

Vorwort

Die Corona-Pandemie, mit all ihren dramatischen Auswirkungen weltweit, bietet, aus der Perspektive der Forschung heraus, gleichzeitig auch eine enorme Chance, haben sich doch zahlreiche Bedingungen und Variablen gleichermaßen, gleichzeitig und global geändert.

Im Sinne einer multizentrischen Interventionsstudie führte die SARS-CoV-2-Pandemie vor allem auch in den Gesundheitssystemen zu einer massiven Beeinflussung, die vor der Pandemie nicht vorhanden war; die resultierenden Wirkungen sind dabei Gegenstand zahlreicher Forschungsfragen, so auch im Bereich der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung.

Die Überfüllung und langen Wartezeiten innerklinischer Notaufnahmen in Deutschland stehen seit vielen Jahren im Fokus der Öffentlichkeit. Dabei bewegt sich die Diskussion über die Gründe für diese Situation zwischen den Polen der Mangelversorgung bzw. der Über- und Fehlnutzung. Gerade bei letzterem werden häufig Phänomene wie das *Moral Hazard* ins Feld geführt. Auf Anbieterseite werden hingegen das unzureichende Prozess- und Leistungsmanagement und die Angebotsinduzierte Nachfrage vorgetragen. Dabei ist die Argumentation allzu häufig geprägt von dem indirekten Vorwurf des Opportunismus, sowohl bei den Leistungserbringern, als auch den Leistungsempfängern.

Sicherlich ist diese emotionale Färbung der Debatte mitbestimmt durch ein traditionell hohes Anspruchsniveau der Konsumenten in einem finanziell überdurchschnittlich gut ausgestatteten Gesundheitswesen. Tiefgreifende Rationierungsbemühungen sind bisher jedoch in keiner politischen Agenda verfolgt worden, daher greift das Argument zu kurz, den Leistungsempfängern das, durch Gewohnheit entstandene,

Anspruchsniveau einer kostenlosen und vollumfänglichen Versorgung vorzuwerfen.

Eine sachlich-wissenschaftliche Auseinandersetzung über mögliche Überkapazitäten im Bereich der Akutmedizin, ausgerechnet in Mitten einer der größten globalen Pandemien der Geschichte, erscheint zunächst provokant. Allerdings sollten Qualität, Effektivität und Effizienz die entscheidenden Bewertungsparameter einer adäquaten Versorgung sein und nicht die bloße – hohe – Anzahl von Versorgungseinheiten, wie z. B. innerklinische Notaufnahmen.

Sandro Lorenz

Düsseldorf, im August 2021