nahestehenden,
- zur Verbesserung des Zugangs zu Pflege- und Unterstützungsangeboten,
- zur positiven Beeinflussung der Pflegeprävalenz,
- zur Deckung des Fachkräftebedarfs und Aufbau ehrenamtlicher Strukturen,
- zur Unterstützung einer bedarfsgerechten integrierten Sozialplanung,
- zum Auf- und Ausbau sowie Stabilisierung von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements,
- zur Entwicklung innovativer Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität,
- zur digitalen Vernetzung der Pflegeangebote,

**Eine detaillierte Projektbeschreibung bitte als Anlage beifügen.**

Das Vorhaben muss anhand der folgenden Gliederung beschrieben werden:

1. Aussagekräftige Projektbeschreibung mit Angaben zur Modellhaftigkeit und der Abgrenzung zu vergleichbaren Vorhaben und Aspekten der Gleichstellung von Frauen und Männern und der Inklusion von Menschen mit Behinderungen,
2. Angaben zum örtlichen Bezug des Projektes,
3. Angaben zu Kooperationspartnern, weiteren Fördermittelgebern oder vorherigen Projektförderungen, ggf. die schriftliche Förderzusage der Kommune,
4. Angaben zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung (Qualifizierung beifügen)

<b>3. Durchführungszeitraum</b>	
Beginn: 01.04.2026	Ende: 31.12.2028

<b>4. Vorzeitiger Vorhabenbeginn</b>	
<i>Hinweis: Für eine Förderung ist es Voraussetzung, dass noch nicht mit dem Projekt begonnen wurde. Eine Förderung von begonnenen Projekten ist ausgeschlossen.</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Es wird versichert, dass mit dem Vorhaben noch nicht begonnen worden ist; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrages zu werten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Es ist bekannt, dass rechtliche Verpflichtungen für das Projekt erst eingegangen werden dürfen, wenn der Zuwendungsbescheid oder die Zustimmung zum vorzeitigen Vorhabenbeginn erteilt worden ist.
<input checked="" type="checkbox"/>	Da bereits vor der Erteilung des Zuwendungsbescheides mit dem Vorhaben begonnen werden soll, wird eine Zustimmung zum vorzeitigen Vorhabenbeginn beantragt. Der Antragstellerin/dem Antragsteller ist bekannt, dass damit keine Zusage für die Gewährung einer Zuwendung verbunden ist.

<b>5. Finanzierungsplan</b>	
<i>Bitte beachten Sie: Einnahmen und Ausgaben müssen ausgeglichen sein.</i>	
<b>Ausgaben</b>	
Personalausgaben Es ist für jede Person ein Personalbogen einzureichen	376.464
Sachausgaben Die Notwendigkeit der Einzelpositionen ist jeweils im Konzept oder im detaillierten Finanzierungsplan zu erläutern	232.480
<b>Gesamtausgaben</b>	<b>608.944</b>

**Angaben zu den Einnahmen:**

(Wenn es sich bei der antragstellenden Person um eine kommunale Gebietskörperschaft handelt, füllen Sie bitte die untenstehende Einnahmentabelle **Zuwendung gegenüber kommunalen Gebietskörperschaften** aus)

<b>Einnahmen</b> <b>Zuwendung an nicht kommunale Gebietskörperschaften</b> (Förderung 50% nach Nr. 5.1 Satz 2 der Richtlinie)	
Beantragte Zuwendung aus Landesmitteln <b>(50% Gesamtausgaben)</b>	304.472
Zuschuss in gleicher Höhe nach § 123 SGB XI aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung	304.472
<b>Gesamteinnahmen</b>	608.944

<b>Einnahmen</b> <b>Zuwendung gegenüber kommunalen Gebietskörperschaften</b> (Förderung 45% nach Nr. 5.1 Satz 3 der Richtlinie)	
1. Beantragte Zuwendung aus Landesmitteln <b>(45% Gesamtausgaben)</b>	
2. Eigenmittel kommunale Gebietskörperschaft <b>(5% Gesamtausgaben)</b>	
Zuschuss in gleicher Höhe nach § 123 SGB XI aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung <b>(1. + 2.)</b>	
<b>Gesamteinnahmen</b>	0

## 6. Anlagen

*Folgende Anlagen zählen zu den wesentlichen Antragsunterlagen und sind zwingend beizufügen.*

- Konzept
- Detaillierter Ausgaben- und Finanzierungsplan  
inkl. Begründung Notwendigkeit der einzelnen Positionen
- Aktuelle Satzung/Gesellschaftsvertrag/etc.
- Nachweis Vertretungsbefugnis
- Personalbögen (falls Personalausgaben geltend gemacht werden)

## 7. Erklärungen

Es wird ausdrücklich versichert, dass die ordnungsgemäße Geschäftsführung der antragstellenden Organisation gewährleistet ist und die Antragstellerin/der Antragsteller in der Lage ist, die Verwendung der Mittel bestimmungsgemäß nachzuweisen.

Es werden die geltenden Vergabevorschriften nach den Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) beachtet und auf Aufforderung Nachweise über die Einhaltung vorgelegt.

*(Gilt nicht für Gebietskörperschaften und Zusammenschlüsse von Gebietskörperschaften. Diese haben die für sie geltenden Vergabevorschriften zu beachten.)*

Die antragstellende Person versichert, dass sie für dieses Projekt zum Vorsteuerabzug

nicht berechtigt

berechtigt ist.

Das als Anlage beigefügte Hinweisblatt „Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung“ wurde zur Kenntnis genommen.

Alle Erklärungen und Pflichten wurden zur Kenntnis genommen und werden umgesetzt.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den weiteren Antragsunterlagen gemachten Angaben wird versichert.

Hankensbüttel, den 23.01.2026

Bettina Tews-Harms

Ambulante Krankenpflege  
Bettina Harms GmbH  
Melkerstraße 14  
Postfach 1140  
29386 Hankensbüttel  
Tel.: 05832 97 91 97

Ort, Datum

Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift(en)  
Name in Druckbuchstaben:

Name, Anschrift des Zuwendungsempfängers

Anlage zum Antrag vom

## Personalbogen

### 1. Im Rahmen der Fördermaßnahme wird beschäftigt:

Name, Vorname: n.n
Geburtsdatum:
vom – bis:
Berufsabschluss: Pflegefachkraft
Sonstiges: B.Sc. Oder M.Sc. Pflegewissenschaften oder vergleichbar

### 2. Tätigkeitsbeschreibung (Bsp. Leitung, Beratung)

Beratung, Prävention und Sozialraumgestaltung
---

### 3. Gehalt (Arbeitgeberbrutto)

Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von	Monatlich	Sonderzahlungen	Jährliche Zahlung insgesamt
19,25 Stunden	2.490,00 EURO	2.116,50 EURO	39.654,84 EURO

Tarifvertrag: TVöD-Bund

Tarif-/Vergütungs-/Entgeltgruppe: P11/4

Ort, Datum Wien, 11.01.16	Unterschrift 
------------------------------	--

Apparate-Koch-Service  
Hainb. 114  
Mölked. 14  
Postfach 1140  
10385 Wien  
Tel.: 05832 - 97 91 97

Name, Anschrift des Zuwendungsempfängers

Anlage zum Antrag vom

## Personalbogen

### 1. Im Rahmen der Fördermaßnahme wird beschäftigt:

Name, Vorname:	n.n
Geburtsdatum:	
vom – bis:	01.04.2026-31.03.2029
Berufsabschluss:	Pflegefachkraft
Sonstiges:	B.Sc. Pflegewissenschaften, Qualitätsmanagerin, oder vergleichbar

### 2. Tätigkeitsbeschreibung (Bsp. Leitung, Beratung)

Beratung, Prävention und Sozialraumgestaltung. Projektleitung.
--

### 3. Gehalt (Arbeitgeberbrutto)

Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30,00 Stunden	Monatlich 4.833,47 EURO	Sonderzahlungen 4.108,45 EURO	Jährliche Zahlung insgesamt 62.110,09 EURO
---	----------------------------	----------------------------------	--

Tarifvertrag: TVöD

Tarif-/Vergütungs-/Entgeltgruppe: P11/4

Ort, Datum Hankensbüttel, 5.2.26	Unterschrift J. Friedrich-Schmidt
-------------------------------------	--------------------------------------



# Gemeinde Bergfeld

**Stellungnahme** zum Antrag auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung gemeinsamer Modellvorhaben nach § 123 SGB XI der Bettina Harms GmbH, Wahrenholz

**Hier: kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin für die Gemeinden Bergfeld und Tiddische**

Die Gemeinde Bergfeld unterstützt den Förderantrag der Bettina Harms GmbH in vollem Umfang und begrüßt dieses Projekt. Der Landkreis Gifhorn ist durch die Gesundheitsregion Gifhorn sowie die Stabstelle Regionalentwicklung in die Antragstellung mit eingebunden. Wir erhoffen uns Erkenntnisse aus diesem Projekt, wie mit allen Akteuren gemeinsam strukturelle Voraussetzungen zur besseren Vorsorge und damit Entlastung der stationären Systeme in der Pflege im ländlichen Raum geschaffen werden können.

Beide Gemeinden sind bereits seit längerer Zeit in die Planung involviert, um dieses Projekt zusammen mit der Bettina Harms GmbH zu entwickeln. Dabei war uns insbesondere wichtig, dass der Pflegedienst Harms in unserem Umfeld bekannt ist und bereits sehr etabliert ist. Auch im Rahmen der Gesundheitsregion Gifhorn wurden bereits gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Bettina Harms GmbH gemacht. Hier hat der Pflegedienst gemeinsam mit einer Hausarztpraxis das Pilotprojekt zur „Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste im Landkreis Gifhorn“ erfolgreich umgesetzt.

Da wir als Gemeinde keine eigene Fachstruktur im Gesundheits- und Pflegebereich vorhalten, fehlen uns die personellen und organisatorischen Ressourcen für einen eigenständigen Aufbau. Die Kooperation mit dem Pflegedienst ist daher eine bewusste fachliche Entscheidung.

In dieser Konstellation fungiert der Pflegedienst als Antragsteller und stellt die gesamte infrastrukturelle Basis. Die inhaltliche Steuerung verbleibt jedoch bei uns, als Gemeinde. Durch die enge Abstimmung zwischen kommunaler Verantwortung und pflegefachlicher Kompetenz entsteht ein Modell, dass die bestehende Versorgungsinfrastruktur nutzt, um eine nachhaltige Verstetigung über die Projektlaufzeit hinaus zu erreichen.

Wir unterstützen die Bettina Harms GmbH in jeder Hinsicht, damit das Projekt „kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin“ für die Senioren sowie deren Angehörigen und für unsere Gemeinde langfristig erfolgreich wird. Eine Förderung der Startphase gemäß § 123 SGB XI ist zur Umsetzung des Projektes zwingend notwendig.

Bergfeld, 06.02.2026

Ralf Michel  
Bürgermeister



# GEMEINDE TIDDISCHE

ORTSTEILE: HOITLINGEN & TIDDISCHE

DER BÜRGERMEISTER

GEMEINDE TIDDISCHE | AM SPORTPLATZ 11 | 38473 TIDDISCHE



## **Stellungnahme zum Antrag auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung gemeinsamer Modellvorhaben nach § 123 SGB XI der Bettina Harms GmbH, Wahrenholz Hier: kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin für die Gemeinden Bergfeld und Tiddische**

Die Gemeinde Tiddische unterstützt den Förderantrag der Bettina Harms GmbH in vollem Umfang und begrüßt dieses Projekt. Der Landkreis Gifhorn ist durch die Gesundheitsregion Gifhorn sowie die Stabstelle Regionalentwicklung in die Antragstellung mit eingebunden. Wir erhoffen uns Erkenntnisse aus diesem Projekt, wie mit allen Akteuren gemeinsam strukturelle Voraussetzungen zur besseren Vorsorge und damit Entlastung der stationären Systeme in der Pflege im ländlichen Raum geschaffen werden können.

Beide Gemeinden sind bereits seit längerer Zeit in die Planung involviert, um dieses Projekt zusammen mit der Bettina Harms GmbH zu entwickeln. Dabei war uns insbesondere wichtig, dass der Pflegedienst Harms in unserem Umfeld bekannt ist und bereits sehr etabliert ist. Auch im Rahmen der Gesundheitsregion Gifhorn wurden bereits gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Bettina Harms GmbH gemacht. Hier hat der Pflegedienst gemeinsam mit einer Hausarztpraxis das Pilotprojekt zur „Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste im Landkreis Gifhorn“ erfolgreich umgesetzt.

Da wir als Gemeinde keine eigene Fachstruktur im Gesundheits- und Pflegebereich vorhalten, fehlen uns die personellen und organisatorischen Ressourcen für einen eigenständigen Aufbau. Die Kooperation mit dem Pflegedienst ist daher eine bewusste fachliche Entscheidung.

In dieser Konstellation fungiert der Pflegedienst als Antragsteller und stellt die gesamte infrastrukturelle Basis. Die inhaltliche Steuerung verbleibt jedoch bei uns als Gemeinde. Durch die enge Abstimmung zwischen kommunaler Verantwortung und pflegefachlicher Kompetenz entsteht ein Modell, dass die bestehende Versorgungsinfrastruktur nutzt, um eine nachhaltige Verstärkung über die Projektlaufzeit hinaus zu erreichen.

Wir unterstützen die Bettina Harms GmbH in jeder Hinsicht, damit das Projekt „kommunale Gesundheits- und Pflegelotsin“ für die Senioren sowie deren Angehörigen und für unsere Gemeinde langfristig erfolgreich wird. Eine Förderung der Startphase gemäß § 123 SGB XI ist zur Umsetzung des Projektes zwingend notwendig.

Tiddische, den 09.02.2026

  
Daniel Krause  
Bürgermeister

