Interview mit Dr. Andreas Meusch, Direktor des WINEG

„Bridging the Gap“

Seit April 2016 ist Dr. Andreas Meusch Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) sowie Beauftragter des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK) für strategische Fragen des Gesundheitswesens, und damit Nachfolger von Dr. Frank Verheyen, der das WINEG seit 2009 geleitet hat und nun bei der TK strategische Aufgaben der Arzneimittelversorgung im Bereich Versorgungsinnovation übernimmt. Meusch, der mit einer Arbeit über „Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung“ promovierte, nimmt kein Blatt vor den Mund, wenn er das System Krankenkasse/ Versorgungsforschung beleuchtet.

>> Sehr geehrter Herr Dr. Meusch, wollen wir uns allen einmal unterstellen, aus bestem Wissen und Gewissen heraus handeln zu wollen: Sind Sie denn absolut sicher, dass Sie sich in ihrer früheren Funktion und heute in ihrer jetzigen immer für das mögliche Optimum – sei es nun ein kurz-, oder besser, ein langfristiges – entschieden haben respektive entscheiden?

Jemand, der im Gesundheitssystem arbeitet, ist in verschiedensten Funktionen ein Entscheidungsträger, genauso wie in anderen Branchen auch. Das Wesen des Managements ist es, dass meist die zeitliche Perspektive des vorhandenen Wissens und die Notwendigkeit der Entscheidung divergieren. Alleine schon darum kann es praktisch nie die „beste“ Entscheidung geben – damit sind Fehler in allem, was man tut und noch so gut meint, nahezu programmiert und einzukalkulieren. Optimal kann die Entscheidung aber durchaus sein, denn „optimal“ meint ja gerade das beste Ergebnis, das unter den gegebenen Umständen zu erreichen ist.

„All die in den vielen Jahren entstandenen Studien und Reports sind sicher etwas sehr Verdienstvolles, haben mir aber in meiner Funktion als jemand, der Entscheidungen zu treffen hatte, in ganz speziellen Thematiken nicht sehr viel weitergeholfen.“

Ein Kassenmanager aus Berlin sagte einmal: „Wir spielen nicht mit Menschenleben.“ Wer in einer Krankenkasse Entscheidungen trifft, ist geprägt davon, dass die von ihm gemanagte Versorgung entscheidende bis ernsthafte Ausflüsse auf die Versicherten seiner Kasse hat.

Da geht es einem Entscheidungsträger in einer Krankenkasse nicht anders als einem Arzt, der auch nach bestem Wissen und Gewissen handelt, ergänzt durch seine viele Jahre dauernde Ausbildung und meist ebenso jahrelange Erfahrung und Weiterbildung. Auch ein Arzt „spielt“ darum nicht mit Menschen, aber muss ebenso wie ein Kassenmanager damit leben, dass seine einmal getroffene Therapieentscheidung oder der von ihm verantwortete Eingriff gegebenenfalls einem Menschen Schaden zufügt. Damit muss man sich auseinandersetzen, damit muss man leben können und wollen. Keine Option ist es allerdings, aus der Angst heraus, nur keinen Fehler machen zu wollen, gar nicht mehr zu entscheiden.

Erschwerden kommt hinzu, dass das Gesundheitswesen ein superkomplexes System ist.

Alle Entscheidungen, die in unserem Gesundheitssystem von der Politik, der Selbstverwaltung oder den Krankenkassen getroffen werden müssen, sind geprägt durch vielfältigste Faktoren – juristische, gesellschaftliche, medizinische, ökonomische, ethische und natürlich auch politische. Ein Entscheidungsträger, der diese Komplexität in einer oft sehr überschaubaren Zeitachse in eine einfache Ja-Nein-Entscheidung transferieren und obendrein mit einem Eurobetrag belegen muss, muss das halt tun – und er tut es ja auch freiwillig.

Da viele mögliche Parameter in der Entscheidungsstruktur einer Kasse eine Rolle spielen, könnte man doch vermuten, dass sich die Kassenmanager in ihrer Entscheidungsnot auf das einfachste und zudem verlässlichste Kriterium zurückziehen: den Eurobetrag unterm Strich. Demnach wäre die oft beklagte Ökonomisierung in unserem Gesundheitssystem einfach nur der Gradmesser der realen Unwissenheit.

Das Risiko besteht durchaus. Trotzdem muss jeder danach streben, zu versuchen, den sicher komplexen Fragestellungen nicht mit den einfachsten Antworten zu begegnen. Denn eine Kasse ist nicht sich selbst, sondern ihren Versicherten verpflichtet, denn Kassen sind die Treuhänder der Versicherten und vor allem der Patienten – so ist jedenfalls das Selbstverständnis der TK. Alleine aufgrund der damit verbundenen Verantwortung muss jeder, der Verantwortung trägt, seine Entscheidungen ausbalancieren und fair austarieren, zwischen dem Wunsch eines Mitglieds, das möglicherweise einen möglichst geringen Beitrag zahlen, und einem Patienten, der die bestmögliche Versorgung haben möchte.

Eine Kasse, die ein innovatives Versorgungsmanagement anbieten möchte, braucht dazu eine möglichst hohe Evidenz, wie jene, die durch die Versorgungsforschung möglich ist. Als das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung sein 10-jähriges Bestehen gefeiert hat, auf dem die bisherige Entwicklung der in Deutschland immer noch recht jungen Forschungsrichtung beleuchtet wurde, kam Ihnen so etwas wie die Rolle des Advocatus Diaboli zu, der dem DNVF doch recht unbequeme Worte mit auf dem Weg in die gemeinsame Zukunft gab. Ihre sehr offenen Worten hat das anwesende Publikum der Versorgungsforscher stark polarisiert, in dem Sie wortwörtlich sagten: „Ich bin in meiner Arbeit oft von der Versorgungsforschung alleine gelassen worden.“

Ich habe das aber auch verbunden mit einem großen Lob für das, was in diesen zehn Jahren geleistet worden ist, nicht nur seitens der universitären oder hochschulischen Versorgungsforscher, sondern auch seitens der Institute, namentlich des WIdO oder auch des WINEG. Dennoch stehe ich zu meiner Grundhaltung: All die in den vielen Jahren entstandenen Studien und Reports sind sicher etwas sehr Verdienstvolles, haben mir aber in meiner Funktion als jemand, der Entscheidungen zu treffen hatte, in ganz speziellen Thematiken nicht sehr viel weitergeholfen. Als ich zum Beispiel verantwortlich war für die Verhandlung mit Krankenhäusern, hat mich so gut wie nichts in meiner Tagesarbeit weitergebracht oder bei der Frage geholfen, welche Aspekte man in der nächsten Verhandlungsrunde anders oder besser bewerten kann. Das liegt sicher auch ein wenig daran, dass die

Versorgungsforschung danach strebt, ein höchstmögliches Evidenzniveau anzustreben, was aus rein wissenschaftlicher Sicht sicher auch richtig ist. Die Verantwortlichen brauchen indes die bestmögliche Evidenz zum Zeitpunkt der Entscheidung und nicht den Goldstandard zwei Jahre später. Mit diesem Gap müssen wir aber nun einmal leben.

Das ist doch systemimmanent; dafür war und ist die Versorgungsforschung bisher auch nicht ausgelegt.

Stimmt. Deswegen steht die Keynote-Speech von Professor Gerlach bei unserem eigenen Kongress, mit dem wir im November den zehnjährigen Geburtstag des WINEG begleiten, ja auch unter dem Titel „Bridging the Gap". Nach den verdienstvollen Aufbaujahren der Versorgungsforschung in Deutschland geht es nun darum, Forschung, Praxis und Patient möglichst eng zusammen zu bekommen, wobei leider letzterer oft vergessen wird, obwohl er nicht die letzte, sondern die entscheidende Instanz unseres Handelns sein muss. Doch bisher – auch das ist ein Teil der Kritik – steht der Patient in der Versorgungsrealität noch nicht so ganz im Fokus.

Weil die Forscher das komplexe Gesundheitssystem nicht oder zu wenig verstehen oder weil sie einfach zu weit weg sind von dem ebenso komplexen System Krankenkasse?

Wie so oft im Leben ist das vor allem ein Kommunikationsthema. Die Welten, in der Forscher und Kassenmitarbeiter berufsbedingt leben und sozialisiert werden, sind nun einmal sehr unterschiedlich. Ich begreife meine Funktion beim WINEG daher im hohen Maße als Mittler zwischen den verschiedenen Welten und versuche über Kommunikation meinen Beitrag dazu zu leisten, dass die Lücke nach und nach geschlossen wird.

Kann das überhaupt funktionieren, wenn der bisher forschungsgetriebene, freie Wissenschaftsansatz beibehalten wird?

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir auch bei der Versorgungsforschung Grundlagenforschung brauchen, was beileibe auch kein Widerspruch zu meiner Forderung nach mehr praxisorientierterer Forschung ist. Jeder Abstrich bei Grundlagenforschung wäre eine Verarmung, die uns überhaupt nicht weiterbringen würde. Aber sie kann natürlich nicht in Instituten wie dem WINEG geleistet werden, sondern muss an Universitäten und Hochschulen stattfinden.

Die ersten zehn Jahre Versorgungsforschung in Deutschland sind gleichzusetzen mit der Etablierung, der Marktreife und schlussendlich der gelungenen Durchsetzung dieser Wissenschaft in unserem Land. Diese Dekade war geprägt von Grundsatzfragen, die sich in den Jahren 2003 bis 2010 in drei sehr ausführlichen Memoranden niederschlugen, sowie von einem sehr persönlichkeits- und forschergetriebenen Ansatz, während viele andere Player und Payer im Gesundheitssystem das Thema Versorgungsforschung erst recht spät für sich entdeckten. Das WINEG, dem Sie seit knapp einem halben Jahr vorstehen, wurde als Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen im November 2006 gegründet, damit aber immerhin exakt 30 Jahre später als das WIdO, das Wissenschaftliche Institut der AOK.

Das stimmt. Doch nun müssen wir sehen, wie wir diese Ansätze fokussieren. Als Leiter eines wissenschaftlichen Instituts einer Krankenkasse verfechte ich einen starken Praxisbezug, den ich benötige, wenn ich meine Kollegen in der TK mit wissenschaftlichem Rat und wissenschaftlich fundierten Antworten auf ihre Fragestellungen unterstützen will. Auch wenn wir bei uns keine Grundlagenforschung



machen, bedienen wir uns doch ähnlicher Methoden, aber entwickeln diese auch weiter. So wurde es zum Beispiel hier im WINEG geschafft, eine im akademischen Bereich entwickelte Methode – den Propensity Score – praxistauglich zu machen. Mit dieser Methode haben wir eine Studie zu der Wirksamkeit des Disease Management Programme (DMP) Diabetes durchgeführt. Heute gehört sie zum Standard in der TK, um die wirtschaftlichen Wirkungen von Selektivverträgen zu beurteilen.

Versucht wohl, aber nicht gelungen.

Das liegt aber nicht am Studienansatz oder den verwandten Methoden, sondern am Grundansatz, mit dem DMP vor nun mehr immerhin knapp 15 Jahren eingeführt wurden.

Die DMP wurden leider eingeführt, bevor der Istzustand ex ante erfasst worden ist,

Darum gibt es nun einmal keine Null-Linie, das ist der Kern des Problems. Ohne diese Null-Linie ist es sehr schwer bis unmöglich, die durch DMP ausgelösten Wirkungen zu messen. Natürlich gibt es Studien aus anderen Häusern, die durchaus Erfolge von DMP sehen, obwohl man hier Selektionseffekte nicht ausschließen kann. Doch aufgrund der fehlenden Null-Linie fehlt auch nach knapp 15 Jahren ein allgemein akzeptierter Beweis, der wirklich hart ist und die Gegenseite völlig überzeugen würde – und das bei einem Instrument, das Milliarden umverteilt!

Nun haben Sie gemeinsam mit dem IGES ein Projekt in den Innovationsfonds eingebracht, der genau diese Null-Linie schaffen sollte.

Der aber nur für künftige DMP gelten kann, doch wäre auch das schon einmal ein enormer Fortschritt, wenn wir künftig einmal eine gesicherte Datengrundlage hätten, um darauf sowohl die Weiterentwicklung der DMP als auch deren Evaluation aufsetzen zu können.

Wie geht es damit nun weiter?

Erst einmal gar nicht. Denn leider wurde unser Antrag negativ beschieden. Zu unserer Enttäuschung ist die Aufforderung nicht ergangen, aus der vorgelegten Projektskizze einen Vollantrag zu erstellen.

Werden Sie den Antrag im Jahr 2 wieder einreichen?



Wenn man einmal die Tür vor der Nase zugeworfen bekommen hat, werden wir uns das schon sehr genau überlegen.

Um die Idee als solche wäre das schade. Vielleicht lag die Nicht-Aufforderung zum Vollantrag aber auch nur einfach daran, dass vom Innovationsausschuss auch ohne ihren Antrag schon deutlich mehr Projekte aufgefordert worden sind, einen Vollantrag zu stellen, als überhaupt Geld im Jahr 1 vorhanden ist.

Die zu vergebenen 75 Millionen Euro für Versorgungsforschung waren nach meinem Kenntnisstand nicht der begrenzende Faktor. Offenkundig haben andere Gründe eine Rolle gespielt, weswegen wir uns gut überlegen, ob wir das Projekt noch einmal einbringen werden.

Es verwundert, dass der Ansatz nach einer Null-Linie nicht nur bei DMP, sondern generell nicht gefördert wird. So bleibt im Endeffekt alles, was Politik vorgibt und was Selbstverwaltung wie Krankenkassen daraufhin tun, ein meist bundesweiter Pilotversuch nach dem Trial-and-Error-Prinzip.

Gegen den ausdrücklichen Rat der Versorgungsforschung. Man könnte das ja auch anders machen, indem man nicht gleich in die Fläche geht, sondern skaliert, zum Beispiel von Stadt zu Stadt oder auch von Bundesland zu Bundesland. Damit wäre sofort und ohne großen Aufwand so etwas wie eine Kontrollgruppe vorhanden. Das wäre sicher ein Ansatz, der der Evaluation des Ganzen gutgetan hätte.

Wobei die Politik nach dem Gleichsetzungsmaßstab agiert und solche skalierbaren Projekte für nicht durchsetzungsfähig erachtet.

Die Frage lautet: Was will Politik? Natürlich war es politisch gewollt, DMP schnell und umfassend einzuführen, auch weil man normativ davon überzeugt war, dass sie etwas Gutes bewirken. Das ist das Recht des Gesetzgebers, und wenn man die Mehrheit im Parlament hat, ist das auch legitim; selbst wenn der gewählte Ansatz vielleicht nicht das Optimum ist und der Verbesserung bedarf. Doch die Politik hindert auch nichts daran, nun – nach knapp 15 Jahren – neue Bedingungen zu schaffen, um künftig Eingriffe in die Versorgung oder einzelne Instrumente wie DMP oder Selektivverträge besser messen zu können.

Gehen wir wieder von der Metaebene auf die Mikroebene Krankenkasse: Schafft denn die TK für ihre Projekte so etwas wie eine Null-Linie? Oder ist das im Tagesgeschäft aus Zeit- und auch Geldgründen gar nicht möglich?

Alle unsere Selektivverträge, vor allem die, die eine ökonomische Dimension haben, werden in der TK evaluiert. Aber wir haben es auch etwas einfacher, denn die TK hat meist regionale Verträge, die dann über den Ansatz des Propensity Score ziemlich gut evaluierbar sind. Das ist ein Standard.

Warum der ökonomische und nicht der qualitative Erfolg?

Wir haben ausdrücklich im Portfolio als Techniker Krankenkasse nicht nur ökonomische, sondern auch qualitative Indikatoren, die immer mitgemessen werden. Auch wenn es wesentlich schwieriger ist, Qualität zu messen, da ökonomische Indikatoren einfach viel leichter zu erfassen sind. Aber mit dem Propensity Score-Verfahren lässt sich durchaus auch die Qualität der Versorgung evaluieren.

Das Problem liegt sicher auch darin, dass es über 2.000 Qualitätsindikatoren gibt, die regelhaft mit viel Aufwand erfasst werden.

Das Thema ist inzwischen selbst beim Bundesausschuss angekommen, der das IQTIG beauftragt hat, das vorhandene Set an Qualitätsindikatoren zu durchjäten und die relevanten in ein neues Set für die qualitätsorientierte Bedarfsplanung zu überführen.

Die Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung dazu ist sehr eindeutig.

Ich möchte weder Versorgungsforschungs-, noch Gesetzgeber- oder Selbstverwaltungs-Bashing betreiben. Mit dem sehr pragmatischen Ansatz, den der G-BA dem IQTIG vorgegeben hat, werden wir auch schon einen Schritt nach vorne kommen. Und wir sind aktiv dabei, dem IQTIG dabei zu helfen, indem wir bestimmte Daten zur Klärung von Verfahrensfragen aufbereiten.

Daten sind ein gutes Stichwort: Besitzt die TK eigentlich die für die Versorgungsforschung benötigen Daten?

Zum Teil. Das Thema Datenschutz ist hier mehr als virulent. Denn zum Teil haben wir die Daten, dürfen diese aber nicht nutzen. Andererseits erschweren zu kurze Aufbewahrungsfristen die Bildung längerer Zeitreihen, deren Auswertung sicher der Versorgungsqualität der Patienten in Deutschland zugute käme.

Was könnte man aus Sicht der TK und des WINEG tun, um die Versorgungsforschung zum Erfolgsmodell für die Patienten zu machen?

Hier gibt es zwei wichtige Punkte: Das ist zum einen wieder die Kommunikation, das Miteinander reden und vom Gegenüber her denken. Zum anderen ist das die Patientenorientierung.

Beginnen wir bei der Kommunikation.

Nehmen wir nur einmal das Beispiel Leitlinien. Hier gelingt es nur unzureichend, die Leitlinien, die die Fachgesellschaften selbst aufgestellt haben, bei den Ärzten ihres Fachgebiets durchzusetzen. Das WINEG hat in einer Studie beispielsweise festgestellt, dass nicht einmal 60 Prozent der Patienten, die aufgrund der bestehenden ärztlichen Leitlinien ACE-Hemmer bräuchten, diese bekommen. Wenn nicht einmal die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft von Fachgesellschaft zu ihren Fachkollegen funktioniert, wie soll dann die Kommunikation zwischen den Ärzten und den Patienten, zwischen Ärzten und den Krankenkassen und allen zusammen funktionieren? Darum müssen wir das Thema Kommunikation endlich als Outcome-Faktor verstehen.

Werte schaffen durch Innovation





Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim im vergangenen Jahr rund 3 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit mehr als 47.500 Mitarbeiter, davon rund 14.800 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de

Boehringer
Ingelheim

Was kann das WINEG tun?

Das ist eine Aufgabe, die ich auch uns selbst gestellt habe. Wir müssen mehr dazu kommen, dass wir die Dinge so formulieren, dass die Menschen sie verstehen, denn nur so werden sie von Nutzen sein. Wir haben sicher bisher eine ganze Reihe von Publikationen veröffentlicht, die zwar einen konkreten Patientennutzen haben und in der Fachwelt auch anerkannt sind, aber bei der Kommunikation zum Versicherten und zum Patienten oder seinen Angehörigen hapert es dann. Das ist sicher eine große Aufgabe, vor der wir noch stehen, aber eben auch eine Herausforderung, der wir uns alle stellen.

Kommen wir damit zur Patientenorientierung. In ihrem Vortrag zum 10-jährigen Bestehen des DNVF nahmen Sie eine Anleihe zum Hauskauf, bei dem drei Faktoren wichtig seien: die Lage, die Lage und die Lage. Bei der Versorgungsforschung laute ihren Worten zufolge die Begriffstrias: der Patient, der Patient, der Patient.

Der Innovationsfonds wird nur dann erfolgreich sein, wenn das Wohl der Patienten im Mittelpunkt steht und die Politik das gute Gefühl hat, dass das bereitgestellte Geld für die Patienten gut angelegt ist. Dazu müssen die Menschen es aber auch wahrnehmen können.

Gehen wir auf ihren Kongress am 16. November ein. Was erwarten Sie sich?

Ich erwarte mir vor allem Impulse für unsere eigene Arbeit. Deswegen haben wir auch Professor Gerlach als Keynote-Speaker eingeladen, der uns ausdrücklich seine Erwartungshaltung mit auf den Weg geben soll, wo und wie wir bestimmte Akzente setzen können und wo er die Bedarfe der Zukunft sieht, die uns alle helfen können, mit Hilfe der Versorgungsforschung das Gesundheitssystem zu verbessern.

Der Konzeptansatz der beiden Sichtweisen pro Thema ist originell.

Davon lebt doch eine fachliche Diskussion: von den Sichtweisen eines eher theoretisch ausgelegten Fachmanns und jener eines Praktikers. Das sind zwei Sichtweisen, die sich im besten Falle ergänzen können, oft aber auch ein Pro und Kontra entstehen lassen. Auf jeden Fall ist man aber schlauer als vorher, wenn man einen Themenkreis von zwei Seiten als nur von einer betrachtet. Und dieser Ansatz beschreibt ja auch durchaus das Dilemma der Versorgungsforschung: Wie bekommen wir die letzte Meile von der Theorie zur Praxis, zum Patienten hin?

Was auch der Versorgungsforschung ganz gut tun würde, wenn Wissenschaft mehr Praxis und Praxis mehr Wissenschaft verstehen würde. Was eigentlich wiederum fast Innovationsfonds heißt, weil beide mehr denn je zusammen agieren müssen.

Cave. Das heißt ganz und gar nicht zwangsläufig Innovationsfonds. Denn der Innovationsfonds ist ein Instrument, das die Politik geschaffen hat, um unter anderem die Versorgungsforschung nach vorne zu bringen, damit aber auch einen enorm hohen Erwartungsdruck aufbaut. Ich mache mir darum ein wenig Sorgen, dass hier Erwartungen geweckt werden, die eigentlich nur enttäuscht werden können. Zum einen, weil benötigte Daten fehlen. Denn mit den Abrechnungsdaten, die uns vorliegen, kann man zwar schon sehr viel tun, aber ob dies eine wirkliche Systemveränderung bewirken kann, wie sie in manchen Köpfen herumspukt, da habe ich meine Zweifel. Aber ich will auch nicht schwarz malen: Die Versorgungsforschung wird sicherlich vorzeigbare Dinge herausfinden, doch ob diese eine systemverändernde Wirkung zeitigen werden, steht auf einem ganz anderen Blatt. Und das heißt „Bridging the Gap".

Was wäre zu tun, um es zum Besseren zu wenden? Andere Daten, bessere Daten, mehr Grundlagenforschung?

Ein sinnvoller erster Schritt noch vor der Einführung des Innovationsfonds wäre es gewesen, zuerst die Datensituation, das Datenmanagement und das Verfügbarkeitsregime zu verbessern, indem der Anspruch auf eine Datennutzung für die Versorgungsforschung gesetzlich verankert wird. Aber jetzt machen wir das Beste daraus!

Herr Dr. Meusch, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

WINEG-Kongress: Herausforderung Qualität am 16. November

Zeit	Thema	Vortragende/r
9:00	Einlass	
9:30	Blick auf die Versorgungsrealität und Anforderungen an die Versorgungsforschung	Dr. Jens Baas, TK
10:10	Grußwort	Sen. Cornelia Prüfer-Storcks, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
10:30	Keynote: Die letzte Meile zum Patienten: Bridging the Gap durch Versorgungsforschung	Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Universität Frankfurt
11:00	Session 1: Patientenorientierung und Gesundheitsbildung als ungenutzte Ressource	Chair: Hardy Müller, WINEG
	Die Sicht der Versorgungsforschung	Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Med.Hochschule Hannover
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Joachim Prölß, UKE Hamburg-Eppendorf
12:00	Mittagessen	
13:00	Session 2: Zukunft durch Qualität: Wie werden aus Konzepten praxistaugliche Lösungen?	Chair: Dr. Andreas Meusch, WINEG
	Die Sicht der Versorgungsforschung:	Prof. Dr. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi, Uni.-Klinikum Heidelberg
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Dr. Ulrich Wandschneider, MEDICLIN AG
14:00	Session 3: Wie kann durch die Digitalisierung die Versorgungsqualität verbessert werden? Big Data: Das Eldorado der Versorgungsforschung?	Chair: Daniel Cardinal, TK
	Die Sicht der Versorgungsforschung	Dr. Stefan Rüping, Fraunhofer-Institut
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Dr. Peter Langkafel, HCB Healthcubator GmbH
15:00	Wrap-Up: Versorgungsforschung - Im Sinne des Patienten?	
16:00	Verabschiedung und Schlusswort	Thomas Ballast, TK

Link zum Programm des WINEG-Kongresses am 16. November: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/807902/Datei/84010/WINEG-Kongress-Flyer.pdf

Dr. Andreas Meusch

wurde mit einer Arbeit über „Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung" promoviert. Sein Studium absolvierte er in Politikwissenschaften, Publizistik, Geschichte und öffentlichem Recht an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz sowie in Dijon und Krakau. Seit 1986 ist Dr. Meusch in verschiedenen Funktionen im Bereich der akademischen Lehre engagiert. Unter anderem war er für diverse deutsche Universitäten und Fachhochschulen als Lehrbeauftragter für die Fachbereiche Politikwissenschaft (Mainz, Stuttgart und Hohenheim), Pflegewissenschaften (Zwickau), Wirtschaftswissenschaften (Bayreuth) tätig. Meusch ist seit 2000 Mitherausgeber der Schriftenreihe „Beiträge zum Gesundheitsmanagement" im NOMOS Verlag. Frühere berufliche Stationen von Meusch waren u. a. das Bundesministerium für Familie und Senioren, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und fünf Jahre lang die Leitung der Landesvertretung Baden-Württemberg der Ersatzkassenverbände.