

dieKümmerei. Ein Manifest.

PROF. DR. MED.
HANS W. HÖPP,
DR. MED. PETER IHLE,
PROF. DR. JOHANNES
DANIEL SCHÜTTE,
MATTHIAS MOHRMANN,
PROF. DR. HARALD RAU,
BIRGIT SKIMUTIS

Prof. Dr. med. Hans W. Höpp ist Direktor des Instituts für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung iEVFG GmbH, Köln

Dr. med. Peter Ihle ist CIO der PMV forschungsguppe der Universität zu Köln

Prof. Dr. Johannes Daniel Schütte ist Leiter des Instituts für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) an der TH Köln

Matthias Mohrmann ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

Prof. Dr. Harald Rau ist Beigeordneter der Stadt Köln und Leiter des Dezernats V – Soziales, Gesundheit und Wohnen

Birgit Skimutis ist Leiterin derKümmerei sowie des Sektors Versorgungsmanagement im HNC HerzNetzCenter, Köln

Strukturwandel ist eine Forderung der Stunde – auch im Gesundheitssystem. Aber mit welchen übergeordneten Zielen sollte dieser verbunden sein und an welcher Stelle müsste ein solcher ansetzen? Diese zentralen Fragen hat dieKümmerei, ein in Köln etabliertes, Health in all Policies (HiaP)-basiertes Strukturmodell aufgegriffen. Die Evaluationsergebnisse des sozialräumlichen Gesundheits-Hubs werden im Folgenden ebenso dargestellt wie dessen Integration in eine Architektur kommunaler Gesundheitsversorgung und die möglichen Impulse für gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen.

Die Blickperspektive

Whatever it takes. Auf bestimmte Herausforderungen mag diese Agenda die politisch zielführende Antwort sein. Nicht jedoch für das Gesundheitssystem: Hier konnten in den zurückliegenden Jahren weder innersystemische Regulierungen noch kleinteilige Investitionen oder gar der Markt die stetig wachsende Diskrepanz zwischen Kosten und Versorgungsqualität entscheidend mindern. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Steuerungsdefizite, Nichterreichbarkeit vulnerabler Gruppen, sektorale Fragmentierung, Unübersichtlichkeit und systemischer Autismus – an diesen Wirksamkeitsbarrieren hat sich bis heute trotz zahlreicher gesetzgeberischer Maßnahmen nur wenig geändert. Finanzierungsnöte, Unattraktivität der Gesundheitsberufe und eine weiter abnehmende individuelle Gesundheitskompetenz¹ sind nur einige der offenkundigen Folgen. Eine systemisch adäquate Umsetzung der zweifelsfrei in der Bundesrepublik vorhandenen sektoralen Potentiale sieht anders aus.

Spät, aber noch nicht zu spät für ein Innehalten und den Blick auf grundlegende, wenn auch weitgehend verdrängte Fragen: Ist die Autopoiesis der Sozialsysteme noch immer das richtige Sprungbrett zur Bewältigung komplexer Herausforderungen? Ist der punktuelle Eingriff in das Mikrosystem kurativer Gesundheit wirklich effizienter als ein zielorientierter konzertierter Ordnungsrahmen gesundheitsrelevanter Ressorts? Ist die Grenze individueller Verhaltensprävention nicht schon erreicht und in der Konsequenz die Notwendigkeit verhältnispräventiver In-

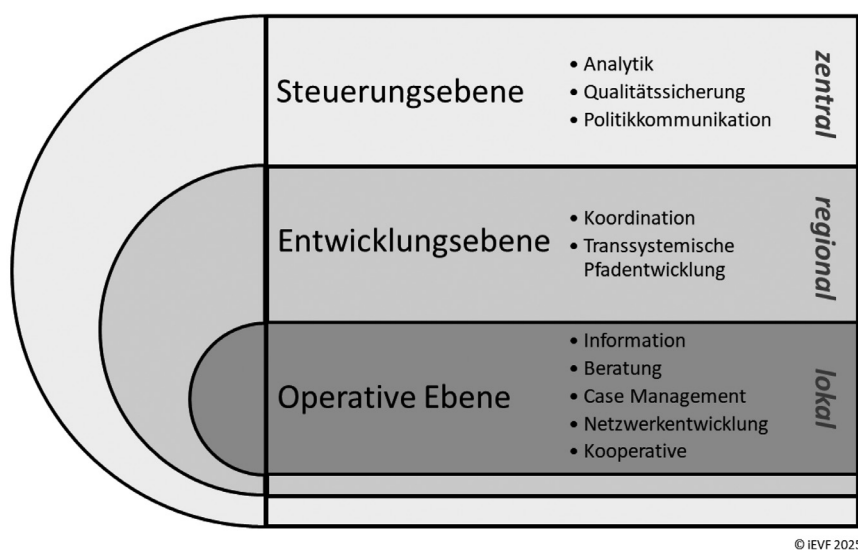
terventionen hinreichend belegt²? Und ist es nicht an der Zeit, über die individuelle, digitale, navigationale und organisationale auch die Gesundheitskompetenz des Systems einzufordern und diese mit in den Mittelpunkt des strategischen Diskurses zu stellen?

Die lauter werdende Forderung nach einem vorrangigen Strukturwandel³ ist insoweit mehr als begründet und notwendig – dies allerdings in einer Tiefe, die von dem üblichen polypragmatischen Reflex in der Regel nicht bedient wird. Für die Konturierung einer auch in der Zukunft belastbaren Gesundheitsversorgung, die Identifizierung der Bürger_innen mit dem Versorgungs- und demokratischen System insgesamt sowie die Sicherstellung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit aber ist diese Diskussion in der gesellschaftlichen Breite unumgänglich. Um eine solche empirisch und faktisch zu fördern hat das Modell derKümmerei einige der angesprochenen Aspekte konzeptionell integriert. Mit den aktuell abgeschlossenen externen Evaluationen liegen nun erstmalig in der Bundesrepublik Daten zum Leistungsvermögen sowie Routinedaten-gestützt zur systemischen Wirkung eines mehrdimensionalen HiaP-Strukturmodells vor.

Das Modell

DieKümmerei ist ein sozialräumlicher, Health in all Policies-basierter Gesundheits-Hub. Alleinstellungsmerkmale des Modells sind die grundsätzlich rechtskreisunabhängige Herangehensweise unter Einbeziehung von Medizin, Sozialem, Arbeit, Bildung, Wohnen, Mo-

Abbildung 1: dieKümmerei | Struktur und Funktionsebenen



Quelle: iEVF 2025

bilität und Umwelt sowie die mehrdimensionale Aufstellung. Auf der lokalen operativen Ebene hält dieKümmerei neben der Quartiers-Lounge und der Einzelfallarbeit die von ihr gemanagte Kooperative vor. Hierbei handelt es sich um Räumlichkeiten des Stützpunktes, die im Sinne eines Coworking-Space von inzwischen 14 Akteuren im strukturierten Wechsel genutzt werden – darunter Jobcenter, Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung, Familienkasse, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrisches Zentrum sowie Rechts- und Schuldnerberatung. Diese Struktur ist gleichzeitig auch der aktuell im Modellquartier nicht benötigte Link zur grundsätzlich möglichen Einbindung von Praxen, Pflege oder Primärversorgung.

Funktional ergänzt wird die vor Ort-Basis durch die regionale Entwicklungsplattform. Deren Aufgabe ist es, nach Identifizierung konkreter Versorgungshürden im Austausch mit allen thematisch involvierten Akteuren Prozess- oder Strukturoptimierungen zu entwickeln und – sofern möglich – auch in der gemeinsamen Umsetzung zu erproben. Den strukturellen Schlussstein schließlich bildet die interne Steuerungs- und Anbindeebene an die Kommunalpolitik.

Die Vertikalstruktur spiegelt nicht nur die unterschiedlichen Lebens- und Entscheidungsräume, sondern auch die dem Modell zugrundeliegende und von der derzeitigen Praxisroutine abweichende

bottom up-Philosophie: Gesundheit ist zentraler Teil des Lebens vor Ort und wird wesentlich durch die Bedingungen der Lebenswelt determiniert. Damit ist der lokale Raum der entscheidende Ort für die Erfassung realer Bedarfe (Sensorik) sowie für die Umsetzung (Motorik) und Wahrnehmung von Lösungsangeboten. Unverzichtbare Katalysatoren sind dabei Transparenz und Konnektivität: Die Entwicklung bedarfsangepasster Lösungswege erfordert nicht nur die Einbindung der Bürgerschaft und die Abstimmung mit benachbarten Räumen und Akteuren, sondern auch die unmittelbare Kommunikation mit der Politik und die Verlinkung mit den entsprechenden Entscheidungsebenen. Der Kreislauf Bedarfserfassung vor Ort – Abstimmung von Lösungsoptionen mit regionalen Akteuren – Entscheidung über politische Gremien – Umsetzung und Erprobung vor Ort hat im Idealfall das Potential, als geschlossene Wertschöpfungskette in ein selbstlernendes System gesundheitlicher Versorgung einzumünden.

Damit ist dieKümmerei der zur Wirksamkeitsbeurteilung komprimierte Pilot der bereits beschriebenen und in Köln umgesetzten Versorgungsarchitektur zur kommunalen Gesundheitsplanung und Gesundheitssteuerung⁴. In diese fließen sowohl die lokale Struktur als auch die beiden darauf aufsattelnden Funktionsebenen korrespondierend ein. Zentrale Größen sind in beiden Fällen die Lebensräume mit der darin lebenden

Bürgerschaft und der jeweiligen, über Indikatoren erfassbaren Gesundheitslage.

Entwickelt wurde das Gesamtkonzept derKümmerei im Institut für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung (iEVF gGmbH) Köln, wobei auf nunmehr 15jährige Erfahrungen aus mehreren transdisziplinären Quartiersmodellen mit Populationsbezug zurückgegriffen werden konnte. Die konkrete Umsetzung erfolgt über das HNC HerzNetzCenter Köln als Managementgesellschaft in enger Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Stadt Köln. Finanziell getragen wird das Modell von der AOK Rheinland/Hamburg (§140a SGB V) sowie dem HNC. In den Jahren 2021 bis 2024 war zusätzlich auch die IKK classic an der Finanzierung beteiligt.

Zum Kernteam derKümmerei zählen zehn Mitarbeiter_innen mit unterschiedlichen Ausbildungen (Case Management/ EVA/ Gesundheitswissenschaften/ Gesundheitsökonomie/ Sozialpädagogik), Ethnien und Sprachkompetenzen. Geleitet wird dieKümmerei von einer Sozialpädagogin mit zertifizierter Zusatzqualifikation in systemischem Coaching, Familienmediation und Kinderschutz im Rahmen der Frühen Hilfen.

Als operativer Modellraum derKümmerei wurde der deprivierteste der insgesamt zehn im Förderprogramm „Starke Veedel – Starkes Köln“ definierten Sozialraumgebiete der Stadt Köln festgelegt. Die dortige Morbiditätslage wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung näher erläutert. Die soziodemografischen Eckdaten des Sozialraumgebietes Blumenberg/ Chorweiler/ Seeberg-Nord mit insgesamt 27.068 Einwohner_innen stellen sich wie folgt dar:

■ Anteil Einwohner mit Migrationshintergrund	75 %
■ Anteil Haushalte mit Kindern	33 %
■ Arbeitslosenquote	16 %
■ SGB II-Quote	30 %
■ SGB II-Quote <15 Jahre	45 %
■ Anteil Grundsicherung im Alter	30 %
■ Gymnasialquote	21 %
■ Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2025 auf Stadtteilebene	59 %
■ Verhältniszahl Einwohner/Hausärzt_innen auf Bezirksebene	2.414

Quellen: Amt für Stadtentwicklung und Statistik / Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Modellstart war der 01. Juli 2019. Die Eröffnung des lokalen Stützpunktes im Zentrum von Chorweiler und damit inmitten des Sozialraumgebietes erfolgte am 16. September 2021.

Die Fragen

Aus dem mehrdimensionalen Portfolio der Kummerei ergibt sich zwangsläufig ein komplexer Fragenkatalog. Insofern war es naheliegend, die begleitende Evaluation zweigleisig anzulegen. Dabei hat das Institut für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) der TH Köln die formative Evaluation übernommen⁵. Die quantitative Evaluation auf Sekundärdatenbasis erfolgte durch die PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln⁶.

Im Mittelpunkt der Evaluationen standen folgende Fragen:

- Ist ein sozialräumliches HiaP-Modell überhaupt vor Ort umsetzbar?
- Wie gestalten sich Nachfrage und Akzeptanz?
- Werden auch ansonsten schwer zugängliche Bevölkerungsgruppen erreicht?
- Ist die Mehrdimensionalität des Konzeptes und damit das Kölner Versorgungsmodell faktisch zu realisieren?
- Sind auf Basis der Routinedaten Systemeffekte erkennbar?

Die Methodik

Die formative Evaluation setzt auf einer bereits 2020 vom Institut für Sozialpolitik und Sozialmanagement (ISSM) der TH Köln erstellten Status quo-Analyse auf. Der nunmehr vorliegende Abschlussbericht⁵ inkludiert die Ergebnisse eines evaluativen Lehrforschungsprojektes unter aktiver Einbeziehung von zwölf Studierenden. Drei Teams bearbeiteten jeweils einen der drei Teilbereiche 'rechtskreisübergreifende Fallarbeit'/'Entwicklung von innovativen Lösungsansätzen'/'Veränderungen auf der Strukturebene'. Dazu eingesetzt wurden Fallvignetten, strukturierte Interviews und eine online-Befragung. Bei der anonymisierten Primärdatenerhebung wurde auf die relationale Datenbank der Kummerei zurückgegriffen. Beobachtungszeitraum war der 01.07.2021 bis zum 30.06.2024.

Grundlage für die quantitative Wirkungsanalyse der Kummerei sind die

dem Evaluator von der AOK Rheinland/Hamburg vertragsgemäß zur Verfügung gestellten aggregierten Sekundärdaten aus dem Modellraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord (Chorweiler) und aus zwei vordefinierten Vergleichsräumen: der Gesamtstadt Köln (Köln) sowie dem in der soziodemografischen Charakteristik am ehesten vergleichbaren Sozialraumgebiet Porz-Ost/Finkenbergr/Gremberghoven/Eil (Porz). Details zu den Vergleichsräumen sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen⁶. Die räumliche Zuordnung orientiert sich an der vom Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln vorgegebenen kleinräumigen Matrix. Berücksichtigt bei der Datenanalyse wurden alle im entsprechenden Jahr durchgängig Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnsitz in einem der untersuchten Gebiete. Erfasst wurden dabei die Zeiträume 2017 bis 2023. Der Primärdatenanalyse wurde der Zeitraum von der Eröffnung des lokalen Stützpunktes am 16.09.2021 bis zum 30.09.2024 zugrunde gelegt.

Die bei der Sekundärdatenanalyse letztlich berücksichtigten 15 Indikatoren (Tab.1) wurden nach Vorrecherche in der Literatur aus einem Pool von insgesamt 150 Merkmalen in einem interdisziplinären Abgleichverfahren nach der nominal-group-Methode⁷ konsentiert. Dabei war es Ziel, ausgehend von den Routinedaten ein Indikatorenset zu entwickeln, welches in der Summe die räumliche Gesundheitslage zu charakterisieren vermag und die Kategorien Morbidität, Versorgung, Systemnutzung und Kosten repräsentiert.

In einem nächsten Arbeitsschritt ist im Rahmen des Kölner Versorgungsmodells geplant, die medizinischen Indices mit kommunalen Daten aus den Bereichen Soziales, Arbeit, Wohnen, Bildung und Umwelt zu einem hybriden Gesamtindex der gesundheitlichen Lage zusammenzuführen. Analog der Sozialberichterstattung⁸ ist davon auszugehen, dass ein solcher mehrdimensionaler, HiaP-orientierter Gesundheitsindex das kommunale Gesundheitsmonitoring erleichtern und es ermöglichen wird, sozialräumliche Stärken und Schwächen übersichtlicher und umfassender zu beschreiben.

Im Zentrum des Modellkonzeptes steht der Raum einschließlich aller darin beheimateten Personen (direkter Populationsbezug). Gemäß der funktionalen Mehrdimensionalität der Kummerei wird

der Mensch in diesem Szenario nicht nur in der Fallarbeit direkt, sondern gleichzeitig und mittelbar auch über die lebensräumlichen Resonanzen, d.h. dessen Gestaltung und Funktionsweise adressiert. Entscheidende Größe für die Effektbeurteilung komplexer Interventionen ist insofern die gesundheitliche Gesamtlage. Diese im medizinischen Feld eher untypische Agenda unterscheidet die Kummerei nicht nur von meist zielgruppenfokussierten Forschungs- und Versorgungsansätzen, sondern schränkt partiell auch die Anwendung gängiger Evaluationsverfahren ein. Adjustierungen und Matching bergen infolge der damit verbundenen Partitionierung das Risiko, die Modellintention der Nichtexklusion zu konterkarieren und Effekte zu unter- oder überschätzen. In der quantitativen Evaluation wurde daher in kritischer Abwägung sowohl auf die rechnerische Homogenisierung der beiden vorgegebenen Sozialraumgebiete als auch auf ein Matching der Versicherten Gruppen verzichtet. Eine Korrektur erfolgte lediglich bei den in diesem Beitrag nicht näher beleuchteten Indikatoren mit Chronikerbezug.

Gleichwohl bleibt unbestritten, dass Standardisierungen und Zielgruppenanalysen für eine aktive Versorgungssteuerung unverzichtbar sind. Zudem beinhaltet die Nichtanwendung dieser Verfahren das Manko, dass unmittelbare Kausalitätszuschreibungen beobachteter Effekten nur noch bedingt möglich sind. Allerdings kann auch bei ausschließlicher Betrachtung unkorrigierter Daten dann ein Wirkzusammenhang unterstellt werden, wenn die Rahmenbedingungen in den zu vergleichenden Räumen bis auf die Etablierung/ Nichtetablierung der Interventionsstruktur in der Projektzeit keinen relevanten Veränderungen unterliegen. Diese Voraussetzung ist bei der vorliegenden Evaluation der Kummerei gegeben.

Die Antworten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden Evaluationen zusammengefasst dargestellt, wobei die quantitativen Auswertungen (Primär- und Sekundärdatenanalyse) in den Mittelpunkt der Synopse gestellt sind. Aus Platzgründen werden allerdings auch diese nur auszugsweise wiedergegeben. Die konkrete Auswahl der hier berücksichtigten Daten und In-

Tab. 1: Medizinisches Indikatorenset zur Beschreibung der sozialräumlichen Gesundheitslage

Morbidity		
M1	* Anteil Vers. mit chron. Erkrankung (DM, HI, COPD)	/allen Versicherten
M2	* Anteil Vers. mit Diagnose F20-69	/allen Versicherten
Versorgung		
M3	* Wahrnehmungsquote Vorsorge (HPV + Prostata)	/alle Versicherte W>20 Jahre und M>45 Jahre
M4	* Anteil Vers. ≥60 Jahre mit Influenzaimpfung	/alle Versicherten ≥60 Jahre
M5	* Teilnahmequote DMP COPD	/allen Versicherten mit COPD
M6	* Verschreibungshäufigkeit Antidepressiva ohne F-Diagnose	/allen Versicherten ohne F-Diagnose
System		
M7	* Anteil Vers. ≥50 Jahre ohne HA/FA-Besuch in 12 Monaten	/allen Versicherten ≥50 Jahre
M8	* Anteil Vers. mit >30 HA/FA-Besuchen/ 4 Quartale	/allen Versicherten
M9	* Inanspruchnahmerate Ärztlicher Notdienst	/Versicherte/Jahr
M10	* Inanspruchnahmerate Notfallambulanz	/Versicherte/Jahr
M11	* Summe stationärer Behandlungstage	/Versicherte/Jahr
M12	* Anteil Vers. mit ≥3 KH-Aufnahme innerhalb 12 Monaten	/allen Versicherten mit KH-Aufnahme
M13	* Anteil ASK an KH- Aufnahmen	/allen KH- Aufnahmen/Jahr
Kosten		
M14	* Summe KH- Ausgaben	/Versicherte/Jahr
M15	* Summe Gesamtausgaben	/Versicherte/Jahr

DM=Diabetes Mellitus; HI=Herzinsuffizienz; COPD=Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; F-Diagnose=ICD10 F20-F69; HPV=Humanes Papillom Virus; ACE=ACE-Hemmer; Sart=Sartane; MRA=Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist; HA=Hausarzt; FA=Facharzt; KH=Krankenhaus; ASK=Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

© iEVF 2025

Quelle: iEVF 2025

dikatoren orientiert sich an der inhaltlichen Nähe zu dem Fragenkatalog. Die Gesamtergebnisse beider Evaluationen sowie Verfahrensdetails sind in den im Netz abrufbaren Berichten hinterlegt^{5,6}.

Formative Evaluation

Die formative Evaluation der Kümmererei hatte den Auftrag, die faktische Umsetzung des Konzeptes engmaschig zu verfolgen und zum Schlusspunkt 30.06.2024 Erreichtes mit den initialen Zielsetzungen abzugleichen. Unterschieden wurden dabei analog den Modelldimensionen die Handlungsfelder Fallarbeit, Entwicklung innovativer Lösungsansätze sowie Strukturimplikation. Die Evaluator_innen kommen bei der Gesamtbewertung zu einem uneingeschränkt positiven Urteil: „Insgesamt zeigte sich eine hohe Wirksamkeit der Kümmererei auf allen drei Ebenen. Die rechtskreisübergreifende Fallarbeit konnte klar herausgearbeitet werden, die Werkstatttrunden sind für die beteiligten

Akteure wertvolle Vernetzungsrunden mit einer hohen Lösungskapazität und die strukturpolitischen Aktivitäten wurden in der Onlinebefragung durchweg positiv bewertet.“^{5,6}

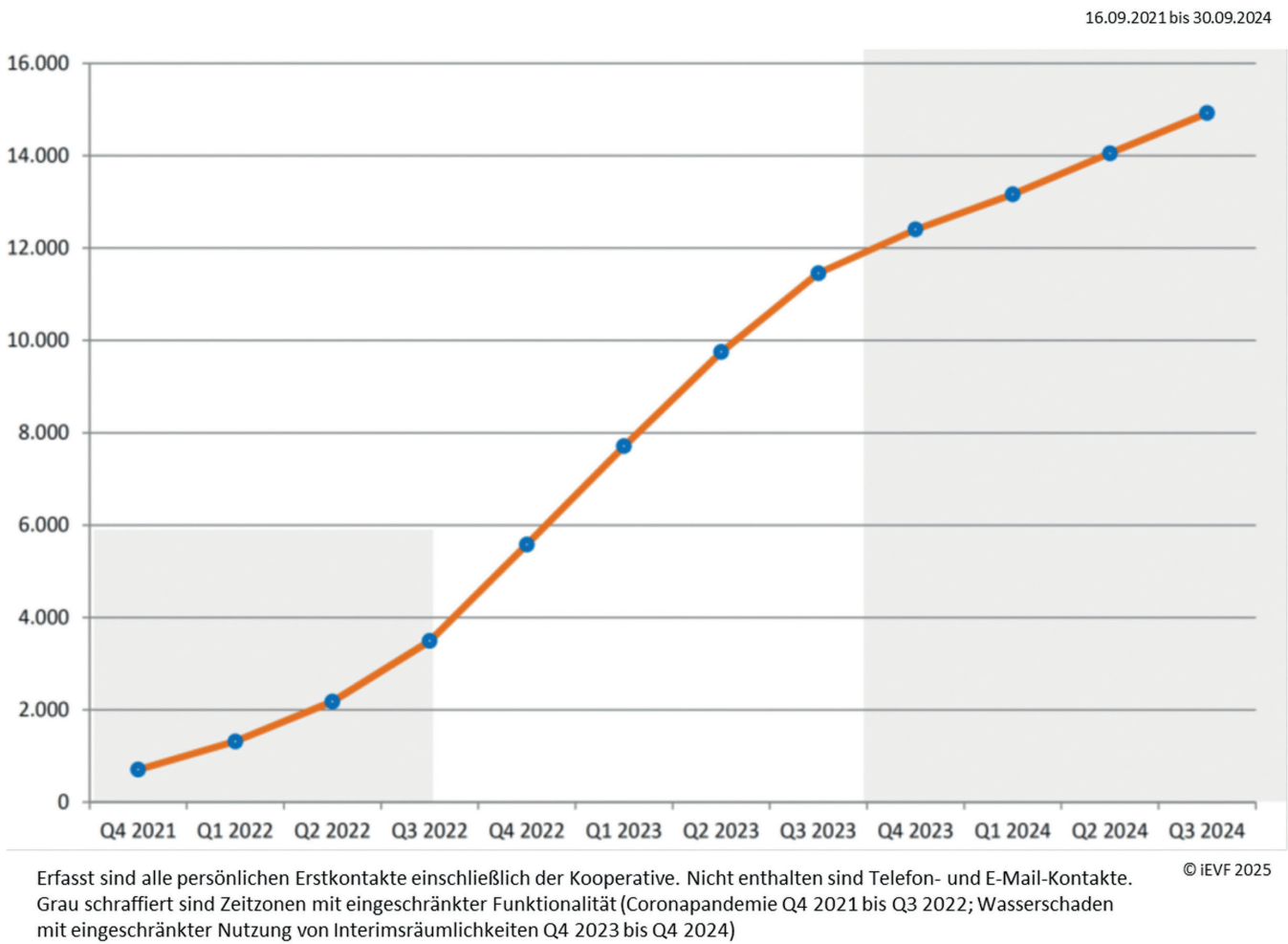
Primärdatenanalyse

In der Kümmererei selbst waren in dem 36-monatigen Beobachtungszeitraum vom 16.09.2021 bis zum 30.09.2024 11.262 persönliche Erstkontakte zu verzeichnen. Telefon- oder digitale Kontakte sind hierbei ebenso wie Wiedervorstellungen nicht berücksichtigt. Rechnet man die Kontaktzahlen der innerhalb der Kümmererei agierenden Kooperative hinzu, so wurde die Gesamtstruktur in drei Jahren von insgesamt 14.923 Bürger_innen erstmals persönlich aufgesucht. Im gleichen Zeitraum fanden zusätzlich 7.525 Folgekontakte statt. Abb.2 verdeutlicht, dass lediglich während der Coronapandemie und in der Phase der durch einen Wasserschaden eingeschränkten Funktionalität eine ge-

ringe Reduktion der Inanspruchnahme zu verzeichnen ist.

Infolge der hohen und mit den vorgehaltenen Ressourcen kaum zu bewältigenden Fallfrequenz erwies sich im Alltag eine administrative Triage als unausweichlich, zumal Erstkontakte möglichst unmittelbar bearbeitet und nicht in einer Termenschleife geparkt werden sollten. Letztendlich resultierte aus dieser Vorgabe eine Dreiteilung: Kurzkontakte mit schnell zu beantwortenden Anliegen (≤10 Minuten) werden von allen in der Kümmererei tätigen Mitarbeiter_innen beantwortet, um die übrigen Anfragen kümmern sich ausschließlich Gesundheitslotsinnen. Detaillierte Daten werden hierbei nur dann in der von HNC entwickelten Datenbank dokumentiert, wenn sich aus dem dann auch längeren Erstgespräch (>60 Minuten) ein komplexer, meist mit Folgeterminen einhergehender Handlungsbedarf ergibt. Die nachfolgend präsentierten Analyseergebnisse resultieren aus diesem, in der Datenbank dokumentierten „Kernkollektiv“ (N= 873).

Abb.2: dieKümmerei | Entwicklung Erstkontakte



Quelle: iEVF 2025

Hiernach wird dieKümmerei aktuell am häufigsten von Frauen (63%) im mittleren Alter zwischen 25 und 49 Jahren (53%) aufgesucht. Im Kernkollektiv besitzt nur jeder vierte die deutsche Staatsangehörigkeit und in nur 41% der Fälle konnten die Erstgespräche in deutscher Sprache geführt werden (Top 5-Liste s. Tab 2.). Im Abgleich mit dem Sozialraum ist dies ein nachdrücklicher Beleg für die Niedrigschwelligkeit und die gelungene Einbindung auch ansonsten nur schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen.

Der Top-Liste ist ebenfalls zu entnehmen, dass die Hauptanliegen vorrangig die Bereiche Versorgungskoordination und Kommunikation mit Praxen, Kliniken, Ämtern und Behörden betreffen –

dies korreliert mit der fragmentierten und organisational nicht sonderlich gesundheitskompetent aufgestellten Versorgungslandschaft. Die erfragten Auslöser für den Besuch derKümmerei wiederum zeigen den bestehenden und andernorts nicht deckbaren Unterstützungs- und Informationsbedarf, gleichzeitig aber auch die positiven Impuls- und

Netzwerkeffekte: Mehr als jeder Vierte suchte selbstständig Hilfe, die häufigsten Tippgeber waren Familie oder Personen aus dem weiteren persönlichen Umfeld und immerhin jede fünfte Klientin wurde vom Arzt oder einer sozialen Einrichtung an dieKümmerei verwiesen.

Um die zu erbringenden Leistungen sowohl inhaltlich als auch ressourcenbe-

Tab.2: dieKümmerei | Kontaktcharakteristiken

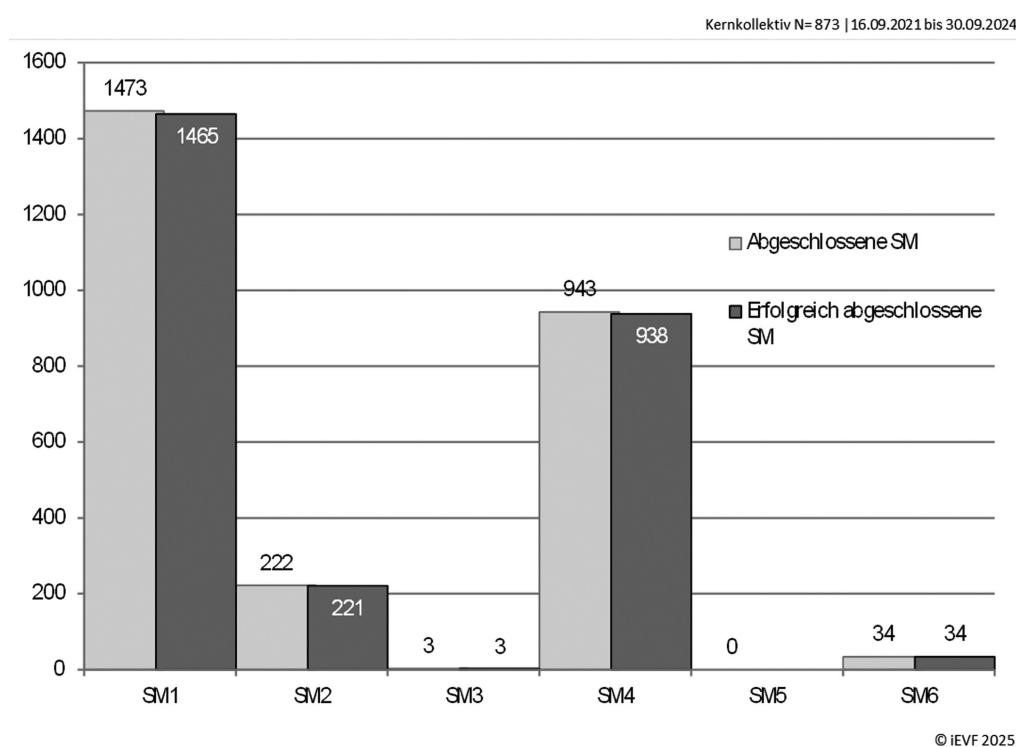
Kernkollektiv N= 873 | 16.09.2021 bis 30.09.2024

1. Staatsangehörigkeit		Dialogsprache		Anlass		Trigger		
1	Deutschland	25%	deutsch	41%	Versorgungskoordination	24%	Eigener Antrieb	27%
2	Afghanistan	11%	persisch	12%	Korrespondenz Ämter/ Behörden	16%	Persönliches Umfeld	25%
3	Irak	9%	arabisch	10%	Jobcenter / BA	10%	Soziale Dienste	11%
4	Iran	8%	englisch	10%	Bewältigungsunterstützung	8%	Arzt / Klinik	9%
5	Syrien	7%	dari/farsi	5%	Kommunikation Arzt / Klinik	8%	Familie	5%

© iEVF 2025

Quelle: iEVF 2025

Abb.3: dieKümmerei | Servicemodule (SM)- Verteilung und Erfolgsrate



Quelle: iEVF 2025

zogen besser einschätzen und analysieren zu können, arbeitet dieKümmerei mit Leistungskategorien, den sog. Servicemodulen. Diese gliedern sich wie folgt:

- Servicemodul 1 | Integrative Beratung und Vermittlung | Mittlere Dauer [MD] 42 Stunden
- Servicemodul 2 | Kommunikationsunterstützung bei Arzt- oder Behördenbesuch | MD 7 Tage
- Servicemodul 3 | Inhouse-Erstellung Medikationsplan | MD 20 Tage
- Servicemodul 4 | Komplexes Koordinationsmanagement | MD 46 Tage
- Servicemodul 5 | Überleitungsmanagement | keine Daten für MD
- Servicemodul 6 | Case Management bei chronischer Problematik | MD 300 Tage

Im Kernkollektiv wurden im Beobachtungszeitraum insgesamt 2.675 Services erbracht, davon konnten 2.661 erfolgreich abgeschlossen werden. Verteilung und Erfolgsrate der einzelnen Servicemodule sind Abb. 3 zu entnehmen. Im Rahmen der Services erfolgten insgesamt 1.021 Vermittlungen, d.h. Einbindungen sonstiger Akteure in die Fallbetreuung sowie 60 Fallübergaben. Die Misser-

folgsrate bei den netzwerkgestützten Kooperationen betrug 3,9%. Die Klientenzufriedenheit wurde jeweils am Ende eines Servicemodules mittels Fünferskala erhoben. Danach bewerteten 91% der Klient_innen Leistung und Ergebnis als sehr gut, 8% als gut, 0,9% als befriedigend und nur zwei Klientinnen als mangelhaft.

In derKümmerei vor Ort fanden zudem in Abstimmung und überwiegend in Kooperation mit Netzwerkpartnern 22 Schulungen und 6 Schulungsentwicklungsrunden statt, die thematisch auf den zuvor eruierten Bedarfen aufbauten. Zusätzlich wurden im Modellzeitraum 26 Informationsveranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt.

Auf der Entwicklungs- und Leitungsebene erfolgten unter transsystemischer Einbindung der thematisch relevanten Akteure 202 Netzwerkveranstaltungen, 50 Projektplanungs- und Management-sitzungen sowie 12 Werkstattstunden zur konzertierten Optimierung der Versorgungspfade und zur Entwicklung von Strukturverbesserungen. Ergänzend war dieKümmerei in insgesamt 77 Strukturentwicklungsrunden auf lokaler, kommunaler und Landesebene eingebunden.

Sekundärdatenanalyse

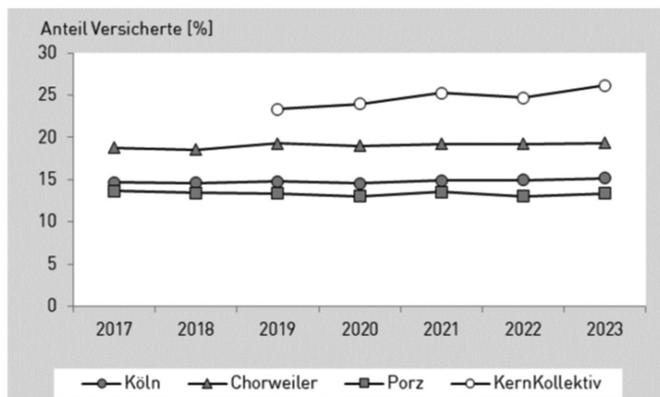
Nachfolgend werden als Auszug des evaluativen Abschlussberichtes die zeitabhängigen Veränderungen der Indikatoren M1 (Chronische Erkrankungen), M2 (Psychische Erkrankungen), M10 (Inanspruchnahme Notaufnahme), M11 (Stationäre Behandlungstage) und M15 (Gesamtkosten) näher erläutert. Erfassungszeitraum waren die Jahre 2017 bis einschließlich 2023. In den Abbildungen sind die Ergebnisse sowohl grafisch als auch tabellarisch dargestellt. Zusätzlich dort angeführt ist jeweils die prozentuale Änderung des Indikatorwertes über den Modellzeitraum (2019 bis 2023), die Bezugspopulation sowie die Operationalisierung. Verglichen werden gemäß vertraglicher

Vorgabe die drei bereits im Kapitel Methodik näher beschriebenen Sozialräume: der Modellraum Blumenberg/ Chorweiler/Seeberg-Nord (Chorweiler), der Sozialraum Porz-Ost/ Finkenberg/ Gremberghoven/Eil (Porz) sowie die Gesamtstadt Köln (Köln). Ergänzend in der Darstellung berücksichtigt sind die Daten des Kernkollektiv derKümmerei, d.h. der darin betreuten Klient_innen mit besonders intensivem Unterstützungsbedarf.

Ausweislich Abb.4 ist die Morbiditätslast in den drei Raumstrukturen ungleich verteilt: Der Modellraum zeigt hiernach nicht nur bei den chronischen, sondern auch bei den psychischen Erkrankungen die deutlich höchste Prävalenz. Diese wird nur übertroffen durch die in der Kontrollgruppe – ein Hinweis auf die Plausibilität des in derKümmerei gepflegten Triagemusters und der Ressourcenzuordnung. Auffällig ist darüber hinaus, dass Chorweiler bei dem Anteil psychisch Erkrankter auch die im Vergleich höchste Zuwachsrates aufweist. Das Chronikerniveau hingegen bleibt während des Modellzeitraums in den beobachteten Räumen bis auf einen geringen Anstieg in Köln weitgehend konstant.

Abb.4: Morbiditätslast Vergleichsräume

Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM/ HI/ COPD) | Indikator M1

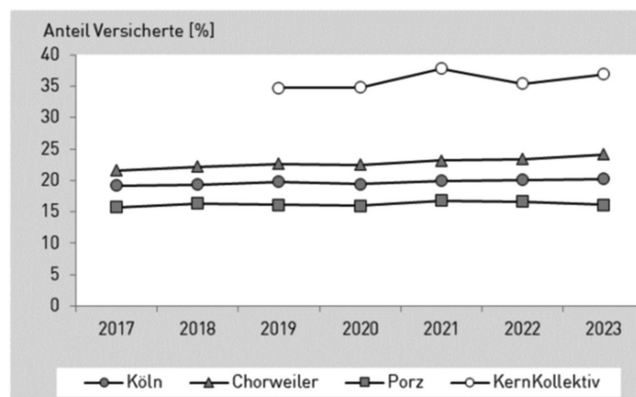


Jahr	Köln	Chorweiler	Porz
2017	14,7	18,8	13,7
2018	14,6	18,6	13,4
2019	14,8	19,3	13,4
2020	14,6	19,0	13,0
2021	14,9	19,2	13,6
2022	14,9	19,2	13,0
2023	15,2	19,4	13,4

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz
2019 -> 2023	+2,5%	+0,3%	+0,2%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens einer stationären Hauptdiagnose (ICD-Codes: DM=E10*-E14*, HI=I50*, COPD=J44*)

Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung | Indikator M2



Jahr	Köln	Chorweiler	Porz
2017	19,2	21,6	15,8
2018	19,3	22,2	16,3
2019	19,8	22,6	16,1
2020	19,4	22,5	15,9
2021	20,0	23,2	16,8
2022	20,1	23,4	16,7
2023	20,3	24,2	16,1

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz
2019 -> 2023	+2,3%	+6,7%	+0,1%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens einer stationären Hauptdiagnose (ICD-Codes: F2*, F3*, F4*, F5*, F6*)

© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Trotz der Krankheitsproblematik ist im Modellraum zwischen 2019 und 2023 mit 25% eine vergleichsweise drastische Reduktion der Inanspruchnahme der klinischen Notaufnahme zu verzeichnen (Abb.5). Dies ist umso überraschender, als diese Entwicklung nicht durch eine überschießende Nachfrage beim Ärztlichen Notdienst (M9) kompensiert wird, sondern auch diese im Vergleich mit Porz und Köln eine deutliche Abnahme aufweist⁶.

In Chorweiler zeigt ebenso die Summe der stationären Behandlungstage pro Versicherten den ausgeprägtesten Rückgang in der Modellphase (Abb.6). Dies steht im Einklang mit der hier nicht explizit dargestellten Beobachtung, dass im Modellraum auch der Anteil von Versicherten mit ≥ 3 Krankenhaus-Aufnahmen in 12 Monaten (M12) um 28% und damit deutlich stärker als in beiden Vergleichsräumen sinkt und gleichzeitig die Krankenhauskosten pro Versicherten (M14) in Chorweiler nahezu konstant bleiben, d.h. entgegen der Entwicklung in Porz und Köln keinen deutlichen Anstieg erkennen lassen⁶.

Ein überraschend positiver Trend ist auch bei den Gesamtausgaben pro Versicherten zu verzeichnen (Abb.7). Zwar lie-

Transparenz und Konnektivität sind entscheidende Katalysatoren: Erst aus der Einbindung der Bürgerschaft, der Abstimmung mit benachbarten Räumen und Akteuren, der unmittelbaren Kommunikation mit Politik und der Verlinkung mit den Entscheidungsebenen resultiert das Potential eines selbstlernenden Systems gesundheitlicher Versorgung.

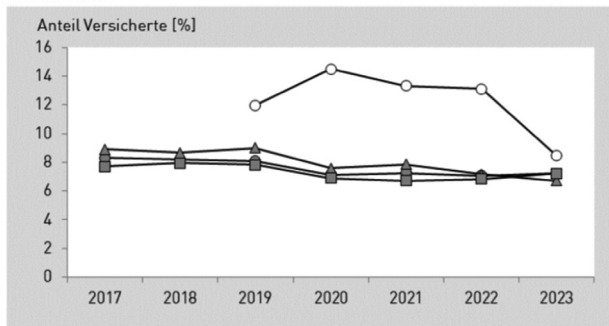
gen die Absolutkosten in Chorweiler auch 2023 noch gering über den in Köln und Porz, der erwartbare und in allen Räumen

deutliche Anstieg der Kosten zwischen 2019 und 2023 ist in Chorweiler jedoch mit plus 16,3% (Porz +19,8% / Köln 18,3%) am relativ geringsten ausgeprägt.

Über die hier angeführten Indikatoren hinaus zeigt die Evaluation bezogen auf Chorweiler positive Entwicklungen auch beim Anteil männlicher Versicherter mit Vorsorgeuntersuchung im Bereich der Prostata (M3b) sowie bei der Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva ohne F-Diagnose (M6). Über die Jahre gleichbleibender bzw. sogar zunehmender Verbesserungsbedarf hingegen besteht lediglich bei der Influenza-Impfung (≥ 60 Jahre; M4) sowie der HPV-Vorsorgeuntersuchung von Frauen ≥ 20 Jahre (M3a) – beides vor dem Hintergrund der im Modellraum vorherrschenden Ethnien sowie der darin tiefverankerten Impfskepsis keineswegs triviale Anforderungen.

Abb.5: Inanspruchnahme Notaufnahme

Indikator M10



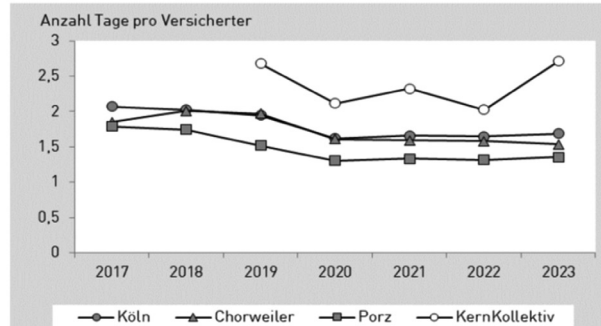
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	8,3	8,9	7,7	
2018	8,2	8,7	8,0	
2019	8,1	9,0	7,8	12,0
2020	7,1	7,6	6,9	14,5
2021	7,2	7,8	6,7	13,3
2022	7,1	7,2	6,8	13,1
2023	7,2	6,7	7,2	8,5
Änderung [%]				
2019 → 2023	-10,6%	-25,3%	-7,8%	-29,3%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Aufnahme im stationären Bereich mit Aufnahmespezifikation 07
© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Abb.6: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter

Indikator M11



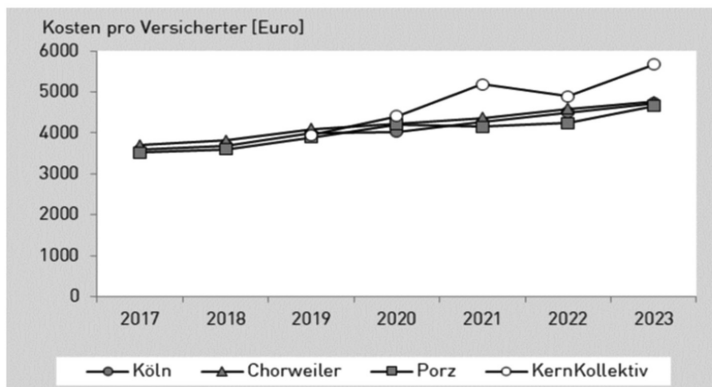
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,1	1,9	1,8	
2018	2,0	2,0	1,7	
2019	1,9	2,0	1,5	2,7
2020	1,6	1,6	1,3	2,1
2021	1,7	1,6	1,3	2,3
2022	1,6	1,6	1,3	2,0
2023	1,7	1,5	1,4	2,7
Änderung [%]				
2019 → 2023	-13,4%	-22,1%	-10,9%	+1,3%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung
© PMV 2025

Quelle: PMV2025

Abb.7: Gesamtausgaben pro Versicherter

Indikator M15



Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	3.589,22	3.704,76	3.525,49	
2018	3.693,96	3.814,66	3.598,95	
2019	3.997,90	4.096,29	3.889,10	3.952,71
2020	4.028,39	4.219,12	4.211,52	4.412,38
2021	4.269,29	4.366,94	4.147,87	5.183,39
2022	4.505,39	4.595,69	4.246,79	4.898,15
2023	4.728,04	4.764,02	4.659,60	5.677,14
Änderung [%]				
2019 → 2023	+18,3%	+16,3%	+19,8%	+43,6%

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte | Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche
© PMV 2025

Quelle: PMV2025

als die Funktionalität nicht nur des Stützpunktes während der Coronapandemie und durch einen zum Freizug der eigentlichen Räumlichkeiten zwingenden Wasserschieden über insgesamt 21 Monate erheblich eingeschränkt war, die Effekte somit teilweise sicher unterschätzt sind. Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass die Ergebnisse in einem Sozialraum mit besonders herausfordernder Soziodemografie und überdurchschnittlich hoher Morbiditätslast erzielt werden konnten.

Die Analyseergebnisse zeigen und sind gleichzeitig Ausdruck einer unerwartet hohen Akzeptanz des Modells auf Seiten von Bürger_innen und Akteuren. Sie belegen die Zielgenauigkeit des konzeptionell-operativen Ansatzes und die Erreichbarkeit und Motivierbarkeit ansonsten marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Darüber hinaus lässt die Sekundärdatenanalyse zwei wohl auch über die indirekten Impulse des mehrdimensionalen Modells getriggerte Effektschwerpunkte erkennen: Die Verbesserung der bedarfsgerechten Navigation und damit die Entlastung vorgehaltener Versorgungsstrukturen sowie die Reduktion der Kosten – ganz ohne repressiven Steuerungsansatz.

Neben der Einschätzung der aktiven Leistungsfähigkeit erlauben die Daten

Zusammengefasst beantworten die Ergebnisse beider Evaluationen sämtliche im Anforderungskatalog angeführten

Fragen positiv. Dies ist angesichts der nur kurzen Zeitschiene eher überraschend. Die Beobachtung erstaunt umso mehr,

gleichzeitig auch eine passive Lesung: Der durch vorhandene Institutionen, Angebote und Routinen nicht zielführend zu deckende Koordinations-, Kommunikations- und Kooperationsbedarf ist hoch – und zwar auf allen Ebenen, d.h. bei Bürger_innen ebenso wie bei Organisationen und Akteuren. Dies untermauert einmal mehr die Forderung nach einem mehrdimensional vernetzten und koordinierenden System-Interponat.

Das Resümee

DieKümmerei als komprimierter Pilot der Kölner Gesundheitsarchitektur ist ein ideeller, struktureller und operativer Gegenentwurf zu den gegenwärtigen Versorgungsmustern. Health in all Policies anstelle kurativer SGB-Isolierung, Regionalität vor Zentralismus, Verhältnisprävention sticht Verhaltensprävention, Rahmensetzung statt punktueller Lösungsversuche, Außensteuerung anstelle interner Regulierung, Zusammenarbeit statt Wettbewerb, Gesundheit als Demokratiewerkstatt und nicht als kafkaeske Monstranz. Und trotzdem oder vielleicht auch gerade deswegen trägt die Arbeit des Modells ausweislich der Evaluationsergebnisse Früchte – unerwartet in Ausmaß und Geschwindigkeit.

Wie kann das sein? Ist der Ansatz nicht viel zu komplex, zu unübersichtlich und damit kaum vermittelbar? Die evaluationsbelegten Erfahrungen und die Praxis sprechen hier eine klare Sprache: Die konzeptionelle Komplexität interessiert weder die Bürger_innen, die sich mit ihren gesundheitlichen Anliegen in der Kümmerei bestens aufgehoben fühlen, noch die Akteure gesundheitsrelevanter Branchen einschließlich der Kliniken und Praxen, die in der konzertierten Zusammenarbeit eine spürbare Entlastung und eine persönliche Wirkmächtigkeit fern der institutionell-bürokratischen Einschränkungen erfahren. Dazu passt auch die hohe Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiter_innen derKümmerei, die mit einer einzigen Ausnahme (dualer Studiengang Sozialpädagogik) ihren ursprünglichen medizinischen und sozialen Arbeitsfeldern bereits aus inhaltlicher Frustration den Rücken gekehrt hatten. In der gesellschaftlichen Realität und in der individuellen Wahrnehmung ist die Erkenntnis bereits angekommen: Herausforderungen der Moderne sind

per se komplex und bedürfen ebenso komplex konfigurierter, großdimensionierter und zugleich vermittelbarer Lösungen. Herkömmlich arbeitsteilige, fragmentierende und bürokratische Reaktionsmuster der Politik und der Systeme sind hier nachweislich überfordert. Perpetuierungsversuche laufen eher in das Risiko, die Akzeptanz der Institutionen und des Gemeinwesens als entscheidenden Säulen der Demokratie kontinuierlich weiter zu erodieren. Dies alles gilt auch und in besonderem Maße für das SGB-fixierte Gesundheitssystem in seiner zentralen Bedeutung für jede Bürgerin dieses Staates.

Warum aber waren bei anderen populationsbezogenen Versorgungsmodellen bislang keine vergleichbaren Effekte nachweisbar^{9,10}? Hier ist man geneigt, in leicht abgeänderter Form auf das Mantra Bill Clinton's zurückzugreifen: „It's the concept, stupid!“. Die herkömmlichen Modelle adressieren in erster Linie bestimmte Bevölkerungsgruppen – in der Regel Patientinnen – und erwarten über diese einen linearen Effekt in der Gesamtbevölkerung (indirekter Populationsbezug). Im Gegensatz dazu steht beim interventionellen Konzept der Kümmerei der soziale Lebensraum mit allen darin beheimateten Bürger_innen, Akteuren und Organisationen im Fokus (direkter Populationsbezug). Analog der Mehrdimensionalität des Modells sind damit auch dessen präventive Impacts vielfältig und werden über die systemübergreifenden Netzwerke im Raum gespiegelt, multipliziert und potenziert. Die Einzelfallarbeit ist demzufolge nur ein kleiner Teil des operativen Portfolios und dient neben der Problemlösung vorrangig der konkreten Bedarfsermittlung, die ihrerseits Ausgangspunkt ist für die regionalen Entwicklungsrunden. Der beschriebene Surround-Faktor dürfte der letztlich entscheidende Treiber für die evaluierten Effekte sein und auch am ehesten erklären, warum diese anders als erwartet bereits nach relativ kurzen Beobachtungszeiträumen (Sekundärdatenanalyse: 4,5 Jahre Modell/ Primärdatenanalyse: drei Jahre nach lokaler Stützpunkteröffnung) und trotz Corona festzustellen sind.

Mit dem positiven Wirknachweis und den zwischenzeitlich gewonnenen Erfah-

rungen sind auch die gegenüber transformativen Ansätzen fast routinemäßig geäußerten Bedenken weitgehend ausgeräumt: Trotz der Komplexität ist das hier vorgestellte mehrdimensionale HiaP-Modell nachweislich und vollumfänglich umsetzbar. Ein kompetitiver Wettbewerb um die ohnehin knappen Personalressourcen ist damit nicht zwangsläufig verbunden. Im Gegenteil: Das neue Tätigkeitsfeld netzwerkgestützter, transsystemisch arbeitender Gesundheitslotsen eröffnet erfahrungsgemäß Möglichkeiten, bereits dem Gesundheitssystem nicht mehr zur Verfügung stehende Mitarbeiter_innen zurückzugewinnen. Und auch bei der Finanzierungsfrage ergeben sich ungeahnte Perspektiven. So lassen die Evaluationsdaten vermuten, dass allein aus dem medizinischen Sektor heraus

dieKümmerei ist ein ideeller, struktureller und operativer Gegenentwurf zu den gegenwärtigen Versorgungsmustern. Noch aber fehlt der politische Mut, die notwendige System- und Strukturtransformation konsequent anzugehen.

eine entsprechende lokale Einrichtung nahezu kostenneutral etabliert und betrieben werden könnte – auch wenn dies weder der HiaP-Ausrichtung noch der Mitverantwortung der kommunalen Körperschaften entspräche. Ergänzende und durchaus realistische Ansätze wie die Kontrahierung der Krankenkassen, solidarische Finanzierungskonzepte im lokalen Rahmen sowie die auch in korrespondierenden Gesundheitsressorts (Soziales etc.) zu erwartenden kommunalen Einsparpotentiale sind hier noch nicht berücksichtigt.

Ungeachtet dieser Überlegungen nimmt der politische Rechtfertigungsdruck in dem immer weiter an den Rand seiner Funktionsfähigkeit gedrängten Gesundheitssystem kontinuierlich zu. Es bleibt zu hoffen, dass der hier erstmals vorgelegte Wirknachweis eines mehrdimensionalen HiaP-Modells die Diskussion über angemessene und machbare Strategievarianten beflügelt und

das Erfordernis einer systemischen Gesundheitskompetenz unterstreicht. Was derzeit noch fehlt ist der politische Mut, eine notwendige System- und Strukturtransformation konsequent anzugehen und damit den Beckett'schen Knoten zu durchtrennen: „Wladimir: *‘Im Grunde ändert sich nichts’*. Estragon: *‘Nichts zu machen’*“¹¹.

Literaturverzeichnis

- [1] Kolpatzik, K., Bollweg, T., Fretian, A., Okan, O. (2025). Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024. Ergebnisbericht. Technische Universität München. School of Medicine and Health. Department of Health and Sport Sciences. WHO Collaborating Center for Health Literacy. München. DOI: <https://doi.org/10.14459/2025md1772956>
- [2] Wiesing, U., Scherere, M. (2025). Weichen für eine nachhaltige Gesundheitspolitik stellen. Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health. Standpunkte 06.05.2025. https://background.tagesspiegel.de/gesundheits-und-e-health/briefing/weichen-fuer-eine-nachhaltige-gesundheitspolitik-stellen?utm_source=bgge+vorschau&utm_medium=email
- [3] Zeeb, H., Loss, J., Starke, D., Altgeld, T., Moebus, S., Geffert, K., Gerhardus, A. (2025). Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *Lancet Public Health*. Published online March 3 (2025). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7)
- [4] Höpp, HW., Mohrmann, M., Rau, H., Nießen, J., Schlanstedt, G., Altin, S., Wehner, C., Skimutis, B. (2023). Gesundheitskiosk, Gesundheitsregionen – und dann? G+S 4-5, 93-99
- [5] Leitner, S., Schütte, JD. (2025) dieKümmerei – Ein sektorenübergreifendes Unterstützungsarrangement in Köln-Chorweiler. Abschlussbericht zum evaluativen Lehrforschungsprojekt. Abrufbar unter: https://www.th-koeln.de/angewandte-sozialwissenschaften/diekummerei_116321.php
- [6] Ihle, P., Höpp, HW. (2025). dieKümmerei – eine quantitative Wirkungsanalyse. PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln. Abrufbar unter: <https://www.pmvforschungsgruppe.de/projekte/diekummerei.html>
- [7] Delbecq, AL, van de Ven, AH. (1971). A group process model for problem identification and program planning. *The Journal of Applied Behavioral Science* 7 (4), 466-492.
- [8] Stegemann, T. (2020). Lebenslagen in Sozialräumen auf einen Blick: Indizes in der kommunalen Berichterstattung. G.I.B. Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH, Bottrop. ISSN-Nr. 1866-0401
- [9] Wild, EM., Schreyögg, J., Golubinski, V., Röss, V., Schmidt, H. (2020). Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. Evaluationsbericht INVEST Billstedt/Horn/ 01NVF16025. Abrufbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf
- [10] Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., Günster, C., Dröge, P., Klöss, A., Farin-Glattacker, E., Graf E., Geraedts, M. (2021). Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system „Gesundes Kinzigtal“. *Dtsch Arztebl Int* 118: 465–72. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0163
- [11] Beckett, S. (1981). Warten auf Godot. Deutsche Übertragung Elmar Tophoven. In: *Dramatische Dichtungen* 1. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, 37

Danksagung: Die Autoren danken Stefan Lopez Seijas, AOK Rheinland/Hamburg, für die aggregierten Routinedaten sowie Frau Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe, für wertvolle Anregungen zum Manuskript.