Titelinterview mit Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing, Heidelberg

„Implementation Science ist angewandte Skepsis“

Mit dem Lehrstuhl für „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ hat die Universität Heidelberg den ersten dieser Art in Deutschland ins Leben gerufen. Dessen Lehrstuhlinhaber, Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing, gilt mit über 350 wissenschaftlichen Publikationen (H-Index 37), über 25 randomisierten Studien und 35 betreuten Doktoranden als einer der wenigen deutschsprechenden Fachleute auf dem Gebiet der Implementation Science. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem gebürtigen Niederländer über sein in Deutschland noch recht unbekanntes Fachgebiet.

>> „Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care“ – aus dem Jahre 2013 – heißt die englischsprachige zweite Auflage der im Jahre 2001 erschienen niederländischen Erstveröffentlichung „Implementatie – effectieve verbetering in de patientenzorg“, geschrieben von Prof. Richard Grol – dem damaligen Direktor des Nijmegen Centers für Evidence Based Practice (NCEBP) und Direktor des IQ Healthcare des Medizinischen Fakultät der Radboud Universität Nijmegen – und Ihnen als Co-Herausgeber. Wäre es nun nicht an der Zeit, den Gedanken der Implementierungswissenschaft auf deutsch zu veröffentlichen?

Mein früherer Chef, Richard Grol, und ich arbeiten zwar gerade an einer neuen niederländischen Version, weil auch das letzte, englischsprachige Buch schon wieder einige Jahre alt ist und sich seitdem international in der Implementierungswissenschaft einiges getan hat. Doch habe ich jetzt – als Professor in Deutschland tätig – durchaus die Ambition, dieses Fachbuch auch einmal auf Deutsch zu veröffentlichen. Doch ist Deutsch nach Holländisch und Englisch erst meine Drittsprache, sodass ich mich mit einigen Formulierungen noch etwas unsicher fühle.

Die Erscheinungssprachen der beiden Fachbücher sprechen doch eigentlich auch dafür, dass die Implementierungswissenschaft in den Niederlanden als auch in den angelsächsischen Ländern weiter fortgeschritten ist als in Deutschland.

Der Eindruck ist durchaus richtig. Der Implementierungswissenschaft wurde bisher im deutschsprachigen Raum recht wenig als eigenständiges Fachgebiet wahrgenommen. Zwar arbeiten und forschen hierzulande durchaus auch einige Personen in dieser Richtung, aber es gibt in Deutschland bislang weder Arbeitsgruppen und Workshops noch Kongresse oder Fachbücher dazu. Aber immerhin existiert seit kurzem ein erster Lehrstuhl, auf den ich berufen worden bin und der sich mit „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft“ beschäftigt. Doch in Großbritannien, Amerika und Kanada, aber auch in den Niederlanden ist das Themengebiet mit viel mehr als nur einem Lehrstuhl besetzt. Besonders im englischsprachigen Raum gibt es relativ viel Forschung in diese Richtung, was man an der Entwicklung der Publikationsrate in der Zeitschrift „Implementation Science“ ganz gut nachvollziehen kann.

„In Deutschland wird Implementation Science noch nicht unbedingt als ein eigenständiges Fachgebiet betrachtet.“

Warum ist die Implementierungswissenschaft in den angelsächsischen Ländern so stark vertreten, und im westeuropäischen Gebiet erst im Aufbau begriffen, wobei hier Holland sicher die Ausnahme bildet.

Das ist eine gute Frage, die nicht einfach zu beantworten ist. Eigentlich ist für mich ein Widerspruch in sich, wenn es einerseits in Deutschland sehr viel Interesse an Evidenzbasierter Medizin und Forschung zum Nutzen von Innovationen gibt, sich aber andererseits nur wenige Forscher wissenschaftlich die Frage stellen, wie all das die Versorgung verbessern hilft. Das kann man historisch nur damit erklären, dass das Fachgebiet Implementierungswissenschaft, der Implementation Science, in Deutschland eher in Beziehung zu bestimmten medizinischen Disziplinen steht, aber nicht unbedingt als ein eigenständiges Fachgebiet betrachtet wird. Zumindest bisher.

Auch wenn laut David Sackett (MMW 1997) der philosophische Ursprung der Evidenzbasierten Medizin ins Paris Mitte des 19. Jahrhunderts und weiter zurückreicht, wird auch im deutschsprachigen Raum EbM seit Mitte der Neunziger Jahre diskutiert und bereits 1998 das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) gegründet. Das ist auch schon wieder knapp 20 Jahre her.

Das stimmt wohl. Doch existieren in Deutschland nicht genügend Professuren dazu. Und obwohl es eine Cochrane-Arbeitsgruppe für Implementation Science gibt, nehmen daran keine deutschsprachigen Vertreter teil.

Das verwundert, weil Deutschland an und für sich sehr wissenschaftsgläubig ist. Bislang glaubt man in der Versorgungsforschung an den Dreiklang Input, Throughput und Output. Aber was kommt danach? Was in der Versorgungsrealität und vor allem im Zeitverlauf passiert, ist noch nicht so richtig fassbar geworden.

Ich habe mich auch gewundert, warum das so ist, wo doch in Deutschland Wissenschaft sehr hoch geschätzt wird. Doch abgesehen von einer eher wissenschaftlichen Beschäftigung gibt es natürlich in allen Gesundheitssystemen, so auch im deutschen, zahlreiche Implementierungsaktivitäten.

Welche denn?

Das beginnt bereits bei Fort- und Weiterbildungen innerhalb der Gesundheitsberufe. Auch das ist bereits Implementierung. Doch so richtig spricht man davon eher im Zusammenhang mit Selektivverträgen und Disease-Management-Programmen, die durchaus als Praxisbeispiele von Implementierungsaktivitäten gelten können. Doch leider gibt es relativ wenig Forschung dazu.

Weil DMP die einzigen Programme sind, bei denen die Evaluation gesetzlich vorgeschrieben war. Alle anderen Instrumente, die bislang in den Markt und damit in die Versorgung gebracht worden sind, wurden nicht evaluiert, und können deshalb als politisch gewollte Großversuche oder auch als Blindflüge gewertet werden.

Das lag aber mehr am politischen Druck DMP flächendeckend auszurollen.

Weil sich die Politik die Zeit nicht nehmen wollte oder wohl eher konnte, um die nötigen Studien durchführen zu können.

Das ist doch überall so. Das läuft auch im Ausland nicht besser. In Großbritannien hat man die Quality-and-Outcomes-Framework, die eine bessere Bezahlung für Hausärzte vorsehen, die bessere Qualität aufgrund bestimmter Qualitätsindikatoren liefern, auch gleich direkt im ganzen Land ausgerollt. Was dazu führte, dass man das ganze nun nur in einem sogenannten Observational Design evaluieren kann, das aber geschah wenigstens recht ausführlich. Inzwischen beschäftigen sich immerhin über 100, teilweise auch hochrangige Publikationen mit dem Quality-and-Outcomes-Framework. Aber wie gesagt: eben ohne die Möglichkeit, eine Kontrollgruppe zu bilden, und damit ohne einzige kontrollierte Studie.

Geschieht das, weil die Politik nicht so weit ist oder weil es die Wissenschaft nicht geschafft hat, dieses Themen an der richtigen Stelle zu platzieren?

Beides. Es wäre anzuraten, dass sich die Politik bei solchen Großversuchen ein bisschen mehr Zeit nähme und die Evaluation als hohen Wert begreifen würde. Andererseits wäre auch seitens der Wissenschaft ein klares Signal von Nöten, dass auch gute Evaluation nicht immer Jahre oder gar Jahrzehnte dauern muss und es darum erste Ergebnisse erst dann gibt, wenn die politisch intendierte Fragestellung gar nicht mehr aktuell ist. Zudem herrscht oft noch der Gedanke vor, dass große Evaluationsstudien nicht nur sehr lange dauern, sondern auch immer sehr teuer sein müssen. Beides ist ein Missverständnis. Denn man kann durchaus Studien durchführen, die weder das Zeit- noch das Finanzbudget sprengen und die dennoch relativ schnell wertvolle Informationen liefern können.



Welche meinen Sie?

Man kann beispielsweise Praxen und Krankenhäuser bezüglich ihrer Verordnungen und Einweisungen relativ einfach in ein Evaluationsdesign bringen, um dann über ein Feedback-System Wissen zu vermitteln und damit durchaus auch Einfluss nehmen zu können. Wenn man das zeitlich gestaffelt mit unterschiedlichen Feedback-Varianten gestaltet – ob das nun bestimmte Informationen, eine bestimmte Darstellung oder ein damit verbundenes Extrahonorar ist – bekommt man sehr schnell Ergebnisse.

Das braucht eine experimentelle Kultur, die es vielleicht in Deutschland noch zu wenig gibt.

Genau. Aber das ist auch zutiefst menschlich und überall auf der Welt so: Man entscheidet sich für einen bestimmen Weg und hofft, dass es irgendwie gut gehen wird. Dabei weiß doch jeder, dass es besser wäre, diverse Piloten – inklusive deren Kontroll- oder hier vielleicht besser Nichtinterventionsgruppen – aufzusetzen und unterschiedlich zu skalieren. Dann kann man diese Piloten sehr gut miteinander vergleichen und hat eine weit bessere politische Entscheidungsgrundlage.

Das ist wohl eher Wissenschaftstheorie denn Realität.

Ich bin zwar grundsätzlich Optimist, doch folge ich eher dem Grundgedanken, dass Wissenschaft per se etwas Gutes ist. Das gilt nicht nur für die biologische oder klinische Forschung, sondern auch für die Versorgungsforschung, bei der es darum geht, Erkenntnis darüber zu gewinnen, wie etwas am besten in der Alltagspraxis umzusetzen oder anzuwenden oder auch zu vermeiden ist.

Nehmen wir doch einmal die Translation innerhalb der Epidemiologie.

Die gibt es schon seit knapp 30 Jahren, nur hat es da nicht immer das Label Implementierung. In Kanada wird es zum Beispiel KT Research oder Knowledge Transfer genannt und als Teil der Qualitätsstrategie verstanden.

Könnte man auch Wissensmanagement dazu sagen?

Das ist durchaus ein Teil dieser Welt. Manche sprechen aber lieber von Improvement Science, was aber wieder aus einer etwas anderen Tradition kommt. Doch all diese Ansätze, all diese Richtungen haben auch sehr viele Ähnlichkeiten, auch wenn es durchaus Wissenschaftler gibt, die meinen, dass es mehr Unterschiede gibt.

Welche Sicht der Translation lehren Sie in Ihrem neuen Masterstudiengang Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft?

Grundsätzlich führen wir die zwei Antipoden zusammen, die da heißen: praxisbezogen und forschungsorientiert. In Modul „Implementation Science“, das ich lehre, wird die Forschung und damit die wissenschaftliche Seite der Implementierung behandelt, was einen weiteren Blick auf Innovationen in der Versorgung und einen weiteren auf die Grundlagenforschung in der Sozialwissenschaft und der Managementwissenschaft beinhaltet. Ein anderes Modul – übrigens von insgesamt neun – beschäftigt sich mit der „Qualitätsverbesserung“. Dieses Modul ist durchaus auch forschungsorientiert angelegt, aber ebenso praktisch orientiert, indem es die Programme und Strukturen behandelt, die es in Deutschland gibt.

Könnten Sie dafür Beispiele anführen?

Das wäre das Qualitätsprogramm des Gemeinsamen Bundesausschuss, das eigentlich ein reines Feedback-Programm ist. Denn hier wird ja nichts anderes gemacht, als Daten über die Qualität der Versorgung aufgrund bestimmter, sorgfältig ausgesuchter Qualitätsindikatoren zu sammeln und zu verdichten und dann an die Leistungserbringer zurückzuspielen.

Nur ohne Konsequenzen.

So ganz ohne nicht. Denn auch aus der Forschungslehre ist bekannt, dass ein solches Audit- und Feedback-System rund fünf Prozent Verbesserung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bringt, die

dieses Feedback nicht bekommt. Allerdings wissen wir auch, dass es Programme gibt, die weit größere Effekte – bis rund 16 Prozent – haben, aber eben auch solche, die überhaupt keine oder sogar negative Effekte auslösen.

Was wäre denn nun zu tun?

Herauszufinden, mit welchen Effekten die Ergebnisse am besten optimierbar sind. Aus meiner Sicht wäre diese Situation von Datensammlung und -zurückgabe an Praxen und Kliniken ein optimales Setting, um eine derartige Fragestellung zu beforschen. Aber soweit ich weiß, gibt es diese Forschung noch nicht.

Es muss sie geben, wenn das IQTiG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die qualitätsorientierte Honorierung aufbauen soll.

Das wird schwierig, denn Honorierung ist – wenn ich das nach meiner rein persönlichen Observation nach einem halben Jahr in Deutschland sagen darf – etwas, das man hierzulande implementiert, indem man einfach mehr Geld bezahlt.

Das sehen Sie absolut richtig.

Das ist durchaus ein interessantes Modell, auch wenn es hier observationelle Studien gibt, die zeigen, dass mehr Geld nicht unbedingt sehr große Verbesserungen mit sich bringt. Und es auch nicht immer klar ist, warum es so ist. Zum Beispiel hat das Quality-and-Outcomes-Framework in England durchaus durch den Einsatz von mehr Honorar für Ärzte zu einer Verbesserung in bestimmten Bereichen geführt, aber es gibt auch Bereiche, wie die Herz-Kreislauf-Krankheit, in denen es keine deutliche Verbesserung gibt.

„Prompts funktionieren eigentlich gar nicht, womit die Umsetzungsfrage im Prinzip ungelöst ist."

Warum ist das so?

Es wird wohl dran liegen, dass bei KHK schon vor Installation des Frameworks Verbesserungen erzielt wurden, sodass das Mehr-Honorar hier eigentlich unnötig gewesen wäre.

Sie sagten eben, dass Deutschland meist über mehr Bezahlung die Versorgungsqualität steuert. Muss es denn immer mehr Geld sein?

Geld ist generell ein problematisches Instrument. Einerseits funktioniert es recht grob, weil man nicht immer genau weiß, was gute Qualität ist. Das ist ja gerade das Problematische an der Qualität in der Medizin, dass man aufgrund von Routinedaten oder klinischen Datensätzen nicht genau beurteilen kann, was gute oder bessere Qualität ist. Darum kann man damit auch nicht deutlich genug steuern. Andererseits aber löst mehr Geld alleine die Implementierungsfrage nicht, denn dazu braucht man eine oft vernachlässigte flankierende Organisation und Struktur, übrigens auch eine der IT. Um etwas zu implementieren oder auf etwas bestimmtes hinzuweisen, kann man beispielsweise in einem Arzt- oder Klinikinformationssystem eine Art Prompt einbauen, das bei gewissen Indikatoren ausgelöst wird.

Das ist doch gut.

An sich ja, wenn es denn die richtigen Indikatoren sind, für die man schon sehr gute Algorithmen braucht. Nun wissen wir aber leider aus der Forschung, dass diese Prompts meistens gar nicht beachtet und schon gar nicht gelesen werden. Das heißt nichts anderes: Prompts funktionieren eigentlich gar nicht, womit die Umsetzungsfrage im Prinzip ungelöst ist, obwohl der Initiator das Gefühl hat, etwas umgesetzt, weil eben implementiert zu haben.

Wenn Prompts nicht gelesen werden, scheinen sie eben das falsche Instrument zu sein. Dann muss man eben mehr auf prozessuale Aspekte achten.

Das ist wohl so, doch kann ich noch nicht sagen, was man stattdessen machen soll.

Das klingt eher skeptisch.

Ich fühle mich schon manchmal in dieser Skepsis-Rolle gefangen, aber vielleicht ist Implementation Science auch so etwas wie angewandte Skepsis. Es gibt nun einmal mehr Forschung dazu, dass etwas nicht funktioniert, als Studien, die das Gegenteil beweisen. Dabei gibt es seit langem einen großen Bedarf an Interventionen, um die Versorgung zu verbessern. Daher sollte man die Grundlagenforschung in diesem Bereich der Implementierungsforschung oder der Versorgungsforschung im Allgemeinen anschieben.

Dafür gibt es doch diesen wunderbaren Innovationsfonds, der innerhalb von vier Jahren immerhin 1,2 Millionen Euro alleine für die Versorgungsforschung ausschütten soll. Da erwarte ich mir schon, dass auch in der Umsetzungsforschung etwas herauskommt.

Das hoffe ich auch. Doch ist ein großer Teil der bisherigen Versorgungsforschung und auch der Implementierungsforschung sehr praktisch und pragmatisch daran orientiert, wie man bestehende Programme und Versorgungsstrukturen evaluiert. Dazu gibt es vielerlei Qualitätszirkel, Selektivverträge, Fort- und Weiterbildung und Patienteninformation. All das sind durchweg gute Sachen und es macht ja auch Sinn, diese zu evaluieren. Aber: Es kommt dadurch nichts Neues heraus.

Ein hartes Wort.

Wissenschaft muss ehrlich sein und ich spreche natürlich als Wissenschaftler, der nicht nur Bestehendes evaluieren, sondern auch etwas Neues, Zukunftsweisendes entwickeln will.

Ist das denn realistisch?

Es ist eine Vision. Wobei es in der Medizin durchaus Beispiele ganz toller Interventionen gibt. Nur leider braucht das Zeit, viel Zeit. Es dauert, bis man einen neuen Gedanken gefunden hat, noch mehr, ihn weiter zu entwickeln und zu beforschen und daraus eine Intervention zu schaffen. Und bis man die dann tatsächlich in der Praxis anwenden kann, spricht man eher über 20 oder noch mehr Jahre. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass das in der Versorgungsforschung anders ist. Obwohl es nun durchaus an der Zeit wäre, auch in der Versorgungs- und der Implementierungsforschung etwas Neues zu kreieren.

Warum dauert das so lang? Weil das System so beharrlich ist? Die Innovationen nicht schlagkräftig genug sind oder weil das System innovationsfeindlich bis abwehrend ist? Oder weil Menschen einfach gerne ihre gewohnten Tätigkeiten so wie immer weiter machen?

All das sind wichtige Facetten und Elemente. Doch vor allem hat es mit dem dafür nötigen finanziellen Volumen zu tun.

Wie meinen Sie das?

Nehmen Sie den Zikavirus. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat man schnell und massiv investiert und große Forschungskapazitäten darauf



Sie wollen neue Wege gehen? Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei Markteinführungen, Versorgungsmanagement, Patient-Relationship-Management, Supply Chain Management und Marketing & Sales Support.

arvato
BERTELSMANN

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

angesetzt. Darum hat man auch relativ fix eine Lösung gefunden. Doch in der Versorgungsforschung gibt es dieses Volumen einfach nicht, weder national noch international. Das ist aber nur ein Teil der Antwort.

Und der zweite?

Ist wieder skeptischer Natur. Es wäre falsch, aus einem relativ erfolgreichen Projekt die Schlussfolgerung zu ziehen, dass man es damit gleich flächendeckend anwenden kann. Der Grund dafür ist forschungsimmanent: In der Regel sind Forschungsprojekte zu klein und oft auch zu artifiziell, um evidenzbasiert auf Effekte in größeren Populationen schließen zu können. Besser wäre es, statt einem flächendeckenden Rollout nach und nach zu skalieren – zum Beispiel von einer Stadt auf eine Region, dann ein Bundesland und dann mehrere .

Wenn ein Projekt evident bewiesen hat, dass es Lebensqualität, Morbidität und Mortalität positiv beeinflusst, haben dann Selbstverwaltung und Politik nicht die ethische Verpflichtung zu handeln?

Das sehe ich auch so. Doch vielleicht sollte man einfach einmal die Bürger und Patienten informieren und damit mobilisieren.

Versorgungsmanagement ist ein sehr langfristiges Geschäft, bei dem man allerdings von vorneherein die Evaluation mitdenken sollte. Doch das geschieht leider in Deutschland noch zu selten.

Das würde ich nicht auf Deutschland beschränken. Ein Deutscher sieht natürlich gerne all die schönen Beispiele im Ausland, die es ja auch gibt und meint damit, dass damit in den Niederlanden, Großbritannien, Amerika oder Kanada alles viel besser ist. Dem ist aber nicht so. Zum Beispiel ist die hausärztliche Versorgung in Kanada und den Vereinigten Staaten wahrscheinlich eher schlechter als in Deutschland. Darum sollte man immer vorsichtig sein und die schönen Beispiele im Ausland im jeweiligen Kontext analysieren. Auch die Meinung, dass man in den Niederlanden oder in Großbritannien alles erst evaluiert und damit rationellere Politik macht, stimmt nicht.

Das stimmt doch hoffnungsfroh.

Wenn man daraus lernt schon. Meiner Ansicht nach wäre es sinnvoll, die Themenkreise Evaluation und Innovation weit weg von der Politik anzusiedeln.

Warum?

Weil Politik eine ganz andere Dynamik als Wissenschaft hat. Politik reagiert auf Medien und Meinungslagen und ist darum in der Regel nicht sehr rational.

Ob die Selbstverwaltung rationaler ist, wäre noch zu beweisen.

Teilweise ist sie das durchaus. Aber auch hier hat Evaluation und Innovation eigentlich nichts zu suchen.

Wo denn dann, wenn man einmal nicht den Bock zum Gärtner machen möchte?

Beispielsweise bei den Leistungserbringern, die im Kontext ihrer Fach- und Leitlinienentwicklungen das System evaluieren und weiterentwickeln könnten.

Kann man denn wirklich beispielsweise der Ärzteschaft zumuten, eine Translation zu beschreiben, bei der sie vielleicht im Endeffekt weniger Geld verdient? Müsste es nicht besser ausgehend vom Innovationsfonds eine Art „Thinktank Translation“ geben?

Dem stimme ich voll zu. In anderen Ländern gibt es solche Thinktanks seit langem.

Als solchen Thinktank kann man bei uns durchaus den Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bezeichnen. In den letzten zehn Jahren sind circa 30 Prozent der Empfehlungen, die der SVR gegeben hat, durch die Politik oder Selbstverwaltung umgesetzt worden.

Das ist doch mal ein Wort. Es gibt eine Studie von dem an der Stanford University arbeitenden Wissenschaftler Professor John P.A. Ioannidis, der hundert Publikationen im biomedizinischen Bereich in „Science and Nature“ analysiert hat, die vor 1980 publiziert worden waren. 20 Jahre später hat er erforscht, wie viele der hier beschriebenen Anwendungen den Weg in die klinische Intervention – also noch nicht einmal in die Versorgungsrealität – gefunden haben.

10?

Die Antwort lautet: 2. Zwei von hundert haben eine Anwendung erfahren, obwohl sie hochrangig in „Science and Nature“ publiziert worden sind.

Ist das nun viel oder wenig?

Vielleicht sollten wir einfach akzeptieren, dass man wohl hundert Studien braucht, um diese eine oder zwei zu finden, die tatsächlich etwas bringen. Das macht schon demütig.

Doch welche 100 Studien sind die richtigen?

Damit kommen wir in den Bereich der Wissenschaftsdynamik, einem Bereich, indem sich eben jener Ioannidis sehr kritisch und ebenfalls sehr skeptisch über die medizinische Wissenschaft geriert, zum Beispiel in seiner berühmten und aus dem Jahr 2005 stammenden Publikation „Why Most Published Research Findings are False“.

Was sicher auch an der Art und Weise liegt, wie publiziert wird.

Das ist nur zum Teil richtig. Natürlich liegt es auch daran, welche Themen hoch gerankte Journale mit möglichst hohen Zitationsindexen präferieren. Aber noch mehr liegt es am Geld und dem inzwischen sehr hohen Publikationsdruck. Es gibt nun einmal Forschungsbereiche, die mit zum Teil sehr hohen Budgets ausgestattet sind, genau da siedeln sich dann viele Forscher an und publizieren. Wobei durch die schiere Masse, konzentriert auf ein Fach- oder ein Teilgebiet, die Publikationen immer weniger neue Erkenntnisse bringen. Der Mehrwert dieser wissenschaftlichen Publikationen geht – böse gesprochen – gegen Null. Wer mehr und bessere Erkenntnisse will, sollte darum diesen ganzen Wissenschaftsbetrieb teilweise anders organisieren als bisher.

Herr Prof. Wensing, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Prof. Dr. Michel Wensing

Michel Wensing (1967) ist seit 2015 Universitäts-Professor der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg. Ebenso ist er Leiter des neu gegründeten Master-Studienprogramms „Versorgungsforschung und Implementatierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ sowie Adjunct-Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. Davor war er außerordentlicher Professor (2003-2010) und Professor (2011-2015) an der Radboud University Medical Center, Nijmegen (Niederlande). Unter anderem ist er Editor-in-Chief der Zeitschrift „Implementation Science“, der führenden Zeitschrift auf diesem Gebiet.