Sektorenübergreifende Versorgung nach § 140a SGB V.

Wie können wir die Bremsen lösen?

Mit den selektivvertraglichen Lösungen des § 140 a ff hat der Gesetzgeber schon im Jahre 2000 reagiert und eine Möglichkeit für innovative Versorgungsmodelle geschaffen, die die Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen. Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35% der Versicherten und ca. 20% des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden[1]. Wir wissen heute, dass dies bei weitem nicht so ist.

>> Die entscheidende Ursache: Initiatoren, die der Aufforderung des Gesetzgebers folgen und mit viel Mühe versuchen, etwas Neues zu entwickeln, erfahren im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens in höchstem Maße Widerstand. Dies gilt vor allem für das Agieren des Bundesversicherungsamts, der Aufsicht über die Krankenkassen. Die vom Gesetzgeber gewollten Freiheitsgrade für Integrationsverträge werden durch sehr restriktiv ausgelegte Interpretationen vom BVA wieder eingeschränkt. So treten in Verbindung mit einem gelegentlich sehr zurückhaltenden Agieren der Krankenkassen dann die oben beschriebenen Fallstricke wieder auf. Für das Investment in neue und damit auch komplexere Lösungen brauchen die Investoren (Leistungserbringer und/oder Krankenkassen) ausreichende Sicherheiten, dass ein solches Investment heute, morgen und übermorgen noch gewünscht ist und sich damit lohnt. Da im Gesundheitswesen oft mehrere Jahre zwischen der Investition, dem nachweisbaren Gesundheitsnutzen und dem daraus folgenden Ertrag liegen, werden klare Zielvorgaben durch den Gesetzgeber benötigt. Die Verfasser haben daher ein 5-Punkte-Sofortprogramm zum Barriereabbau zugunsten einer patientenzentrierten integrierten Versorgung entwickelt:

1. Der Gesetzgeber bekennt sich explizit zum Ziel einer integrierten populationsorientierten Versorgung – etwa mit der Vorgabe, dass bis zum Jahr 2025 10% und bis zum Jahr 2030 25% der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach §140a SGB V[2] profitieren, bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt und über alle Sektoren hinweg gut versorgt werden.
2. Neben Leistungserbringern und Verbünden können auch regionale Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen" bei Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung in der jeweiligen Region initiieren. Dabei ist es wichtig, dass sie vergleichende Regionalanalysen vom BVA und den Krankenkassen abfordern dürfen. Denn nur so lassen sich Bedarfe und Verbesserungschancen im interregionalen Vergleich formulieren. Krankenkassen und regionale Leistungserbringer müssen dann gegenüber der Aufsicht und der Öffentlichkeit begründen, warum sie nicht bereit sind, solche Verträge abzuschließen.

Hintergrund

Ohne regionale Datentransparenz quer über die gesamte GKV bleiben Initiativen zur Verbesserung der regionalen Versorgung immer abhängig von der Bereitschaft einzelner Krankenkassen, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Leistungserbringer oder ihre Zusammenschlüsse können allenfalls allgemeine, durch Einzelerfahrungen bedingte und damit wenig valide Aussagen machen. Die regionalen Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen" wären geeignete und legitimierte Gremien, um Verbesserungslösungen anzustoßen. Eine regionale Datentransparenz schafft die Grundlage, damit Krankenkassen und regionale Leistungserbringer sich über Verbesserungsmöglichkeiten austauschen. Um einen gewissen Zugzwang zu setzen, sollen die regionalen Gebietskörperschaften die Möglichkeit erhalten, öffentliche Erklärungen abzufordern, sofern die Kassen und/oder die Leistungserbringer nicht bereit sind, Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgung abzuschließen.

3. Der Gesetzgeber verändert die Ausrichtung des Bundesversicherungsamts (und damit indirekt die Landesaufsichten) von der aktuell eher restriktiven Aufsicht hin zu einer proaktiven Aufsicht. Er könnte den Krankenkassen die oben benannte Quote zur Teilnahme von 10% ihrer Versicherten an integrierten populationsorientierten Verträgen bis 2025 als Zielvorgabe vorgeben und durch das BVA prüfen lassen.

Hintergrund

Das BVA bzw. die Landesaufsichten werden durch die aktuelle Prüfungsform bzgl. Wirtschaftlichkeit und Gesetzeskonformität, verbunden mit einer sehr spezifisch eingegrenzten Interpretation des § 140 a, im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen sowohl im Bereich IV/Besondere Versorgung wie auch im Bereich Digital Health gesehen. Eine Reihe von Krankenkassen legt aktuell in der Antizipation befürchteter negativer späterer Auflagen (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BVA zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen ist. Eine Umkehr der Anforderungen hin zur Erfüllung der vom Gesetzgeber auferlegten Quote würde die Anreize für die Krankenkassen verändern. Dies ließe sich auch für die positiv evaluierten Innovationsfondsprojekte nutzen. Hier müssten Krankenkassen dem BVA/der Landesaufsicht gegenüber argumentieren, weshalb sie positiv evaluierte Verträge nicht mit geeigneten Partnern umgesetzt haben.

4. Eine besondere Barriere für die Multiplikation von sektorübergreifenden Versorgungsformen ist der fehlende Anreiz für die Krankenkassen, in derartige Vertragsformen und damit in Ergebnisqualität zu investieren. Ein Public Reporting bzgl. der Leistungsergebnisse der Krankenkassen hinsichtlich der positiven Veränderung der Morbidität und den Patient Reported Outcomes ihrer Versicherten würde hier Abhilfe schaffen. Die bereits vorhandene Datenbasis beim BVA könnte für einen Start genutzt werden. So gäbe es für die Versicherten und die Öffentlichkeit einen zusätzlichen Beurteilungsmaßstab, gleichzeitig hätten die Krankenkassen einen Präventions- und Qualitätsanreiz.

Hintergrund

In den USA hatte der Gesetzgeber sich zum Ziel gesetzt, bis Ende 2018 50% der staatlichen Gesundheitsausgaben rein über outcomeorientierte und 90% über zumindest zum Teil outcomeorientierte Vergütungsmodelle zu organisieren[3].
Dies hat u.a. dazu geführt, dass innerhalb von sechs Jahren über 900 intersektorale Accountable Care-Organisationen gegründet wurden.[4]

Die Ursachen sind bekannt ...

Es gibt entscheidende Qualitätsprobleme im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind bekannt und in den Sachverständigengutachten der letzten Jahre vielfach dokumentiert:

- Unser Gesundheitssystem ist von seinen Vergütungsstrukturen her zu sehr auf Behandlung ausgerichtet und nicht darauf, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.
- Jeder einzelne Behandler in den unterschiedlichen Sektoren hat sein eigenes Geschäftsmodell. Ein verbindendes ökonomisches Interesse, den Gesamtprozess der Entstehung und Behandlung von Erkrankungen zu optimieren, sowie Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement zu fördern, gibt es nicht.
- Der Patient wird nicht ausreichend als aktiver Partner im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt, häufig wird er stattdessen sogar unmündig gehalten.

Hintergrund

Die Krankenkassen bestimmen durch ihr Vertragsverhalten, ihr Einkaufsverhalten (z.B. bei Selektivverträgen), ihre Informationsschriften, ihre Internetangebote und ihr Leistungs(verweigerungs)verhalten zu einem maßgeblichen Teil das Gesundheitsergebnis, das letztendlich beim Patienten ankommt. Aktuell kann aber niemand außerhalb der Krankenkassen dieses Ergebnis einsehen. Im Gegenteil besteht durch die Systematik des Morbi-RSA sogar ein gewisser Fehlanreiz für Krankenkassen, Versicherte durch die Ärzte kränker codieren zu lassen. Die erfolgreiche Gesundung dagegen würde in der Folge zu geringeren Einnahmen führen. Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize auszubalancieren, vgl. dafür die näheren Überlegungen unter [5]. Im Rahmen des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung gibt es interessierte Wissenschaftler und Institute, die sich gern an der Entwicklung einer geeigneten Methodologie und Adjustierung beteiligen würden. Wir bewegen uns damit auf einem Diskussionslevel, der auch international interessant ist. So wird in den USA und in UK daran gearbeitet, anhand von Indikatoren-Katalogen die Vergleichbarkeit von ACOs zu ermöglichen – in den USA über die CMS (verschiedenen Kennzahlen zu Patientenzufriedenheit, klinischen Indikatoren, Effizienz). Im Vereinigten Königreich sind die Verfasser selber involviert über die Arbeit mit dem NHS England.

5. Ein Public Reporting der Performance soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme (regionale populations- und outcomeorientierten Verträge) entwickelt werden. So kann ein Wettbewerb um Outcome und Value in den regionalen integrierten Versorgungssystemen entstehen. Basis sind die GKV-Routinedaten, die zwischen Krankenkassen und diesen Versorgungssystemen zur Erzielung von Lerneffekten geteilt werden müssen, wobei der Datenschutz für die Versicherten sicherzustellen ist. Der Gesetzgeber sollte hierfür eine spezielle Regelung und ein vergleichendes alters- und morbiditätsadjustiertes Public Reporting nach dem Vorbild des o.a. Reportings für Krankenkassen vorsehen.

Fazit

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die Große Koalition hat sich des Themas der Sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll. Das oben vorgeschlagene Sofortprogramm würde eine ausgezeichnete Vorlage für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe abgeben und ihr ermöglichen, in Ruhe und im Detail die großen Themengebiete im Bereich der Bedarfs- und Versorgungsplanung, der Überarbeitung der sektorenbezogenen Vergütungssysteme, der Optimierung der Notfallversorgung und der transsektoralen Qualitätssicherung etwa mit den sogenannten „area indicators" sowie der Einbeziehung der weiteren Gesundheitsberufe und der Patienten auszuarbeiten. Gleichzeitig würde den Initiatoren von sektorenübergreifenden Versorgungslösungen eine Sicherheit gegeben werden, dass ihre Investitionen in die Vorbereitung derartiger Verträge eine hinreichende Aussicht auf einen Abschlusserfolg bieten würden. <<

von: Dr. h.c. Helmut Hildebrandt,
Dr. Oliver Gröne und Dr. Alexander Pimperl*

Sektorenübergreifende Versorgung im Koalitionsvertrag

„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten."

„Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfraktionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden."

Korrespondenzadresse*

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Dr. Oliver Gröne, Dr. Alexander Pimperl
OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg, Tel: +49 40 22621149-0, E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

Literatur

Berwick, D.M./Nolan, T.W./Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political. In: Health Affairs 2008, 27, 3: 759–769
BMC Bundesverband Managed Care – Positionen (2011): Blockaden der Integrierten Versorgung lösen. In: http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Dokumente_Allgemein/BMC-Positionspapier-IV-Blockaden-loesen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
Christensen, C.M./Grossman, J.H./Hwang, J. (2008): The innovator's prescription: a disruptive solution to the healthcare crisis. New York, London: McGraw-Hill Professional
Christensen C.M. (2011): The Innovator`s Dilemma. Warum etablierte Organisationen den Wettbewerb um bahnbrechende Innovationen verlieren. Aus dem Amerikanischen übersetzt und überarbeitet von Kurt Matzler und Stephan Friedrich von den Eichen. München: Verlag Franz Vahlen
Gesundes Kinzigtal (2013): Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit. Jahresbericht 2012. In: http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/20130814-Jahresbericht-GK_2012_final.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
Hermann, C./Hildebrand, H./Richter-Reichhelm, M./Schwartz F.W./Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal". Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2006, 5-6: 10-28
Hildebrandt H. (2008) Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen in einem nach wie vor körperschaftlich geregelten Gesundheitswesen?. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2008, 3:26-34
Hildebrandt, H./Stunder, B./Knittel, R./Schnaiter, M. (2012): Mehr Qualität, mehr Nettoeinsparungen. In: Welt der Krankenversicherung 2012, 3: 87-92
Grätzel, P. (2013): Ärztenetz: Kinzigtal betritt Neuland. In: http://news.doccheck.com/de/31748/aerztenetz-kinzigtal-betritt-neuland/?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch (abgerufen am 06.01.2013)
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten). Bern: Verlag Hans Huber
Schulte, T./Pimperl, A./ Dittmann B./Wendel, P./ Hildebrandt, H. (2012): Drei Dimensionen im internen Vergleich: Akzeptanz, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: http://www.optimedis.de/images/docs/aktuelles/121026_drei_dimensionen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
Topol E. (2013): The Creative Destruction of Medicine. How the digital revolution will create better health care. New York:Basic Books (Perseus Books Group)
Seitz, J./ Kühmayer, F./Kirig, A./Huber, T./Huber, J./Gatterer, H. (2012): Healthness. Die nächste Stufe des Megatrends Gesundheit. Kelkheim (PDF Version)

1: Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie" Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002
2: Regionale populations- und outcomeorientierte Verträge sind Verträge zwischen einer regionalen Gesundheitsorganisation und Kostenträgern über die Gesundheitsversorgung einer Region. Die regionale Gesundheitsorganisation hat üblicherweise regionale Gesundheitsanbieter (z.B. Arztnetze, Krankenhäuser, Kommunen) als Gesellschafter sowie weitere Kompetenzpartner und bei Bedarf Investoren. In der Regel schließt sie Verträge zur regionalen Vollversorgung, d.h. alle Versicherten einer Region sind eingeschlossen und der Vertrag bezieht sich auf alle Gesundheitskosten (keine Beschränkung auf bestimmte Indikationen oder Sektoren). Der Vertrag beinhaltet „Verantwortlichkeit" der regionalen Gesundheitsorganisation für Population Health, Patientenorientierungs-Outcomes und Kosten (mit Shared-Savings-Elementen – eine Capitation oder Budgetbereinigung ist nicht zwingend). Zur Absicherung der Bereitschaft für Investitionen in die regionale Gesundheitsoptimierung sind die Verträge meist langfristig angelegt und umfassen ein Data-Sharing, d.h. die GKV-Routinedaten werden mit der regionalen Gesundheitsorganisation geteilt, so dass diese datengestützt Interventionen planen, implementieren und evaluieren kann
3: Quelle: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1500445
4: Muhlestein D, Saunders RS, McClellan MB. Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017 [Internet]. Health Affairs Blog. 2017 [cited 2018 Feb 18]. Available from: https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20170628.060719/full/
5: Hildebrandt, Helmut. (2015). Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik. 69. 40-45. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-3-4-40**6:** Vgl. BMBF (2014).

Dr. Gisela Nellessen-Martens: zehn Jahre Geschäftsführerin im DNVF – ein Rück- und Ausblick

„Eine dauerhafte Perspektive“

Im Herbst, fast zeitgleich mit dem diesjährigen DKVF, ist Dr. Gisela Nellessen-Martens, zehn Jahre als Geschäftsführerin im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e V. tätig: ein probater Anlass, Sie um einen Rück- und Ausblick zu bitten.

>> Vor Ihrer Geschäftsführungs-Tätigkeit, die Sie nach einer einjährigen Elternzeit zunächst als sogenannte „Leiterin der Geschäftsstelle“ antraten, waren Sie in den Jahren 2004 bis 2006/2007 bereits Koordinatorin der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW. Mussten Sie zögern, als Ihnen von Prof. Pfaff als damaligem DNVF-Vorsitzenden der Wechsel in die DNVF-Geschäftsstelle angeboten wurde?

Nellessen-Martens: Nein, gar nicht. Die Clearingstelle NRW lief gut, aber es gab schon erste Anzeichen für einen Wechsel des Standorts an den Gesundheitscampus NRW nach Bochum. Und so ein Wechsel wäre familiär nicht kompatibel gewesen. Außerdem wollte ich zunächst nur mit einer halben Stelle einsteigen. Darüber hinaus konnte ich als IMVR-Mitarbeiterin bereits vor der offiziellen Gründung des DNVF – also quasi in einer embryonalen Entwicklungsphase – beobachten, dass dieses Netzwerk mit sehr viel Power und Ambitionen an den Start ging. Das reizte mich!

Das DNVF verfolgt viele Ziele, wo sehen Sie persönlich die Schwerpunkte in der Zukunft und welche waren aus Ihrer Sicht die wichtigsten der Vergangenheit?



Nellessen-Martens: Diese Frage ist aktuell für das Netzwerk wichtig, denn hier ist ein echter Wandel im Gange. Als ich anfing stand die Lobbyarbeit für Versorgungsforschung im Vordergrund. Die Definition des Fachs, die Abgrenzung zur Grundlagen- und klinischen Forschung waren wichtig. Bildlich gesehen kann man sagen, zunächst waren es ein paar Enthusiasten, die auf die Straße gingen, um für die Versorgungsforschung zu demonstrieren, aber dann wurden es glücklicherweise immer mehr die sich dieser Bewegung anschlossen. Wenn man das Satzungsziel in dieses Bild aufgreift, haben die Vereinsmitglieder bei dieser Bewegung geschaut, auch möglichst viele junge Leute mitzunehmen (die Nachwuchsförderung), sich ordentliche Schilder zu basteln (die Memoranden) und bei einigen wichtigen Playern wurde persönlich an der Haustüre geklingelt, damit sich diese ebenfalls anschlossen (Erweiterung des Netzwerks mit der Satzungsänderung 2011 und Aufnahme von Mitgliedern wie z.B. die Barmer, TK, BÄK, BPTK, KBV).

Das Ziel scheint erreicht. Wir haben den Innovationsfonds und viel Versorgungsforschung in Deutschland.

Nellessen-Martens: Genau. Innovationsfonds, BMBF-, BMG- und DFG-Förderungen sind vorhanden. Aber wir haben unser Ziel noch nicht erreicht, denn wir wollen Versorgungsforschung nicht um ihres selbst Willen, sondern zur Verbesserung der Gesundheits- und Krankenversorgung. So steht es schon in der ersten Mission des DNVF. Und da sehe ich – wie unsere Vorsitzende – die primäre Aufgabe des DNVF zum jetzigen Zeitpunkt. 1. Mehr Transferorientierung in Forschung und Förderprogrammen. Ebenso wichtig ist es aber auch 2. die Qualität der Versorgungsforschung zu sichern und 3. die Geschäftsstelle auszubauen. Wir sind in der Geschäftsstelle zuweilen wirklich am Limit. Und wir sollten präventiv agieren und Herzrhythmusstörungen vermeiden.

Apropos Herz, der ehemalige Vorsitzende Prof. Neugebauer hat zuletzt gesagt, Sie wären das Herz des DNVF.

Nellessen-Martens: Ein wunderschönes Kompliment, das ich sehr gerne annehme. Aber es unterstreicht zugleich die Lebendigkeit und die Herzlichkeit des Netzwerks selbst. Diese erlebe ich tagtäglich in der Zusammenarbeit mit den Vorstandsmitgliedern, den Arbeits- und Fachgruppen, den Mitgliedern und natürlich meinem kleinen Geschäftsstellenteam in Köln.

Der DKVF 2018 steht vor der Tür. Worauf freuen Sie sich? Wenn alles vorbei ist?

Nellessen-Martens: Natürlich freue ich mich, wenn alles erfolgreich abgeschlossen ist und die Anspannung abfällt. Aber niemand freut sich im Vorfeld des Jahreshöhepunktes auf das Ende des Ereignisses. Jetzt bin ich auf den Startschuss gespannt, auf das große Wiedersehen, die positive Stimmung, interessante Diskussionen und neue Erkenntnisse. Und zum runden Abschluss gehört am Freitagnachmittag ein Abschlussgetränk mit Martin Härter und seinem Team sowie Herrn Hübner von der Kongressagentur m:con.

Abschließend noch eine Frage zum Ausblick: Sprechen wir uns in einer Dekade wieder?

Nellessen-Martens: Ich komme aus dem Sport. Das wichtigste sind Erfolg und Spaß. Wen der Erfolg ausbleibt, bin ich am falschen Platz. Und die Ziele des DNVF, an denen ich mich selber messe, habe ich eben formuliert. Da die Freude auch im Arbeitsumfeld primär von den Personen abhängt, sehe ich hier aktuell sehr gute Voraussetzungen für eine dauerhafte Perspektive, denn in der Regel macht mir die Arbeit wirklich großen Spaß – auch noch nach zehn Jahren. <<

Frau Dr. Nellessen-Martens, danke für das Gespräch. <<

Dr. Gisela Nellessen-Martens

Jahrgang 1971, ist seit September 2008 Geschäftsführerin des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Studium der Mathematik an der Universität zu Köln (Sekundarstufe II) und der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln (Diplom), 2002 Promotion. Nach Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin ab 1996 am Institut für Rehabilitation und Behindertensport der DSHS, 2001 Wechsel zum Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation. Von 2004 bis 2007 Wissenschaftliche Koordination der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW.