

# dieKümmerei Evaluationsbericht

Teil A  
Eine quantitative Wirkungsanalyse

## **Autoren**

Dr. Peter Ihle  
PMV forschungsgruppe  
an der Medizinischen Fakultät  
und Universitätsklinikum Köln (AÖR)

Prof. Dr. Hans W. Höpp  
iEVF Institut für anwendungsnahe Entwicklungs-  
und Versorgungsforschung gGmbH Köln

## **Dank**

an Stefan Lopez Seijas, AOK Rheinland/Hamburg,  
für die Auswertung der Routinedaten und Übermittlung  
der aggregierten Ergebnistabellen.

in besonderem Maße an Dr. Ingrid Schubert,  
PMV forschungsgruppe, Köln, für kritische Durchsicht,  
Diskussion und Akzentuierung.

März 2025

**Copyright 2025**

<b>1</b>	<b>Die Ausgangslage</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Die Aufgabenstellung</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Die Sozialräume</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>dieKümmerei</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Die Primärdatenanalyse</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Das Zwischenfazit</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Das IndikatorenSet</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>Die Sekundärdatenanalyse</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>Das Resümee</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Der Anhang</b>	<b>64</b>

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Strukturelle Eckdaten der Sozialraumgebiete Blumenberg/Chorweiler/ Seeberg-Nord (SR BCS) und Porz-Ost/Finkenbergl/ Gremberghoven/Eil (SR PFGE) sowie der Stadt Köln	5
Tab. 2	Statistische Quartiere in Zuordnung zu den Sozialräumen BCS und PFGE	6
Tab. 3	Top 10- Liste der 1. Staatsangehörigkeit sowie der in der Kommunikation mit derKümmerei verwendeten Dialogsprache	17
Tab. 4	Top 10-Liste der Besuchstrigger sowie des initialen Anlasses	18
Tab. 5	Medizinische Indikatoren des finalen hybriden IndikatorenSets zur kleinräumigen Einschätzung gesundheitlicher Lagen.	31
Tab. 6	Indikator 17: Summe stationärer Behandlungstage	50
Tab. 7	Indikator 22: Summe Krankenhaus-Ausgaben	54
Tab. 8	Indikator 24: Summe Gesamtausgaben	57
Tab. 9	Liste der analysierten Indikatoren	65

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Lage der Sozialraumgebiete	4
Abb. 2	dieKümmerei: Struktur und Portfolio	7
Abb. 3	Dokumentationsformen und -regeln	11
Abb. 4	Anzahl und Entwicklung der Erstkontakte	13
Abb. 5	Zuordnung Erstkontakte	14
Abb. 6	Vergleichende Darstellung der Altersklassen- und Geschlechtsverteilung	15
Abb. 7	Verteilung Kostenträger im Kernkollektiv	16
Abb. 8	Inanspruchnahme und Erfolgsrate der Servicemodule im Kernkollektiv	19
Abb. 9	Häufigkeit und Erfolg von Vermittlungen und Überleitungen im Kernkollektiv	20
Abb. 10	Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung nach Abschluss der im Kernkollektiv erfolgten Servicemodule (n=2.675).	20
Abb. 11	Umfang und Kategorisierung der in derKümmerei erfolgten Initiativen	21
Abb. 12	Differenzierung Schulungsinitiativen	22
Abb. 13	Differenzierung informationeller Initiativen	22
Abb. 14	Netzwerkaktivitäten	23
Abb. 15	Projekte	24

Abb. 16	Entwicklungsrunden	24
Abb. 17	Empfehlungsliste medizinischer Indikatoren mit Kategorisierung und Indexzuordnung.	29
Abb. 18	Indikator 9: Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM, HI, COPD)	35
Abb. 19	Indikator 13: Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung	36
Abb. 20	Indikator 4a: Anteil weiblicher Versicherte ( $\geq 20$ Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich HPV	38
Abb. 21	Indikator 4b: Anteil männlicher Versicherte ( $\geq 45$ Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Prostata	39
Abb. 22	Indikator 7: Anteil Versicherte ( $\geq 60$ Jahre) mit Influenzaimpfung	40
Abb. 23	Indikator 11: Anteil Versicherte, die in DMP (COPD) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose	41
Abb. 24	Indikator 14: Verschreibungshäufigkeit Versicherte mit Antidepressiva ohne F-Diagnose	42
Abb. 25	Indikator 3: Anteil Versicherte ( $\geq 50$ Jahre) ohne Haus- und Facharztbesuch	44
Abb. 26	Indikator 6: Anteil Versicherte ( $\geq 18$ Jahre) mit $> 30$ Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale	46
Abb. 27	Indikator 15: Inanspruchnahme Notfallambulanz	48
Abb. 28	Indikator 16: Inanspruchnahme ärztlicher Notdienst	49
Abb. 29	Indikator 17: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter	51
Abb. 30	Indikator 17: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter - Chroniker korrigiert	52
Abb. 31	Indikator 18: Anteil Versicherte mit $\geq 3$ KH-Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten	53
Abb. 32	Indikator 22: Krankenhaus-Ausgaben pro Versicherter	55
Abb. 33	Indikator 22: Krankenhausausgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert	56
Abb. 34	Indikator 24: Gesamtausgaben pro Versicherter	58
Abb. 35	Indikator 24: Gesamtausgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert	59

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist überwiegend diagnostisch-therapeutisch ausgerichtet. Nicht primär medizinische Determinanten von Gesundheit spielen in der aktuellen Gesundheitspolitik ebenso wie in der alltäglichen Versorgungspraxis eine nur untergeordnete Rolle. Diese fragmentarische Sicht trägt nicht nur entscheidend zur ernüchternden Kosten-Wirkungs-Diskrepanz bei, sondern erklärt auch das weitgehende Versagen bisher rein intrasystemischer Optimierungsansätze. Eine zukunftsfähige Systemtransformation ist ohne die Operationalisierung von Gesundheit als politische und organisatorische Querschnittsaufgabe sowie ohne die Neugewichtung der Verhältnisprävention nur schwer vorstellbar.

Für einen strukturellen Paradigmenwechsel hin zu einem konsequenten Health in all Policies (HIAP)-Ansatz<sup>1</sup> liegen in Deutschland aktuell aber nur wenige Konzepte und so gut wie keine Erfahrungen vor. In der Folge ist es daher keineswegs überraschend, dass auch für die Wirksamkeitsbewertung entsprechender Ansätze bislang kein Evaluationsstandard existiert. Insofern drängen sich angesichts einer perspektivisch wünschenswerten Reformierung des Gesundheitssystems bereits auf evaluatorischer Ebene zwei wesentliche Fragen auf:

- Sind Routinedaten ein geeignetes Vehikel, um eine gesundheitssystemische Wirkung auch bei HIAP-orientierter Intervention abzubilden?
- Welchen Beitrag können Routinedaten in Kombination mit welchen Primärdaten liefern, um sozialräumliche Gesundheitslagen in der Balance zwischen Differenzierung und Vereinfachung möglichst treffsicher zu beschreiben?

Neben der im Mittelpunkt stehenden Wirksamkeitsanalyse der Kümmererei wird sich der vorliegende Bericht begleitend auch diese beiden methodischen Aspekten widmen.

---

<sup>1</sup> BZgA-Leitbegriffe: Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP).

Auf dem Boden eines zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der HNC HerzNetzCenter GmbH Köln geschlossenen Vertrages zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V setzt die Kümmererei seit dem 01. Juli 2019 im Kölner Norden ein von HNC entwickeltes, HIAP-orientiertes Struktur- und Funktionsmodell um. Dieses zielt darauf ab, die gesundheitliche Versorgung in dem Kölner Sozialraumgebiet Blumenberg/ Chorweiler/Seeberg-Nord systemübergreifend zu organisieren und bündelt Politik, Kostenträger (seit 01. Sep. 2021 auch die IKK classic), Versorgungseinrichtungen, Akteure und Vertreter der Zivilgesellschaft in Netzwerken.

Zur Bewertung der Modelleffekte hat die PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln als externer Evaluator die Aufgabe übernommen, bis Ende 2025

- die anonymisierten und aggregierten Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg für das Sozialraumgebiet Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord, den Vergleichssozialraum Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil und der Stadt Köln sowie die nicht personenbezogenen Prozessdaten der Kümmererei zu analysieren,
- die AOK-Routinedaten mit Daten der Stadt Köln entsprechend der benannten Stadtteile, Sozialräume sowie statistischen Quartiere zu verknüpfen,
- und einen Abschlussbericht über die Evaluationsergebnisse in Form des hier vorgelegten Evaluationsberichtes zu erstellen.

Dabei liegt der Fokus der Evaluation vertragsgemäß auf folgenden Fragestellungen:

- a) Welche Wirkung entfaltet die Arbeit der Kümmererei in der Population?
- b) Wie ist die individuelle Akzeptanz im Hinblick auf die Inanspruchnahme der teilnehmenden Versicherten sowie der regionalen Akteure und sind diese mit dem besonderen Versorgungsangebot zufrieden?
- c) Wie hoch ist der Einbindungsgrad vulnerabler Gruppen?
- d) Wie zeigt sich die systemische Wirksamkeit?

Bzgl. der in Frage (b) adressierten Akteursakzeptanz und -zufriedenheit sei auf die zwischenzeitlich bereits vorliegende formative Evaluation des Instituts für Sozialpolitik und Sozialmanagement der TH Köln verwiesen (Policy letter | 24. Sep. 2024 | abrufbar unter: <https://my.hidrive.com/lnk/DCwTzrYOa>). Dieser Teilaspekt ist insoweit nicht zentraler Gegenstand des hier vorliegenden quantitativen Evaluationsberichtes, wird aber in Kapitel 5 (Primärdatenanalyse) ergänzend behandelt.

Aufgrund der sich zuspitzenden Versorgungs- und Finanzierungslage im Gesundheitswesen sowie des Fehlens belastbarer Transformationsansätze hat sich der Evaluator in Abstimmung mit dem HNC HerzNetzCenter dazu entschlossen, die Primär- und Routinedatenanalyse zeitlich vorzuziehen und in Form des vorliegenden Evaluationsberichtes Teil A zu veröffentlichen. Teil B des Evaluationsberichtes wird hierauf aufbauend speziell den Aspekt eines hybriden, also medizinische und soziale Daten implementierenden Gesundheitsindex thematisieren und Ende 2025 erscheinen.

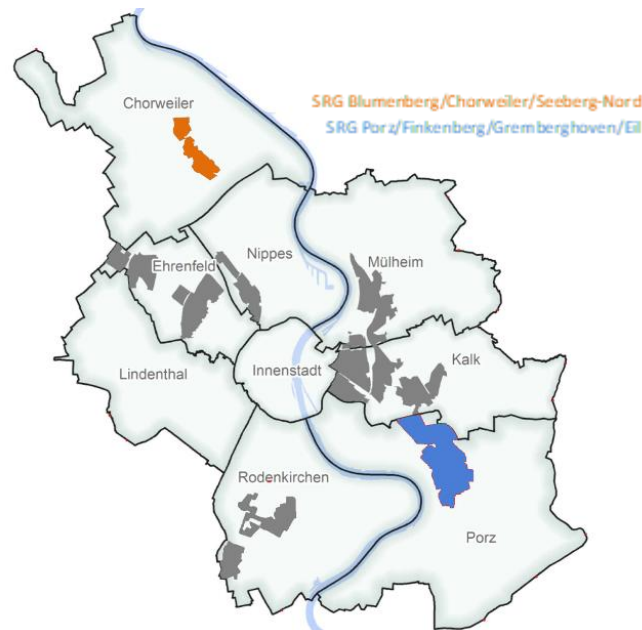
Der für die Evaluation relevante strukturelle und funktionale Rahmen derKümmerei wird in den beiden nachfolgenden Kapiteln näher erläutert.



Fixpunkt des HIAP-orientierten Modellkonzeptes der KÜmmerei ist die sozial-räumliche Gesundheitslage und damit die gesundheitsrelevante Lebenswelt der im Sozialraum lebenden Bürgerinnen und Bürger. In Abstimmung mit der Stadt Köln und der AOK Rheinland/Hamburg wurde als Modellregion das Sozialraumgebiet Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord (SR BCS) im Kölner Norden gewählt.

Abb. 1

### Lage der Sozialraumgebiete



© Stadt Köln2024

SR BCS ist eines der insgesamt 15 im Rahmen des städtischen Programms »Lebenswerte Veedel« etablierten Sozialraumgebiete mit erhöhtem Bedarf an unterstützenden Angeboten. Im politischen Handlungsfokus stehen hierbei analog zum städtischen Leitbild die Armutsbekämpfung sowie die Vermeidung von Ungleichheit. Bemerkenswert und zugleich paradigmatisch ist in diesem Zusammenhang, dass der Aspekt Gesundheit bei der Identifikation der Gebiete nur marginal und bei den aktuellen Themenfeldern des Kölner Sozialraummanagements überhaupt nicht berücksichtigt ist.

Für die Evaluation der Modelleffekte wurde als Vergleichsraum auf Vorschlag der Stadt Köln und in Abstimmung mit der AOK Rheinland/Hamburg das von den definierten Kölner Sozialräumen infrastrukturell sowie in den soziodemografischen Eckdaten am ehesten vergleichbare, in Abb. 1 blau gekennzeichnete Sozialraumgebiet Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil (SR PFGE) festgelegt. Als Bezugsebene beider Sozialraumgebiete diente die Gesamtstadt Köln inklusive BCS und PFGE.

Die Strukturcharakteristika der drei Stadträume sind in der nachfolgenden Tab. 3 zusammengefasst. Die Übersicht enthält die von der Stadt Köln sowie

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Eckdaten. Eine Zugriffsmöglichkeit auf weitere soziodemografische und sozioökonomische Merkmale bestand nicht. Der GSD-Index (German Index of socioeconomic Deprivation<sup>2</sup>) liegt für die beiden evaluationsrelevanten Sozialraumgebiete weder vor noch konnte aufgrund der lückenhaften Datenlage ein solcher berechnet werden. Mit Blick auf die Evaluation bedeutsam ist die Feststellung, dass im Gegensatz zum SR BCS eine Einrichtung wie die Kümmererei sowohl im Sozialraum PFGE als auch im übrigen Köln nicht besteht und im Beobachtungszeitraum nicht etabliert wurde. Ebenso sind in beiden Sozialraumgebieten im genannten Zeitrahmen keine Änderungen der versorgungsrelevanten Infrastruktur erfolgt (z. B. Klinikschließungen etc.).

Tab. 1

**Strukturelle Eckdaten der Sozialraumgebiete Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord (SR BCS) und Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil (SR PFGE) sowie der Stadt Köln**

Merkmal / Raum	BCS	PFGE	Köln
Größe [ha]	276	646	40500
Einwohner	27.068	24.333	1.095.520
Einwohner/Hektar	122	37	27
Anteil Bewohner mit Migartionshintergrund	74,5%	59,2%	37,8%
Jugendquotient	36,2%	34,3%	24,2%
Altersquotient	25,0%	31,5%	26,4%
Anteil Haushalte mit Kindern	32,8%	24,9%	18,5%
Anteil Alleinerziehende	25,4%	22,8%	23,0%
Arbeitslosenquote	15,7%	11,8%	8,1%
SGB II-Quote	29,9%	25,1%	13,1%
SGB II-Quote <15 Jahre	44,7%	38,5%	21,4%
Anteil Grundsicherung im Alter	30,1%	12,7%	7,6%
Gymnasialquote	20,7%	25,1%	39,9%
<b>Stadtteilebene</b>	Chorweiler	Finkenberg	Köln
Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021	43,9%	54,7%	77,8%
<b>Bezirksebene</b>	Chorweiler	Porz	Köln
Hausärzte Verhältniszahl	2.414	1.958	1.584

Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln / KVNO

© iEVF 2025

Altersquotient: Anzahl Einwohner:innen  $\geq 65$  Jahre/ Anzahl der 20-64-Jährigen  
SGB II: Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende

Sozialraumgebiete stellen in Köln eigenständige, sozialdatenkodierte Raumkonstrukte dar, die jeweils mehrere Stadtteile in zum Teil reduziertem Umfang umfassen und weder mit der städtischen Raumsystematik (9 Stadtbezirke, 86 Stadtteile) noch mit Postleitzahlgebieten deckungsgleich sind. Sowohl in der Konfiguration als auch in den kleinräumigen Charakteristika beschreibbar sind sie jedoch über die kleinsten datenschutzkonformen Raumeinheiten: Statistische Quartiere, die per Straßen und Hausnummern definiert sind. Hiernach

<sup>2</sup> Kroll LE, Schumann M, Hoebel J, Lampert T. Journal of Health Monitoring (2017). 2(2), 103-120. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-035

umfasst der Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/ Seeberg-Nord vierzehn, der Sozialraum Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil dreizehn Statistische Quartiere (Tab.2).

Im Rahmen der Evaluation wird diese im Kölner Amt für Stadtentwicklung und Statistik gepflegte Matrix auch dem von der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung gestellten aggregierten Datensatz zugrunde gelegt.

Tab. 2

Statistische Quartiere in Zuordnung zu den Sozialräumen BCS und PFGE

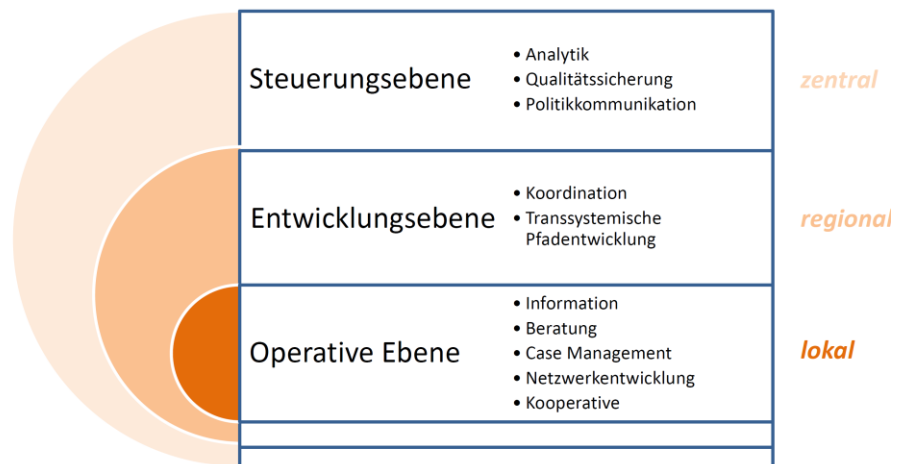
<b>10005 / Blumenberg, Chorweiler und Seeberg-Nord</b>
603010001 / Seeberg-Nord - Gustav-Heinemann-Schule
603010002 / Seeberg-Nord - Henry-Ford-Realschule
603010003 / Seeberg-Nord - Riphahnstr.
603010004 / Seeberg-Nord - Ludwig-Gies-Str.
609010001 / Chorweiler - Turkuplatz
609010002 / Chorweiler - Uppsalasteig
609010003 / Chorweiler - Osloer Str.
609020001 / Chorweiler-Nord - Usedomstr.
609020002 / Chorweiler-Nord - Weserplatz
609020003 / Chorweiler-Nord - Allerstr.
609020004 / Chorweiler-Nord - Heinrich-Böll-Gesamtschule
610010001 / Blumenberg - Michelsbergstr.
610010002 / Blumenberg - Staffelsbergstr.
610010003 / Blumenberg - St. Katharina
<b>10006 / Porz-Ost, Finkenberg, Gremberghoven und Eil</b>
704010001 / Gremberghoven - Auf dem Streitacker
704010002 / Gremberghoven - Rather Str.
705010001 / Eil-Süd - Duisburger Str.
705010002 / Eil-Süd - Kurt-Schumacher-Str.
705010003 / Eil-Süd - Wuppertaler Str.
705020001 / Eil - St.-Rochus-Str.
705020002 / Eil - Pfaffengäßchen
706030001 / Porz-Ost - Alfred-Nobel-Str.
706030002 / Porz-Ost - Im Porzer Feld
716010001 / Finkenberg - Genter Str.
716010002 / Finkenberg - Gesamtschule
716010003 / Finkenberg - Konrad-Adenauer-Str.
716010004 / Finkenberg - Lütticher Str.

© Stadt Köln 2024

DieKümmerei ist ein sozialraumbasierter und populationsbezogener Gesundheits-Hub. Das vom Institut für anwendungsnahe Entwicklungs- und Versorgungsforschung iEVF entwickelte und vom HNC HerzNetzCenter Köln (HNC) umgesetzte Modell verbindet in einer dreidimensionalen Struktur kleinräumige Versorgung mit den systemübergreifenden Prinzipien des Health in all Policies-Ansatzes<sup>3</sup>. Damit dient dieKümmerei als Reallabor und Motor für eine kommunale Versorgungsarchitektur kleinräumiger Gesundheitssteuerung.

Abb. 2

### dieKümmerei: Struktur und Portfolio



© iEVF 2025

Quellpunkt derKümmerei ist die zentral im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord gelegene operative Einheit. Diese stellt im Kern eine niedrigschwellige Einrichtung zur Information, Beratung und Begleitung im Sinne eines bedarfsadäquaten Fallmanagements dar. Zu den Aufgaben des sozialräumlichen Moduls zählen zudem die Förderung von systemischer, navigationaler<sup>4</sup> und gesundheitlicher Kompetenz sowie die Beteiligung an bereits bestehenden bzw. die Initiierung sowie das Management ggf. zusätzlich erforderlicher interdisziplinärer Netzwerke. Das Portfolio wird abgerundet durch die aus der Fallarbeit heraus generierte Identifikation lokaler Prozessbrüche und struktureller Defizite. Die operative Ebene derKümmerei besitzt damit zwar gewisse Schnittmengen mit dem auch im Rahmen des GVSG (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz)-Verfahrens zumindest kurzfristig avisierten Strukturelement des »Gesundheitskioskes«, geht aber in Leistungstiefe und -umfang ebenso wie in dem grundsätzlich transsystemischen Arbeitsmodus weit über dessen Aufgabenkatalog hinaus. Beispielhaft erwähnt sei in diesem Zusammenhang die im räumlichen Kontext etablierte »Kooperative«. Diese Räum-

<sup>3</sup>Geene, R., Köckler H, Trojan, A. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (2022). <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i032-2.0>

<sup>4</sup> Navigationale Gesundheitskompetenz - [nap-gesundheitskompetenz.de](http://nap-gesundheitskompetenz.de)

lichkeiten werden vergeben an Organisationen, Akteure und Angebote, die sich empirisch in den Versorgungspfaden als hochrelevant herausgestellt haben und die selbst im Sozialraum zu wenig sichtbar bzw. zugänglich sind oder in diesem überhaupt nicht vorgehalten werden. Genutzt wird diese Ergänzungs- und gelebte Netzwerkeinheit im Co-Working-Prinzip von 18 Organisationen – darunter Jobcenter, Familienkasse, Deutsche Rentenversicherung, Sozialpsychiatrisches Zentrum Köln, Rechts- und Schuldnerberatung, Migrationsberatung – mit 24 Unterstützungsangeboten. Da die in Chorweiler erfolgreich erprobte Struktur der Kooperative durch die Aufnahme anderer oder weiterer Funktionen und Disziplinen bis hin zu Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen den konkreten lokalen Bedarfen folgen kann, ist diese ein belastbarer Link zur ebenfalls gesetzgeberisch diskutierten Struktur des »Primärversorgungszentrums«.

Im Gegensatz zur lokal operativen agiert die Entwicklungseinheit derKümmerei auf überwiegend regionaler Ebene. Deren Aufgabenspektrum umfasst neben der detaillierten IST-Erhebung von Angebot und Bedarf in der Region die informationelle Bündelung und Koordination der Akteure sowie die Etablierung bürgerschaftlicher Beteiligungsformate. Unter Aufgreifen der lokal identifizierten prozessualen Probleme hat die Entwicklungsebene den Hauptauftrag, in interdisziplinären Werkstattgruppen konsistente, aufeinander abgestimmte Versorgungspfade zu entwickeln und entsprechende Handlungsroutinen zu etablieren. Die Entwicklungseinheit ist damit ein funktionales Analogon zu dem auch auf gesetzgeberischer Ebene diskutierten Strukturelement »Gesundheitsregion«.

Organisatorisch gelenkt wird das Gesamtkonstrukt derKümmerei über die zentrale Steuerungsebene. Diese verantwortet die Analytik, die strategische Agenda, das Leistungsmonitoring sowie das Organisations- und Qualitätsmanagement. Darüber hinaus fällt dieser Struktur die Aufgabe zu, valide Erfahrungen zu Etablierung, Praxis und Outcome auf die politische Plattform zu transferieren sowie kommunale Körperschaften in der Architekturentwicklung kleinräumiger Gesundheitssteuerung zu unterstützen<sup>5</sup>.

Angesichts der mehrdimensionalen Struktur und Funktionalität derKümmerei gilt es festzuhalten, dass die nachfolgende quantitative Analytik – im Gegensatz zur bereits erfolgten formativen Evaluation - vorrangig die lokal-operative Ebene und deren Leistungsspektrum abbildet. Bei der Routinedaten-gestützten Bewertung des Systemeffektes ist allerdings davon auszugehen, dass sich auch die sozialräumliche Arbeit der beiden übergeordneten Funktionsebenen derKümmerei in den Ergebnissen mit niederschlägt.

Davon unabhängig ist es zum besseren Verständnis der nachfolgenden Primär- und Sekundärdatenanalyse notwendig, einige strukturelle und operative Eck-

---

<sup>5</sup> Höpp HW, Mohrmann M, Rau H, Nießen J, Schlanstedt G, Altin S, Wehner C, Skimutis B. Gesundheitskiosk, Gesundheitsregionen – und dann? G+S 4-5 (2023), 93-99

punkte derKümmerei in ihrer Gestaltung als sozialräumliche Drehscheibe sowie im Workflow kurz zu konkretisieren:

#### *Modell nach §140a SGB V*

- Vertragsdauer 01.07. 2019 bis 31.12.2024
- Vertragspartner AOK Rheinland/Hamburg und IKK classic (seit 01.09.2021)
- Vertragliche Vorbereitungsphase 01.07.2019 bis 14.09.2021
- Vertragliche Modellphase nach Stützpunkteröffnung 15.09.2021 bis 31.12.2024
- Modellzeitraum insgesamt mit faktischer Sozialraumarbeit BCS ab 01.07.2019

#### *Finanzierung*

- AOK Rheinland/Hamburg/
- seit 1. Sep. 2021 zusätzlich IKKclassic
- Innenfinanzierung

#### *Agenda*

- Unabhängig und wettbewerbsneutral
- Transsystemischer lebensweltbezogener Ansatz (Medizin/Pflege/Bildung/Arbeit/Wohnen/Soziales)
- Exklusionsfreier sozialräumlicher Populationsbezug (alle Kostenträger, alle Bevölkerungsgruppen)
- Adressaten Bürgerschaft / Akteure / Politik

#### *Einrichtung und Lage*

- Offizielle Stützpunkteröffnung 16.09.2021
- Ebenerdige Fläche 150 qm / 4 Räume / zentrale Lage im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord.
- Vom 1. Nov. 2023 bis auf weiteres erhebliche Raum- und Funktionseinschränkungen infolge Wasserschadens und dadurch erforderlicher Interimsnutzung wesentlich kleinerer Räumlichkeiten.

#### *Zugänglichkeit*

- 6 Tage pro Woche/ 51 Stunden
- Im aktuellen Provisorium seit 1. Nov. 2023: 5 Tage pro Woche, 25 Stunden

#### *Personal*

- Sozialpädagogin als Leiterin
- 5 Gesundheitslotsen (4 mit medizinischem, 1 mit sozialpädagogischem Background) mit unterschiedlichen Weiterbildungsschwerpunkten
- 5 Kulturbereiche
- 14 Sprachen

#### *Arbeitsbereich und Arbeitsmodus*

- Fallbetreuung / Sozialraumanalytik / Struktur- und Prozessoptimierung
- Sozialräumlicher Koordinator, Sensor und Motor

- Stationär/ aufsuchend/ begleitend

#### *Leistungskategorien*

Um den Leistungsumfang einer auch im operativen Bereich komplexen Struktur wie derKümmerei besser beschreiben, einordnen und operationalisieren zu können wurden in Anlehnung an bereits gewonnene Erfahrungen transsystemische Leistungspakete sog. ›Servicemodule‹ definiert. Diese gliedern sich wie folgt:

- Servicemodul 1 Integrative Beratung und Vermittlung  
max. 1 Wiedervorstellung / max. Dauer  $\leq 2$  Tage
- Servicemodul 2 Kommunikationsunterstützung bei Arzt-/Behördenbesuch  
max. Dauer inkl. Vor- und Nachbereitung  $\leq 2$  Monate
- Servicemodul 3 In-house Erstellung Medikations-/Coachingplan  
max. Dauer inkl. Vor- und Nachbereitung  $\leq 3$  Wochen
- Servicemodul 4 Komplexe Koordination / Fallmanagement  
 $\geq 1$  Wiedervorstellung / max. Dauer  $\leq 3$  Monate
- Servicemodul 5 Überleitungsmanagement  
max. Dauer  $\leq 3$  Monate
- Servicemodul 6 Case Management und Coaching bei chronischer Problematik  
max. Dauer 18 Monate

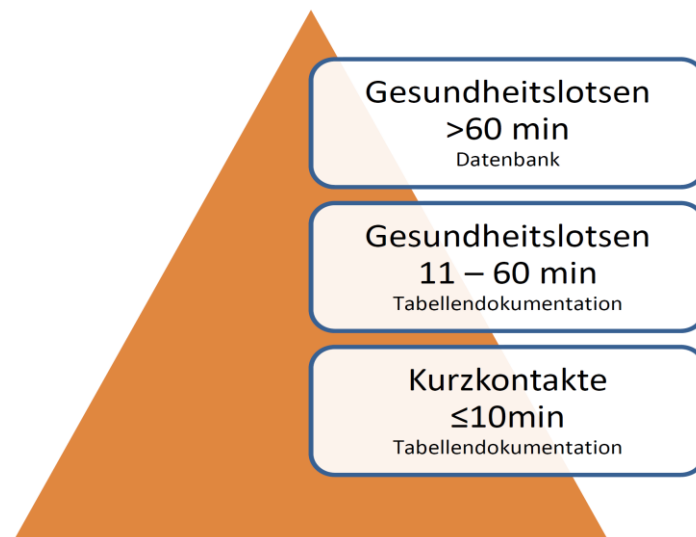
#### *Dokumentation*

Komplexe Fälle werden ebenso wie alle Werkstatttrunden, Informations- und Schulungsveranstaltungen, Initiativen und Kampagnen in einer eigens entwickelten interoperativen Datenbank (iGMS = integratives GesundheitsManagement-System) dokumentiert. Der entsprechende Workflow ist im nachfolgenden Kapitel detailliert beschrieben.

Für die Bewertung von Struktur, Prozessen und Output derKümmerei greift die hier vorgelegte quantitative Evaluation auf deren interne Dokumentationsroutinen zurück. Die Logik dieses Dokumentationssystems erschließt sich aus einem der zentralen Modellziele: Möglichst viele Bürger:innen mit bislang ungeklärten gesundheitlichen Fragen niedrigschwellig erreichen zu wollen heißt auch, Wartezeiten und Terminvergaben bei Erstkontakten möglichst zu vermeiden und eine sinnvolle Balance zwischen persönlicher Kommunikation und Administration anzustreben. Dabei ist zu bedenken, dass bei der vorherrschenden Klientel zugunsten der notwendigen Vertrauensbildung eine digitale Dokumentation meist nicht gesprächsbegleitend erfolgen kann, sondern gesondert im Anschluss daran durchgeführt werden muss. Es ist allerdings nicht zielführend, ein in der Sache vielleicht nur 15 Minuten benötigendes Klärungsgespräch durch eine zusätzliche, differenzierte Dokumentation auf ein Zeitfenster von insgesamt 30 bis 45 Minuten auszudehnen, da hierdurch 1-2 Klienten mit vergleichbarem Bedarf nicht beraten werden könnten. Vor diesem empirischen Hintergrund gelten in derKümmerei die in Abb. 3 veranschaulichten Dokumentationsregeln. Dabei handelt es sich bei der Tabellenkalkulation um eine anonyme Fallerfassung mit Kodierung des Geschlechts und der geschätzten Altersklasse (<18 J/ 18-34 J/ 35-64 J/ ≥65 J). Im Gegensatz zu dieser rudimentären »Strichliste« werden in der Datenbank iGMS nach entsprechender Einwilligungserklärung klientenbezogen eine Vielzahl an soziodemografischen und Prozessdaten dokumentiert, die für das bei den komplexen Fällen meist angezeigte Case Management und die Versorgungscoordination unverzichtbar sind.

Abb. 3

### Dokumentationsformen und -regeln



© iEVF 2025



Für die nachfolgende Auswertung wurde grundsätzlich auf beide Dokumentationssebenen, bei differenzierter Merkmalsbetrachtung jedoch ausschließlich auf die in der Datenbank dokumentierten Fälle (= »Kernkollektiv«) zurückgegriffen. Betrachtet wurde dabei – analog der vertraglich definierten Modellphase – das Zeitfenster von der offiziellen Eröffnung der Einrichtung (16. Sep. 2021) bis zum 30. Sep. 2024.

#### *Kontakte*

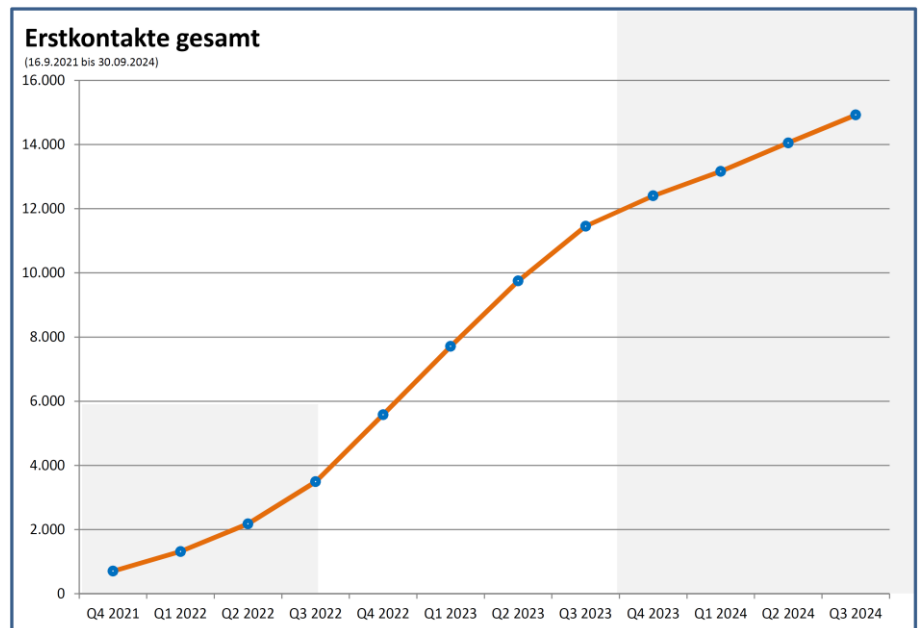
In den 36 Monaten Beobachtungszeitraum wurde dieKümmerei von insgesamt 14.923 Bürger:innen erstmals persönlich kontaktiert. Telefonische oder digitale Kontakte sind hierbei nicht berücksichtigt. Dies entspricht einer jährlichen physischen Erstkontakthäufigkeit von 4.974 oder – unter Zugrundelegung von 250 Arbeitstagen im Jahr – 20 Erstkontakten pro Arbeitstag. Klammert man die Kooperative mit 3.661 Erstkontakten aus und betrachtet lediglich dieKümmerei im engeren Sinne, so haben dort im Mittel 15 Erstkontakte/Arbeitstag stattgefunden. Bei Zurechnung der bei diesem Kollektiv im gleichen Zeitfenster zusätzlich bearbeiteten Folgekontakte (7.525) hat die operative, Gesundheitslotsen-basierte Einheit derKümmerei an jedem Arbeitstag unabhängig von Corona und räumlicher Problematik gemittelt 25 Kontakte bedient.

Allein über die aktive Erstkontaktierung derKümmerei wurden damit rechnerisch fast drei von vier (71%) der im Sozialraum lebenden 20.920 Bürger:innen  $\geq 18$  Jahren unmittelbar erreicht. Bezogen auf den Bezirk Chorweiler (66.936 Einwohner  $\geq 18$  Jahre) träfe dies auf jeden fünften zu (22%). Nicht berücksichtigt sind dabei die informellen Einbindungen über die ergänzenden Initiativen (siehe hierzu auch S. 21).

Bei der Betrachtung der Quartalerstkontakte im Zeitverlauf fällt auf, dass auch nach 3 Jahren noch kein Sättigungsniveau erreicht ist (Abb. 4). Darüber hinaus lässt die Kurve erkennen, dass die Coronapandemie und die damit verbundenen Einschränkungen die nach Eröffnung der Räumlichkeiten rapide ansteigende Nachfrage nur unwesentlich dämpfen konnte. Eine geringe Abflachung ist lediglich ab Q4 2023 und damit parallel zu dem am 01.11.2023 eingetretenen und bis heute noch nicht behobenen Wasserschaden zu verzeichnen. Gemessen an dem hierdurch notwendigen gewordenen Umzug in ein wesentlich kleineres, nur einen Raum umfassendes Provisorium sowie die dort erforderliche Reduktion der Öffnungszeiten ist die Delle der Inanspruchnahme jedoch außerordentlich gering.

Abb. 4

## Anzahl und Entwicklung der Erstkontakte

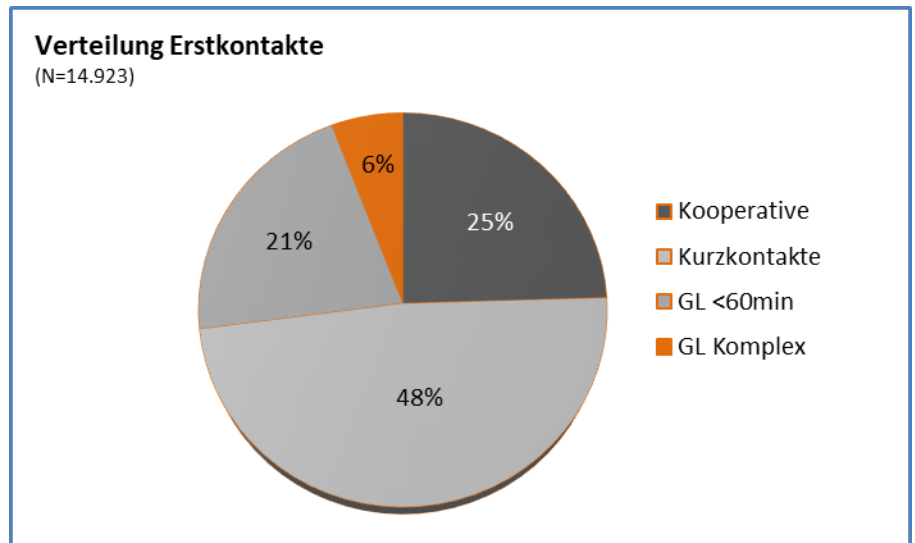


© iEVF 2025

Bei Zuordnung der Erstkontakte zu Strukturen und Bearbeitungsmodi ist zu erkennen, dass es sich in nahezu der Hälfte der Fälle um Kurzkontakte ( $\leq 10$  min) handelte, 21 Prozent der im Erstgespräch geäußerten Fragen von den Gesundheitslotsen in weniger als einer Stunde abschließend bearbeitet werden konnten und bei sechs Prozent der Klienten eine komplexe Problemlage mit einem damit einhergehenden höheren Zeit- und Unterstützungsaufwand bestand. Weitere 25 Prozent der Erstkontakte wurden problemorientiert unmittelbar durch Partner der in den gleichen Räumlichkeiten verorteten Kooperative weiterbetreut.

Abb. 5

## Zuordnung Erstkontakte



© iEVF 2025

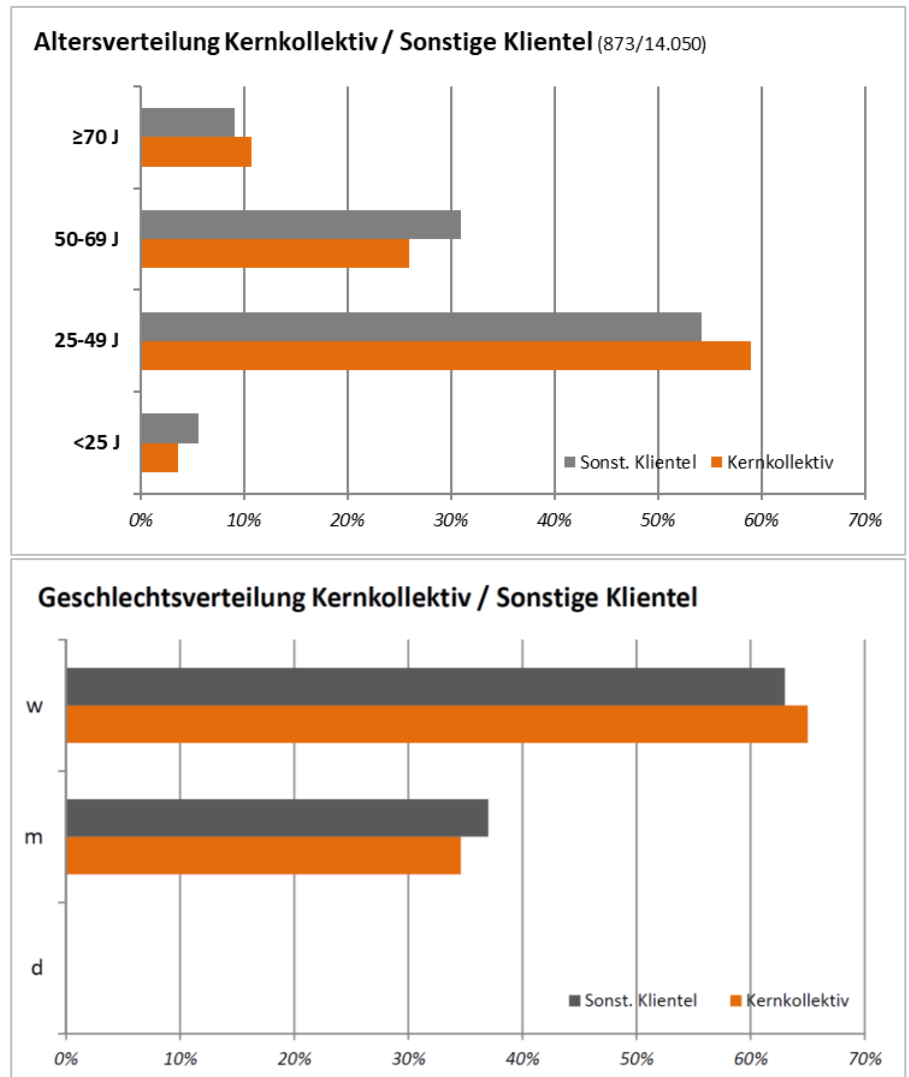
Der Schwerpunkt der weiteren Auswertung liegt aufgrund der Fallkomplexität und des überproportionalen Betreuungsaufwands auf der Klientengruppe mit detaillierter datenbankgestützter Dokumentation, welche als »Kernkollektiv« nachfolgend näher beschrieben wird.

*Kernkollektiv*

Zum Stichtag 30. Sep. 2024 umfasste diese Kohorte 873 Klienten. Im Vergleich zu den übrigen dieKümmerei persönlich aufsuchenden Klienten (»Sonstige Klientel«; n= 14.050) zeigten sich weder in der Alters- noch in der Geschlechtsverteilung relevante Unterschiede (Abb. 6).

Abb. 6

## Vergleichende Darstellung der Altersklassen- und Geschlechtsverteilung



© iEVF 2025

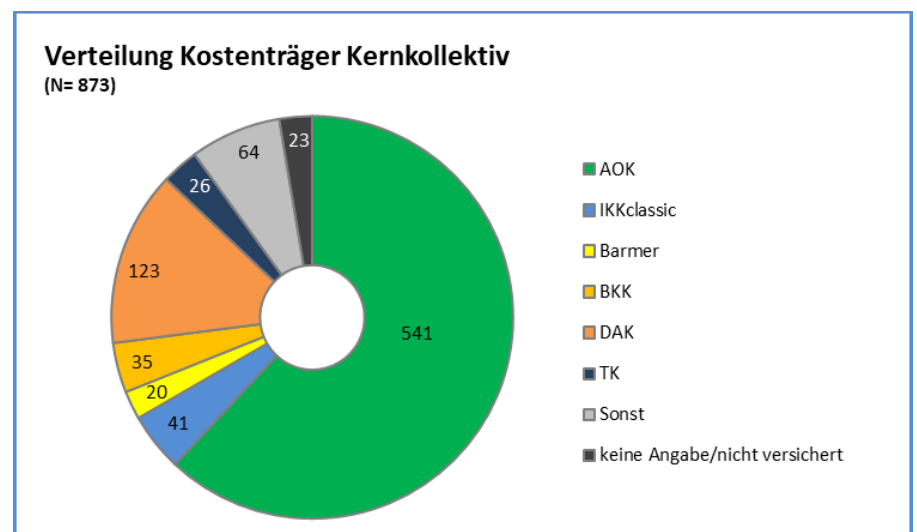
Generell wurde dieKümmerei am häufigsten von Frauen (63%) im mittleren Alter (25 bis 49 Jahre) aufgesucht. Der Anteil der Männer und junger Menschen unter 25 Jahren steigt in beiden Gruppen seit Q4/2022 langsam, aber stetig an. Die Inanspruchnahmerate derKümmerei durch Männer erreicht jedoch auch aktuell bei weitem noch nicht die im Sozialraum insgesamt bestehende Männerquote von 48 Prozent.

Ebenfalls diskrepant zwischen der Gesamtbevölkerung des Sozialraums und dem Kernkollektiv ist die Verteilung der Krankenversicherungen. Beträgt der Versichertenanteil der AOK Rheinland/Hamburg in der Gesamtpopulation des Sozialraums 40 Prozent, so sind bei der hier näher betrachteten Kohorte mit komplexer Problematik 62 Prozent der Klienten bei diesem Kostenträger ver-

sichert. Da im Modell weder eine gezielte Zuweisung noch eine selektierende Akquise von AOK Rheinland/Hamburg-Versicherten erfolgte, dürfte die im Kernkollektiv zu beobachtende Veränderung des Verteilungsmusters am ehesten auf eine generelle Agglomeration von Gesundheits- und Sozialrisiken bei der AOK Rheinland/Hamburg -Klientel zurückzuführen sein. Für die Überprüfung dieser Hypothese standen leider die hierfür notwendigen Sekundärdaten der anderen Kostenträger nicht zur Verfügung.

Abb. 7

#### Verteilung Kostenträger im Kernkollektiv



© iEVF 2025

Auch eine valide, morbiditätsbezogene Charakterisierung des Kernkollektivs innerhalb des AOK Rheinland/Hamburg -Versichertenpools ist an die Auswertung der entsprechenden Routinedaten gebunden; hierzu sei an dieser Stelle auf Kap. 8 (Die Sekundärdatenanalyse; S. 32ff) verwiesen. Bereits die nähere Betrachtung der Primärdaten kann jedoch Hinweise darauf geben, inwieweit und in welcher Gewichtung sich Bevölkerungsgruppen mit hohen Zugangshürden zum Gesundheits- und Sozialsystem auch im Spektrum derKümmerei und hier insbesondere im Kernkollektiv abbilden.

Tab. 3

**Top 10- Liste der 1. Staatsangehörigkeit sowie der in der Kommunikation mit derKümmerei verwendeten Dialogsprache**

1. Staatsangehörigkeit			Dialogsprache		
1	Deutschland	214	1	359	deutsch
2	Afghanistan	92	2	102	persisch
3	Irak	78	3	91	arabisch
4	Iran	73	4	88	englisch
5	Syrien	58	5	46	dari/farsi
6	Türkei	51	6	44	türkisch
7	Ukraine	27	7	26	afghanisch
8	Nigeria	26	8	23	polnisch
9	Ghana	23	9	27	russisch
10	Polen	22	10	19	französisch

© iEVF 2025

Der Anteil der Klienten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit beträgt im Kernkollektiv 75 Prozent und ist damit doppelt so hoch wie der entsprechende Wert im Sozialraum (37% Nichtdeutsche von allen Einwohner:innen mit Migrationshintergrund). Beachtung verdient zudem die Feststellung, dass im Kernkollektiv alle im Sozialraum präsenten Ethnien vertreten sind. Dies heißt im Umkehrschluss, dass keine Exklusionsmechanismen zu greifen und die im Sozialraum ansonsten durchaus bestehende Competition der unterschiedlichen Communities bei der Wahrnehmung des Angebots keine Rolle zu spielen scheinen. Erwartungsgemäß erwies sich die Vorhaltung der Kulturexperimenten und der jeweiligen Muttersprache in derKümmerei als entscheidende Voraussetzung für die Überwindung der Hemmschwellen und der Kommunikationshürden: Die persönlichen Gespräche als notwendige Grundvoraussetzung einer Unterstützung konnten nur in 41 Prozent der Fälle in deutscher Sprache geführt werden – und auch hier in etwa einem Drittel der Fälle nur bruchstückhaft und unterstützt mit der jeweiligen Muttersprache. Bei 59 Prozent des Kernkollektivs erfolgte der Dialog ausschließlich in einer nichtdeutschen Sprache.

Bei der Einschätzung nicht nur des Kernkollektivs, sondern auch der im Sozialraum bestehenden realen Bedarfe und potentiellen Dynamiken helfen zwei zusätzliche Fragestellungen:

- Was ist der Anlass für den Besuch in derKümmerei?
- Und was sind die zunächst in den Vordergrund des Unterstützungsgesuchs gestellten Probleme?

Tab. 4 Top 10-Liste der Besuchstrigger sowie des initialen Anlasses

Besuchstrigger			Primäranlass		
1	Eigener Antrieb	232	1	206	Versorgungskoordination (Case Management)
2	Persönliches Umfeld	218	2	139	Korrespondenz Ämter/Behörden/Sozialversicherungen
3	Soziale Dienste	96	3	90	Jobcenter / BA
4	Arzt / Klinik	81	4	70	Bewältigungsunterstützung (Coaching)
5	Familie	47	5	67	Kommunikation Arzt/ Klinik (Diagnose)
6	Stadtteileltern	46	6	54	Wohnung / Wohngeld
7	Jobcenter	39	7	40	Pflege
8	Pflege / Med. Dienst	33	8	29	Kitaplatz
9	Krankenversicherung	24	9	29	Schulden-/ Rechtsberatung
10	Behörden	19	10	27	Rehabilitation / Schwerbehinderung

© iEVF 2025

Überraschend ist, dass 57 Prozent der Klienten aus eigenem Antrieb oder auf einen Hinweis aus dem persönlichen Bekanntenkreis bzw. der Familie hin dieKümmerei aufsuchen. Im zeitlichen Verlauf der Modellphase ist dieser Anteil proportional zu den institutionellen Zuweisungen immer weitergewachsen, so dass hier eine Art reflexiver Dynamisierung zu greifen scheint. In der Zeitachse nahezu unverändert stellt sich hingegen die Top 10-Liste der initialen Ansinnen und geäußerten Probleme dar: Diese wird angeführt von der Nachfrage nach einer Lotsenfunktion im Versorgungsdschungel, dicht gefolgt vom Hilferuf bei alleine aus unterschiedlichen Gründen nicht zu bewältigender Bürokratie. 41 Prozent aller im ersten Schritt an dieKümmerei herangetragenen Fragen lassen sich in diese beiden Anforderungskategorien einordnen. Dabei ist zu bedenken, dass zumindest bei der Klientel des Kernkollektivs die im Erstgespräch zunächst gestellte Frage nicht selten nur als »Testballon« dient, die eigentliche Komplexität der problematischen Lebenslage aber erst in einem Folgegespräch zu erkennen ist. Entsprechend schwierig bis unmöglich ist es demzufolge, die aus fragmentierter Sicht und mit Verweis auf das SGB häufig geforderte klare Zuordnung zum sozialen oder zum medizinischen Sektor vorzunehmen. Der Praxisalltag spricht hier ebenso wie das Leben eine komplexere Sprache. Dieser Realität folgt auch die Erfahrung, dass eine systematische, strukturierte Erhebung zur Gesundheitskompetenz bei den meisten Klienten derKümmerei und insbesondere bei denen des Kernkollektivs nicht möglich ist. Neben kulturellen und sprachlichen Hürden spielt auch hier die Lebenslage eine entscheidende Rolle: Bei existentieller Not treten gesundheitliche Aspekte in der subjektiven Wahrnehmung fast vollständig in den Hintergrund und werden bei der Alltagsbewältigung als nachrangig empfunden.

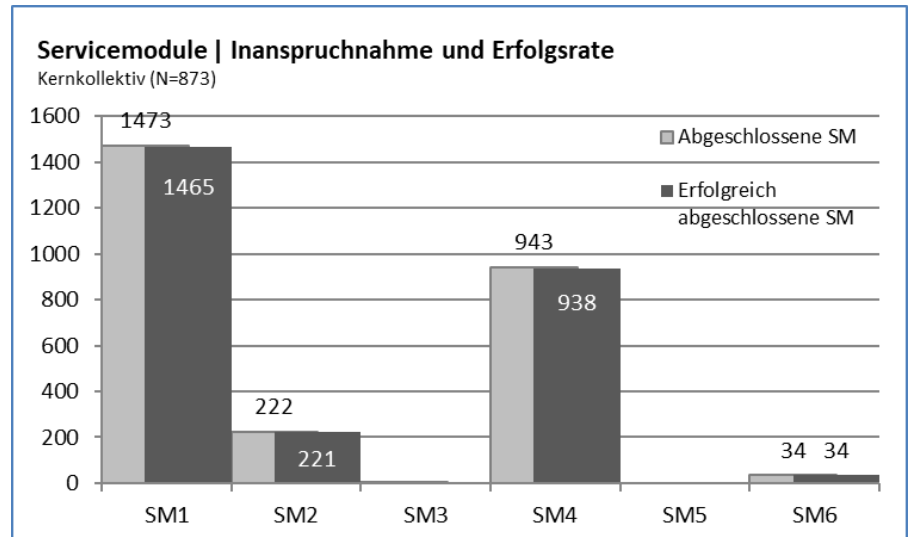
#### Services

In derKümmerei sind bei Ausklammerung der Kooperative bis zum Stichtag 30. Sep. 2024 in Summe 12.945 Unterstützungsleistungen (Servicemodule) erfolgt. Zu Inhalt und Umfang der insgesamt sechs Leistungskategorien wird auf die Erläuterungen (S. 10) verwiesen. Notwendigkeit und Verteilung der insge-

samt 2.675 bereits abgeschlossenen Servicemodulen (SM) im 873 Klienten umfassenden Kernkollektiv sind der nachfolgenden Abb. 8 zu entnehmen.

Abb. 8

### Inanspruchnahme und Erfolgsrate der Servicemodule im Kernkollektiv



© iEVF 2025

Nicht nachgefragt von Klinik, Hausarzt oder Klienten war hiernach die transsystemische Unterstützung beim Überleitungsprozess von der Klinik in die ambulante Versorgung (SM5; n=0), kaum angefordert wurde die in-house Erstellung des Medikationsplans in Abstimmung mit Hausarzt und Apotheke (SM3; n=3). Leistungsschwerpunkte lagen mit abnehmender Häufigkeit in der integrativen Beratung und Vermittlung (SM1; n= 1.473), dem komplexen Fallmanagement (SM4; n= 943), der Unterstützung in der Kommunikation bei Klinik, Arzt und Behörden (SM2; n= 222) sowie der komplexen Begleitung bei chronischer Problemkonstellation und/oder Erkrankung (SM6; n= 34). Zum Stichtag betrug die Erfolgsrate bei den abgeschlossenen Servicemodulen 99 Prozent, in nur 14 Fällen wurden die Zielvereinbarungen nicht erreicht. Die Dauer der einzelnen Leistungskategorien vom Start bis zum Abschluss betrug bei

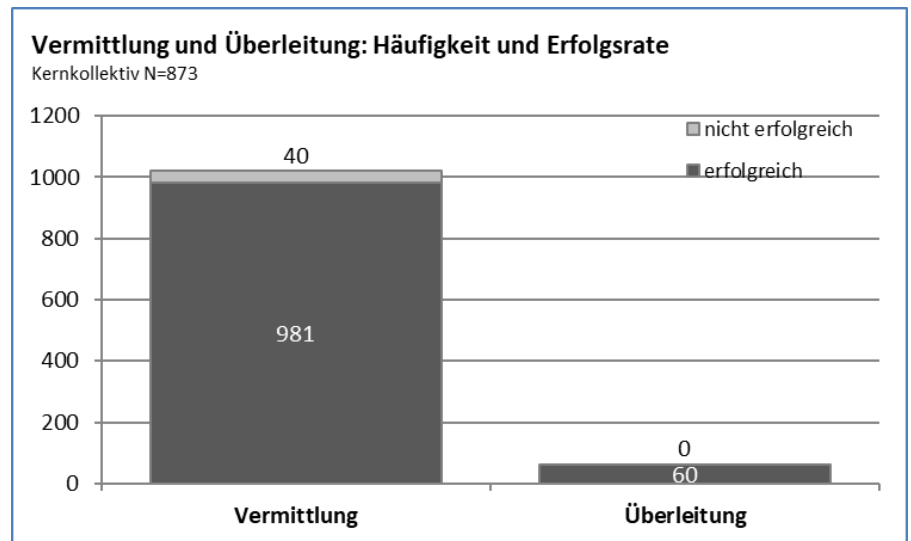
- Servicemodul 1 42,3 Stunden
- Servicemodul 2 6,8 Tage
- Servicemodul 3 20,0 Tage
- Servicemodul 4 46,0 Tage
- Servicemodul 6 300,8 Tage

Im Mittel wurden bei jedem Klienten des Kernkollektivs 3,1 Servicemodule durchgeführt (Min 1 / Max 18). Verbunden war dies im Schnitt mit einer Folgekontakthäufigkeit von 7,4 Kontakten (Min 0 / Max 57) nach Erstgespräch. Im Rahmen der Services wurden Klienten zur Klärung bestimmter Teilfragestellungen an insgesamt 85 Organisationen/ Institutionen vermittelt oder aber der gesamte Fall zur abschließenden Bearbeitung zu anderen Akteuren übergeleitet. Adressaten waren im zuletzt genannten Szenario vorrangig Partnerorganisationen in der Kooperative derKümmerei.



Abb. 9

### Häufigkeit und Erfolg von Vermittlungen und Überleitungen im Kernkollektiv

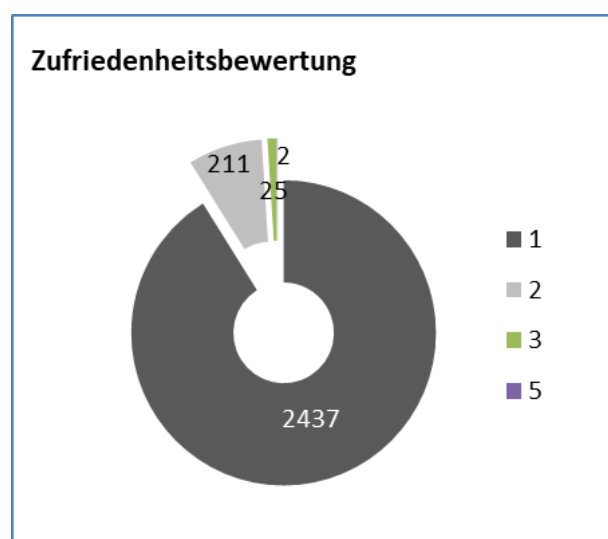


© iEVF 2025

Die Zielvereinbarungen zwischen den Gesundheitslotsen der Kümmererei, den Klienten und den adressierten Akteuren konnten nur bei 40 der insgesamt 1021 Überleitungen nicht erreicht werden. Die Misserfolgsrate betrug demnach 3,9 Prozent. Die 60 übergeleiteten Fälle wurden alle erfolgreich abgeschlossen.

Abb. 10

### Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung nach Abschluss der im Kernkollektiv erfolgten Servicemodule (n=2.675).



© iEVF 2025

Bei sämtlichen im Kernkollektiv durchgeführten Servicemodulen wurde nach Abschluss des Betreuungsprozesses mit Hilfe einer einfachen Ankreuzliste die

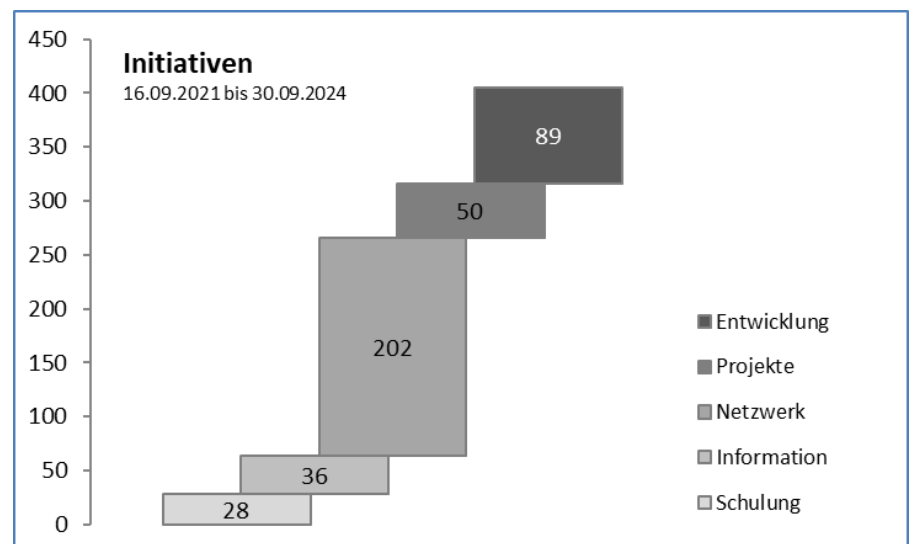
Klientenzufriedenheit erfragt. In einer Zufriedenheitsskala von Note 1 (sehr zufrieden) bis Note 5 (überhaupt nicht zufrieden) beurteilten 91,1 Prozent der Kernkollektiv die Unterstützungsleistung und das dadurch erzielte Ergebnis als sehr gut, 7,9 Prozent als gut und 0,9 Prozent als befriedigend. Nicht zufrieden waren die Klienten in lediglich zwei Fällen (0,1%). Im Mittel lag das Zufriedenheitslevel bei der Note 1,1.

#### Initiativen

Parallel zur individuellen Fallbetreuung war die KÜmmerei in den zurückliegenden drei Modelljahren auch Ausgangspunkt und Motor zahlreicher Initiativen. Diese können grundsätzlich fünf inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden: Schulungen, Informationsveranstaltungen, Netzwerkaktivitäten, Projektvorhaben und Entwicklungsrunden. Sämtliche Initiativen waren innerhalb der jeweiligen lokalen und regionalen Netzwerkstrukturen abgestimmt mit dem Ziel, Doppelungen zu vermeiden.

Abb. 11

#### Umfang und Kategorisierung der in der KÜmmerei erfolgten Initiativen

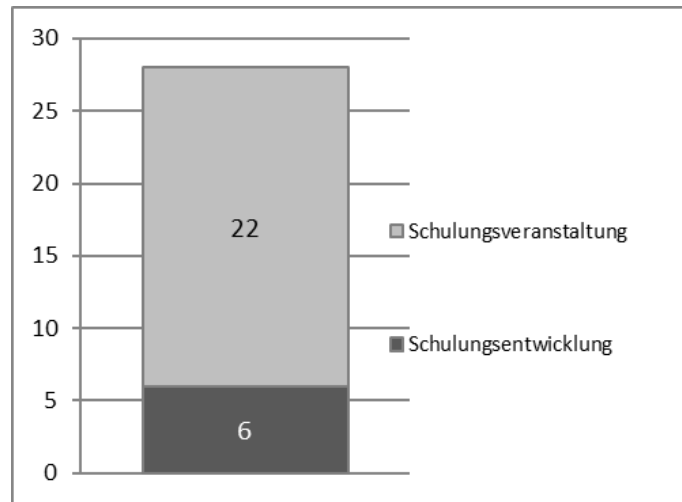


© iEVF 2025

Innerhalb der Kategorien lassen sich die Initiativen der KÜmmerei noch weiter differenzieren:

Die Schulungsinitiativen adressieren die Bürgerschaft, Schüler:innen und Akteure. Mit den unterschiedlichen Themen der Veranstaltungen (u. a. »Wann 112«, »Gesunde Ernährung für Kinder«, »Vorsorgeuntersuchungen« oder »E-Service Jobcenter«) konnten 465 Interessenten unmittelbar erreicht werden.

Abb. 12

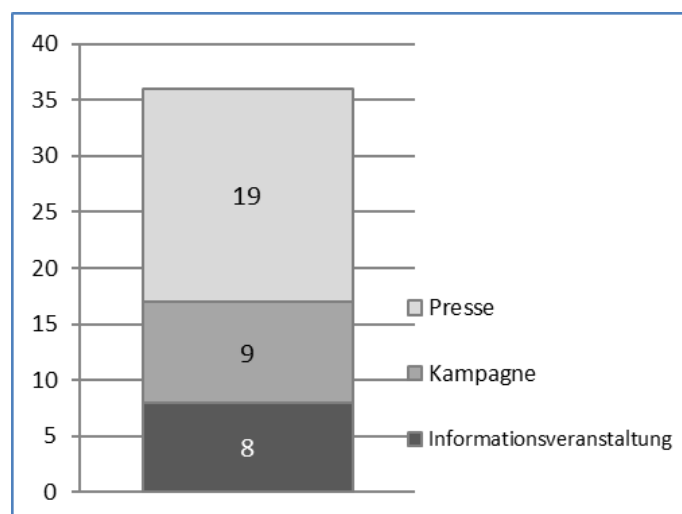
**Differenzierung Schulungsinitiativen**

© iEVF 2025

Die Informationsveranstaltungen zielen überwiegend auf Öffentlichkeit, Verbände und Politik. Da dieKümmerei kein offensives Marketing betreibt, resultieren alle Veranstaltungen und Pressetermine aus entsprechenden Anfragen.

Die insgesamt neun Kampagnen (z. B. InfoBox »Gesundheit« auf der Webseite der Sozialraumkoordination, Plakataktion Covid, Rallye »Wo ist dieKümmerei?«) bezogen sich vorrangig auf die Bürgerschaft des Sozialraums. Bei diesen Formaten sind weder die Anzahl erreichter Personen noch der Multiplikationsfaktor belastbar einzuschätzen.

Abb. 13

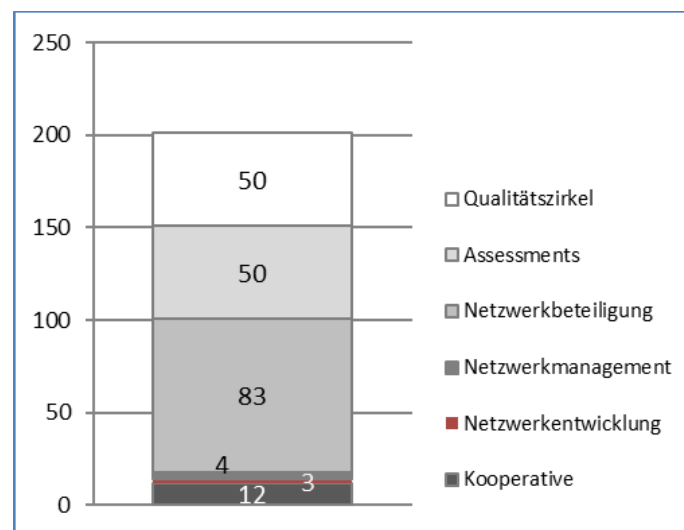
**Differenzierung informationeller Initiativen**

© iEVF 2025

Von den insgesamt 202 Netzwerkaktivitäten betrafen die Mehrzahl konkrete Kooperationsabstimmungen mit Akteuren oder Organisationen, die Etablierung des Netzwerks ›Qualitätssicherung‹ sowie die aktive Beteiligung derKümmerei an bereits bestehender, den Sozialraum betreffender Vernetzung. Darüber hinaus hat dieKümmerei das Management von drei weiteren, neu installierten Netzwerken (Kooperative; Kinder- und Jugend-Gesundheit; Bürgerschaftlicher Gesundheitsrat) übernommen.

Abb. 14

## Netzwerkaktivitäten

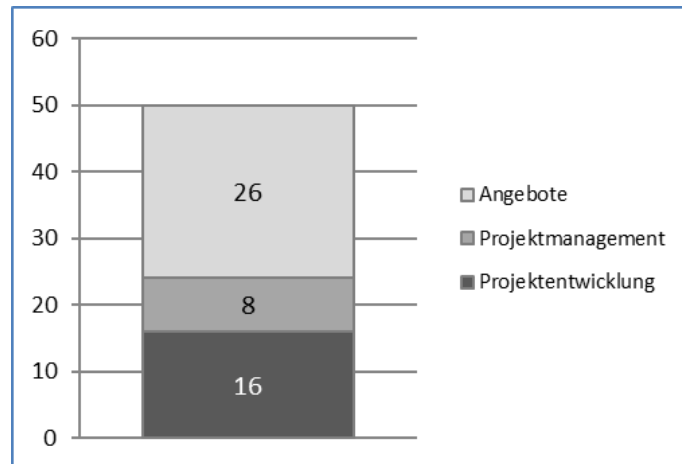


© iEVF 2025

Auf Projektebene werden notwendige, aber im Sozialraum fehlende Angebote entwickelt und umgesetzt, z. B. Schwimmkurs für Frauen, Kinderspielgruppen, Jugendgruppe Adipositas etc. Dazu zählt auch eine um Weihnachten 2021 mit der AOK Rheinland/Hamburg, der KV Nordrhein und in Chorweiler praktizierenden Ärzt:innen in derKümmerei durchgeführte Corona-Impfkation, in deren Verlauf 1.150 Bürger:innen aus dem Sozialraum geimpft wurden. Insgesamt konnten über die Projekte bislang ca. 2.400 Personen und Multiplikatoren erreicht werden.

Abb. 15

## Projekte

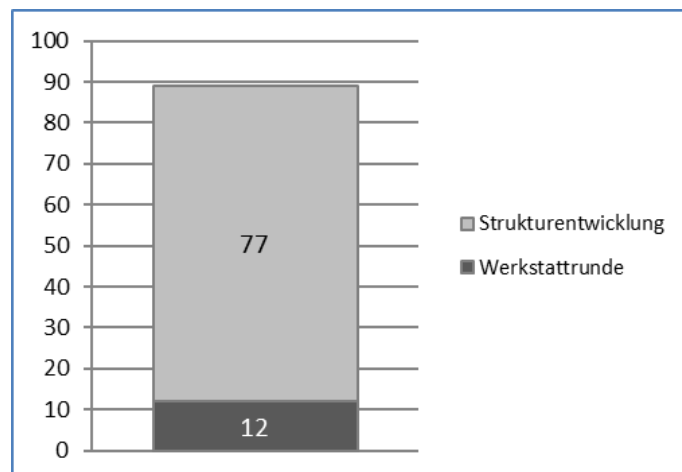


© iEVF 2025

Abgerundet und verlinkt werden die Initiativen durch die Entwicklungsrounden. In diese Kategorie fallen zum einen die Werkstattrounden, in die transsystemisch und interdisziplinär alle themenrelevanten Akteure/Organisationen eingebunden sind. Deren Aufgabe ist es, im regionalen Kontext abgestimmte und lineare Versorgungspfade zu erarbeiten und zu implementieren. Bei strukturellen Problemen wiederum greifen - beispielsweise bei den Themen kleinräumiger kommunaler Versorgung oder Ärztlicher Versorgung im Kölner Norden 2030 - die Strukturentwicklungsrounden, die auf der lokalen, regionalen und landespolitischen Ebene agieren.

Abb. 16

## Entwicklungsrounden



© iEVF 2025

Neben der individuellen Fallbetreuung haben sich die unterschiedlichen Initiativen in der Summe als unverzichtbares Handlungselement erwiesen, um bislang nicht beantwortete Bedarfe zu erkennen und zu bedienen, Multiplikatoren zu gewinnen und eine informelle Breitenwirkung zu erzielen. Gleichzeitig stel-

len Initiativen den entscheidenden bidirektionalen Link zu der Entwicklungs-, Leitungs- und Beschlussebene dar und gewährleisten so den im Konzept derKümmerei geforderten, kontinuierlichen Anpassungsprozess gesundheitlicher Versorgung.

Domäne der Primärdatenanalyse ist die qualitative und quantitative Beschreibung der Struktur, der Prozesse und der Leistungsfähigkeit einer Einrichtung oder einer Intervention. Ergänzt werden kann diese im Einzelfall durch den Abgleich von gesetzten Zielen mit nachweislich Erreichtem. Aussagen zur Wirksamkeit insgesamt sind hingegen aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe sowie einer strukturierten Nachbeobachtung in der Regel nicht möglich.

Trotz der methodischen Einschränkung lassen sich aus dem hier vorgestellten Datenpool jedoch einige für die Bewertung des Gesamtkonstrukts und insbesondere der operativen Einheit derKümmerei durchaus bedeutsame Feststellungen treffen. Gleichzeitig sind mit den nachstehenden Schlussfolgerungen aus der Primärdatenanalyse die Fragestellungen (b) und (c) des Evaluationsvertrages (siehe S. 2) vollumfänglich und die Frage a) partiell beantwortet.

- Das mehrdimensionale, HIAP-basierte Konzept derKümmerei ist – bei zunächst noch ausgeklammerter Finanzierungsfrage - trotz dessen Komplexität in der Sache machbar.
- dieKümmerei bestätigt das implizite Potential eines systemübergreifenden sozialräumlichen Gesundheits-Hotspots mit offensiver Niedrigschwelligkeit und einer komplexen Netzwerkstrategie.
- dieKümmerei entfaltet auf allen drei Struktur- und Funktionsebenen eine hohe Produktivität.
- dieKümmerei wird im Sozialraum ausweislich der Fallzahlen sowie der breiten Kooperationsbereitschaft trotz bewusstem Verzicht auf Marketing sowohl von Bürger:innen als auch von Akteuren aktiv wahrgenommen und in ihrer Drehscheibenfunktion akzeptiert und gesucht.
- derKümmerei ist es gelungen, überproportional vulnerable Gruppen für die Wahrnehmung der angebotenen Unterstützungsleistungen zu sensibilisieren, d. h. Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen (noch) nicht im System angekommen sind, sich im Versorgungsdschungel verlaufen oder angesichts ihrer komplexen Problematik die punktuellen Hilfen konventioneller Beratungsstellen nicht als Lösung sehen.
- dieKümmerei wird in der gesamten gesellschaftlichen Breite wahrgenommen und als informelle Ratgeberin gesucht. Der hohe Akzeptanzgrad ist durch die Zahl der Erstkontakte und deren demografische Konfiguration belegt. Einen solchen zu erreichen ist in einem eher prekären sozialen Umfeld mit segregierten Communities alles andere als trivial.
- Das Angebotsportfolio der operativen Einheit ist zielgenau und entspricht nach den Daten zum Besuchsanlass den realen Bedarfen im Quartier. Dies belegt gleichzeitig die konkreten Versorgungslücken (vorrangig Koordination/ Administration) des konventionellen Angebotes.
- dieKümmerei generiert in ihren Serviceleistungen ausweislich der erfolgreichen Abschlussraten zielführende Ergebnisse.
- Die Leistungsqualität derKümmerei entspricht gemäß den Zufriedenheitsdaten den Erwartungen der Klienten.
- Aus der Zufriedenheit und dem gewachsenen Vertrauen resultiert eine reflexive Akzeptanzdynamik sowie – ersichtlich aus der Triggeranalyse und der

Kooperationsdisziplin auch bei Langzeitbegleitung – neben der Identifikationsstärkung mit dem System auch eine wachsende Selbstwirksamkeit der Bürger:innen.

- Auf der Ebene der Akteure treffen die koordinierenden und entwicklungsorientierten Angebote der KÜmmerei bei sinkendem wettbewerblichen Misstrauen auf eine hohe inhaltliche Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft (Kooperative/ Schulungen/ Werkstatttrunden). Diese zeigt sich nicht nur in der fallbegleitenden, netzwerkgestützten Arbeit, sondern auch in der Vielzahl gemeinsam getragener Initiativen. Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen der formativen Evaluation.
- Ebenfalls in Übereinstimmung mit der formativen Evaluation zeigt auch die Primärdatenanalyse, dass die KÜmmerei – belegt durch die Daten nach Stützpunkteröffnung - ihrem konzeptionellen Ziel einer geschlossenen Wertschöpfungskette sozial-gesundheitlicher Versorgung bereits sehr nahe gekommen ist: Ausgehend von der kleinräumigen Quartiersstruktur werden innerhalb der Systemarchitektur die dort identifizierten Bedarfe zur Prozess- oder Strukturoptimierung auf die jeweiligen Entwicklungs- und Entscheidungsebenen weitergereicht und deren Empfehlungen im Umkehrschluss auf der operativen Ebene evaluiert. Als ein auf der Kleinräumigkeit aufbauendes, bestehende Strukturen einbeziehendes und selbstlernendes System hebt sich das Konzept der KÜmmerei nachdrücklich ab von der aktuellen, erkennbar limitierten Versorgungslogik.

Bzgl. der systemischen Wirkung besitzt die Primärdatenanalyse mit wenigen Ausnahmen bei den sich in der Wahrnehmung, der Kooperationsbereitschaft sowie der zunehmenden Prozesslinearität abzeichnenden Effekten keine Aussagekraft. Dieser Frage widmen sich die beiden nachfolgenden Kapitel.



Bei populationsbezogenen Modellen stößt die herkömmliche Evaluationsmethodik an ihre Grenzen: Räume, aggregierte Daten, lange Zeitschienen und komplexe Kausalität sind nicht der Rahmen, in welchem sich diese zuhause fühlt. Dennoch ist die Frage naheliegend, ob Indikatoren über eine eher eindimensionale Wirkungsbeschreibung hinaus bei raumbezogenen Modellen nicht auch eine komplexe Effekteinschätzung erlauben. Für die Beurteilung einer sozialräumlichen Gesundheitslage im Rahmen eines Health in all Policies-Ansatzes dürfte allerdings nur ein IndikatorenSet geeignet sein, das über medizinische Morbiditäts- und Versorgungsdaten hinaus auch die politischen Querschnittsbereiche abbildet. Ein solcher Hybridansatz stößt allerdings aktuell in der Evaluation wie in der Versorgung selbst an sektorale Systemgrenzen.

Vor diesem Hintergrund hat das HNC HerzNetzCenter mit dem Modell dieKümmerei von Beginn an das Ziel verfolgt, analog zum HIAP-Ansatz ein hybrides, medizinische und soziale Daten integrierendes IndikatorenSet zu entwickeln und dieses praxisbegleitend zu erproben. Aus diesem heraus wurde dann in Anlehnung an die kommunale Sozialberichterstattung ein mehrdimensionaler Gesundheitsindex konfiguriert, um die in einem Quartier vorherrschenden Potentiale und Defizite übersichtlicher beschreiben und das kleinräumige Gesundheitsmonitoring erleichtern zu können. Dieser Thematik inklusive der Frage des Anwendungsnutzens wird sich Teil B des Evaluationsberichtes widmen.

Im vorliegenden Teil A der Evaluation stehen zunächst die medizinischen Indikatoren im Mittelpunkt, da diese auch die Grundlage der Sekundärdatenanalyse bilden. Ein initiales Set medizinischer, für die Beschreibung sozialräumlicher Gesundheitslagen möglicherweise geeigneter Indikatoren wurden aus einem aus der Literatur vorrecherchierten Pool von insgesamt 150 Merkmalen in einem interdisziplinären Abgleich nach der nominal-group-Methode<sup>6</sup> konsentiert. Aus Gründen der Praktikabilität und Agilität wurde dabei bewusst auf die Generierung aktuell nicht verfügbarer Merkmale verzichtet und ausschließlich auf vorhandene Datensätze zurückgegriffen. Bezugsgröße war dabei der bei der AOK Rheinland/ Hamburg verfügbare Datenpool. In die Entwicklung, die vom Gesundheitsamt der Stadt Köln moderierte Diskussion und die abschließende Empfehlung waren neben dem Evaluator insgesamt 14 Personen eingebunden, darunter Vertreter der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der kassenärztlichen Vereinigung, der Wohlfahrtsverbände, der Versorgungswissenschaft, des Gesundheitsamtes, des Sozialdezernats sowie des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln. Die abschließende Konsentierung der Vorschläge erfolgte in der letzten von insgesamt vier Digitalmeetings. Die initiale Empfehlungsliste ist in der nachfolgenden Abb. 17 zusammenfassend dargestellt. Ergänzt wurde diese durch die Festlegung, ausschließlich aggregierte Daten zu verwenden und bei der notwendigen kleinräumigen Differenzierung auf die in der Stadt Köln im Rahmen des Sozialraummoni-

<sup>6</sup> Delbecq, AL, van de Ven, AH. A group process model for problem identification and program planning. The Journal of Applied Behavioral Science (1971). 7 (4), 466-492.

torings gepflegte Matrix Stadt/Bezirke/Stadteile/Statistische Quartiere zurückzugreifen.

Abb. 17

### Empfehlungsliste medizinischer Indikatoren mit Kategorisierung und Indexzuordnung.

Medizinischer Index	Kategorien Indices	Indikatoren	Med. Indikatoren
	Morbidität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil chronischer Erkrankung (DM, HI, COPD) [ID9]</li> <li>• Anteil Diagnose F20-69 [ID13]</li> <li>• Anteil Frühberentung [ID21]</li> <li>• Anteil stationärer Pflege ≥60 Jahre [ID19]</li> <li>• Anteil Pflegegrad ≥3 nur Pflegegeld [ID20]</li> </ul>	
Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Vorsorge (Gebärmutterhals + Prostata) [ID4]</li> <li>• Anteil Influenza-Impfung ≥60 Jahre [ID7]</li> <li>• Anteil Infl.-Impfung ≥60 Jahre + stat. Pflege [ID8]</li> <li>• Teilnahmequote DMP Diabetes mellitus [ID10]</li> <li>• Teilnahmequote DMP COPD [ID11]</li> <li>• Anteil ACE/Sart+β-Blocker+MRA /HI NYHA ≥II [ID12]</li> <li>• Verschreibungsrate Antidepressiva ohne F-Diagnose [ID14]</li> </ul>		
System	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Versicherte ≥50 Jahre ohne Hausarztbesuch [ID2]</li> <li>• Versicherte ≥50 Jahre ohne Haus/Facharzt [ID3]</li> <li>• Anteil Vers. mit ≥12 HA/FA-Besuchen/4 Quart. [ID5]</li> <li>• Anteil Vers. mit ≥30 HA/FA-Besuchen/4 Quart. [ID6]</li> <li>• Inanspruchnahmerate Ärztlicher Notdienst [ID16]</li> <li>• Inanspruchnahmerate Notfallambulanz [ID15]</li> <li>• Stationäre Behandlungstage pro Vers. [ID117]</li> <li>• Anteil Vers. mit ≥3 KH-Aufnahmen/12 Monate [ID18]</li> <li>• ASK –KH-Aufnahmen pro Vers. [ID123]</li> </ul>		
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KH-Ausgaben pro Vers. [ID122]</li> <li>• Gesamtausgaben pro Vers. [ID124]</li> </ul>		

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

Die ID-Kennzeichnungen verweisen auf die Nummerierung im Rahmen Analytik (siehe Anhang).

Die Einzelindikatoren der Empfehlungsliste wurden sodann auf die Kriterien Zugriffsmöglichkeit, Dokumentationsqualität, kleinräumige Abbildung und Trennschärfe hin überprüft. Dabei zeigte sich, dass eine Reihe der Indikatoren den gestellten Anforderungen nicht entsprechen. In der folgenden Auflistung sind diese Indikatoren direkt den nicht erfüllten Kriterien zugeordnet:

#### Dokumentationsqualität

- Anteil Versicherte ≥60 Jahre mit stationärer Pflege (ID19)
- Anteil Influenza-Impfung ≥60 Jahre plus stationäre Pflege (ID8)  
*Adresse ändert sich mit Bezug der Pflegeeinrichtung. Nicht alle hier aggregiert Erfassten sind oder waren daher auch Bewohner der beiden evaluationsrelevanten Sozialraumgebiete.*

#### Kleinräumige Abbildung

- Anteil Versicherte ≥60 Jahre mit stationärer Pflege (ID19)

- Anteil Influenza-Impfung  $\geq 60$  Jahre plus stationäre Pflege (ID8)  
*Vorliegen nur auf den Ebenen Bezirk/ Stadtteil/ Sozialraum*

*Trennschärfe (s. auch Anhang)*

- Anteil Versicherte  $\geq 50$  Jahre ohne Hausarztbesuch (ID2)
- Anteil Versicherte mit  $> 12$  HA/FA-Besuchen/4 Quartale (ID5)
- Teilnahmequote DMP DM (ID10)
- Anteil Versicherte mit ACE/Sartan+Betablocker+MRA (ID12)
- Anteil Versicherte mit Pflegegrad  $\geq 3$  nur Pflegegeld (ID20)
- Anteil Frühberentung (ID21)
- Anteil ASK KH-Aufnahmen (ID23)

Bei der Zusammenstellung des definitiven Indikatoren-Sets zur Beschreibung einer gesundheitlichen Lage wurden diese Merkmale daher nicht berücksichtigt. Das Gesundheitsset ist vorrangig ausgelegt für die kleinräumige Betrachtung und umfasst in der finalen Version insgesamt 14 medizinische Einzelindikatoren (Tab. 5). Die Indikatoren sind kategorisiert, um die Dimensionen für eine komplexe Indexbildung zu definieren. In der nachfolgenden Übersicht sind die ebenso zum Gesundheitsset zählenden sozialen Indikatoren noch nicht enthalten, da sich der hier vorliegende Teil des Evaluationsberichtes auftragsgemäß auf die medizinischen Merkmale bezieht. Das Zusammenspiel beider Markergruppen und die Eignung der gewählten Indikatoren und Kategorien zur Bildung aussagekräftiger Indices sind Gegenstand des noch folgenden Teil B des Evaluationsberichtes.

Tab. 5 **Medizinische Indikatoren des finalen hybriden IndikatorenSets zur kleinräumigen Einschätzung gesundheitlicher Lagen.**

### IndikatorenSet Gesundheit

Medizinische Indikatoren		
<b>Morbidität</b>		
M1	* Anteil Vers. mit chron. Erkrankung (DM, HI, COPD)	/allen Versicherten
M2	* Anteil Vers. mit Diagnose F20-69	/allen Versicherten
<b>Versorgung</b>		
M3	* Anteil Vers. mit Vorsorge (Gebärmutterhals + 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
<b>System</b>		
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
<b>Kosten</b>		
M13	* Summe KH- Ausgaben	/Versicherte/Jahr
M14	* Summe Gesamtausgaben	/Versicherte/Jahr

© iEVF 2025

Vertragsgemäße Aufgabe der Evaluation ist die Beschreibung möglicher Auswirkungen der Arbeit derKümmerei auf System und Population. Gerade mit Blick auf die anzuwendende Methodik scheint es sinnvoll, die Kerncharakteristika des Modells auch an dieser Stelle nochmals kurz zu skizzieren.

DieKümmerei ist die sozialräumliche Ausgestaltung eines aktiv-populationsbezogenen, Health in all Policies-orientierten Versorgungs- und Präventionskonzeptes. Rahmen und primäre Bezugsgröße sind hierbei der soziale Raum mit seinen Reflektoren und Multiplikatoren sowie über diesen die darin lebenden Menschen ohne jegliche Exklusivität. Damit unterscheidet sich dieKümmerei grundlegend von konventionellen, meist passiv-populationsorientierten Versorgungsmodellen, bei welchen in der Regel zunächst Zielgruppen adressiert werden in der Hoffnung, dass sich die bei diesen und lokal erzielbaren Effekte auch in einer größeren, wie auch immer definierten Population wiederfinden. Gleichzeitig bespielen herkömmliche Konzepte mit ihren intrasystemischen Maßnahmen meist ausschließlich die medizinisch-pflegerische Ebene des Gesundheitssystems und zielen damit unmittelbar auf den Patienten bzw. den Menschen. Im Gegensatz dazu agiert dieKümmerei transsystemisch, arbeitet mehrdimensional unter Einbeziehung auch von Strukturen und politischem Rahmen und fokussiert damit primär den gesundheitsrelevanten Lebensraum in seiner gesamten Vielfältigkeit und Akteursbreite. Der Mensch wird in diesem Szenario weniger direkt als indirekt über die Bande des Raums und des Systems adressiert – im Übrigen ein kennzeichnendes Moment der Verhältnisprävention.

Die differente Logik und Wirkweise populationsbezogener Programme haben Einfluss auf die jeweils bevorzugt einzusetzende Evaluationsmethode. Bei eindimensionalen Interventionen sind für die Fragestellung irrelevante Faktoren wie Lebensumstände oder Komorbiditäten eher Störgrößen, die es über Korrekturen und Matchingverfahren möglichst auszuschalten gilt. Dafür bietet dieses in der optimalen Ausgestaltung hochkomplexe und aufwändige Verfahren eine prinzipiell hohe Genauigkeit in der Beschreibung eines direkten Wirkzusammenhangs in definierten Kohorten<sup>7</sup>.

Gänzlich anders stellt sich die Sachlage bei Modellen wie derKümmerei dar, die zunächst und vorrangig die gesundheitlichen Bedingungen im Lebensraum adressieren. Hier steht die Gesundheitslage insgesamt einschließlich der nicht primär medizinischen Komponenten im Mittelpunkt und diese ist damit in der Konsequenz auch die zentrale Größe der Effektbeurteilung multidimensionaler Interventionen. Unweigerlich verbunden mit der Priorisierung räumlicher Komplexität und Reagibilität ist allerdings auch die schwindende Möglichkeit unmittelbarer Kausalitätszuschreibungen. Die Anwendung gängiger Standardisierungs- und/oder Matchingverfahren könnte dieses systemische Manko zwar teilkompensieren, würde allerdings die konzeptionelle Intention konterkarieren.

<sup>7</sup> Schubert I, Stelzer D, Siegel A, Köster J, Mehl C, Ihle P, Günster C, Dröge P, Klöss A, Farin-Glattacker E, Graf E, Geraedts M: Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system „Gesundes Kinzigtal“. Dtsch Arztebl Int (2021). 118: 465–72. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0163

ren, den Gesamteffekt fragmentieren und diesen in einer nur partiellen Betrachtung möglicherweise unter- oder überschätzen. Andererseits kann auch bei ausschließlicher Betrachtung unkorrigierter Daten dann ein Wirkungszusammenhang unterstellt werden, wenn die Rahmenbedingungen in den beiden zu vergleichenden Räumen im Beobachtungszeitraum bis auf die Etablierung/ Nichtetablierung der Interventionsstruktur – hier derKümmerei – zu Beginn des Vorhabens vergleichbar ist und im Laufe der Projektzeit keinen relevanten Veränderungen unterliegt. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall gegeben.

Zusammenfassend bietet dieKümmerei in Konzeption und Umsetzung die folgenden, auch evaluatorisch relevanten Besonderheiten:

- Systemische neben personenbezogener Intervention
- Mehrdimensionale transsystemische Raumadressierung
- Nutzung diverser, transsystemischer Raumkomponenten als Reflektoren, Verstärker und Multiplikatoren

Vor dem Hintergrund der besonderen Modellcharakteristik und in methodischer Abwägung wurde in der nachfolgenden Evaluation sowohl auf die rechnerische Homogenisierung der beiden vorgegebenen, realen Sozialraumgebiete als auch auf ein Matching der Versichertengruppen verzichtet. Eine Korrektur erfolgte lediglich bei den Indikatoren `Stationäre Behandlungstage pro Versicherten´ (ID17pV), `Krankenhausausgaben pro Versicherten´ (ID22pV) und `Gesamtausgaben pro Versicherten´ (ID24pV) (pV = pro Versicherter) bzgl. des Chronikeranteils (ID17cK, ID22cK und ID24cK, cK = Chroniker korrigiert). Eine weitere Adjustierung beispielsweise nach Geschlecht oder Alter wurde nicht vorgenommen. Dieses Vorgehen dient dazu, analog zur Sozialplanung<sup>8</sup> auch raumbezogene Gesundheitslagen in der Komplexität zu reduzieren und dennoch prägnant und kommunikationsfähig zu erfassen. Für eine aktive Versorgungssteuerung werden Standardisierungen und Zielgruppenanalysen nach wie vor unverzichtbar sein.

Grundlage für die quantitative Wirkungsanalyse derKümmerei sind die dem Evaluator von der AOK Rheinland/Hamburg vertragsgemäß zur Verfügung gestellten aggregierten Sekundärdaten aus den beiden definierten Sozialräumen, der Gesamtstadt Köln und des im Rahmen der Primärdatenanalyse näher beschriebenen Kernkollektivs (KK; siehe S. 14). Erfasst wurden dabei die Zeiträume 2017 bis 2023. 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 Sozialräume.

<sup>8</sup> Stegmann, T. Lebenslagen in Sozialräumen auf einen Blick: Indices in der kommunalen Berichterstattung. Arbeitspapier Armutsbekämpfung und Sozialplanung. G.I.B.NRW (2020).

Die methodischen Charakteristika sind für jeden einzelnen Indikator im Anhang aufgeführt. Im vorliegenden Kapitel wurde hierauf aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

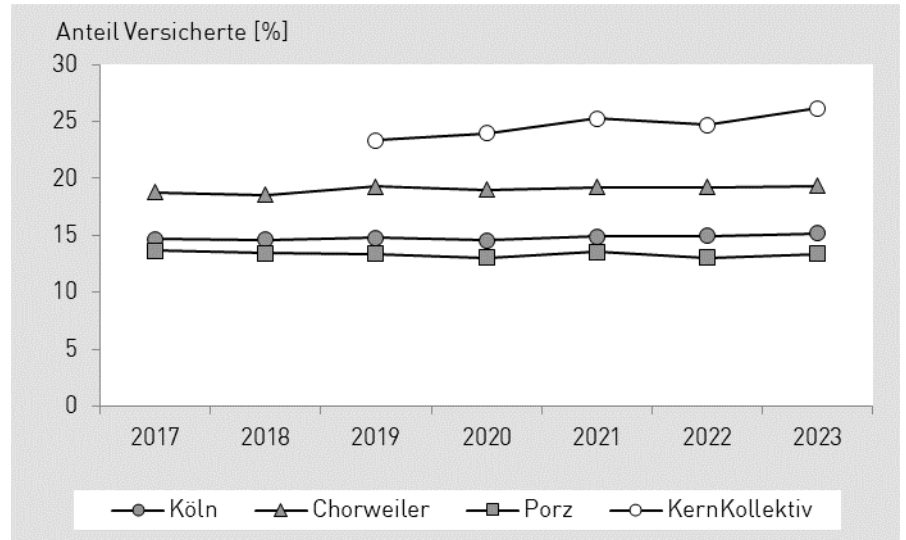
Bei der Analyse erfolgte zunächst die Betrachtung aller Indikatoren der Empfehlungsliste (s. hierzu Abb. 17). Die Ergebnisse sind in der numerischen Reihenfolge der Indikatoren vollständig – für die im Indexset letztlich nicht berücksichtigten Indikatoren auch kommentiert - im Anhang dargestellt. Im nachfolgenden Text detaillierter besprochen werden lediglich die Auswertungen der in das endgültige medizinische IndikatorenSet (Tab. 5, S. 31) übernommenen Merkmale. Die dabei verwendeten Kategorien dienen im Folgenden als Kapitelüberschriften.

#### *Morbidität*

Zur Einschätzung der Krankheitslast in den beiden Sozialräumen, dem Kernkollektiv (KK) sowie in der Gesamtstadt Köln wurden die Anteile sowohl chronisch an Diabetes mellitus (DM), Herzinsuffizienz (HI) und/oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (Abb. 18) als auch psychisch Erkrankter (Abb. 19) an der jeweiligen Gesamtzahl der AOK-Versicherten herangezogen.

Abb. 18

**Indikator 9: Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM, HI, COPD)**



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

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\*)

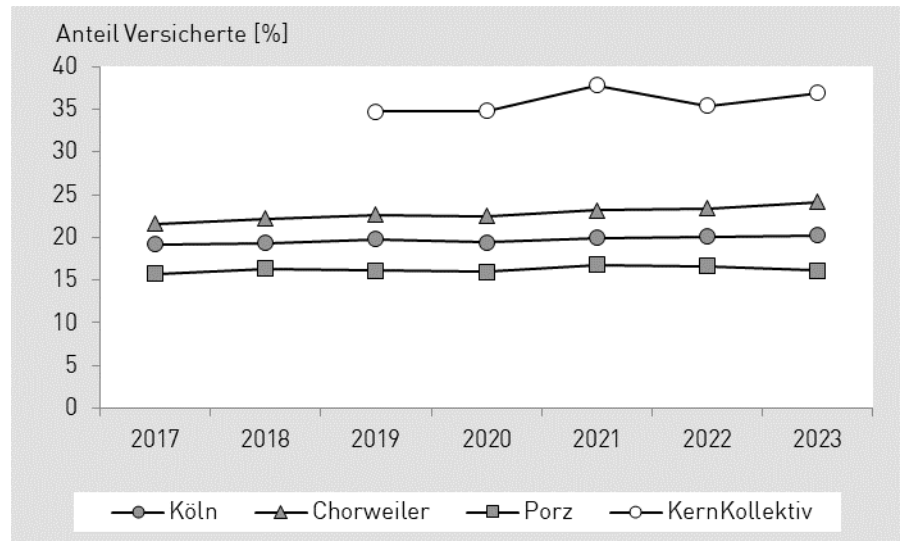
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	14,7	18,8	13,7	
2018	14,6	18,6	13,4	
2019	14,8	19,3	13,4	23,4
2020	14,6	19,0	13,0	24,0
2021	14,9	19,2	13,6	25,3
2022	14,9	19,2	13,0	24,7
2023	15,2	19,4	13,4	26,2

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,5%	+0,3%	+0,2%	+12,0%

© PMV 2025



Abb. 19

**Indikator 13: Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung**

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

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

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	19,2	21,6	15,8	
2018	19,3	22,2	16,3	
2019	19,8	22,6	16,1	34,7
2020	19,4	22,5	15,9	34,8
2021	20,0	23,2	16,8	37,8
2022	20,1	23,4	16,7	35,4
2023	20,3	24,2	16,1	36,9
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,3%	+6,7%	+0,1%	+6,3%

© PMV 2025

Der als Modell dienende Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord (SR BCS; »Chorweiler«) weist im Vergleich zur Stadt Köln (»Köln«) sowie dem Sozialraum Porz/Finkenberg/Gremberghoven/Eil (SR PFGE; »Porz«) die deutlich höchste Morbiditätslast auf. Zugrunde gelegt sind die ärztlich ambulant und/oder im Krankenhaus dokumentierten ICD10-Diagnosen. So leidet von den dort lebenden AOK-Versicherten fast jeder fünfte an einer chronischen und nahezu jeder vierte an einer psychischen Erkrankung. Am geringsten ist die chronische und psychische Krankheitsrate in Porz. Über einen vermutbaren Zusammenhang mit den in den drei Vergleichsräumen ebenfalls differierenden soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren kann an dieser Stelle auf alleiniger Basis der Sekundärdaten keine belastbare Aussage getroffen werden. Unter anderem dieser Frage wird sich der Berichtsteil B unter Einbezug auch der kommunalen Daten ausführlich widmen.

Bei genauer Betrachtung der grafisch und tabellarisch dargestellten Analyseergebnisse zur Morbidität fallen mehrere Aspekte ins Auge: So zeigt im Zeitverlauf zwischen 2019 und 2023 nur die psychische Erkrankungsrate und auch diese lediglich in Chorweiler einen relevanten Anstieg, während die Chronikerate in allen Räumen auf einem relativ konstanten Niveau verbleibt.

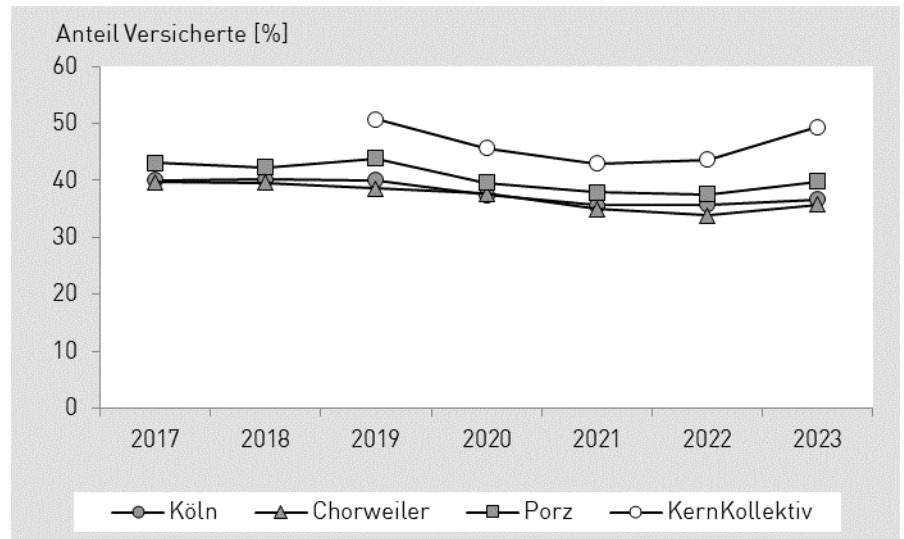
Die 2020/2021 in allen Räumen zu beobachtende überproportionale Zunahme psychischer Erkrankungen dürfte im Zusammenhang stehen mit der zu diesem Zeitpunkt kursierenden Coronapandemie. Und das von derKümmerei betreute Kernkollektiv (KK) mit komplexem Unterstützungsbedarf weist die insgesamt höchsten Morbiditätsraten auf: In dieser speziellen Subgruppe sind einer von vier Versicherten chronisch und mehr als jeder Dritte psychisch erkrankt. Diese Feststellung stützt die bereits im Rahmen der Primärdatenanalyse beschriebene Zielgenauigkeit des operativen Konzeptes derKümmerei.

#### *Versorgung*

Zur verkürzten Beschreibung der ambulanten Versorgungsqualität nutzt das IndikatorenSet und damit auch die vorliegende Routinedatenanalyse die Merkmale

- Vorsorgeuntersuchungsrate Gebärmutterhalskrebs bei weiblichen Versicherten  $\geq 20$  Jahren
- Vorsorgeuntersuchungen Prostata bei männlichen Versicherten  $\geq 45$  Jahren
- Influenza-Impfrate bei Versicherten  $\geq 60$  Jahren
- Teilnahmequote Disease Management Programm COPD
- Verschreibungsrate von Antidepressiva ohne F-Diagnose

Abb. 20

**Indikator 4a: Anteil weiblicher Versicherte ( $\geq 20$  Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich HPV**


Bezugspopulation: Weibliche AOK-Versicherte  $\geq 20$  Jahre  
Operationalisierung: EBM 01730, 01760 oder 01761

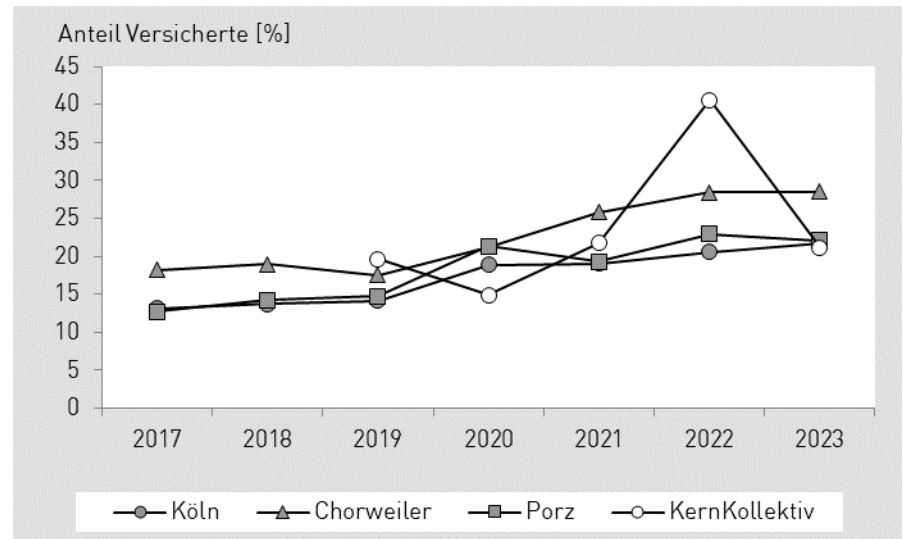
© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	40,1	39,7	43,1	
2018	40,2	39,6	42,3	
2019	40,1	38,6	43,9	50,7
2020	37,5	37,7	39,6	45,7
2021	35,7	35,0	38,0	42,9
2022	35,8	33,9	37,6	43,6
2023	36,7	35,7	39,9	49,4
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-8,4%	-7,5%	-9,1%	-2,6%

© PMV 2025

Insgesamt nimmt nur etwas mehr als jede dritte Frau im Alter von  $\geq 20$  Jahren das Angebot einer HPV-Vorsorgeuntersuchung wahr. Die Akzeptanzquote ist hierbei über die Jahre betrachtet am höchsten im SR PFGE, am niedrigsten im SR BCS. Gleichzeitig ist in allen Beobachtungsräumen eine kontinuierliche Reduktion der Wahrnehmungsrates zu verzeichnen, die wiederum – bezogen auf die Jahre 2019 bis 2023 – im SR BCS am geringsten ausgeprägt ist. Positive Auswirkungen des 2020 von den gesetzlichen Krankenkassen initiierten Screeningprogramms sind in keiner Raumeinheit zu verzeichnen. Mit fast 50 Prozent überdurchschnittlich hoch ist die Vorsorgeakzeptanz im Kernkollektiv derKümmerei, welches im Zeitverlauf auch die niedrigste Reduktionstendenz aufweist.

Abb. 21

**Indikator 4b: Anteil männlicher Versicherte ( $\geq 45$  Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Prostata**


Bezugspopulation: Männliche AOK-Versicherte  $\geq 45$  Jahre  
Operationalisierung: EBM 01731

© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	13,1	18,2	12,7	
2018	13,7	19,0	14,2	
2019	14,1	17,5	14,8	19,7
2020	18,9	21,3	21,3	14,9
2021	19,1	25,8	19,3	21,7
2022	20,6	28,5	22,9	40,6
2023	21,8	28,6	22,1	21,1
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+54,1%	+62,7%	+49,3%	+7,4%

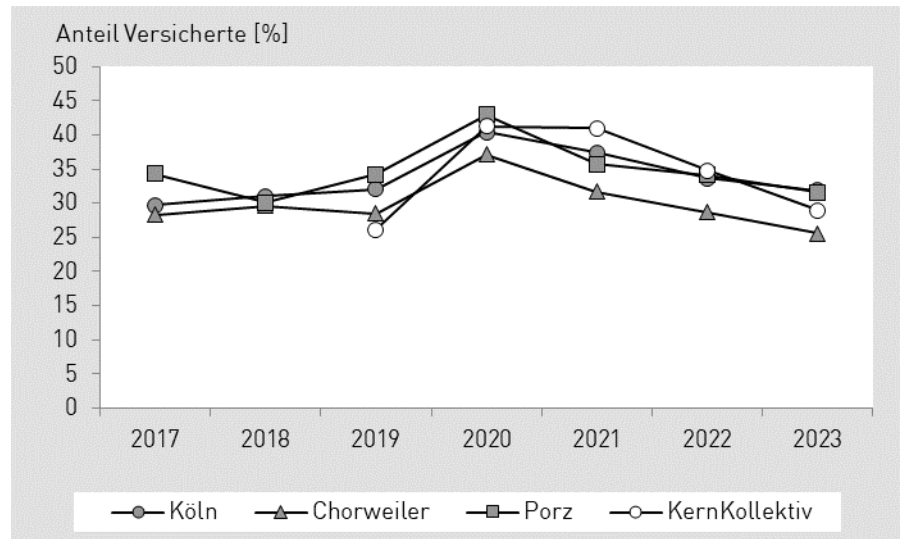
© PMV 2025

In den beobachteten Räumen unterzieht sich nur etwa jeder vierte Mann  $\geq 45$  Jahre einer kostenlosen Prostata-Vorsorgeuntersuchung. Dabei liegt die Wahrnehmungsrate im SR BCS mit einer einzigen Ausnahme im Jahr 2020 stets höher als in den beiden Vergleichsräumen, wobei alle einen positiven Entwicklungstrend zeigen. Die entsprechende Steigerungsrate in den Jahren 2019 bis 2023 ist im Vergleich zu den beiden anderen Raumeinheiten ebenfalls in Chorweiler am ausgeprägtesten. Dies ist angesichts der kulturellen Hemmschwellen beachtlich, korreliert jedoch mit der ebenfalls hohen Praxisaffinität (siehe hierzu Indikatoren ID2/ID3). Auffällig ist, dass hier im Gegensatz zur Vorsorgeakzeptanz bei Frauen (Indikator 4a) die in derKümmerei besonders betreute Gruppe, das Kernkollektiv, bis auf 2022 nur vergleichsweise schlechte Wahrnehmungsraten erkennen lässt. Dies könnte sich über die Tatsache erklären, dass in diesem Kollektiv chronische Erkrankungen oder komplexe Problemlage so im Mittelpunkt der Selbstwahrnehmung stehen, dass Vorsorgeaspekte trotz

entsprechender Information und Aufforderung vollständig in den Hintergrund rücken.

Abb. 22

### Indikator 7: Anteil Versicherte (>=60 Jahre) mit Influenzaimpfung



Bezugspopulation: AOK-Versicherte >=60 Jahre

© PMV 2025

Operationalisierung: Influenzaimpfung: EBM 89111 oder 89112

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	29,7	28,3	34,3	
2018	31,1	29,6	30,1	
2019	32,0	28,5	34,2	26,2
2020	40,4	37,1	43,0	41,3
2021	37,4	31,6	35,7	41,0
2022	33,7	28,6	34,1	34,8
2023	31,9	25,5	31,6	29,0
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-0,5%	-10,4%	-7,6%	+10,9%

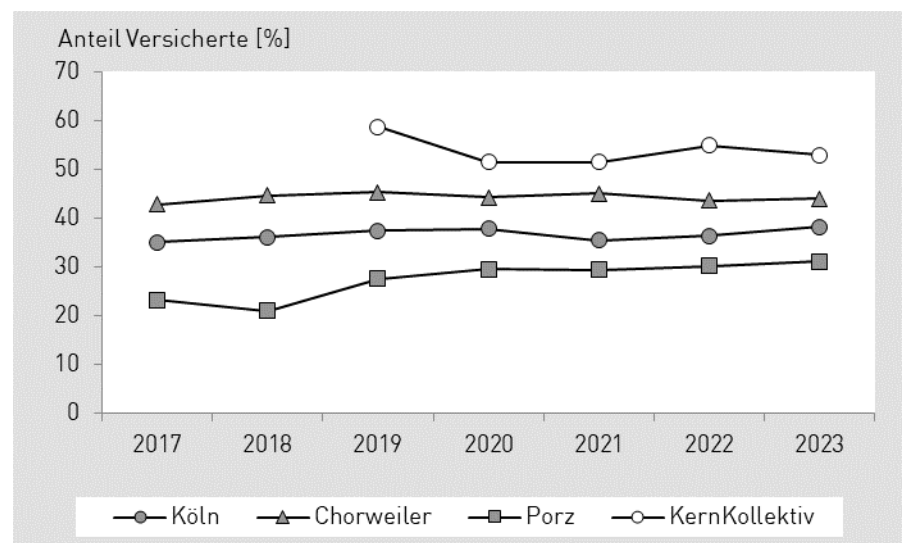
© PMV 2025

Von der Zielvorgabe der Europäischen Union (75%) sind die Impfquoten in allen drei gemonitorten Räumen ein gutes Stück entfernt. Auch die mittlere Impfquote in der Bundesrepublik (41%) wurde nur 2020 im SR FPGE sowie in der Stadt Köln knapp gestreift. Der ab diesem Zeitpunkt wieder deutlich abfallende Trend folgt der in der BRD zu beobachtenden Gesamtentwicklung. In der Gegenüberstellung mit den beiden Vergleichsräumen belegt der SR BCS im gesamten Zeitverlauf den letzten Rang. Die Influenza-Impfquote ist damit neben der HPV-Vorsorgeuntersuchung bei Frauen  $\geq 20$  Jahre der zweite Versorgungsindikator, bei dem der Modellraum nicht nur nicht den Spitzenplatz einnimmt, sondern als Schlusslicht fungiert. Speziell das Impfverhalten dürfte teilweise mit den im Sozialraum lebenden Ethnien und einer besonders bei osteuropäischen Bevölkerungsgruppen breit verankerten Impfskepsis in Zusammenhang

stehen. Dafür spricht, dass die Impfbereitschaft selbst in dem intensiv von derKümmerei begleiteten und ansonsten relativ gut aktivierbaren Kernkollektiv über das gesamte Zeitfenster mit Ausnahme eines Peaks in den Corona-Jahren 2020/21 nicht wesentlich gesteigert werden konnte. Mit dieser Feststellung relativiert sich auch die theoretisch zu diskutierende alternative Möglichkeit, nach der Verständnis- und Zugangshürden alleine die Nichtwahrnehmung von Impfangeboten bedingen.

Abb. 23

### Indikator 11: Anteil Versicherte, die in DMP (COPD) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte mit Diagnose COPD = Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens eine stationäre Hauptdiagnose (ICD-Codes: COPD=J44\*) © PMV 2025  
Operationalisierung: Einschreibung ins DMP COPD (Fachinfo=03005)

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	35,1	42,8	23,2	
2018	36,0	44,6	20,9	
2019	37,4	45,2	27,5	58,6
2020	37,9	44,3	29,5	51,5
2021	35,4	45,0	29,4	51,5
2022	36,3	43,6	30,1	54,8
2023	38,2	43,9	31,0	52,9
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,2%	-2,9%	+12,9%	-9,7%

© PMV 2025

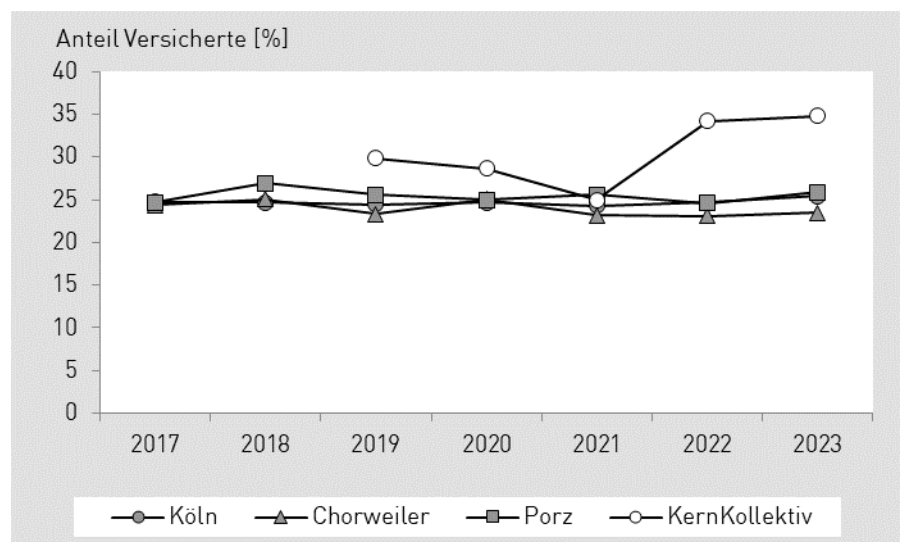
Die Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP) dient als Hinweis auf die mittel- bis langfristige Betreuungsqualität. Die exemplarisch herangezogene Einschreiberate bei Patient:innen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) liegt im SR BCS konstant auf überdurchschnittlichem

Niveau. Fast jeder Zweite mit dieser Diagnose wird hiernach in das strukturierte Chronikerprogramm aufgenommen. Damit ist die Einschreibequote nicht nur im Jahr 2023 deutlich höher als die in den Vergleichsbezirken (Köln +5,7% / SR PFGE +12,9).

Diese Beobachtung korreliert mit der Praxisaffinität (siehe Abb. 25 S. 44) sowie der hohen Praxisbesuchsfrequenz im Modellraum (siehe Abb. 26 S. 46). Über die genannten Daten hinaus weist dieser Indikator zusätzlich darauf hin, dass in Chorweiler neben der situativen Behandlung auch die kontinuierliche ärztliche Betreuung von chronisch Erkrankten fest in der gesundheitlichen Versorgung etabliert ist.

Abb. 24

#### Indikator 14: Verschreibungshäufigkeit Versicherte mit Antidepressiva ohne F-Diagnose



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte ohne psychischen Diagnose = kein Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen und keine stationäre Hauptdiagnose (ICD-Codes: F\*)  
Operationalisierung: Abgabe von ATC N06A\*  
© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	24,7	24,4	24,7	
2018	24,7	25,0	26,9	
2019	24,5	23,4	25,6	29,9
2020	24,7	25,1	25,0	28,7
2021	24,3	23,2	25,5	25,0
2022	24,7	23,1	24,6	34,2
2023	25,4	23,4	25,9	34,8
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+3,8%	+0,4%	+1,2%	+16,5%

© PMV 2025

Die Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva ohne F-Diagnose, also ohne nach ICD-10 kodierte psychische Erkrankung dient im Gesamtkontext Gesundheit als Negativ-Indikator. Grundsätzlich ist zu fordern, dass Antidepressiva nur nach konkreter Diagnosestellung und damit nach dokumentierter Indikation verordnet werden. Diese Voraussetzung ist jedoch in allen analysierten Kohorten nur in etwa 75 Prozent gegeben, d. h. nahezu jeder vierte Versicherte erhält im Praxisalltag ein Rezept über Antidepressiva ohne entsprechend vermerkte F-Diagnose. Mit 25,9 Prozent am häufigsten war dies 2023 im Sozialraum Porz-Ost/Finkenbergl/Gremberghoven/Eil der Fall, am seltensten im SR BCS (23,4%). Während die Verschreibungsquote zwischen 2019 und 2023 in Chorweiler keine relevante Dynamik erkennen lässt, zeigt sich über die genannte Zeitspanne sowohl im SR FPGE als auch v.a. in Köln ein ansteigender Trend.

Nicht unerwähnt bleiben kann in diesem Zusammenhang eine bei diesem Indikator bestehende relative Unschärfe, da Antidepressiva auch als Komedikation bei der Behandlung chronischer Schmerzen und damit ohne F-Diagnose eingesetzt werden. Dieser hier nicht näher differenzierte Aspekt könnte auch in dem Kernkollektiv eine Rolle spielen, welches neben der im Vergleich höchsten Verschreibungsrate auch den in den letzten Jahren ausgeprägtesten Anstieg aufweist.

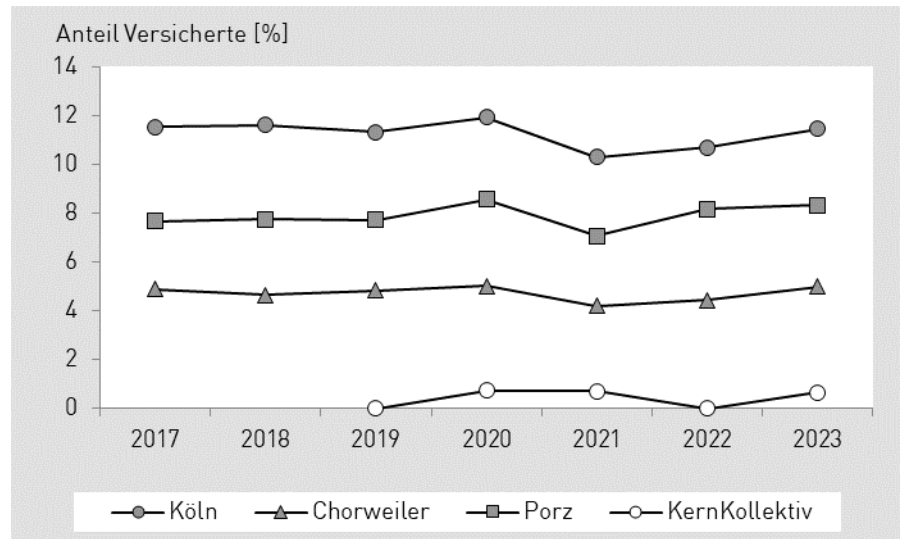
#### *System*

Die in dieser Kategorie zusammengefassten Indikatoren beschreiben die Akzeptanz und die Nutzungsintensität medizinisch vorgehaltener Institutionen. Insoweit können sie wertvolle Beiträge leisten beispielsweise zur Nutzungsökonomie sowie zur Diskussion von Über-, Unter- und Fehlversorgung.



Abb. 25

### Indikator 3: Anteil Versicherte (>=50 Jahre) ohne Haus- und Facharztbesuch



Bezugspopulation: AOK-Versicherte >=50 Jahre

© PMV 2025

Operationalisierung: Vorliegen keiner Abrechnungsposition der KV / HzV

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	11,5	4,9	7,7	
2018	11,6	4,6	7,7	
2019	11,3	4,8	7,7	0,0
2020	11,9	5,0	8,5	0,7
2021	10,3	4,2	7,1	0,7
2022	10,7	4,4	8,1	0,0
2023	11,4	5,0	8,3	0,6
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+1,0%	+2,9%	+8,1%	-

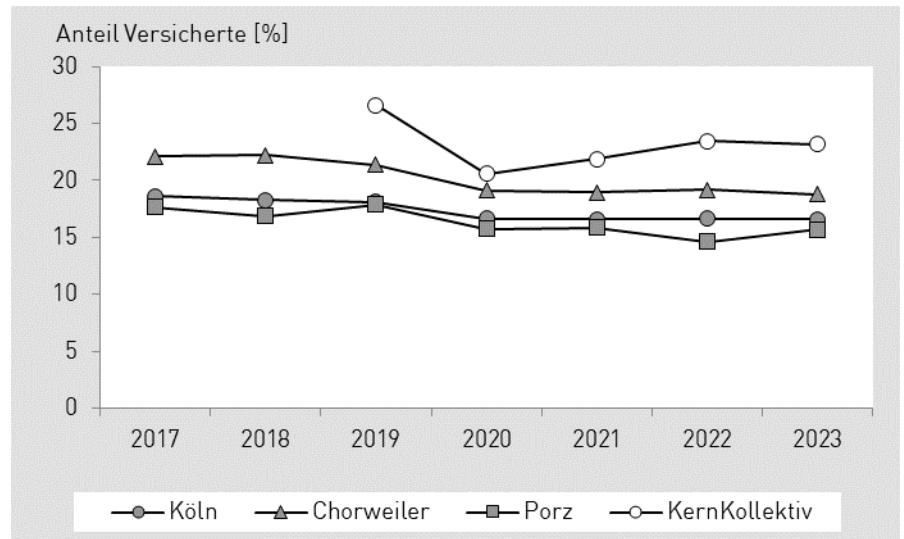
© PMV 2025

Nach dieser Auswertung hatten von den AOK-Versicherten im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/ Seeberg-Nord (= Chorweiler; SR BCS) im jeweils zurückliegenden Jahr mehr als 90 Prozent mindestens einmal eine Hausarzt- oder Facharztpraxis kontaktiert – deutlich mehr als in den beiden Vergleichsräumen. Diese Feststellung ist umso überraschender, als gerade die Bevölkerung des Chorweiler Sozialraumgebietes in ihrer pluralen Zusammensetzung im allgemeinen eher durch eine Systemdistanz geprägt ist. Die Tendenz zur Abstandswahrung ist hiernach auf der ambulanten medizinischen Versorgungsebene außer Kraft. Auch scheint die herkömmliche Vermutung, dass insbesondere Männer den ärztlichen Kontakt eher nicht suchen, zumindest in Chorweiler bei einem nahezu ausgeglichenen Geschlechterverhältnis (W 51,5%/M 48,5%)<sup>9</sup> ebenso wenig zu greifen wie die Hypothese relevanter Zugangsschwellen.

<sup>9</sup> Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln. 2022.

Die konkreten Anlässe für den Praxisgang – Diagnostik/Therapie, Verschreibung, Krankschreibung etc. - sind aus den vorliegenden Daten heraus nicht eruierbar. Was bleibt ist die Erfahrung, dass im Sozialraum BCS die niedergelassene Ärzteschaft nahezu vollumfänglich in die Lebenswelt der Bewohner eingebunden ist und die Praxen eine bedeutsame Anlaufstelle darstellen. Hieraus ist jedoch angesichts der in derKümmerei erhobenen Primärdaten nicht zu schließen, dass auf dieser Ebene neben der medizinischen Versorgung auch die ebenso notwendige informationelle, navigatorische und koordinative Unterstützung sowie die Einbindung in die kommunale Versorgungsarchitektur geleistet werden kann. Beide Funktionsebenen konkurrieren jedoch nicht, sondern ergänzen und komplettieren sich – gut erkennbar an der Tatsache, dass sich nahezu alle Versicherten des Kernkollektivs derKümmerei gleichzeitig in ambulanter ärztlicher Behandlung befinden.

Abb. 26

**Indikator 6: Anteil Versicherte ( $\geq 18$  Jahre) mit  $> 30$  Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale**


Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 18$  Jahre

© PMV 2025

Operationalisierung: Mehr als 30 Abrechnungspositionen an unterschiedlichen Datum-Arzt-Kombinationen

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	18,6	22,1	17,7	
2018	18,3	22,2	16,9	
2019	18,1	21,4	17,9	26,6
2020	16,6	19,1	15,7	20,6
2021	16,6	19,0	15,8	21,9
2022	16,6	19,2	14,6	23,5
2023	16,6	18,8	15,7	23,2
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-8,5%	-12,0%	-12,5%	-12,8%

© PMV 2025

In Analogie zur Praxisaffinität zeigen speziell die Chorweiler AOK-Versicherten auch hohe Besuchsfrequenzen: Nahezu jeder fünfte sucht mehr als 30-mal eine haus- oder fachärztliche Praxis auf. Damit lag und liegt die Praxiskontakt-rate im SR BCS über der beider Vergleichsräume. Ein tendenzielles Zurückfahren der Gruppe mit hochfrequenten Praxisbesuchen über die Zeit ist dabei mit deutlichem Sprung in der Coronaphase in allen analysierten Räumen zu beobachten. Im Modellzeitraum 2019 bis 2023 ist der Rückgang mit etwa 12 Prozent am ausgeprägtesten in den beiden Sozialräumen.

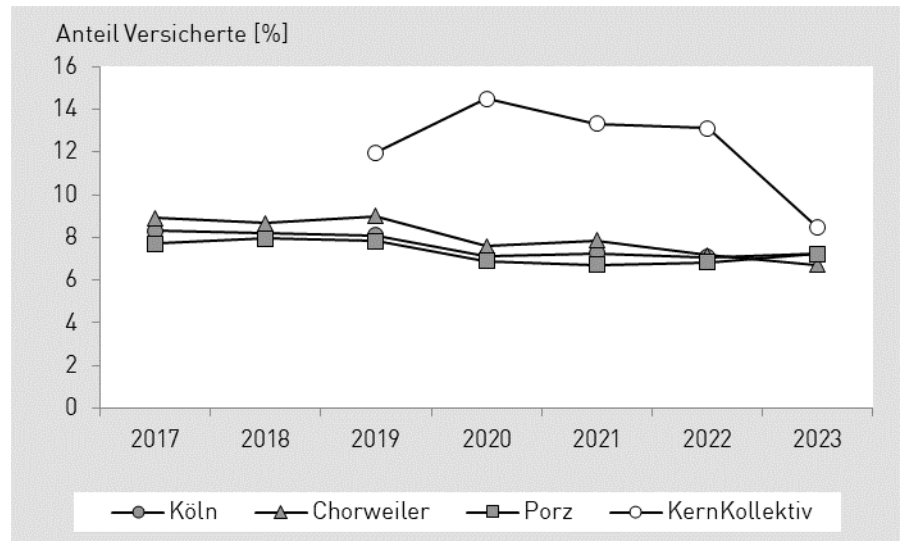
Die hohe Vorstellungsrate in den Praxen überrascht gerade angesichts der prekären Gesamtlage des Quartiers und der dort grundsätzlich bestehenden kulturellen, navigationalen und sprachlichen Zugangshürden bei der Inanspruchnahme systemischer Angebote. Wie bereits anhand anderer Indikatoren diskutiert scheinen diese Barrieren aber gerade bei der Wahrnehmung und Akzep-

tanz ärztlicher Versorgungsangebote im ambulanten Sektor nahezu keine Rolle zu spielen. Praxen sind nach den vorliegenden Daten nicht nur Garanten einer unerwartet hohen Versorgungsqualität, sondern auch Fixpunkte im Quartier und im Gegensatz zu Behörden und anderen Organisationen HotSpots des Vertrauens – überraschenderweise auch und besonders im marginalisierten Lebensraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord.

In diesen Zahlen und Beobachtungen schlagen sich erstaunlicherweise auch aktuelle Strukturmängel auf der medizinischen Versorgungsebene nicht wirklich nieder: Im Gegensatz zu den beiden Vergleichsräumen besteht im SR BCS definitorisch eine hausärztliche Unterversorgung. Zwar wird auf Anregung der Kümmererei seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Rhein und der Stadt Köln versucht, mit Förder- und planerischen Mitteln diesen Missstand zu beheben – dies jedoch benötigt nicht nur Zeit. Dass das hohe Leistungsniveau der Arztpraxen überhaupt möglich ist, daran dürften u.a. auch die engen bidirektionalen Kooperationsschienen zwischen Praxen und Gesundheitslotsinnen der Kümmererei ihren Anteil haben. Diese sind im sozialräumlichen Grundkonzept des Modelles ebenso fest verankert wie das Ziel, Praxen durch die Übernahme nicht primär ärztlicher Aufgaben zu entlasten.

Abb. 27

## Indikator 15: Inanspruchnahme Notfallambulanz



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte  
 Operationalisierung: Aufnahme im stationären Bereich mit  
 Aufnahmespezifikation 07

© PMV 2025

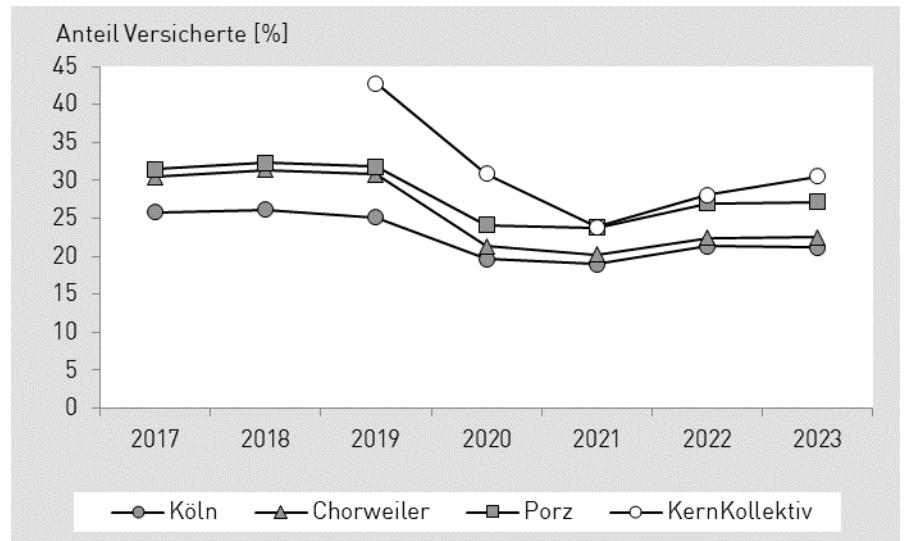
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	8,3	8,9	7,7	
2018	8,2	8,7	8,0	
2019	8,1	9,0	7,8	12,0
2020	7,1	7,6	6,9	14,5
2021	7,2	7,8	6,7	13,3
2022	7,1	7,2	6,8	13,1
2023	7,2	6,7	7,2	8,5
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-10,6%	-25,3%	-7,8%	-29,3%

© PMV 2025

Die generell hohe Inanspruchnahmerate der klinischen Notfallambulanz ist eine strukturelle und logistische Herausforderung und gleichzeitig Ausdruck einer bislang nur unzureichend greifenden Patientensteuerung. Die untersuchten Räume bilden hier keine Ausnahme. Nach einem sowohl in Köln gesamt als auch in beiden Sozialräumen 2019/2020 feststellbaren, am ehesten pandemiebedingten Sprung nach unten zeigen die beiden Vergleichsräume seither einen konstanten (Köln) bis leicht ansteigenden (SR PFGE) Wahrnehmungstrend. Eine deutliche weitere Abnahme ist mit minus 25 Prozent lediglich in Chorweiler zu beobachten. Diese Entwicklung ist umso überraschender, als 2020 eine zuvor im Sozialraum etablierte Notfallpraxis geschlossen und die Bevölkerung in Notfällen explizit an die Notfallambulanz einer Klinik im Nachbarbezirk verwiesen wurde.

Abb. 28

## Indikator 16: Inanspruchnahme ärztlicher Notdienst



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Abrechnungsfall über die KV mit Scheinart

N=Notfallbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	25,8	30,5	31,5	
2018	26,1	31,4	32,3	
2019	25,1	30,8	31,8	42,8
2020	19,7	21,4	24,2	30,9
2021	19,0	20,3	23,8	23,9
2022	21,4	22,5	27,0	28,1
2023	21,1	22,5	27,2	30,5
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-15,9%	-26,9%	-14,7%	-28,7%

© PMV 2025

Ein nach Schließung der Notfallpraxis in Chorweiler zu erwartender Shift hin zur vermehrten Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes hat nach den vorliegenden Daten nicht stattgefunden. Die Chorweiler Wahrnehmungsrate des Notdienstes ist 2023 mit 22,5 Prozent deutlich niedriger als die im SR FPGE (27,2%) und nur geringfügig höher als die in der Gesamtstadt (21,1%). Gleichzeitig weist Chorweiler im Modellverlauf 2019 bis 2023 mit minus 26,9 Prozent die im Vergleich höchste Reduktionsrate auf.

Da aus den Daten heraus keine relevanten Verschiebungen der Kontingente zwischen den beiden Notfall- Versorgungsebenen erkennbar sind, ist davon auszugehen, dass sich in der Bevölkerung in den letzten Jahren entweder das Einschätzungsvermögen von vermeintlichen Notfällen oder deren Bewältigungsmodus (Abwarten, ggf. Hausarzt) grundlegend gewandelt hat. Insoweit könnten mehrere Informationskampagnen derKümmerei zu dieser Thematik u.a. auch in den Schulen des Sozialraums durchaus ihren direkten Nieder-

schlag in einer gewachsenen Bewältigungskompetenz von Notfallsituationen gefunden haben.

Tab. 6

**Indikator 17: Summe stationärer Behandlungstage**

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	422.511	19.735	12.627	
2018	415.233	21.706	12.448	
2019	399.498	21.347	11.135	894
2020	338.403	17.811	9.755	760
2021	345.058	17.491	9.961	836
2022	338.910	17.250	9.962	771
2023	345.331	16.915	10.420	1.057

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

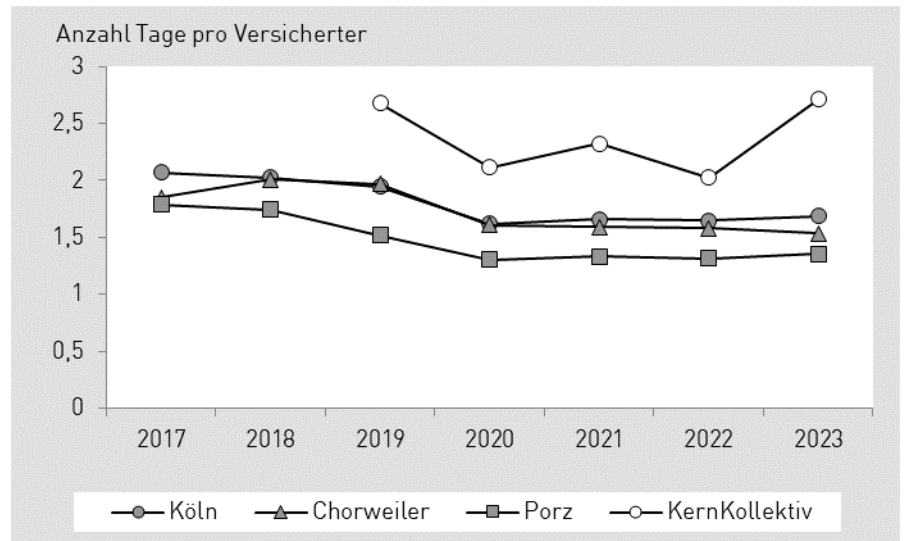
Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,6%	-20,8%	-6,4%	+18,2%

© PMV 2025

Abb. 29

Indikator 17: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

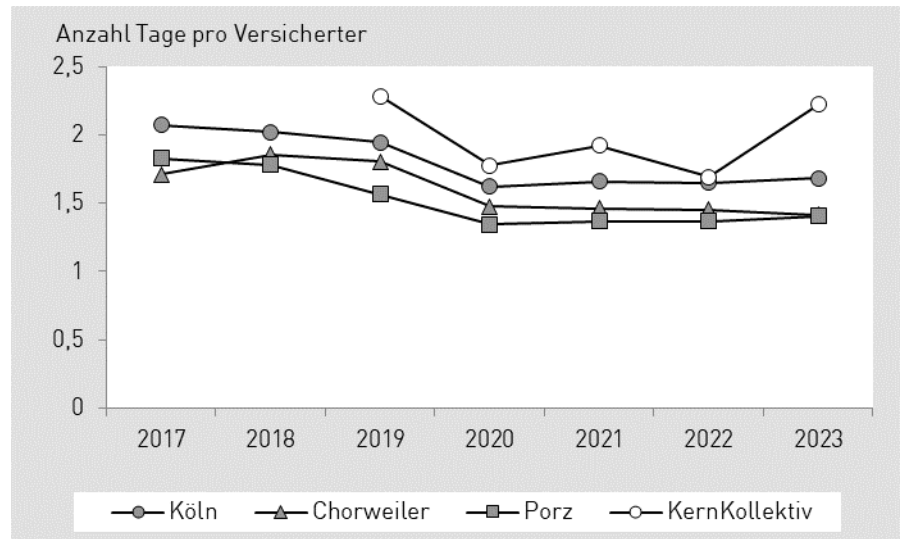
Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung

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 [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,4%	-22,1%	-10,9%	+1,3%

© PMV 2025



Abb. 30

**Indikator 17: Stationäre Behandlungstage pro Versicherter - Chroniker korrigiert**

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

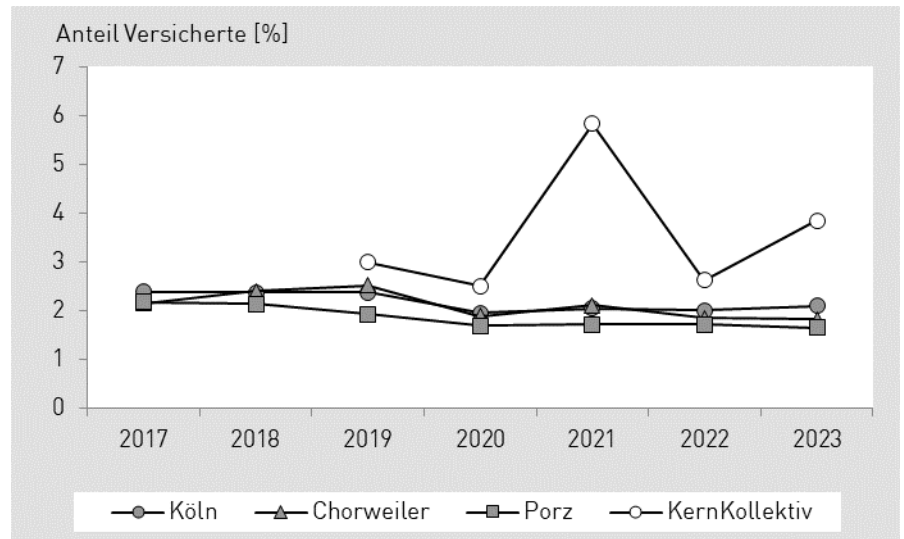
Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,1	1,7	1,8	
2018	2,0	1,9	1,8	
2019	1,9	1,8	1,6	2,3
2020	1,6	1,5	1,3	1,8
2021	1,7	1,5	1,4	1,9
2022	1,6	1,5	1,4	1,7
2023	1,7	1,4	1,4	2,2
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,4%	-21,5%	-10,3%	-2,7%

© PMV 2025

Die Summe stationärer Behandlungstage hat sich in allen beobachteten Räumen in Summe reduziert. Die meisten stationären Behandlungstage pro Versichertem in 2023 weist mit 1,68 Tagen Köln auf, gefolgt von Chorweiler (1,53 T) und Porz (1,35 T). Werden die Daten nach dem Chronikeranteil Köln korrigiert, so bleibt zwar die Reihenfolge, aber der Abstand verändert sich deutlich: Auch dann hatten Versicherte in Köln im Jahr 2023 die jeweils meisten stationären Behandlungstage (1,68 T), nun aber mit größerem Abstand zu den fast gleichauf liegenden Sozialräumen (BCS: 1,42 T / FPGE: 1,40 T). Die größte Reduktion stationärer Behandlungstage pro Versicherten im Zeitraum 2019-2023 ist auf Basis der korrigierten Daten mit minus 21,5 Prozent in Chorweiler erfolgt, die beiden Vergleichsräume weisen demgegenüber deutlich geringere Senkungsraten auf (K: minus 13%; SR FPGE: minus 10%).

Abb. 31

**Indikator 18: Anteil Versicherte mit  $\geq 3$  KH-Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten**

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Anzahl der Aufnahmen mit stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,4	2,1	2,2	
2018	2,4	2,4	2,1	
2019	2,4	2,5	1,9	3,0
2020	2,0	1,9	1,7	2,5
2021	2,0	2,1	1,7	5,8
2022	2,0	1,9	1,7	2,6
2023	2,1	1,8	1,7	3,8
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-11,7%	-27,6%	-14,3%	+28,5%

© PMV 2025

Der Anteil von Versicherten mit 3 oder mehr stationären Aufnahmen innerhalb eines Jahres liegt in allen beobachteten Räumen im vergleichbar niedrigen Bereich. Zu erwähnen ist jedoch ein sich im Verlauf 2019 bis 2023 abzeichnender Trend: Hiernach reduzierte sich dieser Versichertenanteil im SR BCS um 28 Prozent, in Köln sowie im SR Porz-Ost/Finkenbergl/Gremberghoven/Eil jedoch nur um 12 bzw. 14 Prozent.

**Tab. 7** **Indikator 22: Summe Krankenhaus-Ausgaben**

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	174.917.133,87	8.697.818,78	5.553.269,42	
2018	181.561.566,74	9.923.474,87	5.892.588,56	
2019	189.516.234,97	10.817.020,76	5.630.842,18	390.861,05
2020	200.692.544,89	12.490.152,78	8.728.834,69	482.582,73
2021	199.793.555,12	10.365.995,06	6.455.810,24	554.682,22
2022	198.783.760,07	10.584.859,19	5.947.109,20	447.510,49
2023	214.133.715,86	11.033.233,62	7.411.807,85	705.035,66

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung

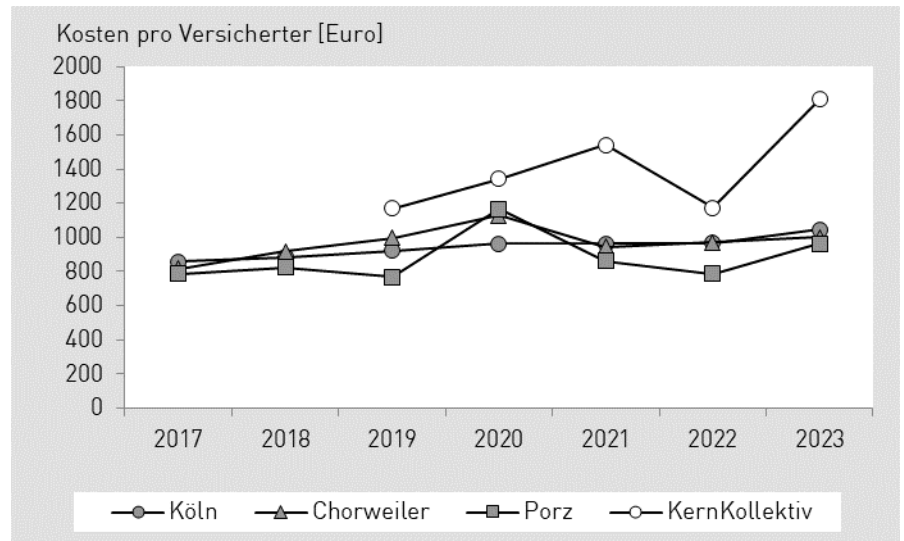
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+13,0%	+2,0%	+31,6%	+80,4%

© PMV 2025

Die summarischen Krankenhauskosten sind in den vergangenen Jahren erwartungsgemäß in allen drei betrachteten Räumen kontinuierlich angestiegen. Die Anstiegsdynamik stellt sich jedoch höchst unterschiedlich dar: Die Kostensteigerungsrate betrug bezogen auf die Jahre 2019 bis 2023 in Köln insgesamt 13 Prozent, in dem zu vergleichenden SR PFGE jedoch 31 Prozent und im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord lediglich 2 Prozent.

Abb. 32

## Indikator 22: Krankenhaus-Ausgaben pro Versicherter



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

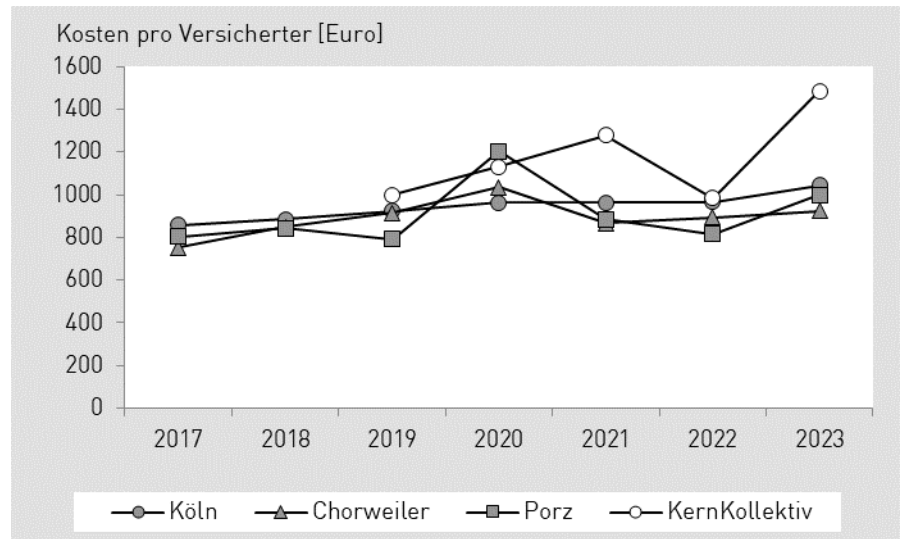
Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	857,02	815,93	786,58	
2018	884,49	917,23	824,14	
2019	922,33	997,14	768,72	1.170,24
2020	961,72	1.128,49	1.167,42	1.344,24
2021	961,57	943,05	862,61	1.540,78
2022	966,52	970,11	785,30	1.174,57
2023	1.044,42	1.000,47	963,07	1.807,78
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+13,2%	+0,3%	+25,3%	+54,5%

© PMV 2025

Abb. 33

### Indikator 22: Krankenhausausgaben pro Versicherten - Chroniker korrigiert



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	857,02	754,02	802,94	
2018	884,49	849,75	843,96	
2019	922,33	914,88	791,32	999,58
2020	961,72	1.036,03	1.204,07	1.131,13
2021	961,57	868,08	885,90	1.276,79
2022	966,52	893,57	816,16	983,89
2023	1.044,42	923,86	998,19	1.484,85
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+13,2%	+1,0%	+26,1%	+48,5%

© PMV 2025

Bricht man die summarischen Krankenhauskosten auf den einzelnen Versicherten herunter, wird auch die Auswirkung der Coronapandemie deutlicher: Im Gegensatz zur Gesamtstadt ist im Jahr 2020 in beiden Sozialräumen ein kurzfristig überproportionaler Kostenanstieg zu verzeichnen – im SR PFGE noch deutlich ausgeprägter als in Chorweiler. Ansonsten ergeben sich schon bei dieser Betrachtung eindruckliche Unterschiede in der Kostenentwicklung über den Zeitraum 2019 bis 2023: Beträgt diese in Köln +13,2 Prozent, so liegt sie in Porz bei +25,3 und im SR BCS bei lediglich 0,3 Prozent.

Diese Berechnung spiegelt jedoch nicht den in den Räumen sehr unterschiedlichen Anteil von Versicherten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und COPD wieder (siehe Indikator 9, Abb. 18, Seite 35). Chronisch Erkrankte generieren jedoch im Vergleich zu Versicherten ohne chronische Krankheit ungleich höhere Kosten sowie längere Krankenhausauf-

enthalte. Zur Schaffung in etwa vergleichbaren Ausgangslagen ist es daher unumgänglich, in beiden Sozialräumen zumindest die Chronikerrate einschließlich der damit verbundenen Kosten an ein Bezugsniveau, in diesem Falle den Chronikeranteil in der Gesamtstadt Köln, anzugleichen. Werden die Populationsdaten beider Sozialräume entsprechend korrigiert, so zeigt sich über den Modellzeitraum 2019 bis 2023 auf dem individuellen Level eine Kostensteigerung von in Köln gleichbleibend 13,2 Prozent, in Porz jedoch von 26,1 Prozent. In Chorweiler hingegen betrug die Steigerungsrate der Krankenhauskosten pro Versicherten lediglich 1,0 Prozent. Dem entspricht eine über die 5 Jahre gemittelte krankenhausbezogene Kostenreduktion gegenüber Köln um jährlich 44 Euro pro Versicherter.

**Tab. 8** **Indikator 24: Summe Gesamtausgaben**

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	732.556.381,68	39.492.743,34	24.889.965,93	
2018	758.270.521,28	41.270.833,78	25.732.524,12	
2019	821.467.771,28	44.436.537,74	28.487.646,66	1.320.204,20
2020	840.645.244,70	46.697.177,40	31.489.521,69	1.584.045,91
2021	887.063.867,83	48.001.403,30	31.042.668,67	1.866.020,16
2022	926.623.533,03	50.143.593,75	32.160.952,10	1.866.194,99
2023	969.371.210,30	52.537.587,70	35.860.288,41	2.214.086,52

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,0%	+18,2%	+25,9%	+67,7%

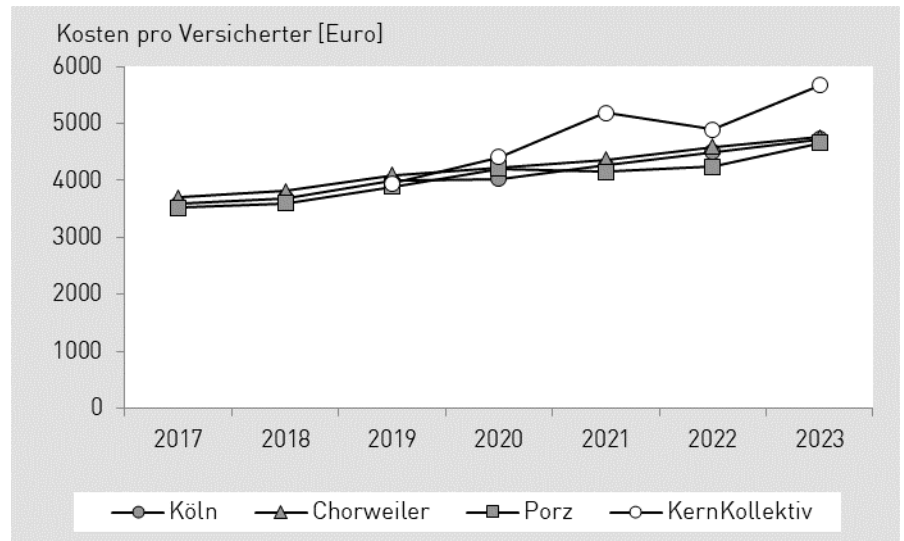
© PMV 2025

Im Abgleich mit den Krankenhauskosten sind die Gesamtkosten in den vergangenen Jahren ebenfalls kontinuierlich, jedoch mit Ausnahme vom SR PFGE überproportional angestiegen. Die Steigerungsrate lag für Köln gemessen über den Modellzeitraum 2019 bis 2023 bei 18 Prozent und damit um 5 Punkte über der der Krankenhauskosten.

Die Entwicklung der Gesamtkosten stellt sich in Chorweiler vergleichbar dar, während im SR PFGE die Kostenanstiegsrate 25,9 Prozent betrug und damit deutlich höher ausfällt.

Abb. 34

## Indikator 24: Gesamtausgaben pro Versicherter



Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

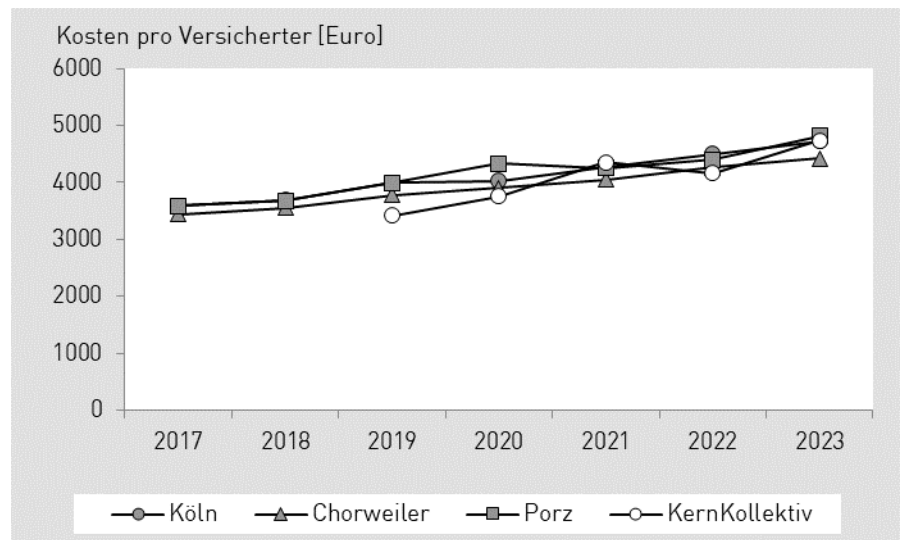
© PMV 2025

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche

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 [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,3%	+16,3%	+19,8%	+43,6%

© PMV 2025

Abb. 35

**Indikator 24: Gesamtausgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert**

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

© PMV 2025

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	3.589,22	3.445,45	3.592,58	
2018	3.693,96	3.555,86	3.678,13	
2019	3.997,90	3.784,33	3.993,70	3.417,74
2020	4.028,39	3.900,11	4.332,37	3.762,70
2021	4.269,29	4.046,47	4.250,29	4.357,27
2022	4.505,39	4.261,00	4.399,32	4.159,02
2023	4.728,04	4.427,22	4.814,98	4.732,87
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,3%	+17,0%	+20,6%	+38,5%

© PMV 2025

Korrigiert man wie vorbeschrieben auch die Gesamtkosten in beiden Sozialräumen auf ein Köln entsprechendes Chronikerniveau, so ergibt sich über die Jahre 2019 bis 2023 für Köln eine Kostensteigerungsrate von 18,3 Prozent, im SR FPGE liegt diese bei 20,6 Prozent. Am geringsten ist die Anstiegsrate der korrigierten, auf den Versicherten heruntergebrochenen Gesamtkosten in Chorweiler. Dem entspricht gemittelt über den genannten Modellzeitraum eine in Chorweiler realisierte Gesamtkosteneinsparung pro Versichertem von jährlich 222 Euro gegenüber Köln und von 274 Euro bezogen auf den Vergleichssozialraum. Bei ergänzender Korrektur um die vorbestehende Kostendifferenz (2017/2018) ergeben sich für den SR BCS jährliche Einsparungen in Höhe von 81 Euro gegenüber Köln bzw. 140 Euro im Vergleich zum SR FPGE.

Eine im Vergleich zu Porz mittlere jährliche Einsparung im Modellraum in Höhe von 53 Euro ergibt sich auch bei Anwendung der so genannten Differenzen-in-Differenzen-Analyse. Bei dieser Methode werden innerhalb jedes Sozialraums die Kostendifferenzen von zwei aufeinanderfolgenden Jahren berechnet. An-



schließen werden alle jahresbezogenen Kostendifferenzen zwischen den Sozialräumen und daraus der arithmetische Mittelwert berechnet.

Der Anspruch an eine populationsbezogene Wirksamkeitsbeschreibung Health in all Policies-orientierter Interventionen ist hoch. Bedeutet er doch im nicht studienbezogenen Setting das Vorliegen lediglich aggregierter Daten, die Priorisierung des Raums, den Verzicht auf die konkrete kausale Zuordnung, die Auswahlnotwendigkeit aussagekräftiger Indikatoren sowie die Akzeptanz langer Zeitschienen. Nun sind Effekte einer strukturellen Intervention zwar in einem interoperativen dynamischen Kontext wie dem Sozialraum weder in einer unmittelbaren Ursächlichkeit zu beschreiben noch detailliert zu quantifizieren, gleichwohl sind sie impliziter Teil der Lage. Bei einem mehrdimensionalen Portfolio wie dem derKümmerei ist insoweit davon auszugehen, dass sich in der gesundheitlichen Gesamtsituation des Raums additiv oder multiplikativ nicht nur die operativen Impulse, sondern auch die Netzwerk- und Entwicklungserfahrungen sowie die politischen Resonanzen spiegeln. Dies heißt aber auch, dass sich raumbezogene Interventionen in ihrer Wirkung nur im Abgleich mit anderen Räumen erfassen und bewerten lassen.

Angesichts der Komplexität sowie der grundsätzlichen Limitationen war es eher überraschend, dass mit Hilfe der hier gewählten Indikatoren sowie der analysierten Routinedaten in der Gegenüberstellung zu zwei Vergleichsräumen bereits nach vier Jahren operativer Intervention belastbare Aussagen zur gesundheitlichen Situation im Modellraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord und damit auch zur indirekten bzw. direkten systemischen Wirkung derKümmerei gewonnen werden konnten.

Die hierbei auch perspektivisch wesentlichsten Punkte sind nachfolgend noch einmal zusammengefasst.

- Der Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord weist die im Vergleich höchste somatische und psychische Krankheitslast auf. Noch ausgeprägter ist diese lediglich in der von derKümmerei betreuten Subgruppe (Kernkollektiv) mit komplexem Unterstützungsbedarf. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Primärdatenanalyse belegt dies die Zielgenauigkeit des operativen Modellansatzes.
- Die ambulant-ärztliche Versorgungsqualität im Modellraum ist - gemessen an der Prostata-Vorsorgeuntersuchungsquote, der Teilnehmerate am DMP COPD sowie der Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva ohne F-Diagnose – der in beiden Vergleichsräumen vorgehaltenen überlegen. Ausnahmen sind in diesem Zusammenhang lediglich die HPV-Vorsorgerate bei Frauen  $\geq 20$  Jahre sowie die unzureichende Influenza- Impfrate bei Bürger:innen  $\geq 60$  Jahre. Diese Versorgungsmerkmale erreichen in Chorweiler nicht das Niveau beider Vergleichsräume – ein Befund, der in seiner Konstanz am ehesten soziodemografisch durch die in einigen der im Sozialraum stark vertretenen Communities tief verankerte Impfskepsis sowie die nur schwer überwindbaren kulturellen Schwellen zu erklären sein dürfte.
- Systemisch imponieren im Sozialraum – gemessen an den Indikatoren Versicherte ohne Hausarzt und/oder Facharztbesuch, dem Anteil Versicherter mit mehr als 30 Arztkontakten im Jahr, den Inanspruchnahmeraten der Notfallambulanz und des Ärztlichen Notdienstes, der Summe stationärer Krank-

enhaustage sowie dem Anteil Versicherter mit  $\geq 3$  Klinikaufnahmen im Jahr - deutliche Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung. Die Praxisaffinität liegt v.a. auch unter Berücksichtigung der hausärztlichen Unterversorgung im SR BCS auf einem erstaunlich hohen Niveau. Auf allen anderen Versorgungsebenen ist im Modellzeitraum eine teilweise drastische Reduktion der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Mit einer einzigen Ausnahme (Senkung des Anteils Versicherter mit  $>30$  Hausarzt/Facharzt-Besuchen in 4 Quartalen; SR BCS: -12%; SR PFGE: - 12,5%) liegen die entsprechenden Absenkraten in Chorweiler dabei deutlich über denen der Vergleichsräume. In diesem Kontext scheint das Modell somit effizient als indirekter Regulator zu fungieren. Hinweise auf eine Unterversorgung im Modellraum liegen nicht vor.

- Zur Beurteilung möglicher budgetärer Effekte wurden die Indikatoren Summe Krankenhausausgaben, Gesamtausgaben, sowie die jeweils nach Chronikeranteil korrigierten Kosten pro Versicherten herangezogen. In beiden Bereichen zeigen die korrigierten Daten des SR BCS im Vergleich mit Köln und Porz die über den Modellzeitraum 2019 bis 2023 niedrigsten Anstiegsraten. Das hiernach in Chorweiler in den Jahren 2019 bis 2023 realisierte Einsparvolumen liegt bei den Gesamtausgaben in Abhängigkeit vom Auswertemodus (Querschnitt/ Korrigierter Querschnitt/ Längsschnitt/ Differenzen-in-Differenzen) sowie dem Bezugsraum in einem Bereich zwischen 53 und 274 Euro.
- Zusammenfassend belegt die routinedatengestützte Evaluation - in Komplettierung der formativen Evaluation und der Primärdatenanalyse – nachdrücklich die Passgenauigkeit, Leistungsfähigkeit und systemische Wirksamkeit des Modells.
- Zudem beschreibt der vorliegende Bericht erstmals am Beispiel derKümmerei die grundsätzliche Möglichkeit der kostenneutralen Realisierung einer transformativen Strukturintervention und damit auch deren grundsätzliche Machbarkeit. Gleichzeitig eröffnet dieser Aspekt für kommunale Körperschaften konkrete Gestaltungsräume für eine Architektur kleinräumiger Gesundheitssteuerung.
- Die methodische Frage nach der Eignung von Routinedaten auch zur raumbezogenen Einschätzung gesundheitlicher Lagen bei HIAP-basierter Intervention ist positiv zu beantworten. Ein entsprechendes, auf Raum und Population abgestimmtes IndikatorenSet wurde im Rahmen der Evaluation erarbeitet und erprobt. Dieses wird im Teil B dieses Berichtes um kommunale soziodemografische Daten ergänzt, weiter kategorisiert und auf seine Verwendbarkeit beim Monitoring kleinräumiger gesundheitlicher Lagen hin überprüft.
- Überraschend war die Feststellung, dass bei dem untersuchten Modell und Sozialraum systemische Effekte bereits relativ schnell zu beobachten waren. Hieraus könnte hypothetisch gefolgert werden, dass eventuell gerade komplexe Interventionen mit ihren multidimensionalen Impulsen stärkere reflexive Dynamiken provozieren. Dies würde im Einklang stehen mit der Erfahrung, dass bei eindimensionalen, auf Populationswirkung zielenden Vorhaben häufig lange Beobachtungszeiten notwendig sind, um eine – sofern

eine solche überhaupt eintritt - systemische Wirkung beschreiben zu können. In der Konsequenz heißt dies aber auch, dass die hier am Beispiel derKümmerei gewonnenen Ergebnisse konzeptbedingt nicht vollumfänglich auf singuläre Strukturmodule wie beispielsweise die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz zunächst angedachten niedrigschwelligen Beratungseinrichtungen zu übertragen sind.

- Mit dem hier vorgelegten Evaluationsbericht Teil A wird erstmals die sozialräumliche und budgetäre Entwicklung nach Etablierung eines HIAP-orientierten, mehrdimensionalen Versorgungsmodells mit strukturtransformativem Schwerpunkt beschrieben. Die dabei auf dem Boden von Primär- und Routinedaten gewonnenen Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen der bereits vorliegenden formativen Evaluation und stellen im Kontext sozialräumlicher gesundheitsförderlicher Interventionen einen Erkenntnisprung dar. Insofern besitzen die Evaluationsergebnisse auch vor dem Hintergrund des überfälligen Strukturwandels im Gesundheits- und Sozialsystem das Potential, die Wahrnehmung, den Diskurs und die Rechtfertigungslage im Zusammenhang mit komplexen Transformationsansätzen grundlegend zu verändern.

### *Präambel*

Im Anhang werden die Ergebnisse aller Einzelindikatoren der Empfehlungsliste (Abb. 17, S. 29) dargestellt. Dabei sind die Indikatoren mit den aus der Tab. 9 erkennbaren ID-Nummern gekennzeichnet und gereiht. Kommentiert werden hier im Anhang nur diejenigen medizinischen Indikatoren, die im finalen hybriden IndikatorenSet (Tab. 5, S. 31) keine Berücksichtigung gefunden haben. Auf die Ergebnisse und ausführlichen Beschreibung der Indikatoren aus dem finalen IndikatorenSet Gesundheit in Kapitel 8 »Die Sekundärdatenanalyse« wird hier im Anhang nur verwiesen.

Die Auswahlmethodik der Indikatoren wird in Kap. 7 »Das IndikatorenSet « (S. 28) ausführlich erläutert. Die methodischen Grundlagen der Datengewinnung sind nachfolgend bei jedem einzelnen Indikator aufgeführt.

### *Berechnete Indikatoren*

Bei den Indikatoren mit dem Suffix »pV« (pro Versicherter), also 17pV, 22pV und 24pV, wurde aus den Daten des Bezugsindikators (17, 22 und 24) aus Gründen der Darstellung und Vergleichbarkeit ein Quotient pro AOK-Versicherter berechnet.

### *Korrektur des Chronikeranteils*

Für die Indikatoren mit dem Suffix »Ck« (Chroniker korrigiert), also die Indikatoren 17Ck, 22Ck, und 24Ck, wurde aus den Daten des Bezugsindikators (17, 22 und 24 bzw. dem berechneten Quotienten pro Versicherter mit dem Zusatz »pV«) zusätzlich eine Korrektur auf den Anteil der Chroniker durchgeführt. Grundlage für die Berechnung dieser korrigierten Angaben sind von der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung gestellte Auswertungen des Sozialraums Blumenberg/ Chorweiler/ Seeberg-Nord des Jahres 2023, die für die Identifikatoren 17, 22 und 24 nach Chroniker und nicht-Chroniker differenziert berechnet wurden. Aus diesen Angaben wurde je Indikator ein Quotient aus den Pro Kopf Angaben der Chroniker und der entsprechenden Angabe der Nicht-Chroniker berechnet. Dieser Quotient zeigt um wieviel höher der jeweilige Wert (Kosten, Tage) der Chroniker im Vergleich zu dem Wert der Nicht-Chroniker liegt (bei den hier betrachteten Indikatoren liegt dieser Wert zwischen 3,5 und 3,9). In weiteren Aufbereitungsschritten wurde der Anteil der Chroniker für alle betrachteten Regionen auf den Wert des jeweiligen Jahres des Sozialraums Köln gesetzt und basierend auf diesem Wert die Anzahl Chroniker bzw. Nicht-Chroniker, für die jeweilige Region und das betrachtete Jahr berechnet. Anschließend wurden die Gesamtangaben des jeweiligen Indikators nach Region und Jahr auf die Chroniker/Nicht-Chroniker verteilt, so dass das Verhältnis der Pro-Kopf-Angaben dem oben genannten Quotienten entsprach. Multipliziert mit der Anzahl der korrigierten Chroniker/ Nicht-Chroniker ergab sich ein neuer Summenwert für den jeweiligen Indikator, der geteilt durch die Gesamtzahl der Personen in der jeweiligen Region/Jahr einen neuen Pro-Kopf-Wert ergab. Dieser Wert wird als »Chroniker korrigiert« in den Indikatoren 17Ck, 22Ck und 24Ck gezeigt.

**Tab. 9** Liste der analysierten Indikatoren

Indikator	Beschreibung
1	Anzahl AOK-Versicherte
2	Anteil Versicherte ( $\geq$ 50 Jahre) ohne Hausarztbesuch
3	Anteil Versicherte ( $\geq$ 50 Jahre) ohne Haus- und Facharztbesuch
4a	Anteil weiblicher Versicherte ( $\geq$ 20 Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich HPV
4b	Anteil männlicher Versicherte ( $\geq$ 45 Jahre) mit Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Prostata
5	Anteil Versicherte ( $\geq$ 18 Jahre) mit $>$ 12 Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale
6	Anteil Versicherte ( $\geq$ 18 Jahre) mit $>$ 30 Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale
7	Anteil Versicherte ( $\geq$ 60 Jahre) mit Influenzaimpfung
8	Anteil Versicherte ( $\geq$ 60 Jahre und stat. Pflege) mit Influenzaimpfung
9	Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM, HI, COPD)
10	Anteil Versicherte, die in DMP (DM) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose
11	Anteil Versicherte, die in DMP (COPD) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose
12	Anteil Versicherte mit HI ( $\geq$ NYHA II), die medikamentös behandelt werden, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose
13	Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung
14	Verschreibungshäufigkeit Versicherte mit Antidepressiva ohne F-Diagnose
15	Inanspruchnahme Notfallambulanz
16	Inanspruchnahme ärztlicher Notdienst
17	Summe stationärer Behandlungstage
17pV	Stationäre Behandlungstage pro Versicherter
17Ck	Stationäre Behandlungstage pro Versicherter - Chroniker korrigiert
18	Anteil Versicherte mit $\geq$ 3 KH-Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten
19	Anteil Versicherte ( $\geq$ 60 Jahre) mit stationärer Pflege
20	Anteil Versicherte ( $\geq$ 60 Jahre und Pflegegrad $\geq$ 3), die nur Geldleistung erhalten
21	Anteil Frührentner ( $<$ 65 Jahre)
22	Summe Krankenhaus-Ausgaben
22pV	Krankenhaus-Ausgaben pro Versicherter
22Ck	Krankenhausaufgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert
23	Anteil ASK KH-Aufnahmen
24	Summe Gesamtausgaben
24pV	Gesamtausgaben pro Versicherter
24Ck	Gesamtausgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert

© PMV 2025

**Indikator 1**

## Anzahl AOK-Versicherte

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Im jeweiligen Kalenderjahr durchgängig bei der AOK RH versichert/betreut und (um Zeitpunkt des Datenabzugs) wohnhaft in entsprechendem Quartier. Dieses Kriterium gilt auch für alle weiteren Indikatoren.

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	204.099	10.660	7.060	
2018	205.273	10.819	7.150	
2019	205.475	10.848	7.325	334
2020	208.680	11.068	7.477	359
2021	207.778	10.992	7.484	360
2022	205.670	10.911	7.573	381
2023	205.026	11.028	7.696	390
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-0,2%	+1,7%	+5,1%	+16,8%

© PMV 2025

Aufgeführt sind hier neben den Versicherten in der Gesamtstadt Köln, dem Sozialraum Blumenberg/ Chorweiler/Seeberg-Nord (= Chorweiler) sowie dem Sozialraum Finkenberg/Porz-Ost/Gremberghoven/ Eil (= Porz) auch die des Kernkollektivs derKümmerei (KK; s. hierzu auch S.11).

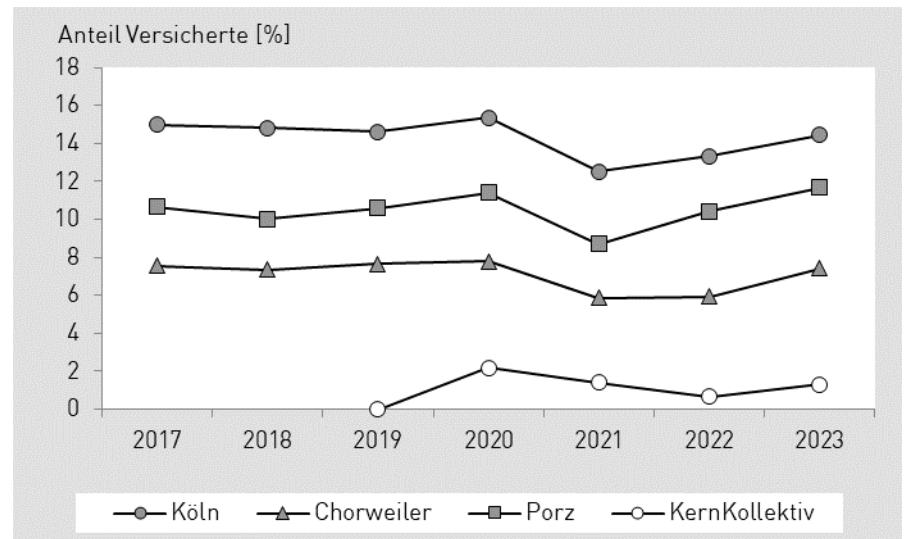
## Indikator 2

## Anteil Versicherte (&gt;= 50 Jahre) ohne Hausarztbesuch

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte >=50 Jahre

Operationalisierung: Vorliegen keiner Abrechnungsposition der KV / HzV für die Arztgruppenschlüssel 01,02,03,34



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	15,0	7,5	10,7	
2018	14,8	7,3	10,0	
2019	14,6	7,6	10,6	0,0
2020	15,4	7,8	11,4	2,2
2021	12,5	5,9	8,7	1,4
2022	13,3	5,9	10,4	0,7
2023	14,4	7,4	11,7	1,3
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-1,2%	-2,9%	+10,5%	-

© PMV 2025

Dieser Indikator wurde im Gegensatz zu dem nachfolgenden ID<sub>3</sub> nicht in das finale hybride IndikatorenSet aufgenommen, da sich nicht wenige Patient:innen in ausschließlich fachärztlicher Betreuung befinden. Die Aussagekraft dieses Merkmals bzgl. der Frage einer möglichen Unterversorgung ist damit eingeschränkt.



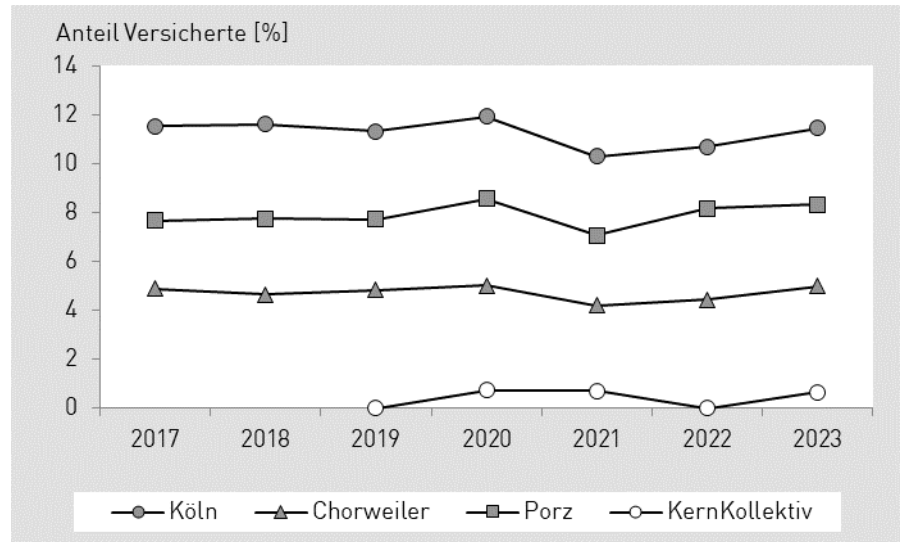
**Indikator 3**

**Anteil Versicherte (>=50 Jahre) ohne Haus- und Facharztbesuch**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 44)

Bezugspopulation: AOK-Versicherte >=50 Jahre

Operationalisierung: Vorliegen keiner Abrechnungsposition der KV / HzV



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	11,5	4,9	7,7	
2018	11,6	4,6	7,7	
2019	11,3	4,8	7,7	0,0
2020	11,9	5,0	8,5	0,7
2021	10,3	4,2	7,1	0,7
2022	10,7	4,4	8,1	0,0
2023	11,4	5,0	8,3	0,6

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+1,0%	+2,9%	+8,1%	-

© PMV 2025

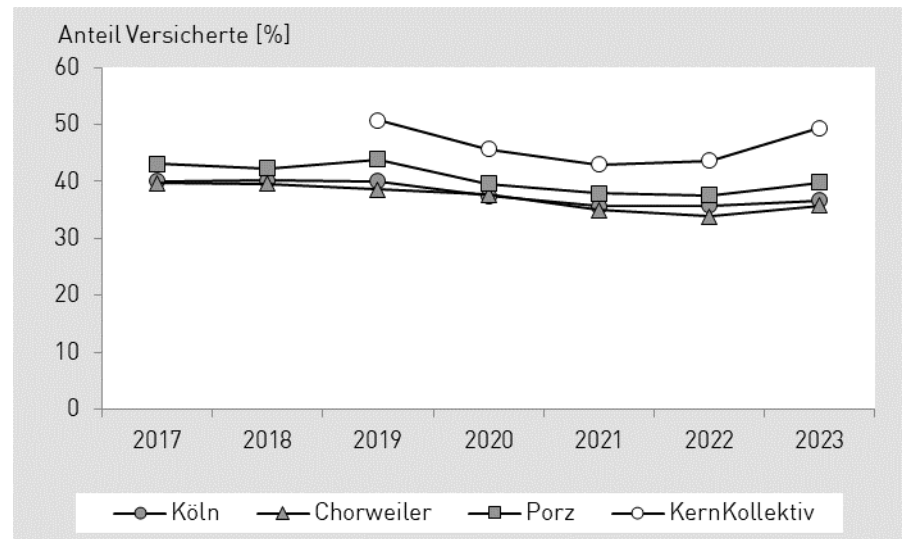
## Indikator 4a

**Anteil weiblicher Versicherte (>=20 Jahre) mit  
Vorsorgeuntersuchungen im Bereich HPV**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 38)

Bezugspopulation: Weibliche AOK-Versicherte >=20 Jahre

Operationalisierung: EBM 01730, 01760 oder 01761



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	40,1	39,7	43,1	
2018	40,2	39,6	42,3	
2019	40,1	38,6	43,9	50,7
2020	37,5	37,7	39,6	45,7
2021	35,7	35,0	38,0	42,9
2022	35,8	33,9	37,6	43,6
2023	36,7	35,7	39,9	49,4
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-8,4%	-7,5%	-9,1%	-2,6%

© PMV 2025

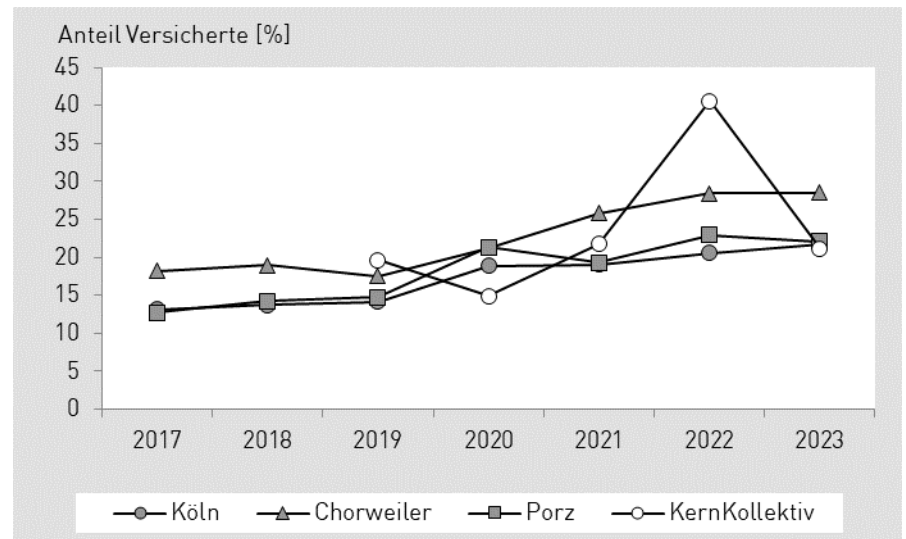
## Indikator 4b

**Anteil männlicher Versicherte ( $\geq 45$  Jahre) mit  
Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Prostata**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 38)

Bezugspopulation: Männliche AOK-Versicherte  $\geq 45$  Jahre

Operationalisierung: EBM 01731



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	13,1	18,2	12,7	
2018	13,7	19,0	14,2	
2019	14,1	17,5	14,8	19,7
2020	18,9	21,3	21,3	14,9
2021	19,1	25,8	19,3	21,7
2022	20,6	28,5	22,9	40,6
2023	21,8	28,6	22,1	21,1

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+54,1%	+62,7%	+49,3%	+7,4%

© PMV 2025

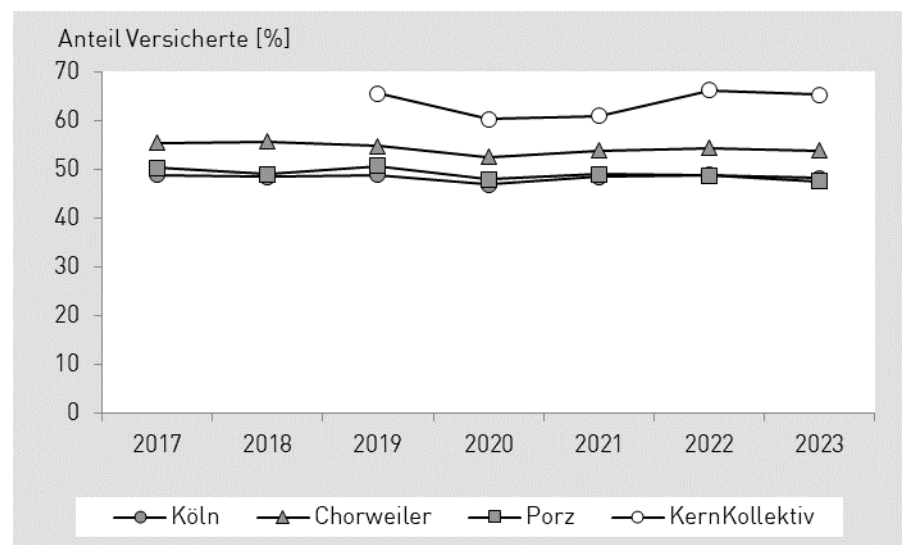
## Indikator 5

**Anteil Versicherte ( $\geq 18$  Jahre) mit  $> 12$  Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale**

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 18$  Jahre

Operationalisierung: Mehr als 12 Abrechnungspositionen an unterschiedlichen Datum-Arzt-Kombinationen



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	48,8	55,4	50,3	
2018	48,5	55,7	49,0	
2019	48,8	54,8	50,6	65,6
2020	46,9	52,4	47,9	60,3
2021	48,5	53,8	48,9	61,0
2022	48,8	54,4	48,7	66,2
2023	48,2	53,8	47,6	65,2
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-1,4%	-1,7%	-6,0%	-0,5%

© PMV 2025

ID5 wird im Gegensatz zu dem nachfolgenden ID6 nicht als Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet verwendet, da mit dem Kriterium »>12 Arztbesuche« keine ausreichende Trennschärfe zwischen Normal- und möglicher Überversorgung gegeben ist.

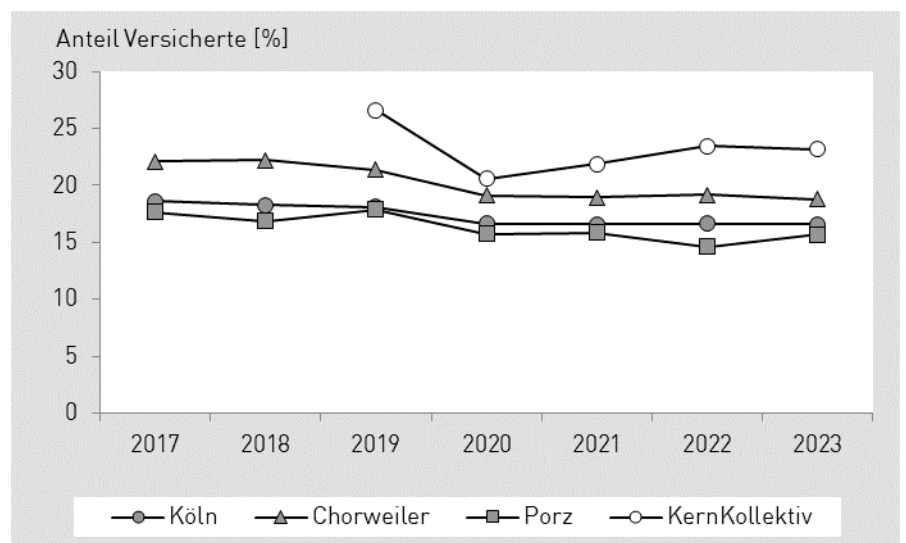
## Indikator 6

**Anteil Versicherte ( $\geq 18$  Jahre) mit  $> 30$  Haus- und Facharztbesuchen / 4 Quartale**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 46)

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 18$  Jahre

Operationalisierung: Mehr als 30 Abrechnungspositionen an unterschiedlichen Datum-Arzt-Kombinationen



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	18,6	22,1	17,7	
2018	18,3	22,2	16,9	
2019	18,1	21,4	17,9	26,6
2020	16,6	19,1	15,7	20,6
2021	16,6	19,0	15,8	21,9
2022	16,6	19,2	14,6	23,5
2023	16,6	18,8	15,7	23,2
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-8,5%	-12,0%	-12,5%	-12,8%

© PMV 2025

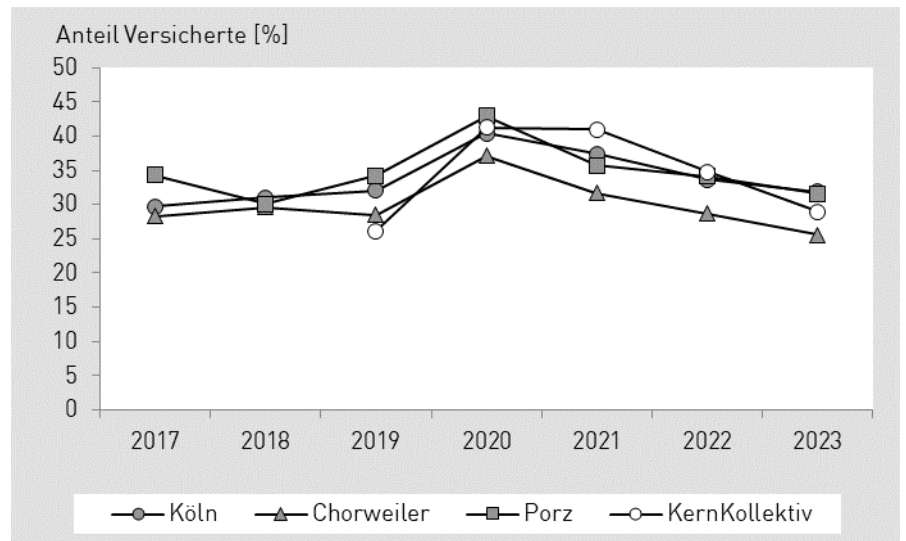
## Indikator 7

Anteil Versicherte ( $\geq 60$  Jahre) mit Influenzaimpfung

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 40)

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 60$  Jahre

Operationalisierung: Influenzaimpfung: EBM 89111 oder 89112



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	29,7	28,3	34,3	
2018	31,1	29,6	30,1	
2019	32,0	28,5	34,2	26,2
2020	40,4	37,1	43,0	41,3
2021	37,4	31,6	35,7	41,0
2022	33,7	28,6	34,1	34,8
2023	31,9	25,5	31,6	29,0
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-0,5%	-10,4%	-7,6%	+10,9%

© PMV 2025

## Indikator 8

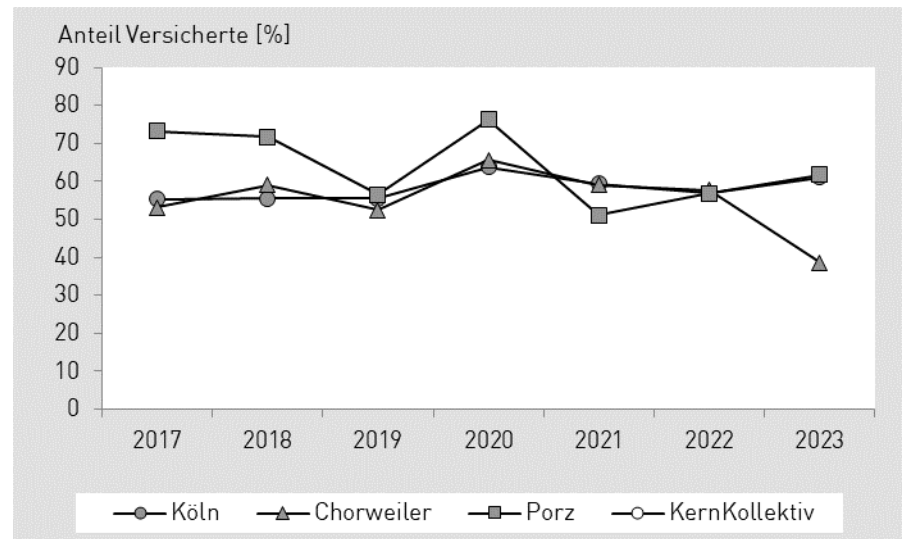
Anteil Versicherte ( $\geq 60$  Jahre und stat. Pflege) mit Influenzaimpfung

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 60$  Jahre in stationärer Pflege

Abrechnung = Gebührenposition Lo4STAT\* oder 0504000

Operationalisierung: Influenzaimpfung: EBM 89111 oder 89112



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	55,4	53,2	73,2	
2018	55,6	59,0	71,7	
2019	55,4	52,5	56,6	
2020	63,7	65,7	76,4	
2021	59,4	59,1	51,1	
2022	56,9	57,6	56,9	
2023	61,1	38,6	61,8	

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+10,2%	-26,4%	+9,2%	-

© PMV 2025

Dieser Indikator ist ebenso wie der ID19 (Versicherte  $\geq 60$  Jahre mit stationärer Pflege) nicht zielführend verwendbar, da

- der Raumbezug ausschließlich die Einrichtung betrifft.
- die Fallzahlen in den untersuchten Sozialräumen BCS und FPGE) klein sind (z.B. im Jahr 2023 Chorweiler: 88 / Porz: 55 Personen mit stationärer Pflege).
- die Impfquote bei dieser Klientel aufgrund der multiplen Abhängigkeiten (Institution, Angehörige, Betreuer, etc.) ein nur indirekter Hinweis auf die adressierte medizinische Versorgungsqualität ist.

Der Indikator wird daher im definitiven IndikatorenSet nicht berücksichtigt.

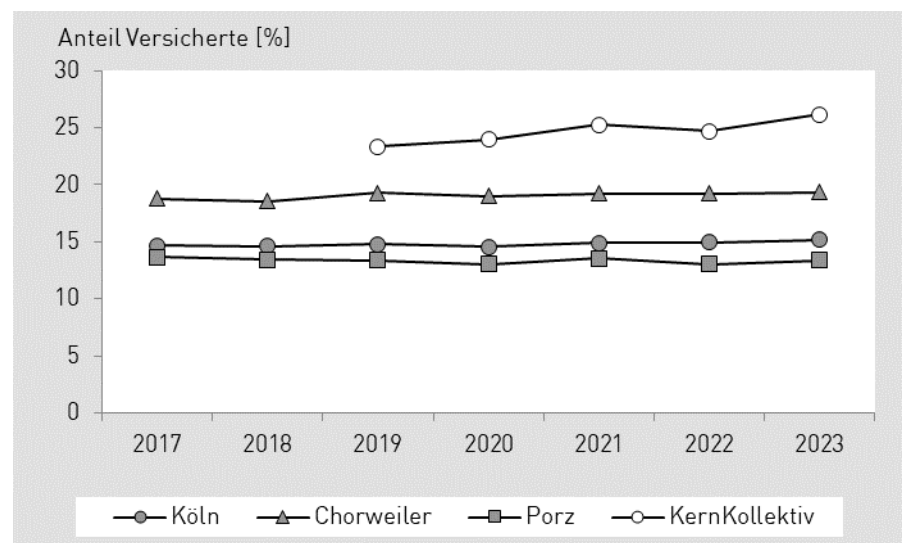
## Indikator 9

**Anteil Versicherte mit mindestens einer chronischen Erkrankung (DM, HI, COPD)**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 35)

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\*)



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	14,7	18,8	13,7	
2018	14,6	18,6	13,4	
2019	14,8	19,3	13,4	23,4
2020	14,6	19,0	13,0	24,0
2021	14,9	19,2	13,6	25,3
2022	14,9	19,2	13,0	24,7
2023	15,2	19,4	13,4	26,2
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,5%	+0,3%	+0,2%	+12,0%

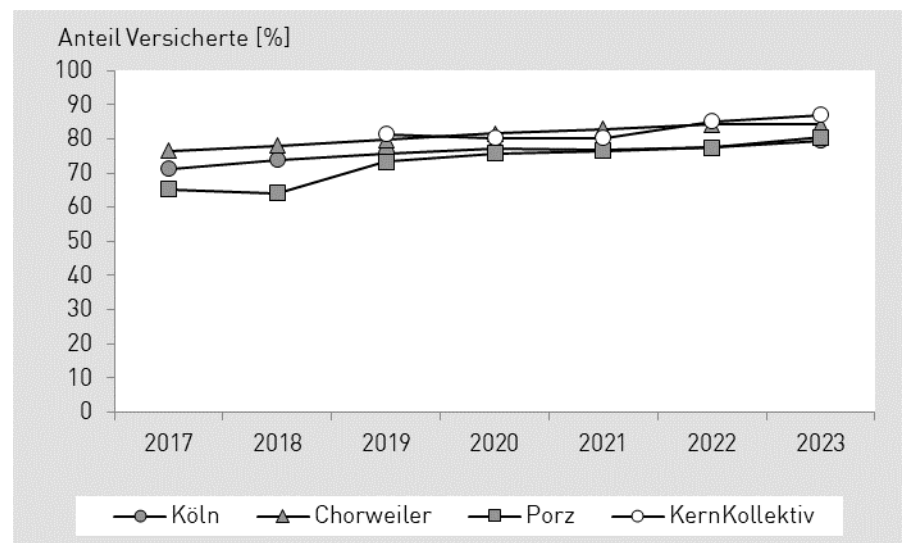
© PMV 2025



## Indikator 10

**Anteil Versicherte, die in DMP (DM) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose**

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet  
 Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte mit Diagnose Diabetes = Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens einer stationären Hauptdiagnose (ICD-Codes: DM=E10\*-E14\*)  
 Operationalisierung: Einschreibung ins DMP Diabetes (Fachinfo=03001)



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	71,2	76,6	65,2	
2018	73,8	78,0	64,2	
2019	75,7	79,7	73,2	81,4
2020	77,1	81,5	75,8	80,3
2021	76,9	82,9	76,5	80,3
2022	77,4	84,2	77,5	85,1
2023	79,5	84,2	80,4	87,0
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+5,0%	+5,7%	+9,7%	+7,0%

© PMV 2025

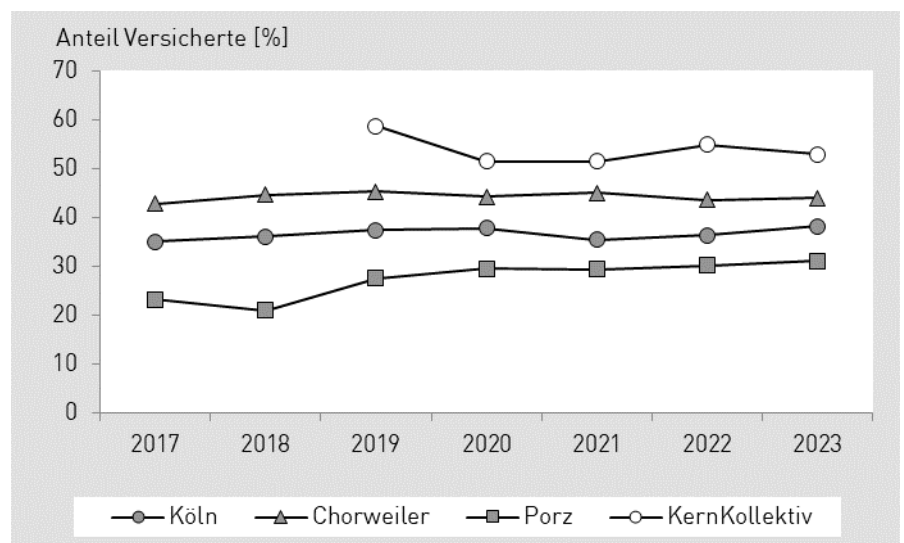
Dieser Indikator wird aufgrund seines im Vergleich zum Indikator ID11 nur geringen Distinktionspotentials nicht als medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet verwendet. Gleichwohl lassen die Auswertungen eine mit einem Wert um 80% sehr hohe Teilnahmequote und Teilnahmebereitschaft erkennen, die durchaus als Hinweis auf eine qualitativ gute bis sehr gute Chronikerversorgung in den untersuchten Räumen gewertet werden kann. Die

höchste Einschreibquote in das strukturierte DMP-Programm Diabetes mellitus findet sich im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord.

## Indikator 11

**Anteil Versicherte, die in DMP (COPD) eingeschrieben sind, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 41)  
 Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte mit Diagnose COPD = Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens eine stationäre Hauptdiagnose (ICD-Codes: COPD=J44\*)  
 Operationalisierung: Einschreibung ins DMP COPD (Fachinfo=03005)



© PMV 2025

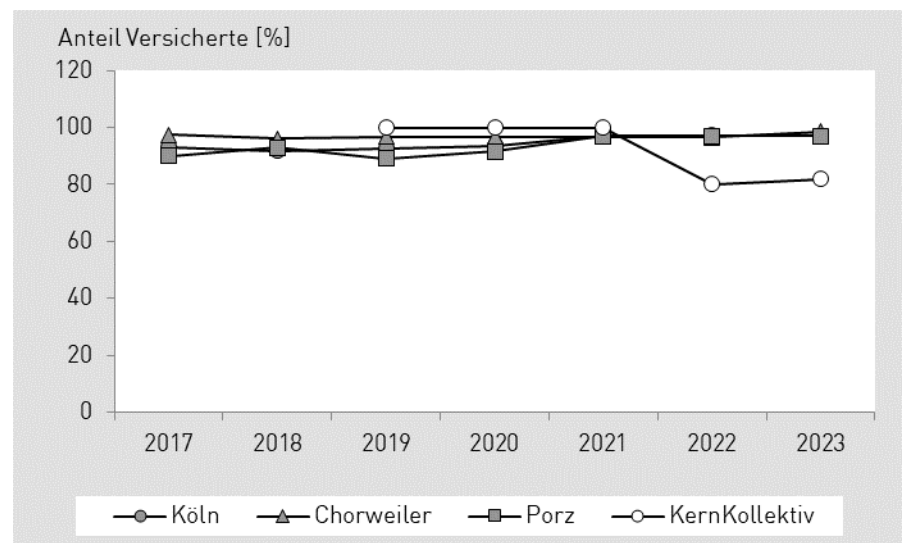
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	35,1	42,8	23,2	
2018	36,0	44,6	20,9	
2019	37,4	45,2	27,5	58,6
2020	37,9	44,3	29,5	51,5
2021	35,4	45,0	29,4	51,5
2022	36,3	43,6	30,1	54,8
2023	38,2	43,9	31,0	52,9
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,2%	-2,9%	+12,9%	-9,7%

© PMV 2025

## Indikator 12

**Anteil Versicherte mit HI ( $\geq$ NYHA II), die medikamentös behandelt werden, an allen Versicherten mit entsprechender Diagnose**

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet  
 Bezugspopulation: AOK-Versicherte mit Diagnose Herzinsuffizient (HI) = Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen oder mindestens eine stationäre Hauptdiagnose (ICD-Codes: I50.03, I50.04, I50.05, I50.12, I50.13, I50.14)  
 Operationalisierung: Abgabe von ATC C03\*, C07\*, C09\*



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	93,2	97,5	90,0	
2018	91,9	96,0	92,9	
2019	92,7	96,7	89,1	100,0
2020	93,5	96,8	91,5	100,0
2021	97,0	96,9	97,1	100,0
2022	97,3	96,6	97,1	80,0
2023	97,1	98,5	97,0	81,8
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+4,7%	+1,9%	+8,8%	-18,2%

© PMV 2025

Entgegen den Erwartungen erlaubt dieser Indikator keine im Vergleich zielführende Differenzierung und ist damit für das finale hybride IndikatorenSet nicht geeignet. Festzustellen ist jedoch, dass in allen hier näher betrachteten Lebensräumen die medikamentöse Therapie bei mittel- und schwergradiger Herzinsuffizienz in nahezu allen Fällen leitlinienkonform erfolgt und somit in dieser Patientengruppe eine sehr gute Versorgungsqualität besteht.

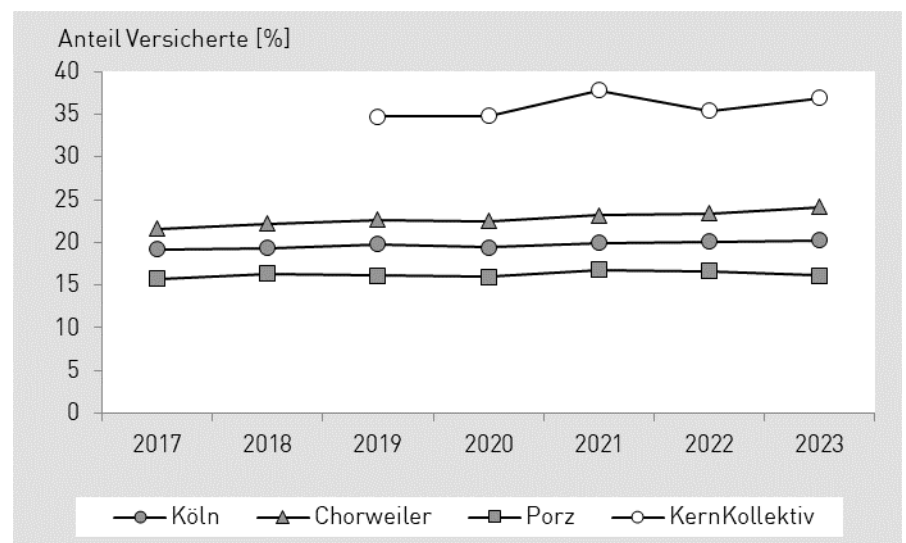
## Indikator 13

## Anteil Versicherte mit psychischer Erkrankung

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 36)

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

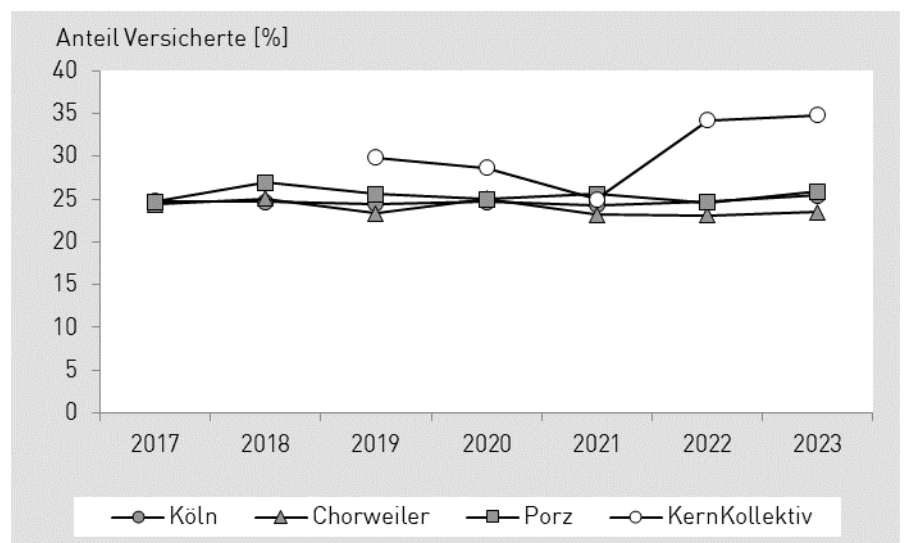
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	19,2	21,6	15,8	
2018	19,3	22,2	16,3	
2019	19,8	22,6	16,1	34,7
2020	19,4	22,5	15,9	34,8
2021	20,0	23,2	16,8	37,8
2022	20,1	23,4	16,7	35,4
2023	20,3	24,2	16,1	36,9
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+2,3%	+6,7%	+0,1%	+6,3%

© PMV 2025

## Indikator 14

**Verschreibungshäufigkeit Versicherte mit Antidepressiva ohne F-Diagnose**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 42)  
 Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte ohne psychischen Diagnose = kein Vorliegen einer gesicherten Diagnose über KV/HzV in mindestens 2 Quartalen und keine stationäre Hauptdiagnose (ICD-Codes: F\*)  
 Operationalisierung: Abgabe von ATC No6A\*



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	24,7	24,4	24,7	
2018	24,7	25,0	26,9	
2019	24,5	23,4	25,6	29,9
2020	24,7	25,1	25,0	28,7
2021	24,3	23,2	25,5	25,0
2022	24,7	23,1	24,6	34,2
2023	25,4	23,4	25,9	34,8
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+3,8%	+0,4%	+1,2%	+16,5%

© PMV 2025

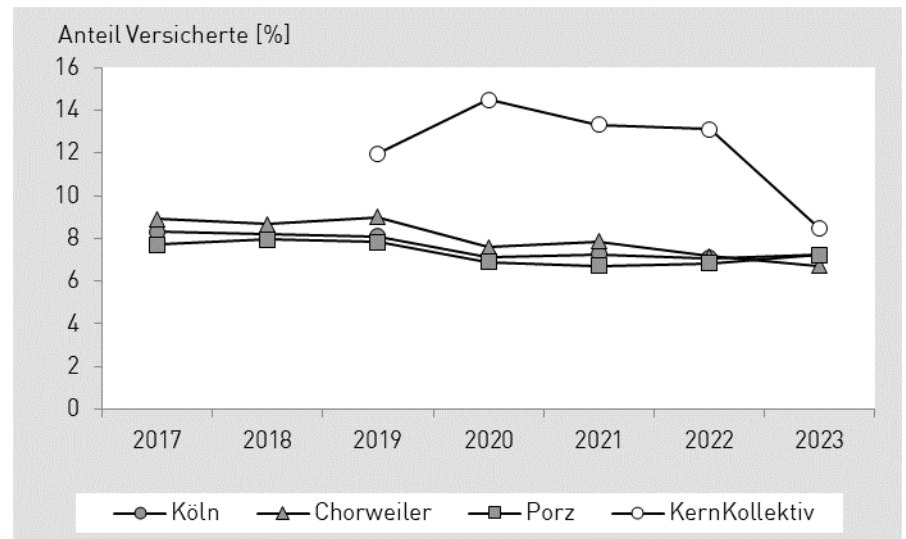
## Indikator 15

## Inanspruchnahme Notfallambulanz

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 48)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Aufnahme im stationären Bereich mit  
Aufnahmespezifikation 07



© PMV 2025

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 [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-10,6%	-25,3%	-7,8%	-29,3%

© PMV 2025

## Indikator 16

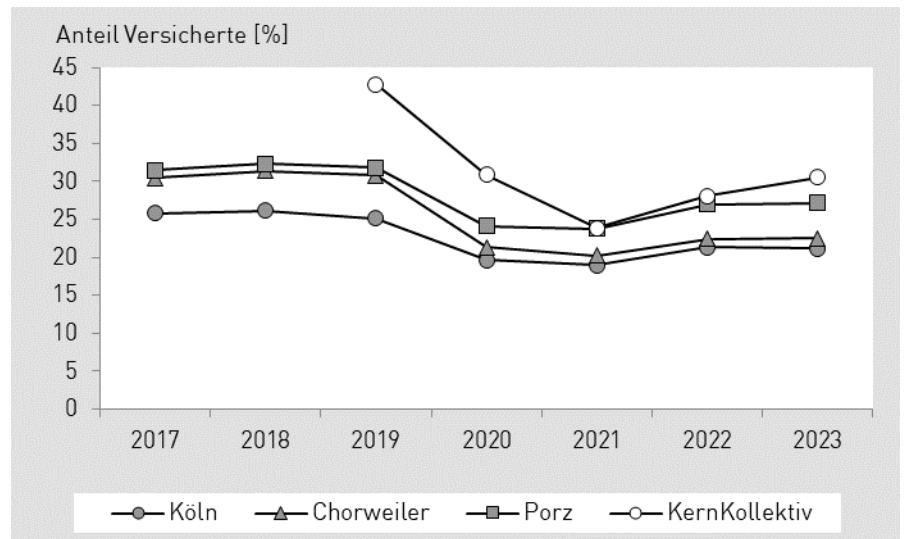
## Inanspruchnahme ärztlicher Notdienst

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 49)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Abrechnungsfall über die KV mit Scheinart

N=Notfallbehandlung



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	25,8	30,5	31,5	
2018	26,1	31,4	32,3	
2019	25,1	30,8	31,8	42,8
2020	19,7	21,4	24,2	30,9
2021	19,0	20,3	23,8	23,9
2022	21,4	22,5	27,0	28,1
2023	21,1	22,5	27,2	30,5

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-15,9%	-26,9%	-14,7%	-28,7%

© PMV 2025



**Indikator 17****Summe stationärer Behandlungstage**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 50)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	422.511	19.735	12.627	
2018	415.233	21.706	12.448	
2019	399.498	21.347	11.135	894
2020	338.403	17.811	9.755	760
2021	345.058	17.491	9.961	836
2022	338.910	17.250	9.962	771
2023	345.331	16.915	10.420	1.057
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,6%	-20,8%	-6,4%	+18,2%

© PMV 2025

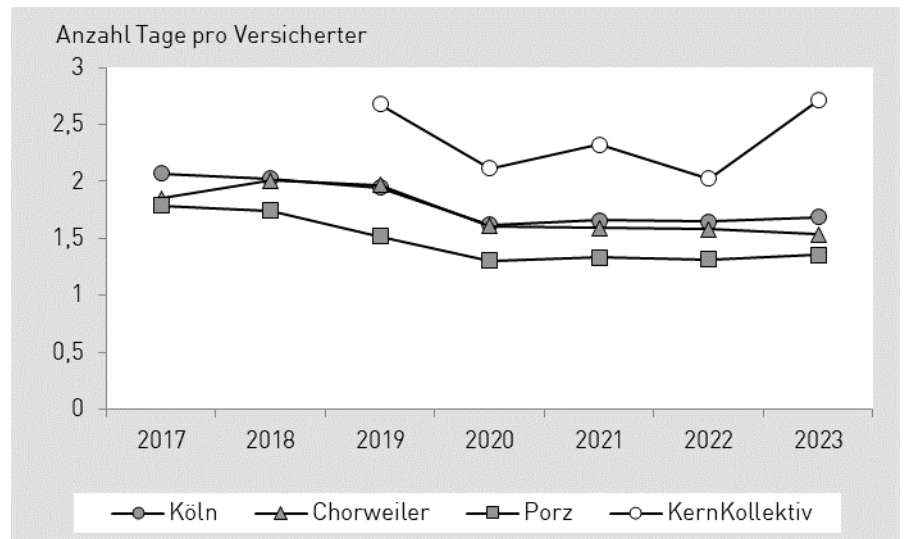
## Indikator 17pV

## Stationäre Behandlungstage pro Versicherter

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 51)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,1	1,9	1,8	1,8
2018	2,0	2,0	1,7	2,0
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 [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,4%	-22,1%	-10,9%	+1,3%

© PMV 2025

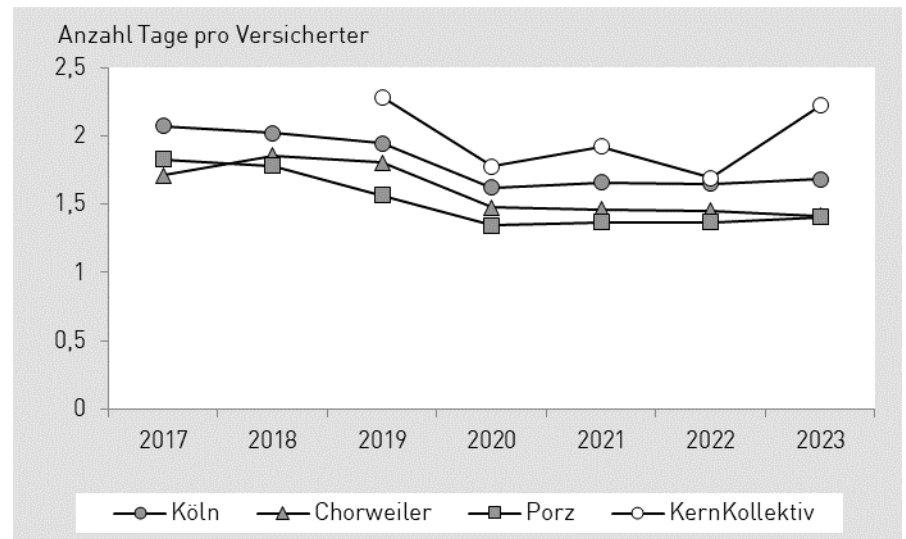
## Indikator 17Ck

## Stationäre Behandlungstage pro Versicherter - Chroniker korrigiert

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 52)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,1	1,7	1,8	
2018	2,0	1,9	1,8	
2019	1,9	1,8	1,6	2,3
2020	1,6	1,5	1,3	1,8
2021	1,7	1,5	1,4	1,9
2022	1,6	1,5	1,4	1,7
2023	1,7	1,4	1,4	2,2

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-13,4%	-21,5%	-10,3%	-2,7%

© PMV 2025

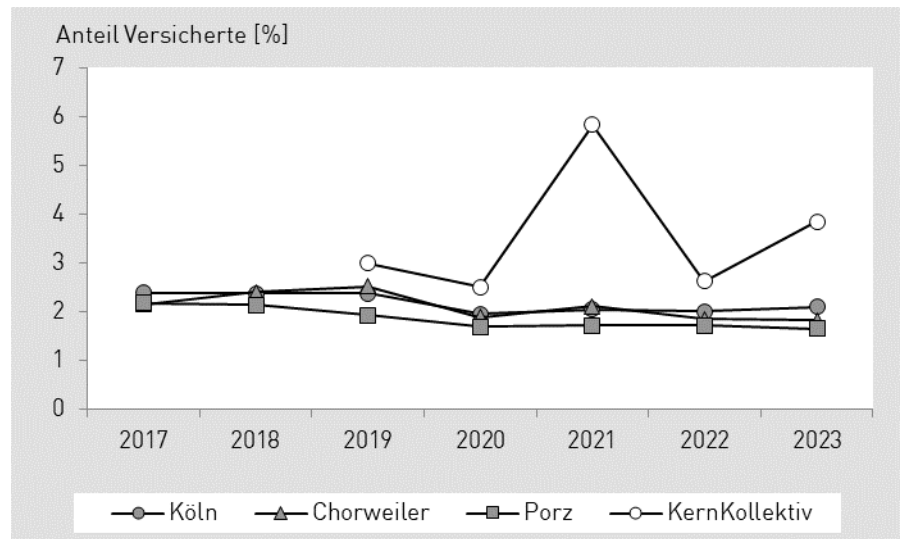
## Indikator 18

Anteil Versicherte mit  $\geq 3$  KH-Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 53)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Anzahl der Aufnahmen mit stationärer Krankenhausbehandlung



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	2,4	2,1	2,2	
2018	2,4	2,4	2,1	
2019	2,4	2,5	1,9	3,0
2020	2,0	1,9	1,7	2,5
2021	2,0	2,1	1,7	5,8
2022	2,0	1,9	1,7	2,6
2023	2,1	1,8	1,7	3,8

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-11,7%	-27,6%	-14,3%	+28,5%

© PMV 2025

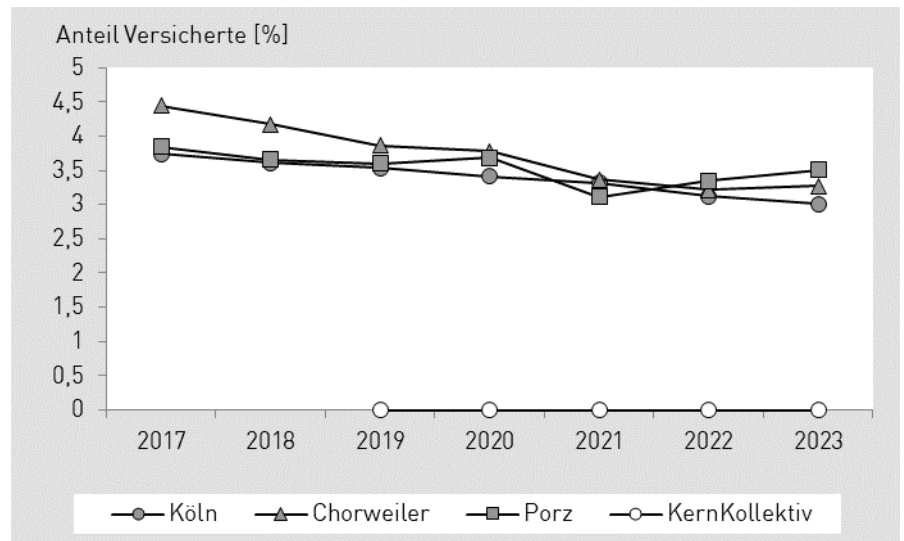
## Indikator 19

Anteil Versicherte ( $\geq 60$  Jahre) mit stationärer Pflege

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 60$  Jahre

Operationalisierung: Gebührenposition Lo4STAT\* oder 0504000



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	3,7	4,4	3,8	
2018	3,6	4,2	3,7	
2019	3,5	3,9	3,6	0,0
2020	3,4	3,8	3,7	0,0
2021	3,3	3,4	3,1	0,0
2022	3,1	3,2	3,4	0,0
2023	3,0	3,3	3,5	0,0
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-14,8%	-15,3%	-2,6%	-

© PMV 2025

Dieser Indikator ist ebenso wie der ID8 (Versicherte  $\geq 60$  Jahre und stationärer Pflege mit Influenzaimpfung) nicht zielführend verwendbar, da der Raumbezug ausschließlich die Einrichtung betrifft und die Fallzahlen in den untersuchten Sozialräumen BCS und FPG nur klein sind (im Jahr 2023 Chorweiler: 88 / Porz: 55 Personen mit stationärer Pflege). Der Indikator wird daher im finalen hybriden IndikatorenSet nicht berücksichtigt.

Unabhängig von dieser Entscheidung bleibt festzuhalten, dass der Anteil stationärer Pflege in allen hier analysierten Räumen seit Jahren kontinuierlich rückläufig ist – in der Gegenüberstellung am stärksten im SR BCS. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und in dieser globalen Betrachtung nicht eindeutig zu

deklarieren bzw. zu gewichten (Wissen, Platzangebot, Steuerung, Personalengpässe, Finanzierbarkeit, Akzeptanz).

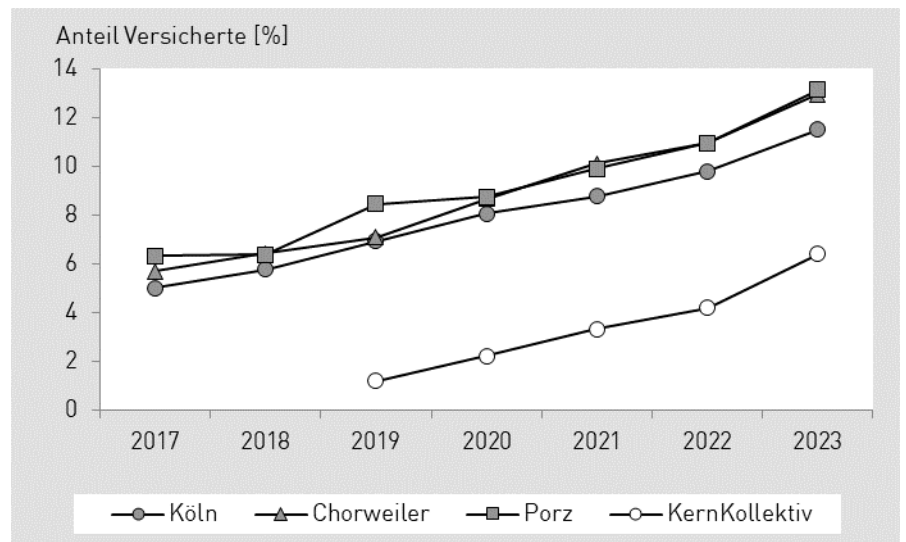
## Indikator 20

**Anteil Versicherte ( $\geq 60$  Jahre und Pflegegrad  $\geq 3$ ), die nur Geldleistung erhalten**

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte  $\geq 60$  Jahre und Pflegegrad  $\geq 3$

Operationalisierung: Gebührenposition Lo4GELD und keine Gebührenposition Lo4SACH



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	5,0	5,7	6,3	
2018	5,8	6,4	6,4	
2019	6,9	7,1	8,4	1,2
2020	8,1	8,7	8,7	2,2
2021	8,8	10,1	9,9	3,3
2022	9,8	10,9	11,0	4,2
2023	11,5	12,9	13,1	6,4
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+66,0%	+82,8%	+55,5%	+435,3%

© PMV 2025

Im Gegensatz zur Entwicklung der stationären Pflege belegt dieser Indikator einen überschießenden Anstieg von ambulanten Pflegefällen mit ausschließlicher Pflegegeldleistung, d. h. ohne ergänzende Beauftragung professioneller Pflege. Über den gesamten Erfassungszeitraum hat sich dieser Anteil pflegebedürftiger Versicherter in allen Räumen um deutlich mehr als die Hälfte erhöht. Im Modellzeitraum 2019 bis 2023 war der entsprechende Anstieg im Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord mit 83 Prozent am ausgeprägtesten, dicht gefolgt von Köln. Aktuell, d. h. im Jahr 2023 zeigt Porz die mit 13,1 Prozent höchste Prävalenz vor Chorweiler (12,9%) und Köln (11,5%).

Grundsätzlich könnte der Indikator durchaus ein Hinweis auf eine eventuelle Unterversorgung sein, ohne Kenntnis der Ergebnisse der Pflegeberatungen nach §37.3 SGB XI sind hierzu jedoch keine belastbaren Aussagen möglich. Darüber hinaus ist die Bewertung dieses Indikators insgesamt schwierig, da sehr unterschiedliche Kausalitäten das Merkmal kodieren können (Unzureichendes Wissen/keine Verfügbarkeit stationärer Plätze bzw. ambulanter Dienste/ Finanzierung/ Mittelbarer Transfer). Aufgrund der genannten Aspekte sowie der nur minimal differierten Prävalenzdaten wird der Indikator trotz seiner fakultativen Relevanz im definitiven IndikatorenSet nicht berücksichtigt.



## Indikator 21

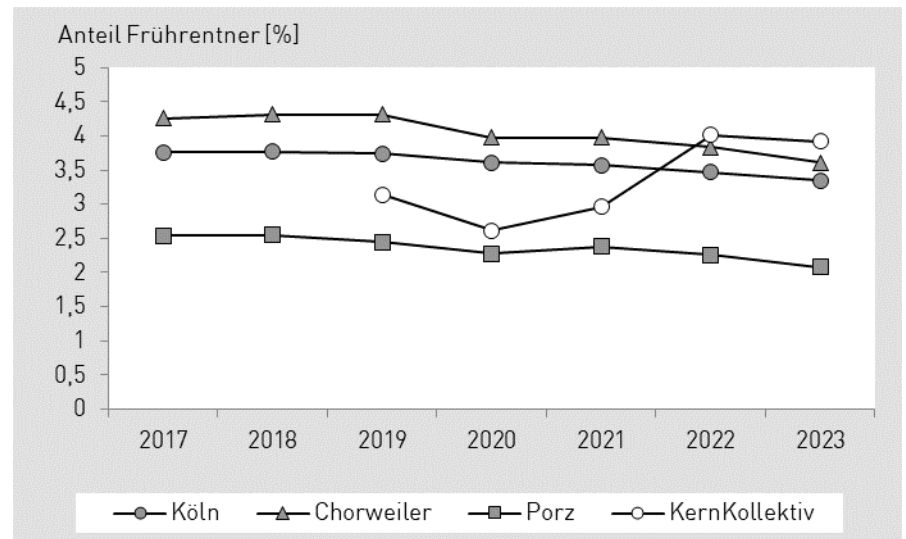
## Anteil Frührentner (&lt;65 Jahre)

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet

Bezugspopulation: AOK-Versicherte <65 Jahre

Operationalisierung: Rentenart

11,12,13,14,15,32,33,43,71,72,73,74,75,76,92,93,94



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	3,8	4,3	2,5	
2018	3,8	4,3	2,5	
2019	3,7	4,3	2,4	3,1
2020	3,6	4,0	2,3	2,6
2021	3,6	4,0	2,4	3,0
2022	3,5	3,8	2,3	4,0
2023	3,4	3,6	2,1	3,9

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-10,4%	-16,3%	-15,0%	+24,9%

© PMV 2025

Dieser Indikator ist für die Beurteilung der sozialräumlichen Lage zwar nicht irrelevant, jedoch von nachgeordneter Bedeutung. Er wird daher im endgültigen, komprimierten IndikatorenSet nicht berücksichtigt. Davon unabhängig bleibt festzustellen, dass im Vergleich zu den beiden anderen Räumen der Sozialraum Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord den auf niedrigem Niveau höchsten Anteil an Frühberentungen zeigt. Gleichzeitig weist dieser Sozialraum parallel zu der auch in den Vergleichsräumen zu beobachtenden Dynamik mit 16,3 Prozent die deutlichste Abnahmetendenz im Zeitraum 2019 bis 2023 auf. Im Gegensatz dazu ist in dem von derKümmerei betreuten Kernkollektiv mit besonders komplexer Problemkonstellation ein Anstieg der Frühberentungsquote

zu beobachten. Dies dürfte am wahrscheinlichsten auf die erst im Rahmen des Unterstützungsverfahrens erkannte Notwendigkeit, die daraufhin initiierte Weichenstellung und die administrative Unterstützung zurückzuführen sein.

## Indikator 22

## Summe Krankenhaus-Ausgaben

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 54)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	174.917.133,87	8.697.818,78	5.553.269,42	
2018	181.561.566,74	9.923.474,87	5.892.588,56	
2019	189.516.234,97	10.817.020,76	5.630.842,18	390.861,05
2020	200.692.544,89	12.490.152,78	8.728.834,69	482.582,73
2021	199.793.555,12	10.365.995,06	6.455.810,24	554.682,22
2022	198.783.760,07	10.584.859,19	5.947.109,20	447.510,49
2023	214.133.715,86	11.033.233,62	7.411.807,85	705.035,66

© PMV 2025

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+13,0%	+2,0%	+31,6%	+80,4%

© PMV 2025

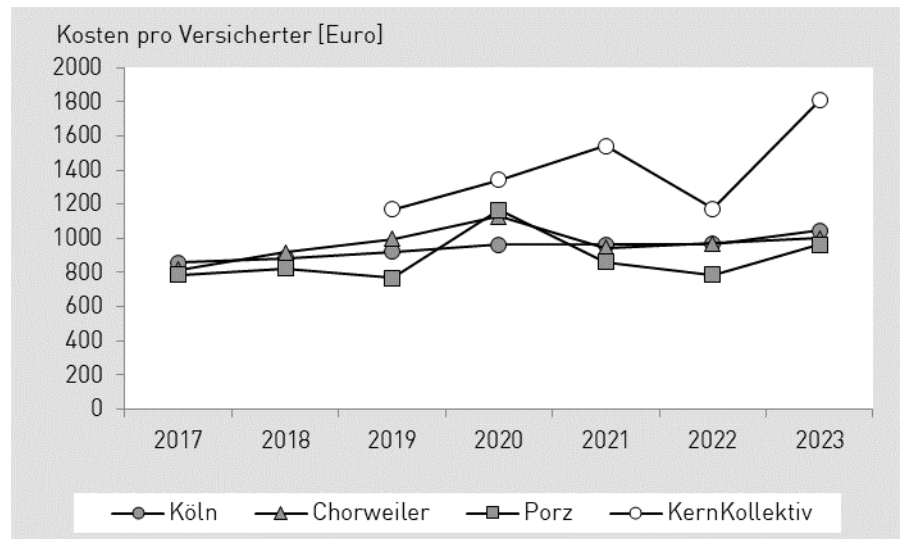
## Indikator 22pV

## Krankenhaus-Ausgaben pro Versicherter

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 55)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	857,02	815,93	786,58	
2018	884,49	917,23	824,14	
2019	922,33	997,14	768,72	1.170,24
2020	961,72	1.128,49	1.167,42	1.344,24
2021	961,57	943,05	862,61	1.540,78
2022	966,52	970,11	785,30	1.174,57
2023	1.044,42	1.000,47	963,07	1.807,78
Änderung [%]				
2019 -> 2023	+13,2%	+0,3%	+25,3%	+54,5%

© PMV 2025

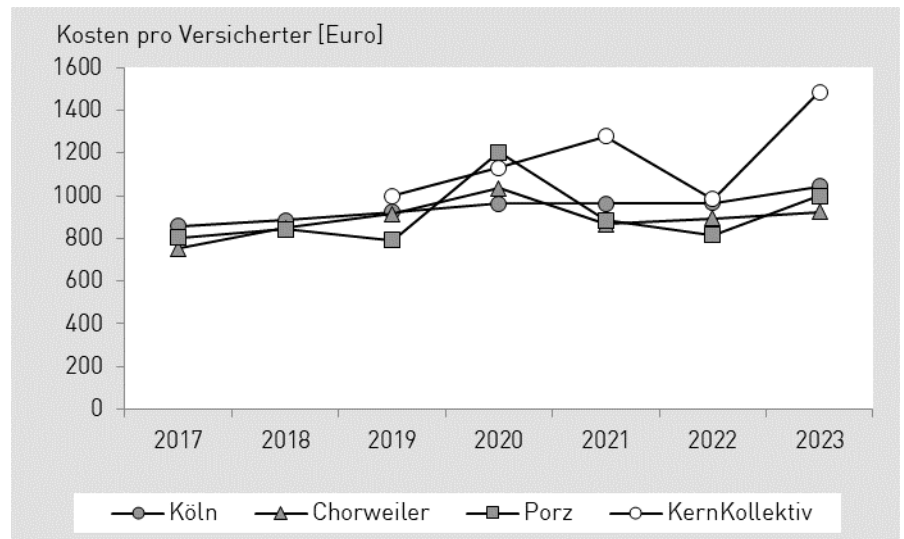
## Indikator 22Ck

## Krankenhausaufgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 56)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben bei stationärer Krankenhausbehandlung



© PMV 2025

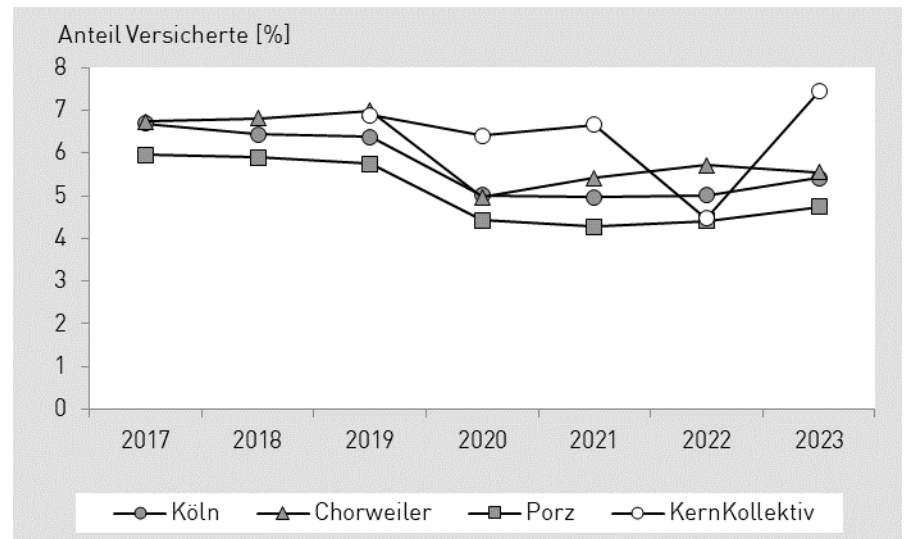
Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	857,02	754,02	802,94	
2018	884,49	849,75	843,96	
2019	922,33	914,88	791,32	999,58
2020	961,72	1.036,03	1.204,07	1.131,13
2021	961,57	868,08	885,90	1.276,79
2022	966,52	893,57	816,16	983,89
2023	1.044,42	923,86	998,19	1.484,85
Änderung [%]				
2019 -> 2023	+13,2%	+1,0%	+26,1%	+48,5%

© PMV 2025

## Indikator 23

## Anteil ASK KH-Aufnahmen

Kein medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet  
 Bezugspopulation: Alle Aufnahmen stationäre Krankenhausbehandlung  
 Operationalisierung: Aufnahmen stationärer Krankenhausbehandlung mit  
 Hauptdiagnose nach Sundmacher et al. (2015)



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	6,7	6,7	5,9	
2018	6,4	6,8	5,9	
2019	6,4	7,0	5,7	6,9
2020	5,0	5,0	4,4	6,4
2021	5,0	5,4	4,3	6,7
2022	5,0	5,7	4,4	4,5
2023	5,4	5,5	4,7	7,4

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	-15,3%	-20,7%	-17,5%	+8,0%

© PMV 2025

Die Erfassung dieses Indikators orientiert sich an dem von L. Sundmacher et al. empfohlenen Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen<sup>10</sup>. In Anbetracht der pandemischen Lage in den Jahren 2020 bis 2023 wurde lediglich der Punkt 10 der Liste (Grippe und Pneumonie) bei der Erhebung ausgeklammert.

Die Rate von Klinikaufnahmen mit einer ambulant-sensitiven Diagnose liegt hiernach aktuell auf einem insgesamt zwischen den drei Räumen vergleichbar

<sup>10</sup> Sundmacher L, Schüttig, W, Faisst C. Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Bericht Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin (2015). Link: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=69>

hohem Niveau von etwa 5 Prozent<sup>11</sup>. Auffällig beim Kurvenverlauf ist der Quotensprung zwischen 2019 und 2020, welcher am ehesten auf die zu diesem Zeitpunkt stark eingeschränkten stationären Kapazitäten zurückzuführen sein dürfte. Hierdurch nicht schlüssig erklärt ist jedoch Beobachtung, dass der Anteil ambulant-sensitiver Diagnosen in den Folgejahren nie mehr das Niveau der Jahre bis 2019 erreicht. Dies als alleinigen Ausdruck einer Lernkurve zu interpretieren ist sicher zu optimistisch. Unabhängig von dieser Frage bleibt festzuhalten, dass bei der im Vergleich höchsten Rate im SR BCS dort im Modellzeitraum 2019 bis 2023 auch die ausgeprägteste Reduktionstendenz besteht. Aufgrund der nur geringen Unterschiede zwischen den betrachteten Räumen wird dieser Indikator im finalen IndikatorenSet nicht berücksichtigt.

---

<sup>11</sup> [VA-15-08\\_Kurzbericht-ASK\\_V2\\_final.pdf](#)

**Indikator 24****Summe Gesamtausgaben**

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 57)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	732.556.381,68	39.492.743,34	24.889.965,93	
2018	758.270.521,28	41.270.833,78	25.732.524,12	
2019	821.467.771,28	44.436.537,74	28.487.646,66	1.320.204,20
2020	840.645.244,70	46.697.177,40	31.489.521,69	1.584.045,91
2021	887.063.867,83	48.001.403,30	31.042.668,67	1.866.020,16
2022	926.623.533,03	50.143.593,75	32.160.952,10	1.866.194,99
2023	969.371.210,30	52.537.587,70	35.860.288,41	2.214.086,52

© PMV 2025

Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,0%	+18,2%	+25,9%	+67,7%

© PMV 2025



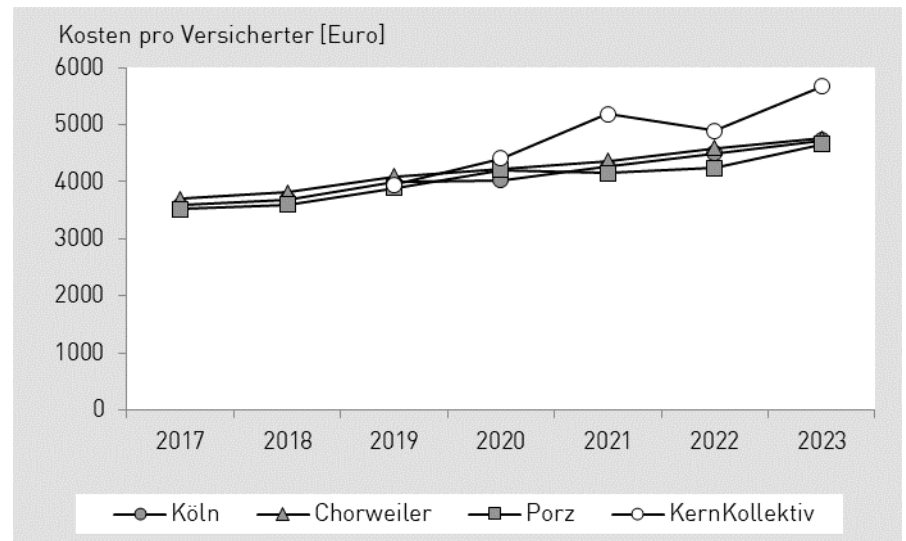
## Indikator 24pV

## Gesamtausgaben pro Versicherter

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 58)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche



© PMV 2025

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 [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,3%	+16,3%	+19,8%	+43,6%

© PMV 2025

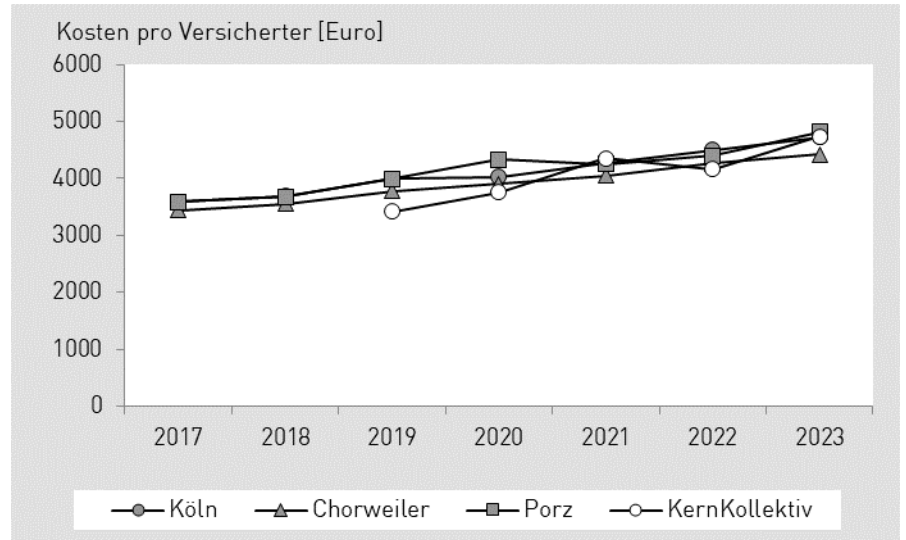
## Indikator 24cK

## Gesamtausgaben pro Versicherter - Chroniker korrigiert

Medizinischer Indikator aus dem finalen hybriden IndikatorenSet (siehe S. 59)

Bezugspopulation: Alle AOK-Versicherte

Operationalisierung: Summe der Bruttoausgaben aller Leistungsbereiche



© PMV 2025

Jahr	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2017	3.589,22	3.445,45	3.592,58	
2018	3.693,96	3.555,86	3.678,13	
2019	3.997,90	3.784,33	3.993,70	3.417,74
2020	4.028,39	3.900,11	4.332,37	3.762,70
2021	4.269,29	4.046,47	4.250,29	4.357,27
2022	4.505,39	4.261,00	4.399,32	4.159,02
2023	4.728,04	4.427,22	4.814,98	4.732,87
Änderung [%]	Köln	Chorweiler	Porz	Kernkollektiv
2019 -> 2023	+18,3%	+17,0%	+20,6%	+38,5%

© PMV 2025