Ergebnisse

Umfrage 438136

Anzahl der Datensätze in dieser Abfrage:	1258
Gesamtzahl der Datensätze dieser Umfrage:	1258
Anteil in Prozent:	100.00%

Zusammenfassung für p1

Wie alt sind Sie?

Berechnung	Ergebnis
Anzahl	1258
Summe	38913.000000
Standard Abweichung	4.02
Durchschnitt	30.93
Minimum	24.000000
1ter Viertelwert (Q1 unteres Quartil)	28
2ter Viertelwert (Mittleres Quartil)	30
3ter Viertelwert (Q3 Oberes Quartil)	33
Maximum	55.000000

***Null-Werte werden in Berechnungen ausgelassen**
Q1 und Q3 werden berechnet durch die minitab-Methode

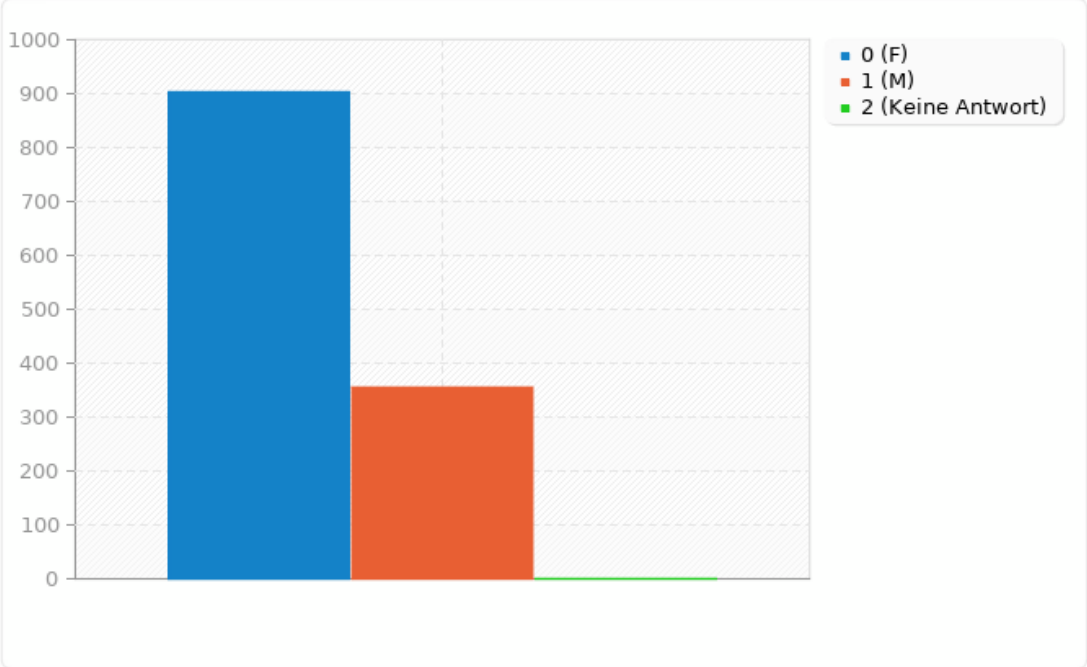
Zusammenfassung für p3

Geschlecht

Antwort	Anzahl	Prozent
weiblich (F)	903	71.78%
männlich (M)	355	28.22%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für p3

Geschlecht



Zusammenfassung für p21

In welchem Weiterbildungsjahr sind Sie ?

Berechnung	Ergebnis
Anzahl	1258
Summe	3550.000000
Standard Abweichung	1.54
Durchschnitt	2.82
Minimum	1.000000
1ter Viertelwert (Q1 unteres Quartil)	1
2ter Viertelwert (Mittleres Quartil)	3
3ter Viertelwert (Q3 Oberes Quartil)	4
Maximum	10.000000

***Null-Werte werden in Berechnungen ausgelassen**
Q1 und Q3 werden berechnet durch die minitab-Methode

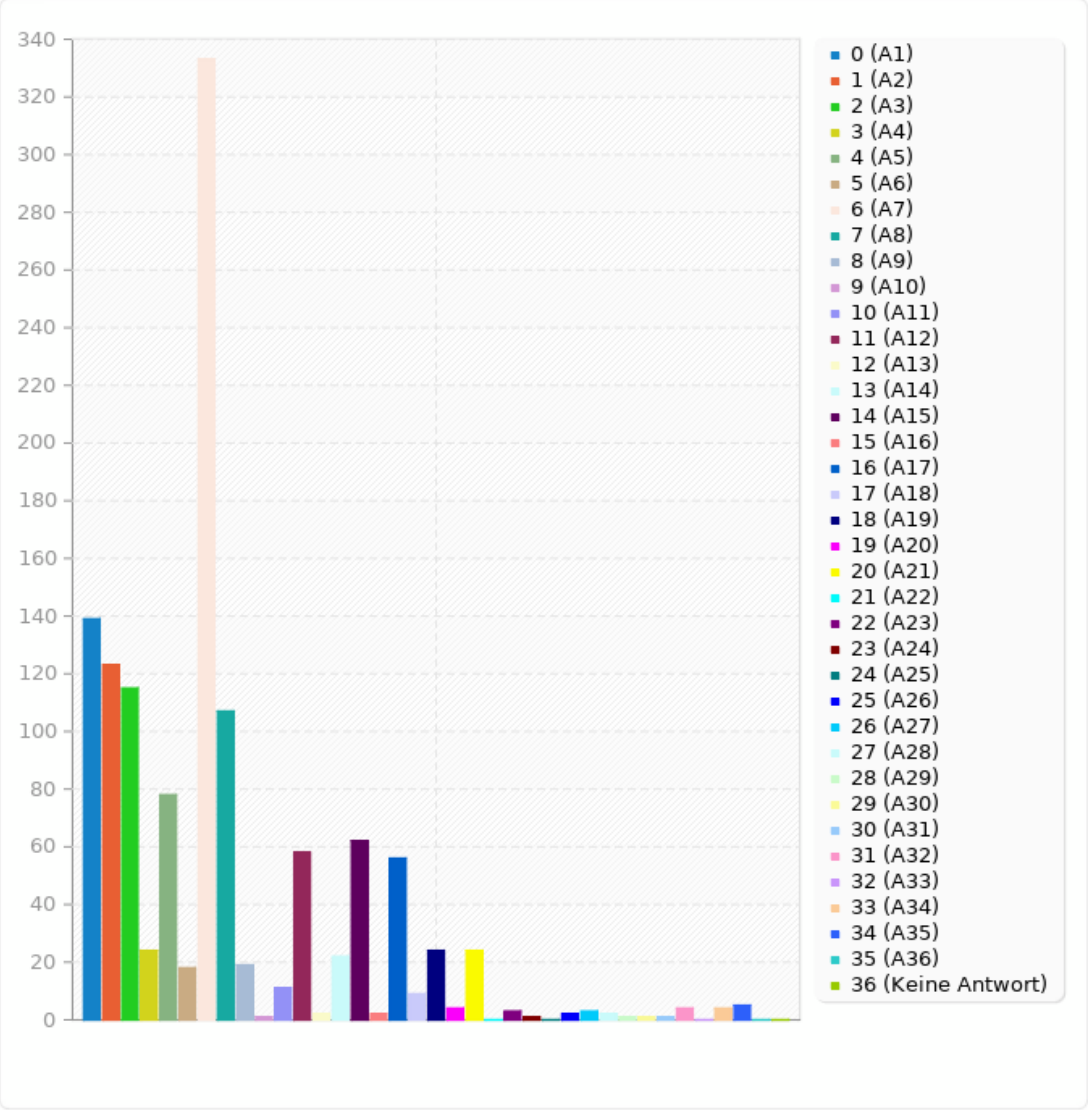
Zusammenfassung für p6

Fachrichtung

Antwort	Anzahl	Prozent
Allgemeinmedizin (A1)	139	11.05%
Anästhesiologie (A2)	123	9.78%
Chirurgie (A3)	115	9.14%
Dermatologie und Venerologie (A4)	24	1.91%
Gynäkologie und Geburtshilfe (A5)	78	6.20%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (A6)	18	1.43%
Innere Medizin (A7)	333	26.47%
Kinderheilkunde (A8)	107	8.51%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (A9)	19	1.51%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (A10)	1	0.08%
Neurochirurgie (A11)	11	0.87%
Neurologie (A12)	58	4.61%
Nuklearmedizin (A13)	2	0.16%
Ophthalmologie (A14)	22	1.75%
Orthopädie (A15)	62	4.93%
Physikalische und Rehabilitative Medizin (A16)	2	0.16%
Psychiatrie und Psychotherapie (A17)	56	4.45%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (A18)	9	0.72%
Radiologie (A19)	24	1.91%
Strahlentherapie (A20)	4	0.32%
Urologie (A21)	24	1.91%
Facharzt für Anatomie (A22)	0	0.00%
Facharzt für Arbeitsmedizin (A23)	3	0.24%
Facharzt für Augenheilkunde (A24)	1	0.08%
Facharzt für Biochemie (A25)	0	0.00%
Facharzt für Humangenetik (A26)	2	0.16%
Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin (A27)	3	0.24%
Facharzt für Laboratoriumsmedizin (A28)	2	0.16%
Facharzt für Mikrobiologie (A29)	1	0.08%
Virologie und Infektionsepidemiologie (A30)	1	0.08%
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen (A31)	1	0.08%
FA für Pathologie (A32)	4	0.32%
Pharmakologie (A33)	0	0.00%
Facharzt für Rechtsmedizin (A34)	4	0.32%
Facharzt für Strahlentherapie (A35)	5	0.40%
Facharzt für Transfusionsmedizin (A36)	0	0.00%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für p6

Fachrichtung



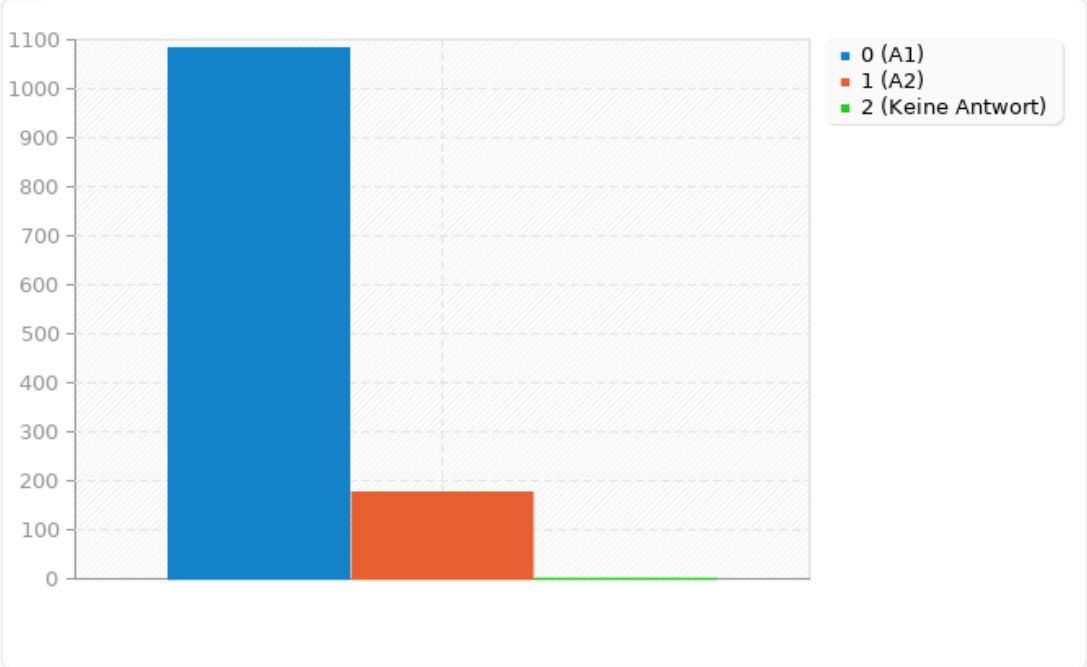
Zusammenfassung für p4

Arbeiten Sie derzeit in Vollzeit oder in Teilzeit?

Antwort	Anzahl	Prozent
Vollzeit (A1)	1082	86.01%
Teilzeit (A2)	176	13.99%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für p4

Arbeiten Sie derzeit in Vollzeit oder in Teilzeit?



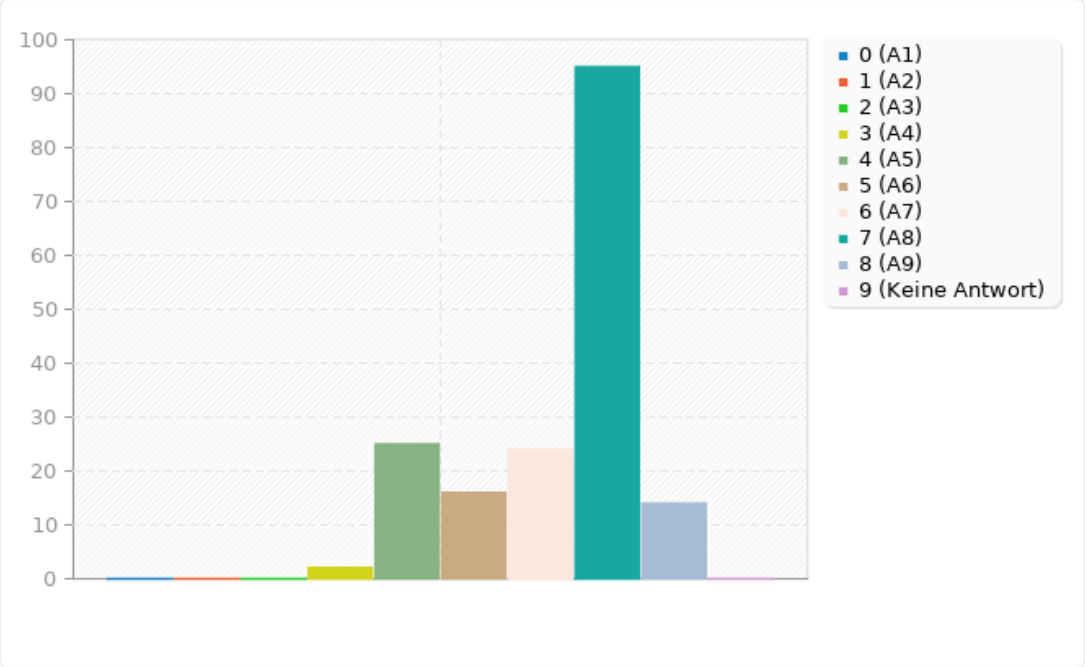
Zusammenfassung für p5

Bitte wählen sie den Prozentwert aus, der ihrer Arbeitszeit am ehesten entspricht.

Antwort	Anzahl	Prozent
10% (A1)	0	0.00%
20% (A2)	0	0.00%
30% (A3)	0	0.00%
40% (A4)	2	1.14%
50% (A5)	25	14.20%
60% (A6)	16	9.09%
70% (A7)	24	13.64%
80% (A8)	95	53.98%
90% (A9)	14	7.95%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für p5

Bitte wählen sie den Prozentwert aus, der ihrer Arbeitszeit am ehesten entspricht.



Zusammenfassung für p7

Wann haben Sie approbiert ?

Berechnung	Ergebnis
Anzahl	1258
Summe	2538119.000000
Standard Abweichung	1.96
Durchschnitt	2017.58
Minimum	2009.000000
1ter Viertelwert (Q1 unteres Quartil)	2016
2ter Viertelwert (Mittleres Quartil)	2018
3ter Viertelwert (Q3 Oberes Quartil)	2019
Maximum	2021.000000

***Null-Werte werden in Berechnungen ausgelassen**
Q1 und Q3 werden berechnet durch die minitab-Methode

Zusammenfassung für p8

Ich arbeite derzeit ...

Antwort	Anzahl	Prozent
im Öffentlichen Gesundheitsdienst (A1)	161	12.80%
in einer Universitätsklinik (A2)	282	22.42%
in einer Klinik in privater Trägerschaft (A3)	345	27.42%
in einer Klinik in kirchlicher Trägerschaft (A4)	263	20.91%
angestellt in einer Praxis (A9)	81	6.44%
angestellt in einem MVZ (A10)	8	0.64%
Sonstiges	118	9.38%
Keine Antwort	0	0.00%

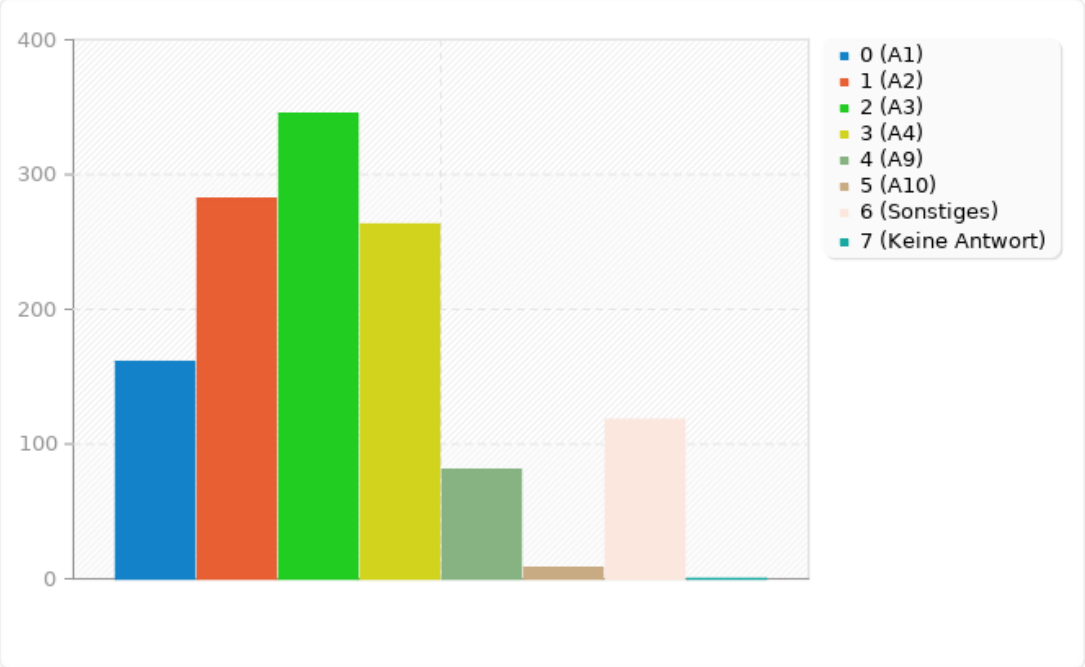
ID	Antwort
79	Kommunaler Träger
121	kommunales Krankenhaus
139	Kommunale Klinik, Stadt als Träger
152	Psychosomatische Klinik
164	Kommunale Klinik
171	Klinik kommunaler Trägerschaft
205	kommunales Krankenhaus
208	Kommunales Klinikum
211	Klinikum in städtischer Trägerschaft
258	Kommunale Klinik
269	Kommunales Krankenhaus
279	In einer Klinik, vom Landkreis finanziert
299	Klinik in kommunaler Trägerschaft
318	Landeskrankenhaus
321	Krankenhaus
327	Kommunale Klinik
335	Kommunale Klinik
368	Klinik in halb öffentlicher halb privater Hand
413	Kommunales Krankenhaus
446	Klinik (Stiftung)
447	Kommunales krankenhaus
459	Klinik in öffentlicher Trägerschaft
531	kommunale Klinik
544	Bundeswehrkrankenhaus
575	Kommunales Krankenhaus
602	Klinik DRV
612	in einer Klinik mit kommunaler Trägerschaft
613	Kommunale Klinik
615	kommunales Krankenhaus
627	Städtische Klinik
646	Kommunale Klinik
648	Krankenhaus in Trägerschaft des Kreises
680	kommunale Klinik
681	in einem städtischen Klinikum
694	Bezirksklinik
719	Städtische Kliniken
732	Kommunales Krankenhaus
735	Öffentliches Krankenhaus
751	Kommunales Krankenhaus
787	kommunales Krankenhaus
791	kommunal
820	in einer Klinik in kommunaler Trägerschaft
830	Bundeswehr
862	Klinik in kommunaler Trägerschaft
883	Städtisches Klinikum
887	BG

905	2019
927	kommunales KKH
940	Klinik mit kommunalem Träger
964	Elternzeit seit 10/20
996	Klinik in genossenschaftlicher Trägerschaft
1001	Klinik in kommunaler Trägerschaft
1002	In einem städtischen Klinikum
1003	Klinik der Maximalversorgung, gGmbH
1004	Klinik in kommunaler Trägerschaft
1005	Klinik mit kommunalem Träger
1015	Klinik in kommunaler Trägerschaft
1026	Städtisches Krankenhaus
1106	Maximalversorgendes Klinikum der Stadt Berlin
1107	Universitätsangestellter, aktuell aber als Leiharbeiter (zur Rotation einer Kollegin) bei einem privaten Träger aktiv
1131	Klinik in öffentlicher Trägerschaft
1188	Klinik mit öffentlichem Träger
1191	Klinik, in dem der Landkreis der Träger ist
1273	Kreisklinik
1289	Städtisches Klinikum
1295	Klinik in offentlicher Trägerschaft
1296	Städtischem Klinikum
1303	BG Klinik
1308	Klinik in kommunaler Trägerschaft
1373	Städtisches Klinikum
1469	freigemeinnützige Klinik
1482	Kommunale Klinik
1495	Kommunales Klinikum
1503	Klinik, zur Stadt gehörig, nicht privat
1531	städtische Klinik
1539	Klinik mit kommunalen Träger
1546	Klinikum in kommunaler Trägerschaft
1566	Kommunales Krankenhaus
1580	Städtisches Krankenhaus
1656	Klinik kommunale Trägerschaft
1691	kommunales Haus
1736	Klinik öffentliche Trägerschaft
1741	in einer kommunalen Klinik
1745	In einer Klinik in kommunaler Trägerschaft
1767	Vivantes
1801	in einer Klinik in städtischer Trägerschaft
1820	Bundeswehr
1832	Klinik öffentliche trägerschaft (kommunal)
1896	Kommunales Krankenhaus
1911	Kommunales Krankenhaus
1915	Bundeswehrkrankenhaus
1946	Stiftung bürgerliches Recht
1950	In einer Klinik in öffentlicher/städtischer Trägerschaft
2016	KLINIKUM HERFORD
2033	Elternzeit
2099	Rehaklinik
2111	Institut mit Anschluss an Universitätsklinik
2142	Kreiskrankenhaus
2146	Bundeswehrkrankenhaus
2169	in einer Klinik mit Stiftungsträger
2239	Bundeswehrkrankenhaus
2257	Maximalversorger, städtisches Krankenhaus
2286	in einer kommunalen Klinik
2299	kommunales Krankenhaus
2301	Städtisches Klinikum
2367	Klinik kommunaler Träger
2369	städtisches Krankenhaus
2374	Klinik in öffentlicher Trägerschaft
2375	Bundeswehrkrankenhaus
2382	Kommunales Krankenhaus

2478	Med. Fakultät, rechtsmed. Institut
2500	komunale Klinik

Zusammenfassung für p8

Ich arbeite derzeit ...



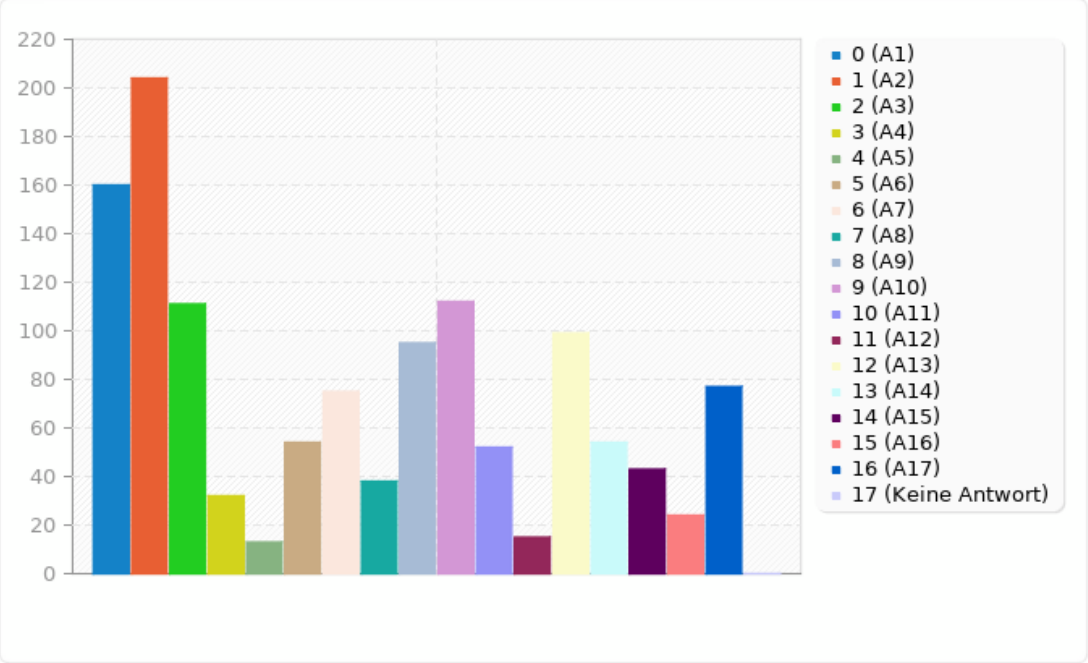
Zusammenfassung für p9

In welcher Ärztekammer sind Sie Mitglied?

Antwort	Anzahl	Prozent
Baden-Württemberg (A1)	160	12.72%
Bayern (A2)	204	16.22%
Berlin (A3)	111	8.82%
Brandenburg (A4)	32	2.54%
Bremen (A5)	13	1.03%
Hamburg (A6)	54	4.29%
Hessen (A7)	75	5.96%
Mecklenburg-Vorpommern (A8)	38	3.02%
Niedersachsen (A9)	95	7.55%
Nordrhein (A10)	112	8.90%
Rheinland-Pfalz (A11)	52	4.13%
Saarland (A12)	15	1.19%
Sachsen (A13)	99	7.87%
Sachsen-Anhalt (A14)	54	4.29%
Schleswig-Holstein (A15)	43	3.42%
Thüringen (A16)	24	1.91%
Westfalen-Lippe (A17)	77	6.12%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für p9

In welcher Ärztekammer sind Sie Mitglied?



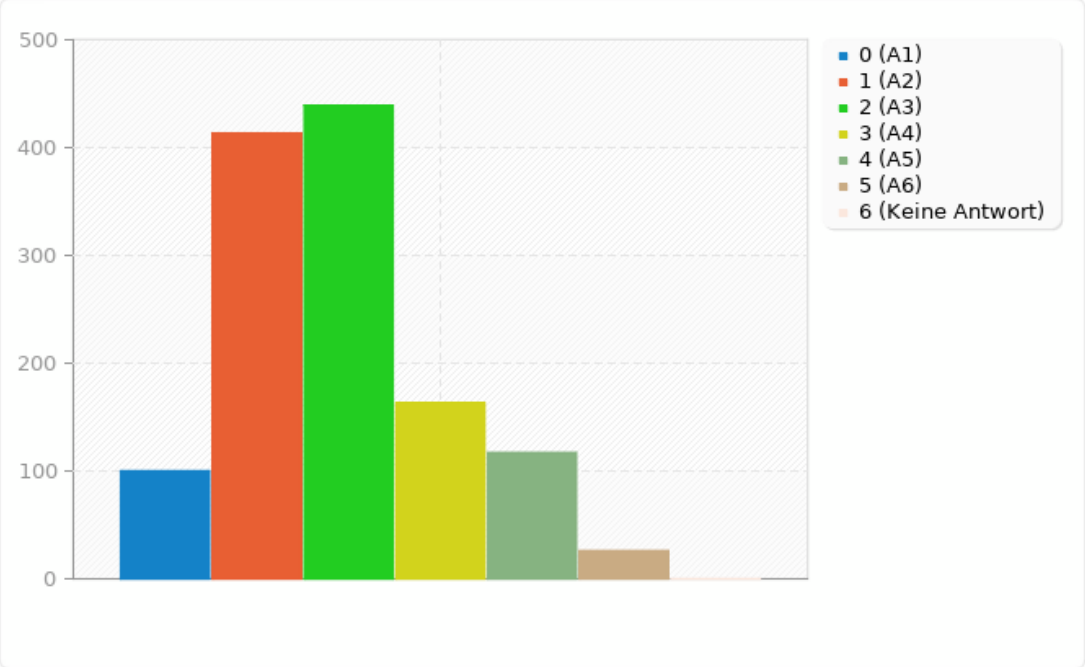
Zusammenfassung für a4

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen? Bewertung nach Schulnoten.

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	100	7.95%
2 = gut (A2)	413	32.83%
3 = befriedigend (A3)	439	34.90%
4 = ausreichend (A4)	163	12.96%
5 = mangelhaft (A5)	117	9.30%
6 = ungenügend (A6)	26	2.07%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a4

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen? Bewertung nach Schulnoten.



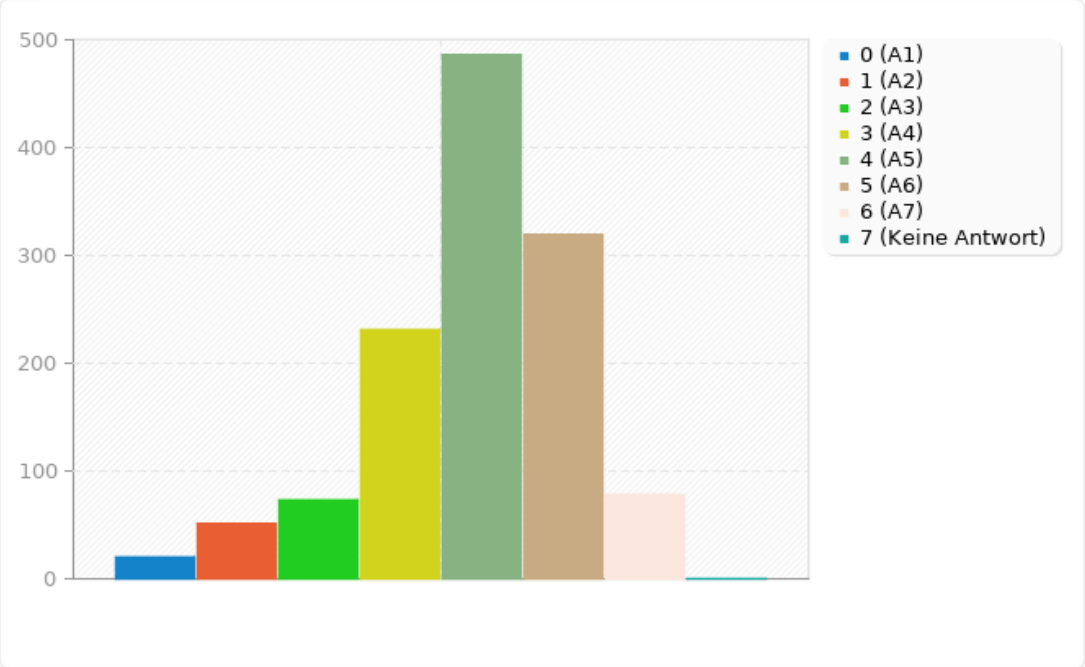
Zusammenfassung für a1

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten, Überstunden / Mehrarbeit)?

Antwort	Anzahl	Prozent
20 - 25 Stunden (A1)	20	1.59%
25 - 35 Stunden (A2)	51	4.05%
35 - 40 Stunden (A3)	73	5.80%
40 - 45 Stunden (A4)	231	18.36%
45 - 55 Stunden (A5)	486	38.63%
55 - 65 Stunden (A6)	319	25.36%
mehr als 65 Stunden (A7)	78	6.20%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a1

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten, Überstunden / Mehrarbeit)?



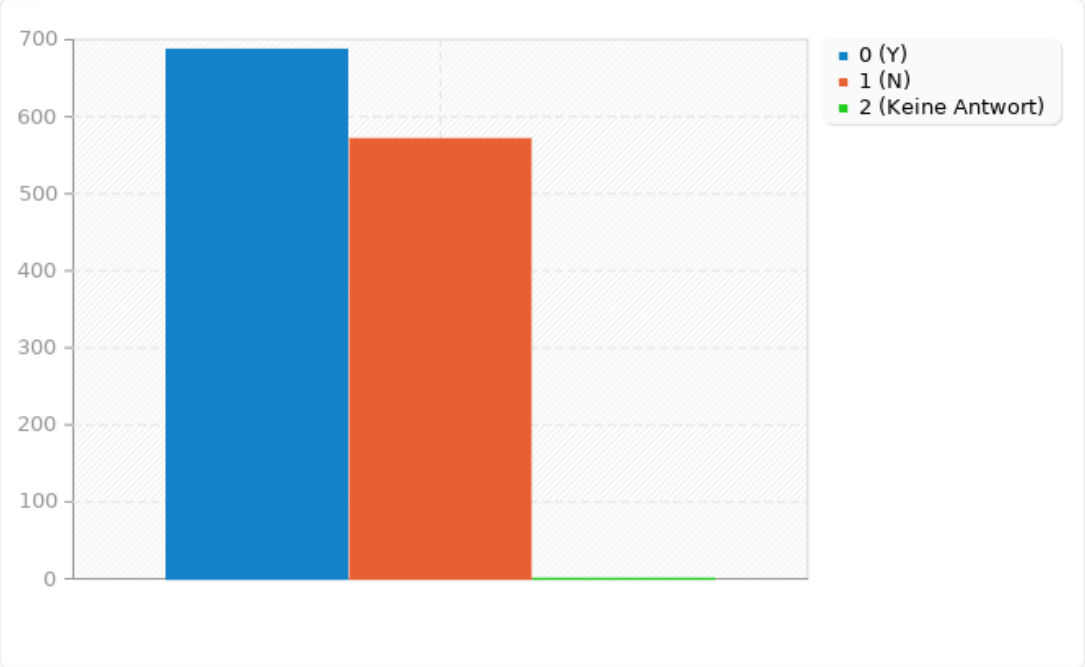
Zusammenfassung für a5

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	687	54.61%
Nein (N)	571	45.39%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a5

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?



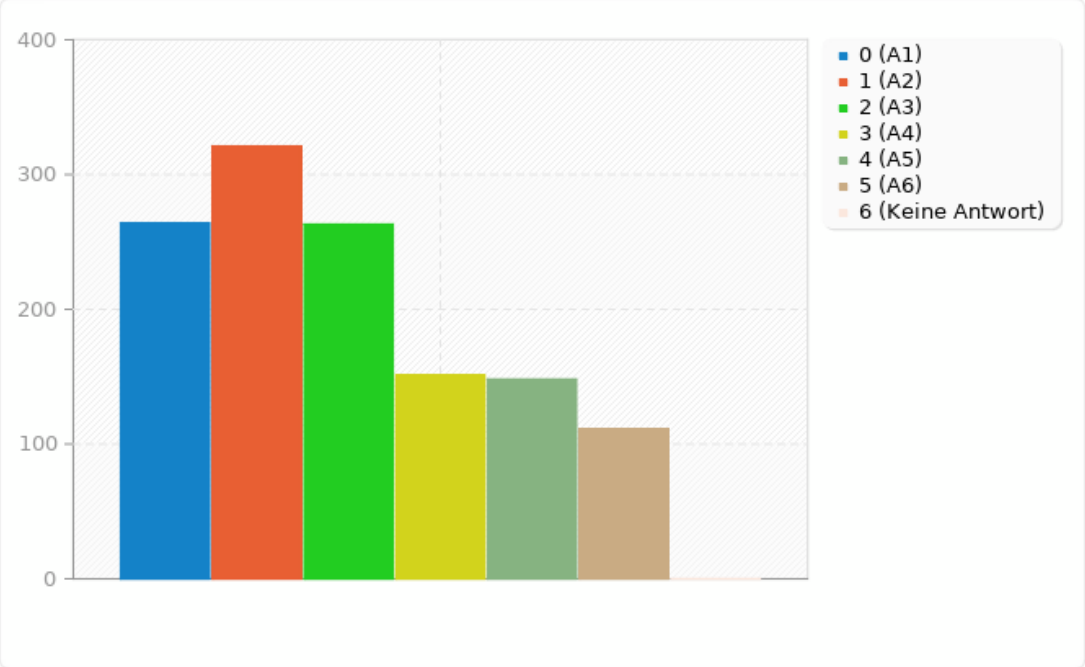
Zusammenfassung für a6

Wie kompliziert ist es, Überstunden/Mehrarbeit zu dokumentieren? Bewertung nach Schulnoten – gute Noten bedeuten, dass eine Dokumentation unkompliziert ist. Schlechte Schulnoten, dass eine Dokumentation mit Hindernissen wie zum Beispiel komplizierten Genehmigungsverfahren oder häufiger Ablehnungen verbunden sind.

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	264	20.99%
2 = gut (A2)	321	25.52%
3 = befriedigend (A3)	263	20.91%
4 = ausreichend (A4)	151	12.00%
5 = mangelhaft (A5)	148	11.76%
6 = ungenügend (A6)	111	8.82%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a6

Wie kompliziert ist es, Überstunden/Mehrarbeit zu dokumentieren? Bewertung nach Schulnoten – gute Noten bedeuten, dass eine Dokumentation unkompliziert ist. Schlechte Schulnoten, dass eine Dokumentation mit Hindernissen wie zum Beispiel komplizierten Genehmigungsverfahren oder häufiger Ablehnungen verbunden sind.



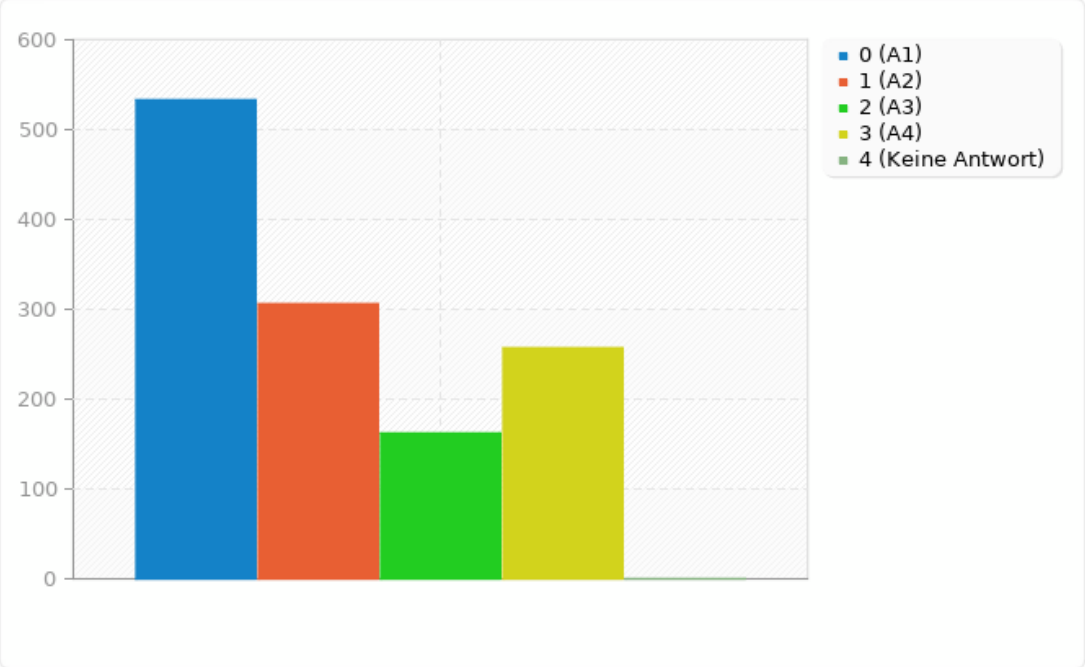
Zusammenfassung für a8

Sie wissen, dass im Bereitschaftsdienst eine Beanspruchung (“tatsächliche Arbeitszeit”) von maximal 50% der Arbeitszeit zulässig ist. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie während Ihrer Bereitschaftsdienste in der Regel tatsächlich mehr als 50% der Arbeitszeit beansprucht werden?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja, in meinen Bereitschaftsdiensten arbeite ich immer deutlich mehr als 50% der Arbeitszeit (A1)	533	42.37%
Ja, in meinen Bereitschaftsdiensten arbeite ich häufig mehr als 50% der Arbeitszeit (A2)	306	24.32%
Nein, in der Regel arbeite ich in den Bereitschaftsdiensten nur bis zu 50% der Arbeitszeit (A3)	162	12.88%
Ich weiß es nicht / bin unsicher (A4)	257	20.43%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a8

Sie wissen, dass im Bereitschaftsdienst eine Beanspruchung (“tatsächliche Arbeitszeit”) von maximal 50% der Arbeitszeit zulässig ist. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie während Ihrer Bereitschaftsdienste in der Regel tatsächlich mehr als 50% der Arbeitszeit beansprucht werden?



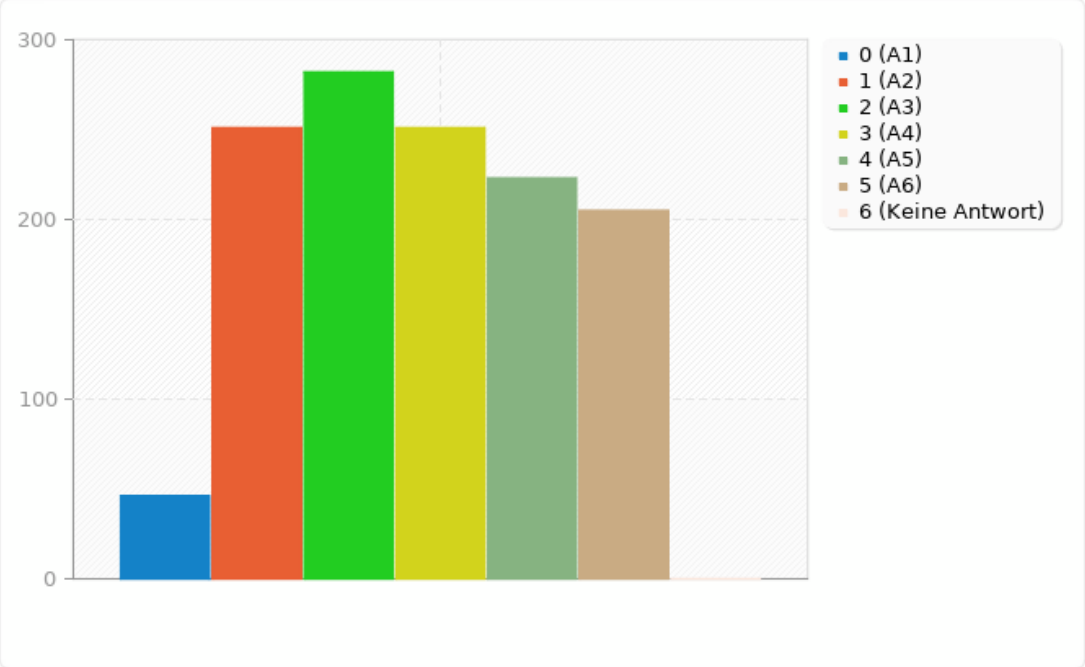
Zusammenfassung für a9

Können Sie Ihre Pausenzeiten einhalten?

Antwort	Anzahl	Prozent
Immer (zu 100%) (A1)	46	3.66%
Fast immer (bis zu 90%) (A2)	251	19.95%
Häufig (bis zu 75%) (A3)	282	22.42%
Gelegentlich (bis zu 50%) (A4)	251	19.95%
Selten (bis zu 25%) (A5)	223	17.73%
So gut wie nie (A6)	205	16.30%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a9

Können Sie Ihre Pausenzeiten einhalten?



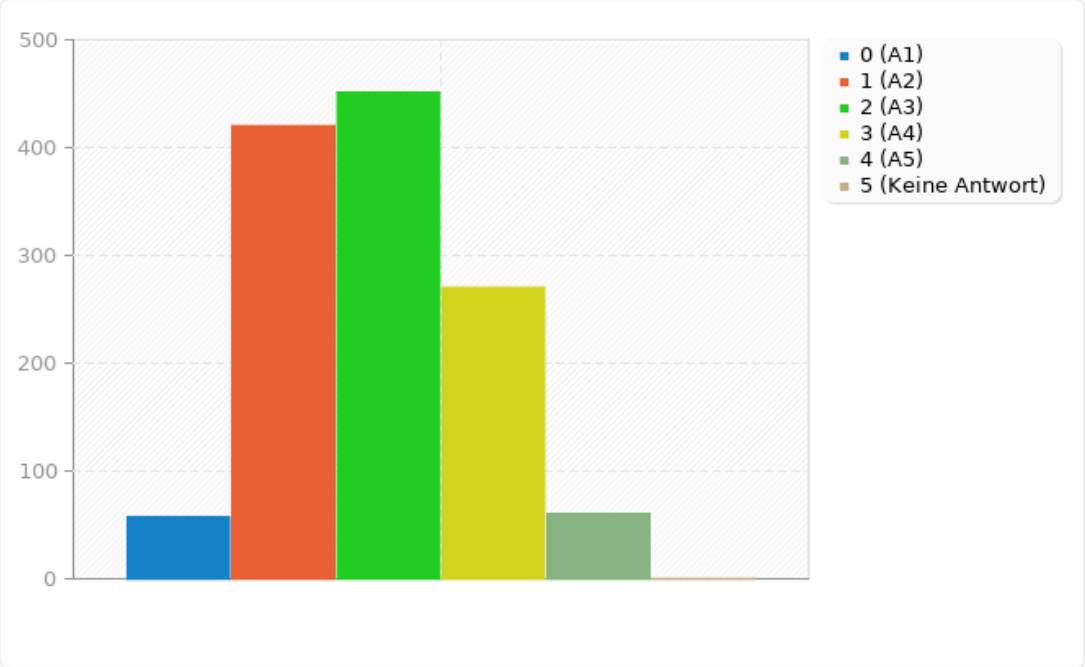
Zusammenfassung für a10

"Ich schaffe es, mir in der Regel zufriedenstellend viel Zeit für meine Patienten zu nehmen." Diese Aussage bezogen auf meinen Arbeitsalltag

Antwort	Anzahl	Prozent
... trifft voll zu. (A1)	57	4.53%
... trifft meistens zu. (A2)	420	33.39%
... trifft manchmal zu. (A3)	451	35.85%
... trifft selten zu. (A4)	270	21.46%
... trifft gar nicht zu. (A5)	60	4.77%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a10

"Ich schaffe es, mir in der Regel zufriedenstellend viel Zeit für meine Patienten zu nehmen." Diese Aussage bezogen auf meinen Arbeitsalltag



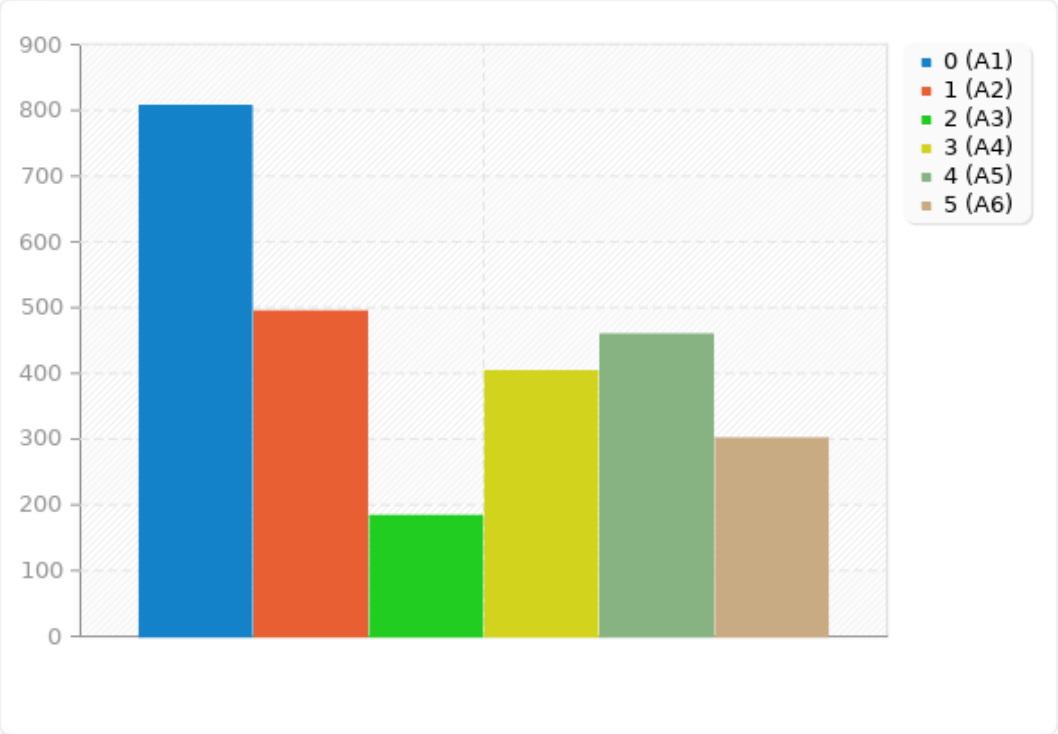
Zusammenfassung für a11

Empfinden Sie Ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass Sie...

Antwort	Anzahl	Prozent
...sich negativ auf Ihr Privat-/ Familienleben (z.B. soziale Kontakte brechen ab, familiäre Pflichten werden vernachlässigt) auswirkt. (A1)	806	64.07%
...gesundheitliche Beeinträchtigungen befürchten. (A2)	494	39.27%
...gesundheitliche Beeinträchtigungen haben. (A3)	183	14.55%
...unter Schlafstörungen leiden. (A4)	403	32.03%
...überlegt haben, Ihren Beruf aufzugeben/ die Fachrichtung zu wechseln. (A5)	459	36.49%
Ich empfinde meine Arbeitsbelastung als zufriedenstellend. (A6)	301	23.93%

Zusammenfassung für a11

Empfinden Sie Ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass Sie...



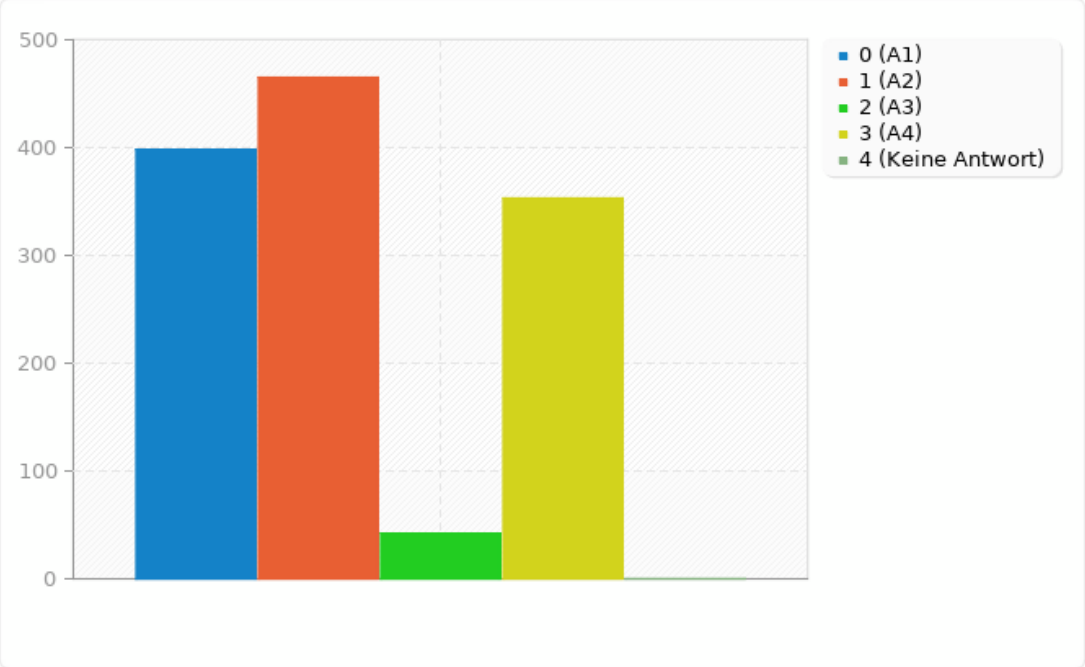
Zusammenfassung für a13

Wie schätzen Sie bei Ihrer aktuellen Stelle die Möglichkeit ein, ohne berufliche Nachteile (Reduzierung von OP-Zeiten, Nachteile bei interessanten Rotationen, Mobbing) in Eltern-/ Teilzeit zu wechseln?

Antwort	Anzahl	Prozent
Gut, das war bzw. ist unkompliziert möglich (A1)	398	31.64%
Die Möglichkeit besteht, ist aber mit beruflichen Nachteilen oder großen Hindernissen verbunden (A2)	465	36.96%
Wird de facto nicht gestattet (A3)	42	3.34%
Ich hatte damit bisher keine Berührungspunkte / weiß ich nicht (A4)	353	28.06%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a13

Wie schätzen Sie bei Ihrer aktuellen Stelle die Möglichkeit ein, ohne berufliche Nachteile (Reduzierung von OP-Zeiten, Nachteile bei interessanten Rotationen, Mobbing) in Eltern-/ Teilzeit zu wechseln?



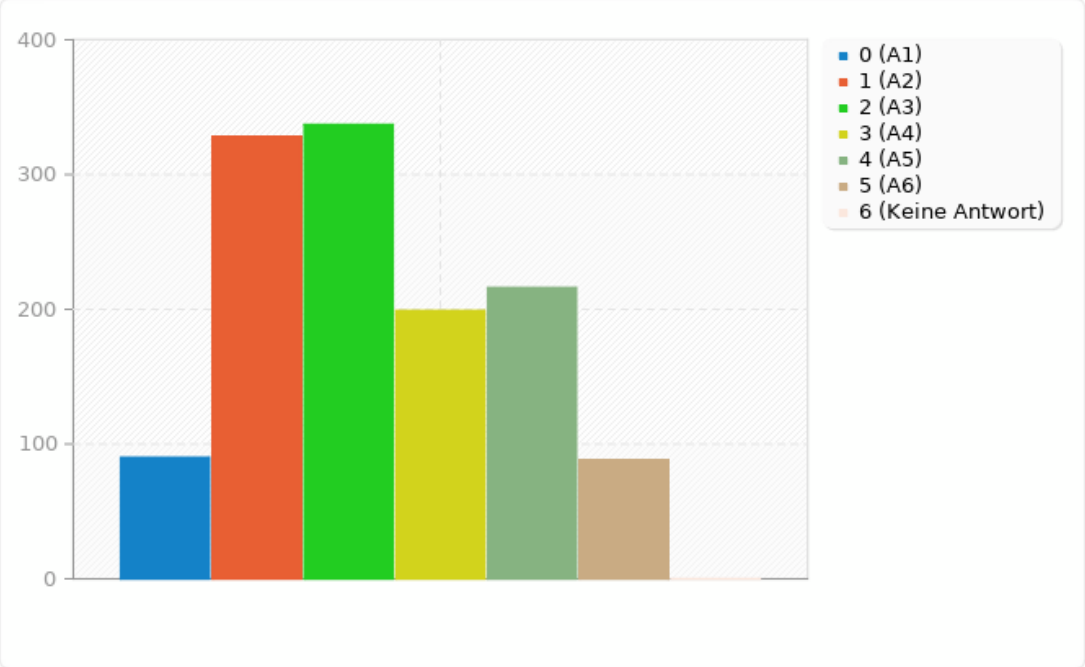
Zusammenfassung für a14

Wie schätzen Sie die Qualität und den Umfang Ihrer Einarbeitung zum Berufsstart ein? Bewertung nach Schulnoten.

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	90	7.15%
2 = gut (A2)	328	26.07%
3 = befriedigend (A3)	337	26.79%
4 = ausreichend (A4)	199	15.82%
5 = mangelhaft (A5)	216	17.17%
6 = ungenügend (A6)	88	7.00%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a14

Wie schätzen Sie die Qualität und den Umfang Ihrer Einarbeitung zum Berufsstart ein? Bewertung nach Schulnoten.



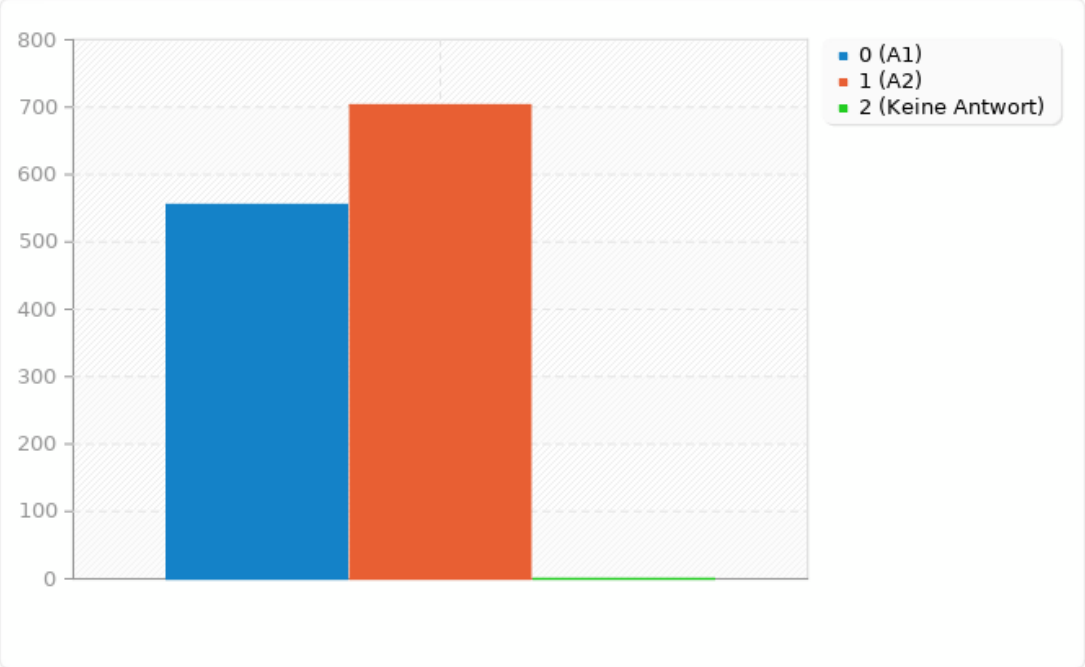
Zusammenfassung für a2

Welches Arbeitszeitmodell wünschen Sie sich für Ihre nahe Zukunft?

Antwort	Anzahl	Prozent
Teilzeit (A1)	555	44.12%
Vollzeit (A2)	703	55.88%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a2

Welches Arbeitszeitmodell wünschen Sie sich für Ihre nahe Zukunft?



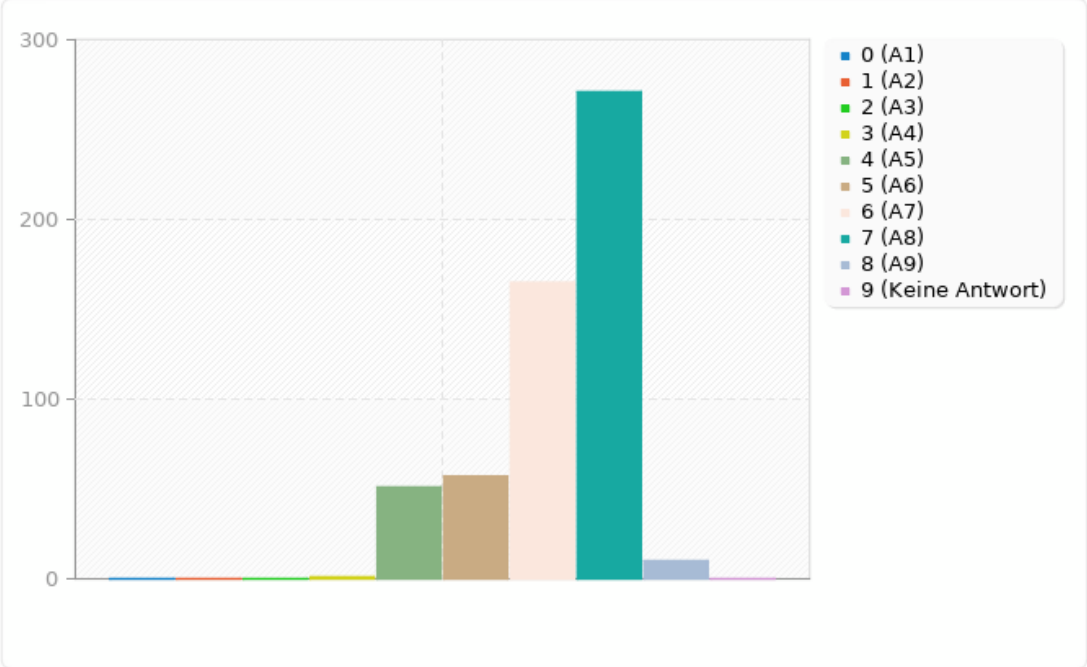
Zusammenfassung für a3

Bei Teilzeit: Wie viel Prozent einer Vollzeitstelle?

Antwort	Anzahl	Prozent
10% (A1)	0	0.00%
20% (A2)	0	0.00%
30% (A3)	0	0.00%
40% (A4)	1	0.18%
50% (A5)	51	9.19%
60% (A6)	57	10.27%
70% (A7)	165	29.73%
80% (A8)	271	48.83%
90% (A9)	10	1.80%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für a3

Bei Teilzeit: Wie viel Prozent einer Vollzeitstelle?



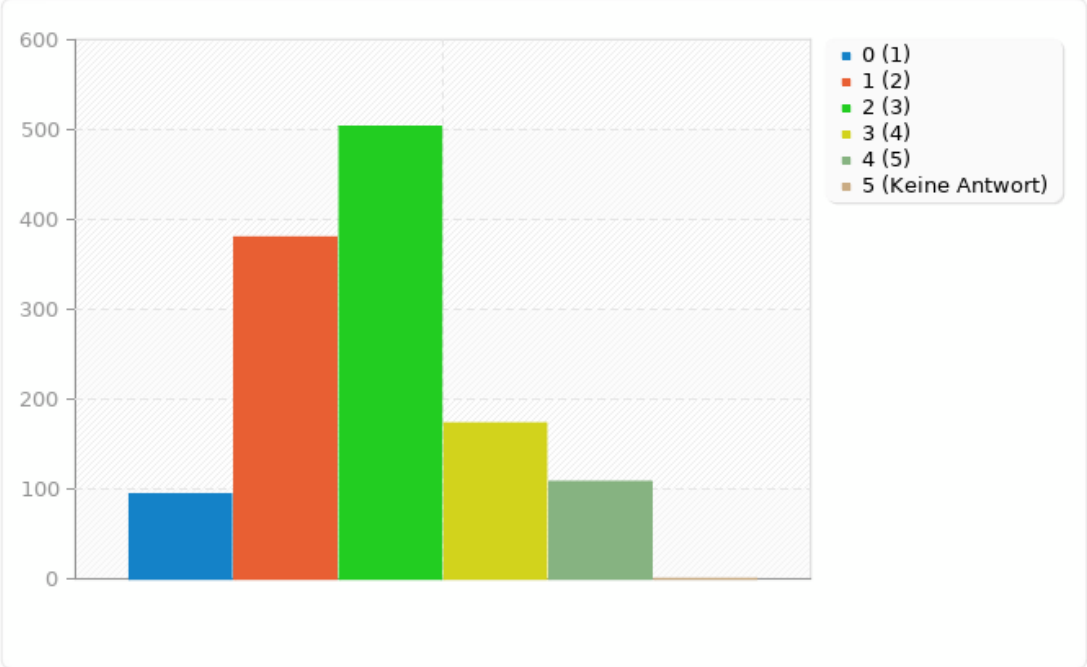
Zusammenfassung für a12

Wie schätzen Sie an Ihrer Klinik oder Praxis die ärztliche Personaldecke ein? Bewertung: 1= sehr gut, 2 = gut, 3 = mittelmäßig, 4 = unterdurchschnittlich, 5 = schlecht

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	94	7.47%	37.68%
2 (2)	380	30.21%	
3 (3)	503	39.98%	39.98%
4 (4)	173	13.75%	
5 (5)	108	8.59%	22.34%
Keine Antwort	0	0.00%	0.00%
Arithmetisches Mittel	2.86		
Standard Abweichung	1.03		
Summe (Antworten)	1258	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Zusammenfassung für a12

Wie schätzen Sie an Ihrer Klinik oder Praxis die ärztliche Personaldecke ein? Bewertung: 1= sehr gut, 2 = gut, 3 = mittelmäßig, 4 = unterdurchschnittlich, 5 = schlecht



Zusammenfassung für a15

Was muss sich ändern, damit Sie an Ihrem Arbeitsplatz von guten Arbeitsbedingungen sprechen können?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	732	58.19%
Keine Antwort	526	41.81%

ID	Antwort
54	Keine Bereitschaftsdienste, da ich immer 100% arbeite in meinen 16 Stunden Bereitschaftsdienst. Oft schaffe ich es noch nicht ein mal was zu trinken.
55	Teilzeitmodelle Weiterbildungskonzept Respektvoller Umgangston
56	Mehr Ärzte, mehr Zeit für Patienten, Einhaltung der Pausen, pünktlich Feierabend
70	Klare Regelungen was Notfälle sind und in Bereitschaftzeit keine elektiven Punkte operieren.
	Mehr Zeit für gute Aufklärungsgespräche. Einsicht in die Dokumentation der Mehrarbeit, nicht nur die Anzahl der vorhandenen Überstunden
71	Entlastung bei nicht ärztlichen Tätigkeiten Höherer Personalschlüssel Weniger Profitorientiertheit der Krankenhäuser Mehr Zeit und Geld für Lehre (interne Fortbildungen, mehr assistiertes operieren statt dem Druck möglichst schnell viele Fälle zu schaffen)
76	Mehr als 50% der möglichen Stellen besetzen, alltägliche Belastungen reduzieren.
88	Intensivere Einarbeitung, mehr Anleitung durch Oberärzte, feste Ansprechpartner, weniger Papierkram, um mehr Zeit mit Patienten zu haben
90	Mehr Assistentärzte, Änderung im Dienstsystem, bessere / strukturierte Ausbildung
94	Mehr Supervision (derzeit einmal pro Monat). Mehr Anleitung und Vorbildfunktion durch eine kompetente Führungskraft. Mehr Personal.
95	Mehr ärztliches Personal für das ständig wachsende Arbeitspensum einstellen.
98	Es müssen mehr ärztliche Stellen auf Station geplant werden. Medizinische Assistenten zum Patientenmanagement / Planung und Koordinierung von Untersuchungen sind notwendig. Das hinterhertelefonieren nimmt viel in Anspruch
100	Mehr Zeit für Ausbildung junger Assistenzärzte + Zeit für Fort-/Weiterbildung
102	Regelmäßige Oberarztbetreuung, Überstunden anrechnen können, weniger Bürokratie/ Sekretärarbeit mehr Medizin, mehr Ausbildungszeit/ Lehre
103	Faire Bezahlung der Dienste und Überstunden, letztere sind aktuell leider nicht vermeidbar.
105	Das Patient/Arzt Verhältnis muss angepasst. Dadurch muss mehr Personal eingestellt werden. Bei ~10-12 Patienten pro Arzt, besteht genug Zeit sich in jeden Fall richtig einzuarbeiten.
116	Mehr Zeit für die Patienten, Ermöglichung von Pausenzeiten trotz überfüllten Sprechzimmer, weniger Bürokratie hinsichtlich Neuerungen in Abrechnung etc. durch KV in Bezug auf COVID, Einhaltung von Pausen beim Tragen der ffp2 Masken
121	Mehr Personal Bessere Anleitung und Einarbeitung
122	Mehr Fortbildung Mehr Ausbildung
124	Frauen gleich berechtigt im op , Elternzeit möglich, unbefristeter Arbeitsvertrag siehe unten nicht mal in der Umfrage wird gegendert
129	mehr Personal, weniger Überstunden, mehr Zeit für die Patienten, echte Dokumentation der tatsächlichen Arbeitszeiten und die Möglichkeit, diese unkompliziert abzufeiern oder wenigstens ausbezahlt zu bekommen, weniger Arbeitsbelastung im Sinne von "nur Stationsarbeit", sondern auch die Möglichkeit, in der Funktionsabteilung Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben
131	Konsequente Bezahlung der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit. Alternativ Freizeitausgleich. Es muss Wahlberechtigung diesbezüglich bestehen
139	Mehr Personal, Oberarztvisiten nicht erst nachmittags, geringere Arbeitsbelastung durch zu

	viele "Außenlieger", regelmäßige Freizeitausgleiche
152	Nichts
154	Weniger Dokumentation, einfacherer Zugang zu Vorbefunden, “funktionierende” Computertechnik
163	Mehr Ärzte für die Station
164	Mehr Ärzte auf der Station, strukturierter Ausbildungsplan, geltender Tarifvertrag, Arbeitszeiterfassung
166	Mehr Wertschätzung, mehr Kommunikation Mehr Effizienz und Transparenz in der Personalorganisation Offizielles Einplanen von Arbeitszeiten für Dokumentation, Angehörigengespräche, etc. Mehr Planbarkeit der Arbeitszeiten
170	Verbesserung der Einarbeitung Einhalten der Mittagspause flexiblere Wochenstunden
171	Akzeptanz der vertraglichen Arbeitszeiten, mehr Ärzte, Patienten Anzahl begrenzen. Weiterbildung fest einplanen
178	Elektronische Erfassung der Arbeitszeit mit dementsprechenden Ausgleich Mehr Personal für die hohen Patientenzahlen
179	Personalmangel beheben, Überstunden dokumentieren und vergüten/absetzen, digitale Arbeitszeiterfassung, regelmäßige Rotation, häufiger OPs
180	Respekt im Umgang miteinander; Wertschätzung durch Oberärzte; positives Feedback wäre mal schön, nicht nur negatives; vernünftige Arbeitsumgebung wie ausreichend Platz im Dienstzimmer, ruhige Umgebung (keine 3 Ärzte in einem 5 qm Zimmer, von denen einer diktiert, der andere telefoniert und am besten rennt auch noch dauernd die Schwester rein und will etwas). nicht zu heiß wie im Sommer, oder zu kalt wie im Winter, funktionierendes technisches Equipment, mehr Digitalisierung; bessere Kantine, ausreichender und gesicherter Platz für persönliche Gegenstände
192	Bessere Technik Ausgleichsfrei unter der Woche bei Arbeit am Wochenende Nachtdienst als volle Arbeitszeit und nicht als Bereitschaftsdienst anerkannt Mehr Wertschätzung meiner Arbeit
195	Durch die Corona Situation wurden Betten reduziert, man hat die Möglichkeit, die Patienten für sich selbst zufriedenstellend zu versorgen. Schlussfolgernd zeigt sich, dass die Verteilung der Betten auf die Assistenten im Normalbetrieb nicht zufriedenstellend zu bewältigen ist.
197	Entlastung in den Diensten, weniger Wochenend- und Nachtdienste
205	Ausreichend Personal
208	Logbuch-gerechte Weiterbildung Reduzierung der Bereitschafts-, Nacht- und Wochenenddienste Bessere personelle Ausstattung ("Puffer" für Ausfälle wg. Mutterschutz, Elternzeit) Verlässliches Personalkontingent (momentan viel Wechsel, oftmals unzureichende fachliche und sprachliche Qualität gegeben) Weniger Neuerungen von Seiten der IT oder Verwaltung (neues Stationsprogramm, räumliche Veränderungen, Änderung in der Organisationsstruktur -> never change a running system Bürokratisierung und Subspezifizierung von nicht-medizinischen Berufsgruppen reduzieren (bei onkologischem Patienten kommen z.B. bis zu 10 versch. Berufsgruppen, Onkologische Fachpflege, Pflegeüberleitung, Sozialdienst, Studienzentrale, Ernährungsberatung, Psychoonkologe etc.)
210	Besser dokumentierte Arbeitszeit, bessere Besetzung, bessere Bezahlung für Überstunden oder die Möglichkeit zum Freizeitausgleich.
212	Arbeitsaufwand für eine Person, was auch wirklich durch eine Person bewältigt werden kann. Also mehr Personal und nicht nur sparen sparen sparen durch die Geschäftsführung, gemessen an benshmarks anderer Kliniken
216	In den verschiedenen Funktionsbereiche bei den aktuellen Patientenzahlen Pro Tag mindestens 2 Ärzte gleichzeitig zur Verfügung zu stellen, die einen entsprechenden Funktionsbereichsteam repräsentieren werden. Dabei soll die Arzt-Belegung der Funktionsbereiche fest bleiben und nicht einen spontanen tagesabhängigen Prinzip befolgen. Keinen täglichen Wechsel der Ärzte zwischen den Funktionsbereiche sondern Monatlich/Tertial gebundene, feste Einteilung. Ständiges Arztwechsel und Unterbesetzung wirkt sich negativ auf die Patientenversorgung aus. Weiterhin ist für die Ärzte in Weiterbildung einen festen Rotationsplan/Program notwendig und keine willkürliche Einteilung.
218	Strukturieren des Tagesablaufes mit dem Ziel Pausenzeiten zu berücksichtigen (z.B. in der Sprechstunde am Mittag für die Pausenzeit keine Patienten einplanen).

	Einfache und unkritische Anerkennung der Mehrarbeit als Überstunden. Bereitstellung angemessener Behandlungsräume (ausreichen Platz).
222	Transparente Vergabe von Rotationen nach festen Kriterien.
223	Die Anzahl der Bereitschaftsdienste. Diese liegt aktuell bei 6 pro Monat.
224	Ausreichender Arbeitsplatz Bessere Ausstattung (Computer etc.)
225	Mehr Supervision durch erfahrene Kollegen/Oberärzte. Weniger Überstunden. Einhaltung der Pausenzeiten. Geringere Patientenanzahl pro Arzt. Offener Umgang beim Fehlermanagement. Bessere Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Fachrichtungen und der Pflege, als Team. Kinderlose Kollegen sollten nicht für die Mehrarbeit aufkommen müssen und dadurch Nachteile bei z.B. der Schichtarbeit erfahren.
226	Mehr Supervision durch erfahrenere Kollegen.
228	alle Stellen der Abteilung besetzt um somit tägliche Arbeitsbelastung zu minimieren und bessere Patientenversorgung zu schaffen. Einstellung auch von erfahreneren Kollegen/Kolleginnen in Teilzeit, da diese schneller überall einsetzbar sind als Berufsanfänger
233	mehr Personal
238	ärztlicher Pausenraum, elektronische Erfassung der Arbeitszeiten, mehr Einarbeitung bei Wechsel einer Position
242	Mehr Personal, das Bereitschaftsdienste übernehmen kann. Bei uns werden nur Anfänger eingestellt, die können die Kollegen erstmal paar Monate nicht entlasten.
247	Mehr ärztliches Personal, viel weniger nicht-ärztliche Tätigkeiten (Sekretariat, Pflege, Sozialarbeit, Physical Assistent, PJler, Famulant)
248	Mehr Personal sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich
255	Mehrere Kollegen dienstfähig sein Mehr Zeit für Funktionsdiagnostik Mehr Fortbildungszeit und Info von OÄ
257	Bessere Einarbeitung, Mehr Personal
259	mehr Personal, engere Betreuung, elektronische Zeiterfassung
264	Bessere Besetzung! Aktuell zu viele Patienten pro Arzt
266	Elektronische Zeiterfassung
270	Weniger administrative Arbeit, mehr Zeit für die Patienten
271	Weniger Aufgaben für mehr ärtztliches Personal dadurch mehr Freiraum zur Pausengestaltung keine "on top" Aufgaben, die nebenher erledigt werden sollen klare Rotationsregeln unkomplizierte Dokumentation von Überstunden
272	Bei mir sind die Arbeitsbedingungen sehr gut
274	Nichts . Dies bezieht sich nur auf den aktuellen Arbeitsplatz (Praxis) ... in der Klinik sieht sicherlich einiges anders aus.
275	Mehr Personal. Bessere technische Ausstattung. Freundlicher Umgang weg von altertümlicherer, arroganter Hierarchie.
277	Durch die dünne Personaldecke gibt es ständig auch kurzfristige Versetzungen auf andere Stationen. Das bedeutet, dass ich häufig neue Kollegen einlerne, die dann doch nicht mehr da sind. Das ist sehr frustrierend. Es müsste mehr Personal in der Klinik vorhanden sein.
279	Lückenlose Überstundendokumentation, verbindliche Weiterbildungsziele und -rotationen, dass die Planung derselbigen nicht ständig durch Einspringen für kranke Kollegen wieder zunichte gemacht wird. Weniger Patienten pro Arzt auf den Stationen.
280	Würdigung von Überstunden in Form von finanzieller Vergütung oder Freizeitausgleich; nach einem durchgearbeiteten Wochenende ein Tag frei (aktuell 5 Tage in der Woche + WE + weitere 5 Tage, dann WE frei)
284	(Digitale) Arbeitszeiterfassung; überlappende Dienstzeiten an den Wochenenden um Übergaben noch in der Dienstzeit zu schaffen
286	Auf Intensivstation mehr als ein Arzt/ eine Ärztin für 14 Patienten!! Genehmigung aller Überstunden Gewährung von Überstunden-frei vor allem zeitnah!
290	Höhere Anzahl an Assistenzärzten, weniger Einspringen bei Ausfall von Kollegen, Anerkennung.
291	Lückenlose Dokumentation der Arbeitszeit, deutliche Verbesserung der Urlaubsplanung (seit Arbeitsbeginn sind Resturlaubstage die Regel, nicht die Ausnahme; Planung hängt von der

	Rotationseinteilung ab und diese ist aufgrund höher Personalfluktuation nicht entsprechend planbar), bessere strukturierte Ausbildungsprogramme.
293	Mehr Flexibilität. Leistungsgerechte Entlohnung.
294	Elektronische Zeiterfassung
299	-Entlastung von nicht-ärztlichen Aufgaben (Vorbefunde anfordern, einscannen,...,...) - reelle Bedarfsplanung im ärztlichen Dienst und Besetzung der Stationen (insbesondere ITS) gemäß Empfehlungen der Fachgesellschaften. - „Arztuntergrenze“ -
302	Rotationen sollten von Anfang an geklärt sein
306	Bessere Personaldecke
313	Mehr Personal, weniger Patienten, mehr und anständige Weiterbildung, humane Arbeitszeiten, Freizeit Möglichkeit etc.
315	Vollbesetzung aller ärztlichen offenen Stellen.
317	Mehr kompetente Fachärzte und dringend mehr Assistenzärzte
326	Mehr Personal! Ausgleichstage für Wochenenddienste, an meiner Uniklinik wird der Ausgleichstag auf einen Samstag gelegt, Arbeitszeitgesetze sollten eingehalten werden, nicht mehr als 2 24h pro Woche erlaubt, Anrecht auf Überstunden, durch die Covidpandemie hat sich die Uniklinik erlaubt, dass keine Überstunden angerechnet werden, Assistenzärzte wurden rückwirkend durch eine offizielle EMail gezwungen rückwirkend die Arbeitszeiten auf 16.15 zurückzusetzen, bessere gewerschaftliche Vertretung und Schutz von Assistenzärzte , Abschaffung der 24 h Dienste, bessere Ausbildung im OP
329	Weniger Patienten pro Arzt Mehr Arzt power in der akutversorgung, nicht nur ein Neurologe pro Schicht. Das führt schnell zu Überforderung
332	Mehr Personal
335	Weniger ökonomischer Druck, Viel mehr Personal, modernere Ausstattung und Räumlichkeiten
336	ua digitale Zeiterfassung konsequent Überstundenabbau durch FZA
337	Wertschätzung des Personals, Einhalten der Pausenzeiten, Zeit für Patienten und nicht für bürokratische Arbeit, geregelte Einarbeitung, Maßnahmen im Weiterbildungskatalog tatsächlich ermöglichen und nicht einfach unterschreiben, dichtere Personaldecke
338	Weniger Dokumentation
340	- geringere Wochenarbeitszeit bei gleicher Bezahlung - mehr Wertschätzung - bessere Möglichkeiten zur Einhaltung der Pausen
346	Kein Schichtsystem/24h Dienste, daher früher oder später Niederlassung
355	Bessere Einarbeitung, persönliche und fachliche Weiterbildung in allen Weiterbildungjahren, Entlastung in der Notaufnahme durch ambulante Kollegen und bessere Verwaltungsstrukturen
360	Mehr Qualifiziertes Personal, Gehaltserhöhung/Bezahlung von Bereitschaftsdiensten, weniger „nichtärztlicher Tätigkeiten“ wie DRG Kodierung, Rehaanträge Ausfüllen, Blutentnahmen/Vigolegen...
365	Mehr Personal, weniger Dienst Belastung, geringere Wochenarbeitszeit, mehr Unterstützung in den Diensten durch Oberärzte
368	Keine 24 Stunden Dienste mehr. Keine Nachtarbeit.
370	Weniger Diskrimierung von Frauen, insbesondere solchen, die sich auch für Kinder entscheiden. Quoten für weibliche Personen in Führungspositionen an Uniklinik (ab Oberarzt) mit hohen Bußen bei Nichteinhaltung. Förderung von Elternzeit/Teilzeit bei Männern durch Quotenregelung mit Strafen etc. Aufhebung des Universitätszeitgesetztes für primär klinisch tätige ÄrztInnen an Unikliniken, da es unberechtigt ist und dazu führt, dass keiner sich traut, gegen die ständigen Rechtsverstöße zu thematisieren oder sich zu wehren.
371	Entlastung während der Dienste, mehr stellen.
378	mehr Personal
379	bezahlte Überstunden, Möglichkeit, Überstunden zu notieren, mehr Personal für den Sozialdienst, mehr Pflegepersonal
380	- transparente Dokumentation der Arbeitszeiten - sie werden elektronsich erfasst und wir haben Einsicht in die Zeiterfassung, die Berechnung ist jedoch vollkommen unverständlich - Stellenwert der Weiterbildung - Versprechen/schriftlich vorliegende Konzepte und Realität decken sich nicht - ziviler Umgang miteinander

382	Mehr Digitalisierung
	Bessere Einarbeitung
	Ankerkennung von Überstunden auch in den ersten 3 Monaten
	Frühere Einführung in die Sonographie
	Bessere Kommunikation von oben nach unten
	Mehr Geld für Fortbildungen
387	Bessere Besetzung, weniger Patienten, engmaschige Supervision und und und....ständig Krankheitsfälle kompensieren zu müssen
388	Mehr Ärzte, mehr Pflege, transparente Vergütung und Zeiterfassung
399	Kompetentere Vorgesetzte, bessere und mehr Digitalisierung
404	Einhaltung der vereinbarten Wochenarbeitszeit
413	Mehr ärztliche Stellen schaffen. Aktuell reicht es wenn einer krank ist und das System bricht annähernd zusammen.
409	Keine 24h Dienste
	Bessere Bezahlung im Bereitschaftsdienst
	Keine Verrechnung von regulärer Arbeitszeit mit den Bereitschaftsdiensten (Minusstunden am nächsten Tag)
416	Bessere Aufteilung der anfallenden Mehrarbeit unter den ärztl. Kollegen.
417	Ich bin verhältnismäßig zufrieden. Ich wäre aber zufriedener wenn die Regelarbeitszeit von 42h nicht regelhaft (vertragskonform) auf 44-46h überplant würde zzgl. Dienste.
419	Weniger Dienste, konsequente und problemlose Überstundenerfassung, bessere Besetzung der Ärzte, Anerkennung und Wertschätzung der Arbeitsbelastung durch die Chefetage. Das Angebot der Supervision, vor allem im Rahmen von Covid oder auf Stationen wie der Onkologie, um der weit verbreiteten überforderung Herr zu werden.
422	Mehr Oberärzte
432	Weniger Überstunden, anerkannte Überstunden, mehr Zeit für die eigentliche ärztliche Arbeit
435	Mehr Personal, sowohl ärztliches, als aus auch pflegerisches.
438	Aktuell besteht eine schlechte Besetzung, es sollten mehr ÄrztInnen eingestellt werden, um den PatientInnen gerecht zu werden. Außerdem würde ich mir mehr Supervision wünschen.
439	Weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten
441	Dokumentation der Überstunden und Möglichkeit des Abfeierns bzw alternativ der Ausbezahlung; gleichzeitig Sicherstellung der Weiterbildung zB Endoskopien, Ultraschall,...
442	Freizeitausgleich von Überstunden
	Mehr Personal (sowohl in der Pflege als auch im Ärzteteam)
	Bessere finanzielle Vergütung von Diensten
	Bessere Einarbeitung bzw. Weiterbildung/Betreuung
	Möglichkeiten für interne Fortbildungen
	Mehr Fortbildungstage
	Höheres Fortbildungsbudget
	Mindestens 2 freie Tage innerhalb von 10 Tagen
445	Entweder mehr Personal oder weniger Arbeitsbelastung, faire Dokumentation der Arbeitszeit ohne Repressalien, Weiterbildung, die tatsächlich stattfindet, OP-Zeiten erhöhen, Pausen ermöglichen
446	- weniger Bürokratie
	- weniger nicht-ärztliche Tätigkeiten
	- mehr Weiterbildung in den Funktionsbereichen
	- geringere Dienstbelastung um eine effektive 40 Stunden Woche zu erreichen
447	Mehr Personal wäre nötig um adäquat bei komplexen Prozeduren unterstützt zu werden
449	Bessere Organisation der Stationsbelegung, weniger Verwaltungsaufwand in der Patientenbetreuung
451	mehr Personal!!!!!!
	Mehr Wertschätzung, u.a. monitär
	eine adäquate Ausbildung (v.a. in Funktionsbereichen)
	Möglichkeit, an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen zu können
453	Bessere Personaldecke, bessere Einarbeitung, Einführung von Fortbildungen
458	Empathie, Wertschätzung
461	Digitale Zeiterfassung
464	Patienten mit weniger Kostendruck "durchschleusen"
465	Was in meiner Abteilung gut funktioniert ist die Dokumentation von Überstunden.
	Was nicht gut funktioniert ist die Einhaltung von Bereitschaftsdienstzeiten. Es steht und fällt alles damit. Wenn man 22h fast ohne Pause durcharbeiten muss (nur auf Toilette gehen ist 2-3 Minuten möglich), ist man die ganze Woche echt fertig.
466	Flexible Arbeitszeiten, die mit Kinderbetreuungszeiten zu vereinbaren fünf - gerade in Corona Zeiten sehr schwer (derzeit kindergarten Öffnungszeiten zwischen 7:30 und 15:00)
471	-

476	Geringere Belastung der 24 Stunden Dienste
481	Es ist sehr schwierig eine kleine Praxis für Allgemeinmedizin mit der Klinik zu vergleichen. Mein Ziel war es die Klinik so bald als möglich zu verlassen. Vor allem in der Inneren Medizin waren die Arbeitsbedingungen (zumindest für mich) auf lange Sicht nicht mit Familie, sozialen Kontakten und nicht zuletzt mit meiner eigenen physischen und psychischen Gesundheit vereinbar! In der Praxis lassen sich (zumindest als Angestellter) diese Dinge vereinbaren.
483	Arbeitszeiten, Patientenaufkommen, Reduzierung Elektivoperationen, mehr Stellen
484	Korrekte Arbeitszeiterfassung, Beschränkung der Arbeitszeit auf die vertraglich vereinbarte
485	Verteilung der Arbeit auf allen Schultern , nicht nur auf denen der AiWs. Dienstnachbesetzung organisieren und nicht jemanden zum 10. mal verpflichten.
486	Bessere Einarbeitung Mehr Unterstützung im Dienst Fortbildung Reduzierte Dienste
490	Mehr Assistenzärzte, bessere Anleitung und Feedback
496	Teilzeitangebote Flexible Arbeitszeiten Eine Ausbildung mit curriculum Freie Urlaubswahl Keine Feiertage Dienst nach Tarifvertrag Mehr Geld Weniger Überstunden
499	Gleiche Behandlung der Assistenzärzte ohne Bevorzugung der männliche Kollegen. Möglichkeit auch als Teilzeitkraft (aufgrund von Elternschaft) interessante Arbeitsfelder (OP) kennenzulernen.
501	Mehr Personal. An die Patienten Anzahl angepasste Räumlichkeiten.
510	Mehr Zeit für Patienten und im OP zum Lernen (nicht nur zuschauen) oder Relativ zur Belastung mehr Geld, dann kann man in Teilzeit gehen Korrekte Umsetzung der Max. Anzahl an Diensten Patienten in der Nacht durch Ärzte triagieren damit die Patienten die keine Notfälle sind weggeschickt werden dürfen (die Pflege muss alle Pat. annehmen und dann wird man wegen Sinnlosigkeiten geweckt)
517	Weniger verwaltungsaufgaben, mehr Zeit für die Patienten, Erfassung der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden
523	Ein fester Arzt-Patientenschlüssel, der garantiert, dass immer ein Mindestverhältnis zwischen Assistenzärzten und Patienten besteht! Aktive Kontrollen der Arbeitsschutzbedingungen, da diese häufig missachtet werden Die Möglichkeit, sich vertraulich Unterstützung zu holen zu können, wenn gegen den Arbeitsschutz verstoßen wird
527	Mehr Personal
529	Überstunden anerkennen und auszahlen
530	Bessere Einarbeitung, Überstundendokumentation, Kodier Assistent, mehr Personal
539	Weniger Patienten pro Zeit. Fokus auf Ausbildung nicht Geld machen. Arbeitszeiterfassung und Überstunden zählen und entlohnen oder ausgleichen.
540	Genaue Arbeitszeiterfassung, korrekte Bewertung der „Bereitschaftsdienste“ und entsprechende Bezahlung
546	Mehr Personal, strukturiertere Abläufe der elektiven Aufnahmen, mehr fortbildungsmöglichkeiten, Reduktion der Bürokratie
551	- deutlich mehr Personal insb. der Assistenzärzte, damit eine bessere Patientenbetreuung gewährleistet wird - feste Zeiträume für geplante Rotationen auch in die Funktion (Endoskopie, Herzecho etc.) - Anerkennung der Dienste insb. am Wochenende als Volldienst - Möglichkeiten eines realistischen Wiedereinstiegs nach einer Schwangerschaft/Elternzeit/Mutterschutz
552	Bessere Betreuung durch den Oberarzt, bessere Ausbildung, weniger Überstunden
555	Es werden allgemein mehr Ärzte benötigt. Mammut derart viel mit Dokumentation und Co zu tun (und teilweise sehr viele Patienten), dass keine Zeit für Gespräche/umfassende Aufklärung und Co mit den Patienten bleibt. Durch Entzerrung und gute Organisation lässt sich viel regeln. Es kann auch nicht sein, dass es normal ist, bei einem 12 Stunden Dienst

	quasi durchzuarbeiten. Man braucht auch Pausen. Und bei 24h Diensten ist es nichts korrekt, wenn man bis auf 2-4 Stunden durcharbeitet, regelhaft.
556	Mehr Zeit für Patienten, mehr Zeit für sich (etwas nachschlagen, sich kümmern,...) Überstunden ausgleichen, Wahl zwischen Freizeitausgleich oder Geld mehr Lehre-->persönlicher Mentor, der sich kümmert/dem wihtig ist, dass man was lernt Digitalisierung
557	Besserer Arzt : Patienten Schlüssel
558	Alles
559	Mehr Zeit für Patienten, mehr Personal, weniger Bereitschaftsdienste
560	Mehr Personal, 8- h-Dienste, Wechsel in Teilzeit ohne Benachteiligung. Mehr Zeit für Aus- und Weiterbildung während der Arbeitszeit. Weniger hierarchische Strukturen, mehr Diversität.
562	Mehr Personal, weniger als 9x 24 Std Dienst im Monat
563	Weniger nicht-ärztliche Aufgaben (Sortieren, Statistik etc.)
566	Kein Wechsel in Schichtmodell, wie es jetzt geplant ist, um Max. 4 Dienste pro Monat zu ermöglichen. Aufstockung des Personals. Geplante FB (geregelt ggf über extern). Klare Leitfäden besonders zum Umgang mit COVID.
569	Reduktion der Dokumentationarbeit durch Abgabe dieser an z. B. Schreibkräfte
572	es müsste ein bewusstsein und interesse dafür da sein, gute arbeitsbedingungen zu schaffen, wir müssten anfangen, mehr sozial und weniger kapitalistisch zu denken.
575	Konsequente, strukturierte Einarbeitung, elektronische Zeiterfassung, Anerkennung von Überstunden.
577	Mehr Personal, Einhaltung der Pausenzeiten, keine 14-Stunden-Schichten
579	Keine Rufdienste mit 32 Stunden am Stück
584	Mehr Personal, weniger Patienten pro arztstelle, weniger Überstunden
585	Weniger Patienten pro Arzt, insbesondere in der zentralen Notaufnahme. Mehr Anleitung / Lehre durch Oberärzte
586	Gute Einarbeitung von Beginn an, bessere Rücksprache mit den Oberärzten bezüglich der Patienten.
590	konsequenter Freizeitausgleich bei Wochenend- und Bereitschaftsdiensten noch in der gleichen oder nächsten Woche, fest eingeplante Zeit für Weiterbildung und Lernen durch Supervision Rotationsplan Pausenzeiten
591	selbstverständliche elektronische Arbeitszeitdokumentation; mehr Fortbildungsbudget; bessere Bezahlung der „Bereitschaftsdienste“; Garantierte Pausenzeiten und organisatorisch Möglichkeit die Pause ohne Telefon und fern von der Station/dem OP zu verbringen (inkl. Wegezeit)
594	Bessere oberärztliche Betreuung, bessere Rotationsmöglichkeiten
595	Änderung des Schichtzeitmodells auf der Intensiv, mehr Ärzte auf der Intensiv, bessere Einarbeitung
603	Bessere Organisation, mehr Personal, Planungssicherheit Ausbildung!
605	mehr Personal, Einarbeitung (ich bin Anfänger und erhalte so gut wie keine Einarbeitung), besserer Arzt-Patienten-Schlüssel, feste Rotationen/längere Zeiten auf einer Station, bessere oberärztliche Anleitung, Lehre, Fortbildungen,
607	Dokumentation vereinfachen, mehr ärztliches Personal, geringere Anspruchshaltung der Patienten
608	genug Zeit für die Patienten mit weniger zeitlichem Druck den Operationssaal ständig belegt zu halten und die Patienten so schnell wie möglich ein- und auszuleiten
609	Mehr Ärztliches und pflegerisches Personal
610	Organisation und Handeln nach Leitlinien statt nach Gusto des Oberarztes; Pflege muss zuverlässig Anordnungen umsetzen; nette Kollegen statt Ellenbogen und lästern hinter dem Rücken über andere Berufsgruppen; Mitarbeiterwünsche respektieren (zb bezüglich Rotation); Einarbeitung wäre schön gewesen.
612	Übernahme von 24 Stunden Diensten durch externe Ärzte
613	Adäquate Einarbeitungszeiten für (Wieder-)Einsteiger, Reduktion der Arbeitsbelastung für Vorgesetzte damit Weiterbildung stattfinden kann.
616	Pünktlich Feierabend haben nach einem 24 h Dienst anstatt noch den halben Tag Stationsarbeit zu erledigen und vor allem keine Minusstunden am Folgetag. Ausgeglichener Personalschlüssel bezüglich Oberarzstellen und Assistenzarztstellen,aktuell

	teilweise mehr OAs als Assistenzärzte.
617	- Beheben der sog. "Minusstundenproblematik" - Einstellen von mehr (Assistenz-) Ärzten - Vereinfachung der Dokumentation - Verlassen des "DRG-Systems"
618	Unterstützung durch ein/e Arzthelfer/in, vernünftiges PC -System, gut besetzte Pflege, klimatisierter Raum,
619	Patientenorientiertes Personalmanagement (Patientenzufriedenheit = Arbeitsqualität): Teilzeit, Stundenlimite, adäquate Freizeitkompensation, Gehalt +, psychische Betreuung, weniger Sexismus und Diskrimination
620	Einfachere Anerkennung von Überstunden, bessere Besetzung der Dienste, insgesamt auch bessere Besetzung auf den Stationen (Ärzte und Pflege)
621	Teachung, OP Möglichkeiten, rotationsmoeglichkeiten, lehre, journal club, feedback
622	Geregelte Arbeits- und Pausenzeiten, Kollegen, welche tatsächlich anprobiert sind (mit gültiger Gleichwertigkeitsprüfung arbeiten), stattfindende Lehre und Weiterbildung, Arbeitszeiterfassung, Freizeitausgleich für Überstunden (werden oft nur ausgezahlt)
629	Mehr und kompetentere Mitarbeiter im Bereich Pflege, OP, Verwaltung
638	Mehr ärztliche Kollegen mehr Pflege bessere und zeitgemäßere Ausstattung
639	Möglichkeit der Elternzeit, Kinderbetreuung, pünktlich Feierabend bzw. Überstunden frei bekommen oder zumindest ausgezahlt. Keine 24-Stunden-Dienste. Weniger Dienste.
641	Bessere Betreuung, weniger Druck, mehr Zeit für Briefe/Doku anerkennen
644	Betriebsklima, mehr Transparenz in der Gehaltsabrechnung, mehr Übersicht über Vertragsverlängerungen
646	Viel mehr Personal und mehr Personal pro Patient. Weniger Dienste und mehr Ärzte, die gemeinsam Dienst tun.
651	Aktuell sind die Arbeitsbedingungen gut, wenn es auch durch die Pandemie immer wieder zu neuen Anpassungserfordernissen kommt. Hier würde man sich teilweise andere Personalmodelle wünschen, die Belastung ist aber je nach Station sehr unterschiedlich verteilt.
654	Weniger Dienste, weniger Dienstbelastung, Wertschätzung, Transparente Vergabe und Möglichkeiten zur Fortbildung in speziellen Bereichen, weniger Überstunden
657	Weniger Patienten pro Arzt, um jedem Patienten in seiner Krankheit gerecht werden zu können und gleichzeitig mehr Zeit zur Weiterbildung über Therapien zu haben
664	Covid belastet uns zusätzlich. Leider gibt es Kollegen die aus verschiedenen Gründen vom Dienstsystem ausgeschlossen sind und so alle anderen mehr belastet sind. Dienstzeiten voll bezahlen - es ist definitiv keine Freizeit - ich kann mir nicht aussuchen wo ich bin, dass ist für mich keine "Bereitsschaftsdienst"!
665	Geregeltere Arbeitszeiten und pausenzeiten, erfassung der tatsächlichen arbeitzeit im bereitschaftsdienst und umstellung des dienstmodelles entsprechend dem arbeitszeitgesetzes
666	Registrierung von Überstunden; Bereitschaftszeiten entweder einhalten oder besser vergüten
668	Nachwuchsarbeit: neue Kollegen anwerben in peripheren Häusern muss gefördert und gefordert werden statt andauernde Negativität und eine frustrierte Grundhaltung der Geschäftsführung mit der Lösung Mehrarbeit für alle Anwesenden. Damit auch gerechtere Verteilung der Arbeitsbelastung auf mehr Köpfe. Dadurch mehr Zeit für Patienten. Außerdem Entlastung von sinnlosen, den Patienten in keinster Weise helfenden Dokumentationsarbeiten, die nur dem wirtschaftlichen Ziel des Hauses dienen.
669	Es muss einfach mehr Personal für das Patientenaufkommen vorhanden sein. Und es ist echt unfair, dass unsere Überstunden nicht bezahlt werden. Wir haben ein elektronisches Zeiterfassungssystem. Es ist also klar, wer wann kommt und geht. Aber es interessiert halt niemanden. In den Diensten ist man manchmal so beschäftigt, dass man gar nicht schläft. Wenn es etwas ruhiger ist, nutzt man die Zeit, um das abzuarbeiten, was man den ganzen Tag nicht geschafft hat. Das geht auf Dauer nicht gut.
671	Chancengleichheit für Frauen Bereitschaftsdienste mit 50% Arbeitsbelastung. Realisierung von Freizeitausgleich
672	Arbeitszeiterfassung Abschaffung bzw. Umstrukturierung Dienste
673	Strukturiertere Ausbildung, klarere Rotation/Aufgabenbereiche.
676	Mehr ärztliches Personal; längerer Einsatz auf einer festen Station; Behebung struktureller Probleme (Sonogerät verfügbar und auffindbar, wenn benötigt; ein zuständiger Oberarzt pro Stationsarzt statt verschiedener nebeneinander; funktionierende hausinterne Organisation ohne häufiges Hinterhertelefonieren); weniger Druck die Patienten möglichst schnell zu

	entlassen; Wertschätzung meines Bemühens menschlicher Zuwendung zu den Patienten; elektronische Patientenakten statt ständiges Suchen von Kurven / Kampf um Kurven
680	Mehr Personal, strukturierte Weiterbildung, ehrliche Arbeitszeitdokumentation ohne psychischen Druck („wer hier Überstunden macht, kann sich nicht richtig organisieren“, LOA).
681	weniger Überstunden, weniger Dokumentationsaufwand, geringere Arbeitsdichte
683	Arbeitszeit Dokumentation Bereitschaftszeit = Arbeitszeit Keine DRG s
684	Ausreichend Personal Ausbildungs-Curriculum Feste Rotationen
685	Ausbezahlung von Überstunden, regelmäßig frei, weniger Nachtdienste
687	Erfassung von Überstunden Freizeitausgleich für Dienste/Überstunden Dienste als volle Arbeitszeit
691	Mehr Stellen für Assistenzärzte.
696	Dokumentation aller Überstunden muss möglich gemacht werden (dürfen aktuell nurr anteilig dokumentiert werden) Alle Assistenzarztstellen besetzen, da Personalknappheit Ermöglichen von Pausenzeiten, muss ich den Arbeitsalltag einkalkuliert werden Einstellung von medizinisch bewanderten Aushilfen zur Bewältigung der Schreibtischarbeit
698	Weniger Patienten pro Arzt, weniger Wochenend- und Nachtdienste, weniger Bürokratie
703	Weniger Patienten pro Arzt
705	mehr ärztliches Personal, bessere Planung von Diensten, bessere Bewirtung, mehr von geschultem Pflegepersonal, Motivationsentlohnungen für Bereitschaft, spürbare Prämien, Möglichkeit zur zeitnahen und kostenlosen Übernachtung in der Nähe des Arbeitsortes/Krankenhauses.
707	Reduktion der 'Büroarbeit' Verbesserung der Arbeitsabläufe
710	Bessere Kommunikation mit den Mitarbeitern Mehr Transparenz Dienstpläne rechtzeitig
711	- weg mit dem Etikettenschwindel (Verträge mit 42 Wochenstunden sind doch einfach nur eine Farce; das krasseste ist ja die angebliche 45minütige Pause, die man jeden Tag automatisch vom Gehalt abgezogen bekommt, aber ja eigentlich so gut wie nie wirklich wahrnehmen kann...) - mehr Personal (es sind viel zu viele Patienten gemessen an der Anzahl von Pflege und Ärzten) - bessere Bezahlung (bei den vielen unbezahlten Überstunden ist der Stundenlohn für ein 12-jähriges Studium+Ausbildung extrem mickrig) - Eliminierung der Diskrepanz zwischen Soll und Sein (laut Arbeitsvertrag arbeitet man nur 42 Stunden; aber die Realität sind ja 70+ Stunden, welche man dann natürlich mit Berufung auf das Arbeitszeitschutzgesetz natürlich nicht ausbezahlt bekommt; man wird also doppelt ausgenutzt)
712	Weniger überflüssige Dokumentation!!! Volle Anerkennung der tatsächlichen Überstunden
714	Mehr Personal Nur Bereitschaftsdienste im eigenen Fach
720	Entlastung von Bürokratie Delegation an MFAs
729	Arbeitsbedingungen sind gut, Weiterbildung schlecht
730	Mehr Ärzte, ausgebildeter pflegekräfte, Standards in der Arbeit mit der Pflege, bessere Rotation in funktionsdiagnostik/therapie
732	Politik des Hauses und Führung ändern
733	Weniger Bürokratie, mehr automatisierte Vorgänge, insbes. bei der Arztbriefschreibung. Strukturiertere Tagesabläufe.
735	Genügend Puffer im Personal (=mehr Ärztliches Personal), sodass Krankheitsbedingte Ausfälle nicht durch Mehrarbeit der bleibenden Kollegen aufgefangen werden muss, weniger Dienstbelastung, Aufteilungsmöglichkeit von Arbeitsbereichen
736	Oberärzte müssten früher im OP fertig sein, denn so zieht sich die Vorstellung oft über die eigentliche Arbeitszeit.
737	Mehr Akzeptanz für Teilzeit
738	Mehr Personal Pflege und Ärzte sowie Assistenzpersonal, Einhaltung der Arbeitszeiten, mehr Wertschätzung durch die Chefs, Ermöglichung von Rotationen für den Allgemeinmediziner hausintern, Ausbau der Teilzeitmöglichkeiten, mehr Unterstützung durch Assistenzpersonal

	(Blutabnahmen, Bürotätigkeiten, Dokumentation), weniger Dienstbelastung bzw. mehr Personal für die Dienste
739	Mehr Personal um die Arbeit guten Gewissens erledigen zu können! Weiterhin bleibt die operative Ausbildung oft auf der Strecke, da aus Zeitmangel oder Personalmangel meist die Erfahrenen bei größeren Op's in den in Saal gehen oder auf die 3. Assistenz verzichtet wird.
742	nichts
744	faire Arbeitsverteilung
746	Gute Einarbeitung, fachliche Weiterbildung, voll besetztes Team, dann wäre die Arbeitszeit auch ok,
755	Dass Entscheidungen zu Gunsten der Assistenten getroffen werden und nicht um die Politik innerhalb der Klinik zu bestimmen. Das häufig auf Kosten der Assistenten.
757	- Gute, strukturierte Einarbeitung - Strukturierte Weiterbildung mit theoretischen Inhalten, aber noch viel wichtiger, der strukturierten und v.a. verlässlichen Möglichkeit zur Rotation in die Funktion: Sonographie, Endoskopie, Intensivstation (Stichwort: "Wenn Sie Ihre Patienten auf Station vernünftig managen, haben sie jederzeit die Möglichkeit noch in die Funktion zu gehen" -> Funktioniert so nicht) - Elektive Patientenaufnahme nicht nachmittags um 15.00h, sondern morgens. - DIGITALISIERUNG! Beispiel Röntgenanforderung in unserer Klinik: Eingabe der Untersuchung im PC, Programm generiert Word-Dokument, dieses muss ausgedruckt werden und per Fax an die Radiologie geschickt werden (im 21. Jahrhundert?) - Laboranforderungen noch immer per Papierformular - Etc etc - Transparente Lohnabrechnung und transparenter sowie nachvollziehbarer Gehaltszettel, konsequente Einhaltung des Tarifrechts (z.B. Wochenenddienst auf Intensivstation: In unserem Haus aktuell als Bereitschaftsdienst gezählt - Wenn man wo keinen Bereitschaftsdienst hat, dann wohl auf Intensiv...)
761	Ausreichend Zeit für Patienten, Arztfremde Tätigkeiten auf ein Mindestmaß reduzieren, flexiblere Arbeitszeitmodelle
767	Planbare Dienst, Vergütung von Überstunden,Möglichkeit des Schlaf in 24h Diensten, Vernünftige Weiterbildungsmöglichkeiten Im Prinzip nur eine Arbeitsstelle ohne ausgenutzt zu werden, bei der das Privatleben nicht allzu sehr leidet
775	Personaleinstellung, Wertschätzung, weniger Vertuschung durch die Chefetagen, Neues Abrechnungssystem zur Ablösung der Fallpauschalen, gerechter Lohn für das Gesundheitssystem
776	Entweder weniger Patientenkontakte, um sich für den einzelnen Patienten mehr Zeit nehmen zu können (um ihn individualisierter zu behandeln + um selbst aus jedem Patientenkontakt etwas mitzunehmen) (aktuell ca. 6-10 Patienten pro Stunde inkl. kleiner Operationen wie Nävusexzisionen). Oder mehr aktive Weiterbildung vom Weiterbilder (Am Patienten teaching, Fallbesprechungen, Zusammensetzen, um Optionen für Patienten zu bespreche...)
777	Alle geplanten Stellen müssen besetzt wetden Digitalisierung der Patientenakte und -kurve Digitale und somit exakte Arbeitszeiterfassung
779	Ausbildungskonzept Feste Rotation in Funktionen Besserer Personalschlüssel
783	Mehr ärztliches Personal Betreuung durch Oberarzt Einarbeitung Ermöglichung von Fortbildungen Besseres Arbeitsklima
787	Mehr Ausgleichszeiten nach Diensten
789	Entweder klare Erfassung von Überstunden und deren Vergütung oder geringeres Arbeitspensum
790	Kostenlose Mitarbeiter Parkplätze, Schnellere Impfungen, Klare Standards, Feste Termine für Geräteeinweisungen, Mehr Geld
791	Mehr und besser bezahlte/ausgebildete Schwestern mehr Ärzte in den Diensten
792	Mehr Personal, Pflege und Ärzte, Teilzeitmodelle
795	Weniger Arbeiten, weniger Zeitdruck
799	Zeiterfassung

803	Besseres Computerprogramm, digitale Akten, Stationssekretärin, die Untersuchungen anmeldet, Patienten einer Fachrichtung sollten auf einer Station liegen und nicht im ganzen Haus verteilt sein, Oberarztvisiten, nicht nur kurze Besprechung der Patienten ohne Akten, und vor allem Vormittags und nicht erst kurz vor 16 Uhr oder noch später, Einarbeitung für Computerprogramme, etc. , besser Kommunikation mit Sozialdienst, Anrufe wenn Patienten übernommen werden oder neu auf Sation kommen, Verlegungsbriefe, bessere Aufnahmezettel aus der Notaufnahme. Anerkennung von Mehrarbeit ohne dass man diese immer jeden Tag schriftlich begründen muss. Gemeinsame PAusen, Zeit für die Diagnostik geplant, nicht jeden Tag das geplante Entlassdatum von Patienten angeben zu müssen, was man noch nicht sagen kann, da man den Patienten noch gar nicht gesehen hat.
804	Mehr Personal, mehr Ärzte zusammen auf einer Station zur Arbeitsteilung
809	Zumindest Freitag kürzere Regelarbeitszeit. Mehr als drei Tage Resturlaub anhäufen können. Assistentenunterricht zu beginn der Weiterbildung. Möglichkeit für teilweises Homeoffice (Radiologie). Besser organisierter Arbeitsablauf.
810	Weniger Überstunden durch bessere Personaldecke
811	Vor allem bessere Einarbeitung. Checklisten, FlowCharts, Einweisung in die Gesamtstruktur, Telefonlisten, IT-Einweisung fehlen.
812	tarifliche Bezahlung Genehmigung von Überstunden mehr Transparenz
814	Mehr ärztliches und pflegerisches Personal in allen Bereichen um die Arbeitsbelastung zu reduzieren Tatsächliche Arbeit muss anerkannt werden, de facto muss man i.d.R. die Arbeit von mehr als einer Person machen
815	Mehr Personal, weniger Dienste, bessere Bez
820	Ausgleich struktureller Defizite (Telefonanlage, EDV); Reduktion der Raumknappheit; freie Entscheidung darüber, ob ein Bereitschaftsdienst dem Zeitkonto gutgeschrieben oder ausbezahlt wird
822	-Ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal -Einhaltung von Arbeits- und Pausenzeiten - Flexibelere Arbeitszeitmodelle - Weniger Belastung durch Dienste, v.a. 24h Dienste
824	-Umziehzeiten mit langem Wegen sollten als Arbeitszeit gewertet bzw. ins Stundenkonto mitgezählt werden -Fortbildungen sollten entweder wirklich freiwillig sein oder ebenfalls als Arbeitszeit gewertet werden -weniger Patienten gleichzeitig in der Prämedikation bzw. mehr Personal
828	Voller Lohn während der Bereitschaftsdienste, wenn man in der Zeit voll durcharbeitet
832	Definitiv Verbot von 24 Stunden Diensten in Akutkrabkenhäusern. Absolut schädlich für Personal und Patienten. Abschaffen des „Deckmäntelchens“ Bereitschaftsdienst. Zeit in der Klinik ist Arbeit, zu ungünstigen Zeiten wie Nachts und Wochenende bedarf dies einer erheblichen Aufwertung um die besondere Beisetzung zu kompensieren.
835	Arbeitgeber sollte regelmäßig supervisiert/ bewertet werden, auch in der Praxis sollte v.a. auf eine persönliche Eignung der Weiterbilder geachtet werden.
836	mehr Mitarbeiter, weniger Bürokratie, weniger Hierarchie, weniger Abhängigkeit von Oberärzten bzgl. OP-Zeiten etc.
837	Weniger häufiger Wechsel zwischen den Stationen, gerade zu Beginn der Weiterbildung wird man ständig „herumgeschickt“. Feste Rotationspläne wären ebenfalls sinnvoll. Elektronische Arbeitszeiterfassung (aktuell wird ein Formular mit den Überstunden jede Woche an den zuständigen Oberarzt geschickt, welcher, wenn er einverstanden ist, diese an die Sekretärin weiterleitet, die sie dann einträgt).
840	Absolut mehr Assistenzärzte . 15-20 Patienten für einen Arzt ist Kinder Inneren Medizin zu viel . Wenn ein Kollege krank wird muss man die Patienten auch noch übernehmen . Absolute Planung an der personalgrenze.
844	Mehr Digitalisierung (digitale Patientenakten und Dokumentation), mehr Fortbildungsangebote hausinterne und extern, mehr fachliche Unterstützung durch Oberärzte
846	Mehr Personal, damit Arbeits-und Pausenzeiten täglich eingehalten werden können.
848	Weniger Arbeitsstunden pro Woche, systemischer Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste, Abschaffung von 24 Stunden Diensten, mehr ärztliches Personal.
851	Besseres Schichtmodell Mehr Personal Mehr bzw. überhaupt mal Fortbildungen Bessere technische funktionierende Geräte
853	Weniger Dokumentation.

855	Vollständiges Anerkennen der geleisteten Arbeitszeit unter der Woche und insb. bei Visitendiensten am Wochenende
858	strukturierte Einarbeitung später Dienste in ZNA + Nacht (zuvor Erlernen von Fertigkeiten wie Sonographie!)
862	Dass Bereitschaftsdienste mehr "Anerkennung" finden, d.h. es nicht ok ist, dass man 3 Samstage 24h-Dienst machen darf, ohne dass einem ein Ausgleichstag erhält (das bezieht sich auf die Allgemeinbedingungen, nicht konkret meine Klinik). Bereitschaftsdienste lohnen sich kaum, sie sind viel stressiger, werden dann aber auch noch mit dem nächsten "Fehltag" einfach verrechnet. Bereitschaftsdienste werden viel zu wenig gewürdigt.
863	- richtige Vergütung der Überstunden - fester Rotationsplan
864	Ärztliche Personaldecke erhöhen, Arbeitsbelastung im Dienst senken, bessere Rotationsmöglichkeiten anbieten
871	Konsequentes Umsetzen der neuen Tarifverordnung, Transparente Abrechnungen, ordentliche Abrechnung von Stunden und Pausenzeiten
875	mehr Personal, mehr Zeit für Ausbildung und Erlernen praktischer Fähigkeiten, niedriger Arzt-Pat.Schlüssel
876	Überstunden abrechnen dürfen, Pausen einhalten können, nicht jedes Wochenende Dienst haben, Anerkennung auch als Frau zu bekommen ohne Mehraufwand
880	Anwesenheit muss Arbeitszeit sein, Ausbildung erfordert Zeit und dafür ist mehr Personal notwendig und genau das fehlt.
884	Abbau von Bürokratie (v.a. Dokumentation) Mehr Personal Umsetzung des beworbenen aber nicht stattfindenden Ausbildungscurriculum
889	Bessere und konsequentere Einarbeitung mit definiertem Ansprechpartner. Nicht schon von Beginn an als "Lückenfüller" z.B. bei Krankheitsausfällen eingesetzt werden.
891	Mehr Teilzeitmodelle auch für höhere Positionen
897	pünktlich Feierabend nachen zu können und die administrativen Aufgaben bzw Büroarbeit trotzdem zu schaffen.
899	Weniger Überstunden, weniger Dienste
901	Mehr Zeit für Patienten/Eltern, mehr Zeit für die Ausbildung durch die Oberärzte, weniger Überstunden, mehr Anerkennung, mehr Personal
903	- Keine 24h-Dienste mehr und anschließend noch die Visite machen zu müssen (mind. 27h Arbeitszeit) - Dokumenation von Überstunden und Anerkennung dieser (es werden keine dokumentiert - wir machen schließlich keine) - Mehr ärztliches Personal. Wer Weiterbildung möchte, macht bei der Patientenzahl, die es zu behandeln gilt, definitiv Überstunden.
904	Mehr Personal, insbesondere mehr Assistenzärzte.
905	Weniger Überstunden, mehr Zeit für Patienten, Dokumentation von Überstunden, Zeit für ein Mittagessen, Blutabnahmedienst auch am Wochenende, höherer Personalschlüssel in Coronazeiten (2 Assistenzäzte kümmern sich nur um Corona Patienten und fehlen im Normalbetrieb). Dauerhaft 2 Assistenzärzte in der Ambulanz, Ärzteteams für Normalstation (wenn man Dienst hat macht man sonst 2-3 Überstunden nach dem 24 h Dienst und kommt etwas früher zum Dienst)
910	mehr Pflegepersonal, ausländisches ärztliches Personal mit äquivalenter Ausbildung
912	weniger Druck, finanzielles Ergebnis sowie Publikationen erfüllen zu müssen; weniger bürokratische Aufgaben; langfristigere Planungen für Urlaube, Fortbildungen etc. ermöglichen; Abschaffen von sogenannten Visitendiensten (Regelungslücke Tarifvertrag, es ist nicht explizit verboten und erschafft) Bessere Weiterbildungen und Priorisierung; verpflichtendes Onboarding und Mentoring zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter; ruhiges Dienstarztzimmer (dies sollte auch in den Tarifvertrag geschrieben werden, bei Honorarärzten ist die oft Vertragsbestandteil)
918	Derzeit bin ich in der Kinder-Jugendpsychiatrie und habe hier erstmals mehr Zeit für meine Patienten und sehr viel weniger Dienste. Während der Intensivzeit davor hatte ich anhaltende Schlafstörungen, regelmäßig Wirbelsäulenblockaden und Cephalgie. In der Pädiatrie unserer Uni-Klinik ist ein häufiger Schichtwechsel, 10-Tage Dienst am Stück, 14-Stunden-Tage leider usus. Das ist auch der Grund, weshalb ich bei meiner Rückkehr in die Somatik um mindestens 25% reduzieren will. Das geht aber erst nach der Sono-Rotation, sonst werde ich die Rotation nicht so schnell machen können.
919	Es muss eine klare Überstundenregelung geben. Aktuell werden diese, wenn sie aufgrund der Arbeitsmenge nötig werden, gar nicht gewertet. Das heißt, wenn ich Überstunden mache, opfere ich dabei meine Freizeit und bekomme keine Gegenleistung.

921	- Insgesamt bin ich zufrieden mit den Arbeitsbedingungen. - Ich wünsche mir regelmäßige PCR-Tests (Sars-Cov-2) für alle Arbeitnehmer.
925	Mehr Personal um die Dienste besser abzudecken und weniger Belastung pro Arzt zu erreichen, bessere Kommunikation innerhalb der Abteilung, längere Vertragslaufzeiten/Entfristung, deutlich weniger Bürokratie um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu haben.
927	Mehr Ärzte/ Ärztinnen, mehr Pfleger/Pflegerinnen, weniger Bürokratie
929	Bessere Personaldecke; oberärztliche Visiten am Wochenende; Anerkennung der Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst
930	Mehr Ärztliches Personal Chefwechsel
932	(überhaupt) stattfindende Weiterbildung, Wertschätzung, mehr Personal
933	Mehr Zeit für Weiterbildung und Lehre.
934	mehr Weiterbildung!
935	Einstellen von fähigen Kollegen, bei denen nach entsprechender Einarbeitung auch eine Entlasstung der diensthabenden Kollegen in Aussicht steht. Mehr Einbindung in die bestehenden Sprechstunden mit Rotationsmöglichkeiten. Mehr Einbindung in die ambulanten OP-Bereiche (ohne diese gehen einem viele "einfache" Eingriffe durch die Lappen)
936	Ausreichend qualifiziertes Assistenzarzt-Personal. Oberärzte, die Zeit haben und gewillt sind, den Assistenten etwas beizubringen und zu erklären. Ausreichend Rotationsmöglichkeiten auch in die Funktionsdiagnostik. Weniger zeitlicher und finanzieller Druck in der Behandlung der Patienten. Sinnvolle Arbeitsmodelle für Frauen in Teilzeit, um Beruf und Familie unter einen Hut zu bekommen. Mehr Unterstützung durch z.B. Sozialarbeiter, MFAs, Sekretärinnen, um nicht-zwingend-ärztliche Tätigkeiten deligieren zu können.
937	Ausreichende Schutzausrüstung Konsequente Arbeitszeiterfassung Registrierung von Überstunden Freizeitausgleich nach Dienst
938	Mehr Teaching Freizeitausgleich für wochenenddienste
945	Führung. Es muss gut ausgebildete Oberärzte/Vorgesetzte geben, die führen wollen und können. Dazu gehört Kontrolle durch den OA, Rückmeldung (aussagekräftige und verwertbare Kritik (negativ und positiv)), Übertraung von Vernatwortung an den AA, Supervision
947	bessere, strukturiertere Einarbeitung und Weiterbildung
948	Ein einfacheres und unkompliziertes Computersystem. Einheitliche Vorgehen beispielsweise bei Anforderungen von Konsilen.
949	Mehr Personal, weniger Patienten pro Kopf
950	mehr Personal
952	Erfassung von Überstunden und Freizeitausgleich, wenigstens etwas Freizeitausgleich für Wochenendbereitschaftsdienste, bessere Klinikorganisation, um Chaos und ständige Stationswechsel einzudämmen, Digitalisierung vorantreiben, Papierberge reduzieren,
953	- mehr ärztliches Personal - mehr Gehalt (der Verantwortung entsprechend)
957	bessere Einarbeitung und Betreuung durch die Oberärzte
962	Keine 24-h-Dienste
963	Mehr Teaching
968	Digitalisierung
970	Mitarbeiter-Fürsorge: Mal gefragt zu werden, wie zufrieden ich bin, was mir fehlt, was ich mir wünsche.
973	Weniger Arbeitsbelastung, bessere Einarbeitung
981	Etwas mehr Zeit für die Patienten und ihre individuellen Bedürfnisse, mehr Digitalisierung mit z.B. elektronische Patientenakte mit allen Laborwerten etc. zum kurzfristigen Abrufen (erspart lästiges hin und her laufen weil etwas in der Akte fehlt etc.) Elektronische, direkte Zeiterfassung (aktuell: Dokumentation der Überstunden auf Papier und dann händische Eingabe durch Sekretärin 1x/Monat)
980	Besserer Personalschlüssel für Ärzte, Bessere Ausbildung des Pflegepersonals
977	Weniger Patienten pro Arzt. Intensivere obeärztliche Führung. Klar strukturierte Teilzeit Modelle, die funktionieren können und nicht eine Station ein Stationsarzt, unabhängig von der vereinbarten Wochenstundenarbeitszeit. Weihnachtsgeld. Coronaprämie. Gleichstellung der Wochenarbeitszeit zu Pflege, Psychologie, Sozialpädagogik von 38,5 Stunden/Woche.
987	Klare Arbeitsstruktur Feste gemeinsame Pausenzeiten

	Weiterbildungen
988	Case ManagerIn/MFA wäre dringend nötig um administrativ entlasten zu können (Befunde anfordern, Medi Pläne...)
996	Reduktion wöchentliche Regelarbeitszeit(aktuell 42h bei 100%), insbesondere bei Schichtarbeit(Intensivstation), mehr qualifiziertes, deutschsprachiges Personal, motiviertere Weiterbildungsbefugte, besserer Personalschlüssel(Intensivstation, aktuell Ca. 1:10)
998	Nichts
1001	Es müssen die vielen unbesetzten Stellen besetzt werden. Es muss Anleitung und Lehre stattfinden. Es muss Rotationen geben, für die man nicht Jahre kämpfen muss. Es muss aufhören, dass Millionen Sekretariats Aufgaben auf Assistenzsärzte abgewälzt werden, sodass man zu seiner eigentlichen Arbeit nicht kommt.
1002	Mehr Personal, bessere EDV
1003	Mehr Pflegepersonal ... mehr Assistenten
1004	Ausreichend ärztliches Personal für die Anzahl der Patienten. Z.B. 2 Ärzte für 36 Patienten einer Onko-Station sind einfach zu wenig
1006	Schaffung von Räumlichkeiten für die Sprechstunden.
1008	Mehr Stellen müssten geschaffen werden, um die Dienstbelastung zu reduzieren.
1015	Strukturiertere Rotation
1016	Mehr Personal, weniger Dienst
1017	- mehr Personal -weniger Bereitschaftsdienste -Einarbeitung - Aus- und Weiterbildung überhaupt Mal -Anerkennung - angemessene Ausgleichstage für Bereitschaftsdienste - Zeit zum Forschen/Lernen/Skillstraining während der Arbeit - Pausen
1019	Fachkräfte anstellen. Der Ärztemangel wird bei der Pflegedebatte leider völlig vergessen
1020	Weniger Einfluss profitorientierenden Denkens bzw. dem Zwang der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Maximalversorgung. Eine bessere Effizienz/Strukturierung der Dokumentation oder Schaffen von gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die Dokumentierend erleichtern/effizienter gestalten.
1021	Einhaltung der tariflich vereinbarten Arbeitszeiten Genaue Dokumentation der Überstunden und Auszahlung/Freizeitausgleich Wertschätzung der geleisteten Arbeit
1026	Dienstmodell, Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit angerechnet bekommen
1024	- bessere Struktierung und Kommunikation
1028	Mehr Personal Direkter Abbau von geleisteten Überstunden Mehr Wertschätzung
1033	1. Im Studium wird viel zu wenig wert auf Notfälle gelegt. Man lernt viel über Kolibris und wird schlecht auf die wirklichen Probleme, die man als Arzt zu lösen hat vorbereitet. Das Studium ist fast ausschließlich auf Krankheitsbilder fokussiert und nicht auf Differentialdiagnosen. Eine Übersicht über fachspezifische Notfälle wird nicht vermittelt. Red flaggs werden zwischen Katarakt und diabetischer Retinopathie versteckt. Es gibt keine Vorlesungs- oder Seminarreihen mit dem Namen "Das muss ich aus der HNO/Augenheilkunde etc. wissen, egal ob ich Orthopäde oder Dermatologe oder Internist etc. werden will". In deutschen Kliniken konsilieren wir uns tod, aber Notfälle werden regelmäßig nicht als solche erkannt. Das Fach und der Facharzt für Notfallmedizin ist aus meiner Sicht überfällig. 2. Insbesondere in der Inneren Medizin gibt es offenbar kaum Facharztvisiten. Es gibt nur wenige Kollegen, die in der Inneren Medizin tätig sind, die von regelmäßigen Oberarzt- oder Chefarztvisiten berichten. 3. In vielen deutschen Notaufnahmen ist ein Facharzt nur von 8 bis 16.30 Uhr anwesend (wenn überhaupt). Spätdienste werden mit unerfahrenen Kollegen besetzt, die dann mit Intensivstationen über Verlegung von kritisch Kranken streiten müssen, während diese Patienten in der Notaufnahme schechter und schlechter werden. Fachärztliche Entscheidungen müssen teils von Assistenten getroffen werden. 4. Insbesondere in einer Notaufnahme ist es so gut wie nicht möglich immer genug ärztliches Personal vorzuhalten. Was jedoch am meisten demotiviert und wütend macht, ist das Anspruchsdenken der Patienten und Angehörigen (interessanterweise insbesondere der Angehörigen aus medizinischen (Hilfs-)Berufen). Ich will keinen Applaus für meine Arbeit!!! Mir würde es reichen, wenn mir die Patienten nicht ständig erzählen würden, dass sie jetzt schon so und so lange warten müssen und dass es nicht sein könne, dass ich nach 2 Std. noch nicht wüsste, was das Problem des Patienten ist. 5. Auch die Beziehung zur Pflege sehe ich mittlwerweile kritisch. Hier ist teils wenig

	Verständnis für unsere Arbeit (und vor allem für die Verantwortung, die wir tragen ... da wird teilweise einfach nur abgewunken, wenn man sagt, dass ich die Verantwortung trage) und notwendige Maßnahmen vorhanden, man muss sich oft rechtfertigen und selbst wenn man ausführlich erklärt, warum man etwas genau so haben will, erntet man oft Unverständnis. Auch ist man als Arzt immer dran, wenn man auf Station ist, egal ob man schon 1 Std. oder 4 Std. Feierabend hat. Auf der anderen Seite, wenn man dem Frühdienst der Pflege um 13.50 Uhr noch etwas zu Patienten sagt, bekommt man fast immer zu hören, dass die Übergabe an den Spätdienst schon erfolgt ist und man das jetzt dem Spätdienst mitteilen müsse. Man muss sich oft Klagen über die Arbeitsbelastung der Pflege anhören, auch wenn es bei der Pflege fast immer zu Frühstücks-, Mittags-, Kaffee- und Abendessenpausen reicht und man selber keine Pause hatte. Nur dazu sagen sollte man nichts, weil man ja noch auf die Pflege angewiesen ist. Einstecken sollte man als Arzt in jeder Hinsicht können, nur selber Kritik üben darf man nicht. Da wird an allen Ecken und Enden mit zweierlei Maß gemessen, denn als Arzt verdient man ja wenigstens gut! Das Alles nervt und ich denke jeden Tag daran den Beruf zu wechseln!!! Es gibt Tage an denen ich meinen Beruf hasse und Menschen hasse! Und diese Tage werden immer häufiger, je länger ich im Beruf tätig bin.
1035	Die Überforderung in den Diensten ist kein Dauerzustand. Einkommen muss sich deutlich verbessern, dass ein Arzt sich heute keine 3 Zimmerwohnung mehr kaufen kann ist doch nicht normal. Weiterbildung wäre schön, erfolgt bislang überwiegend privat organisiert (Selbststudium, vor Corona Kurse etc.).
1037	Aufstockung des ärztlichen Personals, Bereitschaftszeit als volle Arbeitszeit, Verbesserung des Dienstzimmers, Zeit für berufliche Weiterbildung während der Arbeitszeit (z. B. als Studientag). Beaufsichtigung der Funktionsdiagnostik durch Oberärzte. Problemlose Vergütung von Überstunden. Einhaltung der Pausenzeiten. Einhaltung der Vorgaben im Tarifvertrag.
1038	Andere Verschlüsselung und Schaffen von mehr Stellen, Einführung von Funktionstertialen - wenn man ordentlich seine Patienten (und deren Angehörigen aktuell viel telefonisch) betreuen will, geht man nicht sonografieren oder ähnliches (zumal in Teilzeit - wegen meines anderthalbjährigen Sohnes) Bezahlung der Dienste als volle Arbeitszeit oder viel besser: Freizeitausgleich! - aber auch nur möglich bei mehr Personal ;)
1039	- Zur Verfügung Stellung von Pausenräume und Einhaltung der Pausenzeiten - bessere Ärzte-Pflege-Zusammenarbeit um Ressourcen bestmöglich und effektiv zu nutzen, ggf. Anstellung von Physician Assistents zur Entlastung - geregelte Arbeitszeiten - Forschung/Lehre/Fortbildungen sind Arbeitszeit - Berufsanfänger werden über mehrere Wochen/Monate eingearbeitet - freundliches, unterstützendes Arbeitsklima, auch interdisziplinär
1042	Weniger Dienste, mehr OP Kapazität, mehr Ärzte
1044	.
1045	Ich habe aktuell eine super Stelle gefunden. Mein Chef gewährt Teilzeit, Weiterbildungstage in größerem Umfang (nach Absprache), flexible Arbeitszeiten, Weiterbildung nach individuellen Wünschen (OP, Sprechstunde möglich, je nach Interesse zukünftig auch selbstständig), gute Einarbeitung vom Chef persönlich. Verbesserungswürdig wäre, dass man mehr Zeit für den einzelnen Patienten hat. Ansonsten hat sich schon viel für mich verbessert im Vergleich zu vergangenen Stellen.
1046	Faire Aufgabenverteilung (Rufdienste übernehmen Arbeit, falls notwendig), Bezahlung nach Leistung (nach gearbeiteten Stunden und Pausenzeiten werden nur abgezogen, sofern eine Pause eingelegt werden konnte), Freizeitausgleich, Vertretung bei Krankenstand
1047	Mehr Personal und damit verbunden weniger Dienstbelastung und Arbeitsbelastung, sowie mehr Zeit für Weiterbildung
1050	Mehr Personal = weniger Dienstbelastung und niedrigere Arbeitsverdichtung
1057	Weniger Dokumentation, mehr Zeit für Patienten, mehr Personal.
1061	1 Assistezärzt*in und 1 Facharzt*in auf jeder Station, mehr Pflegepersonal, mehr Therapieangebote für Patient*innen.
1069	Weniger Überstunden bzw. freie Wahl, Überstünden ausbezahlt zu bekommen oder Freizeitausgleich zu nehmen
1071	Es müsste sich ändern, dass nicht verlangt wird, dass man drei Arbeitsplätze voll auszufüllen hat, sondern dass man dafür irgendeine Entlastung bekommt.
1073	Bezüglich des Publikationsdrucks sollte von der Universität die Routine-Belastung berücksichtigt werden. Das Wissenschaftszeitarbeitsgesetz sollte vielleicht überdacht werden.
1074	mehr Personal, bei der Pflege + Ärzten

1077	Bessere Vereinbarung von Familie und Beruf, Kinderbetreuung nahe der Arbeit/Betriebskita, regelmäßig Pausenzeiten, flexiblere Arbeitszeiten für Teilzeitkräfte bzw. Pünktlicher Feierabend zu kitaschließzeiten, verlässlicher Rotation und Einteilung
1078	Abbau von Bürokratie und Dokumentation, Abbau von Aufgaben die in den meisten anderen Ländern von der Pflege übernommen werden, Abbau von dem massiven finanziellen Druck der die Kapazitäten dauerhaft bis an den Rand treibt
1079	In der Praxis habe ich gute Arbeitsbedingungen und hatte eine sehr gute Einarbeitung. Früher in der Klinik war beides nicht der Fall. Im Moment stört mich vor allem der Dokumentationsaufwand.
1082	gute Einarbeitung, weniger Bürokratie, bessere IT, bessere Strukturen und Abläufe
1083	Aktuell passt alles
1085	Mehr Personal
1088	Mehr ärztl. Kollegen, Anerkennung der Leistungen durch die Chefetage, Zusagen hinsichtlich Weiterbildung einhalten, mehr anbieten, Zeiten schaffen für Weitrbildung/Fortbildung
1092	Bessere Elnarbeitung und bessere PErsonaldecke
1097	mehr Zeit pro Patient, flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten
1098	- überhaupt sollte die Dokumentation von Überstunden gestattet werden - 1 bis 2 Assistenzarztstellen mehr würden ausreichen, damit jeder seinen operativen, klinischen und wissenschaftlichen Interessen nachgehen könnte, ohne dabei zu befürchten die Stationsarbeit und -visite im Feierabend machen zu müssen
1101	Bessere fachärztliche - oberärztliche Betreuung. mehr Weiterbildung/Ausbildung - nicht Learning by doing bessere Personaldecke
1102	Adäquater Freizeitausgleich fuer geleistete Dienste
1106	Mehr ärztliches Personal, Abschaffung 24-stunden-Dienste, Ausgleich jedes gearbeiteten Wochenendtages mit einem freien Tag unter der Woche, max. 2 Wochenenden im Monat, mentale Öffnung für Teilzeit auch in der Chirurgie!!
1107	-
1110	Pause, weniger patienten pro Arzt oder bessere personelle Besetzung, pünktliches Arbeitsende
1112	mehr Zeit für Patienten und Weiterbildung, mehr Fokus beim lernen
1114	Bezahlung muss tarifgerecht sein, Haus ist nicht an Tarifverträge gebunden. Bereitschaftsdienste müssen besser bezahlt werden, aktuell mehr als untertariflich. Überstunden fallen an, weil zuviele Kolleginnen in Teilzeit arbeiten und man als Vollzeitkraft nicht genügend Ressourcen hat um deren Arbeit mit zu erledigen. Überstunden müssen konsequenter dokumentiert werden und Arbeitgeber müssen bei Verstoß härter sanktioniert werden.
1122	Mehr Personal, bessere Planung von Funktionszeiten etc. für die Aus- und Weiterbildung und mehr aktive Ausbildung (Bedside-Teaching, Seminare etc.)
1125	Bessere Strukturierung der Abläufe Angemessene Einarbeitung für Neue Keine Arbeit mit nach Hause nehmen
1126	Möglichkeit der (Eltern-)Teilzeit unabhängig von der bisherigen Qualifikationen/Verweildauer in der Abteilung, besserer Personalschlüssel.
1128	Mehr Personal, bessere Räumlichkeiten
1132	Mehr Lehre durch Vorgesetzte Offener es miteinander
1135	Dienstplangestalung mit Kontinuität an Fach-/ Oberärzten damit eine bessere Ansprechbarkeit gegeben ist
1137	Unkompliziertere Dokumentation von Überstunden
1139	Aktuell katastrophale Geschäftsführung die Stellen streicht und das Arbeitspensum über den Rand der Legalität erhöht.
1140	rundum zufrieden
1141	Ich habe Glück und kann mich bisher nicht beklagen (extrem gute Einarbeitung, vor drei Monaten in der Anästhesie begonnen).
1142	Mehr Kollegen im Assistenzarzt- und Facharztbereich, damit neue Kollegen gut eingearbeitet werden können und die reguläre Arbeit gut abgearbeitet werden kann
1143	Mehr Assistenzärzte einstellen. Aktuell sind wir 4, ab April nur noch 3, die Bereitschaftsdienste abdecken. Dazu kommen noch 2 Fachärzte die gelegentlich einen Dienst mit übernehmen, sodass wir auf 6-7 24h-Dienste pro Monat kommen. Vorausgesetzt es wird niemand krank oder fällt anderweitig aus.
1144	geregelte Arbeitszeiten keine unbezahlten Überstunden geregelte Pausenmöglichkeit Während der Zeit als Ärztin in Weiterbildung Zeit für Recherche und Weiterbildung auch

	während der regulären Dienstzeit!! geregelte und gesicherte Möglichkeit zur handwerklichen Weiterbildung (Abdomenschall, TTE etc)
1148	Es sollte vermehrt Regularien geben. Z.b. maximale Patientenanzahlen pro Behandeldem. Z.b. Stellenschlüssel der Notuaufnahme angepasst
1149	Einhalten der Arbeitszeiten, schaffbare Arbeitsaufgaben und klare Arbritsbereiche
1150	Reduktion des bürokratischen Aufwandes Digitalisierung Konsequente Anerkennung von Überstunden auch auf Fremdrotationen Fortbildungsfrei tatsächlich einhalten und fördern Schlichtweg mehr Pflege- und ärztliches Personal
1156	Weniger Überstunden durch besseren Ärzteschlüssel Bessere Ausbildung (mehr konkrete Anleitung, individuelle Betreuung, Fortbildungshinweise)
1163	OP-Wechselzeiten sollten nicht wichtiger sein als die Ausbildung. 24h-"Bereitschaftsdienste" sollten konsequent abgeschafft werden und in ein Schichtsystem überführt werden, welches die tatsächliche Arbeitsbelastung adäquat abbildet
1165	1. Ausbildung: ich arbeite alleine mit 15 Patienten ohne Ass.Kollegen in der Akutversorgung, der Oberarzt ist mangelhaft erreichbar, dann meist genervt, fachliche Informationen und praktische Ausbildungshilfen / Anleitung bei der Arbeit erhalte ich selten (Sono/Punktionen unter Anleitung) 2. respektvoller Umgang: Umgangston ist unterirdisch. die Oberärzte lästern offen über ihre Assistenten, vor allem nach Rotationen 3. sinnvolle Arbeitsverteilung: bin in Teilzeit, bekomme aber (auch nach wiederholter Ansprache bei Ober-/Chefarzt) die volle Arbeitsbelastung 4. Teamarbeit: aus meiner Studienzeit kenne ich ein anderes Arbeitsmodell, es arbeiteten 2-3 Ärzte auf einer Station zusammen und man teilte sich die arbeit fair untereinder auf
1167	toxische OÄ entfernen , Ausbildung auch wirklich durchführen und nicht nur bescheinigen, transparente Arbeits- und Urlaubszeiten
1174	mehr/bessere Weiterbildung, Einhaltung von Pausenzeiten, Dokumentation /Anerkennung von Überstunden, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
1178	Mehr Personal
1179	Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollte als normal gelten.
1182	- Teilzeit/Elternzeit ohne schlechtes Gewissen - digitale Dokumentation der Arbeitszeit mittels "Stempelkarten"
1183	andere Politik seitens der Klinikleitung, Anerkennung von gerechtfertigter Mehrarbeit / Überstunden ohne Diskussion
1185	Vollständige und lückenlose Arbeiszeitdokumentation am besten via Chipsystem.Überstunden Anerkennung und ausgleich. Bessere Organisation der Weiterbildung.Flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeitszeiten.
1188	- alle Überstunden werden elektr. erfasst aber nicht automatisch genehmigt, Genehmigung ist abhängig vom Chefarzt d. Abteilung --> automatische Genehmigung aller Überstunden - frühzeitige Bekanntgabe des Rotationsplans um Urlaubsplanung zu gewährleisten - Förderung der prakt. Weiterbildung (sonos.... aktuell werden die Richtzahlen nicht eingehalten!) - Entlastung des Dienstsystems mit Einhaltung der Ruhezeiten - finanz. Förderung von Weiterbildungen
1204	Modernere Technik; Entlasstung des ärztlichen Personals durch Hilfskräfte; tatsächliche Betreuung während der Forschungsarbeit; abwechslungsreichere Rotation (z.B. sollte man bei 24 Monaten Vertragslaufzeit nicht 18 Monate auf der Stroke Unit verbringen).
1205	Besetzung aller offenen Stellen, Einhaltung eines Curriculums und nicht alle 3 Monate ein neues Dienstmodell (z.T. aktuell Corona-bedingt)
1206	Abdeligieren von Aufgaben wie Blutentnahmen und kapillären BGAs sollte möglich sein und nur zu einem geringen Prozentsatz von Ärzten durchgeführt werden. Verbesserte IT-Systeme ohne lange Wartezeiten beim Öffnen von Seiten der elektronischen Patientenakte. Kostenloses Wasser (Getränke) für Mitarbeiter. Einhaltung der Pausenzeiten sollte möglich sein. digitale Arbeitszeiterfassung. Bessere Personalabdeckung die auch Urlaube und Krankheitsausfälle halbwegs abdecken kann.
1210	- mehr Mitarbeiter - faire Überstundenregelung -mehr Zeit für Patienten - Entprivatisierung der Krakenhäuser

	- das DRG System - ein Krankenhauskonzern sollte keine + Bilanz haben sollen - faire Verteilung der Löhne - Arzt und Pflegenahe Geschäftsführung
1211	Der Bettenmangel aufgrund zu weniger Pflegekräfte muss behoben werden. Entlastung von bürokratischen Tätgikeiten ist dringend erforderlich.
1212	Strukturiertes Weiterbildungsprogramm (Lehrvisiten, Rotation in die Funktionsabteilung, regelmäßige Fortbildungsveranstalgungen), weniger Patienten pro Arzt, längere Liegezeiten dadurch weniger Durschschleusen/Entlassungsdruck
1213	Mehr Zeit für Patienten, mehr Möglichkeiten zum Mitgestalten, ausreichende Möglichkeit zur Dokumentation und Nehmen der Überstunden, deutlich mehr Möglichkeit zur Weiterbildung und zur Forschung.
1214	Mehr Zeit und Wertschätzung für Fortbildungsmöglichkeiten
1222	Entlastung des sehr knapp bemessenen Dienstsystems.
1223	Bessere Vergütung der Dienste, Breitere Personaldecke, bessere Lehre
1225	Weniger Nachtdienste (aktuell 8 pro Monat)
1241	Besseres Klima, bessere Lehre, bessere Teamführung
1229	Mehr ärztliche Kollegen, mehr Muttersprachler, mehr Personal in der Pflege. Möglichkeit der Fortbildung (festgelegte Zeiten, zu denen KEINE anderweitige Patientenversorgung verlangt wird)
1230	Mehr Personal, ärztlich wie pflegerisch. Möglichkeit von Überstundendokumentation. Weniger ökonomischer Druck.
1231	Weniger Patienten pro Arzt/Ärztin, Einhaltung der Pausen, pünktlich nach Hause gehen können, bessere Teamarbeit durch bessere Arbeitsbedingungen, bessere Betreuung durch Oberärzte und Chefärzte, mehr Personal
1244	Anderes Dienstkonzept Personal für Blutentnahme und Pflege einstellen Mehr Personal in meiner Abteilung
1248	In einem großen Praxisverband klarere Vorgaben an die WeiterbilderInnen und bessere Weiterbildungsstruktur
1249	- höherer Personalschlüssel, um die Dienstbelastung für alle zu reduzieren und Krankheitsfälle abzupuffern - mit mehr Personal könnte evtl. auch das Dienstsystem zuverlässig von 24h auf evtl. 2- oder 3-Schicht-System in der Notaufnahme umgestellt werden - in allen Abteilungen gleiche Möglichkeiten von Anerkennung der Überstunden, aktuell kocht jeder "sein eigenes Süppchen"; dazu gibt es zwar eine automatische Zeiterfassung, Überstunden werden jedoch dadurch nicht automatisch angerechnet
1256	Weniger Patienten pro Arzt
1260	Bessere Arbeitsverteilung, verlässlicher und frühzeitig verteiter Dienstplan, konkretes Mentoring und strukturierte Weiterbildung
1263	Weniger den Schwerpunkt auf Effizienz sondern auf gute Patientenversorgung, v.a. auf der Intensiv- und IMC-Station, zu setzten.
1269	Weniger Bereitschaftsdienste.
1270	Wirtschaftlichkeit darf nicht den Klinikalltag diktieren!
1272	1. Bessere Vergütung 2. Dass die Verwaltung keine Arbeitszeit/ Überstunden unterschlägt 3. Mehr Kollegen, damit mehr als ein Assistent auf einmal Urlaub machen kann und nicht sofort die Bude brennt wenn mal ein Assistent krank ist
1281	Mehr Wertschätzung und Respekt untereinander. Eine geliederte Ausbildung mit absehbaren Stationen und einen Plan für die Facharztweiterbildung
1286	- bessere Strukturierung & Optimierung zur Effizienz der täglichen Abläufe - deutlich erhöhter notwendiger Personalschlüssel - bessere Strukturierung für Mitarbeiter in Teilzeit
1291	Mehr Assistenten (durch corona wurde ein Einstellungsstopp eingeführt) mehr Oberärzte/ Oberärztin die bereit sind Zeit ins Teaching zu investieren oder paar Stunden/ Woche dafür frei gestellt werden
1292	Mehr Personal, sowohl pflegerisch als auch ärztlich. Weniger Patienten pro Arzt. Weniger Bürokratie.
1293	Nichtärztliche Tätigkeit (faxen, Befunde anfordern etc. muss wegfallen), unnötige Notfallpatienten müssen sich deutlich reduzieren (gefühlt sind 70% keine Notfälle, viele geben sogar zu, sie wollen nicht so lange auf Termin beim Frauenarzt warten). Abschaffung von 24h Diensten, Abschaffung von unnötiger Arbeit insbesondere nach Dienst /am Wochenende (auch durch das Entlassmanagement...)
1294	Die Zeiten für Weiterbildung /Fortbildung(Vorträge,Demonstrationen)müssten erhöht werden, durch die Pandemie gibt es das so gut wie nicht mehr

1295	mehr Personal, weniger Dienstbelastung, konsequente Einhaltung von Pausenzeiten
1296	Einarbeitungszeit statt sofort 100% Arbeitskraft, konsequente Facharztbetreuung, Lehre statt Entscheidungen ohne Erklärungen, insgesamt mehr Lehre
1303	Besserer Personalschlüssel, mehr Verantwortung für die ärztliche Leitung, nicht die Verwaltung, angemessene Vergütung von Überzeiten, die einfach gestattet und ausbezahlt werden müssen.
1308	Mehr Flexibilität bei Arbeitszeitmodellen
1309	Mehr ärztliches Personal, weniger Bürokratie, mehr Unterstützung seitens der Oberärzte
1310	Verbesserte Strukturen, keine DRG Vergütung mehr, weniger Kostendruck, mehr ambulante Versorgung, weniger unnötige Gastroskopien, Koloskopien und Herzkatheter.
1319	Eigentlich selbstverständlich: Implementierung einer strukturierten Weiterbildung (zum Beispiel und insbesondere durch Funktions-Rotationen), mehr oberärztliche Präsenz und mehr Weiterbildungs-Spirit (insbesondere Abkehr von "what doesn't kill you makes you stronger" in der ZNA), Ermöglichung kurzer abteilungsfremder Rotationen (e. g. Sonographie), bezahlte Fortbildungen, Wahl zwischen Freizeitausgleich und Auszahlung, Dienstplan-Kapazitäten für Betreuung der PJler und Famulanten.
1321	Verbesserung der Organisation der Arbeitsabläufe, eindeutige Ablaufstrukturen, geringere Arbeitsbelastung, mehr Zeit für Patientenbetreuung
1324	Das Arbeitsaufkommen muss der Arbeitszeit entsprechen, so dass man pünktlich nach 8h Arbeit nach Hause kommt und nicht jeden Tag 2-3 Überstunden gemacht werden müssen, um alle Patientin zufriedenstellend behandeln zu können. Dafür bedarf es mehr Stellen. Zusätzlich sollte die Vollarbeitszeit von Ärzten wie in der freien Wirtschaft bei nur 38 oder sogar 35h/Woche liegen.
1327	Besser ausgestattete Arbeitsplätze, klare grubdlegen Strukturierung der Arbeitsabläufe inkl. besserer Einarbeitungszeit, Mehr Fortbildungen in drr Arbeitszeit
1328	Bessere Bezahlung, weniger Dienstbelastung
1332	Wirkliche Bereitschaftsdienste etablieren. Gute und zuverlässige Dienstplanung im Voraus. Überstunden-Abbau möglich machen. Optimierung der Weiterbildung mit ausreichend Zeit für die Lehre...
1333	Mehr Personal, weniger Überstunden, bessere Bezahlung
1340	Für Anfänger sollte eine vernünftige Einarbeitung stattfinden und das Ganze nicht nur 3 Tage sondern mind 3 Wochen um sich vor in die Irtlichen Bedingungen und das Computersystem einarbeiten zu können!! -> am besten wäre es, wenn es verpflichtend wäre eine gute Einarbeitung zu gewährleisten und hierfür ein Nachweis erfolgen müsste! Fehler sollten von Vorgesetzten vernünftig ggü den betroffenen Personen angesprochen werden (und nicht sich in Abwesenheit über dritte beschweren und lustig machen. Sprich: kein Mobbing)-> ich bin der Überzeugung, dass jeder Vorgesetzte (obersrzt und chefärzte) regelmässig eine schulung zum Teammanagement und korrekten Umgang mit Angestellten machen sollten!!! Es MUSS einfacher sein Familie und Berfuf zu vereinbaren!! Es kann nicht sein, dass man plötzlich als Mutter als Ärztin keinen Wert mehr hat und nur noch als lästiges Anhägsel gehandhabt wird, dass man ja nur noch dulden muss, weil halt noch ein rechtskräftiger Vertrag besteht! Wie auch immer man das umsetzten will!? Eine Art bonuszahlung für jeden Teilzeitbeschäftigten mit Kind!? Oder auch hier eine gesetzliche Verpflichtung (wie z.b. die Frauenquote!?) Die Dokumentation von Mehrarbeit sollte vereinheitlicht werden und damit kontrollierbar einfach gemacht werden! Am Besten wären chips mit denen man sich beim Ankommen anmeldet und beim Verlassen der klinik abmeldet mit der Zusatzfunktion angeben zu können, ob man ausreichende Pausenzeiten nutzen konnte oder nicht! Das kann ja gerne auch ein Oberarzt kontrollieren um ggf ein Arbeitszeitmanagement mit einzelnen Ärzten zu besprechen. Aber an der Stelle darf es nicht so laufen, dass man dann noch gesagt bekommt „ausnahmsweise lasse ich das jetzt mal so durchgehen aber nächsten Monat kannste dich ausstempeln und dann wieder an deine. arbeitsplatz gehen!)
1353	Chefarzt und leitender Oberarzt
1358	Eine verpflichtende und geregelte Form der Weiterbildung durch dazu motivierte und zeitlich dafür freigestellte Oberärzte. Damit einhergehend darf die Weiterbildungsbescheinigung nicht etwas sein, dass die Chefärzte gegen die Assistenten benutzen können wenn es Ihnen passt ("Sie haben noch nicht viele Sonographie-Zahlen gesammelt, Sie sollten noch einige Dienste in der Notaufnahme machen") sondern andersherum eine Verpflichtung den Arbeitgebern gegenüber (á la "Ich habe noch nicht genug Sono-Zahlen, ich brauche eine Rotation in die Sonographie"). Und dabei sollen die Fähigkeiten wirklich vermittelt und nicht nur am Ende Dinge bescheinigt werden, die so nicht stattgefunden haben (zum Beispiel Einsatz in der

	Funktionseinheit weil es ein Textbaustein ist den alle Assistenten im Zeugnis bekommen).
1360	Mehr Personal, weniger Bürokratie, weniger Orientierung am Profit, Optimierung der Räumlichkeiten und der PC Verfügbarkeit, der PC Schnelligkeit, mehr Zeit für Fortbildung, mehr Sicherheit
1363	Elektronische Zeiterfassung,
	Keine „schwammigen“ Flexdienste.
1366	Mehr Personal
1369	Mehr Personal, lückenlose Dokumentation von Überstunden/Mehrarbeit ohne Hürden und Rechtfertigung vor dem Chef, digitale Zeiterfassung, Umsetzung des Tarifvertrages, ordentliche Ausbildungskonzepte und Roationen in Funktionsbereiche
1373	keine angeordneten Überstunden durch Überziehen der Nachmittagskonferenz
	Verbesserung der operativen Weiterbildung
1374	Bessere Vergütung der Pädiatrie und entsprechend dem Arbeitsaufwand eingesetzte Personalschlüssel, die dieser Patientengruppe gerecht wird.
1375	Geplante Termine für Patienten, Zeit für Ausbildung, qualifizierteres nicht-ärztliches Personal
1376	Mehr Zeit für Patienten, Pausen, pünktliche Feierabend
1377	Mehr Personal, weniger Dienste, mehr Freuzeitausgleich.
1380	Mehr ärztliches Personal, weniger Dienste, Bereitschaft sollte als das gesehen werden, was es ist, „Bereitschaftsdienste“ im Kreißsaal nachts sind nicht möglich bei der Geburtenzahl und sollten nicht als solches deklariert und bezahlt werden. vereinfachte Beantragung von Überstunden.
1389	Mehr Personal und eine bessere Organisation der Weiterbildung. Mehr Fachpersonal für eine gute Weiterbildung
1388	Bessere Ausbildung. Lediglich eine 40 Stunden Woche. Mehr Gehalt. Weniger Dienstbelastung. Dienste die entsprechend honoriert werden und die nicht als Bereitschaft gelten. Keine Minusstunden nach einem Dienst, weil man nachdem man 16 Stunden gearbeitet hat am nächsten Morgen nach Hause geht.
1392	Mehr Personal und weniger 24h Dienste
1394	Bessere Work life Balance
1409	- mehr Weiterbildung/Teaching/Erklärungen/Diskussionen - bessere Kommunikation von OÄ/CÄ - klarere und vor allem festgeschriebene und sinnvolle Regeln zu Arbeitsprozessen - mehr Effizienz durch weniger handschriftliche und mehrfache Dokumentation
1412	Keine Überbelegung des Hauses
	Backup Dienste für Kompensationsfälle bei Krankheit von Kollegen, die bezahlt werden
1413	Es sollte sich an Gesetze gehalten werden
1415	Schreibtischarbeit verkürzen (Briefe vereinfachen); einfach mehr Personal
	Während der Coronazeit haben wir ein deutlich geringeres Programm mit den gleichn Ärzten das ist ein schönes Arbeitsklima
	Mittagessen /Pause machen sollte mehr etabliert werden
1419	Mehr verpflichtende Digitalisierung im ambulanten Bereich! Viele Chefs investieren nicht im ambulanten Bereich, "da es ja auch so funktioniert". Stichwort Papierakten. Elektronische Vereinfachungen wie die eGk werden zwar groß angekündigt, bis die entsprechenden Updates in den Praxen ankommen, dauert es sicher noch bis 2022 oder länger
1424	Mehr Personal
	Mehr Fortbildung
1427	mehr ärztliches Personal
1429	Anerkennung von Überstunden
1436	bessere Work-Life Balance, Einhalten des Tarifvertrages
1437	Mehr Assistenzärzte bei schwieriger Lage (unattraktive Stadt), weniger "Büro"
1439	Digitalisierung, eigenen PC-Arbeitsplatz, mehr OP-Kapazität
1445	Bessere Einarbeitung, Supervision und Arbeitszeiten (ohne Überstunden faktisch nicht zu schaffen, diese "dürfen/sollten" jedoch nicht gemacht werden lt. Klinikleitung), insbes. durch deutliche Erhöhung der Personalschlüssels zu erreichen.
1450	Mehr Personal, weniger Überstunden, Wertschätzung des Arbeitseinsatzes und nicht Voraussetzung dessen, dass eine 70h -Woche ok ist! Auch mal mehr als ein freies Wochenende im Monat
1458	Gleichberechtigung Mann und Frau, Op Weiterbildung auch in Teilzeit, generell
	Weiterbildung... es sollte klar strukturiert sein und nicht der Willkür und Laune der Kollegen unterlegen sein.
1464	Es muss eine Einarbeitung stattfinden. Personelle Differenzen sollten konstruktiv angegangen werden. Wertschätzung für Geleistetes muss erkennbar sein.
1468	keine 24h Dienste mehr, Schichtdienst
1469	mehr flexible Arbeitszeit, Rücksicht auf die familiäre Situation und v.a. auf die

	Kinderbetreuung -bspw. KiTa bis 16 Uhr geöffnet und daher könnte die Arbeitszeit bis 15 Uhr funktionieren -wird aber nicht genehmigt, da nicht mit den Klinikabläufen kompatibel bzw. es wird nicht versucht das zu vereinbaren...
1473	Mehr Ärzte pro Patient. Weniger Arbeitsstunden
1477	Kollegialeres Miteinander, Führungskräfte mit Führungskrafteignung statt Egomanie.
1482	Corona muss vorbei sein! ;) Digitalisierung vorantreiben, Visitencomputer, elektronische Kurve...
1483	Die Personalabdeckung ist für ein zu niedrigen Patientenaufkommen geplant. Die Personalplanung müsste Springerpositionen für Stoßzeiten insbesondere im Bereich Notaufnahme und Intensivstation einplanen. Die Personalplanung umfasst auch nur die Patientenversorgung. Zusätzliches Personal für Ausbildung ist nicht eingeplant, ob die Assistenten Funktionsdiagnostik machen können wird als Problem der Assistenten eingestuft, wer es nicht schaff arbeite zu ineffektiv. Dies gehört in der Personalplanung berücksichtigt.
1485	Bessere Einarbeitung in neue Aufgaben
1490	Das ethisch-moralische Problem mit kranken Menschen Geld erwirtschaften zu müssen ist teilweise nicht auszuhalten. Auch Personalkosten mit Fall- und Behandlungspauschalen abdecken zu müssen macht die Situation nicht besser. Eine Reformation des Kliniksystems wäre nötig indem die Menschen im Fokus stehen, sowohl Patienten als auch Mitarbeiter & weniger das Erwirtschaften von Gewinnen.
1494	Mehr Personal. Weniger Bürokratie. Stationssekretärin. Besser ansprechbare Oberärzte.
1497	Bessere Wertung des Bereitschaftsdienstes, weniger Arbeitsverdichtung, Halten an festen Zusagen (z.B. 2 NEF-Dienste pro Monat über die Klinik ableisten zu dürfen), den Ausbildungsassistenten während der ITS-Rotation auch wirklich auf ITS belassen und nicht bei Personalengpass sofort in den Saal abziehen. Regelmäßig auch unaufgefordertes Feedback der Verantwortlichen (OÄ, CA) über Management von Patienten und Prozeduren (z.B. Einleitung eines Patienten oder Versorgung eines Akutzuganges auf ITS unter entsprechender Supervison). Regelmäßig Fortbildungen (z.B. auch Kongressteilnahme oder Ultraschallkurse) ermöglichen.
1498	Mehr ärztliches Personal, weniger Bürokratie
1499	Mehr Zeit für den einzelnen Patient, mehr Fortbildungen/Anleitung
1502	Mehr Ausbildung und Supervision durch Facharzt, weniger unnötig komplizierte Mehrfach-Dokumentation, mehr Delegationsmöglichkeiten nicht zwingend ärztlich durchzuführender Tätigkeiten
1503	Weniger Dienste, regelmäßiges Abbauen von Überstunden, kein Löschen von Überstunden
1504	Einhaltung der Arbeitszeit und ggf Gewährleistung von Freizeitausgleich. Weiterbildung ist momentan fast nicht vorhanden.
1510	Weniger Dienstbelastung, weniger Bürokratie
1514	Weiterbildungscurriculum, Standards
1517	Weniger Bürokratie, weniger Hilfstätigkeiten, mehr Zeit für die eigentliche Patientenbetreuung
1520	Auch unproblematisch Funktionsdienst in der Ausbildung
1522	Besetzung der freien Stellen
1523	- Fortbildung - besserer Personalschlüssel - weniger Bürokratie und Entscheidungen durch Personen die nur wirtschaftlich und nicht ärztlich denken
1525	Überstunden anerkennen, keinen Druck aufbauen, keine Überstunden zu machen
1531	Bessere Dienstplanung, mehr Kollegialität der ärztlichen Kollegen, weniger 24h Dienste.
1532	Ergonomischer Arbeitsplatz, Ruhe, Tageslicht, Zeit für seine Arbeit
1533	Grundsätzlich sind die Arbeitsbedingungen bereits gut, nichtsdestotrotz ist die Arbeitsbelastung als Berufseinsteiger einfach hoch, nicht zuletzt aufgrund der Ungewohntheit und fehlenden Erfahrung.
1534	besserer Personalschlüssel, heißt weniger Pat. pro Arzt bessere Rotationsplanung, sichere Ausbildung in Sonographie und Endoskopie
1538	- Konsequente elektronische objektive Zeiterfassung - Bedarfsorientierte Personalplanung - Weiterbildung im Funktionsbereich in der regulären Arbeitszeit - Bürokratieabbau
1539	Mehr Zeit für die Ausbildung und die Patienten. Mehr praktischer Teil anstatt nur Stationsarbeit. Anstelle von 24h Diensten lieber Schichtsystem.
1541	Mehr Personal
1543	Weniger Dokumentation und Bürokratie!!!!! Weniger Patientenumsatz bei immer komplexer werdenden Krankheitsfällen und

	Multimorbiditaet. Vergütung der Supervision die praktisch nicht mehr stattfindet. Mehr Erhlichkeit bei der wirklich abgeleisteten Weiterbildungsinhalte/Zahlen. Zwischen Theorie und Praxis gibt erhebliche Diskrepanzen. Das wirkt sehr unzufrieden stellend. Überstunden werden nicht konsequent registriert. Es ist schwierig. Die Verwaltung hat kein Interesse dieses Problem zu lösen. Weniger Personal bei mehr Patienten. Mich würde Mal die durchschnittliche Liegezeit in der Inneren Medizin im Vergleich zu vor 30 Jahren interessieren. Ich glaube hier würde man sich wundern welch Wunder immer weniger Ärzte bei einem immer mehr zunehmendem Patientenumsatz leisten. Wie die Qualität der Behandlung aussieht ist eine ganz andere Frage. Ich zumindestens weiss am Ende der Woche oft nicht mehr wie die Patienten Anfangs der Woche noch alle hießen weil man fast 2,5mal die Station auswechselte. Das ist beängstigend, scheint aber nicht nur mir so zu gehen sondern auch vielen meiner Kollegen.
1546	Überstundendokumentation,
1549	Ehrliche Stundenerfassung und Vergütung, dann wäre die Einstellung zusätzlichen Personals für den Arbeitgeber attraktiver.
1552	weniger Stunden/Woche arbeiten
1557	mehr Personal in allen Abteilungen. Fair bezahlte Bereitschaft
1558	mehr ärztliches Personal, Entlastung des ärztlichen Dienstes von noch mehr Bürokratie etc., schnellere Digitalisierung, mehr Rotationen in die Funktionsabteilungen
1562	Bessere Weiterbildung: mehr Fortbildungen, Fallbesprechungen und einen Rotationsplan.
1570	Vor allem mehr Personal (ärztlich und pflegerisch)
1571	Nicht dauerhaft alleine 16 Stundendienste machen mit nur telefonischer Supervision. Mehr Einarbeitung bzw. Erklärungen und durchführen von eigenen Tätigkeiten. Bessere Bezahlung und Überstundenentgeltung.
1573	Anerkennung von notwendigen Fortbildungen
1577	objektive Zeiterfassung (nicht vorhanden) sehr viel mehr Personal keine Arbeitszeiten die länger als 8 Stunden gehen keine 24h+ Dienste
1578	Mehr Assistenzärzte in jeder Abteilung der Inneren Medizin und Reduktion der Patientenzahl pro betreuendem Assistenzarzt. Mehr Zugang zu Funktionsdiagnostik. 100 % Vollzeit sollte regelhaft 8 Arbeitsstunden und nicht 10 oder gar noch mehr bedeuten! Bei Stationen mit Elektivaufnahmen maximal 2 Zugänge pro Assistenzarzt pro Tag.
1579	politik muss den richtigen rahmen liefern, damit kliniken nicht zu wirtschaftszentren weiter umgestaltet werden
1582	Individuelle Weiterbildung, auch bei Assistenzärzten in fortgeschrittener Weiterbildung. Mehr Akzeptanz von Teilzeitstellen, Ausbau des Angebotes für Teilzeitstellen.
1583	Mehr Personal (aktuell zu viele offene Stelle), bessere Zusammenarbeit zwischen den Fachrichtungen
1585	Mehr Ausbildung, mehr Zeit für Patienten, weniger achten auf Geld
1586	Vergütung der tatsächlichen Arbeitszeit (ob mit Gehalt oder Überstundenfrei ist egal). Wertschätzung der Tätigkeit und bessere Einarbeitung in verschiedenen Bereichen.
1587	Weniger Hierarchie, weniger bzw. Effektivere Dokumentation. Mehr Digitalisierung
1589	Personelle Besetzung der Oberärztinnen und Assistenzärztinnen
1593	Ausreichend Personal, v.a. Fachärzte! Fachärzte werden nicht gehalten und diese dann durch Berufsanfänger frisch von der Uni kommend ersetzt. Eine strukturierte Weiterbildung, die in die Arbeitsaufteilung fest integriert ist.
1602	Mehr Personal, bessere Einarbeitung und Zeit für Weiterbildung, Möglichkeit der Notierung von Überstunden
1607	Die Kommunikation im Team solle sich verbessern und ich würde gerne echte 50% mit 20 Wochenstunden arbeiten und nicht deutlich mehr durch die Dienste.
1611	-
1613	Mehr Personal, sowohl in Pflege als auch im ärztlichen Dienst
1615	- Bereitschaftsdienstzeit als Arbeitszeit mit regelmäßigem Ausgleichsfrei (auch bei weniger Verdienst) - höherer Personalschlüssel, damit regelmäßig mehr Zeit für Einarbeitungen/Teaching besteht (aktuell nur an "guten" Tagen möglich)
1617	Mehr ärztliches Personal einstellen. Einen Ärzteschlüssel (in Anlehnung an den Pflegeschlüssel) einführen. Abrechnung über DRG System muss verlassen werden. Der Fokus muss weg von Ökonomisierung und "schwarzen Zahlen schreiben", zu mehr patientenorientierter Arbeit. Die Medizin ist einer der wenigen Bereiche, die auch rote Zahlen schreiben können sollen.
1620	- mehr Personal

	- attraktiveres Arbeitszeit Modell - Entlastung bei nicht ärztlichen Tätigkeiten - weniger Konkurrenz, mehr Gemeinschaftsgefühl
1625	Mehr Personal, Schichtdienst oder weniger zu betreuende Patienten
1629	Bessere Weiterbildung durch Oberärzte. bessere Einarbeitung für neue Kollegen auch durch Oberärzte (Einarbeitung erfolgt aktuell primär durch selbst unerfahrene Kollegen). Mehr praktische Anleitung Bessere Ansprehbarkeit und Präsenz der Oberärzte auf Station
1630	Einfach alles!!!
	Von den Arbeitsbedingungen, über hierarchische Strukturen hin zu Arbeitsbelastung und Wertschätzung!!! Wenn sich dieses System nicht bald ändert wird es mit Ansage und vollem Tempo gegen die Wand fahren- und das zu Recht!!
1631	mehr Assistentenstellen, mehr Anerkennung für die geleistete Arbiet
1632	Mehr begleitetes Praxislernen mit Erfahrenen/Oberärzten
1633	Mehr Wertschätzung durch den Arbeitgeber, bessere Personalstrukturen
1635	Mehr Arbeitsplätze für Ärzte, elektronische zeiterfassung
1640	Flachere Hierarchie zwischen OÄs und AÄs Weniger Bereitschaftsdienste, die besser bezahlt werden.
1641	mehr gut ausgebildetes und engagiertes Pflegepersonal wäre eine Arbeitserleichterung.
1647	Einhaltung der Pausenzeit, insb. kein Telefon!!!
1652	Digitalisierung, respektvollen Umgang
1656	Mindestens eine Vollzeitkraft assitenzärztlich mehr. In bestimmten Bereicchen ist man jeden Tag überplant. Mindestens eine Teilzeitkraft mehr Fachärztlich damit Station und Sprechstunde einen Ansprechpartner im Tagesprogramm haben, der nicht erst woanders abgezogen werden muss.
1658	Besseres Arbeitsklima. Bessere Planung. Gerechtere Verteilung (z.B. von Gutachten)
1661	- Der Arzt-Patienten-Schlüssel müsste reduziert werden. Bei uns betreut ein Arzt auf der Stroke bis zu 14 Patienten und meistens sind mindestens 13 Betten belegt + bis zu 6 Patienten auf der Post-SU (hier liegen meistens max. 3 Patienten). Dazu betreuen wir zu Dienstzeiten (so also u.a. über das gesamte Wochenende) alle neurologischen Notfälle, die eine Durchblutungsstörung haben könnten + den Schockraum. Man wird keinem Patienten gerecht. Bei uns ist pro Schicht nur ein Arzt eingeteilt. - Die Oberärzte, die Hintergrund haben, sind nicht im Haus und teilweise auch nicht immer telefonisch erreichbar -> Die Betreuung müsste besser sein. Auch zum Schutze der Patienten. - Die Arbeitsbelastung/zeiten müssten reduziert werden: z.Bsp. arbeite ich diesen Monat innerhalb von 19 Tagen an 15 Tagen. Oftmals liegen zwischen den einzelnen Schichten nur ein paar Stunden, ich habe -bis zu meinen Urlaub- keine 2 Tage am Stück frei. Pro Schicht ist man mindestens 8.30 h am arbeiten, meistens 9.30 h und mehr, eig. immer ohne Pause. Bei der fehlenden Erholung ist man nicht in der Lage immer 100% zu geben.
1663	Weniger Dienste, längere Einarbeitung, mehr Teaching durch Oberärzte. Dauerhaft gute Personalbesetzung. Zeit für Weiterbildung während Arbeitszeit.
1671	Es sind gute Arbeitsbedingungen, flache Hierarchien, gute Kommunikation im Team. Bessere interdisziplinäre Kommunikation wäre wünschenswert. Arbeitsbelastung im „Bereitschaftsdienst“ liegt jedoch regelhaft > 70%, oft bei 100%. Da müsste man umstellen oder entsprechend mehr zahlen.
1672	Augenhöhe, Kommunikation/Gesprächskultur/Feedback, Interesse, Einarbeitung
1674	-mehr Unterstützung und direkter Kontakt bei rechtlichen und organisatorischen Fragen (z.B. zählt der Dienst, den ich mache als Bereitschaftsdienst und ist es dann gestattet "tatsächliche Arbeitszeit" speziell im Sinne von Dienstarztkontakten zu planen bzw. wird das entsprechend vergütet) [bessere Rechtsberatung, -übersicht] -gut ausgebildete Kolleginnen und Kollegen, die nicht völlig verschüchtert von den Mühlrädern der Universitäten kommen [Bildungs(stätten)reform] -wenn die Budgetverhältnisse nicht den allgemeinen Ablauf (Personal, Materialien, Angebot,..) bestimmen, sondern das Budget dem Nutzen angepasst wird [Entkapitalisierung] Damit hört es noch lange nicht auf, aber ich denke, dass dies keine verblüffenden Neuigkeiten darstellen..
1675	angemessene Vergütung der Dienste
1679	Bessere Vergütung, insbesondere von Bereitsschaftsdiensten/Extrastunden und den Wochenenddiensten, bessere Besetzung auch am Wochenende, in Spät&Nachtschicht, weniger Druck durch das DRG-System, bessere Weiterbildung mit regelmäßiger

	Funktionszeiten am Tag
1684	Mehr Personal, weniger Bürokratie, mehr Anerkennung
1685	ES sollte eine strukturierte Weiterbildung geben. Das meiste habe ich durch learning by doing mir beigebracht.
1688	Mehr Personal, damit mehr Zeit für Patienten und Erledigung aller Aufgaben bleibt, Pausen regelhaft genommen werden können und auch im Krankheitsfall keine übermäßige Mehrbelastung eintritt.
1691	- deutlich weniger "nicht ärztliche" Tätigkeiten, aktuell verbringe ich täglich viel Zeit mit Blutentnahmen, Zugänge legen, Befunden hinterhertelefonieren, Termine vereinbaren, Dokumente scannen, Geriatrieplätze suchen usw., dafür mehr Zeit für die Patient*innen - bessere ärztliche Personaldecke, mehr Zeit für eine GRÜNDLICHE Einarbeitung der neuen Kolleg*innen - Teaching nicht nur "on-top" und immer mit dem Gefühl, die Zeit hinterher sicher länger bleiben zu müssen - genug Computerarbeitsplätze für die Anzahl der Ärzt*innen (aktuell 2 für 3 Ärz*innen und einen PJler in einem 3 qm großen Raum)
1692	Ich würde mir wünschen, dass mehr Zeit der Arbeit am Patienten selbst und weniger am Telefon und am PC besteht - in der Inneren Medizin ist dies aber ein wohlbekanntes Problem.
1694	Weiterbildung in Teilzeit ermöglichen. Weiterbildungsabschnitt Intensivmedizin wird ausnahmslos nicht in Teilzeit gestattet, trotz Kindern. Mir bleibt nur ein Klinikwechsel um den Facharzt zu erreichen. Arbeitsverträge über gesamte Facharztausbildung. Nicht nach einer Schwangerschaft plötzlich nur noch einen Jahresvertrag zu erhalten.
1697	Mehr Feedback und teaching, mehr Personal (2. Assistent) in den diensten
1706	Weniger Patienten pro Arzt
1712	Mehr Gleichberechtigung von Eltern, bessere Planung von Elternzeit und wie man sie für die Karriere nutzen kann, transparente Strukturen ("wer wird gefördert?"), strukturierte Ausbildung
1713	Bessere Personalbesetzung, zeitlicher (!) Ausgleich von Überstunden
1714	Momentan kam es zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch mehr Personal, bessere ERfassung der Überstunden und Gewährung von Freizeitausgleich. Dadurch kommt es jedoch zu weniger Zeiten im OP. Teilweise ist die Organisation der Abteilung schlecht, was zu Überstunden führt. Generell ist bei uns das Dienstplanmodell sehr schlecht und undurchsichtig.
1715	Mehr Personal an Ärzten und Pflegekräften. Mehr Fortbildung. Mehr Teamevents.
1720	Mehr Weiterbildung, Fortbildung
1722	echte elektronische Zeiterfassung, strukturiertere Weiterbildung
1732	Möglichkeit der Dokumentation von Überstunden. Sicherstellen der Rotatitionszeiten. Ruhigere Arbeitszimmer mit weniger KollegInnen. Individualisierte Weiterbildung/regelmäßige Weiterbildungsgespräche
1735	Weniger Dienste Bessere stationsbesetzung Geplante Weiterbildung zB in Form einer Rotation in die Funktionsabteilung und Endoskopie
1736	Mehr Personal (pflegerisch und ärztlich) Bessere / neue IT-Infrastruktur und bedienerfreundlichen Benutzungsprogramme mit tatsächlich weniger Dokumentationsaufwand.
1739	Bessere Entlohnung der Bereitschaftsdienste Klare Zuständigkeiten Bessere Kommunikation
1740	- Reduktion Patientenzahl oder mehr Unterstützung durch zuständigen Facharzt
1741	Die Personaldecke ist so dünn, dass es mir unmöglich ist, die Art von Medizin zu machen, die ich für richtig halte und gleichzeitig noch ein erfülltes Privatleben zu haben. Aus meiner Sicht bleibt insbesondere aufgrund des Arzt-Patienten-Schlüssels, der kurzen Liegezeiten und des hohen bürokratischen Aufwands jene Zeit auf der Strecke, die für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung nötig wäre. Dadurch fehlt aber die Voraussetzung für eine gründliche Anamnese, für eine fundierte Aufklärung über die Krankheit sowie die therapeutischen Optionen, für eine Ausnutzung des Placebo-Effekts und letztlich auch für eine informierte Entscheidungsfindung des Patienten/ der Patientin. Außerdem mangelt es an Zeit, um in Ruhe Vorbefunde durchzusehen, die aktuelle Medikation kritisch zu hinterfragen oder auch nur über das Gelernte und Geschehene zu reflektieren.

	Vielleicht sind meine Ansprüche an eine gute Patientenversorgung zu hoch, denn wollte ich ihnen gerecht werden, müsste ich so viel Zeit in der Klinik verbringen, dass ich die Beziehung zu meiner Frau und meinem Kind aufs Spiel setzen würde. Das sind sicher alles keine hausspezifischen Probleme, vielmehr liegen sie wohl in einem System begründet, welches die Gesundheitsversorgung mehr und mehr dem Diktat der Profitgenerierung unterwirft. Niemand erwartet von der Feuerwehr, der Müllabfuhr oder dem Wasserwirtschaftsamt, Profite zu generieren und ihr Handeln vordringlich an ökonomischen Kriterien auszurichten. Durch die neoliberale Politik der letzten Jahrzehnte haben wir aber ein Gesundheitssystem, in dem alles bezahlt wird, was mit reinstechen, rausholen und Medikamente geben zu tun hat, und nichts, das auf sprechen, erklären und Beziehungsaufbau beruht. Wir leben in einem System, in dem nicht genug Geld vorhanden ist, um eine ausreichende Personalausstattung in Kliniken zu gewährleisten, aber immer genug, um all die Banken und Großkonzerne zu subventionieren, welche systematisch unsere Lebensgrundlagen zerstören. Ich werde versuchen müssen, eine Nische zu finden, in welche dieses System noch nicht so weit vorgedrungen ist, dass es das meiste von dem zerstört hat, was den Arztberuf für mich attraktiv macht.
1744	Bezahlung und Anzahl der Bereitschaftsdienste; Einhaltung des Arbeitszeitschutzgesetz und Kommunikation mit den Mitarbeitern
1756	Möglichkeit von Gleitzeiten oder Anerkennung von Überstunden. Mehr Lehre auch für Assistenzärzte.
1759	Freizeitausgleich statt bezahlte Dienste. Im Arbeitsvertrag stehen 40 h pro Woche, durchschnittlich verbringe ich eher 60 Stunden in der Klinik - opt aut sei dank, alles legal.
1765	Mehr Assistenzärzte
1767	Elektronische Zeiterfassung, klare Organisation von Zuständigkeiten und Abläufen
1769	Weniger Überstunden, ausreichende Pausen, Änderung der Visitendienstregelung am Wochenende damit man nIch mehr 12 Tage am Stück arbeiten muss.
1770	Wertschätzung des Arbeitgebers, Reduzierung der Arbeitsbelastung
1779	Reduktion von Bürokratie, nicht immer neue Aufgaben schaffen, sondern auch mal "alte" Aufgaben reduzieren/abschaffen, stattdessen kommen ständig neue Anforderungen hinzu Übernahme von nicht-ärztlichen Tätigkeiten durch Gehilfen (Dokumente anfordern, anlegen, Terminvergaben, Untersuchungen anmelden) Digitalisierter Arbeite
1783	- Etwas mehr Ärzte, auf die sich die Dienste verteilen - Mehr Berücksichtigung, dass an Universitätskliniken auch Personal für Studentenunterricht/Lehre bereitstehen muss. Dies kann nicht "einfach so nebenbei" laufen. Man kann nicht Seminare machen und Studenten unterrichten und nebenbei komplette Sprechstunden betreuen.
1785	mehr Zeit für den einzelnen Patienten, ausgereifteres EDV-System - damit weniger administrative Zeit
1794	Mehr Einarbeitung/ Anleitung durch Oberarzt, mehr Präsenz von Oberärzten auf Neo Intensiv va am Wochenende
1801	Ausreichend Personal, damit auch ärztliche Weiterbildungen u.a. auch apparativer und Invasiver Maßnahmen erfolgen können und nicht nur ein Minimum an Personal zur Grundversorgung der Patienten.
1803	Mehr personal, weniger Bürokratie und bessere Informationen für Arbeitgeber zum Anspruch von Zusatzvergütungen etc., Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, Reduktion der Dienstbelastung und des Arbeitspensums
1807	mehr Kollegen einstellen Kammer müssten Ausbildungszeit in Rehaeinrichtungen wieder anerkennen.
1808	Zusätzliche Assistenzärzte einstellen
1809	Mehr Kleiderschränke zum Sachen aufbewahren. Besuchsregelung für Patientenangehörige wie zu CoronaZeiten - mehr Transparenz und Ordnung für unser Personal
1810	Arbeitspensum an personelle Situation anpassen
1825	Bessere Organisation und Struktur der Aufgaben. Weniger Denken wie "das haben wir damals auch so gemacht". Nur weil etwas schon immer schlecht war bedeutet es nicht, dass es für immer schlecht bleiben muss.
1826	-mehr Personal. -Patientenwohl vor Kostendruck. -vollständige Dokumentation und Bezahlung der Arbeitszeiten, ohne dass man sich für Überstunden rechtfertigen muss/sie nicht anerkannt bekommt (weil der Chef dann Probleme

	mit der Geschäftsführung bekommt). -die Möglichkeit haben, auch in Zeiten der Coronapandemie eine Schwangerschaft bekannt geben zu können und trotzdem weiterarbeiten zu dürfen (bei uns momentan striktes Beschäftigungsverbot ab Bekanntgabe der Schwangerschaft -mehr Zeit für den Patienten!!!
1827	Mehr ärztliches und pflegerisches Personal, damit man mehr Patienten in ausreichendem Maß Fürsorge zukommen lassen kann und man außerdem nicht Zeit verschwendet, in der man einen Auftrag an die Pflege wieder und wieder verteilen muss, weil alle bereits Aufgaben zu erledigen haben und sich so Aufträge aufschieben oder in Vergessenheit geraten. Dadurch Frust, der potentiell an Pat. ausgelassen werden könnte (zum Beispiel inkontinente Pat.) vermieden werden kann und jeder gerne seine Arbeit macht.
1828	Erfassung und Ausgleich (Freizeit/Bezahlung) von Überstunden für Assistenzärzte, mehr/besser Lehre durch die Oberärzte, mehr/längere Einarbeitung anstatt direkt ins Kalte Wasser geschmissen zu werden, bessere Bezahlung (generell und der Bereitschaftsdienste), Möglichkeit der Hospitation im OP (es geht mir gar nicht ums selber operieren, sondern einfach selbst mal zu sehen worüber man die Patienten tagtäglich so aufklärt)
1830	Aufhebung des Verbotes der Dokumentation von Überstunden/ Aufhebung der Ignorierung dokumentierter Überstunden Auch 12-Stunden-Dienste in der Woche, und nicht nur am Wochenende Bessere Ausbildung
1832	bessere Fehlerkultur, bessere Einarbeitung, klarere STrukturen
1834	- Gleitzeit für Eltern mit Kindern da Kindergärten oft nicht früh genug geöffnet haben und es morgens sowieso stressiger ist. - flexibler in den bisherigen Strukturen - muss Visite immer direkt morgens sein?
1836	Ich bin zufrieden mit den Arbeitsbedingungen. In manchen Monaten ist der Dienstplan etwas anstrengender und mit mehr Nacht und Bereitschaftsdiensten und wenigen Regeldiensten, was jedoch bereits in Änderung ist.
1843	Alle Stellen die frei werden nachbesetzten. Insbesondere. mehr Pflegepersonal in der Notaufnahme und auf den Stationen
1855	Zeit für Trinkpausen oder auch Toilettenpausen. Bürokratische Aufgaben müssen reduziert werden, eine Stationssekretärin würde wahrscheinlich schon viel helfen. Blutabnahmedienst, damit man damit nicht auch noch wichtige Zeit vor der Visite verliert. 2 Assistenzärzte pro Station.
1861	Mehr Lehre, Rotationen und Zusammenarbeit mit anderen Kliniken
1870	Weniger Zusatzdienste
1873	Die Basis Ausbildung der Assistenten muss deutlich besser werden. Kollegen müssen bessere Qualifikationen haben, eine Basisausbildung entsprechend dem Stand einer deutschen Medizin Uni und schlussendlich sollten Kollegen in gleichem Weiterbildungsjahr gleiches Können und Wissen haben
1876	Weniger nichtärztliche Tätigkeiten Volle Anerkennung der Überstunden und Bereitschaftsdienste, ins. weniger Dienste strukturierte Anleitung im Stationsalltag
1896	Weniger Dienste, weniger Überstunden, mehr Personal
1917	strukturierte Weiterbildung, Rotationsplanung
1921	Weniger Patientendurchlauf, bessere Kommunikation, flachere Hierarchie
1931	In der Praxis arbeitet man oft „umsonst“, wenn Patienten häufiger als einmal pro Quartal kommen. Da werden Leistungsziffern pauschal abgezogen. Da muss sich etwas grundlegend ändern, sonst werde ich die Anstellung einer eigenen Praxis vorziehen.
1934	- Einhalten der gesetzlich vorgeschriebenen Pausen- und Arbeitszeiten - Anrechnung aller Überstunden - Wegfall der Notwendigkeit, Überstunden erst beantragen zu müssen. Es sollte der Grundsatz "gestochene Zeit = Arbeitszeit" kompromisslos gelten!
1935	Deutlich mehr Teaching durch Oberärzte.
1941	Weniger Überstunden im allgemeinen sowie Anerkennung sämtlicher geleisteter Überstunden Strikte Einhaltung des Rotationsplanes Längere Einarbeitungszeiten für die neuen Kollegen
1954	Vereinbarkeit Beruf und Familie
1956	Vorgesetzte haben keine realistische Einschätzung des Arbeitsaufwands. Hoher persönlicher Einsatz wird ausgenutzt, Überstunden als Versagen des Mitarbeiters gewertet. Für wissenschaftliche Arbeit ist keine Zeit. Diese geschieht zu 99% in der Freizeit. Rotationen werden so gewählt, dass der Betrieb möglichst optimal läuft. Auf Interessen des einzelnen oder die Weiterbildung des einzelnen wird sehr wenig Rücksicht genommen.
1965	Automatisierte digitale Arbeitszeiterfassung.

	Kontinuierliche Einteilung auf Station, das ist momentan sehr wechselhaft.
1973	Mehr Personal, sowohl ärztlich als auch pflegerisch
1975	Anerkennung der geleisteten Arbeit, mehr Personal
1977	Etwas mehr Zeit für die Patienten und weniger Arbeitsbelastung insbesondere an den Wochenenddiensten, sodass man Aufgaben nicht nur abarbeitet, sondern sie auch zufriedenstellend für einen selbst abschließen kann. In der Regel bearbeitet man nämlich immer mehrere "Baustellen" gleichzeitig. Wenn man an einem Ort ist hat man somit immer das Gefühl gleichzeitig eigentlich schon wieder an einem anderen Ort sein zu müssen.
1984	Mehr Ärzte
1986	Umstrukturierung von Kompetenzen Bessere Unterstützung von Frauen während der Schwangerschaft und danach Geordnetere Ausbildungsziele
1987	Mehr interne Fortbildung Mehr oberärztliche Aufsicht in den Sprechstunden Mehr eingebe operative Erfahrung mit Lehre als Assistenzarzt
1988	Weniger Belastung im 24 Stundendienst, Essen/Wasser umsonst oder viel billiger, bessere Besetzung
1990	Weniger „schlecht besetzt“ sein.
1993	Keine 24 h Dienste mehr.
1995	Geregelte Arbeitszeiten, kein schlechtes Gewissen bei pünktlichem Feierabend, doppelte Dienstreihe
1996	Lückenlose elektronische Arbeitszeiterfassung, damit die beinahe tägliche Stunde nicht immer aus rein praktischen Gründen nicht dokumentiert wird (Formular ausfüllen, unterschreiben lassen etc...)
2000	Mehr qualifizierte, Dh gut ausgebildete ärztliche Kollegen. Da diese nicht verfügbar sind, da keine Studienplätze geschafft werden, wenigstens angemessene Entlohnung für die Zeit, die man opfert
2013	1) Mehr ärztliches Personal 2) Zuverlässige Rotation im Rahmen der Anforderungen der Facharztausbildung 3) Weniger Dokumentation bzw. mehr Möglichkeiten zur Delegation an nichtärztliches Personal 4) Digitalisierung die wirklich zu einer effektiveren Arbeit für und nicht noch weitere Hürden im Arbeitsalltag verurscht
2016	Mehr Ausbildungen, bessere Software zur Vereinfachung des Dokumentationswahns, gemeinsame Fortbildungen (um kollegialen Kontakt zwischen den Fachrichtungen herzustellen) -> Case Reports etc. (Fehlervermeidung), Handlungskonzepte (insbesondere im Umgang mit dementen mit Aggressionen)
2019	1. Teaching als Pflicht der Oberärzte, Ansprechbarkeit der Oberärzte bei Fragen !!! 2. Möglichkeit zum Erlernen von Ultraschall Insgesamt würde ich Überstunden und viel Stress/Belastung auf der Arbeit in Kauf nehmen wenn ich dafür eine anständige Ausbildung erhalten würde.
2020	Faire Bezahlung von Diensten an Feiertagen (aktuell wird vertragswidrig nur 35 % Zuschlag ohne freizeitausgleich gestattet)
2021	Mehr Personenal, fairere Arbeitszeiten, kürzere Dienste (keine 24h)
2024	bessere Kommunikationsstruktur mit der Chefetage!!! bessere Kommunikation bzw. mehr Transparenz in der Personalplanung. Mehr effektive Weiterbildungsmöglichkeiten. Bessere Kommunikation mit der Pflege.
2026	Mehr Personal, weniger Nachtschichten und Wochenenddienste pro Monat, konsequent bezahlte Überstunden, auch mal Pausen in der Notaufnahme, bessere Oberarztbetreuung.
2027	Forschung als Teil der regulären Arbeitszeit, mehr Personal, um Überstunden (geplant und ungeplant) zu reduzieren
2034	Mehr Personal
2038	Ich arbeite auf einer Intensivstation. Teilweise bin ich für 10 Intensivpatienten allein zuständig (wenigstens mit einer Bereitschaft im Haus). Das ist aber dennoch zu viel. Ich hätte gerne weniger zu betreuende Patienten (maximal 6-7), damit ich mich meinem Weiterbildungsstand entsprechend wirklich adäquat um jeden einzelnen kümmern kann. Man darf nicht krank sein. Sobald man krank wäre, führt das zu einem Chaos im Dienstplan und belastet alle Kollegen. Das führt dazu, dass man seine eigene Gesundheit unterordnet. Ich bin schon mehr sls einmal ziemlich krank in der Arbeit gewesen und habe Medikamente eingenommen, damit der Arbeitstag zu überstehen ist. Auch für die Patientensicherheit ist das grundlegend eine sehr schlechte Praxis, dass man krank in die Arbeit kommen soll. Letzthin hatte sogar eine

	Kollegin einen Autounfall mit 50km/h. Dennoch kam sie im Anschluss zur Arbeit. Keiner der Vorgesetzten empfand es als nötig, sie wieder nach Hause zu schicken bzw.zur Überwachung stationär aufzunehmen. Ich war die einzige, die gesagt hat, dass das nicht gut ist und sie sich lieber ausruhen sollte. Stattdessen wurde ihre „Stärke“ bewundert, dass sie trotzdem zu ihrer Nachtschicht kommt und gegen Ihre Kopf- und Nackkenschmerzen Schmerzmittel nimmt. Wieso gibt es kein fest eingeteiltes, bezahltes Dienst-Backup, wie Beispielsweise bei der Luftfahrt? Ich liebe den Arztberuf. Aber ich halte es unter diesen Bedingungen nach so wenigen Jahren schon bald nicht mehr aus. Im Krankenhaus ist einfach nur Chaos und ordentliches Arbeiten selten möglich. Ich möchte mich so gerne um alle meine Patienten kümmern und genügend Zeit für jeden haben. Und trotzdem weder meine Familie noch meine Gesundheit vernachlässigen.
2039	Bessere Weiterbildung, mehr Supervision durch Oberärzte, Fortbildungen und notwendige Weiterbildungen in die Arbeitszeit integrieren
2061	Mehr Personal
2063	Mehr Personal, weniger Bereitschaftsdienste
2064	Ich hätte gern ein eigenes Behandlungszimmer
2065	Mehr Kommunikation Mehr Struktur Hilfestellungen durch Fachärzte
2075	Gleichberechtigung in allen Belangen (Gleichwertige Leistungen bei gleichwertiger Bezahlung, wer unterdurchschnittlich performt, sollte dafür auch ein finanziell oder anderweitig eine Konsequenz erfahren), vergleichbare Ausbildungschancen
2087	Eine weiter Stelle für Arzt in Weiterbildung, besetzung Oberarztstelle
2094	Alles (Arbeitszeit ,- Bedingung, - Vergütung, - Belastung, - Wertschätzung. Einarbeitung, Visite mit OA wäre auch nicht schlecht, irgendwelche Fortbildung würde ich auch gerne machen) Ich habe bereits gekündigt (Vivantes Auguste Viktoria - Vorsicht!)
2111	Mehr ehrliche Kommunikation Transparenz v.a. In der Personalabteilung
2117	Bezahlung aller Arbeitsstunden inkl Überstunden etc, mehr fachlicher Austausch auf allen Dienstebenen
2129	mehr ärztliches Personal und Arzthelferinnen bessere Digitalisierung, Vereinfachung von Prozessen Übertragung von Aufgaben an Pflegepersonal / Arzthelferinnen (z.B. Befunde anfordern, Untersuchungen anfordern, Blut abnehmen, EKGs schreiben..)
2130	bessere Bezahlung von Spät-, Nacht- und Wochenenddienste weniger Patienten pro Arzt
2132	Mehr qualifiziertes und engagiertes Personal
2140	Aktive Ausbildung mit Ausbildungskatalog und gestern Ansprechpartnern. Zudem flexible Arbeitszeitmodelle
2141	Mehr Personal, wertschätzendes Arbeiten, mithilfe von Fach-/ Oberärzten wenn Kapazität vorhanden
2142	Weniger nachtdienste bzw mehr personal im nachtdienst
2146	Weniger Druck, mehr Zeit, mehr Lehre, mehr Entgegenkommen vom Arbeitgeber
2149	ausreichend Personal, damit verbundene Möglichkeit der besseren Weiterbildung, Garantierter Ausgleich von Mehrarbeit (wäre meine 100 Prozent Stelle auch nur 100 Prozent und nicht 120 Prozent, dann wäre die Arbeitszufriedenheit deutlich besser)
2159	Ausbildung verbessern, Lehrkonzept für die Ärzte in Weiterbildung entwickeln, digitale Patientenakte einführen
2160	bessere Strukturierung
2161	Bessere Besetzung der Bereitschaftsdienste, damit eine fachgerechte Versorgung der Akut-Patienten und auch der stationären Patienten gewährleistet ist!
2162	Doppelt so viel Personal, weniger Dienste , auch Möglichkeiten zur Weiterbildung nicht nur "arbeiten" , Angebote für Umgang mit schweren Fällen, eine ordentliche Fehlerkultur, Niederschwellung Hilfe bei ethischen Fragen, ausreichend nicht medizinisches Personal wie Sozialdienst etc
2167	Mehr Zeit für den jeweiligen Arzt-Patient*innen-Kontakt, bessere interdisziplinäre Kommunikation, deutlich strukturiertere, längere und bessere Einarbeitungszeit!
2172	Verbesserung der interkollegialen und unterprofessionellen Kommunikation
2178	- mehr teaching - Überstundenausgleich - keine Nachteile durch Teilzeit

2193	Offene Kommunikation
2194	Weiterbildungsmöglichkeiten Mentorensystem personelle Besetzung interdiziplinäre Zusammenarbeit
2199	Genaue Dokumentation von Dokumentation Verringerung der Bereitschaftsdienstzeit von 7h auf 3h in den Nachtdiensten Mehr Assistenzärzte und damit weniger Dienste
2204	vorausschauende Dienstplanung mit nicht zu vielen Schichtwechseln in zu kurzen Abständen (Bsp. 3 Nächte, 2 Tage frei, 2 Frühdienste, direkt nochmal 3 Nachtdienste und wieder zurück in den Frühdienst...), keine Blöcke über 10 d, konsequente Dokumentation und Ausbezahlung von ÜS, nur ein WE mit 2x13h Schicht oder 2 WE mit je 1x 13h statt immer 2 WE mit 2x13h Tag/Nachtdienst pro Monat
2211	Entschlackung der Bürokratier; effizientere Nutzung der EDV; Anreize für erfahrene Kollegen; Strukturierte Weiterbildung; Debriefing
2223	Anerkennung und Vergütung der Überstunden Kein Missbrauch des Assistenten als billigste Sekräterinnenkraft, da es die Gruppe ist, die schlicht den verbundenen zeitlichen Arbeitsaufwand nicht aufschreibt.
2224	Überstundenausgleich
2228	höherer Personalschlüssel
2229	Mehr Wertschätzung für getane Arbeit, gleichwertige Behandlung bezüglich Rotationen/ Einlernen in OPsvon Assistenzärzten unabhängig, ob Forschungsarbeiten/Doktorarbeiten bestehen
2233	Weniger Dienst-Belastung Weniger Bürokratie
2236	wertschätzender Umgang
2242	Bessere Räumlichkeiten, mehr Pflegepersonal
2245	Mehr Personal, geregelte Arbeitszeiten, keine kurzfristigen Dienstübernahme, weniger als sieben 24h-Präsenzdienste im Monat.
2249	Klare Arbeitsbereiche, intuitive Software
2253	Besserer Pflegeschlüssel. Ein funktionierendes elektronisches System als Patientenakte und ausreichende Endgeräte.
2256	Mehr Zeit. Mehr Personal. Bessere Ausbildung. Mehr Ausbildung. Weniger Dokumentation.
2260	Mehr strukturierte weiteebildung. Weniger patientendurchsatz
2263	elektronische Arbeitszeiterfassung, persönliche Dienstzimmer
2275	Weniger Arbeitsstunden, mehr Weiterbildung.
2279	Mehr Personal, Einhaltung der Arbeitszeit, 24h Dienste abschaffen, da immer eine Überschreitung der Arbeitszeit stattfindet!
2282	Ausreichend Personal, ordnungsgemäße Einarbeitung. Weiterbildung. So etwas gibt es kaum und wenn hat man keine Zeit daran teil zu nehmen.
2283	Durch überbordende Bürokratie und Dokumentation fallen viele Überstunden in der Zeit auf Normalstation an. Hier könnte eine Bürofachkraft Abhilfe schaffen. In den Dienstrotationen wird nur ein Arzt/Ärztin außerhalb der Regelzeiten für Normalstation und Notaufnahme zur selben Zeit beschäftigt. Es wären entweder längere Überlappungszeiten notwendig oder ein zweiter Arzt/Ärztin notwendig für Notaufnahme und Station.
2286	anderes EDV-System was zeitsparender Arbeite, alle Briefe funktionieren nur mit copy+paste z.B. bei Laborwerten, Diagnostikbefunden, usw.
2292	Etablierung eines Fächerübergreifenden Rotationsplans für Assistenten Einrichtung einer elektronische Zeiterfassung Modernisierung der IT-Infrastruktur
2298	Mehr Assistentenstellen, effiziente Einarbeitung, Lehre allgemein, lehrreiche Visiten, Respekt gegenüber Assistenzärzten, Hintergrunddiensthabende Oberärzte, die auch das Telefon beantworten, Teambuilding, Chefarzt, der sich für Zufriedenheit der Assistenzärzte einsetzt
2300	Etwas mehr Flexibilität.
2301	Fokus auf Ausbildung, Stabilität in der Weiterbildungszeit (Konzept)
2306	Konsequente Dokumentation der Überstunden, bessere Ausbildung, Weiterbildungsmöglichkeiten
2307	Weniger Diskussionen über Überstunden Und Anerkennung dieser. Weniger häufig wechselnde Schichten.
2309	Bessere Dienstvergütung, weniger Überstunden, weniger Patienten pro Arzt, weniger 24h Dienste.
2313	Mehr Assistenzarztstellen. Weiterhin Dreischichtmodell, in Pädiatrie ist Arbeitsbelastung zu hoch um auf Bereitschafzsmodell zu wechseln. Bezahlung der Überstunden automatisch nach am besten automatischer Arbeitszeiterfassung ohne Überstunden extra freischalten

	lassen zu müssen.
2319	Personalaufstockung arbeitnehmerfreundliche Arbeitszeitmodelle Weniger Dokumentation und Büro/Sozialdienstarbeit Mehr Ausbildungszeit/Op-Zeit Weiterbildungscurricula und Einhaltung derselebem Reduzierung des Arbeitsaufwands zur Einhaltung von Pausen und Ruhezeiten, sowie für Freiräume (Forschung und Lehre)
2334	Mehr nichtärztliches (für Dokumentation, Verwaltungsaufgaben, etc.) und mehr ärztliches Personal.
2335	Elektronische Arbeitszeiterfassung, Reduktion des bürokratischen Aufwandes, ausreichend Personal
2336	Einhaltung der Arbeitszeiten
2349	mehr Personal, fundierte Ausbildung der Assistenzärzte
2361	Konsequente Anerkennung Überstunden Sinnvolle Dienstplanung Eingehen auf persönliche Stärken und Interessen statt Lückenfüller im Dienstplan zu seon
2362	Reduktion des Personalmangels
2366	Mehr Rückhalt, Unterstützung und positive Rückmeldung von Vorgesetzten/vom Chefarzt. Freizeitausgleich für Überstunden (aktuell nur ausbezahlte Überstunden möglich)
2367	Mehr Zeit für das ganze durch Weniger bettendruck. Die innere wird immer spezieller, sodass wenn ein Patient beispielsweise in der Kardiologie liegt nur auf das Herz geschaut und therapiert wird aufgrund von bettendruck. So züchtet man sich langfristig eine Generation von fachidioten heran. Organe interagieren miteinander und funktionieren nie einzeln.
2370	Mehr Personal, besser Einarbeitung
2372	strukturierte Einarbeitung - reguläre Dokumentation von Arbeitszeiten (Mitnutzung des bereits für die Pflege u.a. aufgestellten elektronischen "Stechkartensystems")
2375	Einarbeitung und Ausbildung durch die Vorgesetzten, die diesen Namen auch verdient hat. In der Regel bilden Assistenzärzte einander/untereinander aus, was aber natürlich aufgrund des mal mehr, mal minder starken Mangels an Fachwissen und Erfahrung und aufgrund der ungleichmäßig gestreuten Befähigung zur Lehre (übrigens auch unter Oberärzten und weiter oben) Flickschusterei darstellt. "Bedarf schafft Befähigung" ist die Devise. "So, hier, du hast studiert, du hast das jetzt zu können!" Mit diesen Credos beginnt und endet das Denken der Vorgesetzten. Lust/Wille/Befähigung zur Ausbildung oder auch nur zum Ausloten evtl. vorhandener Wissenslücken bei den Assistenzärzten (de facto Auszubildenden) sind nicht vorhanden. Das bedeutet: Eigenstudium in der Freizeit, sonst wäre Stillstand angesagt.
2382	Weniger wirtschaftliche Zwänge, mehr Personal,weniger Dienste, weniger bürokratische Aufgaben für Ärzte
2384	Das Klima zwischen Oberarzt und Assistent, die gerechte Behandlung aller Assistenten, eine echte Ausbildung der Assistenten durch Chef und Oberarzt, kollegialer wie psychischer Support in schwierigen Situationen, weniger Arbeitsdichte, Mehr echte Ausbildung im OP
2386	Der insgesamt herrschende Kostendruck, den jede Klinik hat, ist meiner Meinung nach das größte Problem. Die Arbeitsbedingungen an sich sind sehr gut in meinem Fall aber das System selbst ist mangelhaft, weil Geld vor Patient geht. Da kann man noch so ein gutes Team haben, das System ändert man dadurch nicht. Es macht es nur deutlich erträglicher, wenn man in einem humanen Umfeld arbeitet.
2387	Bessere Kommunikation zwischen Abteilungen und mit der Geschäftsführung
2389	Weniger BD Dienste, Teilzeitstellen
2390	Mehr Zeit Mehr Weiterbildung
2400	Weniger Bürokratie, Digitalisierung vorantreiben, mehr standardisieren.
2407	-mehr Übernahme von einfachen Tätigkeiten (z.B. Blutabnehmen, Visusbestimmung) durch nicht ärztliches Personal -bessere Einarbeitung in verschiedene Spezialbereiche
2415	Fairer Umgang, bessere Besetzung, offene Kommunikation zB wenn man in eine höhere Dienstgruppe aufsteigt/es neue dienstplan Modelle gibt, rechtzeitige Bekanntgabe des Dienstplanes
2417	Bessere Personalverteilung. Weniger Patientendurchlauf und damit weniger Arbeitsbelastung. Überstunden sollten komplett dokumentiert werden dürfen. Es sollte die Möglichkeit eines Ausgleichsfreis geben, nach sehr langen Arbeitsphasen am Stück.
2418	-bessere Lehre , bisher lerne ich sehr viel durch unmittelbare Arbeitskollegen (auch Assistenzärzte), die einfach schon länger in der Klinik arbeiten, ich würde mir aber auch mehr Lehre von Seiten der Oberärzte/Chefarzt wünschen, ruhig im Rahmen von Patientenfallbesprechungen
2422	Bessere Besetzung, nicht immer kurz vor knapp

2425	Die oberärztliche Betreuung sollte ausgeweitet werden, die Einarbeitung sollte ruhiger und mit weniger Druck/Ansprüchen erfolgen, es sollte eine unabhängige Anlaufstelle für Probleme geben, nicht-ärztliche Tätigkeiten wie Telefonate mit Hausärzten der Patienten, faxen, blut abnehmen sollte durch stationssekretäre erfolgen.
2434	Weniger Überstunden, bessere Planbarkeit, geregeltere Rotationen
2436	Überstunden dokumentieren können, mehr zeit für Dokumentationen und Briefe, mehr kolleg. Austausch, kein kurzfrister Dienstwechsel, hierzu vielleicht Bereitschafstsärzte mit vergütung
2440	Wir bräuchten mehr Personal, damit mehr Zeit für die ordentliche Ausführung der Arbeit besteht, für Lehre, überhaupt mal in den op zu kommen und nicht immer ohne Assistent operiert werden muss, um mal was nach zu lesen...Und um zum Feierabend nicht immer komplett kaputt zu sein
2443	besser strukturierter Arbeitsalltag konsequente und strukturierte Weiterbildung durch Ober-\Chefarzt
2446	Nicht nur Dokumentation von Überstunden auf einem Zeitkonto wo nix mit Ihnen passiert, sondern regelmäßige Auszahlung, da Freizeitausgleich nur eingeschränkt möglich ist
2447	Mehr Ausbildung am Arbeitsplatz, mehr Fachärzte, Verbesserung der Personaldecke, bessere Arbeitszeiterfassung, bessere Entlohnung der tatsächlich geleisteten Arbeit
2454	Deutlich mehr Personal. Weniger Dienste (aktuell ca. 8 Bereitschaftsdienste pro Monat). Selbstverständliche Dokumentation von Überstunden.
2459	Besserer Personalschlüssel. Weniger Hierarchie
2461	Weniger Dienste Respektvoller Umgangston
2463	Effizientere Arbeitsteilung, zB Viggos legen durch Pflegepersonal, etc. Mehr ärztliches Personal
2464	Bessere Einplanung von Terminen, um mehr Zeit für den einzelnen Patienten zu haben. Jeder Patient hat das Recht auf individuelle Fürsorge.
2465	Mehr Personal
2466	Max Arbeitszeit inklusive Dienste 38 bis max 40 Stunden
2469	Mehr Personal, weniger nicht-ärztliche Tätigkeiten (Stationssekretärin auch für Ärzte)
2474	mehr voll einsetzbares ärztliches Personal (auch Übernahme von Bereitschaftsdiensten!), Begrenzung der Bereitschaftsdienste auf maximal 6/ Monat mit garantiert 2 freien Wochenenden/ Monat
2475	- mehr Personal - Änderung des Schichtsystems, dass auch Teilzeitarbeit ohne relevante Ansammlung von Überstunden möglich ist (wie im 3-Schichtsystem auf der Intensivstation) - insgesamt familienfreundlicheres Arbeitsmodell - Pausenzeiten mehr wertschätzen und ohne schlechtes Gewissen ob der Arbeitsfülle einhalten zu können
2479	Keine täglichen Überstunden Besserer Personalschlüssel Mehr Zeit, um die Arbeit gut erledigen zu können
2484	Mehr Zeit für Patienten
2485	Mehr und bessere Weiterbildung, besserer Personalschlüssel
2488	Mehr Weiterbildung, Wertschätzung, Personal
2500	Teilzeit muss möglich sein Überstunden müssen innerhalb von 6 Monaten als Freizeitausgleich realisiert werden ein Maximum von 14 Patient*innen für die Betreuung im Stationsalltag (besser 13)

Zusammenfassung für A16

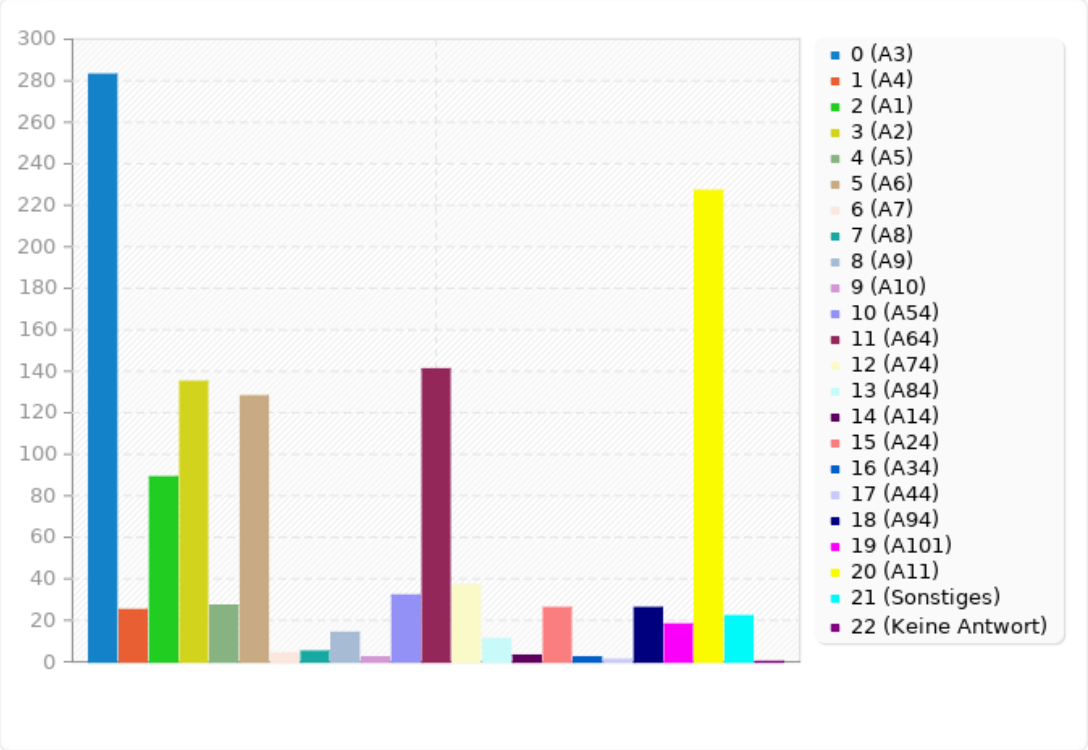
Welches Karriereziel haben Sie für sich geplant?

Antwort	Anzahl	Prozent
Oberarzt (A3)	283	22.50%
Chefarzt (A4)	25	1.99%
Angestellter Facharzt in der Klinik (A1)	89	7.07%
Angestellter Facharzt in der Niederlassung (A2)	135	10.73%
Niedergelassener Vertragsarzt in einer Einzelpraxis (A5)	27	2.15%
Niedergelassener Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis (A6)	128	10.17%
Privatärztliche Tätigkeit (A7)	4	0.32%
Tätigkeit auf honorarärztlicher Basis (A8)	5	0.40%
Tätigkeit außerhalb des kurativen Bereichs (A9)	14	1.11%
Öffentlicher Gesundheitsdienst (A10)	2	0.16%
Selbstständig in einer Einzelpraxis (A54)	32	2.54%
Selbstständig in einer Gemeinschaftspraxis (A64)	141	11.21%
Selbstständig in einer Praxisgemeinschaft (A74)	37	2.94%
Selbstständig in einem Medizinischen Versorgungszentrum (A84)	11	0.87%
im Öffentlichen Gesundheitsdienst (A14)	3	0.24%
in einer Universitätsklinik, (A24)	26	2.07%
in einer Klinik in privater Trägerschaft (A34)	2	0.16%
in einer Klinik in kirchlicher Trägerschaft (A44)	1	0.08%
angestellt in einer Praxis einem MVZ (A94)	26	2.07%
angestellt in einem MVZ (A101)	18	1.43%
Ich weiß noch nicht (A11)	227	18.04%
Sonstiges	22	1.75%
Keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
228	Niedergelassen entweder in einem MVZ oder Gemeinschaftspraxis
313	Es besteht leider auch die Wahrscheinlichkeit komplett den Beruf aufzugeben.
417	Oberarzt, im Verlauf als Hausarzt in Gemeinschaftspraxis niederlassen
619	Leitender OA / Chef + außerklinische Zweitbeschäftigung
832	Privatwirtschaft, Aufgabe der klinischen Tätigkeit geplant
1002	In einer Klinik
1035	Privatier, weil dieser Job ist kein Dauerzustand
1038	Angestellt in mvz oder Gemeinschaftspraxis
1047	Praxis
1114	Facharzt, ob angestellt oder selbstständig hängt von meinen zukünftigen Erfahrungen ab
1188	ambulant in Praxis
1191	Oberärztin
1219	halb abgestellt, halb selbstständig
1296	Ehrenamtliche Arbeit nach erreichen des Facharztes, wenn möglich Teilzeitstelle in einem Krankenhaus (nicht privat) alternativ honorarärztliche Tätigkeit
1360	Auf jedenfall nicht in der Klinik, ansonsten weiß ich es noch nicht.
1490	zunächst Fach-/Oberärztin, dann als Fachärztin in MVZ-Praxis
1513	Facharzt
1662	Oberärztin (2021 - gendern!)
2069	Niederlassung
2166	Oberarzt oder Niederlassung in Gemeinschaftspraxis
2374	Oberärztin
2446	Niederlassung ja, aber noch unsicher ob selbstständig oder angestellt, MVZ, Gemeinschaftspraxis usw

Zusammenfassung für A16

Welches Karriereziel haben Sie für sich geplant?



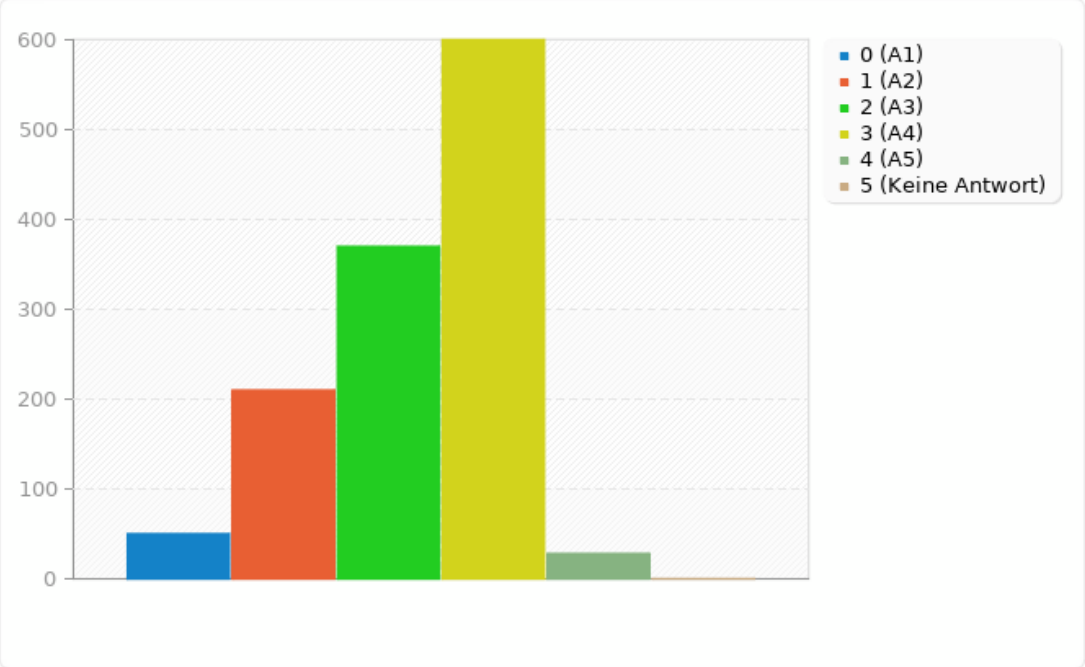
Zusammenfassung für k1

Wie stark wird Ihr tägliches Arbeiten Ihrer Wahrnehmung nach direkt oder indirekt durch ökonomischen Druck beeinflusst?

Antwort	Anzahl	Prozent
gar nicht (A1)	50	3.97%
ein wenig (A2)	210	16.69%
mäßig (A3)	370	29.41%
starker Einfluss (A4)	600	47.69%
kann ich nicht beurteilen (A5)	28	2.23%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für k1

Wie stark wird Ihr tägliches Arbeiten Ihrer Wahrnehmung nach direkt oder indirekt durch ökonomischen Druck beeinflusst?



Zusammenfassung für k2

Inwiefern spüren sie ökonomischen Druck in ihrem Arbeitsalltag?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	694	58.81%
Keine Antwort	486	41.19%

ID	Antwort
53	Hoher Patientenumsatz
55	Anzragsstellungen an Krankenkassen und Widerspruchschreiben bei Ablehnungen
56	Hoher Durchfluss an Patienten (Fließbandarbeit), rasche Entlassungen, Periodisierung von Provatpatienten
70	Operation von multimorbiden Patienten wo es ethisch zu überlegen wäre, ob es noch sein müsste. Zeitdruck, dass notwendige Konsile präoperativ übergangen werden
71	Statement der Klinikdirektion: Lehre wird durch die DRG nicht abgebildet. Darunter leidet die Ausbildung enorm, es ist wichtiger viele Fälle zu machen, als etwas beizubringen (sowohl operativ als auch was Untersuchungen und Beratung der Patienten angeht). Es bleibt wenig Zeit Therapiekonzepte zu besprechen und zu erklären. Mit der aktuellen Personalsituation ist es oft schwierig, alle notwendigen Bereiche (Notaufnahme, Dienste, Station) abzudecken, was weg fällt sind immer die Tage im OP Saal, dort sind dann Studenten eingesetzt, die nichts kosten. Patienten müssen möglichst schnell wieder entlassen werden, das liegt aber auch am generellen Bettenmangel / Personalmangel in der Pflege. Die technische und räumliche Ausstattung ist mangelhaft und verschlechtert die Arbeitsbedingungen häufig. Es ist aber ‘zu teuer’ die Computer mit guten Servern aufzurüsten die schneller arbeiten. Es gibt nicht genügend Räumlichkeiten, um Patienten zu untersuchen. Andere Räume wie zb Patientenzimmer in Untersuchungsräume umzuwandeln bringt aber geringere Fallzahlen und damit weniger Einkünfte also wird das nicht passieren.
75	Aufforderung vom Chef und Vorgesetzten aus der Rettungsstelle mehr Patienten aufzunehmen
76	Es geht nur ums Geld
79	Beatmungszeiten werden verlängert, teure Medikamente nicht bestellt, wenig Fach/Oberarzt Präsenz ab 16 Uhr, zeitlicher Druck im OP der zu vielen Personalwechseln an einem Pat. führt und auch routinierte Abläufe unterbricht, etc.
83	Belegungsmanagement
88	Anschaffung/ Fehlen von Material Fragwürdige Entscheidungen bei der Patientenbehandlung Wenig Budget für Weiterbildung der Assistenzärzte
89	Zeiten, immer wieder werden Stellen versucht zu streichen. Ständig neue Sets die günstiger sind.
90	Zeitlich Druck, um mehr zu schaffen / Sparsamkeit (z. B. Neues Bett fürs Bereitschaftszimmer wird nicht genehmigt)/ höher Patientendurchlauf/ schnelle Entlassungen / Sprechstunden voll/keine ordentlichen Verbandsmaterialienda zu teuer
94	Patienten werden trotz Drogenkonsums aufgenommen, obwohl dies bei uns eine Kontraindikation ist, weil unser Setting keine suchtspezifische Behandlung erlaubt. Diagnosen werden danach ausgerichtet. (Leichte depressive Episode wird nicht übernommen, deswegen haben fast alle unsere Patienten eine mittel- oder gar schwergradige depressive Episode.) Teilweise werden Antidepressiva verschrieben, obwohl sie nicht unbedingt notwendig sind. Der Arztbrief für den stationären und den tagesklinischen Aufenthalt ist getrennt, obwohl es eine Behandlung ist, das Vorgehen wird aber doppelt bezahlt. Supervision wird kaum zur Verfügung gestellt. Leitungsposition: Eine Oberärztin in Teilzeit. Die Personaldecke ist schwankend, meist sind es jedoch über 40 Wochen im Jahr Vertretung, es fehlen als mindestens zwei Ärzte/ Psychotherapeuten.
95	Hohe Schlagzahl an Patienten, Gutachten, Operationen.
98	Aufenthaltszeit der Patienten kurz halten, in nicht wenigen Fällen als zu kurz empfunden
100	Schneller Patientenwechsel auf der IMC, damit der Op laufen kann
102	Hohe Durchlaufzahlen, Aufnahmen müssen schnell gemacht sein, damit die Patienten zu Intervention können, Liegedauer muss angepasst werden
103	Stationäre Liegedauer und Aufnahmen in der Notaufnahme müssen immer auch in Hinblick der Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Medizinische Indikationen rücken immer mehr in den

	Hintergrund.
104	Beachten von Grenzverweildauern und entsprechende Entlassplanung, Kodierung, Dokumentation
106	hohe Patientenzahl notwendig
	Rationierung von Gesundheitsmitteln zur Regress Verhinderung Besserstellung von Privatpatienten notwendig
108	Druck schnell zu entlassen; defizitorienterte Dokumentation, damit Aufenthalt von Krankenkassen bezahlt wird
115	Zeitdruck, Material
116	Abrechnung Labor und Sprechstunde meist nicht passend zum Patientenanliegen möglich
119	DRG, Liegedauer
121	Alles muss schnell gehen, Gespräche mit Patienten sind eher unerwünscht und lästig, Alles muss schnell gehen, kaum Zeit für Anleitung
122	Beurlaubungen von Patienten sind schwierig
	Station muss immer voll sein
124	Wenig Oberärzte
129	Patienten früher entlassen; weniger Papier drucken, weil das kostet ja; schneller arbeiten, damit mehr Patienten durchgeschleust werden können; weniger Material verbrauchen
139	Tagesstationäre Patienten für Elektive Eingriffe, die auch ambulant durchgeführt werden könnten. Überbordende Dokumentationspflichten aus Abrechnungsgründen.
152	Man hat auch Verantwortung für die Klinik und muss dementsprechend zb bei den Diagnosen darauf achten .. die Motivation stammt aber von mir selbst. Ist kein Druck seitens des Arbeitgebers.
154	Patienten müssen entlassen werden obwohl die Diagnostik zum Teil noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen wurde
163	DRGs müssen erfüllt werden, jeden Tag eine Untersuchung anmelden, da sonst vom MDK der Tag gestrichen wird
164	Das Personal weiß um die kritische finanzielle Situation des Klinikums Bescheid. Aktuell wurde durch das Haus ein neuer Tarifvertrag vorgelegt, der uns finanziell zurückwirft anstatt näher an das durchschnittliche Gehalt geregelt durch Tarifverträge anzupassen. Zudem folgen Zusammenlegungen von Abteilungen, weil sonst das Haus verkauft werden muss
166	Regelmäßige Ermahnungen der Klinikleitung, Zuweisern entgegen zu kommen, auf Liegezeiten/Mindestverweildauern zu achten und dass bestimmte Diagnostik zu teuer ist. steigende OP-Zahlen (auch Elektivprogramm) und 4-Bettzimmer trotz Lockdown.
170	- hohe Taktung - trotz Covid durchgehend OPs und Planung - Mails der Geschäftsführung - keine Covid-Zuschlag für die Ärzte aufgrund der mangelnden Einnahmen
171	Entlassungsmanagement, zu viele Elektive Patienten dadurch weniger Kapazitäten für Notfallpatienten
178	Möglichst kurze Liegenzeiten der Patienten und dadurch hoher Arbeitsaufwand Verordnung bestimmter Medikamente nicht möglich, da zu teuer.
180	Patienten zu früh entlassen, ständige DRG Beschrechungen zusätzlich zur Arbeitszeit; Verzicht auf sinnvolle Untersuchungen aufgrund von Kosten, dafür trilweise unsinnige Behandlungen, die aber Geld bringen
192	Patienten schneller entlassen
195	Diktat durch Klinikdirektion, wieviele Assistenzarztstellen bewilligt werden. Das Programm läuft auch mit reduzierten Stellen unverändert weiter. Abteilungen, die starken Druck ausüben, um zusätzliche Betten belegen zu können, werden bevorzugt.
196	Restriktion von Medikamenten
205	Wechselzeiten
208	Entlassung nach Grenzverweildauer und nicht nach medizinisch-pflegerischen Aspekten
210	Hohe elektive Anzahl an Patienten.
212	Eine Person arbeitet für zwei
214	Die Klinik ist privatisiert ! Das sagt alles
218	Zeitdruck. Engmaschig einbestellte Patienten in der Sprechsrunde. Kontrolle der Übergangszeiten im Op und hierdurch Zeitdruck bei Op-Vorbereitung (lagerung der Patienten) und Nacharbeiten (kaum Zeit für erforderliche Dokumentation). Entscheidung über Entlassung wir von DRG abhängig gemacht.
222	Es werden in der Klinik Indikationen zur Operation gestellt von denen der Patient nicht profitiert, sondern lediglich zur Steigerung der OP-Zahlen instrumentalisiert wird.

223	Anästhesie - schnelle Wechselzeiten nötig. Die eigentliche Arbeit der Anästhesie wird nur als notwendiges Übel hingenommen und unrealistische Wechselzeiten gefordert, um ein ebenso unrealistisches OP-Programm durchzusetzen.
224	Der OP-Plan muss immer voll sein, alle Betten müssen belegt sein, da kommt der einzelne Patient viel zu kurz, Bzw. Es passiert häufiger, dass man was übersieht
225	Es werden keine Betten reduziert auch wenn mehrere Arbeitsstellen nicht besetzt sind. Daher fällt Mehrarbeit an, die zusätzlich geleistet werden muss.
226	Restriktive Laborparameterbestimmungen, kurze Liegezeiten.
228	trotz Pandemie und Bettenknappheit müssen elektive Herzkatheteruntersuchungen und elektrophysiologische Untersuchungen stattfinden, um die Abteilung weiter zu finanzieren. Ton der Oberärzte: nur das bringe effektiv Geld, um Stellen zu finanzieren...
233	Personaldecke bleibt dünn, weil angeblich nicht mehr Ärzte finanziert werden können. Fast ausschließlich Dokumentation auf Papier, da zu wenig Geld für Ausstattung mit mehr PC-Aebeitsplätzen/Laptops und den zugehörigen Programmen.
238	ständige Korrekturen der Dokumentation und unzähliges doppeltes Dokumentieren, da durch den MDK Therapien sonst nicht bezahlt werden. Einhaltung der vorgegeben Entlasungszeiten.
245	Aufnahmedruck, „Zahlen müssen stimmen“
247	Zu hohe OP- und Patientenzahlen im Verhältnis zu Personal und Räumlichkeiten
248	Reduktion der Verordnung zu teurer Medikamente, Reduktion verschiedener Diagnostik aufgrund wirtschaftlicher Interessen
259	schnellere Entlassung von Pat., Druck keine Überstunden zu machen
264	Schnelle Entlassung der Patienten, viel Papierkram für die entsprechende Abrechnung,
270	Aufnahme, Liegedauer, Medikamentenwahl sowie Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes werden davon beeinflusst.
273	Zeitaufwand außerhalb der Sprechstunde, Materialbestellung, Aushändigen von z. B. Physiotherapie und anderer Rezepte
275	Zu wenig personal
277	Die Aufenthaltsdauer darf nicht zu lange werden. Es gibt einen gewissen Entlassdruck. Außerdem müssen unübliche Konsiliaruntersuchungen immer mit OA rückgesprochen werden, weil die sonst teilweise zu teuer sind.
279	Liegezeiten müssen beachtet werden , Einsparung ärztlicher Stellen und dadurch steigende Arbeitsbelastung. Druck, Überstunden zu vermeiden (ergo nicht zu dokumentieren) und gleichzeitig steigende Arbeitsbelastung.
284	Aktuell hoher Druck aufgrund der Coronlage und dadurch bedingt wenig kranken Kindern, die einer stationären Behandlung bedürfen. -> leere Kinderstation
286	Reduziertes Personal auf Intensivstation. Vermehrter Druck bei der Entlassung von Patienten
290	Spontanes Einspringen für erkrankte Kollegen, zahlreiche Überstunden auch am Wochenende um adäquate Versorgung der Patienten trotz Unterbesetzung zu gewährleisten.
293	Aufwendige Dokumentation. Unrealistische zeitvorgaben durch Vorgesetzte.
298	Penible Dokumentation der Zeiten im OP (wann war der Patient da, wann war Anästhesiebeginn, wann OP-Freigabe etc). Bei zu langen Überleitzeiten gibt’s Ärger.
299	Ärztliche Stellenplanung wird trotz anfallender Mehrarbeit nicht angepasst. Dafür muss aber mehr geleistet werden. Fehlende Briefe oder fehlende DRG-Eintragung wird geahndet. Wenn ein Patienten jedoch nicht visitiert wird, dann ist es quasi egal.
302	Belegung der Betten, schnelle Entlassungen
306	Stellen werden nicht nachbesetzt
311	Patienten schnell entlassen
312	Morgens werden Liegezeiten durchgegangen, man muss sich rechtfertigen, wenn Pat oberhalb der angestrebten Verweildauer im kh sind
320	Trotz Coronapandemie weiterhin viele elektive Patienten
321	Entlassungsmanagement. Teilweise sollten Pat nach Hause gehen bzgl Vergütung nach Diagnose, manche Pat haben aber noch Schmerzen oder Probleme bei Mobilisation
326	Bei der Chefvisite muss ich die Liegezeit des Patienten nennen, falls der Patient über der Mindestverweildauer ist muss ich den Patienten entlassen, auch wenn eine häusliche Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist (Anordnung vom Klinikdirektor)
329	Fallzahlen Entlassungsmanagement
332	Entlassdruck
335	Schnelle Uberleitungszeiten zwischen Narkose gewünscht. So gut wie kein Raum für Weiterbildung bzw Ausbildung in Ruhe

337	schnell wechselnde Patienten; kurze Liegedauern, die eingehalten werden müssen; Maßnahmen im stationären Setting werden nicht durchgeführt und in den ambulanten Sektor delegiert
338	Schlechte Ausstattung in der Station, miserabler Zustand der vorhandenen Ausstattung, miserables Computerprogramm, pflege schlecht besetzt, viele MDK Anfragen,
346	Keine Kinder unter 1000g in kommunales Krankenhaus zum Päppeln verlegen
355	Zu viele Patienten, zu wenig Zeit, teilweise unnötige Indikation zu Operation
360	Wenig qualifiziertes Personal, mehr Patienten.
368	Stationäre Aufnahmen generieren
371	Täglich zu viele elektive Aufnahmen und keine freie Betten. Patienten werden vorzeitig entlassen.
378	Auswahl der operativen Versorgung
379	Druck von oben, die Liegezeiten kürzer zu halten, Reduktion der Blutentnahmen, Kürzung bei Personal
380	- auch während der Pandemiesituation mit stark eingeschränkten Kapazitäten wurden semi-elektive Eingriffe durchgeführt - gegen Ende des Lockdowns soll direkt die gesamte Bettenkapazität wiederhergestellt werden - kurz nach Ende des ersten Lockdowns im Frühjahr gigantischer Ansturm von Patienten, dabei viele elektive Patienten, darunter vollkommene Überlastung der Kapazitäten - OP-Planung wird so gestaltet, dass zu jedem Zeitpunkt die der Klinik zugewiesene Saalkapazität ausgeschöpft wird, unabhängig davon ob entsprechend Personal zur Verfügung steht - Entlassplanung der Patienten nach Verweildauer; Entlassungen sollen bw. müssen vor 10 Uhr erfolgen, dadurch Druck auf ärztl. Personal - routinemäßige Duchführung kleiner OP-Punkte "notfallmäßig" am Wochenende (im Dienst), damit unter der Woche möglichst viele elektive Eingriffe stattfinden können (es gibt eine Mindestzahl an bestimmten OPs/Woche, die die Klinik durchführen soll, um lukrativ zu sein) - für viele organisatorische Entscheidungen müssen erst "entsprechende Zahlen" vorgelegt werden (Umstellung des Arbeitszeitmodells? Erhöhung des ärztl. Stellenschlüssels, um Überlastung zu vermeiden? --> OP-Zahlen. Aufstocken der Arbeitszeit der PJ-Sekretärin von 80% auf 100%? --> PJ-Zahlen.) ...
381	Regresse
387	Liegezeit nach DRG, Begründung warum Patienten über OGV noch stationär sind obwohl soziale oder medizinische Indikationen bestehen, Das Gefühl viele Patienten schnell abwickeln zu müssen, ggf. Behandlungen verschiedener Organsysteme in verschiedenen Aufenthalten durchzuführen um den Gewinn zu maximieren...
397	- Liegedauer - op Kapazität - Unzufriedenheit auf Station durch Personalmangel in Pflege
404	hoher Patientendurchsatz, Verordnung nur preisgünstiger Therapieoptionen wegen Regressangst, Mehrfachnutzung von Einmalmaterialien
409	Bettenmangel, sodass Patienten eher nach Hause entlassen werden oder notfallmäßig stationär aufgenommen werden. Folge-OPs erst nach einer gewissen Dauer, da sonst die Fälle zusammen gelegt werden.
416	Verschreibung von Medikamenten, Wirtschaftlichkeit der Praxis
417	Material: z.B. Austausch der PVKs gegen die anderer Hersteller weil die billiger wären. Angehaltenwerden zu ausführlicher Dokumentation aus Erstattungs- und Abrechnungsgründen.
419	Enorm schnelles Arbeiten gefordert, es werden verfrühte oder Fehlentscheidungen getroffen
422	Patienten aufnehmen bei freien Betten
432	Schneller arbeiten, mehr Patienten versorgen
435	Wirkt sich auf Liegezeiten, Verordnungen (diagnostisch und therapeutisch) aus.
438	Aktuell sollen Patientenzahlen hochgefahren werden bei schlechter Besetzung.
441	Verkürzung der Liegezeiten
442	Kurze Liegedauer Zentralisierung und damit einhergehende Probleme (z.B. kein Labor im Haus zu Dienstzeiten) Rechtfertigung nötig weshalb teure Laborparameter bestimmt wurden Veraltete Geräte
445	Hohes Patientenaufkommen, schneller Durchlauf, schnellere Entlassungen, zu viel

	Arbeitsbedingung für zu wenig Personal
446	- kürzere Liegedauer gewünscht - 2 x wöchentliche Verweildauerbesprechungen
447	-Hoher Zeitdruck -reduziertes personal
449	Frühere oder spätere Entlassung von Patienten wegen der DRG-Verweildauer
450	Bei Arbeit in Anästhsie/auf ITS an der extrem knapp kalkulierten Zeit für den einzelnen Patienten , die geringe Wertschätzung der anästhesiologisch-intensivmedizinischen Arbeit gegenüber der chirurgischen, den mitunter fragwürdigen OP-Indikationen (oft aus rein finanziellen Aspekten getroffen), der zunehmenden Angewohnheit, eigentlich überwachungspflichtige Patienten postoperativ auf die Normalstation zu verlegen (aufgrund von "zuwenig Betten, muss trotzdem elektiv operiert werden") zunehmener Zeitdruck durch eigene und chirurgische Abteilung usw....
451	hohe Entlasszahlen bzw Druck jeden Tag austeichend Entlassungen zu haben Elektive Aufnahmen trotz Personalmangel DRG Fallbesprechungen Druck durch das Controlling bzgl DRG Fallpauschalen für die Patienten
453	Medikamentenverordnungen (z.B. bei teuren Depot-Präparaten)
463	Die OP-Wechselzeiten müssen kurz sein. Es bleibt wenig Zeit für Teaching (z.b. bei Regionalanästhesieverfahren). Viele Patienten müssen aufgeklärt werden. Häufig bleibt wenig Zeit für jeden einzelen Patienten.
464	Schnelles Entlassen der Patienten
466	Laboruntersuchungen, Abstriche, Konsile, Bildgebung - sehr eingeschränkt durchzuführen, zudem keine Überstunden abrechnen
467	Viele igel-Leistungen nötig für Diagnostik
481	Rabattprodukte verschreiben, eingeschränkte Laboruntersuchung, wenig Kapazitäten für Physiotherapie o.ä. ; IGEL-Leistungen bzw. Vorsorgeuntersuchungen "verkaufen"
483	Masse an Elektivprogramm im Op
484	Mehr Patienten in kürzerer Zeit, Einschränkung von teuren therapien, absichtlich nicht erfolgte Arbeitszeiterfassung, absichtliche Einsparung/Überlastung von Mitarbeitern
485	Liegezeiten, Codierung, einsparmaßnahmen in der Personaldecke, Pflege, Arbeitsmaterial (billige Handschuhe , die reißen , nicht zertifizierte Masken etc.)
490	Druck, schnell zu entlassen
496	Ärztliche Stellen werden defacto abgebaut und nicht neu besetzt. Die Patientenanzahl steigt, die täglichen Aufnahmen steigen. Liegedauer verkürzt sich
499	Patientenzahlen müssen immer weiter steigen im Vergleich zum Vorjahr. Liegezeiten werden kürzer.
501	Liegerzeiten auf Station. Zeit für Patienten.
510	OPs speziell dokumentieren Pat. Schnell entlassen um Kosten zu sparen Abrechnung durch Arzt in der Nacht
517	Laboruntersuchungen werden hinterfragt, Op Material nach Ökonomie beschafft, nicht welches das beste ist
521	Stellenkürzungen
523	Die Entscheidung darüber, ob Patienten entlassen werden, wird nicht von ihrem gesundheitlichen Zustand oder gar dem Behandlungseefolg abhängig gemacht, sondern davon, ob sie wirtschaftlich sind. Die Assistenzärzte werden darauf getrimmt, dies als übergeordnete Maxime zu berücksichtigen
526	Frühzeitige Entlassungen, steigende Patientenzahlen, Überbelegung trotz Corona und Personalmangel
529	Zu viele PatientInnen einbestellt, IT schlecht, Raumnot
530	Kodierungen, Personaleinsparungen aus Kostengründen, Hilfsmittelverordnungen gedeckelt
539	Mehrarbeit um Kosten zu decken, da alles immer weniger Wert hat müssen Fallzahlen bei gleichem Personal erhöht werden.
540	Beatmungsstunden müssen erreicht werden. Dokumentation von Abläufen, damit Kriterien zur Bezahlung erfüllt werden. Hohes OP-Aufkommen im Bereitschaftsdienst von eigentlich verschiebbaren Eingriffen , damit der OP-Plan am Folgetag eingehalten werden kann.
546	Patienten werden entlassen, obwohl sie noch nicht entlassfähig sind um Betten für den nächsten Fall/Patienten zu schaffen. Fließbandarbeit um möglichst viele Fälle abrechnen zu können. Personaleinsparungen.
550	Striktes OP-Programm trotz corona und Bettenknappheit
551	- wachsende Patientenzahlen, die ein Assistenzarzt betreuen muss - eher strenges Einhalten der lukrativen Liegedauer

	- weitere Kürzungen/fehlende Nachbesetzungen über die Jahre in der Ärzteschaft
555	Patientenzahl, immer kürzere Liegedauer, auch wenn Patienten teilweise mehr Zeit in der Klinik benötigen würden, da sie älter sind, stärkere Schmerzen haben oder sonstiges.
556	Richtige Dokumentation
	Entlassung von Patienten wievile Tage sie da sind/bringen sie Geld oder kosten sie Geld
557	Hoher Patientendurchsatz, Mittlere Verweildauer oftmals nicht ausreichend um Patienten ausreichend zu behandeln.
559	Entlassungsdruck, fehlende Zeit für Patienten
560	Es wird täglich über Einnahmen und Verluste im Zusammenhang mit Patienten besprochen. Ärztestellen werden trotz Personalmangel und aktuell Pandemie gestrichen. Klinisches Versorgungsmaterial verbilligt. Notwendige Überstunden müssen gerechtfertigt Werden.
563	Sparsamkeit wegen knapper Ressourcen
566	Stress schnelle Aufnahmen, Entlassungen. Briefe nicht überdacht. Fehlerquelle
569	Hoher Patientenumsatz
572	verordnungen werden genau hinsichtlich ihres preises und ihrer angemessenheit überprüft. mehr noch als hinsichtlich ihrer wirksamkeit.
577	Untersuchungen werden in andere Aufenthalte verschoben
581	Insbesondere bei Liegedauer, Monitoring Möglichkeiten und Material sowie pflegerischen Kapazitäten macht sich der ökonomische Hintergedanke bemerkbar.
585	Entlasszeitpunkt
	Briefe "für" Kodierung schreiben
590	Entlassplanung Kompromisse in Isolationsregeln bei infektiösen Patienten mangelnde Zahl an Überwachungsmöglichkeiten
589	Nicht zufriedenstellende Patientenversorgung nach Entlassung,
	Eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten in der Notfallbehandlung
591	Kosteneinsparung beim Material, Diskussion über Überstunden
603	Personaleinsparung durch Controlling
605	Enorm hoher Patientendurchlauf gefordert
607	Pat. können gewissen untersuchungen nur vorstationär / ambulant erhalten; Druck bei der "rechtzeitigen" Entlassung; gewisse Medikamten (Chemotherapien) dürfen im Rahmen des stationären Settings nicht appliziert werden
608	Ab einer gewissen Zeit muss begründet werden, warum eine Narkoseeinleitung "zu lange" gedauert hat, bzw. warum der OP-Saal diese Minuten leer stand, es geht ständig nur darum die Wechselzeiten möglichst kurz zu halten, sodass die Versorgung und Betreuung der Patienten (grade im Umgang mit Ängsten vor der Narkose) sich deutlich verschlechtert
609	Trotz Corona einiges an Elektivprogramm
610	Klinik macht minus, folge: es werden keine neuen Ärzte eingestellt, wenn welche gehen. Argumentation: bri Psychologen sind alle unbefristet angestellt, keiner geht, daher kann man nur an Ärzten sparen.
613	Bestimmte Zeiträume für Therapiemaßnahmen sind maßgeblich für Vergütungen, sodass diese auch vollständig erfüllt werden sollen (Beatmung, atemhilfe, parenterale Ernährung). Dokumentationsaufwand (zb im Qualitätsmanagement) nimmt stetig zu und ist anscheinend notwendig um Fälle vollständig vergütet zu bekommen.. Arbeit ist sehr verdichtet und es sollen häufig immer mehr Patienten durch weniger (qualifizierte) Mitarbeiter versorgt werden...
616	Wenig Zeit für den einzelnen Patienten während Visite und großer Zeitdruck bei der Therapie aufgrund begrenzter Bettenkapazitäten und möglichst kurzer Liegedauer obwohl oft mehr Zeit benötigt wird optimal den Patienten zu betreuen und die weitere Versorgung zu organisieren.
617	- zu frühe Entlassungen der Patienten
	- mangelhafte Behandlung aufgrund von Zeitdruck und zu starkem Fokus auf Dokumentation, zu geringer Fokus auf patientennaher Arbeit - Indikationsstellung orientiert sich maßgeblich an ökonomischem Interesse an der Prozedur, auf kostengünstige Behandlungen wird nachrangig zurück gegriffen
618	Einhaltung der Liegezeiten, mangelhafte Arbeitsausrüstung
619	Kaum Zeit für Patienten, Abrechnungen, Therapievorbehalte
621	Einsparungen, zeitnot im op, pflegemangel, schlechtes Arbeitsmaterial, schlechte strukturelle Bedingungen wie arbeitszimmer, umkleiden...
622	Zentrales Thema der wöchentlichen Chefarztvisiten ist die Planung der schnellstmöglichen Entlassungen
632	DRG, Bettenplanung, Belegung der Station
636	In einer Praxis muss es ökonomisch zu gehen...
638	Diskursionen über Geld bei längerliegenden Patienten Kostendiskursionen über Therapien und Diagnostik

639	Entlassung so früh wie eben möglich (egal wie der Patient zurecht kommt)
644	Hoher Durchsatz an Patienten
646	Das Controlling gibt vor, welche Diagnosen gestellt werden, welche Behandlungen durchgeführt worden sind und was ein Fehler ist... Eigentlich bestimmen die alles.
648	Pat., die über die Notfallambulanz kommen, werden für weiterführende Bildgebung weg geschickt. Pat. müssen für ein MRT stationär aufgenommen werden. Hausmedikation der Patienten muss umgestellt werden, weil bestimmte Medikamente nicht Teil der Hausliste sind
651	Vor allem in der Geriatrie geht es stark nach Lieferzeiten, welche eingehalten werden müssen, um die Fälle entsprechend abrechnen zu können
654	Ständig wechselnde Hersteller der Medikamente und Materialien, Druck in Form von "Zeit ist Geld", fehlende neue Geräte, Teilweise Medikamente und Geräte nur nach Rücksprache wegen der Kosten
657	Liegezeiten/Entlassdruck
661	Verlegung, Belegung, Entscheidungsbeeinflussung
664	Aktuell ist komischerweise vieles möglich und Dinge die eeewig beantragt verschoben vertröstet wurden gehen nun doch schnell in Coronazeiten... Die IT-Struktur in unserem Haus ist eine mittlere Katastrophe, aber das kostet halt auch... Aktuell ist weniger der Druck von "nimm nicht auf, kriegen wir nicht bezahlt" als vielmehr "nimm bloß nicht auf, wir brauchen das Bett" durch die Verknappung der Ressource Bett zur Stärkung der "Ressource Pflege" in den noch vorhandenen Bereichen und Risikominimierung eines Ausbruchsgeschehens.
665	Profitorientierte patienteneinbestellung und versorgung, viele zusätzliche nicht ärztliche Tätigkeiten für welche kein anderes personal eingestellt wird
666	Liegezeiten, Material für die Arbeit, hohes Patientenaufkommen
668	Mehr Patienten pro Assistenzarzt, weniger Kollegen insgesamt, Oberärzte müssen nicht nur bei Assistentenausfall Assistentenartige Tätigkeiten ausüben. Optimierung der Abrechnung (im Zweifel: bspw. TIA statt offenere Diagnose).
669	Wir verbringen so viel Zeit damit diagnosen zu verschlüsseln in einem Computersystem das ständig hängt, nur dass das alles ordentlich angerechnet werden kann. Das ist doch keine ärztliche Tätigkeit. In der Epikrise steht doch schließlich alles drin. Und wir haben als Hämatologie einen ziemlich hohen Durchlauf, weil es ja mehr Geld bringt. Manche Patienten würden ihre Chemotherapie gern stationär kriegen, wenn die fit sind, dürfen wir das aber nicht machen. Unsere Oberärzte müssen ständig begründen und wiedersprüche schreiben, warum bestimmte teure Medikamente oder Antiinfektiva gegeben werden. Das kostet unnötig Zeit und Nerven.
671	"Verschiebung" von Diagnostik in den ambulanten Sektor oder externen niedergelassene Kollegen (z.B. radiologische Bildgebung/ Genetik) bestimmte Liegedauer von Patienten zur Pauschalabrechnung zwangsweise Aufnahme von Patienten zur Bildgebung, statt ambulant
672	OP-Zeiten, Arbeitspensum
673	Operationen, Abrechnungszeiten und -Möglichkeiten u. V.a. Privatpatienten.
676	sehr hohe Durchlaufrate an Patienten; Maximum an Diagnostik in minimaler Zeit
677	Entlasstermin der Patienten
680	hoher Patientendurchlauf, wenig Personal
683	Übernahme Druck von Gewinn bringenden Patienten Klientel.. STEMi - herz Katheter
684	Anzeige des "Gewinns" jedes Patienten in Dokumentations-Tool
685	Ständiges Gedrängel an Entlasszeitpunkte und DRG zu denken
687	Schnelle/vorzeitige Entlassung von Patienten Unnötige Untersuchungen Personaldichte
691	wenn keine betten vorhanden sind, heisst es RÜCKENSCHMERZEN werden nicht aufgenommen, das bringt kaum Geld und versperrt Betten von Patienten die man operieren kann.
696	immer ausführllichere DRG-Kodierung kostet Zeit im Arbeitsalltag billiges und minderwertiges OP-Material
698	Schnelle Entlassung, hohe Patientenzahl, insg.„Durchschleusen“
703	Es geht nicht um medizinische Aspekte sondern die Zahlen müssen stimmen.
705	machen Sie bitte schneller, machen Sie bitte keine Überstunden, machen Sie bitte Überstunden so, dass es keiner merkt. Jeder Vorschlag, der mit Geld zu tun hat, z. B eine Motivation in Form einer geltlichen Belohnung, ist ein bitterer Kampf.
707	Dokumentation, 'Abwicklung' von Patienten, Durchlauf von Patienten, zeitliche Einschränkungen der Diagnostik
710	Sehr viele klinisch nicht indizierte Untersuchungen bei Privatpatienten

	Kurze Liegezeiten
711	keine Zeit für Patienten, konstant hoher Stresslevel, unmenschliche Arbeitsverhältnisse
712	Extreme Dokumentation von Kleinigkeiten aufgrund besserer Abrechnung
714	Wenig Personal
	Starker Druck in der Abteilung durch fremde Chefärzte
715	Die Stellen für PsychologInnen im Praktikum (PPIA) wurden kürzlich drastisch gekürzt in unserer Klinik (da diese wohl einen teureren Tarifvertrag bekommen haben kürzlich), als Folge daraus ist deren Arbeit auf uns AssistenärztInnen umgeschichtet worden. Wir haben nur das Minimum an (Vollzeit)AssistenzärztInnen in der Klinik, um irgendwie die Stationen zu besetzen, doch bei dieser (Unter)Besetzung hat man kaum "Luft" um mal tiefgründiger die Fälle zu reevaluieren, sich in Ruhe weiterzubilden, zu forschen, usw..
724	Laboranforderungen werden kritisch gestellt, Medikamentenauswahl (bes. Anästhetika) wird dadurch bestimmt, Zeitmanagement (bes. Im OP wird ein sehr schnelles Arbeiten gewünscht!)
728	Durch den MDK entsteht ein Druck bestimmte Therapien (z.B. Massagen) nicht zu verordnen.
729	Alles Handlungen und Dokumentation werden immer unter dem Gesichtspunkt des Erlöses (DRG) getätigt.
730	Patienten Durchlauf, schnelle entlassungen insbesondere an Tageszeiten gebunden
731	Zu Abrechnungszwecken wird auf Dokumentation geachtet
732	Überbelastung, kaum Pausen, viel Anspruch,viel muss zu viele Patienten pro Kopf
733	Unsinnige Diagnostik bei Privatpatienten, damit verbunden unnötig lange Aufenthalte
737	Das Werben und Bevorzugen von Privatpatienten fällt deutlich auf.
738	Entscheidung über Aufnahmen oder Entlassungen, Druck bei zügigen Entlassungen bzw. Minimierung der Kliniktage, Verweis auf weitere ambulante Abklärungen
739	Personalmangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich
744	Ärztliche Besetzung
746	Ich sag nur: MDK!
749	Anhalt zu mehr Operationen
755	Trotz verminderter Bettkapazitäten wird normal weiter gearbeitet und operiert, sodass Patienten früher entlassen werden müssen. Durch viele elektive Eingriffe kommt es zu unnötigen Corona-Kontakten.
756	Regelmäßig Anträge stellen zur Kostenübernahme bei teuren Therapien.
	Notwendige Diagnostik kann teilweise nicht stationär durchgeführt werden weil die Kosten die Fallpauschale sprengen würden.
757	Sehr hohe Patientenfluktuation (Fallzahlen, Verweildauern)
761	Durch Oberärzte/ Chefärzte weitergegeben bezüglich Diagnostik und Medikation.
773	Patienten -Liegedauer, -Zahlen
775	Diagnosen Anpassungen/Formulierungen müssen für die Fallpauschalen angepasst werden, wann wird wer (zu früh/zu spät) entlassen, meldet man Untersuchungen überhaupt an, wenn man sonst von oben Ärger bekommt das Budget zu schmälern...
779	Zu wenig Personal
783	Gespräche beim Chef bei Langliegern
	Tägliche Erinnerungen durch Controlling
789	Patienten sollen möglichst schnell entlassen werden, bestimmte Therapien (z.B. Ferrinjekt bei Eisenmangelanämie) sollen nicht gegeben werden, Patienten sollen "unfertig" entlassen werden um sie nach 6 wochen wieder elektiv aufzunehmen um einen neuen Fall daraus zu machen
790	Kein Absetzen nicht notwendiger OPs in Pandemie Zeiten,
	Man wird dazu angehalten erst mal „in sich hinein zu hören“ (aka bitte nicht) bevor man sich auf Corona testen lässt. Auch wenn man Kontakt zu nachweislich positiven hatte; Es geht immer darum dass man Behandlungen optimal kodiert, Privat Patienten sind der heilige Gral und bekommen den Arsch gepudert. Selbst wenn kein Chefarzt dabei war wird einer mit aufgeschrieben um das Geld davon zu erlangen.
791	Durchführung zusätzlicher (tlw. unnötiger) Maßnahmen mehr Verschlüsselungen vornehmen--> steigende Bürokratie
792	Vor allem in der Aufnahme und in der Angabe möglichst wenig Überstunden aufzuschreiben
795	Diagnostik- und Therapieentscheidungen werden durch ökonomische Faktoren deutlich beeinflusst.
800	- Liegezeit von Pat./ hoher Durchsatz
	- Dokumentation für Privatpatienten
803	muss jeden Tag sagen, wann der Patient wahrscheinlich entlassen wird, auch schon am ersten Tag, Patienten werden im kompletten Haus verteilt, nur damit möglichst alle Betten belegt sind, Computerprogramm ORBIS ist langsam und meiner Meinung nach zu

	unübersichtlich, aber billiger, Rehcte an PCs müssen immer erst beantragt werden, kostet Zeit, aber ist wohl billiger wenn es nicht jeder hat. Chef fragten jeden Tag ob nicht noch jemand gehen kann.
804	Viele Entscheidungen müssen wegen bestimmten DRGs gefällt werden, Patientenwille/-wohl und medizinischer Sinn bleiben hier auf der Strecke
809	Unnötige Untersuchungen. Die Indikation wird nicht vom Radiologen (mir) gestellt sondern vom Anforderer und wann welche Modalität für welch Art von Fragestellung sinnvoll ist. Es wird kompromisslos die Masse hoch getrieben.
811	Hinweise darauf, welche Untersuchungen und Laboranalysen teuer und ggf. unnötig sind.
812	kosten sparen bzgl. Materialien Druck Patienten schnellstmöglich zu entlassen
813	Reduktion der Liegezeiten, Überbelegung durch elektive Patienten
814	Hohe Patientenzahlen, vorzugsweise Privatpatienten
818	Liege Dauer der Patienten so kurz wie möglich halten, nur die notwendige Diagnostik machen, nicht mehr
820	Dokumentationspflicht & Beeinflussung von deren Inhalten durch die Kodierfachkräfte; Notwendigkeit der Begründung bestimmter Medikamente mit bestimmten Diagnosen, auch wenn für den individuellen Patienten nicht wirklich passend
822	- Patienten sollten besser aufgenommen werden, obwohl es kein Notfall ist, da es sich nicht lohnt nach der ganzen Diagnostik in der ZNA sie wieder nach hause zu schicken. Das macht teilweise keinen Sinn. Die Notaufnahmen sind leider oft aufgrund von Bagatellfällen überlastet. In Zeiten von Corona wiegt dies noch schwerer, da er Aufwand durch Reinigung und entspr. Sicherheitskleidung deutlich erhöht ist.
824	-Zeitdruck in der Prämedikation
831	Liegezeiten-Druck, schneller entlassen. Druck die OP-Säle voll zu haben obwohl es keine Betten gibt.
832	Operationen, welche keine wirklichen Notfälle sind werden am Wochenende oder nachts im BD durch geführt, da am nächsten Werktag bereits alle Kapazitäten ausgeschöpft sind. Zögerliche Investitionen in benötigte Gerätschaften. Praktisch keine Fortbildungsunterstützung. Generelles Sparen am Personal als größter Kostenfaktor.
833	PatientInnen müssen möglichst schnell durchgeschleust werden, damit eine hohe Anzahl an OPs pro Tag möglich ist und somit mehr Einnahmen generiert werden können, manche Behandlungsstrategie scheint vmir mehr aus Kostenspargründen gewählt als aus medizinischen Überlegungen, etc.
835	Rabattverträge, Regression
836	mehr Patienten müssen aufgenommen werden, weniger Zeit pro Patient
840	Patientenverlegung oder Entlassung aufgrund Liegezeit und diagnostikdiskrepanz
842	Liegezeiten der Patienten Restriktionen bei der Laborwertabnahme
846	Verweildauer, Diagnosen-Verschlüsselung, Dokumentation....
848	Nahezu dauerhafter Zeitdruck z.B. bei Visite, Behandlungen in der Notaufnahme, Operationen, Aufklärungsgesprächen.
850	Einhalten der Verweildauergrenzen
851	Bestimmte Diagnostik (z.B. CCT, MRT) erfolgt nur bei stationärer Aufnahme über Nacht Bei Privatpatienten erfolgt zum Teil sinnlose Diagnostik (Histologie bei Hüft-TEP), um besser abrechnen zu können
853	Verordnung sinnvoller Heilmittel. Liegedauer. Rehadauer bzw. überhaupt Durchführung.
858	kaum
862	Man wird angehalten, Liegezeiten kurz zu halten. Manchmal entlässt man Pat dadurch eher, als man gerne würde. Aber wenn die Notaufnahme überläuft, was dauernd so ist, bleiben kaum andere Optionen. Ärgerlich ist dann nur, wenn offizielle Zahlen dann zeigen, dass die Liegezeiten zu lang sind. Da geht die Rechnung offensichtlich an der Wirklichkeit vorbei.
863	klaren Zielvorgabe
864	Kurze Aufklärungsgespräch, kurze Wechselzeiten im OP, egal bei welchem ASA Wert
871	Wenig Zeit für Patienten und Lehre, Fachidiotie, da keine Zeit investiert wird mit anderen Fächern zu arbeiten oder von ihnen zu lernen, Dokumentation, Absicherung gegenüber dem MDK
875	niedriger Arzt-Pat.schlüssel, DRG-Codierungsfragen, zT Drängen auf Entlassung
883	OP-Zahlen, OP-Auslastung und Bettenbelegung spielen eine große Rolle
884	Druck bzgl schnelleren Entlassungen Stetig zunehmende Arbeitsverdichtung
889	Aus abrechnungstechnischen Gründen muss bei der Dokumentation genauer formuliert werden, ggf. sogar etwas als schlimmer/ausgeprägter festgehalten werden, als ich es in der Realität eingeschätzt hätte.

	Teilweise werden E-Mails mit Hinweisen der Geschäftsführung versendet, in denen darauf hingewiesen wird, wobei die Klinik Geld verliert.
891	Möglichst viele Patienten pro Zeit
898	Hohe Fallzahlen müssen gemacht werden, unnötige Patientenaufnahmen, Kodierung ändern, Durchführung von Leitungen um stationären Aufenthalt zu gerechtfertigten ohne dass dies indiziert ist
899	Entlassungen zügig anstreben, viele Untersuchungen für ambulant empfehlen
901	Schnelle Entlassung von Patienten, Sparen im Rahmen der Diagnostik
905	Untersuchungen sollten lieber nicht stationär durchgeführt werden, sondern ambulant empfohlen werden, Medikamentenpräparate müssen umgestellt werden auf gängige Präparate, die Reihenfolge der Diagnosen im Brief ist wichtig, trotz Systemwartung oder vollen Intrnsivstationen wird die Ambulanz nicht abgemeldet, in der 2. Coronawelle wird das elektive Programm nicht reduziert
910	Einhaltung Liegezeit, Aufnahme aus sozialer Indikation aufgrund mangelhafter häuslicher Versorgung
912	Betten müssen belegt werden, Diagnosen und Dokumentation entsprechend ausgerichtet werden, Taktung der Ambulanzpatienten ist entsprechend
918	V.a. hinsichtlich des "Aufnahme- und Entlassungsdrucks". Auch hinsichtlich erweiterter Diagnostik (Labor, Sono etc)
921	- möglichst kurze Liegezeiten - Diagnostik abhängig von Kosten - Medikamentenwahl, z.B. sehr teure Medikamente sollen Patienten selber mitbringen (ins Krankenhaus) - sparsamer Umgang von Schutzkleidung (seit der Pandemie), z.B. man solle Einmal-Schutzkittel mehrmals benutzen
925	Möglichst kurze Wechselzeiten im OP um eine größtmögliche Anzahl an OPs durchführen zu können, Verschiebung des elektiven OP-Programms bis in den Dienst hinein um möglichst viel zu operieren/um der Patientenzahl gerecht zu werden.
927	vorgeschriebene Liegezeiten, Einschränkungen bei Verordnungen
929	Druck, abrechnungsrelevante Leistungen zu dokumentieren, auch wenn diese dem Stand in der Behandlung nicht angemessen sind
930	Betrieb beschwert sich über "Unterbelegung" Trotz Corona-Quarantäne einer Station mit Aufnahmestopp Zahlreiche abrechnungsrelevante Computerarbeiten, die Zeit rauben, welche dann für die eigentliche Behandlung fehlt 2 Oberärzte bei 4 Stationen weil Personalschlüssel nicht mehr vorsieht
931	Aufnahmenanzahl von Patienten trotz Covid-19
935	Fallzahlen müssen trotz Corona halbwegs stimmen.
936	ambulante vs. stationäre Behandlungen. Leistungen innerhalb des aktuellen Aufenthaltes vs. erneute stationäre Aufnahm nach einem vorgegebenen Zeitraum. Entlassmanagement.
937	Auch fachfremde Pat. werden aufgenommen und behandelt; Anpassung von Diagnosen; Therapieangebot
938	Liegezeiten kurz halten
	Möglichst keine Konsile machen oder mehr abklären oder therapieren als über aufnahmegrund/ Diagnose hinaus geht
940	Fallzahlen sollen möglichst hochgehalten werden, hohe Dokumentationspflicht für Nachweise beim MDK
945	DRG, noch Fragen?
948	Entlassungen abhängig von der DRG-Kodierung. Patienten müssten länger stationär behandelt werden, aber aufgrund der DRG-Kodierung ist dies nicht gestattet.
949	Entlassungsdruck, Untersuchungen schneller bei Privatpatienten
950	Kürzung von Personal
953	- kurze Liegezeiten werden angestrebt - hoher Patientendurchlauf
957	Patientenumschlag
958	Patient:innendichte, Pflegepersonalmangel, Chefarztbehandlung (von Privatpatient:innen)
961	Verordnung von Medikamenten
962	Betten müssen voll belegt sein, auch nach kleinen Eingriffen stationärer Aufenthalt (obwohl medizinisch nicht nötig), Codierung von Eingriffen angepasst an DRG, hoher Patientenumsatz auf Station
963	Manche Tooös stehen nur eingeschränkt zur Verfügung bzw. Wird man gerügt wenn man gedankenlos Material verbraucht das man eventuell gar nicht gebraucht hätte.
970	Patienten müssen schnell entlassen werden
973	Durchführung unnötiger Untersuchungen/ Interventionen
981	Medizincontroling sitzt einem im Nacken (1x/ Woche in Frühbesprechung, 1x/Woche Besuch

	auf Station zur Klärung der Liegezeiten, "den Patient müssen Sie so und so buchen, sonst machen wir Verlust (z.B. bei Notfall-CT im Dienst); es sind immer Kleinigkeiten, aber die summieren sich.
977	Zeitnahe Entlassungen. Patienten in der Warteschleife. Größere Anzahl an Patienten als reguläre Betten zur Verfügung stehen. Wahl der Medikation.
987	Therapieentscheidung Entscheidung über Liegezeit
988	Kostenübernahmeanträge für spezielle Therapien verfassen, Liegezeit des Patienten beachten, so viele Patienten wie möglich ambulant anbinden müssen zur Chemotherapie
994	Hoher Patientendurchlauf, Teilwiese zu viele Patientenaufnahmen und v.a schnellstmöglich gewünschte Entlassungen
996	Liegezeiten Intensiv je nach Fachbereich künstlich verlängert, Materialrestriktionen, mangelnder Gesundheitsschutz bspsw. bzgl. FFP Maskenpflicht(Tragezeitbegrenzungen etc.), mangelnde Infrastruktur, Ausweitung OP-Kapazität ohne Personalaufstockung
1000	Im vergangenen Jahr hat im Rahmen der Coronakriese sich die Liegezeit der Patientin im Haus deutlich verkürzt um im Durchschnitt laut Vorgesetzten 2-3 Tage. Durch die verkürzten Zeiten kommt es zu einer deutlich erhöhten Aufwand bei der Dokumentation, was wiederum Zeit für die Patientin oder Fortbildung fast völlig geraubt hat. Darüber hinaus geht es jeden Tag in den Frühbesprechungen fast ausschließlich nur noch um die Belegung der Stroke Unit, dass die Patientin bei erreichen der Abrechnungsspauschalen möglichst schnell verlegt werden müssen. Teilweise wurde es mir bei fehlender Versorgungskapazität für Schlaganfallpatienten verboten das Krankenhaus bei Notfallleitstelle abzumelden damit diese Patienten in anderen nahen Krankenhäusern versorgt werden können. Ich hatte den Eindruck das die Diagnose eines Schlaganfalls fälscherlichweise gestellt wird um abrechnen zu können. Ich arbeitete im Raum Hannover.
1002	Ampelsystem im EDV-Programm bezüglich der Liegedauer, regelmäßige Aufforderung die Patienten zeitnah zu entlassen, viel Dokumentation aus Abrechnungsgründen
1003	Aktuell Einstellungsstopp für Ärzte, Liegezeiten der Patienten oft zu kurz ... wenig Zeit für Patienten
1004	Nicht selten werden Prozeduren durchgeführt bei denen man die medizinische Sinnhaftigkeit hinterfragen muss.
1005	Liegezeiten
1006	Materialbestellungen sind stark eingeschränkt. Sparsam arbeiten. Personalengpass beim Pflegepersonal.
1008	Wir sind angehalten, bei allen Patienten auf eine möglichst hohe Vergütung zu achten und den Behandlungsaufwand bei ambulanten Patienten gering zu halten. Und natürlich liegen wir in ständigem Streit mit der Verwaltung, wie viele Stellen unsere Klinik wirklich benötigt.
1013	Patienten sollten nach der unteren Grenze der Liegedauer entlassen werden, unabhängig davon ob alle Untersuchungen gelaufen und befundet wurden.
1015	Entlassdruck
1017	- schlechtes Arbeitsmaterial/ kein Arbeitsmaterial - wenig Personal - kaum Weiterbildung - DRG-Visiten, Privatpatienten-Fokus
1019	Alles muss schnell schnell gehen, immer mehr Patienten einbestellen,immer mehr Betten belegen.Wer diese Patienten dann adäquat betreuen soll, ist egal
1020	Dienstanweisungen, Kürzungen von diagnostischen Maßnahmen, die zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen
1021	Liegezeitkontrolle, Sparmaßnahmen, Personal-Betten und materialmangel Stellenstreichungen
1028	Liegezeiten gehen vor Patienten
1035	Das Einzige, wonach der Chef in Besprechungen regelmäßig fragt sind die Fallzahlen. Es geht nur noch darum, mehr Patienten zu untersuchen, die Qualität nimmt spürbar ab.
1037	Durchschleusung von Patienten innerhalb weniger Tage, akute Entlassung von Patienten trotz nicht geklärter sozialer Situation. Vermeidung medizinisch notwendiger Untersuchungen da diese nicht bezahlt werden. Dafür sinnlose Diagnostik bei palliativen oder geriatrischen Patienten, da eine Komplexbehandlung abgerechnet werden kann.
1038	Allein schon bei jedem Altbrief/Altakte aus der Codierung mit dem Hinweis, was ich denn bitte als Hauptdiagnose zu nehmen habe, weil ulcus duodeni Forest III besser bewertet ist als anv oder ähnliches ! Und bei der Frage was ich alles ambulant empfehle , weil wir das nicht machen, (weil zu teuer oder Patient zu fit für stationäre) , auch bspw die onkologischen oder HIV-Medikamente müssen die Patienten selbst mitbringen aufgrund des Anschaffungspreises- finde ich unzumutbar ehrlich gesagt
1039	- kurze Verweildauern der Patienten i.S. einer ,,Massenabfertigung" - Druck durch Belegungsmanagement/Chefarzt Langliegerpatienten zu entlassen trotz nicht

	abgeschlossener Diagnostik/Therapie - regelmäßige Wiederholungen von Oberärzten/Chefärzten ,,Wissen Sie eigentlich was das kostet?''
1042	Bei Liegezeiten und Abgabezeiten für Briefe.
1045	starke Beschäftigung mit Abrechnungsziffern, Empfehlung zu zusätzlichen (aber begrenzt notwendigen) Leistungen nur für die Abrechnung (hierbei meine ich z.B. Scores oder einfache Untersuchungen, wie Umfangsmessung der Beine, die für den Patienten aus meiner Sicht keinen Nachteil bringen, aber eben auch keinen Vorteil!)
1047	Hoher Patientenumsatz in der Klinik,
1048	Trotz Corona aufnahme von Patienten mit zwar elektiven, aber gut vergüteten Prozeduren. Teilweise fragliche Indikaitonsstellung mancher Prozeduren. Starker Bettendruck und Druck zur verfrühten Entlassung von zum Teil nicht entlassfähigen Patienten um Betten frei zu machen.
1049	Hektik im OP, Therapieauswahl nach Kosten
1050	Vor allem indirekt durch die dünne Personaldecke.
1057	Viel Zeit geht für Dokus drauf damit die Klinik nicht wegen ausgelassener Doku Geld verliert
1058	wenig Zeit für Patienten, großer Dokumentationsaufwand, Belegung unabhängig von vergügbarem Personal
1074	Personalbesetzung, nicht die besten Geräte
1078	Jeder operable Patient soll auch operiert werden; Stationäre Aufnahmen um Betten zu füllen; Druck schnell zu operieren damit keine OP hinten vom Plan fällt; Überplanung der Kapazitäten, regelmäßig fallen OPs aus die unrealistisch waren, damit aber niemals ein OP-slot frei bleibt; Unterbesetzung obwohl formal angeblich die Ärztezahl ausreicht = 2-4 Überstunden/Tag; ...
1079	als Zeitdruck i.S. der Taktung der Gespräche, wobei ich als Assistenzärztin noch viele Freiheiten und zusätzliche Dokumentationszeitfenster habe. Teilweise kann ich auch Medikamente wie Melatonin nicht verschreiben, da mein Chef sonst in Regress genommen wird.
1082	Die Patienten müssen so schnell wie möglichen entlassen werden.
1083	Einschränkungen bei Diagnostik und Therapie
1088	Bettenbelegung bewegt sich um die 100%, es gibt laut der Oberärzte ein Ampelsystem, sie bekommen aus der Konzernspitze regelmäßig Ermahnungen, die Betten zu belegen. Das ist eine erhebliche Dienstbelastung für die Assistenten, wir sind Akutversorger ohne Platz im Dienst.
1092	Patienten entweder noch in der Klinik behalten um die volle Fallpauschale zu erhalten oder zu entlassen wenn Pauschalen erschöpft sind.
1097	starker Fokus auf abrechnungsrelevanten Details
1098	In unserer Klinik (großes Universitätsklinikum) spürt tatsächlich keinen ökonomischen Druck - zumindest auf Assistenzarzt-Ebene. Es gibt immer wieder ökonomische Aspekte, die man berücksichtigen muss, aber von "Druck" kann nicht die Rede sein.
1100	Geplante Zeit pro Patient.
1101	Personaldecke, zu wenig Betten
1102	Hoher Personalmangel
1106	Ständig Dienste, da keine Ärzte eingestellt werden
1109	OPs werden vorgezogen, auch wenn es gleichwertige konservative Therapien gibt
1110	Kurze Liegezeiten, alles muss sehr schnell laufen
1111	Scheine schaffen pro Quartal
1114	Untertarifliche Bezahlung bei Grundgehalt und im Dienst. Nicht genehmigte Überstunden. Druck bei Entlassungen, ständiger Rechtfertigungs- und Dokumentationszwang wenn es ein Patient über die Fallpauschale raus ist und es ihm aber noch schlecht geht. Wenig Zeit für Aufnahmegespräche. Soziale Indikationen können nicht berücksichtigt werden. Angehörige können nicht so mit einbezogen werden, wie wünschenswert. Strafzahlungen durch die Politik bei Fehlbelegungen, hoher präklinischer Selektionsdruck um überhaupt die "richtigen" d.h. geldwerten Patienten aufzunehmen und die schlechteren abzulehnen. Kleines Haus in privater Trägerschaft hat es prinzipiell schwer sich am Markt zu behaupten
1115	Wenig Überwachungsbetten aufgrund von geplanten OPs und auch aktuell sofortiges Wiederhochfahren des OP-Programms, sobald Covid-Fallzahlen wieder etwas zurückgehen -> oftmals Schwierigkeiten Patient:innen zu verlegen
1120	Einschränkungen in der Diagnostik, Verschreibung, Verschiebung von Prioritäten hin zu IGeL-Leistungen
1122	Entscheidung über Aufnahme und Liegezeit von Pat. auch/sehr nach DRG-Kriterien, weniger/nicht nach medizinischer Indikation
1125	Aufwändige Privatdoku

	Bessere Behandlung von Privatpatienten
1126	Personalschlüssel Bemessung, Zeitdruck
1135	schnelle Überleitungszeiten/ enge Taktung im OP
	höherwertiges Verbrauchsatrial eingespart undmögliches Gebrauchsmaterial nicht angeschafft
1137	Liegezeiten von Patienten und Druck diese frühzeitig zu entlassen obwohl noch keine Therapieoptimierung eingetreten ist
1140	schnelle Ein- und Ausleitungszeiten zwischen OPs, volles OP-Programm, große viszeralchirurgische Eingriffe obwohl nicht sicher Intensivbetten vorhanden sind, unnötige Reservierungen von Intensivbetten für Privatpatienten postoperativ
1141	Zügige Ein- und Ausleitung ist gewünscht (aber nicht zwingend!).
1142	Reduktion von Liegenzeiten, Weglassen von sinnvollen Laborbestimmungen, etc.
1143	Rationierung von Mineralwasser für Patienten, begrenzte Anzahl an ffp2 Masken, billige Schutzausrüstung aus Asien, bei der Handschuhe ohne Größenbeschriftung in Boxen abgepackt sind. Passen keinem. Da arbeitet man lieber ohne. Wir werden angehalten wirklich alles richtig zu kodieren und bekommen sehr viel Ärger, wenn Fehler auftreten.
1144	wenn Personal ausfällt, wird kein zusätzliches kurzfristig eingesetzt, d.h. weniger personal arbeitet einfach je mehr. wenn gerade führungspersonal wegfällt, dauern die nachbesetzungen extrem lange. es fallen auch von chefärztlicher seite kommentare, dass intensivpatienten mit letztlich infauster prognose auf erst eine woche später sterben dürfen, da sonst die statistik schlecht sei (diese hat einfluss auf boni)
1148	DRG. Mittlere Verweildauer. Personalmangel.
1150	Wir sollen immer so schnell wie möglich, die Patientin wieder von Station wegbringen, dabei muss oft im Hintergrund noch viel organisiert werden (z.B. Betreuung, Abholung durch die Angehörigen, Informieren des Pflegedienstes etc.)
1152	OGVD!
1154	Budgetierung von z.B. Laboruntersuchungen, Verbandsmaterial wird nicht erstattet etc
1156	vermehrte Aufnahmebereitschaft bei leerer Station
1158	Bei Budgetierung und Laborboni, Bei Quoten für die Medikamentenverordnung
1160	Es finden Behandlungen von Patienten statt, die nicht zwingend medizinisch notwendig sind, aber ökonomisch gesehen viel Gewinn für die Klinik bringen.
1163	Wechselzeiten im OP sind das Maß aller Dinge. Meist wird diese Zeit rein auf das anästhesiologische Management zw. Einleiten/Ausleiten reduziert. Man fühlt sich wie in einer Fabrik mit Fließbandarbeit.
1165	Patienten werden nur aufgrund der Liegezeiten früher entlassen ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Allgemeinzustand. Insbesondere die "Korona-Räum-Aktionen" vor Wochenenden und Feiertagen, also die sofortige Entlassung oder Verlegung noch nicht austherapierter Patienten nach Ansage meist gegen mittags, erzeugen einen enormen Druck. Zudem werden rasch Mahn-Emails geschickt, wenn die Briefe nicht alle sofort freigegeben sind. Für die Bürotätigkeit bleibt leider neben der Akutversorgung zu wenig Zeit, sodass ich außerhalb meiner regulären Dienstzeit am Abend oder Wochenende ins Krankenhaus fahre. Homeoffice ist hierfür leider nicht möglich...
1167	durch zu wenig Personal/ hohen Krankenstand auch durch die derzeitige Coronalage ist die Zeit die für Patienten bleibt weiter gesunken, sodass "ökonomischer" gearbeitet werden soll...
1172	Schließung von Geburtskliniken aus finanziellen Gründen trotz hoher Auslastung
1174	wenig Zeit für Patienten, nur Diagnostik/Therapie, die bezahlt wird
1175	Fallpauschalen dokumentieren, insgesamt ausgeprägte Dokumentation zur " Rechtfertigung" für das eigene Handeln
1178	Hohe Arbeitsbelastung durch immer wenig Personal
1179	Bei privat Patienten haben wir deutlich mehr Möglichkeiten, die oft auch bei Kassenpatienten nötig wären. Gleichzeitig bekommen PPs auch medizinisch nicht sinnvolle Untersuchungen angeboten.
1182	-Abschaffung von Butterflys, da zu teuer - Überstunden sollen vermieden werden
1183	keine Zeit für Patienten, sinnlose / überzogene Untersuchungen / Therapien nur um sie abrechnen zu können, DRG zentralisiertes Arbeiten bereits ab der Einarbeitung. ("wenn sie diesen Patienten noch x Stunden/Tage länger sediert intubiert lassen bekommen wir mehr Geld, also nicht extubieren heute Nacht!")
1185	Alles muss schnell gehen und niemand hat wirklich Zeit für irgendeinen Patienten und man verbringt Stunden mit der Dokumentation damit ja auch alles korrekt abgerechnet werden kann.
1188	- schnelle Entlassunge und viele Aufnahmen - wenig Zeut für Patienten - Anhalt Überstunden für "Briefe schreiben" nicht aufzuschreiben

1204	Die Diagnosestellung und Aufnahmeindikation erfolgte häufig auf finanzieller Grundlage. Es gelten "Haustarifverträge", in denen das Personal schlechter gestellt ist, als laut gängigen Tarifverträgen üblich. Mehrere Stellen sind formal ausgeschrieben, es gibt jedoch kein Bestreben, diese auch zu besetzen.
1206	mind. 2 mal pro Woche wird man auf Liegezeiten hingewiesen. Entlassungen müssen Vormittags stattfinden um Kosten am Entlasstag zu minimieren. Durchführung von i.V. Therapien nur zur Möglichkeit der Liegezeitabrechnung (bspw. Heparinperfusor nach Angios, ZielPTT ausgegeben aber soll offiziell nicht erreicht werden.) Kodierung von Assistenten durchgeführt und auch nach Überprüfung durch das Medizin Controlling korrigiert werden
1210	- DRG - zu frühe Entlassungen - keine faire Bezahlung /Entlohnung des medizinischen Personals
1212	Viele kurze Liegezeiten, weiche Indikationsstellung, schlechte Stimmung durch hohen Druck, keine Zeit für Lehre, keine Zeit für zufriedenstellenden Patientenkontakt (bspw. Life-Style Changes bei Erstdiagnose Diabetes Mellitus) bzw. zufriedenstellendes "Reindenken" in die Beschwerden des Patienten
1214	Ziffern ausreiten, um max. Profil für den Arbeitgeber zu erwirtschaften (ist meist wichtiger, als Fachliches zu kritisieren)
1223	Überbelegung trotz Pandemie aufgrund der „schlechten Zahlen“ bei unzureichender Belegung, vorzeitige Entlassung bei noch nicht zufriedenstellender Stabilisierung der Patienten weil verlängerter Aufenthalt nicht ausreichend bezahlt wird, teils sinnlose Interventionen um diese abrechnen zu können
1241	Indikationsstellung, Entlassmanagement
1229	Ständige, extrem zeitraubende Besprechungen mit der Codierung
1230	Starker Arztbriefschreibdruck.
1231	Mehr Dokumentation als eigentliche medizinische Tätigkeit.
1244	Chef schickt einen nach Hause in Überstundenfrei obwohl nicht gewünscht. Wird täglich gesagt, die Zahlen müssen stimmen.
1248	Kurze Sprechstunden Termine, viel Vorsorge, fokus auf Abrechnungsziffern und Abrechnungsschulungen für ÄrztInnen, viele Hausbesuche (die so nicht nötig wären)
1249	- hoher Druck von "oben", möglichst viele Patienten "durchzuschleusen" - Patienten sollen alle zeitnah entlassen werden, obwohl wir nach meinem Gewissen den Patienten nicht bestmöglich versorgt/diagnostiziert/therapiert haben - es wird derzeit viel in dem ambulanten Bereich abgeschoben
1256	Bei diagnostischen Maßnahmen
1260	Schnelligkeit, Entscheidungen für/gegen OP oder stationärer Aufnahme teils unter ökonomischen Gesichtspunkten
1263	Wechselzeiten zwischen den OP´s, Anzahl der Operationen, Belegung und Fluktuation auf der Intensiv- und IMC-Station, Patientenklientel und Indikationsstellungen der Chirurgen.
1270	Belegung der Betten, Entlassung nach DRG, teils unnötige OPs
1272	Dünne Personaldecke Verwaltung unterschlägt Überstunden/ Schichtdienste
1281	Wahlarztleistung muss auch bei Notfällen unterschrieben werden
1286	- häufiges Diskutieren der Notwendigkeit von Untersuchungen - hoher Patientendurchlauf, Aufnahmedruck - DRG-Fragen, Diskussion um Entlassdiagnosen
1289	Kurze liegedauer
1291	Produkte qualitativ nicht sehr hochwertig oder 10 Marken verschiedene Handschuhe. oder das DRG teilweise vorgezogen werden als der „Patient“ an sich. Jedoch bei meinem aktuelle Arbeitsplatz ist das jedoch eher selten.
1293	Durch Pauschalisierung der Op-Eingriffe und damit zusammenhängende Verweildauer / übermäßige Dokumentation, um die Verweildauer zu legitimieren. Und sehr in der Geburtshilfe (vaginale Geburt weniger lohnenswert als Sectio)...
1294	Der Patientendurchlauf wird stetig höher
1295	Stellenkürzungen, Zeitdruck
1296	Frühzeitige Entlassungen, Nur Klärung der Einweisungsproblematik, keine teuren Medikamente/Untersuchungsmethoden
1299	Es wird häufiger im Nachhinein an Untersuchungen und Laboranforderungen rumgemäkelt, die ja zu teuer seien. Wenn man es dann sein lässt wird rumgemosert, dass man es ja ruhig hätte machen können. Es gitb ökonomisch gesehen keine rote Linie an die man sich halten kann. Außerdem werden wir häufiger dazu gedrängt unsere DRGs zu überdenken bzw die Patienten zwei Tage auf Station zu lassen, da wir sonst Kurzliegerabschläge abgezogen bekommen. Außerdem macht in unserert Klinik ein AA das war in anderen Kliniken zwei AÄ machen

1303	Entlassplanung, Arbeitszeitregulierung, Ausnutzen von Diensten
1305	Die undurchsichtigen Budgetpläne machen Sorge, Krankengymnastik oder teure Medikamente zu verordnen
1309	Mehr Patienten aufnehmen
1311	Entlasszeitpunkte, Verweildauern, Codierung von Diagnosen und Prozeduren, sparsamer Umgang mit Materialien
1319	Von Liegezeiten dominierte Mittagsbesprechungen, Ober- und Chefarztvisiten und entsprechend überstürzte Entlassungen. Echokardiographien durch MTAs mit langjähriger Erfahrung (Befundung anschließend durch Oberärzte) statt entsprechender ärztlicher Weiterbildung
1321	hoher Patientendurchsatz und Wunsch, noch mehr Patienten abzufertigen
1324	- Die Op-Zahlen steigen ohne das Personal entsprechend zu erhöhen - Privatpatienten werden oft hofiert und extra Behandlungen zugeführt, um den Ertrag zu erhöhen
1327	Bettenbelegung bis auf das Max ausreizen
1328	Einhalten von Stunden, Dokumentations- und Kodierungszwang
1332	Liegedauer ist wohl fast das am meisten Druck ausübende...
1333	Anzahl an Eingriffen und Patientenzahl müssen gesteigert werden.
1340	Wird von oben nach unten getragen. Entlassungsfruck von Patienten, teils auch welche, bei denen man selbst es nicht versntworten kann den Patienten zu entlassen. Arbeitszeit und Überstunden (s.o.) = personalkosten Mangel an angestellten Ärzten/ Pflegekräften-> sorgt für Mehrarbeit z.b. dadurch, dass man ständig kontrollieren muss ob Anordnungen erfolgt sind oder gewisse dinge selber macht, damit sie überhaupt gemacht werden. Das führt zu unbezahlten Überstunden. Gestresste Vorgesetzte
1353	Verweildauern, zusätzlicher Stress an Stichtagen
1358	Trotz Corona Durchführung elektiver Untersuchungen und Operationen
1360	Es wird ständig darauf geachtet was abrechenbar ist, was nicht. Wie die Liegezeiten sind. Patienten werden je nach Wirtschaftlichem Nutzen vermehrt aufgenommen oder zu früh entlassen. Es ist ständig Thema.
1363	Zeitdruck im OP.
1366	Viele Aufnahmen, teils mit fraglicher Indikation Entlassungen manchmal zu früh Zu wenig Personal
1369	Verschieben von Untersuchungen in den ambulanten Bereich wg. Kosten, liegezeiten, drg Einstufungen um möglichst viel Geld zu erwirtschaften, zu wenig Personal! Formulierungen in Briefen und Befunden ändern für mehr Geld
1373	Aussagen des Chefarztes über Verlegung von Patienten krankenhausintern, welche zum "Fallverlust" und somit finanziellen Einbußen führen würden Masse der Patienten in der prästationären Sprechstunde, es werden immer mehr in gleicher Zeit kurze Liegedauer Dokumentation im OP über Wartezeit auf Anästhesisten, um Effektivität der orthopödischen Abteilung zu beweisen bzw. längere Op-Zeiten zu rechtfertigen
1374	Personaldecke
1375	Patientengespräche werden nur der Abrechenbarkeit halber geführt. Masse statt Klasse in der Behandlung.
1380	Hohe Patientenzahlen, viel Bürokratie, nervige und komplizierte Kodierungsarbeit nach offiziellem Dienstschluss
1389	Mehr Patienten abarbeiten für immer weniger Zeit. Weniger Geld für Weiterbildung und Ausstattung
1388	Wenig bis gar nicht.
1394	Entlassungen durch DRg getriggert
1399	Zeitdruck und regelmäßige Verweise auf Leistungen, die gut und schnell abgerechnet werden können.
1409	- Aufenthaltsdauer Reha abhängig von Willkür der Krankenkassen mit teilweise nicht nachvollziehbaren Begründungen - viel handschriftlich, da neues digitales System zu teuer
1412	Stellenberechnung
1415	geringer Personalschlüssel bei Ärzten und Pflege, Teilweise minderwertige Produkte im OP, für die Stationsarbeit
1423	Man wird immer wieder am bestimmte Gesundheitsvorsorgen erinnert, die man den

	Patienten anbieten kann. Physiotherapien werden restriktiv gehandhabt.
1425	Ich werde regelmäßig auf die Liegezeiten angesprochen, muss mich rechtfertigen, warum ich Patienten noch nicht entlasse...
1436	Ständiger Entlassungsdruck, kein Handlungsfreiraum
1437	Wenig. Nur beim Kodieren der Fälle
1439	DRG-Kodierung, Zeitdruck bei Übungseingriffen
1442	Ständiger Druck Patienten schnell zu entlassen.
1445	Erhebliche Dokumentationsarbeit (krankenkassengerecht formuliert, Erstellung von zahlreichen, sehr aufwendigen Verlängerungsanträgen für diese), Entlassungs-, Aufnahmedruck bzw. Klinikauslastung, Personalmangel etc.
1449	Maximale Bündelung der Diagnostik unter Inkaufnahme von Überstunden beim Personal, schlechtere Aufklärung beim Patienten
1450	Entlassungen weil zu lange Verweildauer trotz unvollständiger Behandlung, OP-Planungen über das Maximum hinaus und Zeitdruck unter den OP‘s
1458	Es geht nur um schnelles Entlassen der Patienten auch wenn es nicht immer gut ist und Patienten meist am gleiche Tag wieder kommen. Es geht nur um Umsatz und Geld, Personal wird eingespart
1464	Ich habe eine Chefin, welche mich zwingt Privatpatienten oder Patienten, die von großen Zuweisern kommen, besonders intensiv zu behandeln. Das geht natürlich zu Lasten der restlichen Patienten. Arztbriefe an die zuweisenden Kollegen bekomme ich regelmäßig zur Korrektur zurück geschickt und muss diese nach Dienstschluss nachbearbeiten, weil meiner Chefin irgendwelche Formulierungen im Brief nicht unterwürfig genug erscheinen.
1468	Verweildauer von Patienten
1469	alte / unzureichende Infrastruktur des Krankenhauses zu wenig Personal -Stellen wurden während Corona abgebaut Gehaltsabrechnungen werden beinahe systematisch fehlerhaft durchgeführt -Schichtzulagen etc. werden nicht ausgezahlt und PA ist dafür kaum zugänglich...
1473	Es ist die Rede von den Diagnosen und deren Abrechnung. Im Labor stehen die Preise der Untersuchungen. Es ist zu wenig Personal
1476	Kodiervorgaben, bürokratischer Aufwand nimmt zu
1477	Anstehender Abbau ärztlicher Stellen im Konzern, um die Ausgaben für die aufgestockte Pflege wettzumachen
1482	Liegedauern möglichst kurz halten, DRG-verschlüsselungen mit Blick auf Erlös. bestimmtes Material nur auf Risikostationen (z.B. Bionecteure),
1483	Entscheidungen zur Patientenbelegung werden nach ökonomischen Kriterien getroffen, nicht nach denen der Patientensicherheit. Der Dokumentationsdruck zu Abrechnungszwecken nimmt immer weiter zu.
1485	Hohe Op-taktung, sehr kurze Wechselzeiten
1490	- Betten u Stationen voll belegen müssen trotz geringer Personalkapazitäten, auch wenn Versorgungsqualität der Patienten darunter leidet - extrem detaillierte u zeitaufwändige Dokumentationen, um Regresse zu vermeiden - notwendige Untersuchungen müssen auf ein Minimum reduziert werden, um die Kosten gering zu halten
1497	Bsp.1) Muskelrelaxanz: In den ersten Jahren war Rocuronium das Standardrelaxanz, dann wurde es gegen Atracurium ersetzt, weil es ein wenig billiger ist. Die Häufung von Flush, und anderen allerg. Reaktion wird in Kauf genommen. Bsp2) Auf ITS mitunter sehr kritisches Hinterfragen einzelner Laborbestimmungen unter der Frage des Kosten. Bsp3) Verlegung von ehemaligen Intensivpatienten bevorzugt direkt in die Reha, da bei Rückverlegung auf Normalstation die dort zuständige Abteilung (Unfallchirurgie, Innere, Gefäßchirurgie,...) den gesamten Erlös bekommt und dann der CA Anä den Vorwurf aus der Geschäftsführung zu hören bekommt, die Intensivmedizin würde defizitär arbeiten. Bsp4) Ausstattung OP: Zellstoff von normalem Flies auf dünnes fusseliges "Löschpapier" gewechselt, Begehung durch Konzernmitarbeiterin zur Prozessoptimierung mit der Empfehlung, nur noch 1 angewärmtes Tuch dem Patienten im Saal zu geben und auf Bezüge der Armschienen zu verzichten aus Kostenersparnisgründen. Obwohl dieses Vorgehen dem SOP perioperatives Wärmemanagement und den gängien Hygienekonzepten zuwieder läuft.
1499	An der Menge der Patienten, die durchgeschleust wird.
1502	Drängen auf hohe Patientenzahlen auch zu COVID-Zeiten, unnötige Durchführung abrechnungsrelevanter Untersuchungen ohne harte Indikationsstellung
1503	Patienten werden möglichst schnell wieder entlassen, wenig Zeit für den Menschen an sich, Überstunden werden gelöscht...
1504	Kurze Verweildauer soll angestrebt werden, viel Elektivprogramm, hohe Patientenzahlen auf wenig Assistenten (16 Patienten)

1509	Das Einstellen neuer Kollegen ist nicht einfach. Auch wird unsere Arbeitszeitdokumentation derzeit sehr stark kontrolliert und man muss Begründungen finden, warum man länger da war
1510	Liegezeiten sollten nicht zu lang sein, beim Kodieren gibts schnell ärger, wenn etwas falsch ist, da da Geld verloren geht
1513	Effizienz vordergründig und nicht Patientenwohl oder Gesundheit der Angestellten
1517	Höherer Patientendurchsatz in geringerer Zeit, mehr Dokumentation.
1520	Schnelle Entlassung; Ampelsystem
1522	Entlassmanagement
1523	- Entlassung teilweise zu früh oder später abhängig von der unteren Grenzverweildauer - Einkürzung von Arztstelle zur Erfüllung der Ziele - Zu viele Patienten werden einbestellt um mehr elektiv zu operieren
1531	Bettenproblematik, Schmeichelung von Privatpatienten, vorzeitige Entlassung um Platz für kommende OPs zu schaffen, OP über alles, Geburtshilfe wird stark vernachlässigt, da sie wenig Geld einbringt.
1534	es ist ständig Thema, v.a. in Chefvisiten
1538	- Hoher Durchsatz; schnelle Entlassungen; Dokumentationswahnsinn, sonst wird erbrachte Leistung nicht vergütet
1539	Möglichst kurze Liegedauer der Patienten.
1543	Täglich!!!! Patienten sind mittlerweile wie Ware. Ich denke es geht in diesem Land in die absolut falsche Richtung. House of God ist bereits mehr als Realität wenn nicht sogar schon überholt.
1546	Abrechnungsspezifische Nachfragen, schnelle Entlassungen,
1557	MDK Prüfung und Fälle nicht bezahlt
1558	Patientenverweildauer, Bettenauslastung, kein Aufstocken des ärztlichen Personals
1560	Vollzeit wird gesellschaftlich mehr anerkannt
1562	Entlassungsmanagement richtet sich nach oberer Verweildauer und nicht danach, ob die Patienten erholt sind. Falsche Diagnosen werden angegeben, da die richtige Diagnose keine stationäre Behandlung erlauben würde, obwohl Patient ambulant nicht mehr zurecht kommt. Arbeitsvertrag wird bis zum FA nur für 2 Jahre verlängert.
1570	Rechtfertigungen für verlängerte Liegedauern der Patienten
1571	Zu wenig Zeit pro Patient, zu wenig Geld insgesamt in der Pädiatrie, oft Thema der Abschaffung der Kinderkliniken.
1573	Kurze Verweildauer, eingespartes Pflegepersonal, weniger Diagnostik, auch wenn diese indiziert ist Speziell in der Kinder- und Jugendmedizin wird viel gespart, die Kliniken sehen diese Fachabteilung als Minusgeschäft
1577	Patientenverweildauer
1578	Die Stationen sind immer Rand voll. Sobald ein Bett leer ist werden mehr Leute elektiv einbestellt damit man auf keinen Fall einmal durchschnaufen kann oder mal pünktlich raus kommt. Der Bettendruck ist somit enorm. Patienten müssen teilweise entlassen werden weil die Betten bereits wieder verplant sind, auch wenn manchen Patienten aus gesundheitlicher oder sozialer Indikation 1 oder 2 Tage mehr stationärer Aufenthalt gut täte ...
1579	fliessbandmedizin, frühzeitige entlassung, blutige entlassung. kodierung wird gepimpt damit ertrag möglichst gross
1580	Patienten müssen entlassen werden, obwohl sie noch nicht stabil sind.
1582	Zeit pro Patient, frühe Entlassungen, Betten werden gestrichen / Stationen geschlossen bei geringer Belegung.
1583	Lieber Vollnarkose bei Belegärzten, da diese schnell geht als Regionalanästhesie, da die Kollegen nach Minuten zahlen; Kollegen, die bei jeder Untersuchung / Medikament den Preis wissen und dies mitteilen
1585	Überleitungszeiten im OP, Wahl der Verbrauchsmaterialien, Entscheidungen über Versorgung
1586	Gelegentlich sollen Patienten frühzeitig entlassen werden. Teilweise werden keine Entlassrezepte ausgestellt sondern nur Medikamente bis zum nächsten Arztbesuch mitgegeben.
1589	Bettenauslastung ist Dauerthema, Rüge bei schlechter Belegung
1593	Planung von Proceduren, Liegedauer, Personalausstattung
1599	Hohe Fall zahlen in kürzester Zeit. Keine Neubesetzungen im Personal
1602	Täglich wird besprochen ob etwas abherechnet werden kann oder nicht und ob der Mdk daraus einen Strick dreht
1604	Fallzahlen, Druck Gruppentherapien ambulant anzubieten, mehr PIA Patienten zu behandeln, Pat. schneller zu entlassen.
1607	Möglichst viele Patienten, großer Wert auf drg gemäße Dokumentation (insgesamt viel Bürokram...)

1611	Achten auf Verordnungszahlen im Hinblick auf mögliche Regresse.
1613	Hohe Arbeitsbelastung (hohe OP-Zahlen)trotz geringer Ressourcen (Fachkräftemangel, Bettenkapazität)
1617	Sehr stark! Der Durchsatz an Patienten grenzt an Wahnsinn. Die Patienten werden deutlich zu früh entlassen, sind hilflos mit einer Menge ungelöster Probleme. Viele Aufgaben werden an die niedergelassenen Kollegen weitergegeben, häufig allerdings nicht vom Patienten nachvervolgt. Es werden häufig Prozeduren als Therapie bevorzugt, die der Klinik den größten Profit bringt. Ich wünsche mir eine Medizin, in der ökonomische Abwägung wenig Platz hat, sondern fast ausschließlich die medizinische Indikation.
1620	- häufige Patientenwechsel - ständiger Personalmangel - hoher bürokratischer Aufwand, da ansonsten die Abrechnung nicht erfolgen kann, bzw. zu wenig abgerechnet werden kann
1624	Kaum
1625	Anzahl der Entlassungen pro Tag
1629	Fraglich unnötige Aufnahmen zum Hochhalten der Fallzahlen, Verweildauern werden teils unter Vernachlässigung von der Indikation/klinischen Situation aus Abrechnungsgründen verlängert oder knapp gehalten. Mangelnde Abrechenbarkeit bestimmter Untersuchungen, Fallzusammenführungen, nachstationäre Zeiträume müssen eingehalten werden, Verzicht auf umfangreichere/teure Labordiagnostik, zurückhaltende konsiliarische Vorstellungen in anderen Kompetenzzentren, zurückhaltende Verlegung in Kliniken mit höherer Kompetenz bei speziellen Krankheitsbildern.
1630	absurde Entlassplanungen und ebenso absurde Patientenbehandlungen- Die Würde des Menschen ist antastbar geworden, eine Schande!
1631	Reglementierung der Personalkosten
1633	Viel Zeit wird für Kodierung und Bettenpolitik (Liegezeiten) aufgebraucht
1635	OPs und Interventionen im herzkatheter die zu einer Mehrbelastung führen
1640	Patientenentlassung/-Versorgung aufgrund von Kosten
1641	schnelles ökonomisches Arbeiten um die Anzahl an Patienten pro Tag zufriedenstellend behandeln zu können ist ein Muss
1642	Benchmarks wie zb Belegungszahlen, -Zeiten, Kommunikation mit den controllern, hoher Dokumentstionsdruck wg MDK.
1647	Zum einen dürfen keine Überstunden gemacht werden, dies aber notwendig aufgrund erhöhter Arbeitsbelastung (werden dann z.T. auch nicht genehmigt) Manchmal muss ich teure Untersuchungen ambulant empfehlen, obwohl dringlich indiziert aufgrund DRG
1656	V.a. bezogen auf Personalknappheit auch wenn angeblich keine Planstelle frei ist. Sonst eher wenig spürbar.
1658	Den Druck, möglichst kurze Sektionszeiten zu haben. Abrechungssachen selbst machen müssen (z.B. haarklein Fahrzeiten u.ä. dokumentieren).
1661	Man hat in der Frühbesprechung schon mitbekommen, wie teuer eine MRT ist. Da überlegt man manchmal, welche Bildgebung man für Pat. in der Notaufnahme anmeldet. Fälle die nach 24 h vom Monitor abgenommen werden können, sollten auch nicht unbedingt länger im Haus bleiben.
1662	V.a. Briefe rechtzeitig schicken, Bettenbelegung
1663	Vorgegebene Liegezeiten. Maßnahmen können nicht ambulant durchgeführt werden, weil sie sonst nicht abgerechnet werden können, also stationäre Aufnahme mit damit verbundenem bürokratischen Aufwand, der häufig nicht notwendig wäre.
1671	Hohes OP Aufkommen, schnelle Einleitungen/Ausleitungen,
1672	Verlegungsmanagement, Zeit am Patienten, Zeit für Ausbildung und Einarbeitung...
1673	Jede einzelne Tätigkeit muss abgerechnet werden, Abrechnungsziffern spielen eine große Rolle
1674	Materialkürzungen, kein eigener Drucker, privat zu beschaffendes Arbeitsequipment, Personalreduktion, unbezahlte Überstunden, geringe Vergütung
1679	Patient sollte am Besten direkt nach Aufnahme wieder entlassen sein, möglichst viel Diagnostik in kurzer Zeit
1684	Liegezeiten, keine operative Ausbildung aufgrund von Zeitmangel um möglichst viele Punkte zu machen und wirtschaftlich zu sein
1685	selten tauchen Controller auf und wollen Kleinigkeiten im Brief anders angeordnet haben. Aber das ist wirklich die Außnahme.
1688	Wenig Personal, hohe Patientenzahlen, kurze Liegezeiten, Streichung von Betten und OP-Zeit aufgrund Personalmangel
1691	"Was der MDK wohl dazu sagt" wird praktisch bei jedem Schritt mitgedacht. Ohne es zu wollen, übernimmt man dieses Denken teilweise. Viel der zusätzlichen Bürokratie und

	Dokumentationsarbeit hat abrechnungstechnische Gründe. Ich erlebe zudem eine Bevorzugung von Privatpatient*innen. An der Ausstattung der Klinik, am Personal und an so simplen Sachen wie PCR-Test auf Sars-CoV-2 wird beim Personal gespart, Schnelltests sind günstiger. In anderen Abteilungen haben viele Kolleg*innen das Gefühl, dass die invasivste Abklärungsmethode (z.B. eine Koronarangiographie) den Vorzug vor weniger invasiven Maßnahmen erhält, auch wenn sie nicht wie die beste Wahl erscheint. Patient*innen werden dann nach der Intervention entlassen, auch wenn sie ein unauffälliges Ergebnis gebracht hat (Ausschluss KHK), ohne dass die zur Aufnahme führenden Beschwerden (z.B. Oberbauchbeschwerden) weiter abgeklärt worden wären.
1692	Zügig angestrebte, manchmal auch "dreckige" Entlassungen, dreifachdokumentation von irgendwelchen Anforderungen, Überdiagnostik von Patienten, für mich nicht erklärbare Besonderheiten im Rahmen irgendwelcher Qualitätszirkel
1693	Verlegung von Patienten, Konsile,
1697	Bekomme Zettel in die Patienten Akte gelegt, bei welcher Aufenthaltszeit die Klinik plus macht und wann minus
1702	Zeitstress
1706	Patienten müssen schnell entlassen werden. Dafür aber auch viele Patienten aufgenommen werden.
1713	Ersatz des Schreibbüros durch sehr schlechtes Diktiersystem -> Zeitverschwendung zur Formatierung der Arztbriefe -> mehr Überstunden und Frustration Abschaffung des Mitarbeiterparkplatzes -> einzige Möglichkeit ist auf Besucherparkplatz zu parken (> 8h = 5€/Tag)
1714	Bei uns in der Abteilung geht es. Jedoch werden Patienten möglichst nach DRG entlassen. In anderen Abteilungen wurde zu der Coronahochzeit Elektivprogramm weiter operiert. Der Geschäftsleitung sind Fallzahlen wichtiger als das Patientenwohl. Teilweise werden Prozeduren durchgeführt, die nicht sinnvoll erscheinen, sondern Fälle generieren.
1715	Diagnostik in der Rettungsstelle nur wenn Patient aufgenommen wird (Anstrich, CT)
1720	Häufige OPs welche nicht immer eine Notwendigkeit haben
1732	Keine Möglichkeit der Doku von Überstunden Liegezeitverkürzzung Zwangs-FZA "auf Abruf"
1735	Liegezeiten DRG orientierte Behandlung
1736	Mehrwegmaterial, welches deutlich schwerer zu benutzen und unhygienischer ist. Sehr günstige Einwegmaterialien, die schlecht zu benutzen sind. Programme werden nach Budget und nicht nach Benutzerfreundlichkeit gewählt. OP-Program nicht an Personaldecke angepasst.
1739	Große Patientenfluktuation Schnelle Abwicklung und schnelle Entlassung
1740	- Verkürzung der Liegezeiten - notwendige Untersuchungen werden ambulant empfohlen - nicht genug Geld bringende Patienten werden an andere Kliniken verwiesen
1741	- Personaldecken, die im Normalbetrieb schon auf Kante genäht sind und die bei "außergewöhnlichen Vorkommnissen" wie etwa Grippewellen oder einer Corona-Pandemie die Belastungsgrenze aller überschreiten.
1756	MDK-Gutachten zu Liegezeiten, Verlängerungsanträge für Reha-Aufenthalte, Medikamentenauswahl nach ökonomischen Kriterien.
1759	Aufnahme von Patienten, bei denen es nicht unbedingt notwendig ist
1763	- Auswahl Medikamente - Sparsamkeit mit Materialieng - Stationsschließungen und neue Diendstmodelle
1765	Patienten müssen innerhalb der regulären Verweildauer entlassen werden, egal ob fit oder nicht
1770	Wenig Personal
1771	Eingriffe müssen durchgeführt werden, trotz hoher Corona-Fallzahlen im Haus
1775	Aufenthaltsdauer und Aufnahmezeitpunkte stark von Wirtschaftlichkeit abhängig, Personaldecke wird nicht berücksichtigt
1779	Planung der Entlassungen Druck bei "nicht-wirschaftlichen" Aufnahmen aufgrund drohender Streichung der Fallpauschale durch MD
1782	Befundungszahlen möglichst ohne Überstunden erledigen
1783	Ökonomischer Druck nicht für mich persönlich, aber für den Patienten. Viele Behandlungen/Therapien werden nur ambulant getragen; Diagnostik ebenso. In Bereichen, in denen Patienten sehr häufig zu Verlaufskontrollen oder Behandlungen kommen müssen,

	bedeutet dies immer einen großen organisatorischen (und finanziellen) Aufwand für die Patienten, da für ambulante Vorstellungen i.d.R nie die Transportkosten übernommen werden.
1785	Liegezeiten werden angesprochen, Dokumentation zur Sicherstellung der Abrechnung
1788	Therapieentscheidungen sind mitunter abhängig von wirtschaftlichen Überlegungen, die sich aus dem deutschen Gesundheitssystem ergeben. Dann dürfen wichtige Kontrolluntersuchungen erst nach Ablauf von 21 Tagen z.B. erfolgen, weil die KV erst dann wieder eine Abrechnung erlaubt.
1794	Zu wenig Equipment (z.B. Wärmebetten, Inkubatoren, noch einige alte Beatmungsgeräte)
1796	Hoher Patientenumsatz und restriktive Verschreibungen von KG
1801	Teilweise verbietet der Chefarzt eine leitliengerechte Versorgung um die Liegedauer der Patienten zu verkürzen. Durch den ökonomischen Druck erfolgt nur eine unzureichende Weiterbildung der Assistenzärzte in Weiterbildung. Ich fürchte um die Versorgungsqualität der Zukunft.
1805	Hohe Fallzahlen (insbes. auch von elektiven Eingriffen), auch in der Pandemie
1807	In der Dokumentation den Patienten "kränker" darstellen, damit der Tag bezahlt wird die Masse an Patienten
1808	Schnelle Entlassung von Patienten, welche man sonst ggf noch etwas da behalten würde bzw kurzfristige Entlassungen manchmal nicht möglich weil dann Tag gestrichen wird (mindestaufenthalt von 24h gefordert)
1810	Patienten möglichst frühzeitig entlassen
1825	viele Patienten in kurzer Zeit
1826	zu wenig Personal, zu wenig Zeit für Patienten, v.a. bei der Visite, "Herausschmeissen" von Patienten, um die obere Grenzverweildauer nicht zu überschreiten, schlechtere Materialien im OP/in der Wundversorgung um Kosten zu sparen
1827	Bei Diagnostik (z.B. Labor: D-Dimere zum Ausschluss TVT/LAE/Dissektion, Computertomographien bei unklaren Bäuchen) die man als potentiell unerfahrener und schlecht eingearbeiteter Assistenzarzt zur Absicherung braucht, wenn keine Fachärzte Zeit haben ihre Expertise weiterzugeben und damit Diagnostiken vermeiden könnten. Außerdem bei völlig überarbeiteter Mannschaft von der Chefetage die Aussagen à la "wir brauchen mehr Patienten" (Notaufnahmebetrieb). Und vieles mehr.
1828	Anzahl der Einbestellungen (zu viele in zu kurzer Zeit und trotz chronisch unterbesetzter Schwestern), Hinweise/Rüge durch Oberärzte bezüglich möglichst sparsamer Verwendung von Ressourcen, notwendige Untersuchungen (z.B. OCT) werden nicht durchgeführt wenn der Patient keinen IGeL bezahlen will, notwendiges Equipment (Tonometerköpfchen, Lupen, Kontaktgläser zum Lasern etc.) sind extrem zerkratzt, beschädigt oder fehlen zum Teil, werden aber trotzdem nicht durch neue ersetzt, nervige und aufwendige Doppelt- und Dreifachdoku durchgeführter Untersuchungen und Behandlungen für Abrechnungszwecke
1830	schnelles Entlassmanagement des Patienten über der Liegezeit, obwohl dieser aufgrund komplexer Erkrankungen noch bleiben müsste Delegation von dringlichen Untersuchungen in die Ambulanz, obwohl in der Region nur begrenzte Möglichkeiten bestehen Verabreichung von von der Klinikleitung vorgeschriebenen Medikamenten wie Innohep statt Clexane, Ferinject statt Ferlicit, ect. Doppeldokumentation wie den Pneumoniebogen
1832	ständig z.B OP-Kapazitäten und OP-Zeiten (OPs möglichst schnell durchführen auch als ANfänger), Kosten sparen bei Material auf Station und OP, schlechtes Bereitschaftsbett, schlechte Ärztebüros, schlechte Kliniksoftware, Bettenmanagement
1834	Schnelleres arbeiten, weniger Angestellte, weniger Diagnostik.
1836	In einer Kinderklinik ist man zum Glück noch einigermaßen verschont vom ökonomischen Druck und darf recht frei die notwendigen Untersuchungen und die Liegezeiten bestimmen
1842	Zeitdruck, knappe ITS-Kapazitäten
1843	Kosteneinsparung beim Personal und Material. Unser Dienstzimmer hat Schimmelbefall, die Fenster können nicht komplett geschlossen werden.
1855	Zu viele Patienten, die zu schnell "abgearbeitet" werden müssen. Pflegemangel macht sich wie überall bemerkbar.
1861	Im Op täglich, durch Konkurrenz der operierenden Fachrichtungen um OP Kapazitäten (denn das bringt Geld), teilweise fragliche OP Indikationen, Mangel an moderner Technik, Personal usw.
1873	Liegezeiten DRGs
1881	Zwang nach kurzen Liegezeiten, Verschlechterung des Arzt-Patienten-Schlüssels, fragwürdige Untersuchungen
1908	Abrechnung, Kodierung... medizinische Maßnahmen und v.a. die Dokumentation erbrachter Leistungen werden häufig in Anbetracht der Abrechnung angepasst.

1912	- Ökonomie geht vor Infektionsschutz (Kollegen ohne Überstunden müssen während eines Lockdowns der gesamten Klinik trotzdem zur Arbeit kommen und haben de facto keine Aufgaben während des Arbeitstages). - Medizinische Entscheidungen vor allem bezüglich operativer/konservativer Versorgung werden häufig ökonomisch begründet. - Entlassungszeitpunkt hängt gefühlt rein von DRG ab. - Weitere Versorgung der Pat. (Reha, Geri usw.) möglichst nur in bestimmten Einrichtungen organisieren, da die Abteilung sonst Geld verlieren könnte.
1917	Anästhesie-Einleitungen unter Zeitdruck, oft wird auf Ausbildung in diesem Setting verzichtet um vernünftige Zeiten zu erzielen;
1918	Patienten müssen so schnell wie möglich entlassen werden. Bzw. Unnötigen Untersuchungen bei Privatpatienten
1921	Viele patienten, wenig zeit, behandlung variiert je nach versicherungsstatus (bg und privat deutlich intensivere und häufigere behandlung als kasse)
1931	Siehe Kommentar vorher. Bei Patienten, die öfter kommen, kann man die Gespräche nicht abrechnen, ausserdem überschreiten wir regelhaft das Laborbudget. Es macht Freude, aber Hausbesuche u. a. sollten auch entsprechend honoriert werden, da bekommt jeder Elektriker mehr.
1934	Zu wenig Assistenzärzte, zu viele Patienten, zu große Arbeitsbelastung.
1935	Entlassung der Patienten, so dass gut abgerechnet werden kann.
1941	Stetiger Hinweis die DRG, Liegezeiten etc. zu beachten Bestimmte Interventionen zu bevorzugen und zu empfehlen
1954	Jedes Quartal Besprechung der Fallzahlen, Codierung durch Assistenzärzte statt Kodierkräften, dadurch Beeinflussung der Liegedauer durch DRG
1959	Kosten und Leisungsdruck
1965	Anrufe von Controllern/ DRG/Abrechnung.
1975	Regelmäßige Ermahnung und Vorträge des Chef bezüglich der Fallpauschale. Druck bezüglich der Überstunden, dass dann kein neues Personal eingestellt werden darf
1983	Viele Patienten, wenig Zeit, hoher Durchsatz, viel Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken, Personalmangel
1986	Liegezeiten der Patienten
1990	Entlassdruck, Gefühl von Zwang die Dokumentation und damit die Behandlung fast schon an den Anforderungen des MDK anzupassen, auch wenn es im Einzelfall nicht sinnvoll erscheint
1995	Monatlich werden die Fallzahlen IST mit SOLL als Auswertung per Mail zugestellt und häufig diskutiert
2013	Direkt durch Nachfrage des CA wenn Pat. sich der Grenzverweildauer nähert.
2016	Dies spiegelt sich alleine in der verbalen Wertschätzung eines Patienten dar, je nachdem ob man Ihn gut oder schlecht abrechnen kann. Zudem sollte es in einem Gesundheitssystem keinen finanziellen Schaden anrichten wenn man einen Patienten konsiliarisch in einem anderen Krankenhaus vorstellt.
2017	Ordination von HMV oder RP
2019	Liegezeiten müssen reduziert werden auch wenn Patienten nicht genesen sind Zu wenig Intensivbetten aus Angst diese könnten nicht voll ausgelastet sein, damit zu viele zu schwer kranke Patienten auf den Normalstationen, viele sterben auf Grund des Mangels an Intensivbetten per zu später Verlegung dort hin Zu wenig Personal mit häufigen Extraschichten oder Doppelbelastung um die fehlenden Kollegen auszugleichen
2020	Stets werden nicht zu schaffende Stellen etc. Aus ökonomischer Sicht argumentiert, Überstunden werden aber nicht wie in einem Wirtschaftsunternehmen erfasst oder vergütet
2024	Begrenzung von Labordiagnostik, Diagnostikdurchführung und z.T. Therapiedurchführung entsprechend Konsilempfehlung, wenn dies auch beim Hausarzt geschehen kann. Begrenzung von Behandlungszeiten/Klinikaufenthaltsdauer.
2026	Keine Stellenausschreibung, obwohl Personalmangel vorhanden.
2027	Stirnrunzeln über z.B. Durchführung partoSure-Test, da teuer
2034	Personlmangel, schlechte arbeitsmaterialien
2038	Im Op Saal fühlt es sich teilweise an wie Fließbandarbeit. Hauptsache die Überleitungszeiten sind schnell. Sehr alte, kranke Menschen werden operiert. Wir müssen in unserem Nachtdienst auf Intensiv für die Abrechnungsabteilung Patientenwerte codieren. Und bekommen von der Abrechnungsabteilung Ärger, wenn wir das nicht tun/schaffen.
2059	Liegezeit Dauer muss beachtet werden Untersuchungen werden nicht gemacht weil zu teuer

	Medikamente werden nicht verabreicht, weil zu teuer
2064	Ich muss schnell dokumentieren, defizitorientiert berichten um Behandlung zu begründen, habe nicht ausreichend Zeit für Aufklärung und es bleibt zu wenig Zeit für participative Entscheidungsprozesse und gemeinsam besprochene Abweichungen von der Leitlinie im Sinne der Informierten Entscheidung
2081	Therapien und Maßnahmen werden durchgeführt, wenn sie sich finanziell lohnen.
2087	Patientenmanagment
2094	Chef stellt kein neues Personal ein, Geräte teilweise veraltet / nicht zu gebrauchen, Produkte nicht vorrätig. Private Patienten erhalten unnötige Eingriffe
2111	Art der Dokumentation Durchführung von Untersuchungen Behandlungsdauer
2117	Patienten sollen möglichst kurze Liegezeiten im Krankenhaus haben, bei Kündigungen oder generell Fortgang anderer Kollegen wird ewig überlegt, ob die Stelle überhaupt wieder besetzt wird, etc
2127	Einbestellung der Patienten zur Aufnahme obwohl noch keine Betten frei sind, teilweise unnötige elektive Aufnahmen, nicht ausreichende Verfügbarkeit der Medikamente, Verbandmaterial, Geräte
2130	- eingeschränkte Auswahl an Medikamenten - manche (sinnvolle) Laborwerte sollen zurück haltend bestimmt werden - schlechte Personalschlüssel für Ärzte, Pflege und MFAs
2131	Liegedauer Verkürzung, Druck keine freien Betten zu haben
2132	Finanzieller Druck, Patienten rasch entlassen
2140	Zeitdruck, Therapieentscheidungen, Bettenkapazität/-Auslastung
2141	Evaluation mit dem was bezahlt wird
2146	Bestimmte Behandlungen nur für Privatpatienten, Bettenbelegung als eines der wichtigsten Themen, Liegeverweildauern einhalten entgegen medizinisch sinnvollen Zeiten
2149	Ständiges Erinnern an Liegezeiten, vorhalten der CMI Punkte und „wieviel besser die Abteilung mal war“, das alles unter dünnerer Personaldecke; Entlassen nach Hause aus der ZNA bei eigentlich bestehender Indikation zur stationären Aufnahme, weil keine Betten
2155	- „liegt ja ganz schön lange hier...“ - „muss jetzt auch mal gehen...“
2159	Entlassungen der Pat. stark abhängig von Vorgaben
2161	Drastische Verkürzung der Liegezeiten, oft zu Lasten der Patienten.
2162	Patienten werden meiner Meinung nach zu früh entlassen insbesondere aus anderen gebieten wie der Chirurgie und werden dann doch wieder in die Klinik eingewiesen
2165	Möglichst baldige Entlassungen, Anzahl der notwendigen Laborparameter/Untersuchungen abwägen. Zu geringe Besetzung im Pflegepersonal.
2166	subjektiv zu häufig, da eigentlich der Patient nach ausschließlich gesundheitlichen und ethnischen-persönlichen Aspekten zählen sollte, wobei aufgrund ökonomischer Ansprüche insbesondere soziale Aspekte häufig zu kurz kommen
2167	Rügen für erhöhten Verbrauch von Einmalmaterial, spezielle Diagnosencodierung, nicht ausreichend Oberärzt*innen, keine strukturierte Einarbeitung der Anfänger*innen, Nicht-Genehmigen von „zu geringer“ Mehrarbeitszeit (unter 15-20 Minuten pro Tag werden nicht eingetragen)
2168	Op Zahlen/ Fallzahlen müssen stimmen.
2172	Effiziente Durchführung von Leistungen, die abrechenbar sind. Nicht-abrechenbare Leistungen (z.B. Gespräche) werden möglichst kurz gehalten
2178	- je nach Abteilung wird sehr auf Liegezeiten geachtet - viel Doku, um Liegezeit zu rechtfertigen - häufig MDK- Anfragen (an die OÄ)
2193	Belegung/ Dauer stationärer Aufenthalte
2194	DRG geht vor individueller Betreuung
2199	Erhöhter Dokumentationsaufwand
2211	Auswahl / Vermeidung bestimmter kostenintensiver Medikamente
2214	Liegezeiten der Patienten, streit zwischen Fachabteilungen wer denn Fall abrechenden kann, zu wenig Pflegepersonal, insuffizientes oder billiges Arbeitsmaterial.
2224	DRG, Verordnungsvorgaben
2228	Entlasszeiten, Dokumentation tatsächliche Ursache vs Ursache wegen einer Prüfung des MDKs

2229	Hohe Patientenzahlen täglich, sodass kaum Zeit für die individuelle Behandlung bleibt. Inadäquate hohe Einbestellung trotz aktueller Pandemie.
2232	Anzahl an Patienten, die geschafft werden müssen
2236	Auswählen der Diagnosen Dokumentation der Visiten etc Belegungsdruck anstatt Patienten rechtzeitig entlassen
2242	Entlassungen bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, Untersuchungen die bei Privatpatienten laufen müssen
2244	OP Zeiten eintragen, Einleitung unter Druck
2245	Verweildauer werden beschnitten. Aufnahmen sind nur gerechtfertigt, wenn sich auch eine Operation daraus ergibt.
2248	Personaldecke / Arbeitsbelastung hoher "Durchsatz"
2249	Codierung durch Arzt selber
2253	Liegezeiten schlechte Software und Hardware
2256	Extremer Zeitdruck. Viel zu wenig Personal.
2258	Zu wenig Zeit für Patientengespräche, viel Dokumentation, Etc
2260	Erste frage wann kann ich den patienten entlassen
2263	Zeitdruck im OP, Länge der OP-Tage "alles muss noch schnell operiert werden"
2272	Zügige Entlassungen, Verschlüsselungsproblematik, MDK-Nachfragen
2279	Wenig Behandlungszeit, schneller Patientendurchlauf, falscher Personalschlüssel
2282	Es geht immer nur um Geld und zahlen, nicht um den Patienten oder das Personal.
2283	Unrentable Patienten werden in die Innere Medizin ,,abgeschoben'' auch wenn kein internistisches Gesundheitsproblem vorliegt. Andere Fachrichtungen, insbesondere neurochirurgische, neurologische und psychiatrische Fachrichtungen übernehmen praktisch keine Patienten
2286	Gerade zu Lockdown-Zeiten waren nicht viele Patienten da, daher wurde bzw, musste sehr sehr großzügig aufgenommen werden, da ambulante Patienten nicht wirklich abgerechnet werden können (nur mit 19 Euro pro Patient)
2292	Patienten sollen rasch wieder entlassen werden
2295	Kurze liegezeiten, unnötige Eingriffe,
2299	Verkürzung der Wechselzeiten zwischen OPs, volle OP-Pläne, die häufig im Dienst abgearbeitet werden; Druck, möglichst schnell fertig zu werden
2306	Patienten sollen zeitnah entlassen werden, Betonung auf spezifische Formulierungen, damit die Abrechnung besser klappt
2307	Zunehmender Druck bzgl Liegedauer, Patientenanzahl, verzögerte Nachbesetzung freier Stellen, Verweigerung von Vertragsverlängerungen
2309	Zu viele Patienten pro Arzt, damit zu wenig Zeit pro Patient + Überstunden
2313	Welche Diagnostik geplant, wie lange behandelt wird
2319	mVwd Arzneimittelwahl Wenig Assistenteneingriffe wegen Op-Dauer Kein Geld für Fortbildungen Zitat Chef: Ausbildung ist in den DRG nicht abgebildet
2334	Geringe Personaldecke.
2336	Patienten bekommen unnötige Untersuchungen und Aufenthalte.
2338	Warteliste der Patienten im Wartezimmer auf PC Desktop bringt unnötigen Druck und Nervosität ins Arzt/Patientengespräch. Nur Schlagzahl zählt in privater niederlassung.
2349	Listen des maximalen stationären Aufenthalt der Patienten, Kostenpunkt der Untersuchungen
2361	Besprechungen bzgl Verweildauer Hoher Entlassdruck
2362	Beeinflusst die Organisation und Dokumentation. Kollidiert teilweise mit der Intention dem Patienten schnellstmöglich die beste Behandlung zukommen zu lassen.
2363	hohe Durchlaufzahlen in der Sprechstunde, dementsprechend wenig Zeit für die PatientInnen Zeitdruck in der OP Einleitung, damit die Überleitungszeiten möglichst kurz sind
2366	Einsparungen bei Medikamenten und unterstützenden Materialien (Wärmedecken etc.) Bei kranken Patienten sind längere Narkosezeiten und Einleitungen mit hohem Druck von Vorgesetzten durch zeitlichen Mehraufwand verbunden.
2367	Umsatzzahlen in der mittagsbesprechung
2370	Vorrechnen was was kostet

2371	Mittlere Verweildauern der Patienten im Krankenhaus. Gleichzeitige Arbeit auf icu und imc. Teilweise hohe Patientenzahl zu betreuen
2372	keine internen Verlegungen möglich bzw. nur in absoluten Ausnahmefällen
2376	Man muss viele Igel Leistungen verkaufen, damit sich die Praxis finanziell trägt. Es werden immer mehr Kassenleistungen gekürzt zB im Bereich Allergologie.
2378	Druck im Sinne von viel Dokumentation zwecks MDK Briefe
2384	Arbeitsverdichtung
2386	Aufnahmen, Aufnahmen, Aufnahmen, sobald ein Bett frei ist. Auch die Entlassplanung ist von Kostenüberlegungen überschattet.
2388	Unsinnige Leistungen bei Privatpatienten Bei Kassenpatienten dürfen keine Physiotherapie Rezepte ausgestellt werden Patienten müssen bei covid 19 Verdacht sich selbst abstreichen
2390	Auswahl oder Durchführung der Diagnostik und daraus abgeleitete Therapie.
2391	Hohe Patientenzahlen durchschleusen Patienten bekommen lange keine Termine, da zu wenig Niedergelassene, trotz (!) angeblicher "Überversorgung" (rein rechnerisch: Kassensitz Berechnung)
2393	viele Patienten pro Arzt zur Aufrechterhaltung hoher Fallzahlen, Kritisieren von medizinischen OP-Indikationen, da Eingriffe weniger oder gar nicht wirtschaftlich, Kürzen von Eingriffen, die wenig Profit bringen aber wichtig sind für Weiterbildungskatalog
2397	liegedauer der Patienten, unnötige Medikamenten Umstellungen zur Rechtfertigung dieser, Aufnahmedruck
2400	Patienten frühzeitig entlassen, Diagnostik begrenzen.
2404	Patiententaktung. Man darf nicht alles an Diagnostik machen, was man gerne machen würde (bspw Ultraschall)
2407	-Stationsbelegung und Entlassung der Patienten nach DRG -Hohe Patientendurchlaufszahl in Ambulanzen
2415	Zügige Entlassungen
2417	Patienten müssen schnell und kosteneffizient behandelt werden (Druck von oben), d.h. u.a. ausstehende Diagnostik in einen zweiten stationären Aufenthalt zu verlagern oder eben ins ambulante Setting, auch wenn der Patient hierdurch deutlich längere Wartezeiten zum Termin (bis zu mehreren Monaten) hat. Zudem werden elektive Patienten auch bei ausgelasteten Bettenkapazitäten nicht abgesagt; stattdessen muss man sich an diesem Tag Entlassungen und Verlegungen schaffen, welche so nicht geplant waren. Und dies ist die Regel, nicht die Ausnahme.
2418	Die Patientenverweildauer ist zum Teil sehr kurz d.h. es ist eine schnelle "Abfertigung" des Patienten und wir haben einen hohen Arbeitsaufwand bezüglich der Arztbriefverfassung, damit wieder weniger Zeit direkt am Patienten.
2422	Liegezeiten, Aufnahmekriterien
2425	Durchschnittliche Liegedauer sollte nicht überschritten werden, muss jeweils begründet sein, Patienten werden aus ökonomischen Gründen erst entlassen und durch andere Abteilungen wieder aufgenommen, statt im Haus verlegt zu werden.
2433	MDK-Visiten
2436	Abbau ärztl. Stellen, mehr patienten und angebote in ambulanz abdecken
2440	Entlassungsdruck (liegezeit-drg), hilfsmittelverordnung wird behindert, Akquisitionsdruck für wahlleistungspatiente, Personalreduktion in allen bereichen(!)
2446	Verweildauer, Zügige Entlassungen anstreben um geplante Aufnahmen unterzubringen
2447	Liegezeiten von Patienten, z.B. Dokumentation MDK-fähiger längerer Aufenthalte. Knappe diagnostik in der Notaufnahme aufgrund Ökonomie
2454	Deutliche Bevorzugung von Privatpatienten. Kurze Liegedauer.
2459	Der Job besteht darin, als Assistenzarzt den OP für die Oberärzte zu füllen. Werden Operationen aus medizinischen Gründen abgesagt, wird darauf aufmerksam gemacht, dass dadurch Stellen wegfallen könnten.
2461	Stellenkuerzung
2463	Stelleneinsparung jeglicher Art
2464	Privatpatienten werden bevorzugt behandelt.
2466	Dünne Personaldecke in allen Bereichen
2469	Keine Einführung elektronischer Akten, keine neuen ärztlichen Stellen
2474	vorzeitige Entlassungen, reduzierte Labordiagnostik, keine Aufnahmestopp trotz maximalem Personalmangel (Ärzte wie Pflege)
2479	Verstärkte Aufnahme von Patienten bei leerer Klinik Schlechte Personalbesetzung
2484	Ich arbeite in einer Notaufnahme; hier muss ich überlegen, wie viel Diagnostik ich machen kann, ohne einen Patienten stationär aufzunehmen bzw. bei zu viel erfolgter Diagnostik eine stationäre Aufnahme anstreben und dann begründen
2485	Gewisse Untersuchungen sind ggf. nicht nötig.

2500	dass kein Teilzeit gestattet wird Stellen nicht voll besetzt sind der Tarifvertrag nicht eingehalten wird, da dafür mehr Personal nötig wäre

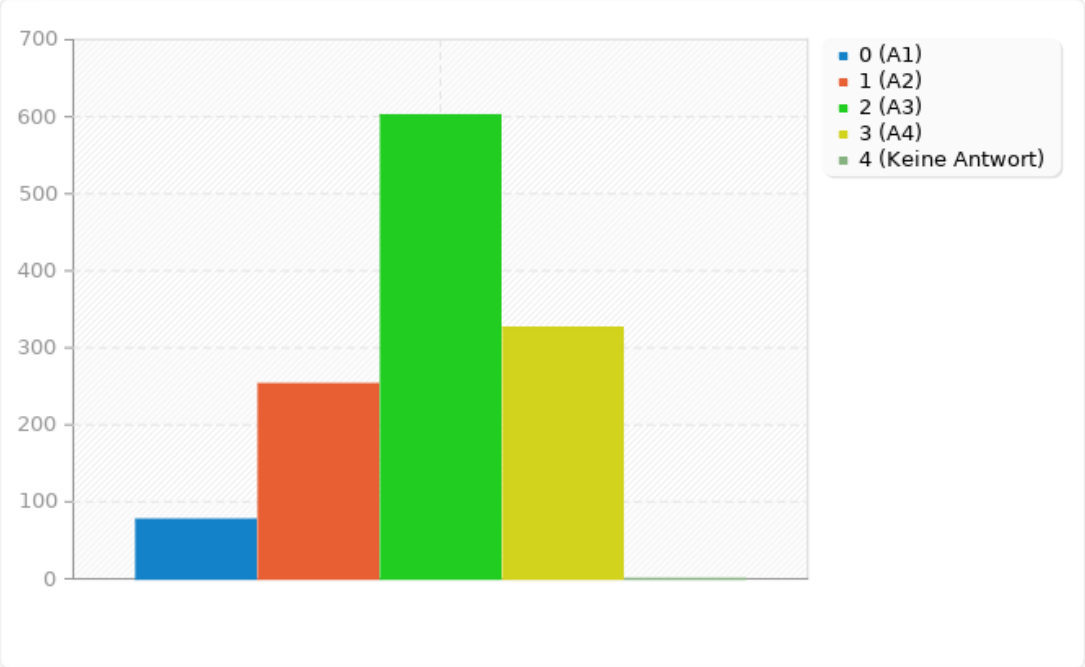
Zusammenfassung für b1

Wie würden Sie Ihr Wissen über die tägliche Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschätzen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ich weiß, wie sich der Alltag im Öffentlichen Gesundheitsdienst gestaltet. (A1)	77	6.12%
Ich habe im Großen und Ganzen eine Vorstellung über die Aufgaben und Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. (A2)	253	20.11%
Ich weiß wenig über die tägliche Arbeit und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. (A3)	602	47.85%
Ich weiß fast nichts über den Arbeitsalltag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. (A4)	326	25.91%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für b1

Wie würden Sie Ihr Wissen über die tägliche Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschätzen?



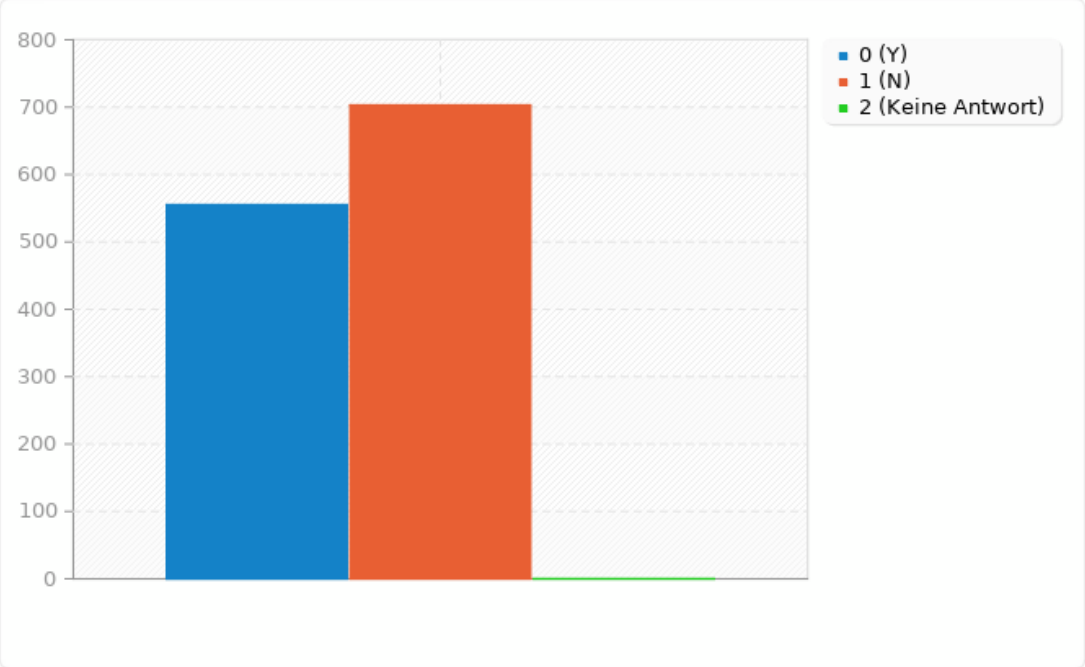
Zusammenfassung für b2

Können Sie sich prinzipiell vorstellen, eines Tages im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	555	44.12%
Nein (N)	703	55.88%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für b2

Können Sie sich prinzipiell vorstellen, eines Tages im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten?



Zusammenfassung für b3

Wenn ja, warum?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	251	45.23%
Keine Antwort	304	54.77%

ID	Antwort
75	Geregelte Arbeitszeiten
76	Geregelte Arbeitszeit, keine Nachtdienste
90	Strukturierte Arbeitsaufgaben, zum Großteil geregelte Arbeitszeiten, Möglichkeit der selbstständigen Arbeit
119	Ich kann mir viel vorstellen
121	Bessere Vereinbarkeit Familie und Beruf
122	Geregelte Arbeitszeiten Interessante Aufgaben Viel präventive Arbeiten
152	Familienfreundliche Arbeitszeiten und -bedingungen
164	Ich schätze die Arbeitszeiten als geregelter ein
170	ich kann mir sehr viele Jobs vorstellen, je nach Arbeitsbedinungen.
178	Ich arbeite da schon
192	Besser Arbeitsbedingungen
195	Geregte Arbeitszeiten, Vereinbarkeit mit Familie
197	Müsste mich mehr informieren, grundsätzlich würde ich es nicht ausschließen
216	Aufgrund des struktierierten Arbeitsmodel und Diversität der Aufgaben die nicht nur in einem speziellen Fachbereich ausfallen. Ich finde eine beratende Funktion ansprechend.
255	Ich bin schon da...
271	bessere Arbeitszeiten
272	Bin immer für neue Erfahrungen offen
279	Wegen geregelter Arbeitszeiten
280	Geregelte Arbeitszeiten
289	geregelte Arbeitszeiten weniger Druck
293	Gute Arbeitsbedingungen.
311	Entspannter
326	Geregelte Arbeitszeiten, brauchen kompetente Ärzte wie man jetzt in der Pandemie gesehen hat
335	Interessante Tätigkeit auf epid. Ebene, bessere Arbeitsbedingungen
338	Gut mit Familie vereinbar
363	Gute Arbeitszeiten. Kein Schichtdienst. Wichtige Säule des Gesundheitswesens
365	Keine Dienste mehr
368	Ich glaube ich tue das bereits?
380	als Notlösung
399	Geregelte Arbeitszeiten, wahrscheinlich ideal mit Familie/in Teilzeit
413	Getegelte Arbeitszeiten (?)
419	Keine Dienste?
422	Geregelte Arbeitszeiten Interesse an Tätigkeit
441	Ich bin neuen Aufgaben prinzipiell gegenüber offen; zudem keine Wochenend-/Nachtdienste
445	Ja, eventuell. Allerdings noch nicht mit dieser Thematik ausreichend auseinander gesetzt.
447	Geregelte Arbeitszeiten, kein schichtdienst
450	Hoffentlich keine 24 h Dienste
484	Geregelte Arbeitszeit, wenig bis kein Wochenend/Schichtdienst
485	Geregelte Arbeitszeiten und freie Wochenenden.
486	Deutlich reduzierte Dienste Wochenenden frei Wochenarbeitszeit Max 40 h
490	Warum nicht?
496	Weniger Arbeit als im Krankenhaus. Weniger Stress, klare Dienstzeiten

517	Geregelte Arbeitszeiten, weniger Überstunden
529	Geregelte Arbeitszeiten, faire Anerkennung von Überstunden
530	Keine Dienste, planbarere Arbeit, zum Teil interessantes Tätigkeitsfeld
539	Bessere Arbeitsbedingungen.
555	Geregeltere Arbeitszeiten. Prinzipiell denke ich breit gefächerte Arbeitszeiten
563	Gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, freundliche Arbeitszeiten
566	Familienfreundlich, strukturiert, flexible Arbeitszeiten
582	Geregelte Arbeitszeiten
585	Ich weiß kaum, wie die Arbeit aussieht, kann es folglich nicht Ausschließen
588	Kann ich nicht grundsätzlich ausschließen
591	Ich würde mir geregelte Arbeitszeiten und keine Wochenend- und Feiertagsarbeit vorstellen
599	geregeltere Arbeitszeiten, weniger Stress
605	geringere Arbeitsbelastung
609	Bessere Arbeitszeiten.
610	Bin offen für alles
613	Möglicherweise geregelte Arbeitszeiten?!
622	Ich werde meine Weiterbildung demnächst ambulant fortsetzen und plane meine Wahlzeit im öffentlichen Gesundheitsdienst zu absolvieren
636	Geregelte, sichere Arbeitsbedingungen
644	Vielfältig, jobsicherheit, geregelte Arbeitszeiten
646	Weil es einwichtiger, interessanter Job ist, der sehr sicher ist.
648	Hoffnung auf geregelte Arbeitszeiten ohne Dienste
661	Feste Arbeitszeiten
668	Dienst an der Gesellschaft
669	Weil es da keine Dienste gibt, nicht den Druck, genau die richtige Therapie zu machen und weil ich es mir deutlich entspannter als im Krankenhaus vorstelle.
673	Unkompliziert, übersichtlicher Verantwortungsbereich.
676	Ich stelle mir vor, dass die Arbeitszeiten geregelter und besser planbar sind, daher denke ich, Beruf und Familie lassen sich besser vereinbaren.
680	Warum nicht?
681	geregelte Arbeitszeiten - familienfreundlich
703	Weniger finanzielle Druck
710	Klingt in erster Linie nach einem weniger stressigen Beruf
711	ich weiß kaum was darüber
719	Nur übergangsweise
724	Gute Arbeitszeiten, keine Dienste, weniger körperlich anstrengend.
737	Aufgrund der geregelten Arbeitszeiten und einem Wegfall der körperlichen und mentalen Überlastung in Extremsituationen.
744	arbeite aktuell dort
757	Ist ein Arbeitgeber
761	Geregelte Arbeitszeiten
777	Geregelte Arbeitszeiten und mehr freie Wochenenden
787	Geregelte Arbeitszeiten
795	Vielleicht bessere Arbeitszeiten.
809	Tu ich bereits
811	Interesse an Gemeinwesen und Gesundheitssystem, Geregelte Arbeitszeiten
814	bessere work-life balance
815	Geregelte Arbeitszeiten
818	Alternativen Arbeitsplätze stehe ich offen gegenüber
820	interessantes Aufgabengebiet; ich fühle mich aufgrund des Ärztemangels dort ein wenig dazu verpflichtet; geregelte Arbeitszeiten; keine nächtlichen Bereitschaftsdienste
824	-Keine Wochenend- und Nachtdienste bei gleicher Bezahlung -Unbefristete Arbeitsverträge -vermeintlich entspannter und weniger ökonomischer Druck
850	Geregelte Arbeitszeiten, keine Bereitschaftsdienst in der Klinik, Vereinbarkeit von Beruf und Familie
863	ruhigere und geregelte Arbeitszeiten
905	Geregelte Arbeitszeiten
912	sinnvolle Aufagbe, keine Nachtdienste
918	Regelmäßigere Arbeitszeiten und freie, planbare Wochenenden. Familienfreundlicher.
940	geregelte Arbeitszeiten, keine Dienste
941	Keine Wochenendarbeit Weniger Überstunden
952	Dafür spräche die vermutlich geregelte Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste.
968	Geregelte Arbeitszeiten

977	Sicherer Arbeitsplatz. Verbeamtungsmöglichkeiten. Keine Wochenend- & Nachttätigkeit.
994	Bessere Vereinbarkeit Beruf / Familie , geregelte Arbeitszeiten, transparente Stunden/ Lohnabrechnung Weniger Dienstbelastung
998	Gute Arbeitszeiten, gute Bezahlung.
1000	Die Frage ist warum denn nicht?
1001	Gute Arbeitszeiten und interessante, umfassende Perspektive durch Ausrichtung auf Bevölkerungsgesundheit
1004	Ich bin prinzipiell offen für alle Optionen
1008	Es scheint alles etwas geordneter und weniger von wirtschaftlichen Interessen getrieben zu sein.
1033	Sicheres und geregeltes Einkommen ohne Notfallsituationen.
1035	deutlich weniger Stress und Arbeit als in einer Uniklinik
1038	Klingt nach geregelten Arbeitszeiten und der Möglichkeit etwas zu verbessern, nur mdk oder Gutachter liegt mir persönlich fern
1039	- Arbeit und Engagement auf Kommunalebene - geregelte Arbeitszeiten - Verlassen eines belastenden Dienstsystems
1049	Keine private Trägerschaft, geregelte Arbeitszeit
1058	ich schließe nichts aus, in allen Bereichen können interessante Herausforderungen zu finden sein
1061	Ich will mir jede Möglichkeit offen halten
1069	Geregelte Arbeitszeiten, mehr Flexibilität, ggf. Home Office möglich
1074	geregelte Arbeitszeiten
1077	Keine Nachtdienste, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
1079	Keine Dienste, geregelte Arbeitszeiten.
1088	Geregelte Arbeitszeiten, keine bis wenig Dienste, interessante Arbeitsgebiete
1092	Strukturierter und sicherer Arbeitsplatz wenn die negativen Punkte ausgeräumt werden.
1100	Feste Anstellung ohne Schichtarbeit
1101	Vereinbarkeit mit Familie
1107	Bin offen für Neues.
1111	Vielseitige Arbeit, Interesse an öffentlicher Hygiene bzw. Infektionsgeschehen sowie Umweltmedizin
1112	bessere Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit Familie + Beruf
1122	Bessere Arbeitszeiten und bessere Teilzeitmöglichkeiten
1125	Geregelte Arbeitszeiten, keine Dienste
1135	Breites Aufgabenspektrum
1141	Entspannter?
1143	Sicherer Job. Geregelte Arbeitszeiten. Vereinbarkeit mit Familie. Evtl. Teilzeit
1144	erfahrung im freundeskreis, dass es in öffentlicher hand zum teil sehr geregelte Arbeitszeiten gibt.
1148	Planbarkeit. Familie.
1149	Prävention als stärkerer Arbeitsbereich
1150	Geregeltere Arbeitszeiten
1158	Bei meiner Famulatur im Studium habe ich die Aufgaben als sehr spannend erlebt und fand den Gestaltungsspielraum (insbesondere bei ausreichender Personaldecke) attraktiv.
1160	Geregelte Arbeitszeiten, weniger Wochenstunden, geringere psychische und physische Belastung durch die Arbeit
1165	Mein Ehemann arbeitet derzeit als Arzt im Gesundheitsamt. Er hat strukturierte Aufgabenbereiche, einen konkreten und erreichbaren Ansprechpartner, reguläre Arbeitszeiten, Möglichkeit für Homeoffice insbesondere, wenn Kinder krank sind. Sehr flexible Arbeitszeiten.
1179	ich bin für vieles offen. Abwechselung ist langfristig gut.
1204	Geld ist nicht alles. Eine Vollzeitstelle ist attraktiv, wenn man davor fast zwei ausgefüllt hat.
1206	Besserer Einklang mit Familie (Work-Life-Balance)
1211	Spannendes Themenfeld, Patientenversorgung UND epidemologische Fragestellungen.
1213	Public Health hat mich schon immer interessiert
1223	Planbare Arbeitszeiten, bessere Vergütung, keine Wochenend- oder Nachtdienste
1230	Warum nicht?
1248	Geregelte Arbeitszeiten, ich denke normalerweiße wenig Stress
1260	Geregelte Arbeitszeiten,
1263	Warum nicht?
1292	Angenehmere Arbeitszeiten und -bedingungen
1293	Vermutlich deutlich besser vereinbar mit Familie/Freizeit/Gesundheit
1295	kein Patientenkontakt, keine Nachtdienste

1296	Da ich nicht genau weiss was der öffentliche Gesundheitsdienst macht, würde ich auch die Arbeit nich ausschliessen
1299	Ich hatte immer schon ein großes Interesse an Public Health und würde gerne in der Zukunft noch einen MPH machen und auch gerne in diesem Bereich forschen
1300	humane Arbeitszeiten, kein Schichtdienst
1305	Ich mag Vorschriften
1308	Keine Wochenend- und Nachtarbeit
1353	weniger Verantwortung, geregeltere Arbeitszeiten
1358	Geregelte Arbeitszeiten, minimaler Patientenkontakt, zwar geringeres aber immernoch gutes Gehalt
1363	Offen für neues. Erhoffe mir geregelte Arbeitszeiten ohne WE-Dienste
1366	Interessante Arbeit im sozialpsychiatrischen Dienst oder in Bezug auf Versorgungsstrukturen allgemein (public health)
1375	Weil ich Klinik und Praxis versucht habe und mich beides nicht erfüllt bzw meiner Arbeitsweise ebtspricht.
1399	Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
1409	- weil ich wenig weiß kann ich es nicht ausschließen
1425	Man weiß nie, was im Leben noch kommt. Man sollte nie nie sagen.
1437	Bessere Arbeitszeiten
1442	Bessere Arbeitsbedingungen
1450	Warum nicht?
1458	Vll besser Teilzeit möglich
1469	Vereinbarkeit mit der Familie
1482	angenehme Work-Life-Balance
1502	Ich bin offen für Neues
1503	Geregelte Arbeitszeiten, keine Dienste
1509	Geregeltere Arbeitszeiten ohne viele Nachtdienste.
1532	familienfreundlich
1535	geregeltere Arbeitszeiten wären langfristig attraktiv
1541	Familienfreundlichkeit
1546	Geregelte Arbeitszeiten, keine Nachtdienste, Kommunikationsfähigkeit als Pers. Stärke
1560	Arbeitszeiten
1577	Humanere Arbeitszeiten, objektive Zeiterfassung Bessere Vereinbarkeit mit Familie
1578	Weil ich nicht weiß ob ich mein ganzes Leben dem Arbeits- und Zeitdruck meiner aktuellen Klinik stand halten kann und hoffe dass es andere Alternativen gibt
1579	bessere vereinbarkeit mit privatleben
1580	Nichts ist ausgeschlossen
1582	Geregelte Arbeitszeiten, familienfreundlich.
1585	Geregelte(re) Arbeitszeiten, kein Schichtdienst, keine Dienste
1587	Geregelte Arbeitszeiten
1602	Ggf bessere Planbarkeit Arbeitszeit ohne dazwischen kommende Notfälle und vor allem keine 24h Dienste
1616	Arbeitszeitmodell, Vielseitigkeit
1624	Weil es hier ein super Team ist und aktuell vor allem durch Corona höchst spannend. Auch wenn ich mir vorstellen kann, dass außerhalb dessen es weniger reizend wäre
1629	Hoffnung auf geregelte Arbeitszeiten, weniger Zeitdruck
1631	geregelte Arbeitszeiten, bessere Vereinbarkit von Familie und Beruf
1647	Überzeugter Atheist, der sich mit den heuchlerischen "Werten" eines kirchlichen Trägern absolut nicht identifizieren kann (hab dort 4 Monate gearbeitet (180 Überstunden innerhalb 3 Monate, absolut unbezahlt, sehr schlechte Arbeitsbedingungen, erniedrigende Behandlung durch Ober- und Chefärzte. Noch stärkerer ökonomischer Druck im PJ bei einem Privaten Träger --> starker Ökonomischer Druck! zum Leidwesen der Patienten
1662	Wichtige Rolle (insb. die präventive Arbeit wie Aufklärungskampagnen)
1663	Keine Dienste, bessere Arbeitszeiten.
1672	Offen für Alles. Das Große Ganze im Blick behalten.
1674	Warum nicht?
1691	Ich habe während des letzten Jahres aufgrund der Corona-Pandemie an den Wochenenden teilweise im Gesundheitsamt mitgearbeitet.
1727	Warum nicht?
1739	Es ist eine wichtige Arbeit Schutz der Gesundheit Bevölkerungsweit
1763	- Wichtige Arbeit

	- aufgewertet durch die Pandemie
1775	Bestehende Lücken im Fachbereich könnten geschlossen werden.
1779	Geregelte Arbeitszeiten und trotzdem das Gefühl, eine sinnvolle Tätigkeit auszuführen
1785	keine derart hohe Belastung
1796	Warum nicht
1809	Andere/viele verschiedene Möglichkeiten zu arbeiten
1827	Da ich vollkommen in der Mühle der Medizin drin stecke und durch die Unzufriedenheit über die Arbeitsbedingen auch prinzipiell offen gegenüber einen Berufswechsel bin, schließe ich auch alternative medizinische Berufe für mich nicht aus.
1830	Ich weiß wenig darüber und würde es mir angucken, um es einschätzen zu können, falls ich meine bestehende Stelle aufgeben wollen würde
1834	Soweit ich mitbekommen habe, ist es familienfreundlicher und man hat in der Regel keine Nachtdienste
1836	Ich finde es ein interessantes Arbeitsfeld und den Aspekt der auch vorwiegend präventiven Maßnahmen und der Vielseitigkeit des Arbeitsfeldes eine gute Option für später mit geregelten Arbeitszeiten ohne Schichtdienst.
1873	Bürojob ohne direkten Patienten Kontakt
1921	Geregelte Arbeitszeiten
1934	Geringer Druck "kostendeckend" zu arbeiten.
1938	Interessantes Arbeitsfeld. Aber schlechte Bezahlung und durch Unterbesetzung aktuell (auch vor Corona) hohe Arbeitsbelastung, dadurch schlechte Vereinbarkeit mit Familie.
1977	Sage niemals nie :-)
1983	Mitgestaltung/Veränderung im Gesundheitswesen, Prävention
1988	Geregelte Arbeitszeiten
1990	Warum nicht?
2016	Weil ich noch nichts negatives darüber weiß.
2026	bessere Arbeitszeiten.
2059	Bessere Arbeitszeiten, weniger Stress , weniger pathologische Persönlichkeiten
2069	Geregelte Arbeitszeiten, Affinität zu administrativen Aufgaben.
2081	Gute Teilzeit Möglichkeit, aber verdienst gering.
2087	Geregelter Zeiten
2125	Ich vermute Gute Arbeitsbedingungen
2127	Stabile Bezahlung, weniger Stress, weniger Verantwortung, bessere Arbeitsbedingungen, Vergünstigungen, evtl. Verbeamtung
2146	Der Ruf eines geregelten Arbeitstages mit weniger Druck und mehr Zeit eilt dem Gesundheitsdienst voraus
2160	regelmäßige Arbeitszeiten
2162	Geregelte Arbeitszeiten, keine Abhängigkeit von den Krankenkassen
2167	Weil ich die gesellschaftliche Gesundheitsversorgung, Präventionsarbeit, sozialmedizinische Versorgung und die Vernetzung mit der Politik sehr spannend finde.
2168	Geregeltere Arbeitszeiten, die besser mit Familie vereinbar sind
2199	Man hört, dass dort die Arbeitsbedingungen deutlich besser sein sollen, als in der Klinik.
2215	Geregelte Arbeitszeiten
2234	geregelte Arbeitszeiten
2245	Geregelte Arbeitszeit, Wochenende frei.
2248	angenommene Arbeitszeiten
2249	Prävention als Aspekt
2253	Arbeitszeiten
2272	Sehr angenehmes Arbeiten und Team im Gesundheitsamt während der Amtshilfezeit im Infektionsstab
2279	Wenn Bezahlung angemessen ist
2283	Prinzipiell interessanter Fokus auf Ifnektionserkrankungen
2286	Keine Ahnungl, bin offen für alles, aber habe insgesamt einfach zu wenig Ahnung vom Öffentlichen Gesundheitsdienst
2349	Gestaltungsfreiheit
2363	keine Dienste, kein Wochenende
2370	warum nicht, hab es noch nicht ausprobiert
2376	Geregelte Arbeitszeiten
2388	Geregelte Arbeitszeiten
2390	Angestellten Verhältnis mit weniger Druck
2391	Geregelte Arbeitszeiten mit mehr flexiblen Teilzeit Modellen
2404	Geregelte Arbeitszeiten, Einhaltung arbeitsrechtlicher Vorgaben
2422	Bessere Arbeitszeiten vermutet
2440	Stelle ich mir ohne Dienste entspannter vor und mit ggf. Pünktlichen Feierabend

2463	Geregeltere Arbeitszeiten
2475	familienfreundlicher, geregeltere Arbeitszeiten
2479	Gute Vereinbarkeit mit Familie
2500	da man dort ggf. auch politisch und in der Prävention tätig sein kann

Zusammenfassung für b4

Wenn nein, was müsste sich ändern, damit Sie sich eine Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorstellen können?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	249	35.42%
Keine Antwort	454	64.58%

ID	Antwort
55	Meine favorisierte Fachrichtung, was soll ich als Chirurg da
61	Das Fach ist fachlich extrem unattraktiv, schlecht bezahlt und bietet keine Herausforderungen.
85	Weniger Verwaltung, mehr Praxis
94	Psychotherapie stellt einen Fokus der Arbeit dar.
95	Kann die Frage nicht beantworten.
98	Für mich nicht attraktiv, da ich primär direkt Patienten behandeln möchte.
	Aufgabenfeld müsste abwechslungsreicher sein
	Starre behördliche Strukturen bräuchten mehr Einbringen individueller Ideen und Vorschläge
100	Habe nie darüber nachgedacht. Ich bräuchte Informationen.
105	Mir macht die direkte Arbeit mit Patienten sehr viel Spaß. Es gibt nichts, was sich ändern könnte, damit ich mir vorstellen könnte im Gesundheitsamt zu arbeiten.
106	Keine Möglichkeit der Attraktivitätssteigerung
	Für kein Geld der Welt würde ich die regelmäßigen Patientenkontakte aufgeben, die Notfallversorgung von Patienten
112	Bessere Bezahlung und mehr Personal
127	Grundsätzlich nur mit Verbeamtung auf Lebenszeit und Besoldung ab A14 aufwärts.
129	Ich habe andere Pläne
141	Bessere Bezahlung
166	Mehr Arbeit am Menschen, weniger Bürokratie
171	Persönliche präverenz
205	Fachlich nicht interessant
208	Will am Patienten arbeiten
222	Mehr Freiheit das eigene Arbeitsfeld zu gestalten und leistungsbezogene Vergütung.
225	Ich habe zu wenig Einblick um das beurteilen zu können
228	angeglichene Gehälter an die Klinik
233	meine Interessen oder meine Gesundheit. Ich liebe die Arbeit im Kreißsaal.
238	Weniger Verwaltung. Mehr Patientenkontakt.
242	Der klinische Bezug fehlt.
247	Attraktivitätssteigerung des Aufgabenbereiches, weniger Fremdbestimmung, hohe Bürokratie, bessere Bezahlung
259	ich weiß fast nichts darüber, bisher keine Berührungspunkte mit diesem Feld
264	Ich stelle es mir langweilig und mit wenig Patientenkontakt vor.
270	Ich habe noch nicht darüber nachgedacht/ mich informiert
277	Ich habe keine Ahnung, was ich im Gesundheitsdienst tun könnte. Ich habe nur gehört, dass man nicht so gut verdient.
286	Aktive Arbeit am Patienten steigern, weniger verwalten
298	Bezahlung
302	Mein Fachgebiet sagt mir zu.
317	Mehr Praxisbezug und Abwechslung, weniger Bürokratie
321	Nichts, ich habe dafür kein Interesse
331	Besserer Verdienst
337	Tarifbezahlung wie Klinikärzte
346	Kein Kontakt zu Infektionskrankheiten (Tbc etc.)
355	Ehr Transparenz, mehr Mitspracherecht der tatsächlich klinisch Tätigen
360	Meine Einstellung Hinsicht meiner Berufung (ich bin durch und durch ein Kliniker)
378	Ich möchte operativ tätig sein, deswegen kommt eine Arbeit im ÖGD nicht in Betracht.
388	Stelle ich mir langweilig vor
397	Was macht man im öffentlichen Gesundheitswesen ? Aufklärung
404	meine persönliche Einstellung/mein persönliches Arztbild
416	Brauche noch mehr Informationen über die Arbeit dort.

417	Ich stelle mir den öffentlichen Gesundheitsdienst recht bürokratisch/ bürokratislastig vor. Ich bin aber Arzt geworden um mit Patienten zu arbeiten.
432	Spannendere Tätigkeiten
438	Mir würde der PatientInnenkontakt fehlen.
442	Höheres Gehalt
451	abwechslungsreicher
464	Spannendere Tätigkeiten
481	Vermutlich würde mir (je nach Position) die Arbeit am Patienten fehlen
501	Erläuterung des Arbeitsfeldes.
509	Meine Interessen. Ich kann mir für mich kein anderes Fachgebiet vorstellen als die „Psych-Fächer“.
510	Ich weiß ja nicht was man da macht Ich möchte am Patienten arbeiten
523	Kommt für mich generell nicht in Frage
535	Inhaltlich nicht interessant für mich
540	Mein Wissen darüber
556	Bezahlung Ansehen Digitalisierung
559	Zu wenig Informatione, daher keine Vorstellung
565	Nichts, allgemein kein Interesse
569	Zu wenig Informationen über die Arbeitsmöglichkeiten
572	ich müsste mich ändern.
600	Ich möchte in einem klinischen Fach arbeiten.
607	Stundenlohn
608	kann ich nicht beurteilen, ich habe kaum eine Vorstellung davon
612	mehr Personal und Arbeitsverteilung sowie bessere Löhne
616	Mehr Informationen über die Aufgabenfelder
617	Ich möchte gerne nah an Patienten arbeiten.
618	Gute Bezahlung
629	Ist nicht mein Karriereziel.
651	Erscheint mir nicht nah genug am Patienten, ist nicht das, weshalb ich den beruf gewählt habe
665	Kann ich mir nicht vorstellen
666	ich möchte in einer Klinik arbeiten
671	Meine Interessen?!
683	Bezahlung
691	patientenkontakt ist mir zu wichtig.
694	Die Arbeit reizt mich einfach nicht.
696	Kein Interesse, es sei denn ich werde für den Klinikalltag, insbesondere OP arbeitsunfähig
705	gar nichts. Es entspricht generell meinen Interessen
707	habe ich mir bislang keine Gedanken drüber gemacht, evtl die Vereinbarung mit dem aktuell ausgeübten Beruf und engem Patientenkontakt
715	.
729	Ich bin sehr zufrieden klinisch in einer Klinik zu arbeiten.
730	Mehr Medizin weniger bürokratie
736	Ich mag meine Fachrichtung, möchre nicht wechseln.
738	Ich möchte praktisch tätig bleiben und direkt am Pat. arbeiten.
746	Ich weiß ja gar nicht, was die genau machen
756	Ich müsste mehr darüber erfahren.
775	Mehr Information
789	Ich müsste erstmal wissen, was das ist...
791	langweilig
792	zu wenig Patientenkontakt
812	Puh, ehrlich gesagt wird das wohl unabhängig von Veränderungen bei mir nicht passieren.
822	Ich weiß zu wenig über die genauen Tätigkeiten.
825	Mehr informationen dazu was der öffentliche Gesundheitsdienst tut
855	Entspricht schlicht nicht meinen Interessen. Arbeite lieber mit Patienten, führe gerne invasive Tätigkeiten durch, mag mein Fach.
858	Information (bis dato unbekannt)
864	Ich weiß fast nichts darüber?!
876	Es liegt einfach nicht in meinem Fokus
879	Die Bedeutung für die Gesamtbevölkerung und Steigerung des Verdienstes.
883	OP-Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst integrieren... XD
904	Arbeit im Gesundheitsdienst entspricht nicht meinen Interessen (Onkologie).

910	nichts, liegt mir einfach nicht
921	Ich möchte am Patienten im Krankenhaus oder in der Praxis arbeiten.
927	das kann ich mir nicht vorstellen. so ziemlich alles - insbesondere die Bürokratie, die bescheuerten Abläufe, die bescheuerten Regeln, die viele Arbeit, die ins Leere läuft
936	Ich weiß zu wenig darüber. Kann keine Aussage machen.
948	Eine bessere Vergütung. Ich bin ja dennoch Ärztin und habe verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen, dass muss angemssen und besser finanziell honoriert werden
957	.
962	Mehr Information darüber
963	Weil ich nix davon weiß
981	Das ist einfach nicht mein Berufsziel
988	Müsste näher am Patienten sein
996	Das gesamte gesellschaftlich-politische System sowie "Gesundheitssystem"
1002	Abwechslungsreiches Arbeiten
1006	Ist mir nicht praktisch genug und zu viel Büroarbeit.
1015	Fehlender Tarifvertrag und fehlender Patientenkontakt
1017	- ich will Chirurgie machen.
1021	Ich bin operativ tätig, das geht im Lffendtlichen Dienst nicht
1024	Da mir nicht alle Aufgaben bekannt sind und ich lieber in der hausärztlichen Niederlassung arbeite und meine festen Patienten behandle.
1028	Mir würde der operative Part fehlen
1037	Vorstellung über die dortigen Arbeitsverhältnisse.
1045	Ich arbeite derzeit freiberuflich im ÖGD i.R, der Kontaktverfolgung, daher habe ich einen gewissen Einblick. Gutachtertätigkeiten sind eher nicht mein Ding. Ich verstehe mich eher als "Anwalt meiner Patienten" - das fehlt mir dort sehr, es geht stärker um Verwaltung, Infektionsschutz der Gesellschaft (und weniger des Einzelnen), Durchsetzung von Regularien... Weiterhin musste ich miterleben, wie ärztliche Kollegen einfach "versetzt" wurden - das würde ich schon gern selbst bestimmen. Weiterhin ist die Bezahlung nicht attraktiv genug.
1046	Mich schreckt die Arbeit im ÖGD durch den Kontakt zu Familien ohne Krankenversicherung mit erhöhter potentieller Exposition zu ansteckenden Krankheiten und unhygienischen Körperzuständen ab. Für eine solche Tätigkeit erwarte ich eine höhere Gegenleistung (z.B. Gehalt), die jedoch eher geringer ausfällt.
1047	Patientenkontakt
1048	Vergütung die der Ärzteschaft in Krankenhäusern gleicht. Bessere Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs.
1071	Ich kann mir schlecht vorstellen, wie ich mit meiner Facharztwahl im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten kann.
1082	langweilige Aufgaben, Behördenstruktur bremst Fortschritt
1083	Gehalt
1093	Gehaltsgleichstellung zu klinische Vergütung
1097	kein Interesse an diesem Aufgabenfeld
1098	Nichts. Möchte ich nicht. Dafür habe ich kein Medizin studiert.
1106	Ich bin Chirurgin und möchte ausschließlich als Chirurgin arbeiten
1114	keine Angabe
1120	Anerkennung, Karriereoptionen
1137	Zu viel Bürokratie
1140	Entökonomisierung des des deutschen Gesundheitssystems
1142	bessere Anerkennung
1154	Keine Ahnung, mir würde die Arzt-Patienten-Beziehung fehlen
1156	Direkte Patientenversorgung und Teamarbeit müssten möglich sein.
1163	Ich persönlich möchte weiterhin klinisch arbeiten.
1183	ernst gemeinte Frage?
1185	Spricht mich fachlich nicht an
1205	Die Bezahlung müsste sich an den gängigen Tarif anpassen
1241	Mich über die Möglichkeiten und Berufsperspektiven informieren
1229	Ich will selbständig arbeiten
1231	Das Gehalt müsste dem der Ärzte in Kliniken und Praxen gleichgestellt sein.
1244	Weiß nicht
1249	Ich weiß nicht, ob es in allen öffentlichen/nicht-privatisierten KH so ist, wie bei uns.
	Siehe vorherige Antwort zu den Arbeitsbedingungen.
1272	Uninteressantes Spektrum
1291	Habe Famulatur im Gesundheitsamt gemacht. Es ist zu eintönig und es fühlt sich wie eine „endstation“ an, die berufliche Entwicklung Möglichkeiten scheinten mir eingeschränkt
1294	Bessere Bezahlung, modernere Technik

1303	Positiverer Einfluss auf Krankenhauswelt
1318	Das thematische Aufgabenfeld spricht mich nicht so sehr an wie andere Fachgebiete.
1319	Außer als Notlösung fachlich-inhaltlich aktuell schlichtweg nicht vorstellbar.
1324	mit Gynäkologie wahrscheinlich nicht vereinbar
1327	Bürokratie
1360	Ich müsste mich erstmal darüber informieren.
1362	finanzielle Aspekte
1373	Alles, ist nicht mein Fach
1377	Höhere Bezahlung
1422	Patientenkontakt Weniger telefonieren
1423	Ähnliches Lohnniveau wie im Krankenhaus oder der Praxis.
1439	Nichts. Ich möchte zukünftig v.a. chirurgisch-operativ tätig sein.
1464	Das ist mir zu wenig klinisch.
1483	Ich bevorzuge Arbeit mit Patientenkontakt und Funktionsdiagnostik, das sehe ich im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht
1485	Gehalt
1490	Attraktivere Bezahlung u Ausstattung, bessere Aus-/Weiterbildungsoptionen für junge Ärzte
1497	attraktivere Arbeitsthemen
1520	Selbstständigkeit ist mein Ziel
1534	Arbeit am Menschen, weniger Büroarbeit?
1536	Ich müsste mein Interesse an der klinischen Medizin verlieren.
1549	Boreout-Gefahr zu groß
1558	bessere Bezahlung, höhere Anerkennung der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes
1562	Eintöniger Arbeitsalltag, Bürojob
1571	Keine Angabe
1583	Bessere Bezahlung, spannendere Tätigkeiten
1586	Mehr Abwechslung in verschiedenen Bereichen.
1593	Invasive Untersuchungen/Proceduren ;)
1611	Kann ich aktuell nicht beantworten.
1617	Ich würde gerne im Krankenhaus angestellt sein.
1633	Bessere Arbeitsbedingungen
1641	ich arbeite sehr gernee in der klinik, um hierzu eine
1656	Die Arbeit müsste operative Tätigkeiten beinhalten.
1658	Für mich nicht relevant, da ich in einem nicht kurativem Fach arbeite und auch in Zukunft arbeiten möchte.
1671	Inkompatibel mit meinen Interessen und Karrierezielen.
1673	Mein Ziel ist eine persönliche Arzt patient Beziehung im Sinne einer hausärztlichen Versorgung, ich denke nicht, dass solch eine Tätigkeit im ÖGD an der tagesordnung ist
1685	Die Vergütung müsste besser sein.
1692	Weniger Bürokratie.
1715	Mehr Informationen
1722	Bezahlung
1783	Ich kann mir keine Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst vorstellen, da mir die Arbeit am Patienten in der Klinik gefällt.
1801	Ich möchte als Arzt (kurativ) am Patienten arbeiten. Daher kommt eine Anstellung im ÖGD nicht in Frage.
1825	mehr Patientenkontakt
1826	Weiß momentan zu wenig darüber. Möchte in der Akutmedizin bleiben.
1832	ich müsste darüber etwas wissen
1842	interessanteres Tätigkeitsfeld mit engem Bezug zu intensiv-/notfallmedizinischen Fragestellungen
1843	Mehr Informationen und Präsenz. Bis jetzt habe ich es nicht einmal in Erwägung gezogen
1855	Kann mir leider nicht viel unter der Arbeit vorstellen, tendiere aber schon eher zum Krankenhaus- oder Praxisalltag.
1861	Mehr Flexibilität und Freiheiten
1931	Genug Patientenkontakte, wenig Büroarbeit. Ausserdem ist die Bezahlung viel geringer als in der Praxis.
1941	Weniger Bürokratie
1965	Es hat in meinem Kopf einfach das Image eines Beamtenjobs. Wer's in der Patienten Versorgung nicht schafft, wechselt halt dort hin...
1973	Spannendere Tätigkeiten, Notfallmanagment, kein Beamtentum, ständige Herausforderungen, keine Arbeit am Schreibtisch
1995	Bezahlung
2013	Fehlender therapeutischer Ansatz am Betätigungsfeld.

2017	Alles!
2019	Ich bin nicht informiert.
2020	Nicht mein interessensfeld.
2064	Ich müsste mich erstmal über die Arbwit informieren damit ich darüber entscheiden kann. Werde es nun tun.
2075	Ich weiss es nicht.
2111	Mehr Informationen was die Aufgabenbereiche sind
2117	-
2130	der Bereich erscheint grundsätzlich unattraktiv
2131	Besseres Gehalt und Karriere technisch Entwicklungsmöglichkeiten
2132	Wissen über genaue Tätigkeitsfelder/ Aufgaben
2140	Information
2149	Bezahlung = Bezahlung der Klinikärzte*innen
2165	Mehr Informationen/Präsenz, um sich konkrete Arbeitsbereiche besser zugänglich zu machen.
2166	ich will und werde in der unmittelbaren Patientenversorgung arbeiten
2172	äquivalente Vergütung, Verantwortung und Aufstiegschancen gesellschaftliche Attraktivität
2178	- mehr Patientenkontakt
2193	.
2194	ich müsste mich mehr mit dem Tätigkeitsspektrum befassen
2204	Patientenkontakt
2223	Informationen, was man macht. Kein Interesse bei fehlendem Patientenkontakt.
2228	ich müsste eine Vorstellung von der Arbeit im ÖGD bekommen
2236	Ich weiß fast nichts über den Arbeitsalltag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
2263	Ich arbeite gern mit Notfallpatienten zusammen
2275	Keine Notfall medizinische patientenversorgung
2282	Keine Ahnung.
2300	Mir würde der operative Bereich fehlen.
2301	Patientenkontakt?
2306	Ich stelle es mir sehr theoretisch und einseitig vor.
2319	Keine Selbstandigkeit, Op
2335	Ich habe keine Informationen dazu.
2338	Geregelte arbeitszeiten, ausreichende vergütung von diensten, mehr personal! Also utopisch.
2355	Bessere Bezahlung
2361	Möchte im Kliniksetting arbeiten
2367	Kein fachliches Interesse scheint uninteressant zu sein. Wenig Aktion.
2375	Präsenz/Sichtbarkeit des ÖGD im Alltag. Was zum Henker machen die eigentlich, und wieso sollte ich mich auch nur in entferntesten für die interessieren?
2386	Bessere Bezahlung. Aber ich arbeite generell lieber in einem Akutkrankenhaus nah am kranken Patienten und generell nicht gerne im Bereich Prävention, etc. Daher wird eine Verbesserung des ÖGD mich auch nicht umstimmen können.
2400	Bezahlung, mehr Aufklärung über den Beruf.
2407	-mehr Aufklärung über das Aufgabenfeld
2417	Meine Interessen liegen einfach in anderen Gebieten
2433	Kenne das Tätigkeitsfeld nicht
2436	Mehr abwechslung, mehr patientenkontakte, passt auch nicht zu meiner facharztausbildung
2447	Attraktivität der Arbeitsstelle
2459	Besseres Gehalt
2466	Bessere Vergütung
2469	Image, mehr Wissen darüber, Karrierechancen
2484	Ich müsste den Spaß an meinem jetzigen Beruf verlieren

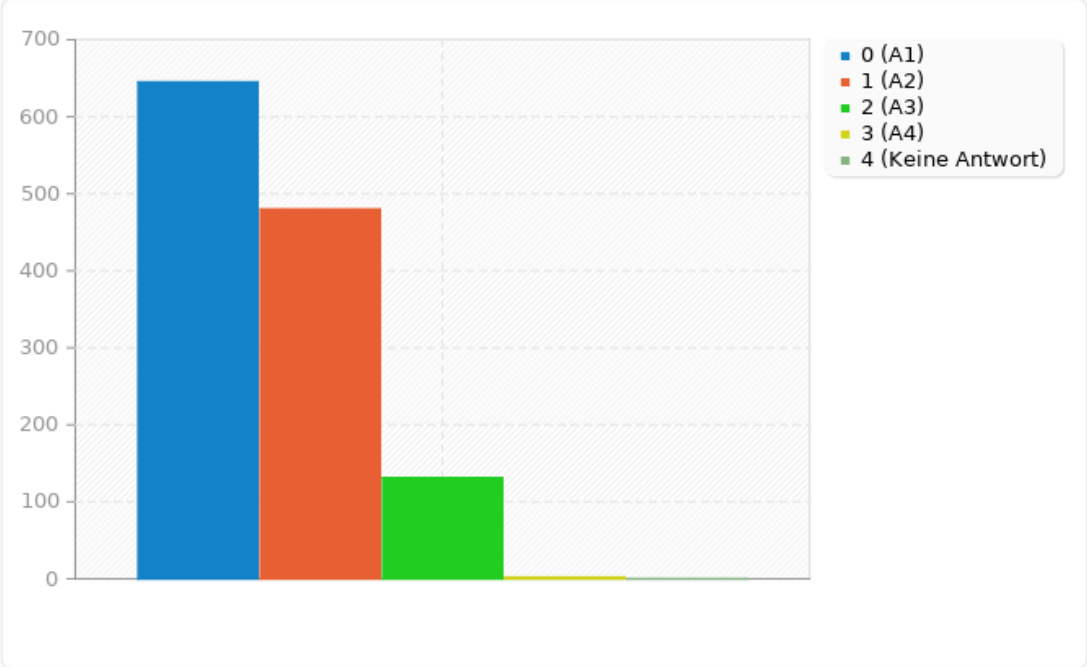
Zusammenfassung für b21

Wie ausgeprägt war die Präsenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Studium?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ich kann mich an keine Veranstaltungen dazu erinnern. (A1)	645	51.27%
deutlich zu gering (A2)	480	38.16%
ausgewogen (A3)	131	10.41%
zu ausgeprägt (A4)	2	0.16%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für b21

Wie ausgeprägt war die Präsenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Studium?



Zusammenfassung für b22

In der öffentlichen Diskussion wird der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber für Ärztinnen und Ärzte häufig als unattraktiv wahrgenommen. Welche häufig in diesem Kontext genannten Faktoren spielen Ihrer Einschätzung nach dafür eine relevante Rolle?

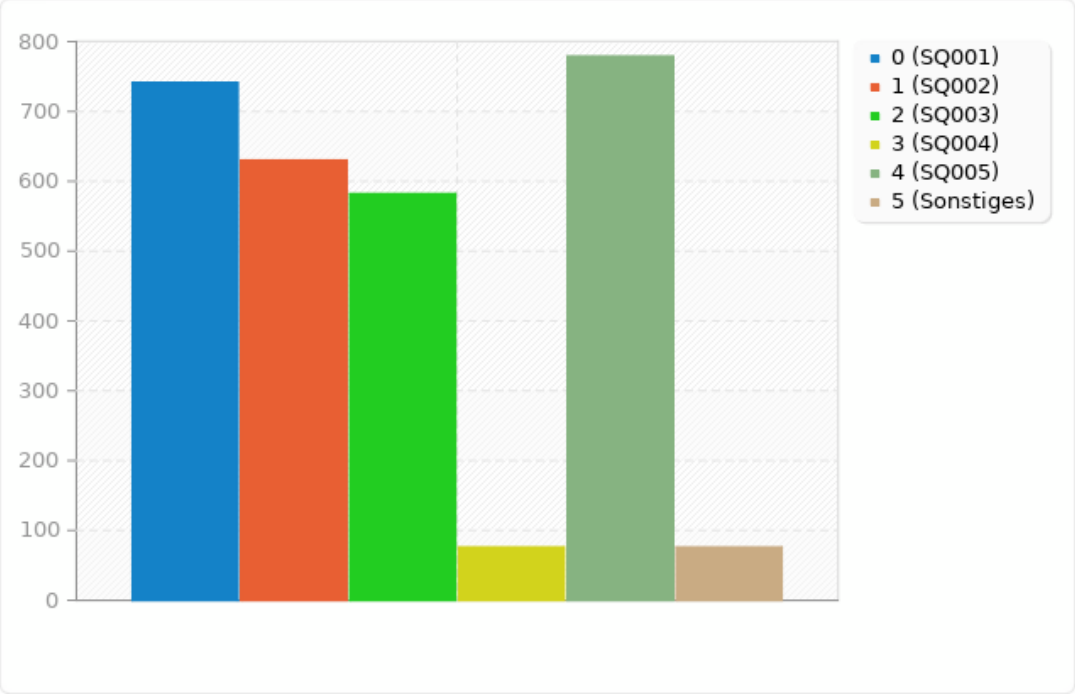
Antwort	Anzahl	Prozent
eher behördliche Struktur (SQ001)	741	58.90%
geringere Bezahlung im Vergleich zu anderen ärztlichen Arbeitsstellen (SQ002)	630	50.08%
geringeres Ansehen der Tätigkeit (SQ003)	582	46.26%
Arbeitsbedingungen (SQ004)	76	6.04%
Unkenntnis über die genauen Aufgaben als Ärztin/Arzt im Öffentlicher Gesundheitsdienst (SQ005)	779	61.92%
Sonstiges	76	6.04%

ID	Antwort
54	Langweilige Tätigkeiten
61	Anspruchslosigkeit der Tätigkeit
77	Fehlende Breite der Erkrankungen
102	Zu viel Bürokratie, wenig "echte" Medizin
106	Unattraktives Aufgabenfeld weit weg von ärztlicher Tätigkeit im engeren Sinn
112	Unzureichendes Personal und Vorgesetzte häufig nicht in personlführung geschult
154	Weniger intensiver Patientenkontakt
178	Weis nicht
192	Langweilige Aufgaben
266	Keine klinische Tätigkeit
324	keine Akutmedizin
370	Fehlendes Interesse an Thematik
380	entspricht nicht dem eigenen Arztbild
399	Eher langweilige Verwaltungsarbeit
449	zu weit weg von der Akutmedizin
464	Weniger spannede Fälle
467	Viel Bürokratie, weniger Patientenkontakt
490	Uninteressant
562	Wenig Patientenkontakt
568	Fehlender Patientenkontakt
581	Geringe Karrierenöglichkeiten (soweit bekannt)
585	Nicht das Bild der ärztlichen Tätigkeit
590	Arbeitstätigkeiten sind nicht attraktiv
607	inhaltlich unspannend
609	Verhältnismäßig eintöniger
613	Eintönigkeit des zugeteilten Aufgabengebietes? Wenig interdisziplinarität
634	Viel Bürokratie, wenig Patientenkontakt, oft fehlender Bezug zur klinischen Arbeitsweise
712	Keine akute Patienten Versorgung
945	warum diese Frage?
1000	Kann ich nicht einschätzen
1003	Vorurteil kein Schreibtischtäter sein zu wollen.
1056	Kein Freizeitausgleich für Überstunden und schlechte Dienstmodelle
1097	viele Verwaltungstätigkeiten
1098	langweilig
1106	Unattraktive Tätigkeit
1107	wenig und kurze Patientenkontakt,
1114	Viel Bürokratie und Verwaltung, wenig Medizin
1143	Mir würde der Patientenkontakt fehlen sowie die operative Tätigkeit
1159	Arbeitsinhalte fern von richtiger Medizin
1174	Langeweile
1177	kein/kaum Patientenkontakt
1188	wenig Patientenkontakt
1191	keine direkte und parktische Arbeit an PatientInnen
1204	laut persönlicher Wahrnehmung geringes Engagement der dort Tätigen

1256	Art der Arbeit/Fälle
1260	Wirkt Langweilig
1272	Uninteressantes Spektrum
1392	klingt nicht so spannend
1483	Arbeitsstruktur,soweit mir diese bekannt ist, ist nicht die Art von Arbeit die ich machen möchte.
1504	Fehlendes praktisches Arbeiten
1513	langweilig/ trocken
1536	Aufgabenfeld
1549	Arbeitseintellung der Kollegen (sind Rotationen in die Klinik bekannt) bisher alle bemerkenswert Faul und haben den Weg in ÖGD bewusst zur Arbeitsvermeidung gewählt
1573	Eintönigkeit
1658	wie bereits ausgeführt arbeite ich patientenfern
1756	wenig intensiver Patientenkontakt
1820	kein Patientenkontakt
1827	wenig abwechslungsreich, viel Schreibtischarbeit, ärztliche Fähigkeiten könnten verkümmern
1842	subjektiv uninteressantes Aufgabenfeld
1938	Hohe Arbeitsbelastung auch verstärkt durch die Unterbesetzung (auch vor Corona) und dadurch schlechte Vereinbarkeit mit Familie
1965	noch weniger Patientenkontakt
1973	Langeweile
1983	Fehlender Patient:innenkontakt
2020	Wenig entwicklungsmöglichkeiten
2125	Langweilige Arbeit
2167	Unsicherheit bezüglich der Anforderungen, fehlende hierarchisch bedingte Rückendeckung
2236	hört sich an wie eine weniger spannende Aufgabe
2248	kein / wenig direkter Patient/innenkontakt bzw. "klassische" ärztliche Tätigkeit
2249	Für Famulatur keine Möglichkeiten/keine Willkommenskultur für Interessierte
2362	eher langweiliges Arbeitsspektrum
2366	Ich Stelle mir das eher langweilig und als Bürotätigkeit vor. Genau deshalb habe ich Medizin studiert, um nicht sowas machen zu müssen...
2389	Mangelnde Karrierechance
2391	höherer Verwaltungsaufwand, weniger klassische Patientenkontakte
2397	langweiliges Arbeitsfeld
2417	Ärztlichen Inhalte der Arbeit
2440	Scheint langweilig und klingt nach büroarbeit

Zusammenfassung für b22

In der öffentlichen Diskussion wird der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber für Ärztinnen und Ärzte häufig als unattraktiv wahrgenommen. Welche häufig in diesem Kontext genannten Faktoren spielen Ihrer Einschätzung nach dafür eine relevante Rolle?



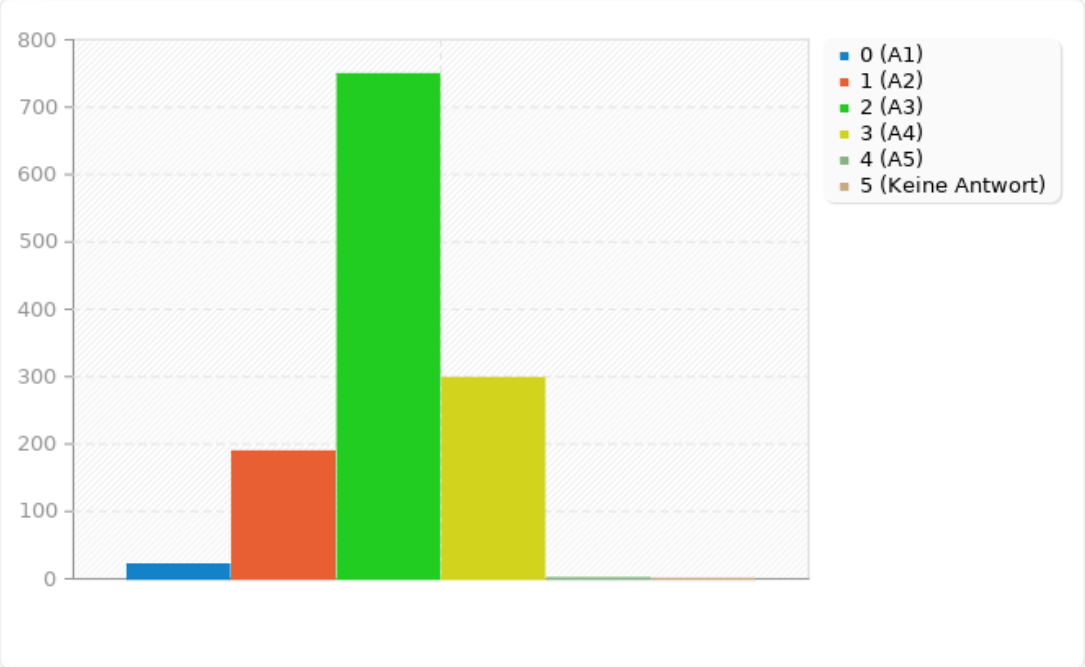
Zusammenfassung für d1

Wenn Sie Ihre täglichen Arbeitsprozesse betrachten, wie bewerten Sie diese Abschnitte in Bezug auf die Digitalisierung?

Antwort	Anzahl	Prozent
Abläufe sind komplett und effizient digitalisiert (A1)	21	1.67%
Die meisten Prozesse sind effizient digitalisiert (A2)	189	15.02%
Viele Prozesse sind digitalisiert, jedoch ineffizient (z. B. Dokumenten-Scan) (A3)	749	59.54%
Nur wenige Prozesse sind digitalisiert (A4)	298	23.69%
Keine Antwort (A5)	1	0.08%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d1

Wenn Sie Ihre täglichen Arbeitsprozesse betrachten, wie bewerten Sie diese Abschnitte in Bezug auf die Digitalisierung?



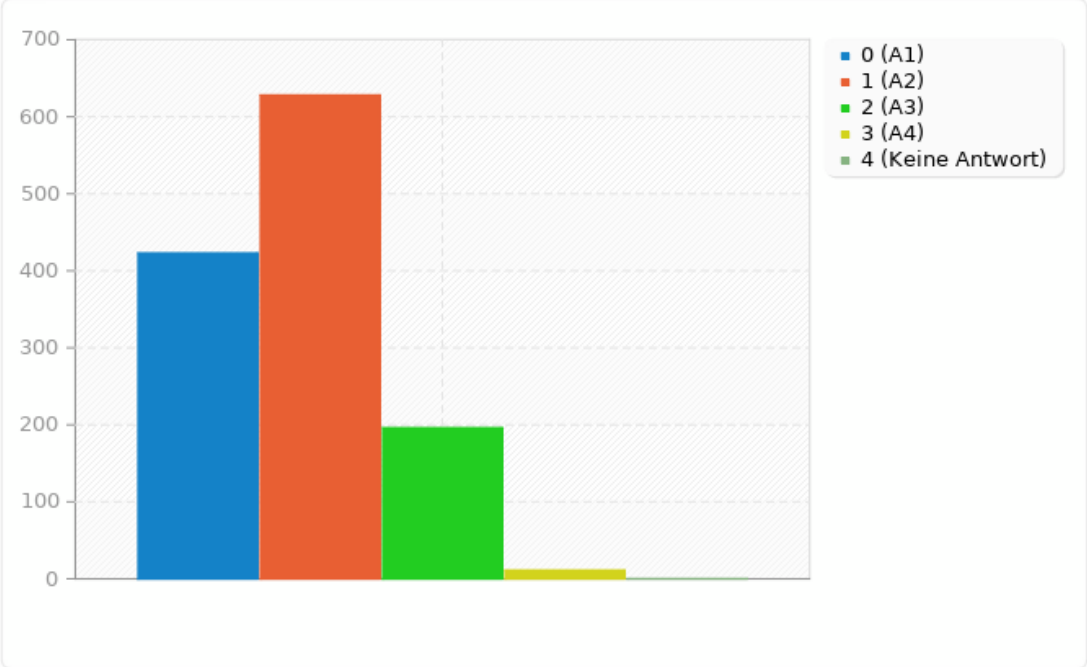
Zusammenfassung für d2

Haben Sie auf Ihrer Arbeitsstätte ein(e) vollständig digitalisierte Patientenakte / Praxisverwaltungssystem / Krankenhausinformationssystem?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	423	33.62%
Nein (A2)	628	49.92%
Ist in Planung / Pilotprojekt angelaufen (A3)	196	15.58%
Ist mir nicht bekannt (A4)	11	0.87%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d2

Haben Sie auf Ihrer Arbeitsstätte ein(e) vollständig digitalisierte Patientenakte / Praxisverwaltungssystem / Krankenhausinformationssystem?



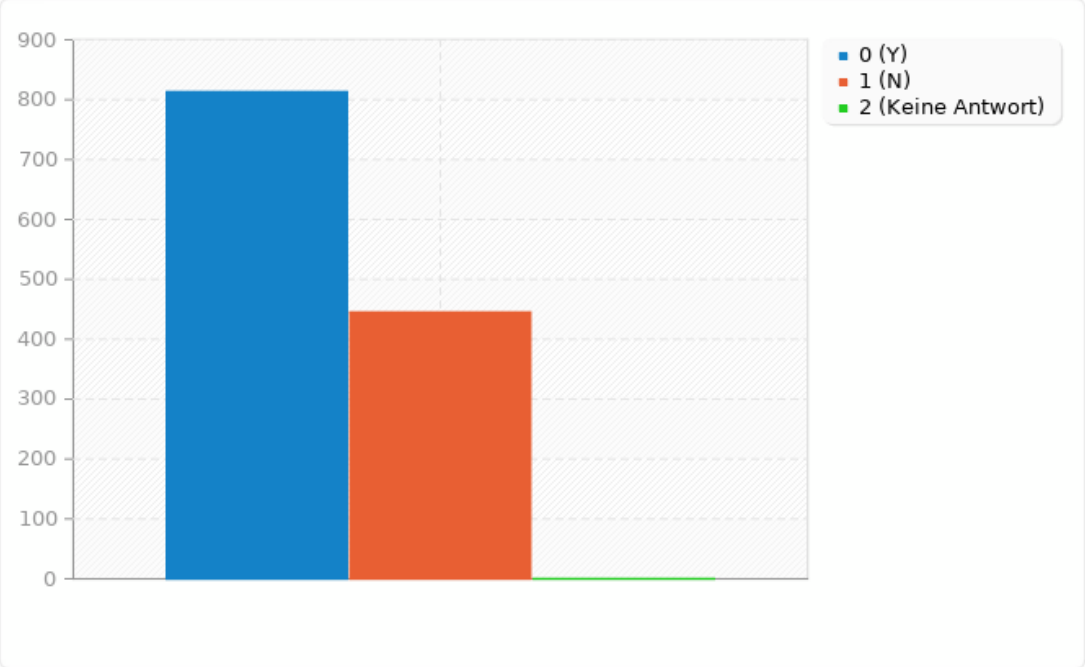
Zusammenfassung für d3

Nutzen Sie im Klinikalltag regelmäßig Apps für Ihre Berufsausübung auf Ihrem Smartphone?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	813	64.63%
Nein (N)	445	35.37%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d3

Nutzen Sie im Klinikalltag regelmäßig Apps für Ihre Berufsausübung auf Ihrem Smartphone?



Zusammenfassung für d4

Wenn ja, welche?

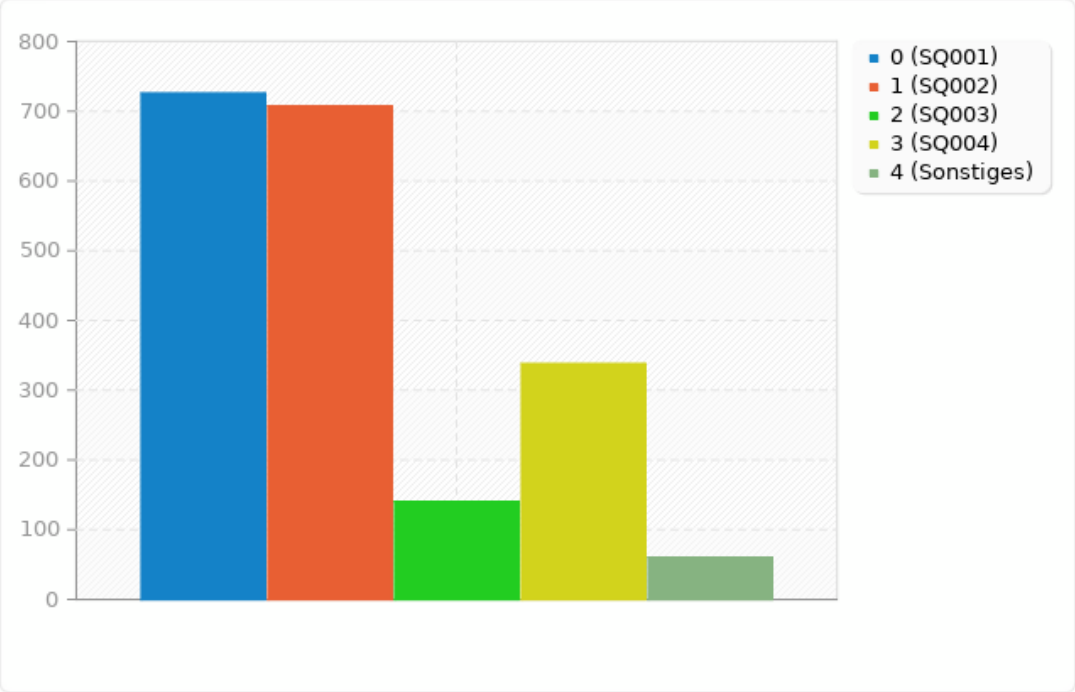
Antwort	Anzahl	Prozent
Nachschlagewerke (SQ001)	726	89.30%
Medikamentenapps (SQ002)	707	86.96%
Kommunikationsapps (SQ003)	140	17.22%
Dosierungshilfen (SQ004)	338	41.57%
Sonstiges	60	7.38%

ID	Antwort
94	AMBOSS
106	Hilfsmittel Apps, Taschenlampe
269	Scores
285	Perzentilen APP
417	Übersetzungsapps
476	Amboss
486	Score Rechner
529	pedz
579	Taschenrechner
586	Perzentilen- Rechner
609	Score Kalkulatoren
641	Perzentilenrechner
719	Perzentilen
732	Amboss
733	Taschenrechner
811	Rechner für Scores
822	Amboss
927	Amboss
938	Leitlinien
961	Berechnung von Scores
988	MDCalc
998	Pedz
1024	Stiko Impfkalender
1033	Apps zum Berechnen medizinische Scores
1038	Qtc Rechner
1048	Apps zur Scoreberechnung
1100	Stiko-App
1107	Perzenzilenrechner
1114	Amboss
1117	Umrechner
1135	How-to/ Anleitungen
1143	Amboss, AO App
1158	Entscheidungsbäume von Leitlinienapps
1163	eGENA
1311	Siilo, Perzentilen (Pedz-Rechner)
1353	Therapeutische Apps
1360	vorallem Amboss und Diagnosia
1377	AO App
1388	Amboss
1423	klinische Scores (MD Calc)
1490	Kinderarztrechner
1532	Perzentilenrechner
1553	Logbuch
1632	Taschenrechner
1671	Dienst-Smartphone
1827	Amboss
1836	Perzentielenrechner
1931	Keine App, Amboss und rote Liste
1959	Rechner

1995	Klassifizierung zum Beispiel von Fraktur, Score erheben
2016	Radiologie Apps, Fracture Classification
2112	Amboss
2142	Amboss
2167	Perzentilen-App
2178	MedCalc (Scores)
2275	Formel/score app
2292	MedCalc
2313	Perzentilenrechner
2420	Scoringapp
2440	Laborapp

Zusammenfassung für d4

Wenn ja, welche?



Zusammenfassung für d5

Welche digitalen Angebote gibt es in Ihrer Arbeitsstätte für die Patienten?

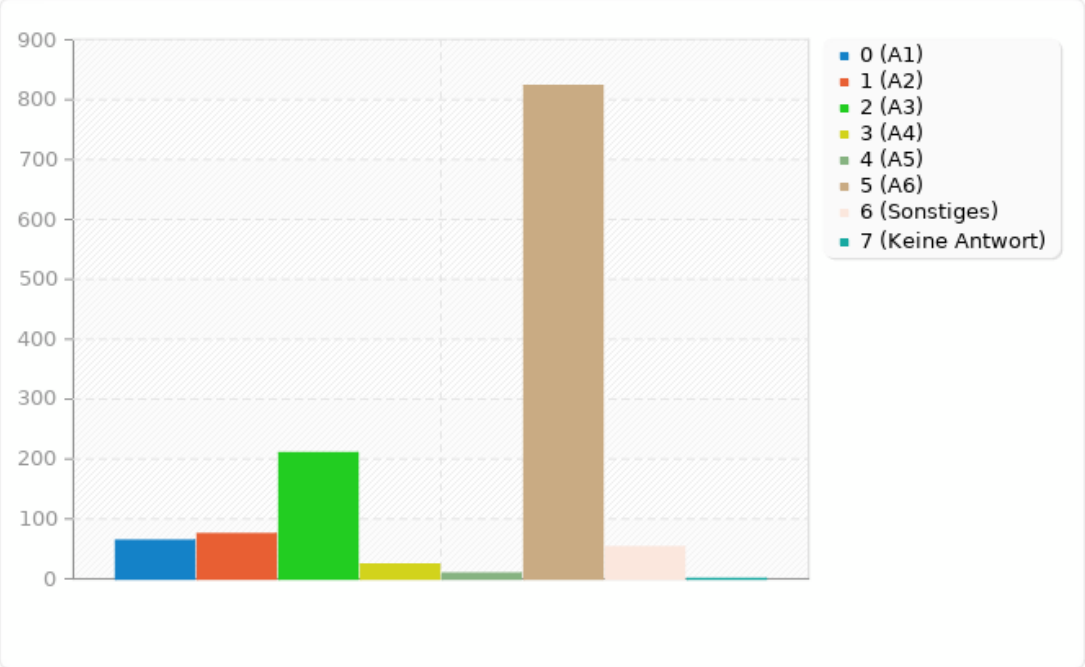
Antwort	Anzahl	Prozent
Online-Terminvereinbarung (A1)	64	5.09%
Video-Sprechstunde (A2)	75	5.96%
Medikationsplan (A3)	210	16.69%
Patienten-App (A4)	24	1.91%
Notfalldatensatz (A5)	9	0.72%
Keine (A6)	823	65.42%
Sonstiges	53	4.21%
Keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
94	Handy- und Laptopverbot.
134	Testungen
152	Vorbesprechung des Aufenthalts per Video
166	Telefonsprechstunde
233	keine Ahnung, mir ist nichts bekannt.
273	Videosprechstunde, Notfalldatensatz,....
336	WiFi
338	Video Konferenz nur wegen corona
435	Weiß nicht
461	Weiß ich nicht
563	weiß es nicht
565	Trifft nicht zu da Pathologie -> kein Patientenkontakt
608	Narkoseaufklärung + Fragebogen
644	Meona, patidok
799	Weiß ich nicht
809	Bilddatensatz per QR Code
811	Mehrere Verschiedene Angebote, auch davon abhängig welcher Abteilung die Patienten zugeordnet sind
891	Weiß ich nicht
910	Videochat mit Familie
988	Ich weiß es nicht
1027	1 und 2 zutreffend
1030	Es macht wenig Sinn, hier nicht mehrere Dinge auswählen zu können.
1033	habe ich keinen Überblick
1038	Kann ich nicht sagen , fitte Patienten besorgen sich selbst eine App für ihren BZ oder Ähnliches, weiß leider nicht mehr dazu
1079	Online Termine und Video-Sprechstunde
1082	App für Mitarbeiter
1126	Weiß ich nicht
1149	Patientenakte mit Passwort online einsehbar
1159	Videotelefonie mit Angehörigen
1177	unbekannt
1188	Online Anmeldung
1205	weiß ich nicht
1450	Online Kreissaal-Führung
1553	Weiß ich nicht
1624	Trifft nicht zu
1658	weiß ich nicht, da nicht kurativ tätig
1671	digitalisierte Narkose und ICU Protokolle
1782	keine Aussage, da Radiologie
1941	Patientenakte einsehbar online
1965	freies WLAN
1977	Homepage
1996	Weiß nicht
2016	kenne leider keine
2138	Keine Ahnung

2142	Digitalisierte patientenkurve
2211	Kreißsaal Rundgang digital i.R. der Pandemie
2245	Patienten Portal
2478	nicht zutreffend

Zusammenfassung für d5

Welche digitalen Angebote gibt es in Ihrer Arbeitsstätte für die Patienten?



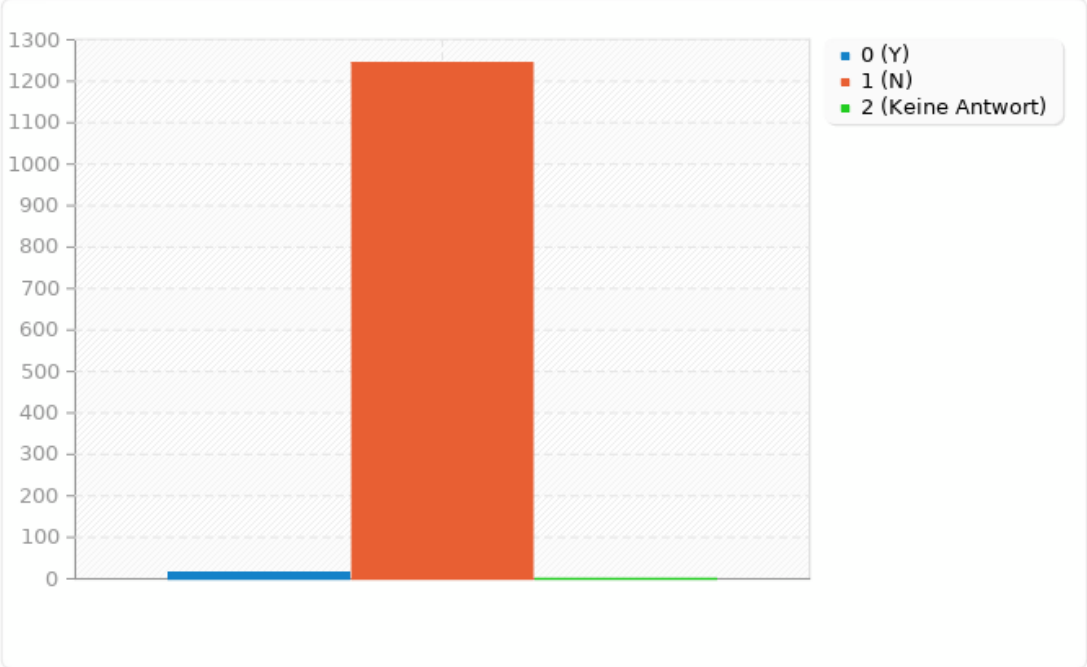
Zusammenfassung für d6

Seit kurzem sind „Digitale Gesundheitsanwendungen“ (DiGa) alias „App auf Rezept“ zugelassen. Haben Sie einem Patienten schon eine DiGa verschrieben?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	14	1.11%
Nein (N)	1244	98.89%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d6

Seit kurzem sind „Digitale Gesundheitsanwendungen“ (DiGa) alias „App auf Rezept“ zugelassen. Haben Sie einem Patienten schon eine DiGa verschrieben?



Zusammenfassung für d7

Sie haben nein geantwortet: Warum?

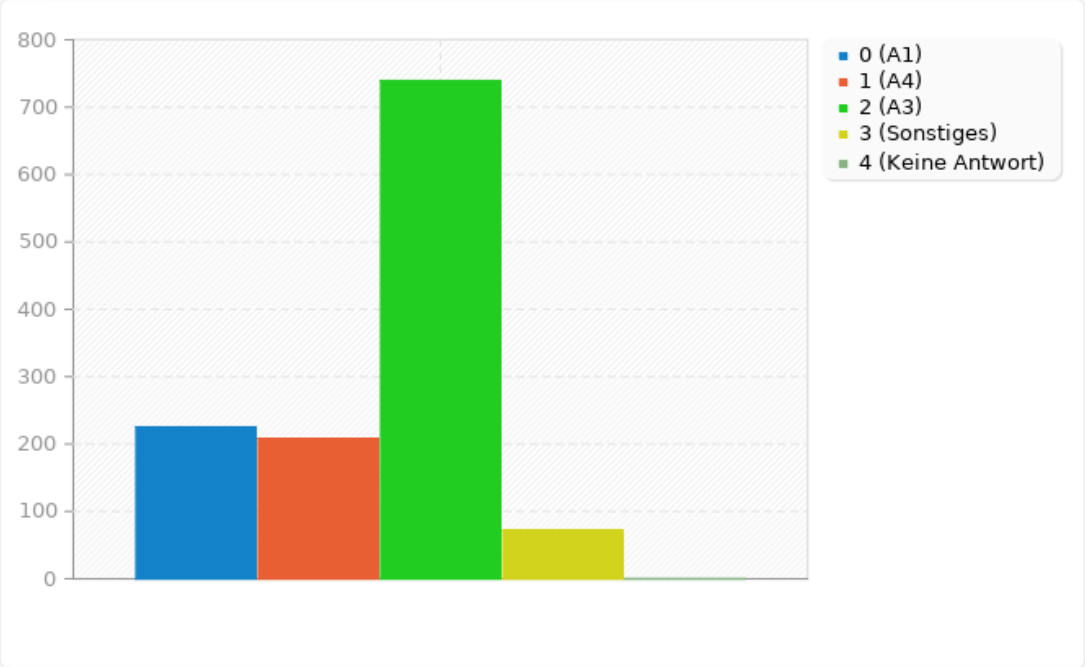
Antwort	Anzahl	Prozent
Ich weiß nicht, wie ich DiGa verschreibe. (A1)	225	18.09%
Für meinen Fachbereich gibt es noch keine DiGa. (A4)	208	16.72%
Ich kenne DiGa nicht. (A3)	739	59.41%
Sonstiges	72	5.79%
Keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
69	war noch nicht angezeigt
90	Word bei uns noch nicht angewandt
94	Nicht erwünscht und gefördert von der Leitung. Obwohl unsere Professorin an derlei Apps forscht.
106	Keine Notwndigkeit
154	In der Klinik rezeptieren Wir nicht
222	bisher keine Nachfrage
225	Ich stelle keine Rezepte aus
265	In Klinik bisher nicht relevant
275	Siehe fachgebiet
321	Im Krankenhaus nicht vorhanden
354	Bisher hatte ich noch bei keinem Patienten das Gefühl, dass das gut zu ihm/ihr passen würde.
355	In der Klinik nicht möglich
404	fehlendes, passendes Patientengut
417	Ich kenne DiGa nicht und ich weiß auch nicht ob es für die Anästhesie so etwas gibt.
471	Bisher kein Bedarf
526	Unsere Klinik macht das nicht
565	Trifft nicht zu da Pathologie -> kein Patientenkontakt
610	Keine passenden Patienten in der Gerontopsychiatrie bisher
636	Noch nicht mit beschäftigt
719	Wird bei uns noch nicht gewünscht
809	Verschreibe keine Rezepte
896	war bisher nicht relevant
905	Ich weiß nicht, wie das geht und ob man es bei uns überhaupt schon kann
937	Als Klinikarzt nicht mgl
945	weil ich keine DiGa verschrieben habe
948	Ich bin als Stationsärztin tätig
952	Ich glaube, ich kann keine DiGa verschreiben (von Station aus).
981	gerade Elternzeit begonnen
998	Patienten bekommen in der Reha keine Medikamente verordnet
1004	Ich bin aktuell in Elternzeit
1008	War für mich noch nicht relevant
1056	Ich verschreibe derzeit keine Medikamente
1097	meist wenig sinnvoll
1165	erst vor Kurzem im Ärzteblatt erfahren; Vorgesetzter kennt dieses Prinzip nicht.
1204	in meiner Klinik nicht erwünscht
1256	Rezeptausstellung nur über Ambulanz der Oberärzte möglich
1296	Im Klinikalltag als Assistenzarzt nicht notwendig
1305	Bisher kein Anlass
1324	in der Klinik noch nicht angekommen
1373	Mir ist keine sinnvolle App für UC/Ortho bekannt
1419	Nötige Struktur in der Praxis nicht vorhanden
1423	habe noch keinen Nutzen gesehen
1437	Nur BG Patienten in Sprechstunde
1450	Arbeite in der Klinik
1483	Wird im stationären Bereich bei meinem Arbeitgeber nicht gemacht, es wird von Kontakt hiermit im ambulanten Bereich ausgegangen.
1571	Stationär keine hohe Relevanz bzw. Möglichkeit

1585	Nicht zutreffend auf ITS
1599	Für Alterszielgruppe momentan nicht sinnvoll
1693	Bei uns im Krankenhaus nicht möglich.
1745	In der Anästhesie wird wenig verschrieben.
1760	in der Anästhesie werden kaum Rezepte geschrieben
1763	im KH nicht vorhanden/ möglich
1782	Radiologie, keine Medikamente werden verschrieben
1861	Ich verschreibe keine Medikamente als Anästhesistin
1991	Fachbereich stellt keine Rezepte aus.
2017	Schwachsinn!
2165	Im Klinikum nicht relevant.
2178	Aus dem Stationsbetrieb werde kaum Rezepte verschrieben
2208	Noch keine Nachfrage durch Patienten
2211	Assistenzarztstatus
2224	Bislang nicht notwendig
2350	keine Notwendigkeit gesehen
2374	Ich halte nicht viel davon
2386	verschreibe im KH keine Rezepte
2417	In der Klinik (stationär) nicht bekannt
2466	Ist im KH noch nicht üblich

Zusammenfassung für d7

Sie haben nein geantwortet: Warum?



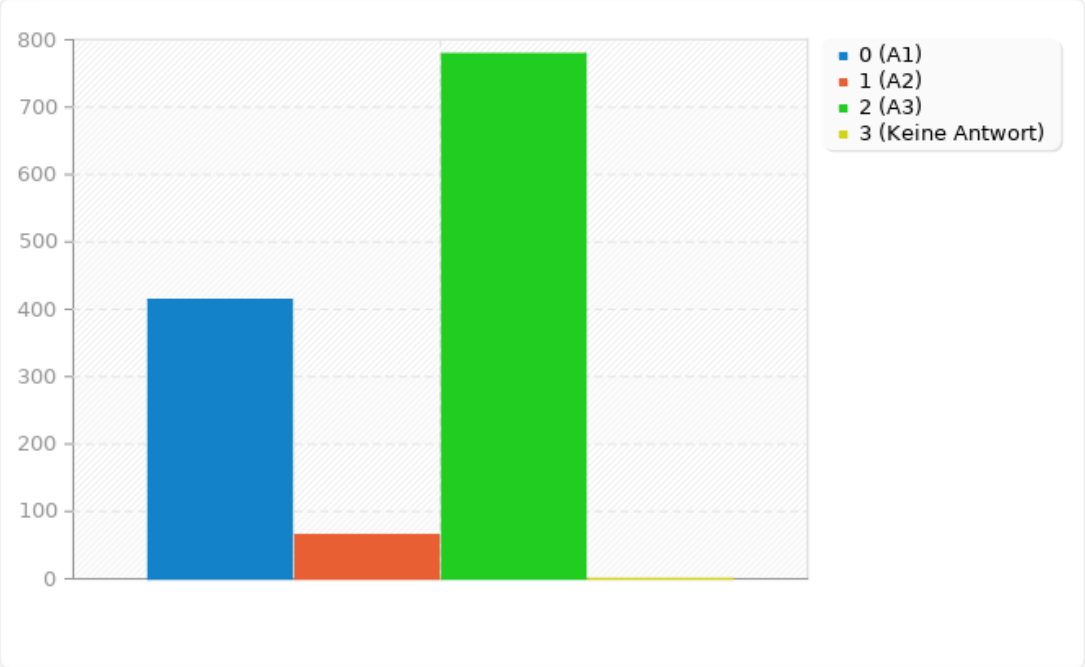
Zusammenfassung für d8

Glauben Sie, dass DiGas die Patientenversorgung verbessern können?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	414	32.91%
Nein (A2)	65	5.17%
Weiß ich nicht. / Ich kenne DiGa nicht. (A3)	779	61.92%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d8

Glauben Sie, dass DiGas die Patientenversorgung verbessern können?



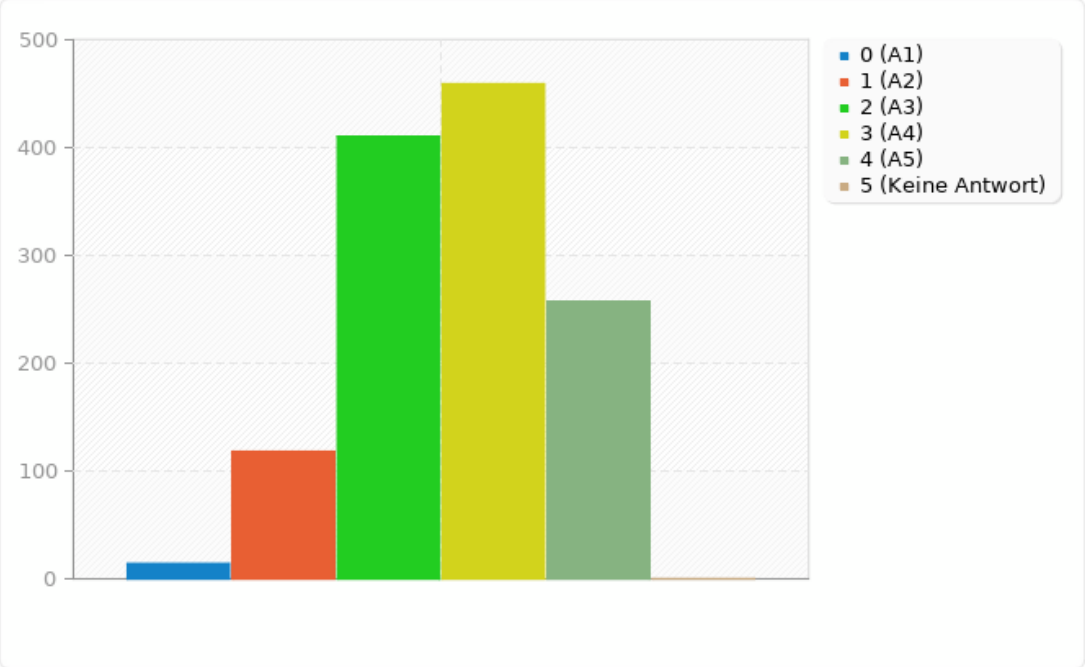
Zusammenfassung für d9(SQ001)[Dokumentation]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	14	1.11%
5-15% (A2)	118	9.38%
15-30% (A3)	410	32.59%
30%-50% (A4)	459	36.49%
über 50% (A5)	257	20.43%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ001)[Dokumentation]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



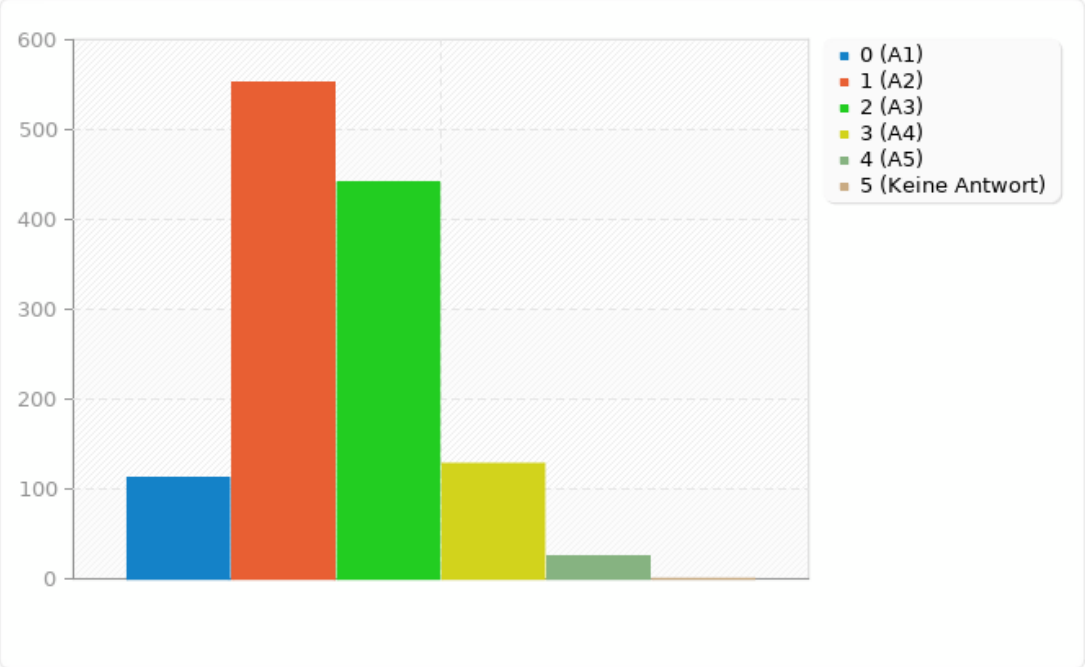
Zusammenfassung für d9(SQ002)[Telefonate]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	112	8.90%
5-15% (A2)	552	43.88%
15-30% (A3)	441	35.06%
30%-50% (A4)	128	10.17%
über 50% (A5)	25	1.99%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ002)[Telefonate]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



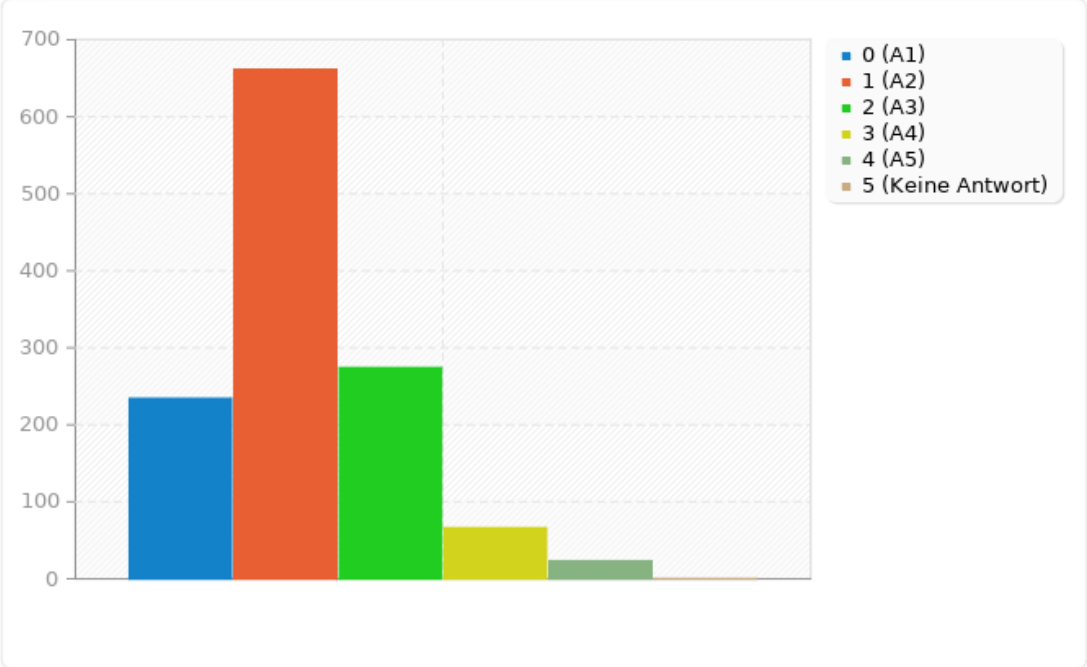
Zusammenfassung für d9(SQ003)[Befund-Recherche]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	234	18.60%
5-15% (A2)	661	52.54%
15-30% (A3)	274	21.78%
30%-50% (A4)	66	5.25%
über 50% (A5)	23	1.83%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ003)[Befund-Recherche]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



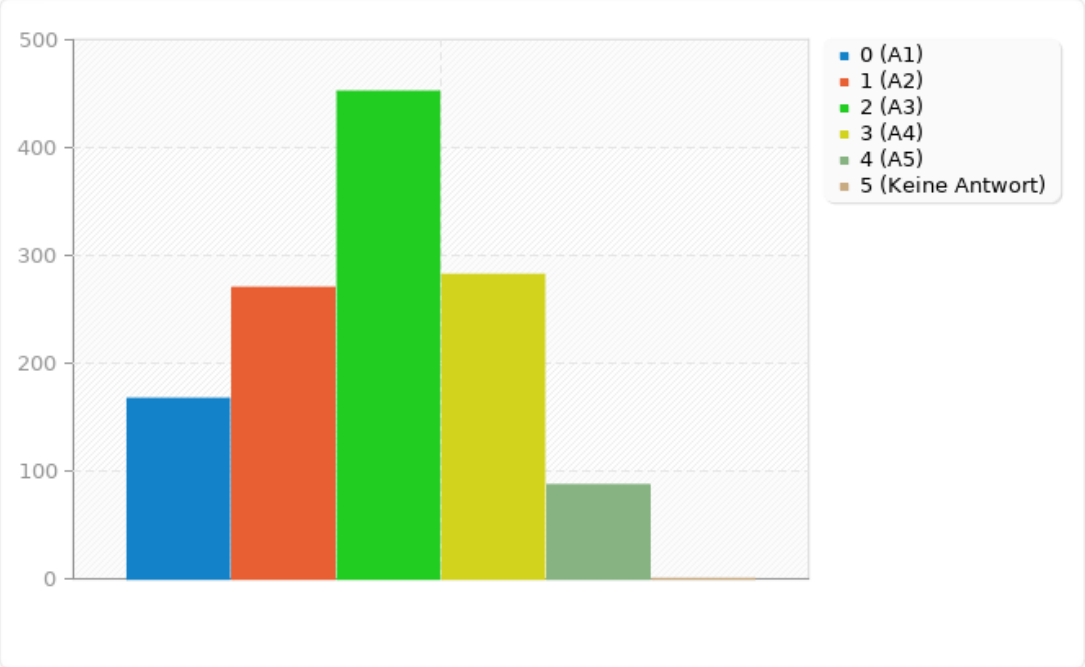
Zusammenfassung für d9(SQ004)[Arztbriefe]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	167	13.28%
5-15% (A2)	270	21.46%
15-30% (A3)	452	35.93%
30%-50% (A4)	282	22.42%
über 50% (A5)	87	6.92%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ004)[Arztbriefe]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



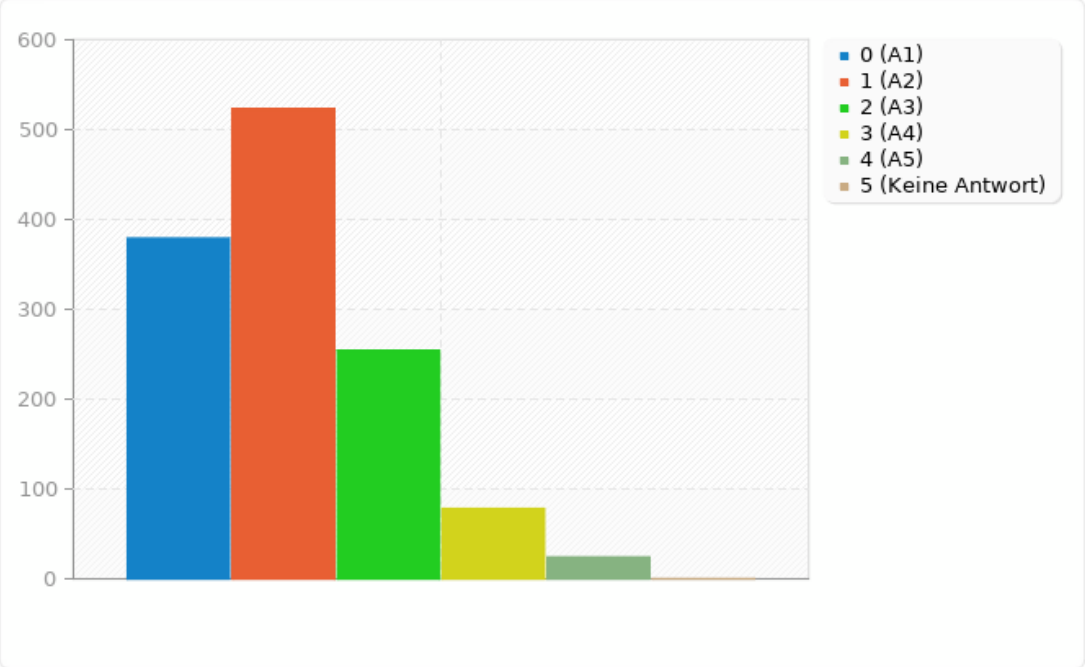
Zusammenfassung für d9(SQ005)[Organisation von Terminen, Anträgen etc.]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	379	30.13%
5-15% (A2)	523	41.57%
15-30% (A3)	254	20.19%
30%-50% (A4)	78	6.20%
über 50% (A5)	24	1.91%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ005)[Organisation von Terminen, Anträgen etc.]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



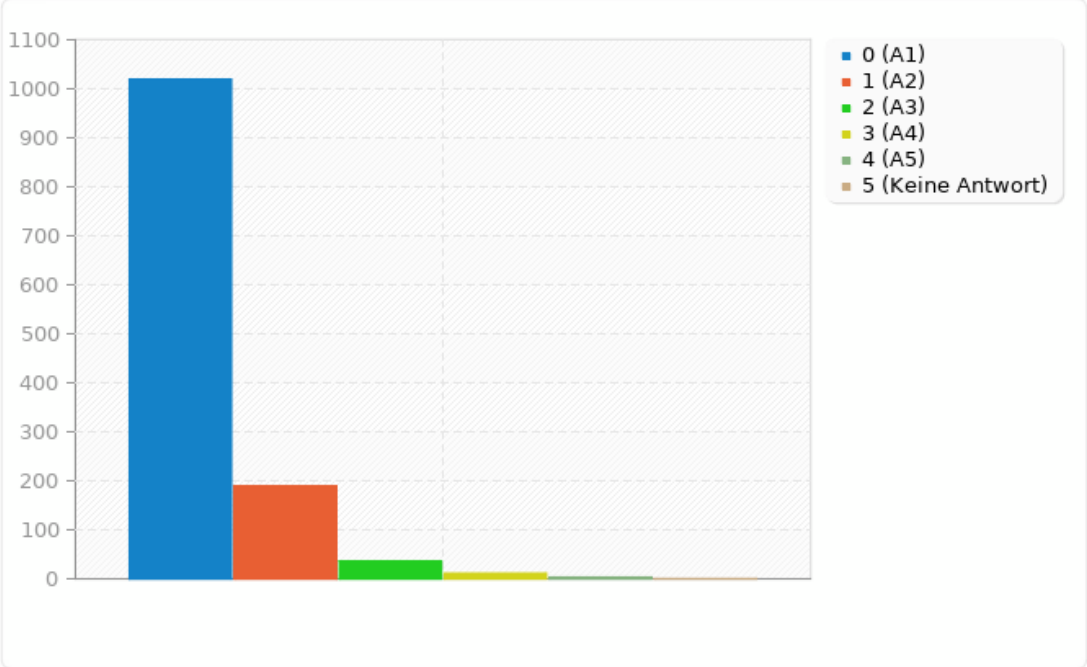
Zusammenfassung für d9(SQ006)[Reha-Anträge]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	1019	81.00%
5-15% (A2)	189	15.02%
15-30% (A3)	36	2.86%
30%-50% (A4)	11	0.87%
über 50% (A5)	3	0.24%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ006)[Reha-Anträge]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



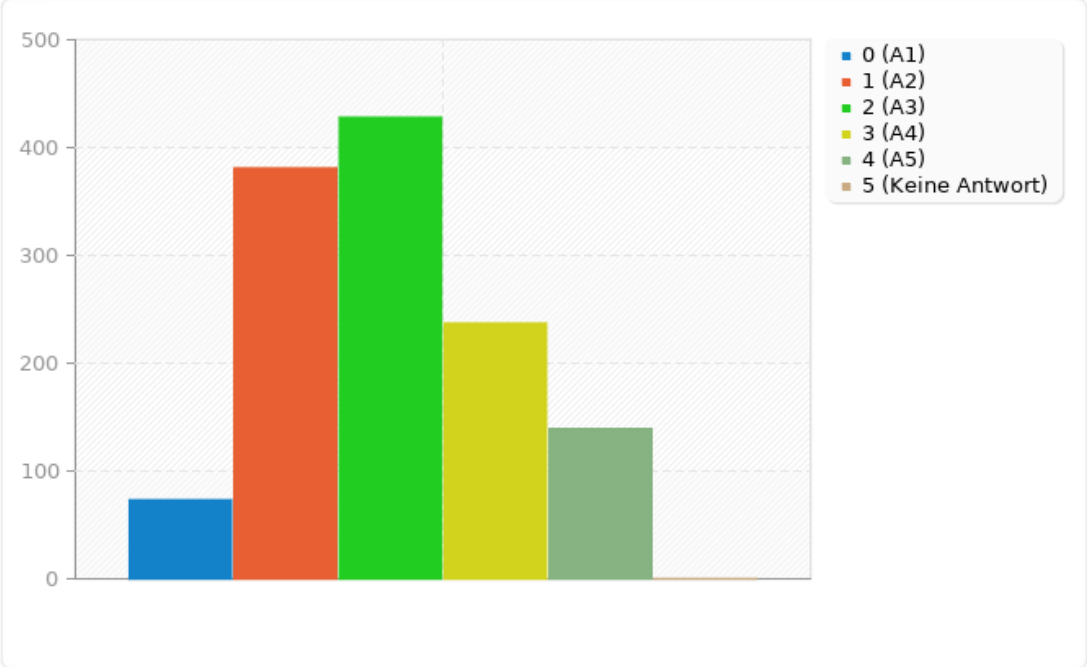
Zusammenfassung für d9(SQ007)[Patientenkontakt]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:

Antwort	Anzahl	Prozent
unter 5% (A1)	73	5.80%
5-15% (A2)	381	30.29%
15-30% (A3)	428	34.02%
30%-50% (A4)	237	18.84%
über 50% (A5)	139	11.05%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d9(SQ007)[Patientenkontakt]

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf:



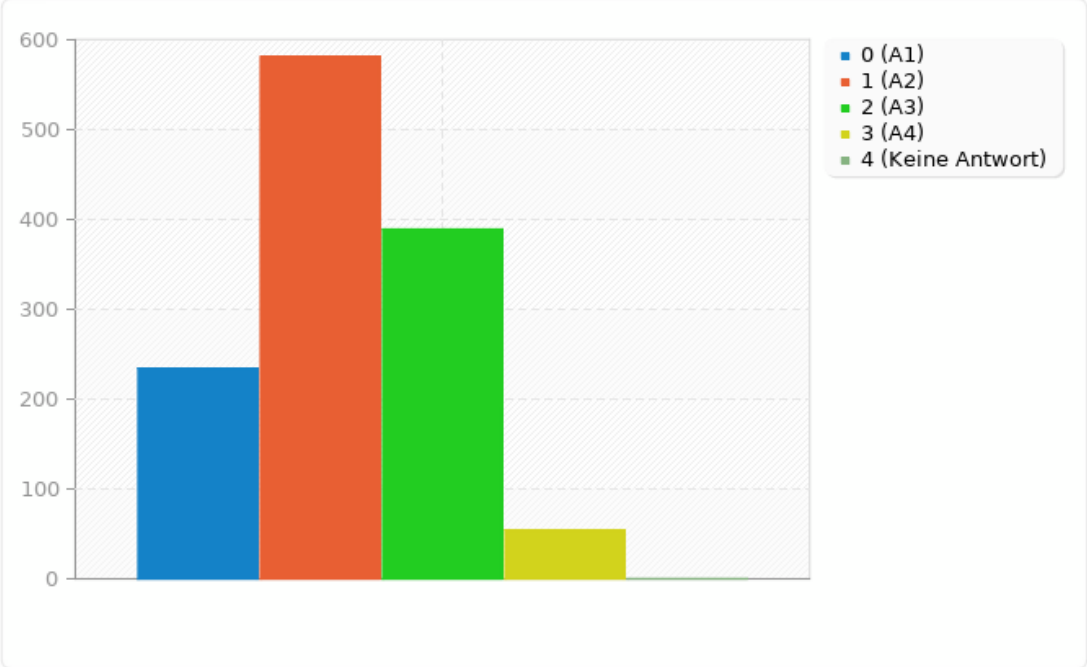
Zusammenfassung für d10

Wie häufig wird bei Ihnen ein Vorgang mehrfach dokumentiert (z.B. in unterschiedlichen IT-Systemen oder erst handschriftlich und dann im Computer)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Fast bei allen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A1)	234	18.60%
Bei vielen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A2)	581	46.18%
Bei wenigen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A3)	389	30.92%
Doppelte Dokumentation kenne ich in meinem Berufsalltag nicht (A4)	54	4.29%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d10

Wie häufig wird bei Ihnen ein Vorgang mehrfach dokumentiert (z.B. in unterschiedlichen IT-Systemen oder erst handschriftlich und dann im Computer)?



Zusammenfassung für d11

Wie würden Sie den Stand Ihrer Abteilung in Bezug auf Digitalisierung und technische Ausstattung beschreiben?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	652	51.83%
Keine Antwort	606	48.17%

ID	Antwort
55	Weit fortgeschritten
71	Die technische Ausstattung ist veraltet und damit sehr langsam.
76	Die PCs stürzen oft ab. Der IT-Support muss taglich kontaktiert werden, weil wieder irgendetwas nicht funktioniert. Digitalisiert sind nur Apotheke, Labor und Abrechnung
77	Schlecht
88	Teilweise veraltet
89	Zunehmend besser
90	Schlecht. Visite mit Papier, viel schriftliche Dokumentation in Patientenakte, elektronische Dokumentationen werden ausgedruckt und ab geheftet.
94	Die Digitalisierung ist unzureichend und wo sie vorhanden ist, ist sie ineffizient. Medikamentenpläne werden nicht in den Arztbrief übernommen. Laborbefunde müssen per Hand abgetippt werden (die mir unliebsamste Tätigkeit). Medikamente werden per Hand angeordnet, beim Wochenwechsel treten gelegentlich Übertragungsfehler auf. Alle Dokumente werden nochmals ausgedruckt und eingescannt. Das Dokumentationssystem, mit dem wir arbeiten, ist unübersichtlich. Konsile werden größtenteils gefaxt und sind unleserlich.
95	Guter Stand der Digitalisierung und gute technische Ausstattung.
98	Möglichkeiten wären vorhanden. Eine analoge Akte wird weiter mitgeführt. Nicht alle Befunde digitalisiert. Analoge Akten werden für das Archiv dann eingescannt. Elektronik zum Beispiel ein Tablet zum erfassen aller Behandlungsdaten in einer Patientenakte mit Befunden, Anordnungen, Aufklärungen wäre notwendig
100	Im Prinzip gut, aber Schnittstellenproblematik, dadurch doppelte Eingabe von z. B. Medikationsliste, Virerkrankungen etc
103	Mäßig gut
106	Sehr gut
108	Sehr gut
112	Gut
116	Mittelmäßig. Manche Digitalisierunsgmaßnahmen sind jedoch gerade in Bezug auf sehr alte Patienten mit fehlendem Handy/Internetzugang etc nicht umsetzbar
119	Mittelfeld
121	Ausbaufähig
122	Digitale Anamnese fehlt noch Umsetzen der Befunde in den arztvrief klappt nicht
125	Schlecht
127	Peinlich
129	gering, kaum
134	mangelhaft
139	Gut.
152	Gut
163	Ausbaufähig
164	Technische Ausstattung grausam, langsame Computer, nichts digital
166	Insgesamt vergleichsweise gut
171	Sehr sehr ausbaufähig
178	Die Patientenakten sind digitalisiert, jedoch ist das arbeiten ineffizient, da pc häufig sich aufhängen oder man die gesuchte Funktion nicht findet und erst andere Programme öffnen muss, um z.b. Medikamente anzuordnen
179	Digitalisierung sehr schlecht
180	Mittelalterlich
192	Sehr schlecht Analoge Kurve, ständiges suchen der Kurve Faxen von Röntgen Anforderungen

193	Schlecht
195	Der Trend geht in die richtige Richtung, die Umsetzung ist leider noch häufig kompliziert und produziert doppelte Arbeit.
197	Viele IT-Pannen trotz Teleradiologie
205	Mäßig, kein PDMS, handschriftliche Doku der Anästhesie und Prämedikation
208	Gut gemeint, aber schlecht gemacht.
210	Mangelhaft. Selbst auf Intensivstationen gibt es keine suffiziente digitalisierte Dokumentation
216	Sehr schlecht. Eine Digitalisierung wird versucht, aufgrund von schlechten Kenntnissen der IT Abteilung im Bereich des klinischen / bereichsspezifischen Tagesablaufs ist weiterhin eine doppelte Dokumentation vorhanden und notwendig. Tätigkeiten die digital sinnvoll wären sind nicht möglich, andersrum Tätigkeiten die digitalisiert wurde erschweren den Arbeitsablauf da ihre Anwendung in dem aktuellen Form zu aufwendig ist.
218	schlecht
222	Im saarländischen Vergleich mit vorne dabei, aber im internationalen Vergleich besonders mit asiatischen Metropolen wie Singapur Jahrzehnte im Rückstand.
223	Eher rückschrittlich. Wir müssen sämtliche Beatmungs- und Vitalparameter über den gesamten Operationsverlaufnhandschriftlich dokumentieren.
224	Freunde, die in Betrieben der freien Wirtschaft tätig sind lachen mich regelmäßig aus, wenn ich ihnen von den Zuständen der Digitalisierung bei uns im Krankenhaus erzähle.
225	Viele Arbeitsabläufe sind bei uns digitalisiert. Z.b. Patientenakte, Untersuchungsanforderungen, Befunde, Aber die Handhabung des Programm ist kompliziert und wenig intuitiv. Die meisten Arbeitsabläufe müssen erklärt werden.
228	Patientenakte fast vollständig digital (Patientenkurve, Arztbriefe, Medikamente, Laborergebnisse, Radiologische und sonstige Untersuchungen lediglich an der Digitalisierung von EKGs, Langzeit EKGs und Lungenfunktionstests happert es
233	die technische Ausstattung, die direkt mit der Patientenversorgung zutun hat (Sonogeräte,....) ist modern und zeitgemäß, PCs und co. sind nicht veraltet, aber die hauptsächliche Dokumentation läuft auf Papier.
237	Schlecht. Vieles läuft noch auf Papier, insbesondere Kurven/Akten auf Station, Dokumentation der Visite etc. Die Anmeldung von Diagnostik/Konsilen etc läuft aber über den PC, den gibt es nur im Arztzimmer und nicht auf den Visitenwagen. Das hin und her rennen kostet viel Zeit und ab und zu werden Dinge vergessen nach der Visite noch anzumelden, wenn man wieder im Arztzimmer ist.
238	Schlecht.
247	Elektronische Patientenakte etabliert, aber mit großen Defiziten und viel Ineffizienz durch mangelnde Features und Doppelte digitale und nicht-digitale Doku. Keine digitalen Möglichkeiten für Patienten. Keine digitalen Aufklärungen von Patienten.
248	Die elektronische Patientenakte ist sinnvoll und praktisch, da das aber ambulant nicht genutzt werden kann, wird viel Zeit dafür verwendet Medpläne, Diagnoselisten etc. in das System abzuschreiben. Das dies bei uns ärztliche Tätigkeit ist, ist sehr unnötig.
255	Mangelhaft
259	nicht sehr zeitgemäß, die Hälfte über Fax/Papier/PatAkten, die andere Hälfte digitalisiert
264	Eher gering, kaum Daten im System vorhanden, müssen alle selbst angelegt werden, noch handschriftliche Patientenkurve zur Dokumentation
268	Unfassbar langsame und ineffiziente Prozesse und IT; Ärzt*Innen müssen sehr viele Dinge selbst im PC erledigen, zb Medikamente eintippen und kodieren
271	mittelmäßig bis schlecht
272	Sehr alte und langsame PCs, schlechte Software
277	Mittelmäßig. Viedeosprechstunden und APP Nutzung sind nicht vorgesehen. Die digitale Krankenakte gibt es aber bereits sehr lange und wird auch sinnvoll weiterentwickelt. Durch Corona nehmen Besprechungen per Skype zu.
279	Im laufe der letzten Jahre deutlich gebessert aber noch viele Schnittstellenprobleme und nicht vollständige Digitalisierung.
280	Gut
284	Ausbaufähig. Digitalisierung der Patientenakte ist in Planung. Laboranforderungen werden z.T. noch mit Zetteln weggeschickt, Dokumentation von Transfusion ebenfalls auf Papier. Fehlende E-Mailadressen für alle Mitarbeiter.
290	Digitalisierung so gut wie nicht vorhanden, technische Ausstattung auf Station lediglich auf ein Minimum reduziert
293	Vorhandene Software ist qualitativ zu schlecht. Träge Verbesserungen.
294	Langsame Computersysteme, keine kompletten digitalen Patientenakten
298	Steinzeitalter
299	Oberes Mittelfeld

302	....
312	Es gibt weiterhin eine Papierarbeiten, in der Handschriftlich ausgewertete ekgs sind zb
318	Gut
320	Extrem schlecht. Weiterhin doppelte Arbeit mit SAP- und händischer Dokumentation
321	In unserer Abteilung wäre der Wille zur Digitalisierung da, manches wird auch sinnvoll genutzt. Visite zb wird diktiert und ist für jeden leserlich einsehbar, es liegt eher an der Verwaltung die mehr Digitalisierung verhindert
326	Die Digitalisierung stiehlt mit wichtige Zeit wegen mangelnder Ausstattung zb WLAN funktioniert nicht, PC kann nicht in das Patientenzummer genommen werden
329	Seit neustem alles digital somit gut
332	Verbesserungswürdig
337	mäßig, zu wenig Computer für das Personal, Computer stürzen häufig ab, aus Kostengründen viele verschiedene IT-Systeme (Patientenverwaltung, Röntgen, Labor, Funktionsabteilung), deren Schnittstellen schlecht funktionieren
338	Wie vor 15 Jahren
340	Konsile und Anmeldungen für Untersuchungen sind leider nicht gut digitalisiert. Meistens muss man die jeweilige Stelle anrufen, denen faxen und aich noch digital anmelden!! Das könnte man auch vereinfachen, statt dreimal die gleiche Sache anzumelden.
343	Gute Ansätze (digitale Patientenakte, Diktate für Einragungen), leider nicht konsequent umgesetzt (weiterhin zusätzlich Papierakte und Papierkurve; handschriftliche ambulante Doku; verschiedene Dokumenrtationssysteme stationär vs ambulant)
354	Guter Wille ist vorhanden, bei der Umsetzung haperts noch
355	IT Systeme und Innovationen sind schwerfällig, komplette Digitalisierung bei dem hohen Patientenaufkommen nicht möglich
360	Insuffizient
368	Ausbaubedürfitg
370	Ineffizient
371	Schlecht
378	Bis auf die Einspielung von Laborbefunden und eingelesenen Dokumenten, die nicht richtig gelabelt sind sehr gut.
379	Digitale Patientenkurve neu eingeführt seit Januar, Smartphones als Diensthandy mit Abteilungs-App, Möglichkeit der Nutzung von iPads zur Visite/Dokumentation
382	Viele Jahre hinterherhinkend
388	Grauenvoll schlecht, alles behelfsmäßig
397	- sehr stark hinter her hinkend
399	Eher schlecht. Viele Befunde sind zwar digital, Konsilanforderungen je nach Fachrichtung digital oder per Konsilschein und Fax. Visite in Papierform, Medikamente in Papierform (muss dann händisch beim Briefscchreiben eingegeben werden). Sehr unübersichtlich und ineffizient.
404	gut, Vorreiterrolle
413	Gut
409	Schlecht
416	bis auf eine Praxissoftware keine gute technische Ausstattung der Praxis
417	Gut (digitales Narkoseprotokoll, etc.), aber noch deutlich ausbaufähig was scannen von Papierkram wie Aufklärungsbögen etc. angeht.
419	Gut
432	Schlecht
435	Ganz OK, aber oft umständlich
438	Es gibt Verbesserungsmöglichkeiten, aber wir sind auf einem guten Weg. Gerade jetzt in der Pandemie hat es gut funktioniert Besprechungen und Fortbildungen als Online-Meeting zu organisieren.
441	Ausreichend, aber mit deutlichen Verbesserungsmöglichkeiten
442	Mitten auf dem Weg zur Digitalisierung im langsamen Tempo
445	Gut
447	Ungenügend, da fast alles sowohl handschriftlich als auch digital dokumentiert werden muss, was einen recht sinnlosen Mehraufwand bedeutet
449	Technische Ausstattung gut (Tablets, Visiten PCs). IT-System nicht so gut (stürzt ab, Formatierung der Arztbriefe etc)
450	Stark ausbaufähig
453	schlecht, ineffizient
461	Eher schlecht
463	Die peripheren Stationen inkl. Intensivstation sind fast vollständig digitalisiert. Der OP/ die

	Anästhesie findet analog statt.
464	Weiter verbesserungsfähig
465	Wir den schiefen Turm von Pisa - irgendwie schon beeindruckend, wenn man ihn das erste Mal sieht, aber sobald man versucht, darin zu wohnen, wird man mit ernsthaften Problemen konfrontiert...
466	Gut vorangeschritten
467	Sehr alte Diktiergerät
471	Auf einem guten Weg, vor allem Schnittstellen zu Niedergelassenen Kollegen und anderen Kliniken bereiten Probleme.
484	Mindestens 20 Jahre hinter dem aktuellen Stand der Technik zurück
485	Gut
486	Mittelmäßig
495	Das Patienten Programm ist sehr unübersichtlich, nicht intuitiv und sehr sehr langsam
496	Nicht auf dem Stand der Zeit
	Umständlich
501	Eher rückschrittlich.
510	Hinterweltlich
	Anamnesen auf Papier, viele Extrazettel Konsile müssen neben der PC-Eingabe alle einzeln telefonisch angemeldet werden
517	Mangelhaft, es fehlt zum Beispiel WLAN auf Station
523	Das SAP ist ineffizient, unübersichtlich und extrem langsam, sodass hier viel Zeit verloren geht. Befunde müssen häufig aufwendig im System gesucht werden, weil sie nur generisch als Internes Dokument oder als Fremdbefund betitelt sind
526	So 1995
529	schlecht
531	schlecht
539	Gut
540	Da ist noch Luft nach oben. Computer sind langsam. Programme funktionieren nicht richtig
546	Rückständig, epa seit 2 Monaten
551	Schlecht
555	Teilweise gut angefacht, dann aber ich noch zusätzliche Papierakten...
556	schon nicht schlecht, aber kompliziert
557	Schlecht. Keine Digitale Kurve. Alles muss handschriftlich eingetragen werden. Keine Möglichkeit Medikamentenpläne zu übernehmen.
559	fehlende Pcs, mangelhafte Einarbeitung des Personals,
560	Hinterher hinkend
563	Ein Wort: Faxgerät
566	Alles über eine Plattform!
569	Mangelhaft
572	im beginnenden werden.
579	Verbesserungsbedarf
581	Was nicht auf dem Papier steht ist nicht passiert. Außer radiologische Untersuchungen muss alles doppelt und dreifach digital und analog dokumentiert werden.
585	Absolut ineffizient
586	Die Umsetzung ist recht ineffizient.
590	unzureichend
588	Auf halbem Weg
589	Sehr schlechte Software für Verwaltung der Patientendaten und Befunde Papierakten und Kurvenführung
591	Fortschrittlich, aber ausbaufähig.
595	Schlecht
599	eher schlecht
600	Sehr gut
603	Mäßig bis schlecht
605	Es gibt keine digitale Patientenkurve/Akte, alle Dokumente, die ein Patient mitbringt werden kopiert und abgeheftet, kein Digtiersystem Paperkurve&-akte, Fax,
607	gut, nur leider gibt es keine Schnittstelle zwischen Viewpoint (Sonografie -Programm) und Orbis (KIS)
609	Rückständig, aber um Besserung bemüht
610	Zwar das meiste digitalisiert (auch Medikantenanordnung) aber oft sehr ineffizient und verbesserungswürdig
612	ausbaufähig, aber mit guten Ideen

613	Hinterwäldlich
616	Digitale Patientenakte und Papierakten existieren noch parallel,was die tägliche Arbeit verkompliziert. Anschaffung von Visitentablets wäre ein großer Fortschritt.
617	Schlecht umgesetztes Projekt. Das Betriebssystem ist äußerst kompliziert und sehr langsam. Es stürzt regelmäßig ab und damit zu arbeiten treibt den Benutzer an den Rand des Wahnsinns. Viele Geräte sind veraltet und nicht handlich beim patientennahen Arbeiten.
618	Absolut mangelhaft. Instabiles veraltetes PC-System, das häufig abstürzt, keine einfache Integration von Befunden in den Arztbrief möglich
619	Schlecht
620	Nicht mehr zeitgemäß
621	Maessig bis unzufriedenstellend
622	Mehr als ungenügend. Wir verfügen nicht einmal über ein funktionierendes WLAN im Bereich der gesamten Station. Röntgenverordnungsscheine müssen per Hand ausgefüllt und noch persönlich abgegeben werden
636	Ziemlich gut
638	mangelhaft
639	Schlecht. Patientenakten aus Papier wie im letzten Jahrhundert. Befunde digital müssen ausgedruckt werden für Oberärzte. Keine Tablets zur Visite, sondern Schreiben per Hand. Programm zur Dokumentation/ Arztbrieferstellung sehr veraltet, sodass Labor per Hand eingefügt werden muss.
644	Alles digitalisiert, papierakte existiert nur als backup
646	Schlecht und veraltet.
651	Zufriedenstellend
654	Veraltet, sehr langsam laufende Systeme, Als Arzt die gesamte Dokument auf Papier und dann nochmals im PC
657	Fortgeschritten.
661	Halbherzig
664	Vorsintflutlich - wir haben noch nicht mal einen Medikamentenplan der sich dann auch mit in den Brief integrieren ließe.... So dass man die Arbeite des med-Plans entweder 2x macht oder wie die meisten nur einmal - im Brief wo es vorgegeben ist (dort aktuell unformatiert, keine Tabelle einfach geschrieben Medikamente xy mg 1-0-1). Und da die Verknüpfung nicht funktioniert, gibt es keine Weisung dieses Medplan zu nutzen (sehen die Chefs verständlicherweise als Vorraussetzung) - bisher kann es nur ich als Keyuser... Die IT sieht nicht durch - Updates landen nicht auf allen Rechnern... (wie wäre es mit EINHEITLICH FÜR ALLE?!) stattdessen muss man dann an der "Hotline" dem Praktikanten sein Problem schildern... Und zu guter Letzt regelmäßig 9Uhr morgens fallen die Systeme aus weil gerade ein Update läuft - macht Spaß in der Rettungsstelle wenn nichts mehr geht - keine Anforderungen, keine Befunde... aber das muss bestimmt so, geht ja woanders auch anders :(
665	Kompliziert
666	grundlegend gut digitalisiert
668	Katastrophe
669	Einige Konsile müssen wir handschriftlich mit durchschlagpapier schreiben. Wenn der Konsilarzt nicht leserlich schreibt, weiß man hinterher nicht, was er befundet und empfohlen hat. Ganz nervig ist, dass man nicht 2 Arztbriefe gleichzeitig öffnen kann. Also die Diagnosen aus den letzten Briefen kopieren ist immer sehr umständlich. Und dann wird mit Papierkurven gearbeitet, die den Patienten auch zu jeglicher Untersuchung begleiten muss. Somit weiß man dann nicht, was er zum Bsp. An Medikamenten nimmt und man kann auch keinen Anordnung für den nächsten Tag rein schreiben und muss manchmal Stunden warten, bis der Patient mit den Unterlagen wieder zurück ist. Ständig funktionieren auch die Drucker nicht, sodass man jemanden nicht entlassen kann, weil man die Epikrise und Rezepte nicht ausdrucken kann.
671	in der Theorie sind neben der digitalen Patientenakte mobile PC und iPads vorhanden, funktionieren aber kaum oder gar nicht. Idee gut, Umsetzung mangelhaft
673	Durchschnitt bzw. wenig durchdacht/ausgereift. Hauptproblem ist die "Usability" der Programme im Alltag und die Verknüpfung der einzelnen Netzwerke/digitalen Dokumentation. Auch die Zugriffszeiten der Programme sind prolongiert.
676	Digitalisierung schlecht: Patientenakten und -kurven in Papierform Technische Ausstattung: Durchschnittlich, genügt für meine Bedürfnisse
680	mies
681	sehr wenig fortschrittlich, Vieles läuft umständlich udn handschriftlich, Digitalisierung geht nur schleppend voran, IT und Geräte sind selten auf dem neuesten Stand
683	Steinzeit Niveau
684	Schlecht. Dinge werden nicht nur mehrfach dokumentiert, sondern beispielsweise werden

	Röntgen-Untersuchungen digital angemeldet, im Anschluss muss in der Radiologie angerufen werden bzgl einer Uhrzeit und der Arzt ruft dann nochmals an, bevor er sich mit dem (intensivpflichtigen) Patienten auf den Weg macht.
687	Schlecht. Eine digitale Patientenakte ist seit Jahren geplant ...
690	Sehr gut
691	im mittelalter !
694	Verlaufsdoku/Befunde etc. komplett digital, technische Ausstattung ist gut. Kurve/Kardex sind analog - ginge sicher auch digital, find ich aber analog besser.
696	technische Ausstattung recht gut, jedoch häufig Defekt, z.B. Mikro, Kamera, Monitor etc. . Es werden 5 verschiedene IT-Systeme benutzt, die aber untereinander nicht alle vernetzt sind. Dies iist umständlich und kostet viel Zeit.
698	Wenig technische Ausstattung
705	Grottenschlecht. Die Betonung liegt auf technischen Ausstattung: veraltet alles. Kabelleitungen, Monitore, Tastaturen, Datenflussgeschwindigkeit, Arbeitspeicher.
707	Viel Digitalisierung vorhanden, jedoch in schlechter und insbesondere unübersichtlicher Qualität
710	Ganz ganz schlecht...
711	extrem schlecht, sehr ineffizient und fehleranfällig mit viel Redundanz
715	.
719	Besser geht immer
724	Auf Intensivstation sehr gut! Im OP in der Anästhesie gibt es keine digitale Dokumentation, kein Telefon für den Anästhesisten, es gibt einen Computer je OP-Saal auf dem Laboruntersuchungen nachgeguckt werden können, der aber hauptsächlich durch die Chirurgie und OP Pflege beansprucht wird.
729	Ausreichend.
730	Gering
732	Naja
733	Vorhanden aber qualitativ schlecht. Sehr ineffizient
736	Ganz gut.
738	Schlecht, es gibt noch keine digitale Patientenakte und keine Laptops für Visite.
746	Sehr schlecht! Zurzeit wird alles doppelt gemacht. Unser System (ccp) ist zudem extrem schlecht. Hinzukommt die unfassbare Papierverschwendung!
755	Unzureichend
756	Nicht vollständig, jedoch im Vergleich zu anderen Häusern sehr fortgeschritten.
757	Schlecht. - Arbeit mit Papierpatientenkurve. - Radiologische Anforderung per ausgedrucktem Word-Dok, das gefaxt werden muss. - Laboranforderung per Papierformular. - Sonobilder als Ausdruck am Befund. - "Briefchen" an die Kleidungskammer, wenn man neue Berufskleidung braucht ("ich benötige bitte 2x Kassack Gr. xxx, 2x Hose Gr. xxx"). - Kein bundeseinheitlicher Medikamentenplan, sondern weiterhin Medikamentenempfehlung im Brief als Tabelle. - Keine Möglichkeit Röntgen- und CT-Bilder am eigenen Arbeitsrechner zu sichten, sondern nur an einem einzelnen PC auf Station möglich. - Arztbriefe müssen ausgedruckt werden, gehen so an den OA, dann ggf. mit Korrektur zurück. Nach Verbesserung erneutes Ausdrucken usw. -> Sehr hoher Papierverbrauch. - Befunde müssen alle als "gesehen" händisch abgezeichnet werden - Zettelwirtschaft, alles muss immer in Papierform und digital vorliegen
775	Naja.
777	Mäßig. Langsame Computer, alte Programme, großer Aufwand, da viel Handschriftliches (Akte, Kurve) mühsam in digitale Form gebracht werden muss (z.b. Abtippen des Medikamentenplans bei der Arztbrieferstellung)
779	Schlecht
783	Mittelmäßig
789	Technisch relativ gut ausgestattet (ich arbeite in der Kardiologie, viel mehr als ein gutes Sono-Gerät brauche ich für die meisten Dinge nicht), leider noch Papier-Akten zusätzlich zu digitalen Akte (viele Befunde tauchen digital nicht auf, sodass immer die Papierakte mitgeschleppt werden muss)
790	Veraltet, Ineffizient, Redundant, Fehleranfällig, Inkompatibilität
791	lückenhaft. Teilweise andere Systeme auf den Stationen (Medication vs. Fieberkurve vs. Papierakte) schlectes W-Lan und auch nur zeitlich begrenzt
792	der größteil der Befunde ist digitalisiert, die Akten allerdings gar nicht.
795	Es läuft jetzt langsam an, steckt aber noch in den Kinderschuhen.

798	Mangelhaft, keine digitalen Narkoseprotokolle oder Einsatzprotokolle. Die Papierformulare müssen durch Assistenten dann abgetippt werden.
799	Nicht mehr zeitgemäß
800	verbesserungswürdig
803	schlecht
804	Kaum vorhanden
809	Gut, außer Homeoffice
811	Es sind zahlreiche Lösungen vorhanden, die modular ineinandergreifen, dabei gibt es aber immer wieder Kompatibilitätsprobleme. Die volle digitale Integration steht noch aus.
812	Prinzipiell sehr gut- teilweise alte REchner.
814	fortschrittliche aber noch im Prozess
820	es gibt zwar Bemühungen zur Digitalisierung, in der Umsetzung treten jedoch zahlreiche Probleme auf, die mir vor allem durch die EDV-Infrastruktur & deren unzureichende Wartung bedingt scheinen
821	sehr gut
822	ok, aber deutlich ausbaufähig
824	Eine digitale Patientenakte ist geplant. Viele Prozesse wie Labor und radiologische Untersuchungen lassen sich einfach digital abrufen. Die Anästhesie Dokumentation ist komplett analog auf Papier und wird eingescannt. Ein automatisiertes Programm erkennt die Eingaben, macht aber häufig Fehler, sodass nahezu jedes Protokoll im Nachhinein erneut digital bearbeitet werden muss. Die erhobenen Kreislaufparameter, Medikamentengaben etc müssen alle handschriftlich vermerkt werden. Auf der Intensiv Station läuft nahezu alles digital.
825	Gut, Arbeit mit digitaler Patientenakte, Aufnahmebefunde werden automatisch in Arztbriefe integriert
828	Schlecht
832	Steinzeit
835	ok
840	Ungenügend. Langsames kompliziertes System - Technik ist eine Katastrophe
842	Mangelhaft
846	Rückständig/ veraltet (zB Patientenkurve nur in Papierformat mit großem Fehlerpotential beispielsweise beim Übertragen von Medikamentennamen und Dosierungen, beschränkter Zugang zu den Daten (nur vor Ort, nicht vom PC aus einsehbar). Zu wenige PCs für das Personal
848	mittelmäßig bis gut
851	Steinzeit
853	Schlecht!
862	Es wird viel versucht, jedoch ist vieles ineffizient oder das wlan ist überfordert, sodass Dinge langsam laden. Insgesamt hängt der Stand DEUTLICH hinter den technischen Möglichkeiten in anderen Branchen hinterher. Zudem viele Dopplungen, was grad in der Notaufnahme extrem hinderlich ust, wo es um Zeit geht.
864	Zurückgeblieben Protokolle händisch ausgefüllt, dann digital eingespeist, anstatt Monitore mit Tablet zu verbinden und somit mehrfache Arbeit zu ersparen
875	zunehmender Fortschritt
876	Unterentwickelt
880	Wie in der Steinzeit
884	Mäßig
889	Ich denke die ganze Klinik ist nicht besonders digitalisiert, die Abteilung liegt dementsprechend im Klinik-Durchschnitt.
897	Teils teils, digitale Patientenakte aber eingescannte Befunde von außeehalb dann teils doch wieder papierdoku die man zusätzlich braucht, einige Anforderungen mi scheinen andere digital, man kommt manchmal durcheinander. Also definitiv nicht abgeschlossen die Digitalisierung.
899	Relativ fortschrittlich
904	Ausbaufähig, viel doppelte Dokumentation
905	Recht weit
910	ausreichend
912	wir haben damit angefangen, es gibt Bereiche, da ist es nahezu abgeschlossen, zumindest in unserer Abteilung, z.B. Medikationsanordnungen, andere eher wenig ausgeprägt
918	Grundsätzlich gutes KIS-System, aber leider keine gute Verzahnung zur Stationsakte und zur Ambulanz-Terminvereinbarung.
921	- schlecht und rückschrittlich
925	schlecht, man schreibt häufig Narkoseprotokolle aus dem PC ab um sie am Ende wieder einzuscannen etc.

927	OP sehr gut ausgestattet, ZNA sehr gut ausgestattet, Stationen: Patientenakten und -Kurven analog, Diagnostik doppelt
929	Digitale Patientenakte in Planung, aber noch nicht ausgereift.
930	im oberen Drittel
931	Schlecht
933	Sehr schlecht.
935	Patientenakte und Verlaufsdokumentation ist bereits in anderen Abteilungen digitalisiert, bei uns fehlt dies noch. Man durchsucht also oft viele Zettel bis man das findet was man braucht, das geht deutlich einfacher. Außerdem lässt sich bei digitalen Patientenkurven von allen PCs aus Anordnungen für die Schwestern machen was viele Telefonate und Gänge spart.
936	Ausbaufähig.
937	Veraltete langsame PCs, stationär ausschließlich und nicht für jeden Arzt verfügbar -mehrere müssen sich einen Rechner teilen, keine Visite am Bett mgl da stationär, unterschiedliche Programme die nicht effektiv verknüpft sind
938	Flickenteppich, einmal in ein gutes System investieren statt immer mehr Programme, die einzeln bedient werden müssen
940	ausbaufähig
941	Mäßig
945	Steinzeit
947	Gewisse Grundstrukturen vorhanden, aber Dokumentation vollständig auf Papier, teils auch Konsile und Laboranforderungen
948	Mäßig.
949	Rückständig
952	mittelmäßig. Es gibt an vielen Stellen Verbesserungspotenzial, aber meist läuft es ganz gut. Die Geschwindigkeit der Computer lässt zu wünschen übrig.
953	Noch nicht sehr weit, vieles wird noch in Papierform erledigt oder per Fax
962	Stationär alles digitalisiert, ambulant Handschriftliche Akten, hier keine zeitnahe Änderung in Aussicht
963	Sehr gut, Narkose Aufzeichnung erfolgt Digital
970	Schriftliche Kurven und Akten, schriftliche Aufklärungen, Papiermengen... Ärztliche Dokumentation im pc
981	sehr schlecht, Anstöße zu einer elektronischen Patientenakte werden immer wieder nach hinten verschoben. Die genutzten Programme sind teils unnötig kompliziert. Es gibt einen seltsamen Mix aus elektronischer Akte, die man nur am fest stehenden PC (Arztzimmer, Schwesternzimmer) einsehen kann und einer Papierakte, die dann mit auf Visite kommt und in der die elektronischen Befunde ausgedruck und eingeheftet werden. Man kann sich vorstellen, wie oft ein Befund, den man gerade braucht, nicht in der Papierakte zu finden ist.
977	Schlechte Ausstattung, bei Neuanschaffung besteht eine unzureichende EDV-Präsenz und Unterstützung vor Ort.
987	Schlecht/mittel
988	Wir sind die einzige Abteilung mit Papier geführten Lebenszeitakten (Onkologie)
996	Doku weitgehend digitalisiert mit schlecht laufenden Programmen
998	Vor einem Jahr erfolgte die Umstellung auf die digitale Patientenakte. Im großen und ganzen läuft das schon gut, trotzdem gibt es noch kleinere Probleme mit dem Programm (langsam, manchmal kurzzeitig nicht erreichbar, nur an stationären PCs verfügbar, keine Möglichkeit, die digitale Akte mit ins Patientenzimmer zu nehmen). Kein vernünftiges WLAN in der Klinik
1000	Die Digitalisierung hat begonnen jedoch ist vieles eher halbherzig umgesetzt. Es beginnt bei der Hardware. Teilweise sind die Rechner alt und damit insgesamt sehr langsam. Dies behindert den Arbeitsfluss sehr. Das verwendete Betriebssystem ist Orbis. Damit dieses gut funktioniert müssen viele Zusatzmodule erworben werden, was jedoch nicht passiert ist. Anfangs mussten zum Beipsiel Medikamente aus der Fieberkurve noch manuell in den Arbeitsbrief übertragen werden, da eine Kopierfunktion nicht bestand. Insgesamt gibt es viele Dinge im Programm die im Alltag unpraktisch sind, viele Klicks erforden um etwas richtig einzustellen und bei oben genannten langsamem PCs nimmt das dann viel Zeit in Anspruch, Eine reale handschriftliche Akte wäre viel schneller und wenn gut geführt auch übersichtlicher. Ich sehe in der Digitalisierung keinen so ausgeprägten Zugewinn.
1001	Im Fachgebiet bietet sich Telemedizin sehr an. Nach einem Jahr Pandemie steht immernoch jeine Möglichkeit zur Verfügung. Software für elektronische Akte vorhanden, jedoch unübersichtlich und mit tausend Fehlern. Insgesamt viel gewollt, aber wenig gekonnt.
1002	Akzeptabel aber verbesserungsfähig
1003	Digitale Patientenakte eingeführt ... läuft auf manchen Stationen verzögert an wegen corona
1004	Deutlich hinter den Möglichkeiten zurück
1006	Eher Mangelhaft. Es bedarf noch viel Arbeit.
1008	Es ist ein akzeptables Maß an digitalen Prozessen vorhanden, allerdings wird viel zu viel

	Wert auf Papier als Datenträger gelegt (und damit unser aller Zeit verschwendet).
1013	Sehr schlecht. In unserer Klinik wird alles handschriftlich in Akten dokumentiert und die Akten werden dann eingescannt. Wenn der Patient kurz nach der Entlassung wegen erneuter Probleme zu uns kommt, kommt es nicht selten vor, dass wir gar keine Informationen vorliegen haben, da die Akte in der Digitalisierung ist. Manchmal verschwinden auch akten und man muss so viel Zeit aufwenden, um diese zu suchen.
1015	Veraltet
1017	- schlecht.
1019	Gut aber noch zu viel doppelte Dokumentation
1020	Verbesserungsfähig.
1021	Schulnote 4
1024	Gut jedoch mit Luft nach oben
1027	Für eine Praxis mit vielen älteren Ärzten sehr gut, jedoch ausbaufähig
1028	Vorsinnflutlich
1030	Mäßig
1033	sehr gute technische Ausstattung, schlechtes und für die ärztliche Tätgikeit wenig effizientes Dokumentationssystem
1035	Wenn das was da ist zuverlässig funktioneren würde, wäre ich schon zufrieden. Und ob der Patient seinen Aufklärungsbogen auf dem Tablett oder Papier ausfüllt, ist mir egal, solange ich es nicht archivieren muss.
1037	Fortgeschritten, jedoch ineffektive Dokumentation da diese von sap in die digitale Patientenakte einkopiert werden muss. Fehlende Arbeitsplätze mit PCs.
1038	Unterirdisch, Dokumente sind prinzipiell gut zu finden im SAP - wenn Fleischhacker es denn effektiv überträgt , medpläne werden wenn möglich eingescannt , aber in jedem neuen Fall müssen patverfügungen etc neu gesucht und gefunden werden. Wir haben noch Retro Diktiergeräte, nur wenige direkte Spracherkennung (zb in unserer Radiologie) Wenn neue Befunde im SAP sind bspw MiBi oder Autoimmun- Diagnostik - kein Signal , man muss ständig alles durchklicken um nix zu verpassen
1039	Ineffektiv insofern, als das die Abteilungen die zur Verfügung stehe Digitalisierung uneinheitlich nutzen mit oft doppelter Arbeitsbelastung und ,,fehlenden Befunden'', weil man nicht weiß wo sie hinterlegt sind.
1042	Visite im Optiplan, handschriftliche Anamnesebögrn, keine Textbausteine
1045	ganz gut
1046	Gut, jedoch fehlen intelligente Systeme. Alle IT Systeme auf dem Markt sind für die Praxis unbrauchbar.
1048	Lediglich das Anlegen der Befunde/Arztbriefe für Patienten erfolgt digital. Die gesamte tagtägliche Stationsarbeit insbesondere Dokumentation von Vitalwerten/Medikamentenverordungen oder andere Anordungen sowie das Abzeichen durch die Pflegekräfte erfolgte entweder händisch oder doppelt digital und auf Papier. Dies hat auch einer vermehrte Fehlerhäufigkeit zur Folge.
1049	Mittelmäßig
1050	Mittelalterlich.
1058	hinten an
1069	Insgesamt gut, jedoch leider noch viel zu viele Systeme und z.T. Notwendigkeit, handschriftliche Dinge in das System einzutippen
1073	Wir arbeiten daran.
1074	schlecht, fast nicht vorhanden
1078	Die meisten Prozesse sind digitalisiert, aber die Serverkapazität ist viel zu niedrig, bei 10h Nutzung des Systems/Tag fällt das System ca. 20x (pro Nutzer) aus. Das Haus hat Millionen an Investititionsrückstau, die vielen Prozesse kann das System nicht bewältigen
1079	Fast alles ist digital, allerdings gibt es manchmal technische Pannen.
1082	vollständig digitalisiert aber noch nicht effizient umgesetzt, sehr ineffizient
1083	Unzureichend
1088	Es hakt bei einfachen Dingen, das System, mit welchem wir arbeiten ist nicht speziell auf Psychiatrie zugeschnitten, es fehlen Möglichkeiten vonDigitalisierung von Dokumenten, völlig inadäquates Medikationssystem
1092	Halb digitalisiert. Dies macht jedoch mehr Probleme als gar keine Digitalisierung.
1097	sehr gut
1098	Eine einzige Katastrophe. Anordnungen auf Kardex per Hand an einer Universitätsklinik. Kleine Interventionen werden zwei Mal dokumentiert (1 x OP-Protkoll, 1 x OP-Bericht). Wenn das ganze im Rahmen eines Konsils stattgefunden hat, dann darf man noch ein drittes Dokument anfertigen. Dazu kommt dann meist auch noch ein kleiner Röntgenbericht bei endoskopischen Inteventionen. Dann ist man schon bei 4 Dokumenten für eine Tätigkeit, die eigentlich 5 Minuten gedauert hat.

	Arztbriefe werden bei uns analog an die Oberärzte geschickt, die machen handschriftliche Korrekuten wie zu Grundschulzeiten und wir dürfen ein Haufen Papier verschwenden dabie.
1100	Gut, aber Platz nach oben.
1101	schlechte Software und Hardware
1106	Miserabel. Die einzige Digitalisierung ist die elektronische Patientenaufklärung, die nun statt 30 min mindestens 1 Stunde dauert, da so kompliziert programmiert und man kann dem Patienten nun keine Skizzen der Op mehr aufmalen. Dann lieber ohne Digitalisierung...
1107	Der größteteil findet analog statt.
1109	Steinzeitlich
1111	Ok
1112	einige Prozesse sind digitalisiert, überwiegend handschriftliche Dokumentation
1114	insuffizient
1120	Gut, aber noch langsam
1122	Mau
1125	Zu langsam, zu wenig Biss
1126	Fortschrittlich
1135	definitiv entwicklungsbedürftig
1137	Verbesserungswürdig
1140	Umstellung auf digitale Dokumentation ist fast abgeschlossen aber noch unausgereift
1141	sehr gut! Bis auf das Narkoseprotokoll komplett digitale Klinik.
1143	Welche Digitalisierung? Veraltetes IT system. Abstürze zählen zur Tagesordnung. Sap wenig benutzerfreundlich konfiguriert. Lädt ewig. Es ist aktuell zeiteffizienter die Visite ohne Laptop durchzuführen
1144	Die Programme sind meist vorhanden, jedoch nicht an den Klinikalltag angepasst und daher zum Teil sehr unpraktikabel. Sie wirken, als ob sie nicht in Rücksprache mit einem Endanwender entwickelt sind und erlauben aus zum Teil auch inhaltlich nicht nachvollziehbaren Gründen kein paralleles Arbeiten am selben Patienten.
1148	Leider gibt es kaum Innovationen, die eingearbeitet werden.
1149	Schlecht, unpraktikabel, nicht intuitiv/Einarbeitung dauert lang
1150	Es ist so gut wie nichts digitalisiert. Wir drucken die Rezepte auf Papier (keine Medikamenten-App für den Patienten), wir haben keine digitale Patientenakte. Laborwerte sind digital erhältlich, Histopathologische und radiologische Befunde auch. Alllerdings läuft die Terminorganisation immer noch größtenteils telefonisch. Vorbefunde holen wir uns per Fax ein.
1152	mangelhaft. Digitalisierte Patientenakte in weiter Ferne.
1154	Sehr schlecht
1156	Die elektronische Patientenakte bezieht sich nur auf ärztliche Dokumentation,gleichzeitig ist die Dokumentation von Visiten, Untersuchungsbefunden etc. in der Papierakte notwendig. In meiner aktuellen Abteilung werden manche Daten an drei verschiedenen Stellten dokumentiert. Die Anforderung von Untersuchungen wird weitgehend am Computer durchgeführt, muss aber zusätzlich in ausgedruckter Form in die entsprechende Abteilung getragen werden.
1160	Die Computer sind langsam, es sind zu wenige PC-Arbeitsplätze für die Anzahl der Mitarbeiter vorhanden.
1163	Papier-Protokolle im OP sowie reine Papierkurven + Anordnungen auf Intensiv. Also quasi keinerlei Digitalisierung.
1165	Arbeit fast vollständig digitalisiert. In Papierakte nur noch Namensaufkleber und Aufklärungsbögen vorhanden. Wenn PC/Software funktioniert: vollständiger Einblick in Krankenakte, angemeldete Vorgänge, Termine und Voraufenthalte. Leider Arztbriefe und Scans unübersichtlich sortiert. Regelmäßige Übertragungsfehler z.b. EKG oder Notaufnahmebogen. Auf lückenlose Doku von Pflege und Ärzten angewiesen; wenn diese nicht erfolgt, dann ist eine sinnvolle Patientenversorgung nicht möglich. Keine Kennzeichnung von dringenden Tätigkeiten oder wichtigen Infos im Überblick, welche vor allem nach Verlegung mitgeteilt werden müssten. Hier erfolgt häufig auch keine mündliche Übergabe, sodass wichtige Infos untergehen. Eine persönliche todo-Kennzeichnung wäre hilfreich (bsp. ausstehende Befunde, offene Arztbriefe, nachzutragende Infos oder Telefonate...) Unterschiedliche Dokusysteme der einzelnen Abteilungen, insbesondere bei Außenlieger/Konsilen/im Dienst schwierig nachvollziehbar und zeitintensiv.
1167	technische Ausstattung ist vom Anfang der 90er Jahre, es gibt keine Backupgeräte, fällt eins aus ist mitunter wochenlang keine weiterführende Diagnostik möglich... Computer sind extrem langsam und es kommt regelmäßig zu IT Problemen...
1174	mittelmäßig
1177	- Engagiert, leider viele unnötige Schritte (Dokumenten-Scan, Retro-Digitalisierung) - Unwille, Geld für sinvolle Systeme auszugeben

1178	genügend
1179	In die Jahre gekommende CTs aber Umbauarbeiten mit neuen Geräten sind geplant. Computersysteme relativ modern. Die Radiologie ist aber auch deutlich besser digitalisiert als andere Abteilungen im Haus.
1182	teilweise gut, auf der Intensivstation noch gar keine Digitalisierung
1183	lächerlich. Froh sind wir, dass wir neue (veraltetet) Monitore nach 20 Jahren bekommen haben. PDMS können die gar nicht.
1185	Schlecht, alte Computer Orbis isthängt sich des öfteren auf auf ITS und NEo anereres System.
1188	- mäßig
1204	Schlecht. Untersuchungsbefunde z.B. werden regelmäßig am Computer erstellt, ausgedruckt, an die Station gefaxt, dort kopiert und anschließend von Hand in den Arztbrief eingetragen. In mehreren Fällen erfolgt die Dokumenation fünffach (sic) in separaten Anwendungen, die nicht untereinander kompatibel sind, so dass jedes Mal Daten per Hand eingetragen werden müssen.
1206	eher mäßig. es wird versucht aber oft ohne innovative Umsetzung. Es wird auf eher ältere Einzelprogramme gesetzt
1210	schlecht
1212	Katastrophal. Extrem hohes Frustrationspotential durch copy-paste von Befunden in Arztbriefe etc., Zeitverlust von mind. 1h pro Tag.
1223	Ausstattung miserabel, zu wenig Arbeitsplätze, keine funktionierenden Laptops, Dokumentation nur abschließend am Standrechner möglich.
1229	Weitgehend digitalisierte Akte und Kurve. Lediglich einige Schnittstellen fehlen und müssen manuell erfasst werden (Herzkatheterbefunde, externes Labor, Histo, Zyto)
1230	Niedriges Niveau. Digitale Visiten gibt es, Akustik dabei schlecht. Anordnungen weiter auf Papier, Medikamentendoku auf Papier,
1231	Es ist im Umbruch und vieles wird gerade digitalisiert. Allerdings wird noch viel doppelt dokumentiert, was sehr viel Zeit beansprucht. Leider haben wir im Gegensatz zum Pflegepersonal sehr schlechte Visiten- PCs. In manchen Bereichen der Station gibt es nur schlechte W-Lan- Verbindungen, so dass man hier noch lange auf eine Reaktion des PCs warten muss.
1244	In den Startlöchern
1249	- grundlegende Technik, z.B. für eine elektronische Patientenakte und Visite am Patienten ist vorhanden, die Performance und Zuverlässigkeit lässt aber zu wünschen übrig - vieles muss aufgrund einer fehlenden elektronischen Patientenakte noch doppelt dokumentiert werden
1256	Katastrophal, handschriftlich dokumentierte Anträge/Visitendokumentation, zu wenige Computer, keine Laptops, kein WLAN
1260	Bisher kaum und was digitalisiert ist, macht die Arbeit nicht einfacher - Laborwerte sind in extra Struktur sichtbar und müssen pro Patient 2x aufgerufen werden, um als vidiert zu zählen. Dazu keine Vorbefunde (z.B. das CRP von vor 3d) und die Pflege hat auch keine Info mehr. Das unterschreiben der ausgedruckten Werte war leichter und schneller
1263	Schlecht. Es wird alles doppelt dokumentiert, ausgedruckt, abgeheftet. Es gibt jedoch Bestrebungen dies zu ändern.
1272	Schlecht. Es geht jeden Tag min. eine Stunde Arbeitszeit verloren weil digitalw Prozesse fehlen oder ineffezient sind.
1281	Sehr schlecht. Faktisch nicht vorhanden
1286	- schlecht -> beginnend bei völlig veralteten und aus dem öffentlichen Dienst abgeschriebenen Computern, die langsam arbeiten, häufig abstürzen etc.
1291	Die Ambulanz und privat Patienten werden in akten (Handschriftlich) dokumentiert. Die Akten sind dann nicht einsehbar weil sie verloren sind oder die Handschrift zu schlecht ist. Ärgerlich und behindert eine schnelle und gute Betreuung von Patienten ... der Informationsverlust ist gewaltig.
1292	Fortschrittlich
1293	Sehr schlecht. Kein Scanner vorhanden (alles wird gefaxt). Dokumentation auf viel zu vielen Blättern (Pflegeakte, Arztbrief, Visitenkurve, Anamneseblatt, extra Blätter für Anordnungen ...)
1294	Wenig fortgeschritten
1295	gut
1296	Nur Basisdigitalisierung, SAP und AidKlinik sowie Laborprogramm, akten und kurven weiter auf papier
1299	Letztlich ist unsere gesamter Arbeitsplatz digitalisiert, leider werden jedoch mehrere unterschiedliche Plattformen und Plug-ins benutzt die nur bedingt zueinander passen. Zusammen mit der unzureichend ausgestatteten Hardware führt die häufig zu

	Fehlfunktionen, Abstürzen und unnötiger Wartezeit vor den Computern. Bei Ausfall der Systeme gibt es keinen Papier-Backup-Plan, da muss man sich dann selbst zu helfen wissen und alles auf irgenwelchen Fresszetteln aufschreiben. Am Wochenende ist die IT dann obendrein nur über eine Notfall-Handynummer zu erreichen.
1303	Ausbaufähig
1305	Gut und praktisch. Mehr geht, aber es ist ausreichend
1309	Schlecht
1318	Sehr gut
1319	Auf dem richtigen Pfad (will heißen: ohne redundante Systeme komplett digitalisiert mit intuitiven Oberflächen, überall im Haus und gegebenenfalls außerhalb abrufbar), aktuell aber durch zig Subsysteme mit langen Ladezeiten und überwiegend erstaunlich schlecht designten, kontraintuitiven Oberflächen, teilweise entscheidenden Bugs eingeschränkt.
1321	schlecht organisiert
1324	schlecht
1327	schlecht
1332	Deutlich verbesserungswürdig
1340	Zurückgeblieben
1353	Es gibt auf dem Visitenwagen ein Fach für die Elektronik eines Visitenlaptops seit über 5 Jahren jedoch keinen Visitenlaptop, in vielen Zimmern stehen noch alte Telefone ohne digitale Anzeige, wir haben DECT-Telefone
1358	Im Vergleich zu dem, was man aus anderen Häusern mitkriegt gut.
1360	Wir haben in der Notaufnahme für 7 Patientenplätze einen einzigen PC. Wir können nichts diktieren, da wir kein Programm dafür haben und wir die Sekretärinnen damit nicht "belasten" sollen. Wir tippen alles mühsam in alte, langsame PC's. Zusätzlich wird eine handschriftliche Dokumentation in der Papierakte gefordert. Wir arbeiten mit Papierkurven in denen wir höchst unübersichtlich unsere Anordnungen schreiben. Auf diese Kurven habe ich nur zur Visite Zugriff, ansonsten gibt es Ärger mit den Schwestern die darin ihre gesamte Dokumentation, Pflegeplanung etc. schreiben. Ich empfinde den Stand unserer Digitalisierung als sehr schlecht.
1363	Narkoseprotokolle werden noch per Hand ausgefüllt. Sonst vieles/digital auf ITS/IMC
1373	rückständig. Es gibt keine digitale Tageskurve, keine Möglichkeit Röntgenbilder digital zu zeigen, keine digitalen Medikamentenpläne, Arztbriefe werden ausgedruckt, externe Bilder werden eingelesen
1374	Ausbaufähig
1375	Das Diktat auf Kassette ist meines Erachtens nach äußerst veraltet. Hier gehört eine gute Spracherkennung etabliert.
1380	19. Jahrhundert
1388	Schlecht.
1392	ok, noch ausbaufähig
1409	- sehr schlecht: kein WLAN für Mitarbeiten oder Pat., nur sehr wenig am PC und das wird alles ausgedruckt...
1415	Wir haben eine digitale Patientenakte, leider kein Wlan in den zimmern oder auf dem Flur. die PC s sind extrem langsam was das Arbeiten deutlich erschwert
1419	Miserabel!
1422	Großer Nachholbedarf.
1425	Viel ist im Aufbau. Viel funktioniert leider (noch) nicht
1436	Im Vergleich zu meiner letzten Klinik hinterher und selbst die war nicht digitalisiert. Es gibt verschiedene Computerprogramme für Stationsübersicht, Röntgenbilder, Patientendaten, Arztbriefschreibung und Untersuchungsdokumentation mit einem ewigen hin und her. Zusätzlich wird alles handschriftlich dokumentiert. Dies war bereits in meiner letzten Klinik so: hier hiess es man müsse neben der Orbisdokumentation alles handschriftlich machen, weil die Haftpflichtversicherung es so fordert. Dementsprechend die doppelte Arbeit. Und Ausdrucken war nicht gewünscht. Es sollte handschriftlich sein.
1437	Wir nutzen in der zna 5 programme zur Patientenversorgung. Es gibt immerhin keinen papierkram mehr.
1439	Ausbaufähig
1445	Gut, allerdings massiv umständliches System, wodurch deutlich mehr Arbeitsaufwand entsteht.
1447	Eher schlecht entwickelt
1448	Relativ gut, sobald auch die Medikation digitalisiert ist, sowie die Fieberkurve.
1450	Digitalisierung schlecht, tech. Ausstattung wird gerade besser
1458	Es könnte deutlich effizienter laufen, Einarbeitung in neues medikamentensystem deutlich zu schlecht, edv nicht gut und kann oft nicht weiterhelfen. Neuerungen und Vorschläge werden meist nicht umgesetzt.
1464	Die Digitalisierung läuft nur schleppend an.

1469	18. Jahrhundert
1473	Sie ist in den Kinderschuhen
1476	noch ausbaufähig, insgesamt jedoch schon fortgeschritten
1477	Kaum vorhanden, da bei uns kaum umgesetzt. Vorgesetzte/Ausbilder kennen sich mit dem Thema weniger aus als ich.
1480	Stets bemüht aber bisher schlecht umgesetzt
1482	rückschrittlich
1483	Es wird daran gearbeitet. Das Netzwerk ist koch zu schwach sodass Zeitverlust durch lange Ladedauern der Programme entsteht, und es wird viel doppelt dokumentiert. Verbesserung wird versprochen, wir werden sehen.
1490	Digitalisierung weit fortgeschritten, aber optimerbedürftig, Technische Ausstattung noch lückenhaft und deutlich verbesserungswürdig
1497	sehr fortschrittlich. Im Gegensatz zum Rest der Klinik besteht auf der ITS seit 2011 eine digitale Patientenakte mit vollelektronischer Vitaldatenaufzeichnung, Datenübernahme von Beatmungs- und Dialysegeräten, automatischer Vernetzung des Laborprogrammes und Import von Funktionsdiagnostischen Maßnahmen (Gastro, Sono, ...) aus dem KIS. Seit 2018 digitales Narkoseprotkoll inklusiver digitaler Prämedikation und Integration in die ITS-Paitentenakten. Seit 2019 digitale Schmerzprotokolle.
1498	Mittelmäßig
1502	Schlecht
1503	Stark verbesserungswürdig
1504	Weitreichende Digitalisierung vorhanden, ggf Probleme in der Überschneidung zu anderen Systemen. Einige Dokumente werden lediglich eingescannt und müssen dann per Hand übertragen werden.
1509	Die Grundsteine sind gelegt und fast alles wird digital gemacht, jedoch sind noch viele Kinderkrankheiten vorhanden, bzw es findet keine richtige Einarbeitung in die digitalen Systeme statt, sodass man viele Funktionen nicht tkennt
1520	Auf einem guten Weg aber ausbaufähig
1523	schlecht kaum vorhanden.
1531	ungenügend
1532	ausbaufähig
1533	Rückständig, digitalisierte Prämedikation und Narkosedokumentation fehlt und sollte etabliert werden.
1534	Digitale Kurve, aber kaum benutzerfreundlich programmiert. Endlos lange und wertvolle Zeit fressende Wartezeiten beim Laden von Laboranforderungen/ Befunden, komplizierte Dokumentation, nicht alle Befunde auf einen Blick. Befundanforderungen über Fax, viel Papierverbrauch Gut gemeint, schlecht gemacht (Orbis)
1536	Sehr gut und da wo es hapert, wird aktiv an einer Verbesserung/Optimierung gearbeitet
1539	Sehr schlecht
1546	Ausbaufähig
1552	durchschnittlich
1558	erst am Anfang, noch sehr ausbaufähig
1560	In arbeit
1562	Sehr gut, jeder Arzt hat ein iPad mit elektronischer Patientenakte.
1570	Mittelmäßig
1571	Mittelmäßig
1578	Fehlende elektronische Patientenakte und Kurve. Lediglich Funktionsdiagnostik wird am pc angemeldet, wobei man da bei jeder einzelnen Anmeldung sämtliche Daten neu eingeben muss (Anamnese, Fragestellung,relevante Infekte, arztname und Telefonnummer, ...). Ich frage mich wie schwer es sein kann ein System zu entwickeln, bei dem ich einmal diese Sachen eingebe und dann mehrere Untersuchungen anordne !? Befunde kann man teilweise einsehen. Briefe werden am PC erstellt. Wobei es mich nicht wunder. Würde wenn nicht doch noch irgendwo ne Schreibmaschine steht!
1582	Mittelmäßig
1583	Gut
1585	Auf gutem Weg, aber weit weg von ideal.
1586	Interessiert aber noch hinterherhängend.
1587	Schlecht
1589	Sehr rückständig, labor auf papier, radiolog. Befunde auf Papier
1593	vorsinnflutlich
1602	Mangelhaft
1607	Eine deutliche Entlastung durch Vereinheitlichung
1611	Sehr gut! Es hapert manchmal eher an der technischen Versorgung der Telekom!

1613	Verbesserungsfähig
1616	Zufriedenstellend
1617	Es wird sehr viel Zeit und Geld investiert, es wird jedoch sehr schlecht umgesetzt. Die Wartezeit bzw. Ladezeiten sind in Summe am Tag ca. 30-40 Minuten pro Tag. Die Systeme stürzen regelmäßig ab. Die verwendeten Systeme sind meist komplex, nicht benutzerfreundlich aufgebaut und sehr unübersichtlich. Leider sind sie auch nur in sehr geringem Maße individualisierbar. Die Einführung in die digitalen Systeme der Klinik ist bei Jobantritt nicht vorhanden. Eine Mischung aus digitalen und handschriftlichen Anwendungen verkomplizieren das gesamte System ungemein. Ich wünsche mir eine klar strukturierte, individualisierte bzw. benutzerfreundliche Plattform, in der der Patient und der Anwender im Mittelpunkt stehen. In dieser Plattform sollte ich bspw. alle von mir häufig verwendeten Reiter oder Buttons direkt ersichtlich sein. Dokumentation sollte nachrangig werden.
1620	Hinterwäldlerisch
1624	Sehr gut, wir haben einen großen Fuhrpark an verschiedenen Laborgeräten und diese sind innerhalb weniger Wochen vollständig an das Laborsystem angegliedert. Da könnte ein privates Labor vermutlich nur davon träumen. Doppelte Dokumentation halte ich aber auch für sehr wichtig.
1630	Schlecht
1631	deutlich verbesserungsbedürftig! Hauptarbeitsmittel sind weiterhin papiergeführte Kurve und Akte
1632	Mittelmäßig
1633	Schlecht. Praktisch nichts ist digitalisiert.
1635	Nicht auf dem neusten stand, verbesserungswürdig, in arbeit
1640	Schlecht und zurück geblieben
1641	swhr gut, digitale akten, nur die pflegedokumentation erfolgt noch handschriftlich
1642	Stand Ende 90er Jahre + einzelne zusätzliche Lösungen zb Labor
1647	im VErgleich zwar fortgeschritten aber auch unnötig doppelte Arbeit
1652	Könnte noch besser und einfacher gestaltet werden. Es fehlen manche Anwendungen und vorhandene Anwendungen sind wenig intuitiv.
1656	Zufriedenstellend. Schnittstellen mit anderen Disziplinen (v.a. niedergelassene, KollegInnen)
	Sorgen für viel Papier (Scannen, drucken, kopieren etc.)
1658	Eigentlich gut. Wir haben z.B. eine interne Datenbank. Oft führt das aber auch dazu, dass Dinge doppelt gemacht werden müssen (z.B. digital und in Papier). Außerdem fehlen die digitalen Schnittstellen nach "außen" z.B. in Kontakt mit Polizei und Staatsanwaltschaft.
1662	Mäßig-schlecht
1663	Sehr gut. iPads + App für alle Mitarbeitenden. Reine digitale Dokumentation, auch alle Befunde hier.
1669	Zurück geblieben
1671	Sehr gut, mit eigener abteilungsinterner, ärztlich geführter IT Gruppe, die bei Problemen hilft und für Neuerungen zuständig ist
1672	unterirdisch
1673	Einfaches System, manchmal schwierige Schnittstellen, aber die Praxis läuft (abgesehen von rezepten/ Verordnungen, die die patienten mitnehmen) ohne Papier
1674	rückständig
1675	technischer Stand nicht aktuell, Papierakte, alles muss ausgedruckt werden
1685	Befindet sich noch relativ am Anfang.
1688	Im Bereich Digitalisierung deutlich rückständig (SAP-System vorhanden, sonst Papierakten, unterschiedliche Betriebssysteme für zB Labor/Radiologie/etc)
1690	Sehr gut
1691	Wir arbeiten mit ORBIS, haben noch Papierakten und - kurven und dokumentieren sehr viel doppelt.
1692	Schon sehr gut.
1693	Angemessen
1694	Narkoseprotokolle sind noch handschriftlich
1702	Nur 1 Programm
1714	Schlecht
1715	Mittelmäßig.
1717	Schlecht.
	Die Digitalisierung ist aktuell in Planung bzw als Pilotprojekt begonnen worden. Bisher finden fast alle Anmeldungen und Befunde der Diagnostik auf Durchschlagpapier statt!

1722	ganz gut
1727	ziemlich mittelmäßig
1732	Eher gut
1735	Mäßig
1736	Günstig geht vor Benutzerfreundlichkeit. Verschiedene Programme können nicht miteinander kommunizieren. Mehr Aufwand für jegliche Dokumentation. Kein WLAN für Mitarbeiter. Langsame PCs.
1739	Mittelmäßig
1744	Unterdurchschnittlich
1759	Es wird versucht
1763	- mittelmäßig mit guter Tendenz
1767	ausbaufähig
1769	Kann noch einiges getan werden. Viele Dokumente werden gefaxt, Aufklärungen ausgedruckt und eingescannt
1770	Als Rückständig. Eine digitale Akte sollte Standard an Krankenhäusern sein.
1775	Deutlich verbesserungsbedürftig, veraltete langsame Rechner.
1779	ausreichend, keinesfalls gut
1782	Super
1783	Wir haben das wahrscheinlich untauglichste und langsamste IT-System in deutschen Kliniken. Brief werden komplett händisch nur mit Textbausteinen geschrieben, da es keine vorgefertigten Masken gibt, mit denen das Programm Briefe erstellt. Auch Abbilden aus bildgebenden Verfahren können nicht - wie in anderen Einrichtungen mittlerweile Standard - in die Briefe eingespeist. Effiziente Digitalisierung ist auf meiner Arbeit der mit Abstand schlechteste Teil. Das kostet sehr viel Zeit und Nerven.
1785	mangelhaft
1788	veraltet, sehr umständliche Praxissoftware, wenig übersichtlich, mit umständlicher Mehrfachdokumentation .
1796	Mäßig
1801	Die technische Ausstattung ist veraltet. Digitalisierung könnte neben Kosteneinsparungen viele Prozesse effektiver machen, jedoch wird hier (durch meine Klinik) nicht ausreichen investiert.
1803	Schlecht. Ineffiziente verbuggte Programme. schlechte Harfware (langsam, Verbindungsprobleme). umständliches und sehr zeitintensives digitales Arbeiten, das vereinfacht werden musste
1807	das ist nur in den Kinderschuhen vorhanden
1808	Mittelmäßig, Computersystem stürzt oft ab. Computer funktionieren nicht
1809	So wie es sein soll
1810	Ungenügend
1820	Deutlicher Nachholbedarf, aber gute Ansätze
1825	mäßig, deutlicher Verbesserungsbedarf
1826	mittelmäßig bis schlecht
1827	Mehrmals wöchentlich Systemausfall, sodass alle Anmeldungen (z.B: Röntgen, Labor, Interventionen etc) handschriftlich gemacht werden muss, mit mehrfacher Dokumentation der Kruzanamnese und Vorbefunde für diese handschritlichen Anträge. Die Systeme/PCs sind sehr langsam, die Programme wenig intuitiv, teils lange Ladezeiten ... Der Stand ist zwischen 3 bis 4, da es ein IT-Team gibt und man zumindest bemerkt, dass sich bemüht wird.
1828	seit 11/2020 läuft die Umstellung auf eine digitale Patientenverwaltung (FIDUS) innerhalb unserer Augenabteilung, jedoch laufen Konsile, OPs, Anordnungen für die Schwestern auf Station usw. alles über das Kliniksystem (ORBIS), so dass viel doppelte Dokumentation notwendig ist. Zudem gibt es zahlreiche Probleme und Umständlichkeiten der Patientenverwaltung (FIDUS) und v.a. das Einscannen der vielen Dokumente (mitgebrachte Befunde, durchgeführte Untersuchungsbefunde, ausgefüllte Aufklärungsbögen) ist sehr umständlich und raubt viel Zeit. An sich finde ich die Umstellung zur digitalen Variante aber sehr positiv. Man hat so die Möglichkeit zu jeder Zeit und von jedem Arbeitsplatz auf alle Daten jedes Patienten zuzugreifen und muss nicht erst ewig nach der richtigen Akte suchen oder sie aus dem Archiv anfordern. Auch die Station (Medikamente, Anordnungen etc.) laufen digital. Zudem ist so auch die Lesbarkeit aller Anordnungen und Dokumentationen gegeben und es muss nicht erst eine krakelige Oberarzthandschrift entziffert werden ;) Also Verbesserungsbedarf ist auf jeden Fall da hinsichtlich der Digitalisierung, aber sie ist auf einem guten Weg!

	Die technische Ausstattung hat sich seit der Umstellung auf die digitale Patientenverwaltung auch deutlich verbessert. Es gibt viele neue Computer und neue, größere Bildschirme. Ein digitales Angebot für die Patienten ist jedoch gar nicht vorhanden.
1830	Sehr wenig Fortschritt, aber zumindest so basismäßig, dass es nicht doppelte Arbeit ist, und damit effektiver, als ich es aus den meisten anderen Häuern kenne. Problematisch ist nur die juristische Situation, wenn vorläufige Arztbriefe einfach überschrieben werden.
1832	viel gewollt und nicht gekonnt, vieles digital aber vieles noch auf Papier, sodass erstrecht Verwirrung besteht
1834	Stark verbesserungswürdig.
1836	Auf der Normalstation besteht eine vollständige Digitalisierung, welche auch gut funktioniert, auf der Intensivstation hat die Umstellung bisher noch nicht stattgefunden, was schade ist.
1842	Aktuell scheint unter den Verantwortlichen im Haus die Vorstellung verbreitet, eine ausreichende "Digitalisierung" sei mit dem Einscannen der händisch ausgefüllten Anästhesieprotokolle und der anschließenden händischen Kontrolle des Datensatzes am PC etabliert. Alles in allem Stand von vor 20 Jahren.
1843	Keine einheimlichen miteinander kommunizierenden Systeme. Das verwendete System "MCC" ist nicht optimal für die Bedürfnisse und Erfrierungen unseres Parxisalltags und muss ständig aktualisiert werden was mit Systemausfällen einher geht.
1855	Digitale Patientenakte wurde zumindest bereits auf der Privatstation getestet. Auf der Normalstation erfolgt die Dokumentation noch immer in Papierkurven, dementsprechend natürlich die Diskussion mit der Pflege wann die Kurvenvisite fertig sei. Computer sind okay, Visitencomputer funktioniert manchmal, läuft aber sehr langsam und wird deshalb nicht regelmäßig benutzt.
1861	Wir haben keine elektronische Patienten Akte, es ist unübersichtlich und kompliziert
1870	Wir nutzen Orbis und dies vereinfacht vieles, jedoch ist die Schulung in unserem Haus schlecht!Hab mir alles selbstbeigebracht!
1873	Programme sind da, jedoch redundante Dokumentation Außerdem übel langsame Computer
1917	recht zeitgemäß und gut, allerdings unterscheidet sich das KIS vom Programm der Anästhesie/Intensivmedizin, sodass einige Dinge doppelt dokumentiert werden müssen und man eigentlich ständig in beiden Systemen parallel arbeitet (Radiologiebefunde, Konsilanfoderungen, Arztbriefe)
1931	Sehr gut, es gibt Support durch den Praxissoftwareanbieter. Aber ich lerne gern dazu.
1934	Bislang kaum Digitalisierung. Vornehmlich Befunde auf Papier. Konsilanforderungen müssen über Papier erfolgen.
1941	Befriedigend Häufig zu aufwändig in der Anwendung
1946	Sehr schlecht
1965	Ausbaufähig.
1975	Schwach
1977	durchschnittlich mit Potential zur Verbesserung
1986	Am Anfang, besser als im letzten Jahr
1987	Befriedigend
1990	Ausbaufähig
1993	Kaum digitale Ausstattung auf Normalstation, handschriftliche Kurven die immerb fehlen
1995	Grundstrukturen sind vorhanden werden aber ineffizient eingesetzt
1996	Gut
2013	Ineffektiv!
2016	im Vergleich zu anderen Häusern schlecht. Im Vergleich zu Systemen die in der Industrie oder freien Wirtschaft benutzt werden sogar sehr schlecht. Dies bezieht sich aber auf fast alle Häuser die ich während des PJ, als Famulant und im Arbeitsleben gesehen habe.
2017	Adäquat
2019	Schlechte und langsame Systeme, viele Abstürze der Computer, nervlich überstrapazierend
2020	Rückschrittlich
2021	Mangelhaft
2024	Unzureichend. Vieles wird handschriftlich dokumentiert und zahlreiche Dinge in Word - völlig unnachvollziehbar und datenschutzrechtlich sicher nicht mehr aktuell - aber es siegt die Tradition.
2026	mittelmäßig
2027	Verbesserungsbedüftig, v.a. bezüglich digitale Kurven, die die Arbeit sehr erleichtern würden
2038	Seit 3 Jahren liegen iPads bei der IT Abteilung. Leider bekommt die IT Abteilung es nicht hin, diese einsatzbereit zu machen. Die IT Abteilung besteht nur aus 2 Mitarbeitern.
2045	Schlecht.

2059	Schlecht, wir haben noch die Papierakte , selbst Labor und Befunde werden alle ausgedruckt
2064	Es gibt Computer, aber noch keine Diktatsoftware. Es ist in der Entwicklung Zur digitalen Praxis.
2069	Mangelhaft mit leichter Besserung.
2075	Weiter fortgeschritten als in 80% der anderen Kliniken
2081	Viel digital, aber zu oft ineffizient
2087	Vieles läuft digital
2111	Recht weit, einiges jedoch verschlechtert
2117	Rückständig.
2124	teils digitalisiert jedoch weiterhin händische Dokumentation notwendig/gewünscht
2130	schlecht, neben elektronischer Akte wird alles auch noch ausgedruckt, in einer Akte abgeheftet, gescannt und dann vernichtet
2132	Rückschrittig
2140	Unbefriedigend
2141	Schlechte IT alles dauert ewig
2146	Als wären die letzten 15 Jahre komplett verschlafen worden.
2149	Guter Wille, mäßig laufende Schnittstellen, gering motivierte IT
2155	Digitale Wüste. Seit Jahren eines der größten Probleme in unserer Abteilung. Es tut sich herzlich wenig.
2162	Ok
2165	Mäßig. Ecare-Programm in der Notaufnahme sehr gut. Ansonsten Standardprogramme wie Word. Visitendokumentation per Hand.
2166	unfängliche intensivmedizinische Patientenerfassung mit ICM sowie wenig Untersuchungsanmeldungen via Orbis
2172	fortschrittlich.
2178	- schon gut aber ausbaufähig - schlechte Technik/WLAN > erschwerte digitale Visitendoku; viel einscannen von Befunden; abtippen von Mediplänen statt z.B. einscannen und damit gleich anordnen - gut: digitale Fieberkurve, 2 Bildschirme pro Arbeitsplatz,überwiegend digitalisierter Vidierprozess bei Briefen -
2194	schlecht
2199	Mittelmäßig
2211	In den Kinderschuhen und ineffizient
2214	Technische Ausstattung ist zum größten Teil vorhanden jedoch sind die Dokumentationssysteme sehr langsam, unübersichtlich und erfordern viel zeit
2228	im Umbruch, zögerlich, unkoordiniert, große Diskrepanz zwischen theoretische Umsetzbarkeit und praktische Umsetzung, Unsicherheit, Skepsis hinsichtlich Datenschutz, Fehleranfälligkeit wegen unzureichender Schulung, ungenügende Nähe von Programmierer und Bediener
2229	Eher schlecht. Es existieren neben den eigentlichen Patientenakten auch digitale Dokumente. Das zurückgreifen auf diese ist jedoch unpraktisch und kostet viel Zeit eh man die Dokumente gefunden hat, die man sucht.
2236	Gering. Es gibt keine elektronische Kurve. Fast alle Befunde (Labore, MRTs, Konsile) kommen per Fax und werden in einen Ordner geheftet.
2245	Rückschriftlich, bürokratisch
2247	Eher schlecht, veralterte systemw
2248	Für die viele Vorgänge gibt es eine digitale Infrastruktur, die aber zum Einen auf viele Systeme verteilt (> 3) ist, welche nahezu nicht untereinander kommunizieren. z.T. muten die eingesetzten in Ihrer Bedienbarkeit antiquiert an.
2249	Schlecht bis gar nicht
2253	Sehr schlecht auf das Fach angepasst.
2258	Erneuerungsbedürftig
2260	Schrott
2272	bezogen auf das Haus besteht eine Vorreiterposition, bzgl des Gesamtildes im Vergleich mit anderen Krankenhäusern kann ich dies allerdings schlecht einschätzen
2275	Halb digital halb analog, somit Schwierigkeiten die Übersicht zu behalten.
2280	Steinzeit
2282	im Prozess
2283	Deutlicher Verbesserungsbedarf
2286	schlecht
2287	Veraltet
2292	Es fehlt ein Gesamtkonzept. Die fehlende Digitalisierung einiger Befunde ist meiner Meinung

	nach nicht mehr zeitgemäß. Ebenso wie das Diktieren von Arztbriefen auf Kassette.
2293	Schlecht
2295	Gut, aber Verbesserungspotential
2298	ungenügend
2300	Es entwickelt sich stetig.
2301	Konzept fehlt
2306	unzureichend
2319	Viel Digitalisierung, langsames System herkömmliche Patakte deutlich schneller
2335	Mangelhaft
2336	Schlecht, es gibt nicht mal Wlan!
2338	Ausbaufähig
2349	nicht zeitgemäß
2361	Es fehlt noch an vielem, zB digitale Unterschrift, Schnittstelle Herzkathetersystem und Orbis, digitale Übertragun Briefdiktate (bisher auf Kasette, die persönluchins Schreibselretariat gebracht werden)
2362	Die Möglichkeiten der DIgitalisierung wird meist aus Kostengründen nicht vollständig ausgeschöpft.
2363	hinterm Mond
2366	Mittelmäßig
2367	Gut mit Luft nach oben
2370	Theoretisch ist fast alles da, praktisch weiß kaum jemand wie es geht
2372	Es ist viel digitalisiert, aber auf der Intensivstation, auf der ich bin, wir ein anderen Patientenmanagmentsystem genutzt als im übrigen Krankenhaus, weswegen es zu zahlreichen Doppeldokumentationen kommt, für welche man auch noch umständlich zwischen beiden Programmen hin und her wechseln muss.
2376	Modern, alles digital und alle Akten eingescannt
2378	Ganz zufriedenstellend
2384	Nur das nötigste
2386	Recht fortschrittlich mit Orbis-Dokumentation, aktuell erfolgt auch die Umstellung auf Orbis-Curve, was die restliche Doppeldokumentation auch beenden sollte.
2387	Ausbaufähig, nicht zeitgemäß
2388	Gut
2390	Sehr schlecht
2391	Rudimentäre Digitalisierung, doppelte Buchführung mit Papier Akte und PC Dokumentation - Dokumentation erfolgt aber durch MFA, sodass mein eigener Dokumentationsaufwand sehr gering ist.
2393	schlecht! Orbis wird laut IT immer aktualisiert, aber ich sehe keine Verbesserung
2397	Schlecht digitalisiert
2398	Unausgewogen, nicht immer kompatibel
2400	Schlecht. Wir nutzen SAP, viele Befunde werden ausgedruckt. Papier Akten werden geführt.
2407	-sehr zurückgeblieben
2415	Miserabel
2417	Wir nutzen eine digitale Patientenkurve, die fehleranfällig ist (dadurch kontrolliert man vieles mehrfach) und leider viel mehr Zeit kostet als die ursprüngliche Papierkurve. Prinzipiell empfinde ich die Digitalisierung im Sinne von Schulnoten maximal bei 4 (ausreichend).
2418	gut, Visite am Visitenwagen mit Computer, jedoch noch handschriftliche Patientenakten/kurven
2420	Ausbaufähig! Wichtig: ein System für alles, nicht zB ein Doku-System, ein Medikationssystem und zusätzlich noch ein Intensiv- oder Befundsystem
2422	Viel implementiert aber nicht unbedingt effizient. Verschiedene Programme auf verschiedenen Stationen der Abteilung und darunter noch für verschiedene Aufgaben
2425	Schlecht.
2433	Viel digitalisiert, aber sehr schlecht umgesetzt
2434	Ungenügend
2436	Im prozess, aber noch viele sachen müssen geändert werden, momentan daher sehr zeitaufwendig
2440	Prinzipiell ganz gut, funktioniert nur nicht alles. Medikationspläne einscannen funktioniert nicht, intensivStationen benutzen anderes Programm wo man nicht rein gucken kann, viele kleine Probleme
2443	noch sehr ausbaufähig
2446	Mittelfeld, in den letzten 6 Jahren sind schon wesentlich mehr Abläufe digitalisiert, aber wir führen Patientenkurven immernoch händisch und müssen einzelne Konsile und Untersuchungen noch immer auf Papier anfordern

2447	Eher schlechter Stand: Handschriftliche Patientenkurve, umständliches elektronisches System
2454	veraltet
2459	Vermutlich für Deutschland weit. Aber es gibt viel Verbesserungspotential. Miks ist sehr schlecht in der Performance. Eine mobile, digitale Patientenakte wäre hilfreich
2461	Verbesserungsfähig Aktuell noch in der Anfangsphase
2463	Schlecht
2466	Zurück geblieben
2469	Ausbaufähig, die digitale Patientenakte fehlt.
2474	sehr gut
2475	durchschnittlich
2479	Es könnte schlechter sein, aber die Patientenakte auf Papier ist noch sehr präsent
2485	Wir haben auf der ITS weiterhin keine digitale Akte. Also wird vuel handschriftlich dokumentiert. Außerdem ist es Arztaufgabe, die Kurven zu schreiben (täglich, inklusive der Medikamente).

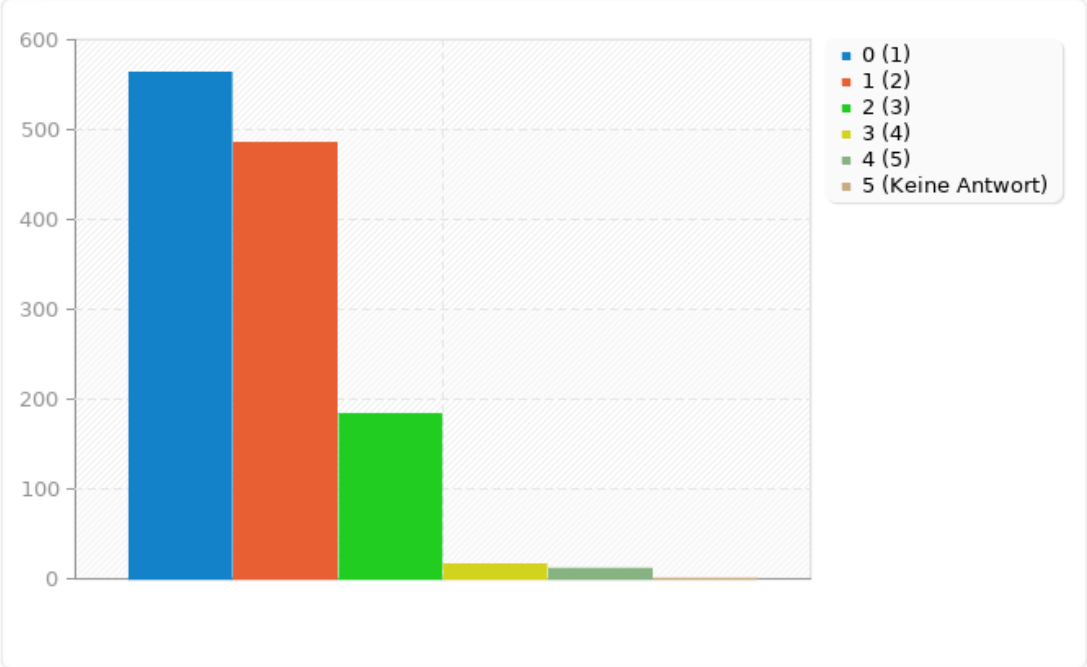
Zusammenfassung für d13

Wie wichtig ist Ihnen persönlich Digitalisierung in ihrem beruflichen Umfeld? 1 = sehr wichtig - 3 = Gute Sache, aber ich kann auch ohne - 5 = unwichtig

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	563	44.75%	83.31%
2 (2)	485	38.55%	
3 (3)	183	14.55%	14.55%
4 (4)	16	1.27%	
5 (5)	11	0.87%	2.15%
Keine Antwort	0	0.00%	0.00%
Arithmetisches Mittel	1.75		
Standard Abweichung	0.81		
Summe (Antworten)	1258	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Zusammenfassung für d13

Wie wichtig ist Ihnen persönlich Digitalisierung in ihrem beruflichen Umfeld? 1 = sehr wichtig - 3 = Gute Sache, aber ich kann auch ohne - 5 = unwichtig



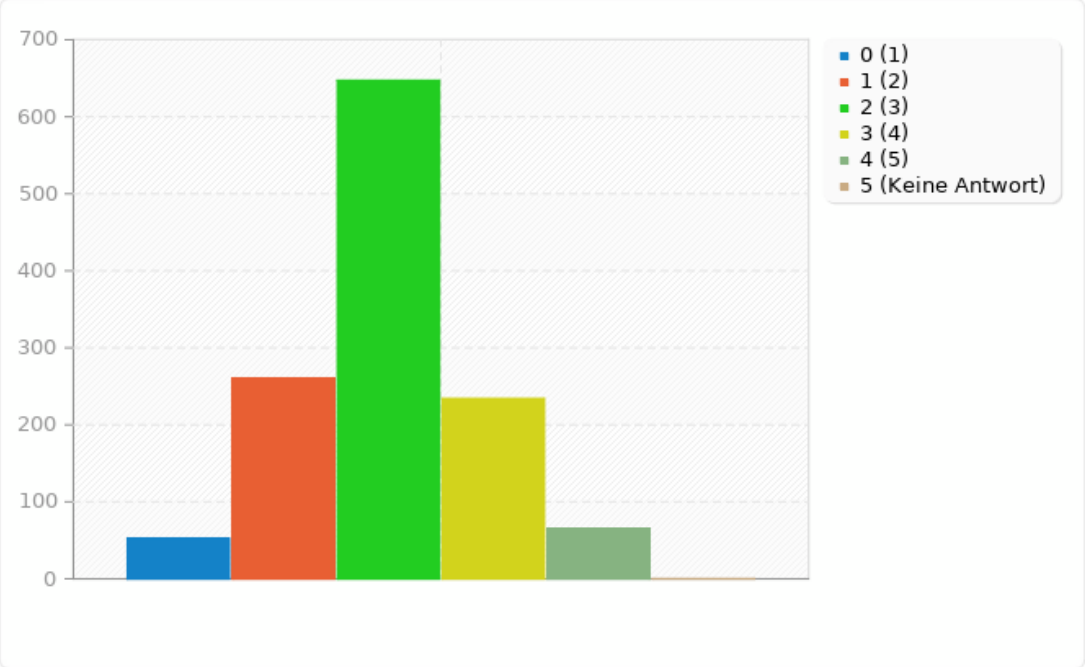
Zusammenfassung für d14

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Digitalisierung im Gesundheitswesen (digitale Gesundheitsanwendung, Anwendung künstlicher Intelligenz...) auf einer Skala von 1-5 zum aktuellen Zeitpunkt ein? 1 = sehr gut - 3 = durchschnittlich - 5 = schlecht

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	52	4.13%	24.80%
2 (2)	260	20.67%	
3 (3)	647	51.43%	51.43%
4 (4)	234	18.60%	
5 (5)	65	5.17%	23.77%
Keine Antwort	0	0.00%	0.00%
Arithmetisches Mittel	3		
Standard Abweichung	0.87		
Summe (Antworten)	1258	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Zusammenfassung für d14

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Digitalisierung im Gesundheitswesen (digitale Gesundheitsanwendung, Anwendung künstlicher Intelligenz...) auf einer Skala von 1-5 zum aktuellen Zeitpunkt ein? 1 = sehr gut - 3 = durchschnittlich - 5 = schlecht



Zusammenfassung für d15

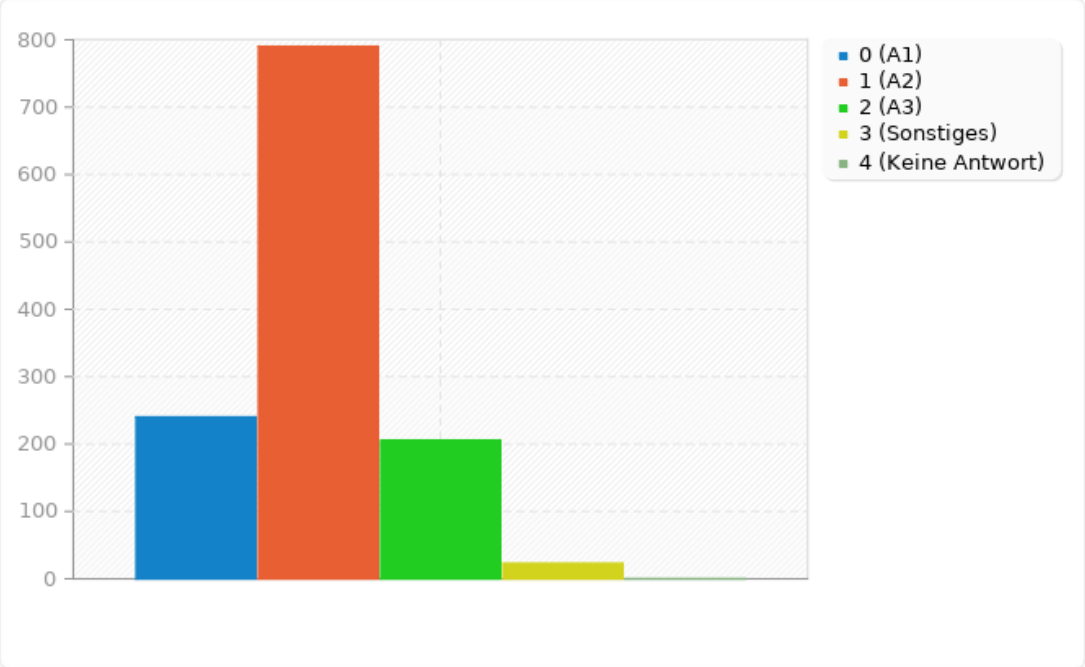
Gab oder gibt es in Ihrer beruflichen Laufbahn Lehrinhalte zu digitaler Medizin, E-Health und IT-Grundwissen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	240	19.08%
Nein (A2)	790	62.80%
Weiß ich nicht. (A3)	205	16.30%
Sonstiges	23	1.83%
Keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
69	wenig, nur begrenzt auf den direkten Tätigkeitsbereich
271	nein, aber ich war selbst dabei ein med. Startup (OnlineEyeCare) zu gründen
467	Wenig
476	Als ich noch krankenschwester war
664	Gymnasium
715	nur peripher erwähnt
912	sehr wenig
919	Eher wenig
929	Nur zur Einführunfg ins Krankenhausinformationssystem
1167	Im Studium wurde das Thema anbehandelt
1177	1 Seminar ca. 2h
1188	zu Beginn Orbis Schlung
1458	Kein IT wissen, aber elearning
1624	Ja, aber sehr schlecht und nicht Praxisorientiert
2155	Sehr wenig.
2228	etwas
2248	Selbststudium
2301	etwas
2319	Wenig
2375	Ja, aber im Ernst: Ich habe, genau wie meine Kollegen, mehr als genug anderes zu lernen. Der Digitalsierungskram wird angegangen, sobald er im Arbeitsalltag von oben aufgedrückt wird. Sonst nicht. Dafür, mich mit Sachen zu beschäftigen, die null mit meinem Arbeitsalltag zu tun haben, fehlt mir die Zeit.
2386	kaum
2474	wenig

Zusammenfassung für d15

Gab oder gibt es in Ihrer beruflichen Laufbahn Lehrinhalte zu digitaler Medizin, E-Health und IT-Grundwissen?



Zusammenfassung für d16

Wenn ja, welche?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	112	46.67%
Keine Antwort	128	53.33%

ID	Antwort
55	Wahlfach Medizininformatik
61	Regelmäßige Schulungen durch das Klinik Rechenzentrum zu alle relevanten Themen und Anwendungen
103	E-Health
116	Z.B. Digitale Leichenschau, im Rahmen vom Studium zahlreiche einzelne Möglichkeiten
152	Einarbeitung und Fortbildung (aktuelle Stelle) Fortbildung elektronische Patientenakte (frühere stelle)
205	Im Studium, Vorlesung zu medizinischer Informatik
222	Hauptsächlich durch Selbststudium und online Kurse erworben.
224	IT-Pflichtfortbildung (Für die im Krankenhaus genutzten Softwares)
233	freiwillige Seminare durch Medizininformatiker und Abfrage im Zusammenhang mit der Klausur zu Biometrie und Statistik.
255	IT Wissen, keins aber für Medizin
256	Amboss Zugang
258	Amboss
259	IT Gundwissen
272	Will in Data Science auf Master studieren
326	Einführungsseminar durch Arbeitgeber
334	Wahlfach Medizinische Informatik im Studium
343	Anleitungsveranstaltungen für Videosprechstunden
416	Verschiedene Fortbildungsangebote.
417	Einführungen in die verwendeten Softwares IT-Grundlagen o.ä. aber nicht.
453	Vorlesung
463	Schulungen für das Patienteninformationssystem (ORBIS). Ansonsten gab es keine Lehrinhalte.
464	Wahlkurse
465	Einführung ORBIS
471	Vorlesungsreihe im Studium
481	Informatikkurs
523	Ein sehr abstrakt gehaltener Kurs über IT Grundlagen
560	It Einführung, im Studium Computer simulierte Patienten Betreuung
566	Im Studium gab es eine Vorlesung
607	Orbis Schulungen Viewpoint Schulung
608	im Rahmen des Studiums mehrere Seminare
610	1 Vorlesung zu zukünftigen IT-Möglichkeiten zur Überwachung von Vitalwerten von Patienten im häuslichen Umfeld
612	immer mal wieder vereinzelt in unterschiedlichen Fächern
613	Fachzeitschriften wie ärzteblatt
617	Diverse Fortbildungen über verschiedene Systeme
619	Studium + PJ in Schweiz bezüglich digitaler Krankenakte usw
638	Bio-Informatik-Grundkurs an der Uni
668	Nur in der Universität: Amboss eRef PPP-Folien von Dozenten
673	Grundlagen im Studium, Einführungsveranstaltungen während des Beruflaufbahn.
676	Im Studium Kursus der Medizinischen Informatik Bei Antritt meiner ersten Stelle: Kurze Einführung ins IT-System
705	Zugang zu Lerninhalten der Medizin, Sicherheit im Netz, Umgang mit Word/IT/WWW
709	Orbis Medication-Einführung
720	Vorlesung zu PACs, DICOM
724	Im Rahmen eines Kurses (Evidenzbasierte Medizin) wurde digitale Medizin gelehrt. Es gab außerdem ein Angebot an freiwilligen Zusatzkursen, die ich aber leider nicht wahrgenommen

	habe.
755	Teleradiologie
761	IT Grundwissen, E Health, Scoring
790	CNE, Amboss
800	u.a Weiterbildung zu Kliniksoftware
840	Amboss
855	Im Studium Vorlesung zu den grundlegenden Konzepten einer ePA auf lokaler, nationaler oder internationaler Ebene, jedoch nichts konkretes zu der aktuellen oder geplanten Situation in Deutschland und deren Einbindung in den Klinikalltag
876	ERef
884	Verschiedene
934	Amboss
957	Telemedizin, Apps
996	Infoveranstaltung
1006	IT Grundwissen
1042	Diverse Kurse zu Public health und medizinische Informatik
1050	Medizinische Informatik als Pflichtfach. Inhaltlich relativ dünn: KIS, Datenschutz, DICOM, eGK + Zukunftsmusik. Alma mater war wesentlich weiter bei der Digitalisierung.
1057	ELearning im Studium
1097	Fortbildungen
1109	digitale Gesundheitskarte, Telemedizin
1113	Ein Praktikum in der Uni über 5 Termine a 2h
1148	Grundlagen.
1158	Im Studium gab es mehrere fakultative Module (zu Telemedizin, Digitalen Gesundheitsanwendungen, etc) Außerdem besuche ich auf Kongressen gerne die E-Health-Sessions
1204	Spezielle Wahl- und Pflichtveranstaltungen an der Universität; Fortbildungsmöglichkeiten an der Klinik für Anwendungen, die aber schlussendlich nicht eingeführt wurden.
1229	Grundstudium med. Informatik. Im Studium Humanmedizin eine Vorlesung über med. Informatik. Im Betrieb gelegentliche Schulungen auf Orbis.
1263	Abteilungsinterne Plattform für Dokumente, Informationen und Weiterbildung, privat genutzte Onlinefortbildungen und Lehrangebote.
1269	Studium-Informatik
1272	Vorlesungen, orientierend
1281	E learning
1291	Wir haben im Helios Klinikum eine großes E- learning Angebot und Amboss. Das ist eine große Erleichterung.
1321	Zweitstudium
1327	Miamed
1353	Programieren mit PEARL im Studium
1412	DRG Berechnung Studiensuche Basiswissen IT
1415	Vorlesungen, E-Learning
1468	E-Health
1476	Schulungen für das KIS
1504	IT - Grundwissen, aber unzureichend
1510	Eine kurze Vorlesungsreihe in einem Semester zu Informatik und digitaler Patientenakte
1533	Med. informatik
1541	IT Grundwissen
1562	Einführungen in die elektronische Patientenakte und Medikation.
1571	Kongresse und Online-Seminare in eigener Initiative
1573	Telemedizin
1672	Einführung ins System am Anfang der Weiterbildung
1673	Kurs medizinische Informatik als Wahlfach
1685	Vorlesungen im Studium diesbzgl.
1693	Seminare im Studium
1736	IT Infrastruktur und Verwaltung. DiGas
1807	Datensicherheit
1810	Bioinformatik
1842	hauptsächlich zu Inhalten der Digitalisierung von Lehre
1917	Weiterbildung in Eigeninitiative, med. Informatik im Studium nimmt einen geringen Stellenwert ein

1921	Informatikmodul
1931	Hierzu gab es eine Veranstaltung in Schortens von H. Prof Mayet. Sehr spannende Einblicke, im Studium gab es hierzu jedoch keine Veranstaltungen.
1935	1 Semester Vorlesung zu IT
1965	Eine schlechte Vorlesung. Ein paar Seminare. Und ein paar Programme wurden uns Mal kurz vorgestellt. Zum Betrachten von Röntgenbildern z.B.
1984	IT
2013	SAP Schulung, Einführung in die digitale Patientinakte.
2017	Therakey etc.
2038	Programmierkurs (freiwillig aus Interesse)
2099	2 Jahre berufliche Tätigkeit in Medizininformatik
2130	Selbststudium
2162	Vorlesung in der uni
2236	Wurde im Studium immer wieder erwähnt und behandelt.
2245	Online Bibliotheksportal
2417	Ja, jedoch sehr sehr wenige.
2459	Einarbeitung
2464	Fortbildung
2478	Vorlesung Statistik.
2485	Nutzung verschiedener Programme.
2494	Fortbildung Telemedizin

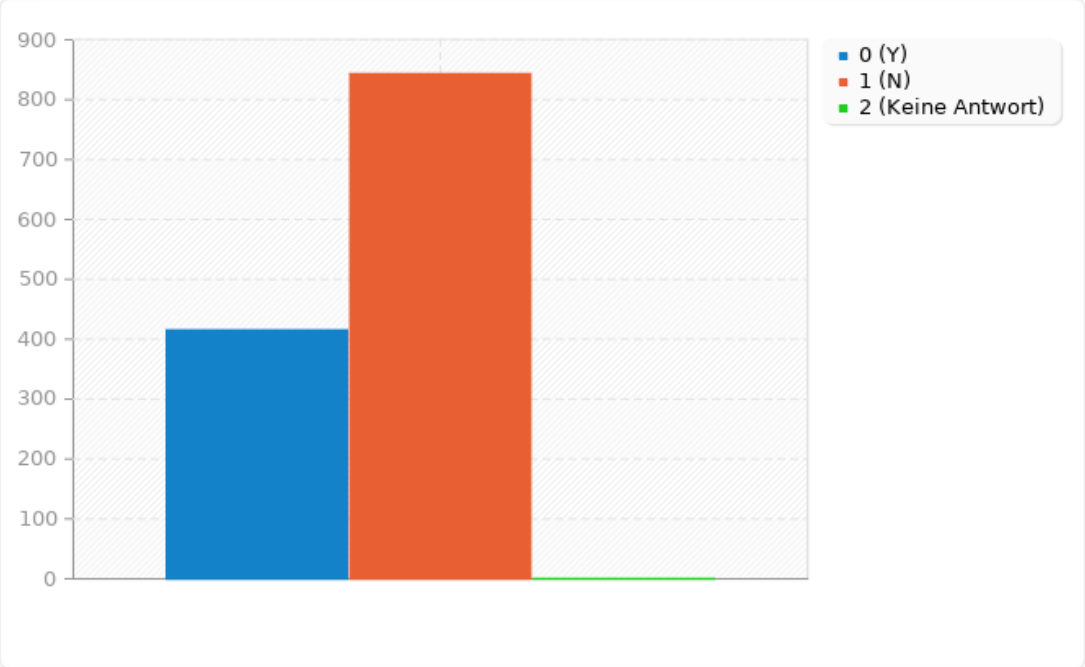
Zusammenfassung für d17

Haben oder hatten Sie im Umgang mit digitalen Anwendungen schon einmal Probleme in Ihrer täglichen Arbeit im Hinblick auf Datenschutz?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	415	32.99%
Nein (N)	843	67.01%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d17

Haben oder hatten Sie im Umgang mit digitalen Anwendungen schon einmal Probleme in Ihrer täglichen Arbeit im Hinblick auf Datenschutz?



Zusammenfassung für d18

Wenn ja, welche?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	177	42.65%
Keine Antwort	238	57.35%

ID	Antwort
55	Teamchats in WhatsApp
56	Fax
76	Ich bezweifele, dass die Arbeit Datenschutz konform ist.
89	Datenübermittlung und Auslesung
102	Externe Befunde anzufordern dauert durch die notwendige datenschutzerklärung doppelt so lange
104	Befundübermittlung
171	Kein effizientes zugriffsmanagement
210	Wichtige Daten konnten nicht eingesehen werden.
212	Gibt Fehler
222	Der Datenschutz erschwert den kollegialen Austausch von Befunden unverhältnismäßig.
224	Immer erst das schriftliche Einverständnis des Patienten an den Hausarzt oder anderes Krankenhaus faxen, bevor man deren Befunde/Arztbriefe anfordern darf.
247	Befunde, Auskünfte etc. dürfen aus Datenschutzgründen nicht per email versandt werden, nur per Fax, welches kaum mehr jemand hat
255	(Vor)Befunde erhalten
265	Oft keine Einsicht in Dokumentation anderer Stationen bei Konsilen Oder bei Notfallpatienten keine Berechtigung zum Zugriff auf Infos anderer Fachbereiche
268	Bei Verlegungen können keine Patientendaten ausgetauscht werden; offen einsehbare Bildschirme mit Patientendaten
271	Verschicken von Patientenfotos / -daten an Kollegen zum fachlichen Austausch und zur Patientenversorgung per Whattsapp
286	Systemabstürze, Wartungen meist in der Hauptarbeitszeit
290	Bzgl. Aufklärungen durch Vorsorgebevollmächtigte bei fehlender Anwesenheit aufgrund der aktuellen Besucherregelungen
299	Verkompliziert einige Abläufe (bspw werden keine Dokumente zugesandt, weil keine Einwilligung vorliegt, der Patient jedoch sediert ist.)
338	Emails
343	Angeforderte Dokumente per Mail verschicken; von Klinik aus Datenschutzgründen untersagt
349	Kein System ist sicher.
353	Das die Software zu langsam arbeitet. Nach Update funktioniert Software oder auch Schnittstellen zu Geräten nicht mehr.
355	Patient nicht einwilligungsfahig, jedoch externe Dokumente wichtig für weitere Versorgung, Patient ist betreut, der Betreuer kümmert sich jedoch nicht oder ist nicht digitalisiert/anwesend...
409	Zurückliegende Patientendaten werden gesperrt
417	Mailangriffe über Mailverteiler vermutlich resultierend aus Unachtsamkeit im häuslichen Umfeld bei Bearbeitung beruflicher Mails zu Hause.
441	Zb faxen von Patientendaten (eigentlich muss man überprüfen,ob das Fax bei der richtigen Person ankommt -unrealistisch).zB das einholen des schriftlichen Einverständnisses der Patienten, wenn man Fremdbefunde anfordert (zeitraubend)
450	Versand von sensiblen Daten
466	Akte von Patientin gesperrt, sehr umständlicher Umgang, jeder einzelne Laborwert verschlüsselt, daraus resultiert ein sehr hoher Aufwand
467	Keine Befunde dürfen per Mail an Patienten verschickt werden
484	Unsichere Verbindung, daher keine Befundübermittlung erfolgt
490	Mails mit Angehörigen
526	Phishing, Patient hat mehrfach System gehakt
529	Wann darf ich wie ProbandInnen zu einer Studie einladen?
530	Arbeits Email Oft mit Klarnamen
563	Befunde wurden falsch zugeordnet
581	Befund Vermittlung oder Erhalt. Telefonische Beratung/Besprechung.

585	Wunddokumentstion kann nur mit einem iPad gemacht werden
590	- Fax wird als sicherer als E-Mail angesehen - Befunde (EKG, Wundfotos, Röntgenbild) kann im Bereitschaftsdienst nicht an den Oberarzt weitergeleitet werden aufgrund von Datenschutzrichtlinien
607	die Daten der Kinderwunschabteilung dürfen aus Datenschutz-Gründen nicht digitalisiert werden.... Keine AHNUNG WARUM "DANK" des Datenschutzes können andere Abteilungen unsere Befunde / Briefe nur lesen, wenn Sie von einem Oberarzt vidiert sind.... nicht gerade im Sinner der reibungslosen Zusammenarbeit
612	rechtliches Hintergrundwissen zur Anwendung solcher Möglichkeiten
613	Email Nachrichten mit Dateien versenden?
619	Klatsch und Tratsch
638	Dokumente waren nicht zu öffnen Datein von Bildgebungen waren nicht einlesbar
644	Anmelden/abmelden vergessen- daten zugänglich am pc damit gelassen
648	Ein Öffnen des Röntgenbetrachtungsprogramms werden mutmaßlich ungefiltert 250 Patienten angezeigt
651	Befunde aus anderen Krankenhäusern anfordern, schnelles Versenden von CT etc Bildern nur per Taxi möglich, teuer und zeitaufwändig
664	WhatsApp und EKG... ja man kann das Bild ohne Name schicken... Passwörter die alle Kennen (die nicht sicher sein müssen, die sich nicht häufig und nicht grundlegend ändern müssen,..)... oder die Windowsanmeldung die aufm Post-IT am Rechner hängt... sind wohl die grundlegendsten...
665	Digitale dokumentation auf der visite mittels fahrbaren PC
671	Pat. kontaktieren ein häufig via Mail. Antworten ist uns aus Datenschutzgründen nicht gestattet, Telefonate aber häufig sehr zeitaufwändig
673	Ausblenden der sichtbaren Daten im Monitor.
684	Wir haben ein digitales Tool zur Anmeldung von Corona-Abstrichen, wo sich jeder Angestellte des Krankenhauses anmelden kann. Man erscheint für alle einsehbar mit vollem Namen und Geburtsdatum.
687	Meldungen von Corona Patienten per Mail ans Gesundheitsamt
705	Spam
709	Befunde dürfen nicht per Mail verschickt werden, nur per Fax
715	Emails: Pat.-Namen ja/nein... wie abkürzen....
720	dauerhafte Faxbenutzung Telefonat mit Angehörigen
730	Patientenzustimmung ist nötig, dafür kein vorgefertigte formular
744	Emails
757	Datenschutz als Hindernis, der die Digitalisierung ausbremst.
761	Uneingeschränkter Zugriff auf Patientendaten im Dokumentationssystem möglich, hierbei fiel auf, dass es unerlaubte Mitarbeiterzugriffe auf Patientenakten hab
799	Arbeiten immer noch mit Fax
809	Zugriff auf Patientendaten
824	Externe, dringende Befunde wurden aus Datenschutzgründen nicht mitgeteilt. Eine Entbindung ist ab und zu wegen Geschäftsunfähigkeit nicht möglich. Im Regelfall ist es zusätzlicher Aufwand.
853	Betriebssystem lässt keine Sperrung des PC zu.
865	Email Versand
889	Externe Mails mit Links, werden teilweise so geblockt, dass man nicht arbeiten kann. Im Schnitt muss man 2-3 mal pro Tag mit der IT-Abteilung telefonieren um irgendwas zum laufen zu bringen.
901	Versenden von Röntgen-Bildern per Email an Oberärzte im Hintergrund
945	Es werden Patientendaten über WhatsApp verschickt
948	Videosprechstunden -- im Grunde kann alles von einem Profi gehackt werden. Bilddokumentation in Form von Fotos werden auf dem Server gespeichert, auch dies kann von Profis gehackt werden
952	Computerbildschirme häufig für Patienten einsehbar positioniert.
996	Datenschutz und unkomplizierte Zugriffgewährleistung nicht vereinbar
1006	Oftmals werden Briefe aus anderen Kliniken nicht heraus gegeben.
1008	Hin und wieder werden z. B. Befunde beim falschen Patienten einsortiert.
1027	Befund an falschen Patienten verschickt
1035	Ganz viel - teils inklusive Patientendaten - läuft über Whatsapp. Das ist eigentlich skandalös. Aber man muss mitmachen, sonst bekommt man nicht mit, dass die Besprechung verlegt

	wurde etc.
1046	Mails verschicken mit Patientendaten.
1069	Z.T. kein unkomplizierter Zugriff auf Patienten auf Station, auch wenn dieser für das Narkosevorgespräch notwendig war
1073	Versenden von Unterlagen zwischen verschiedenen Kliniken bzw. Ermittlungsbehörden.
1078	Aufgrund des Zeitdrucks nutzen Mitarbeiter jeden Computer den sie spontan finden können, es gibt zu wenige und sie stürzen regelmäßig ab, wegen fehlender Serverkapazitäten. Somit sind andere Personen eingeloggt, Daten einsehbar für die theoretisch nicht jeder freigeschaltet ist (Arzt vs Pflege vs Student). Patienten bekommen Gespräche mit weil zu wenig Ausweichmöglichkeiten sind, baulich.
1088	Pat.daten werden unverschlüsselt geschickt
1092	Diverese
1096	Online Excel Tabelle für alle Mitarbeiter zugänglich machen, aber auch sensible Patientendaten auf einem Portal was nicht explizit dafür verwendet werden sollte
1125	Befunde über SMS oder Messenger-Dienste
1149	Telefonate
1156	Schriftliche Kommunikation über Patienten mit Oberärzten am jeweils privaten Handy (wenn auch immer ohne Namensnennung)
1158	Der Grad an Verschlüsselung und Datenschutz ist bei vielen Anwendungen nicht leicht zu erkennen.
1165	Nach neuester Regelung dürfen wir Voraufenthalte nur noch nach dokumentiertem Einverständnis des Patienten ansehen. Gerade die alten Patienten kommen sehr häufig ins Krankhaus, die Vorgeschichte, Medikamente und Allergien sind prinzipiell im System, können aber ohne Freischaltung nicht eingesehen werden. Blödsinnige Regelung insbesondere in Notfällen und bei dementen Patienten. Ebenfalls Psych-Akte nicht einsehbar hierbei wäre zumindest eine Einsicht in erhobene Laborparameter, Untersuchungen und Medikamente sinnvoll, insbesondere bei Langzeitaufenthalten oder dringender Verlegung in die Innere. Meist fehlt der Arztbrief sowie ein Ansprechpartner, der Auskunft hierüber geben kann...
1177	allgemein unverschlüsselte Kommunikation via Fax, Email, teils auch WhatsApp
1183	schriftliche Einwilligungen mit sensiblen Patientendaten über die private Mailadresse.... #Datenleck
1185	Senden von medizinischen Informationen via EMail
1188	E-Mail bedingt - kein Datenschutz
1204	Die Einzigen akzeptierten Methoden zur Befund- oder Dokumentenübermittlung an meiner Klinik sind Postweg und Fax. In einem dringlichen Fall habe ich von einer ausländischen Klinik ohne Faxmöglichkeit dringlich (innerhalb von 24 Stunden) benötigte Befunde auf meine dienstliche E-Mail-Adresse schicken lassen und wurde dafür verwarnt. Hingegen tauschen mehrere Kollegen Fotografien von Dokumenten per Whatsapp aus.
1231	Patientenbezogene Daten werden vor allem in Diensten über WhatsApp verschickt.
1248	Krankenhaus system wurde gehackt so dass keine Daten mehr sicher waren.
1260	Verwechslung von Patienten (gleiche Nachnamen)
1263	Einscannen und versenden von Befunden, abfotografieren von Befunden etc.
1281	Schutz von Bildrechten in Präsentationen
1286	- PC Absturz, Internetverbindung fehlgeschlagen, KIS Probleme, ...
1289	Programm stürzt ab, kein wlan
1309	Patientenzustimmung bei befundauskünften
1310	Unnötiges verkomplizieren, immer weniger Zeit für die Patienten aufgrund von Datenschutz
1311	Weitergabe von Daten an andere Fachabteilungen, übergreifende Einsicht in Fälle anderer Abteilungen, Schweiegepflichtsentbindungen gegenüber Kollegen/ Institutionen
1319	Ausschließlich an analog-digitalen Schnittstellen: Patientenakten fälschlicherweise zugeordnete Scans, Dokumentationseinträge etc., falsch ausgedruckte und ausgehändigte Dokumente.
1358	Bilder bei Whatsapp -> Auf Ssilo umgesetellt
1363	eMail
1366	Email
1375	Virus im Computersystem der Praxis
1412	Übermittlung von Befunden an Oberärzte, Hausärzte
1415	einverständnisse vom Patienten müssen regelmäßig immer wieder eingeholt werden. Die analogen Papiere müssen dann gefaxt werden....
1436	Eine Mitarbeiterin hatte als Sie Patientin war angegeben, dass sie auf Datenschutz besteht. Dadurch muss man sich bei jedem Befund öffnen, Arztbrief schreiben etc. mit Passwort einloggen, was die Arbeitsprozesse extrem verlängert hat. (Und ich rede hier von bei jedem Schritt einloggen) Diese technische Lösung war sehr unpraktikabel)
1445	Sehr langsames System, stürzt häufig ab, wenig praktikabel

1490	Prüfung von E-Mail-Adressen
1499	Befunde, die nicht automatisch in unser System eingepflegt wurden, sind bei persönlicher Nachforderung aufgrund von Datenschutzbestimmungen schwer zu bekommen.
1546	Vermehrte Wichtigkeit von Telefonaten bezogen auf die Besuchs Einschränkungen durch Corona, Akten auf dem Flur, Patienten laufen in das Stationszimmer, fehlende Räumlichkeiten für Aufklärungen
1557	System ausgefallen, keine Labore etc. mehr sichtbar
1560	Befunde versenden
1573	E-Mail
1578	Jeder Hausarzt verlangt (auch wenn er Patienten zu uns eingewiesen hat) eine Unterschrift der Patienten, dass Unterlagen vom Hausarzt an die Klinik verschickt werden dürfen. Wie schwachsinnig ist das bitte! Toller Datenschutz. Ich der Notaufnahme habe ich von manchen Praxen keine Unterlagen bekommen, weil denen keine Unterschrift zur Datenübermittlung und Freigabe vorlag. Macht sich gut wenn der Patient nicht ansprechbar ist!
1587	E-Mails mit Patientendaten
1593	Beim Versand von Daten an externe Partnerkliniken/Kollegen
1599	Immer behindernd und zeitraubend
1624	Unnötiger Datenschutz behindert oftmals den schnellen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Praxen.
1658	Wie oben bereits angesprochen, die Schnittstellen nach außen. Gutachten dürfen z.B. nicht per mail versendet werden, was aber die Kommunikation erheblich erleichtern würde.
1662	Auslesen von Blutzucker-Messgeräten (Sensoren) über Cloud nicht erlaubt
1673	Schutz von Daten von Mitarbeitern
1691	Der Datenschutz wird teilweise so restriktiv gehandhabt, dass ich die Patienten anderer Fachrichtungen nicht einsehen kann, was im Bereitschaftsdienst, wenn ich von Kolleg*innen anderer Fachichtungen hinzugezogen werde, schon häufig zu Problemen geführt hat/Umstände gemacht hat/die schnelle Beahdnlung des Patienten gefährdet hat.
1693	Email verkehr
1714	Fortleitung mit z.B. Bildern von Wunden mit Kooperationspartnern
1735	Befund Übermittlung über Whatsapp an Hintergrunddienst
1736	Bilder werden unverschlüsselt versendet, tlw über whatsapp
1763	- Zugriffsrechte im KIS
1765	Fax geht nicht, Befund per Mail versenden erlaubt?
1805	Aufklärungen über Betreuer, welche nicht vor Ort sein können und kein Fax haben
1807	Herausgabe von Patieteninformationen von anderen Kliniken, wenn der Patient in der Notaufnahme lag.
1830	Vorläufige Arztbriefe werden gescannt und dann bei Korrektur in den entgültigen Brief einfach überschrieben.
1870	Man befindet sich gefühlt immer in einer Grauzone,besonders wenn man mit Angehörigen telefoniert!
1873	Patientenakten wurden unbefugt eingesehen uber Zugangsdaten anderer Mitarbeiter
1896	Bei Befundabforderungen von Vor-/Mitbehandlern
1941	Wie die Daten zu übermitteln sind
1965	Anforderung von Vorbefunden erfordert es ein schriftliches Einverständnis zu faxen. Das kostet echt Zeit!
2001	Zugriff auf ex domo durchgeführte, online gespeicherte Röntgenbilder nicht möglich
2013	Datenübermittlung an Weiterbehändler bei Pat. aus nicht EU-Ländern
2016	Inwieweit Daten suffizient geschützt werden können wenn multiple Rechner mit alten Systemen im Netz hängen und zudem überall USB Sticks verwendet werden können, es kaum Einschränkungen beim Zugriff auf Internet Inhalte gibt und es keine Vernetzung (oder wenig) zwischen Krankenhäusern und Dienstleistern(Labore, Radiologiepraxen) etc. gibt. darüber muss sich jeder seine eigenen Gedanken machen. Zudem werden immer wieder aufgrund der fehlenden sicheren Vernetzung Sicherheitsmaßnahmen umgangen weil es weniger Aufwand bedeutet. Auch wenn es immer wieder praktisch ist den vollen Zugriff auf das Internet zu haben.
2024	Dokumentation in Word-Dateien, wo die gesamte Station einschreiben und löschen kann, was sie will, ohne das die Urheber dabei herausgefunden werden können halte ich für Datenschutzrechtlich völlig unzureichend. Zudem können Anhänge mit sensiblen Patientendaten problemlos per Mail verschickt werden - da es sich nur um Worddateien handelt. - Das finde ich unzulässig! Wenn zu irgendeinem Zeitpunkt jemand klagen würde, wäre das wohl ein Fass ohne Boden....
2026	wann darf ich Angehörigen am Telefon in der Notaufnahme Informationen durchgeben?
2027	Unsicherheit, ob Patientendaten über Dienstmail verschickt werden dürfen.
2038	Messenger
2064	In der digitalen Patientenaktw ist ein immer wieder hinderliches Neueinloggen notwendig, um

	die Dokumentation personengebunden einzugeben. Das wird oft nicht gemacht. Dann stehen Informationen von Arzt A dokumentiert, dabei hat Arzt B entschieden und eingetragen.
2069	Nichterhalten von Benötigten Befunden aufgrund von Datenschutzvorgaben.
2077	Wenn vergessen wird, sich auszuloggen, können andere oder fremde Personen Patientendaten über den Account abgerufen werden.
2130	kein Zugriff auf Daten aus anderen Fachabteilungen innerhalb der Klinik aufgrund des Datenschutzes
2140	Hürde beim einholen von Patienteninformationen - Einwilligung extra einzuholen, per Fax versenden ... Sehr mühselig. E-Mail Verkehr nicht erlaubt, manchmal einzige Möglichkeit im Kontakt mit Angehörigen. Wer hat heute noch ein privates Faxgerät?!
2149	Übermittlung vpn Befunden, Arztbriefen können nicht über sichere Leitungen erfolgen
2161	Kein Zugriff auf Patienten-Daten im Konsil, da von anderer Fachabteilung
2167	Schwierige Zugänglichkeit durch mehrfache Sicherung, Anwendung des Benutzerkontos auf einen PC beschränkt u.a
2193	Mailverkehr
2211	Krankmeldungen werden im Orbis angezeigt; Telefonliste inkl. privater Kontaktdaten frei zugänglich
2214	Fehlen von wichtigen Befunde für kritisch kranke Patienten aufgrund von Datenschutz
2248	Am prominentesten: der nicht-postalische Informationsfluss darf nicht per Mail erfolgen sondern als Fax (Ausdruck -> Fax --> Fax -> Scan -> PDF = nicht digital weiterverwertbare Information.....). Hier z.B. aus aktuellem Anlass die Kommunikation mit dem Gesundheitsamt (Meldebögen per Fax, anstatt über eine für das Gesundheitsamt direkt weiterverarbeitbare Form).
2249	Weitergabe Informaationen
2253	Übersendung von Informationen per Fax oder Email
2275	Kein Versand von vorbefunden durch den Hausarzt an Krankenhausmailadresse möglich
2283	Verwendung von KOmmunikationsplattformen aus Mangel an Alternativen. Dann sind keine Patientendaten zulässig, sondern es muss mit anderen MItteln ,,umschrieben'' werden.
2300	Mails auf dem Handy
2313	Es fehlt an sicheren kommunikationswegen zwischen Ärzten
2319	Übermittlung von Befunden/Patinformationen
2335	Unverständnis von Angehörigen und ärztlichen Kollegen, wenn details zur Behandlung eines Patienten nicht telefonisch besprochen werden dürfen.
2361	Virus im System, kompletter Systemausfall
2371	Senden von Arztbriefen bzw persönlichen Daten via Email ist nicht erlaubt
2372	Fragen bei digitaler Einholung von Aufklärungsbestätigungen durch Betreuer, zB via E-Mail
2376	Patienten Befunde zukommen lassen ist schwierig. Es geht nicht per Mail, sondern nur per Post
2389	Versenden von Patientenbildern
2407	-sehr schwierig Vorbefunde vom Hausarzt etc. zu bekommen aufgrund von Schweigepflichtsentbindung (muss gefaxt werden, wenn ein Fehler dirn ist erneute Verzögerung etc)
2420	Viele Kommunikationswege nicht möglich für schnellen Ratschlag oder Infoweitergabe wie zB WhatsApp
2447	Umständlichleit bei Anfordern klinikexterner Befunde
2461	Fotodokumentation

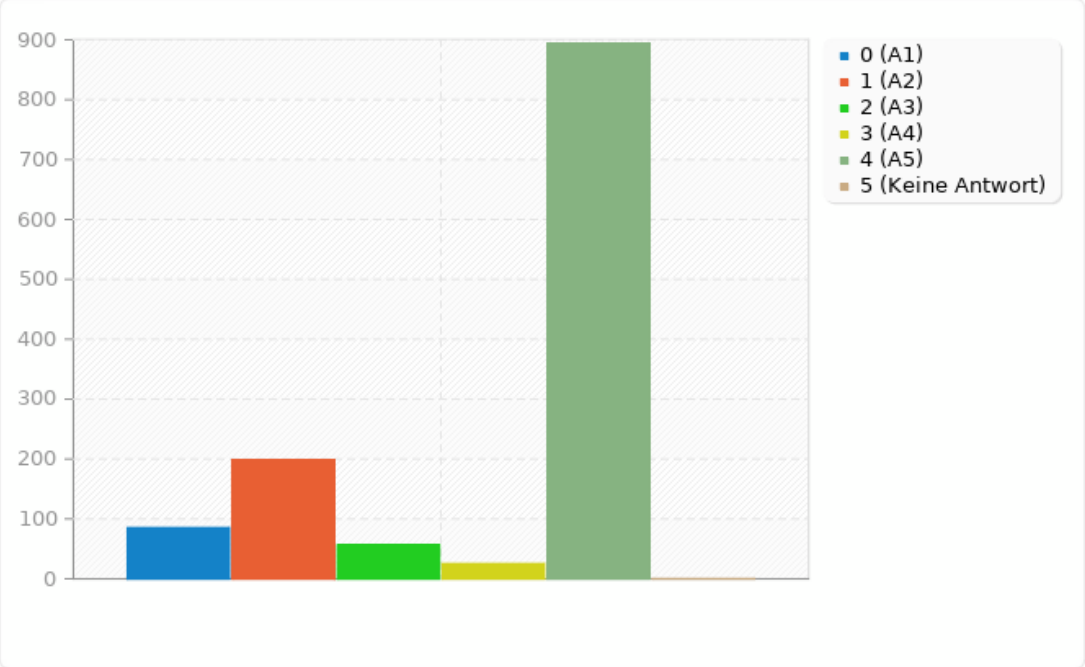
Zusammenfassung für d19

Unterstützt Ihr Arbeitgeber die ärztliche Nutzung von Apps?

Antwort	Anzahl	Prozent
Apps werden zur Verfügung gestellt, (A1)	85	6.76%
bestimmte Apps werden empfohlen, (A2)	198	15.74%
Nutzung von Apps wird kritisch gesehen, (A3)	56	4.45%
Apps sollen nicht genutzt werden (A4)	25	1.99%
AG beschäftigt sich nicht damit (A5)	894	71.07%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für d19

Unterstützt Ihr Arbeitgeber die ärztliche Nutzung von Apps?



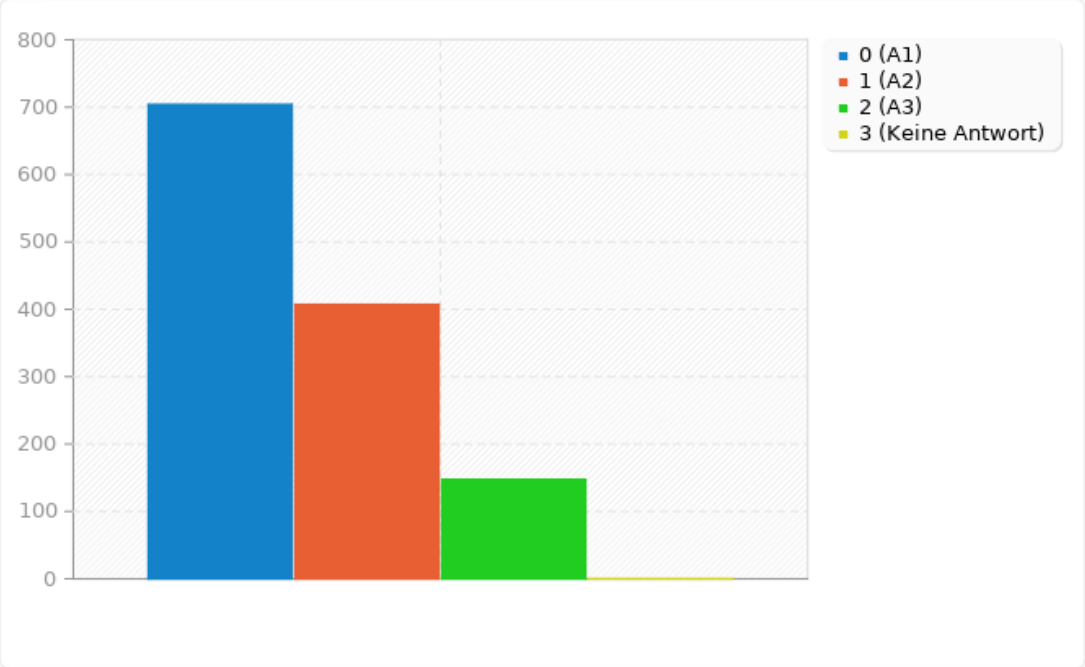
Zusammenfassung für i1

Finden in Ihrer Klinik interprofessionelle Fortbildungen statt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	704	55.96%
Nein (A2)	407	32.35%
Weiß ich nicht. (A3)	147	11.69%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i1

Finden in Ihrer Klinik interprofessionelle Fortbildungen statt?



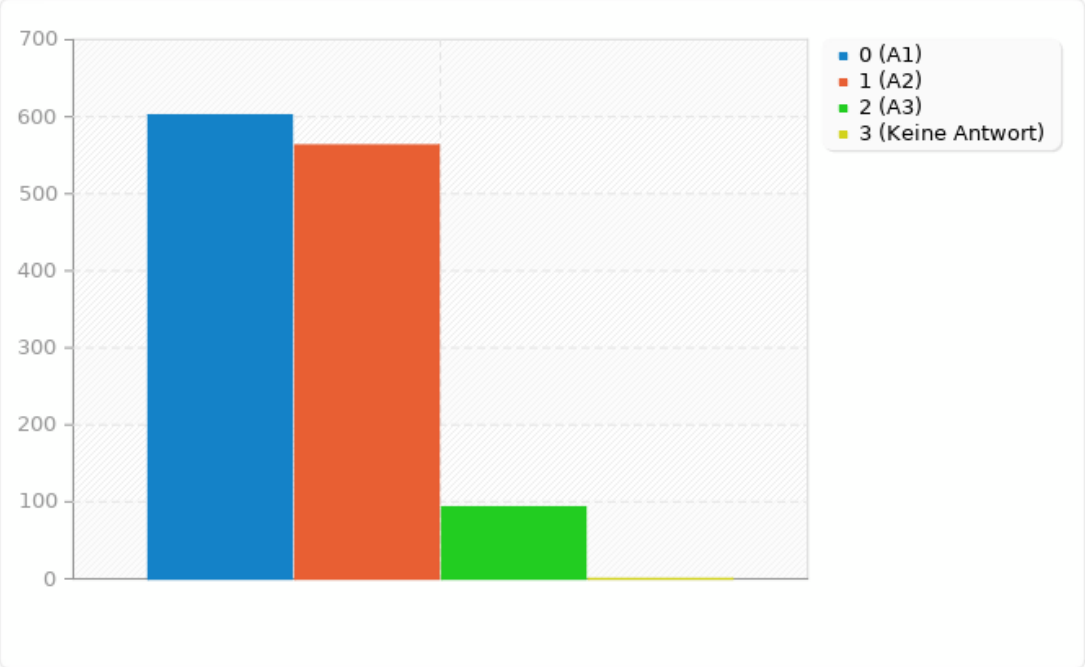
Zusammenfassung für i2

Finden in Ihrer Klinik gemeinsame Visiten mit unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Pflege, Physiotherapie…) im Sinne einer gleichberechtigen Visite „auf Augenhöhe“ statt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	602	47.85%
Nein (A2)	563	44.75%
Weiß ich nicht. (A3)	93	7.39%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i2

Finden in Ihrer Klinik gemeinsame Visiten mit unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Pflege, Physiotherapie…) im Sinne einer gleichberechtigen Visite „auf Augenhöhe“ statt?



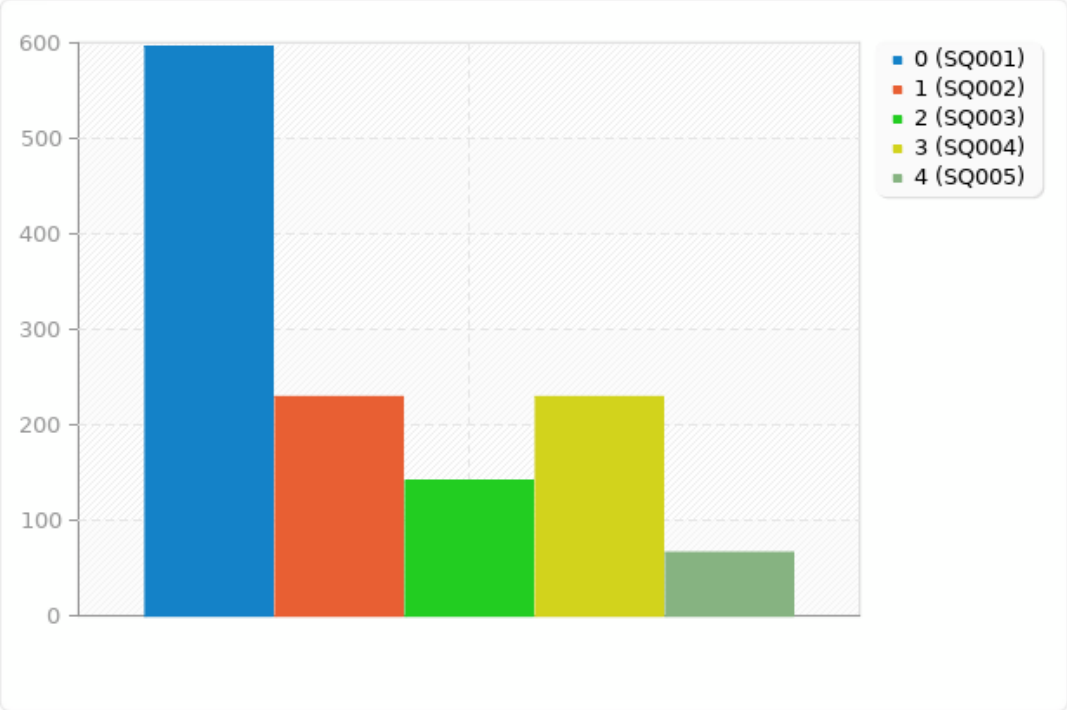
Zusammenfassung für i3

Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen zusammen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Pflege (SQ001)	596	99.00%
Physiotherapie (SQ002)	229	38.04%
Psychotherapie (SQ003)	141	23.42%
Sozialdienst (SQ004)	229	38.04%
Kodierfachkraft (SQ005)	66	10.96%

Zusammenfassung für i3

Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen zusammen?



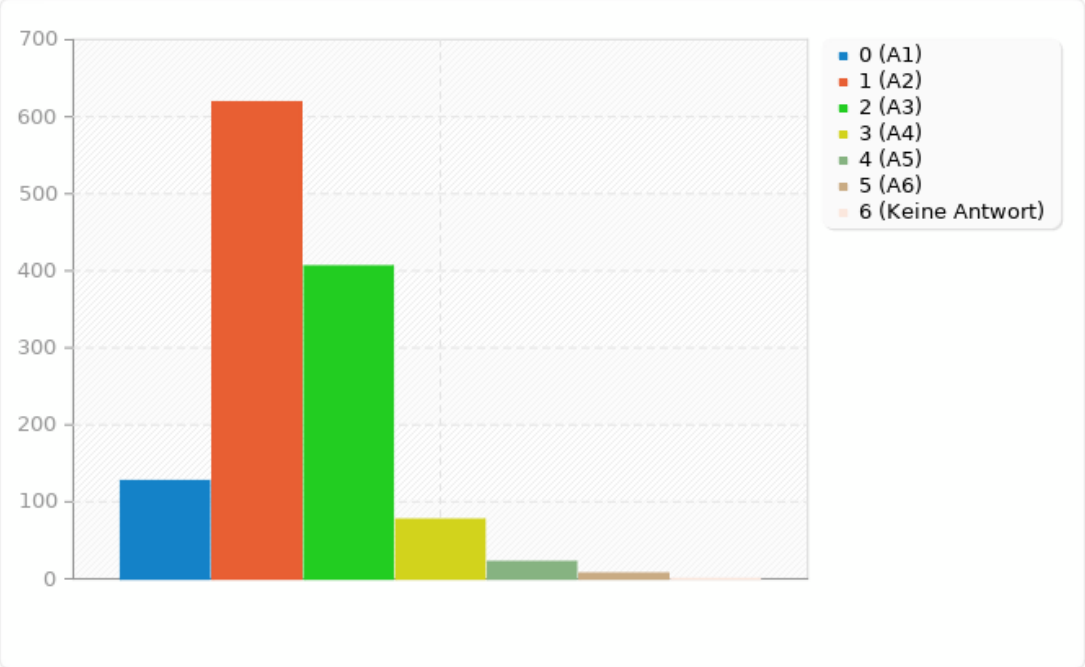
Zusammenfassung für i4

Wie würden Sie die Stimmung zwischen den Berufsgruppen einschätzen? Bewertung in Schulnoten – 1 = sehr gute Stimmung, 3 = mittelmäßige Stimmung, 6 = extrem schlechte Stimmung

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	127	10.10%
2 = gut (A2)	619	49.21%
3 = befriedigend (A3)	406	32.27%
4 = ausreichend (A4)	77	6.12%
5 = mangelhaft (A5)	22	1.75%
6 = ungenügend (A6)	7	0.56%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i4

Wie würden Sie die Stimmung zwischen den Berufsgruppen einschätzen? Bewertung in Schulnoten – 1 = sehr gute Stimmung, 3 = mittelmäßige Stimmung, 6 = extrem schlechte Stimmung



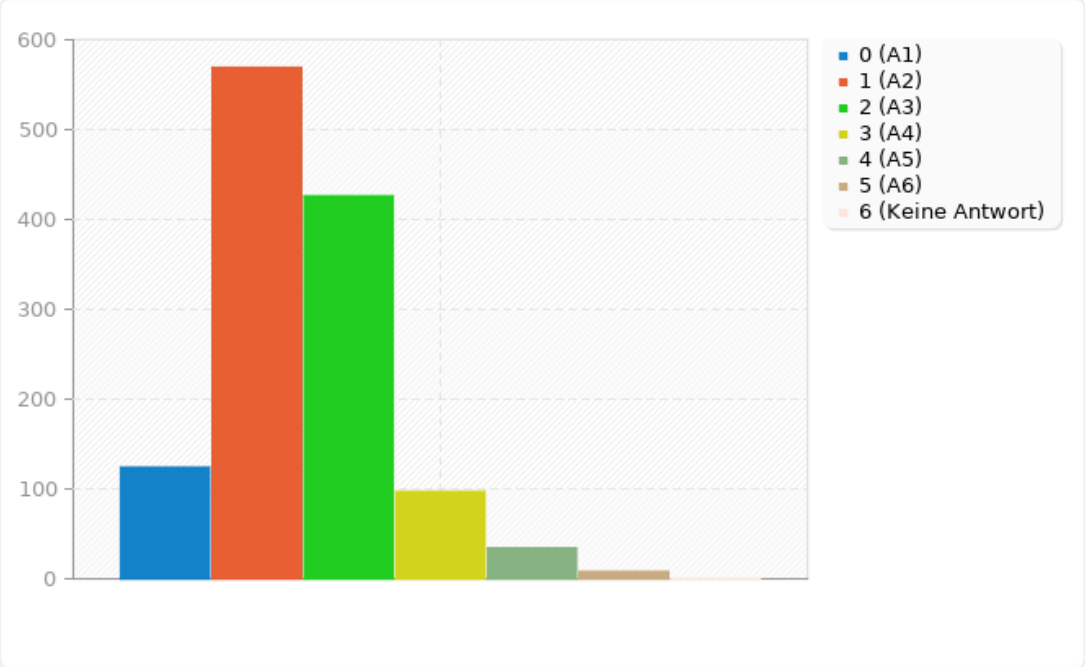
Zusammenfassung für i5

Wie bewerten Sie die Wertschätzung der Berufsgruppen untereinander? Bewertung in Schulnoten - 1 = sehr hohe Wertschätzung, 3 = durchschnittliche Wertschätzung, 6 = keine Wertschätzung

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	124	9.86%
2 = gut (A2)	569	45.23%
3 = befriedigend (A3)	426	33.86%
4 = ausreichend (A4)	97	7.71%
5 = mangelhaft (A5)	34	2.70%
6 = ungenügend (A6)	8	0.64%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i5

Wie bewerten Sie die Wertschätzung der Berufsgruppen untereinander? Bewertung in Schulnoten - 1 = sehr hohe Wertschätzung, 3 = durchschnittliche Wertschätzung, 6 = keine Wertschätzung



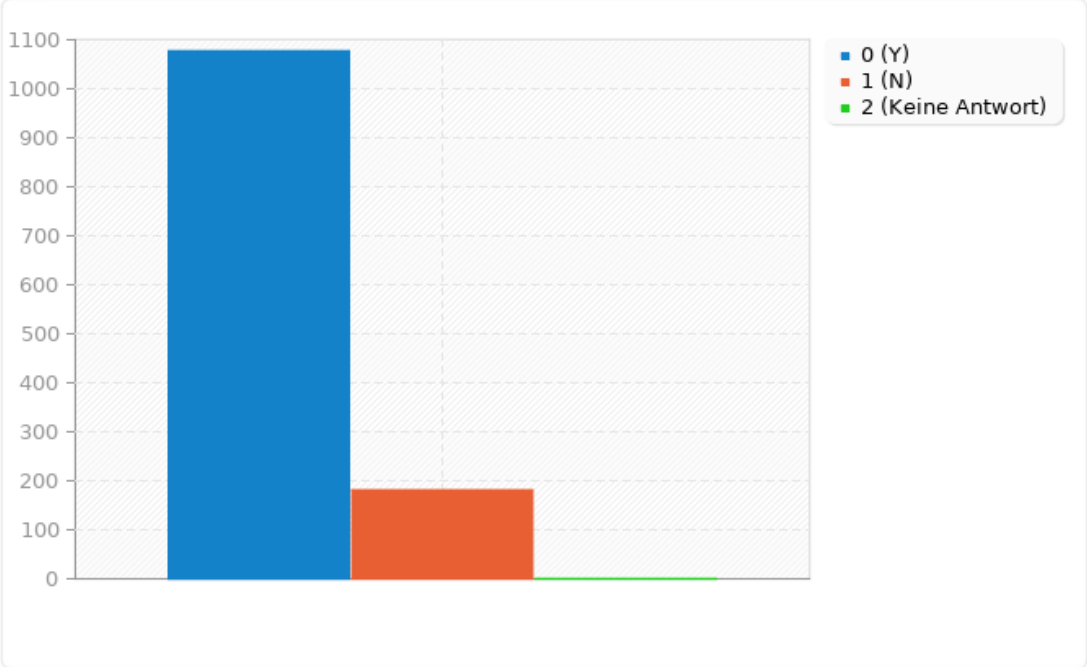
Zusammenfassung für i6

Können Sie ich vorstellen, bestimmte eigentlich ausschließlich ärztliche Aufgaben wie beispielsweise Aufklärungen, einfache Wundverschlüsse, OP-Assistenz an medizinische Assistenzberufe, beispielsweise sogenannte Physician Assistants, zu übertragen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	1077	85.61%
Nein (N)	181	14.39%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i6

Können Sie ich vorstellen, bestimmte eigentlich ausschließlich ärztliche Aufgaben wie beispielsweise Aufklärungen, einfache Wundverschlüsse, OP-Assistenz an medizinische Assistenzberufe, beispielsweise sogenannte Physician Assistants, zu übertragen?



Zusammenfassung für i7

Wenn ja, welche?

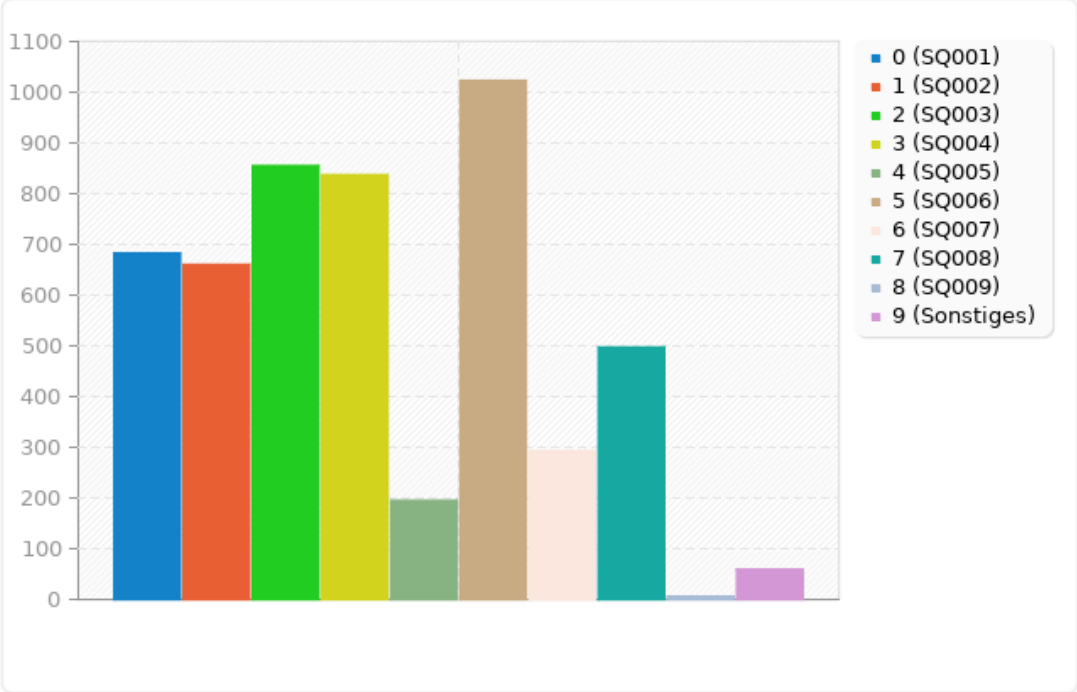
Antwort	Anzahl	Prozent
Aufklärungen (SQ001)	682	63.32%
Assistenz im OP, beispielsweise Lagerung, 2. Assistent, Wundverschluss (SQ002)	660	61.28%
Wund- und Verbandmanagement (SQ003)	855	79.39%
Dokumentation (SQ004)	837	77.72%
Einfache Sonographie-Untersuchungen (SQ005)	195	18.11%
Legen von Zugängen (SQ006)	1023	94.99%
Grundlegende körperliche Untersuchung (SQ007)	292	27.11%
Einfache Funktionsuntersuchung (SQ008)	497	46.15%
Weiß ich nicht (SQ009)	6	0.56%
Sonstiges	59	5.48%

ID	Antwort
71	Anmeldung/ Organisation von Untersuchungen oder Rehaplätzen, Anfordern von Vorbefunden, Pflegen und Kontrolle von Registern
102	Arztbriefe schreiben, Befunde anfordern
154	Blutentnahmen
216	Blutabnahme, Triage, Termunvereinbarung
222	Vorbereiten von Arztbriefen
247	Patientenbetreuung (im Sinne von Befundanforderung, Organisation im stationären Aufenthalt (Patientenverwaltung, konsiltermine, Sprechstunde), Rezeptvorbereitungen, Organisation poststationäre Weiterbetreuung
299	Zunächst erstmal alle nicht-ärztliche Aufgaben vollständig abgeben
417	Dokumentation so, dass der Arzt nur noch drüberliest und absegnet oder abändert
442	Blutabnahme
529	Strukturiere Vor-Anamnese
555	Lagerung im OP ja, aber zu Beginn ist der Wundverschluss doch mein Zuckerl
581	Einfache Blutentnahmen.
585	Rehaplanung, Rezeptausstellung
607	Applikation von Chemotherapien
669	Tranfusionen
710	Blutentnahmen
724	Schmerzvisiten (befüllen von Schmerzpumpen, Versorgung von Schmerzkathetern/ PDKs auf Normalstation)
738	Befundanforderungen, Terminmanagement, Blutabnahmen, Arztbriefe
757	Blutentnahme
770	Auf gar keinen Fall Aufklärungen...!
832	Transfusion
858	Blutentnahmen
927	Organisatorisches: REHA Anträge etc.
931	Blutabnahme
945	Telefonate zur Datenrekrutierung
1022	Basisanamnese
1039	Vorbereiten von Arztbriefen, Anmeldung und Organisation von Terminen, Telefontgespräche mit Pflegeheimen/Angehörigen um Informationen einzuholen
1050	Grundstruktur des Arztbriefes, Einholen von Befunden
1085	Organisatorische Unterstützung
1110	Blutentnahmen
1114	wenn die Person geeignet ist, wovon ich mich vorher persönlich überzeuge
1148	Angehörigengespräche, Triage, Aufnahmen
1204	Befundübermittlung und -Anforderung
1291	Wichtig ist die gute Kommunikation, es bringt auch nichts wenn der physicien assistant dann wegen Unsicherheit immer ein Arzt anruft oder nichts dokumentiert. Dann weiß man nicht was gemacht gesehen worden ist und kann alles selbst neu machen.
1292	Verfassen von Arztbriefen
1293	Befunde anfordern
1321	Blutentnahmen, Anträge

1340	Anmeldung von Röntgen, ct etc im System nach ärztlicher Rücksprache (z.b. in gemeinsamer visite entschieden) Wenn gut ausgebildet verabreichung von apothekenpflichtigen aber nicht rezeptpflichtigen Medikamenten wie pcm tabletten etc im klinischen setting.
1532	Blutentnahmen
1534	Organisation von Vorbefunden
1536	Terminvereinbarung
1580	Organisatorische Aufgaben z. B. Terminvereinbarungen
1658	Abrechnung
1715	Anmeldungen von Untersuchungen, Befunde organisieren
1996	Standardaufklärung wie MRT/CT. Keine Interventionsaufklörung wie Punkion oder DSA
2127	Blutabnahme, Terminvereinbarungen, Angehörigengespräche
2129	Blutentnahme
2155	Den zunehmenden Einsatz von PAs sehe ich kritisch, da Möglichkeit für den AG teures Personal (Ärzte) durch billige Arbeitskräfte zu ersetzen, was unterm Strich zu einen Mangel an Versorgungsqualität führt. Der Grundgedanke ist eigentlich richtig.
2159	Arztbriefe
2215	Blutentnahmen
2280	Zuschnitt
2283	Reha-Anträge, bestimmte Vorarbeit bei Arztbriefen
2391	Arztbrief Erstellung, Arzt bessert nur noch aus.
2420	Ersteinschätzung des Psychopatholog. Befunds und Entscheidung über Drogenscreenings/Blutentnahme (ärztliche Entscheidung muss bleiben Bildgebung und LP)
2440	Arztbriefe anlegen, Reha Anträge ausfüllen
2474	Blutabnahmen
2478	trifft nicht zu
2485	Blutentnahmen
2500	Beschaffen von Befunden, Organisation von Terminen

Zusammenfassung für i7

Wenn ja, welche?



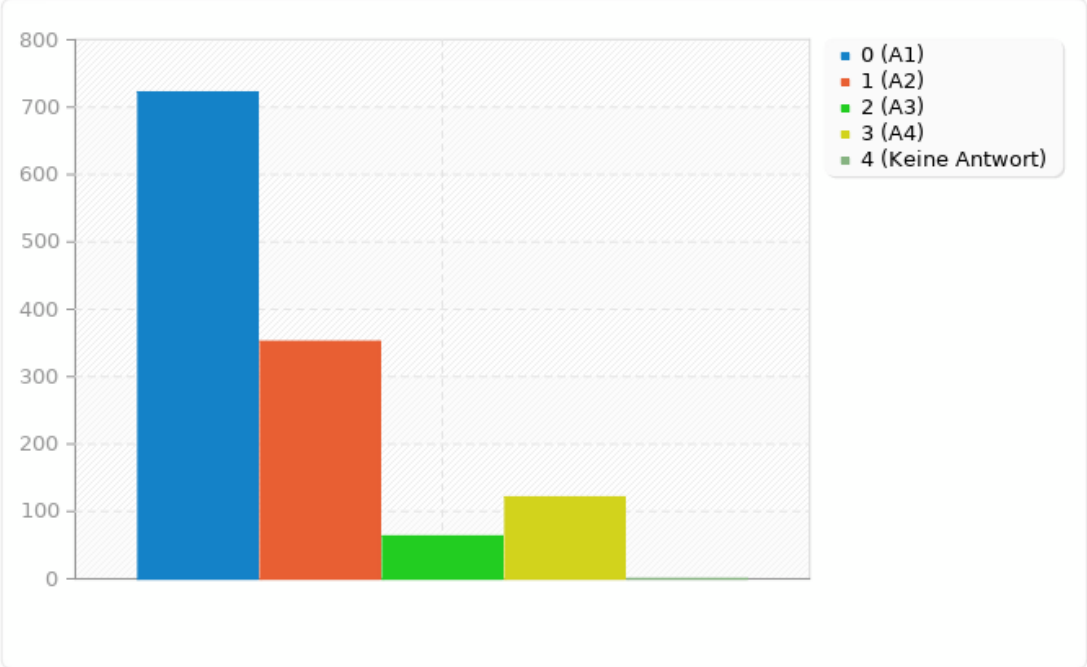
Zusammenfassung für i9

Denken Sie, dass an Ihrer Klinik Ihre ärztliche Arbeit durch den Fachkräftemangel bei der Ärzteschaft negativ beeinflusst wird / die Qualität der Patientenversorgung leidet?

Antwort	Anzahl	Prozent
Patientenversorgung leidet stark durch Fachkräftemangel (A1)	722	57.39%
Wenig Einfluss auf Patientenversorgung (A2)	352	27.98%
Keinen Einfluss auf Patientenversorgung (A3)	63	5.01%
Kann ich nicht beurteilen (A4)	121	9.62%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für i9

Denken Sie, dass an Ihrer Klinik Ihre ärztliche Arbeit durch den Fachkräftemangel bei der Ärzteschaft negativ beeinflusst wird / die Qualität der Patientenversorgung leidet?



Zusammenfassung für ab1

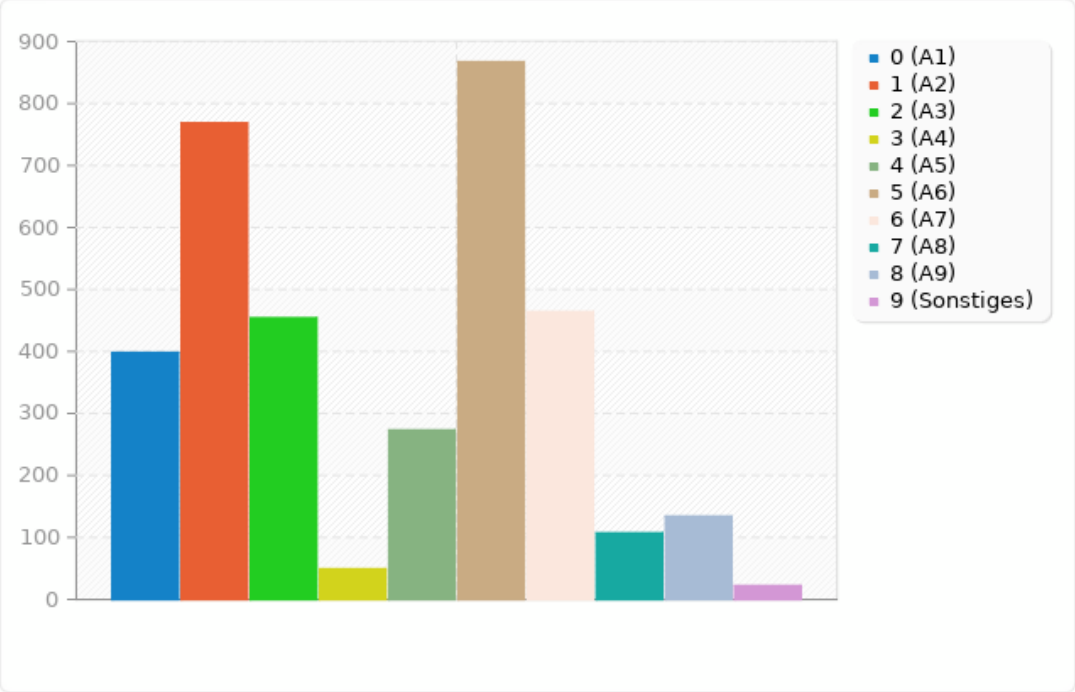
Welche Vorteile sehen Sie beim ambulanten ärztlichen Arbeiten?

Antwort	Anzahl	Prozent
Flexibilität (A1)	398	31.64%
Planbare Arbeitszeiten (A2)	768	61.05%
Teilzeit besser möglich (A3)	454	36.09%
Bessere Weiterbildung (A4)	49	3.90%
Mehr Patientenkontakt (A5)	273	21.70%
Work-Life-Balance (A6)	867	68.92%
Familie (A7)	464	36.88%
Unternehmerisches Arbeiten (A8)	107	8.51%
Einkommen (A9)	134	10.65%
Sonstiges	22	1.75%

ID	Antwort
265	Keine Nacht und Wochenendddienste
646	Besseres Verhältnis von Aufwand und Gratifikation
673	Guter Erfahrungszuwachs
996	eigenständige Entscheidungen
1038	Alles unter Vorbehalt, bin ja erst im 2. Jahr und mag meine Arbeit (und Kollegen) trotz aller Probleme
1247	Selbstbestimmtheit
1255	Keine
1295	keine Nachtdienste
1375	Keine Wochenendarbeit
1436	Keine Dienste, keine Wochenenden
1477	Selbstverwaltung/Selbstverwirklichung
1551	x
1566	Weiß ich nicht
1624	Nichts, da der Begriff zu unkonkret ist
1658	nicht relevant, da RM immer universitär in Dtl.
1671	Kein Interesse
1931	Vielfalt und Spektrum
1986	-
2204	kein Schichtdienst
2236	Unabhängigkeit
2319	+Flex, arbeitszeiten, pat kontakt, familie, unternehmerisches arbeiten
2375	Wenn wir als "ambulantes Arbeiten" die Tätigkeit außerhalb eines Krankenhauses betrachten so ist das Außerhalbstehen der üblichen Unannehmlichkeiten innerhalb größerer Betriebe (Führungsversagen, maligne Einzelpersonen an neuralgischen Punkten, allgemeines Hauen und Stechen zwischen den Abteilungen) definitiv eine Wohltat. Je weniger Menschen, desto klarer lassen sich Strukturen/Abläufe/Zuständigkeiten regeln und festsetzen. Je mehr Leute, desto leichter ist es zu sagen "Oh, ich dachte ihr macht das! Ich bin dafür nicht zuständig!"

Zusammenfassung für ab1

Welche Vorteile sehen Sie beim ambulanten ärztlichen Arbeiten?



Zusammenfassung für ab2

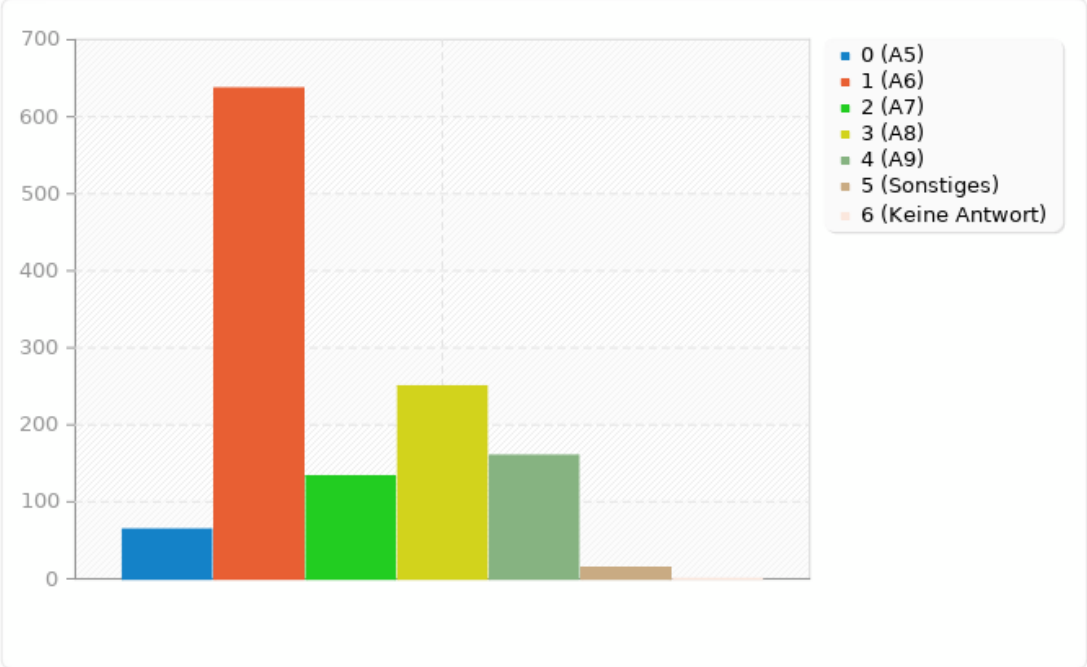
Gehen wir davon aus, Sie würden später gerne ambulant tätig sein, was wäre Ihre Idealvorstellung von einer Arbeitsstelle?

Antwort	Anzahl	Prozent
Einzelpraxis (A5)	64	5.09%
Gemeinschaftspraxis (A6)	637	50.64%
Praxisgemeinschaft (A7)	133	10.57%
Medizinisches Versorgungszentrum (A8)	250	19.87%
angestellte Tätigkeit (A9)	160	12.72%
Sonstiges	14	1.11%
Keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
646	Leitung einer Praxis mit angestellten Kollegen
680	keine Festlegung
865	Interdisziplinäres Zentrum
1038	Auf keinen Fall allein, kenne mich aber noch nicht gut damit aus. Wahrscheinlich Gemeinschaftspraxis.
1114	kommt auf die Bedingungen an, alles denkbar
1255	Klinik
1360	Ich weiß es noch nicht
1624	Weiß nicht
1671	Nein
1692	Hauptsache als Team!
2500	Stadtteilgesundheitszentrum bzw. interdisziplinäres Gesundheitszentrum auf dem Land

Zusammenfassung für ab2

Gehen wir davon aus, Sie würden später gerne ambulant tätig sein, was wäre Ihre Idealvorstellung von einer Arbeitsstelle?



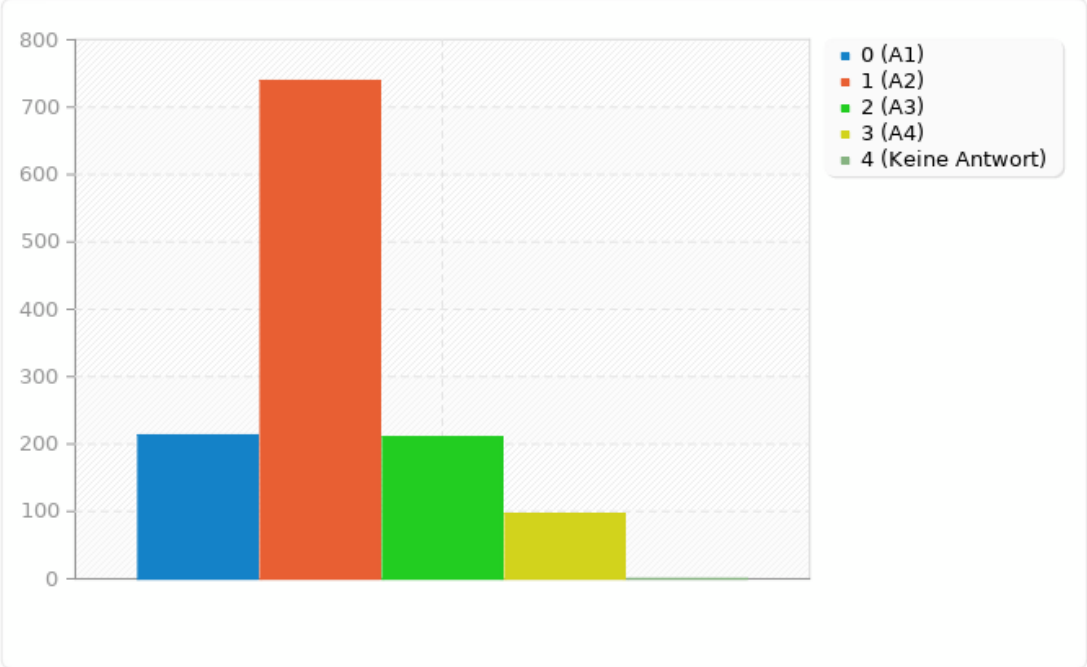
Zusammenfassung für ab3

Gibt es an Ihrer Arbeitsstelle Angebote unkompliziert zwischen Klinik und ambulanter Tätigkeit zu wechseln (zum Beispiel für Rotationen)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	213	16.93%
Nein (A2)	739	58.74%
Weiß ich nicht. (A3)	210	16.69%
Trifft auf meine Fachrichtung nicht zu. (A4)	96	7.63%
Keine Antwort	0	0.00%

Zusammenfassung für ab3

Gibt es an Ihrer Arbeitsstelle Angebote unkompliziert zwischen Klinik und ambulanter Tätigkeit zu wechseln (zum Beispiel für Rotationen)?



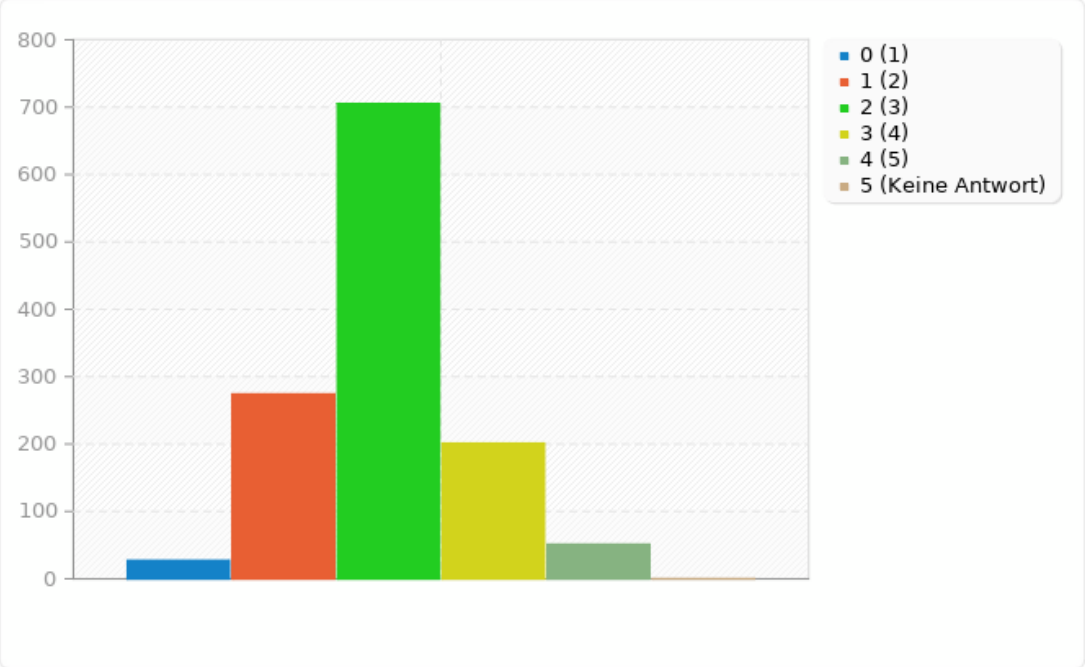
Zusammenfassung für ab4

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor? Bewertung: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = mittelmäßig, 4 = verbesserungswürdig, 5 = stark verbesserungswürdig

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	27	2.15%	23.93%
2 (2)	274	21.78%	
3 (3)	705	56.04%	56.04%
4 (4)	201	15.98%	
5 (5)	51	4.05%	20.03%
Keine Antwort	0	0.00%	0.00%
Arithmetisches Mittel	2.98		
Standard Abweichung	0.79		
Summe (Antworten)	1258	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Zusammenfassung für ab4

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor? Bewertung: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = mittelmäßig, 4 = verbesserungswürdig, 5 = stark verbesserungswürdig



Zusammenfassung für ab5

Warum so schlecht?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	119	47.22%
Keine Antwort	133	52.78%

ID	Antwort
71	Hin und her schicken von Patienten, weil manche Verordnungen von Klinikärzten/ in der Notaufnahme nicht möglich sind
94	Seit zwei Jahren kein Austausch mit ambulanten Behandlern.
100	Informationsfluss
129	Klinik meckert über Ambulanzen und umgekehrt
163	Wir bekommen kaum Infos von den niedergelassenen Kollegen
171	Keine Berührungspunkte , keine Verbindung mit ambulanter Versorgung
192	Ständiges hinterhertelefonieren von alten Arztbriefen/ ambulanten Befunden Therapievorschläge aus Arztbriefen ignoriert Kein Austausch bzw. Therapie Konzepten
248	Häufig werden bei Einweisung von Patienten keine Vorbefunde mitgegeben und Pat. regelmäßig in verschiedene Kliniken eingewiesen. Das führt zur unnötigen Wiederholung von Diagnostik und Informationsverlust.
264	Es gibt keine, außer dem Brief an den Hausarzt nach Entlassung
268	Keinerlei Kontakt
312	Häufig schwer, Kontakt zum amb Arzt aufzunehmen
355	Kaum Kommunikation, wenig Wertschätzung auf Seiten der Klinikchefarztebene
370	Keine Zeit für Zuweiserfreundlichkeit, Verfassen von Arztbriefen für Häusärzte/niedergelassene Fachärzte in Arbeitszeit der universitären Spezialambulanzen nicht vorgesehen, Patienten haben teils über viele Jahre Anbindung ohne dass je eine Kommunikation zum MItbehandlenden Niedergelassenen erfolgt.
371	Fehlende Kommunikation
442	Ich habe bisher keine Zusammenarbeit miterlebt.
464	Keine gemeinsame Patientenakte, zu wenig Ineinandergreifen, komplizierte Unterschiede zwischen stat und ambulanter Behandlung (Rezepte, Untersuchungen etc, v.a. durch Kassen/Finanzgründe)
485	Keine Kommunikation. Stumpfe Einweisung vs. Ignoranz der ambulanten medikamentösen Einstellung
496	Es gibt keinen Austausch
499	Vieles wird stationär aufgenommen, was eigentlich ambulant behandelbar wäre. Wenig Kommunikation zwischen Ambulanz und Klinik
523	Man hängt große Teile des Tages in Warteschleifen, um Befunde zu erfragen, die dann in schlechter Qualität als Fax eingehen oder um Termine für Patienten zu vereinbaren.
546	Berufliche Rotationen in ambulanten Bereich nicht möglich
569	Fehlende Kommunikation
581	Einweisungen finden oft zum „nur mal schnell Sono machen/Blut abnehmen“ statt oder oft ohne das Kind gesehen zu haben „gehen sie mal in die Klinik“. Folge sind volle Rettungsstellen für nichts und wieder nichts.
585	Sinnlose Einweisungen. Patienten werden in zna geschickt, ob wohl sie kein Notfall sind und ins Sprechstunde gehören. umgekehrtmacht man sich im stationären Bereich oft keine Mühe,dass die nachsorge sinnvoll läuft und schickt die Patienteneeinfach wweg
594	Ambulant führbare Erkrankungsbilder werden eingewiesen wegen fachlicher Unkenntnis
607	kein digitaler Austausch von Datensätzen - es wird noch immer gefaxt oder per Brief gearbeitet ambulante Kollegen sind telefonisch (V.a. Mittwochs und Freitags) sehr schwer zu erreichen
613	Kaum Kontakt zwischen klinikärzten(zumindest weiterbildungsassistenten) und niedergelassenen Ärzten außer für den nötigsten Informationsaustausch; ständiger Zeitdruck
617	Aufgrund der schnellen Entlassungen aus dem stationären Aufenthalt ist oft die erforderliche Anbindung an die ambulante Versorgung nicht ausreichend erfolgt. Folge ist eine mangelhafte Nachverfolgung der Patienten, insb. der weniger gut informierten (auch oft Folge

	des Zeitmangel und geringen Patientenkontakts).
646	Fehlende Kommunikation auf Minimalniveau
648	Man versucht, Patienten in beide Richtungen abzuschieben
664	ambulant -> stationär (fehlender Befunde (gerne nur mit EWS -> Doppeluntersuchungen), sinnlose Zuweisungen aufn Freitagnachmittag, keine Absprache oder nicht dran halten oder bei der Ankündigugn wahnsinnig dramatisieren oder untertreiben...), nicht umsetzen der Empfehlungen mit entsprechende Wiederaufnahme (kard. Dekomp -> Diuretika (bitte im verlauf reduzieren) - > ANV nach 2-3 Wochen; oder irgendwas absetzen weils zu teuer ist...), keine Hausbesuche, ambulant -> stationär: kein QR-Code Medplan, Fehler im Brief, teils zeitige Entlassung, Und dann gibts da noch die Hausärzte die man mit "dem Zucker in Ruhe lassen soll", kann er nicht... gefühlt auch nichts anderes.... ausser "geht von alleine weg" und Einweisungsschein - da wird die Dyspnoe seit 1/2 Jahr zum dritten mal zur elektiven Koro eingewiesen (2x unauff.), aber der HA macht in 1/2 jahr kein BB. Dann wäre die Leukozytose aufgefallen und die Anämie... PS: Dank Corona geht aktuell auffällig viel plötzlich ambulant.
666	schlechte Informationsweitergabe
668	Man spricht nicht mit, sondern mit dem Patienten schlecht übereinander.
681	aus meiner Sicht zu wenige Schnittstellen / zu scharfe Grenzen
691	keine rotation möglich
707	es gibt lediglich Briefkontakt, keine interdisziplinären Besprechungen zwischen den Sektoren
711	unterschiedliche Dokumentationssysteme, unterirdische Digitalisierung, sehr viel unnötige Reibungsarbeit
715	isso
720	keine Rotationsmöglichkeit, keine Kooperationen
729	Sehr wenig Austausch, fehlenden Digitalisierung. Trennung generell schlecht in meinen Augen.
737	Schlechte Doku der Zuweiser.
742	fehlende Kommunikation
787	Oft vorschnelle, notfallmäßige Einweisungen ohne rudimentäre ambulante Abklärung
809	Außer Minimalinformationen auf dem ÜSchein besteht kein Kontakt zu ambulanten Kollegen. Rückfragen sind mit immensem Zeitaufwand verbunden.
842	Früher gab es Rotationen während der Ausbildung, heute ist dies durch hohe bürokratische Auflagen nicht mehr möglich,
862	Praxen wiegeln oft ab, weisen oft vorschnell in Notaufnahme ein. Patienten bekommen keine Termine, obwohl eigentlich eine Akutsprechstunde angeboten werden muss (wird offensichtlich teil nicht umgesetzt)
871	wenig Kommunikation, viel Abtörfen
921	- man muss den Hausärzten aus stationärer Sicht viel "hinterher telefonieren", um Vorerkrankungen, Medikamentenpläne, Befunde etc. zu erfragen - eine digitale Akte würde viel Zeit sparen
933	Schlechte Befundübermittlungen, stark eingeschränkte Erreichbarkeit des ambulanten Sektors.
945	Weils nicht besser ist
1019	Schlechte Kommunikation. Wenn dann erfolgt sie oft über den Patienten der als Laie oftmals Informationen nicht ausreichend weiterreichen kann
1021	Befundweitergabe häufig schlecht, abschieben von Arbeit ins Krankenhaus. Mangelhafte Qualität der ambulanten weiterversorgung
1024	Weil zu wenig Kommunikation besteht. Mittlerweile gibt es jetzt doch neu gegründetes Netzwerk von Klinikärzten und Niedergelassenen
1033	- zu wenig Austausch zwischen ambulanten und stationär tätigen Kollegen
1035	Überweisungen erfolgen oft mit sehr wenigen sinnvollen Angaben.
1042	Im Einzugsgebiet meiner Arbeitsstelle sind Hausärzte nicht ausreichend im chirurgischen Bereich ausgebildet um ihren Aufgaben als Allgemeinmediziner gerecht zu werden. Oft abschieben der Patienten ins Krankenhaus weil man keine Lust oder keine Ahnung hat.
1082	kaum Austausch über die Patienten möglich
1092	Kein Verständnis und keine Wertschätzung der Klinikärzte gegenüber den niedergelassenen Kollegen.
1100	Kommunikation nur über Arztbriefe
1109	Es gibt kaum Austausch zwischen Klinik und Zuweisern. Patientinnen werden mit Überweisungen oder Einweisungen geschickt, ohne einen Termin im Ambulanzzentrum zu vereinbaren oder außerhalb der regulären Arbeitszeiten. Dann landen sie im Notfallsystem und müssen stundenlang warten, damit sie dann am nächsten oder übernächsten Tag noch

	einmal in die Ambulanz kommen müssen. Das kann man besser organisieren.
1142	teilweise werden Anordnungen aus der Klinik nicht umgesetzt --> Patienten kommen dadurch wegen der gleichen Probleme immer wieder stationär; Tätigkeiten, die ambulant erfolgen können, werden in den stationären Sektor verlagert
1148	Schlechte Koordination, erschwerte Kommunikation (Warteschlangen..)
	Selten persönlicher Kontakt vor Patientenüberweisung.
1150	Man muss sich immer noch Befunde per Fax einholen, weil der niedergelassene sie nicht mitgibt. Überweisungsscheine sind nicht ausgefüllt. Die niedergelassenen Ärzte setzen die Vorschläge der Klinik nicht um. Die Klinikärzte haben keine Zeit um bei den Hausärzten anzufragen, was diese sich dabei gedacht haben eine bestimmte Therapie so anzusetzen. Es gibt keinen Feedback-mechanismus zwischen den Niedergelassenen und den Klinikärzten etc. etc.
1165	Therapieempfehlungen werden in der ambulanten Versorgung nicht umgesetzt. Bei Reha-Einweisung sollten Patienten "CHeckliste" abarbeiten. Meist fehlen aktuelle Laborbefunde, wichtige radiologische Aufnahmen und Vorbriefe, sodass hier erstmal umständlich, oft auch mehrfach hinterher telefoniert werden muss.
1167	Schnittstellen der Entscheidungsträger oft stundenlang nicht erreichbar, persönlicher Umgang stellenweise äußerst schwierig
1182	Kommunikation nur per Fax und Telefon möglich...
1183	es gibt keine Zusammenarbeit
1204	Weitgehend willkürliche Einweisungen, die teilweise forensisch begründet werden.
	Medikationsempfehlungen werden kaum berücksichigt. Patienten werden von mehreren Kollegen zur Vorstellung in der Klinik gedrängt (z.B. müsse bei Schwindel seit mehreren Wochen der Schlaganfall mittels notfälligem MRT und anschließendem stationären Aufenthalt ausgeschlossen werden.)
1212	Mangelnde Kommunikation, oft keine Befunde/MediPlände dabei
1221	Die Kommunikation Erfolgt meist schriftlich, was Leider oft ungeklärte Fragen offen lässt.
	Später Informationen zu erhalten ist oft schwierig.
1247	Wenig Kommunikation, schlechte Vernetzung , oft geringe Wertschätzung in beide Richtungen.
	Zu hoher Anspruch an das was im stationären Setting alles passieren kann.
1263	Schlechte Kommunikation und Erreichbarkeit. Die Beschaffung von Befunden/Arztbriefen ist sehr zeitaufwendig. Keine klar geregelten Strukturen/System.
1272	Daten fehlen, wenn Hausärzte nicht erreichbar = keine Informationen/Vorbefunde/Medikamentenpläne
1291	In unsere Abteilung, wird zwischen Ambulanz und Station NULL kommuniziert. Ein Patient wird einfach auf Station geschickt, eine Übergabe erfolgt nicht. Man muss selbst die Befunde der Ambulanz raussuchen.
1300	fehlende direkte Kommunikation (nur indirekt über Arztbriefe/Einweisungen)
1310	Schlechte Kommutation, jeder wälzt die Arbeit an die andere Partei ab, wenig Zusammenarbeit
1319	Abgesehen von belegärztlicher Tätigkeit findet außer Einweisungsscheinen in die eine, Arztbriefen in die andere Richtung, seltenst Telefonate zu einzelnen Unklarheiten oder Versäumnissen kein Kontakt statt.
1332	Wenig direkter Kontakt und Informationensverlust
1360	Es gibt keinen regulären Austausch. Gerade in der Psychiatrie wäre es enorm wichtig sich mit den ambulanten Behandler kurzzuschließen. Das fällt aber im täglichen Stress und der Eile meist hinten runter.
1363	Keine direkte Kommunikation oder Informationsweitergabe möglich.
1375	Fehlender Informationsfluss
1415	keine Komunikation, weil alt eingefahrenen Strukturen und einfach nciht erwünscht/ keine Zeit
1419	Direkte Arztdurchwahlen in Kliniken fehlen, man landet immer in der Zentrale und muss sich durchfragen, was unglaublich viel Zeit kostet. Meiner Meinung nach müsste es in jeder Abteilung eine Arzt-zu-Arzt Durchwahl geben, wo dann aber auch bitte jemand ans Telefon geht
1437	Klinik weiss nicht wie die Nachbehandlung läuft falls wir pat. In die Niederlassung schicken.
	Kommunikation könnte besser sein. Direkt besser als per brief
1458	Kaum Kommunikation zwischen Niedergelassenen und Klinik, häufig schlechte Stimmung..
1468	Hausäzte sind telefonisch kaum erreichbar, daher Schnittstellenprobleme
1473	Gibt es nicht
1599	Keine oder lückenhafte Fortführung des Prozederes bzgl diagnostik oder Therapie
1624	Siehe unnötiger Datenschutz, geringer digitaler Informationsaustausch...
1633	Schlechte Kommunikation, komplizierte Strukturen
1679	Kaum wirkliche Kommunikation untereinander

1702	Keiner weiß wirklich was der andere plant.
1767	Keine direkte Erreichbarkeit der meisten Arztpraxen für fachliche Nachfragen, da selbe Warteschleife wie Patienten und Praxen überlastet sind.
1785	findet kaum statt
1788	In meiner Fachrichtung herrscht große Konkurrenz zwischen den Kliniken und den Niedergelassenen Ärzten. Die Kliniken nehmen den Niedergelassenen Operationen weg, die sie selbst operieren könnten, machen Untersuchungen ohne Kosten zu berechnen, die berechnet werden müssten, und machen es den Niedergelassenen schwer, noch lukrativ eine Praxis zu führen.
1827	Bei Einweisungen in das Krankenhaus werden den Pat. selten relevante Epikrisen und Befunde mitgegeben, die Erklärung der Einweisungsdiagnose zum Teil nicht gut überlegt und für Rückfragen sind Praxen meistens schlecht telefonisch erreichbar (oft besetzt bei gleichzeitig engen Sprechstundenzeitraum)
1832	schlechte Kommunikation
1865	Schlechte telefonische Erreichbarkeit. Befundübermittlung kompliziert.
1873	Es wird viel zu viel eingewiesen und abgeturfed .gerade aus Pflegeheimen und von alten überforderten Hausärzten
1912	Sinnlose Zuweisungen von HA, FA, ÄBD. Keine Möglichkeit der konstruktiven Kritik. Weiterversorgung bestimmter Patienten ambulant kaum organisierbar.
1938	Keine Wertschätzung. Schlechte oder nicht vorhandene Kommunikation. Unterschiedliche Bedürfnisse und Rahmenbedingungen, die nicht ausgetauscht werden und das führt oft dazu, dass die gemeinsame Behandlung eines Patienten oft wirkt wie ein gegen einander arbeiten.
1973	Faxgeräte
1987	Kaum Absprachen. Postoperative Ambulante Versorgung muß verbessert werden.
2024	es gibt kaum Kommunikation zwischen Niedergelassenen und Klinik - es entstehen so immer wieder Lücken in der Versorgung.
2064	Es gibt quasi keine Zusammenarbeit.
2077	Trifft nicht zu
2140	Sobald die Patienten aus dem Haus sind, wissen wie nicht mehr, was mir ihnen geschieht. Der nächste Kontakt entsteht erst wieder bei erneuter Vorstellung(Notaufnahme oder elektiv). Ausnahme Spezialambulanzen
2149	Einweisungen in der Regel ohne klare Diagnose/ Fragestellung, häufig fehlen mitgegebene Befunde, häufiges „Abwälzen“ von Problemen zu Feiertagen, Urlaubszeiten, Schließzeiten
2172	findet wenig, nahezu nur papierbasiert oder per Telefon wenn überhaupt statt. Bis aber jemand erreichbar ist (per Telefon) vergeht viel Zeit!
2224	Schlechte Kommunikation
2228	unnötige Kliniküberweisung wegen Mangel an Behandlungskapazität im ambulanten Bereich. Keine Einsicht in bisher durchgeführte Behandlungen, Laborwerte
2245	Es gibt keine Schnittstellen. Ambulant tätige Ärzte sind ausschließlich Zuweiser.
2248	Informationsfluss bei Einweisung gering (z.T. auf Einweisung nur ein ICD-Code, Hintergründe gehen verloren) Informationsfluss bei Entlassung?
2280	Anträge werden unvollständig ausgefüllt
2286	Es gibt kaum Möglichkeiten während der Weiterbildung in den ambulanten Sektor zu wechseln, ohne den alten Arbeitsvertrag zu kündigen und einen neuen abschließen zu müssen.
2292	Häufig mangelnde Kommunikation bei Entlassungen/Krankenhauseinweisungen.
2375	Der allgemeine Zeitmangel erschwert die Echtzeit-Kontaktaufnahme zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Das Nachfordern von fehlenden Befunden (denn die elektronische Gesundheitsakte ist ja noch in den Kinderschuhen) ist dadurch praktisch unmöglich, auch klärende Telefonate (z. B. bei unklaren Untersuchungsanfragen) können nicht stattfinden. Schlimmstenfalls kommt der Patient halt wieder, und auf dem Ambulanzbrief stehen Sachen wie "Da dem Patienten die maßgeblichen Befunde nicht mitgegeben wurden, konnte eine zielführende Bearbeitung durch uns nicht erfolgen. Wir bitten dieses bei der nächsten Überweisung zu berücksichtigen." Zugleich wird der ambulante Bereich (Hausärzte) vom Kliniker als ein Haufen Deppen angesehen, die den lieben langen Tag Patienten mit den blödsinnigsten Anfragen ins Krankenhaus schicken.
2390	Findet kaum statt
2474	starke Vorurteile bezüglich der jeweiligen Fachkompetenzen, mangelnde Kommunikation, geringes Wissen bezüglich der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen

Zusammenfassung für c3

Seit Monaten herrscht eine beispiellose Pandemie in Deutschland. Hat sich Ihr Arbeitsalltag dadurch in den vergangenen Monaten verändert und wenn ja, wie?

Antwort	Anzahl	Prozent
Nein, durch die Pandemie hat sich mein Arbeitsalltag nicht wesentlich verändert (SQ001)	198	15.74%
Ja, ich bin direkt in die Versorgung von COVID Patienten eingebunden (SQ002)	652	51.83%
Ja, in unserer Abteilung wurden Kolleginnen und Kollegen abgezogen, um in der Versorgung von COVID auszuhelfen (SQ003)	410	32.59%
Sonstiges	180	14.31%

ID	Antwort
69	Homeoffice
85	indirekt eingebunden
88	Mehr Aufwand bei Patientenkontakt, starke Einschränkungen bei OPs
90	Ich bin aktuell in Elternzeit
94	Deutliche geringere Arbeitsbelastung durch sinkende Patientenzahlen und eingeschränkte Aufnahmekapazität.
98	Arbeitsausfälle, da sich viele Kollegen im Verlauf angesteckt haben
112	Deutlich höheres Arbeitsaufkommen
114	Mehr Arbeit
119	Wenn unsere chirurgischen Patienten positiv getestet werden, werden sie verlegt, bleiben aber weiterhin unsere Patienten. Blutabnahmen, Visite etc findet weiter durch uns statt.
122	Mitarbeiter in Quarantäne, viele Hygienevorschriften
152	Hygienemaßnahmen
158	Ja, BV seit Beginn der Pandemie wegen SS
163	Neue Verordnungen, viele Absagen von Patienten
164	Erschwerte Arbeit durch Isolation von Patienten, daher noch mehr Zeitprobleme
166	Mehrarbeit, da wir OP Ressourcen anderer Abteilung für „dringliche“ OPs genutzt haben und daher die Fallzahlen gesteigert wurden
176	Geänderte Abläufe
216	Ja, Kollegen werden Massenhaft in Quarantäne geschickt. Die verbleibenden Ärzte müssen den Arbeitslast übernehmen.
233	stärkere Nutzung von persönlicher Schutzausrüstung nötig (Kreißsaal), macht das Arbeiten körperlich deutlich anstrengender
237	Weniger OP-Kapazitäten, kaum noch Routineeingriffe, hauptsächlich Tumo-OPs, die operative Ausbildung leidet darunter sehr
245	Therapieangebote wurden eingeschränkt
270	Aufgrund von Schwangerschaft ab der 12.ssw im Beschäftigungsverbot
272	Kaum Patienten da
277	Psychotherapie mit Abstand und FFP2 Maske funktioniert deutlcih schlechter. Außerdem sind die Pat. psychsich sehr stark beeinträchtigt. Auch Aktivitätsaufbau, was sonst ein Teil der Arbeit ist, funktioniert nicht so richtig.
280	Keine interdisziplinären Besprechungen (Physio, Logo, Ergo, Sozialdienst, Pflege, Ärzte) - folglich Besprechungen mehrfach am Tag einzeln mit verschiedenen Disziplinen (Zeitaufwand) oder Ausfall Besprechungen mit Nachteilen für Patientenversorgung
290	Höhere Arbeitsbelastung
316	weniger Patienten in stationärer Behandlung möglich
338	Es geht zu gefühlt 50% nicht mehr um therapeutische Inhalte sondern nur noch um Umsetzung der Hygiene Maßnahmen. Patienten sind äußerst stark von der Pandemie betroffen (Suizidgedanken, Obdachlosigkeit, Jobverlust, zunehmende Exazerbationen von Psychosen)
370	Stärkere Diskrimierung von Frauen mit Ausrede der Covidpandemie als vorgeschobenem Grund bezüglich Rotationen
404	erhöhte Schutzvorkehrungen, mehr Patientensteuerung
413	Ja, Durch die Einschränkungen und Maßnahmen aufgrund der Pandemie hat sich mein Arbeitsalltag verändert/ist komplizierter geworden.
422	Aktuell im Beschäftigungsverbot wegen Covid
438	Besprechungen, Visiten nur noch online
441	sonst etablierte sinnvolle Arbeitsabläufe wurden durcheinandergebracht; stetig wechselnde

	Anordnungen; Patienten liegen verteilt auf unterschiedlichen Stationen
449	arbeite erst seit der Pandemie. Gelegentlich im Dienst Kontakt zu Covid-Patienten
463	Teilweise war im OP eher wenig zu tun (Minusstunden wurden gemacht)
464	Besuch und Aufnahme der Eltern erschwert, Schutzmaßnahmen, weniger Fortbildung u
467	Station wurde teils geschlossen, selektive Eingriffe wurden abgesagt oder reduziert
485	Man behandelt mehr interdisziplinär
509	Ja, die Möglichkeiten der therapeutischen Interventionen sind beschränkt, schulische Wiedereingliederung der Patienten ist kaum möglich, Maskentragen wirkt sich auf die therapeutische Beziehung aus und immer mehr Kinder und Jugendliche geraten in immer stärkere Krisen, für die die eingeschränkte ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht, die stationären Plätze aber auch nicht.
526	Deutlich mehr Patientenaufkommen und Notfallvorstellungen, Intensität der Erkrankungen nimmt zu (Psychose, Suizidalität, Substanzmissbrauch)
531	weniger OPs, weniger Patientinnenkontakt
532	Reduziertes Elektivprogramm
556	weniger PAtienten/OPs
585	Zunächst weniger, jetzt viel mehr Patienten
588	Die Betreuung der Patienten ist deutlich aufwändiger geworden.
594	Reduktion der Bettebzahl zu Gundten COVID Betten
597	Berufsstart erst in Pandemie, kein Vergleich
599	reduzierte Anzahl an Patienten, reduzierte OP Kapazität, lange Wartelisten für Patienten, etc
605	Ich habe während der Pandemie angefangen zu arbeiten
607	un wurde OP und Stationskapazität gekürzt
613	Zwischenzeitlich weniger stark frequentierte notfallambulanz
616	Personalausfall teilweise sehr belastend durch Covid-erkrankungen unter Ärzten sowie Pflegepersonal mit damit verbundenen knappen Bettenkapazitäten und hohem Arbeitsaufkommen
634	Deutlich höherer Arbeitsaufwand
638	spezifische Hygeneforschriften, Erkranktes Personal, Wechsel zwischen COVID und nicht-COVID Pat.
669	Die Planung der Abstriche und auch das Anlegen der Schutzkleidung kostet mehr Zeit, die nie bedacht wird.
671	teilweise Versorgung von Covid-Patienten
681	Ich war bis vor Kurzem in Elternzeit.
684	Deutlich reduzierte OP-Zahlen
715	ständig wechselnde Regeln, andere Prozesse, andere Pflichten: stört sehr dieser Mehraufwand
723	reduzierte Patientenzahlen
731	Ich behandle psychisch belastete Menschen, die sich aufgrund der Pandemie zum Teil noch verschlechtern
737	Weniger OPs, mehr organisatorischer Aufwand
738	Berufsverbot auf Grund von Coronavirus
742	weniger Pat. kommen
744	ich arbeite im ÖGD
800	Veränderungen der Fortbildungsdurchführung, Sperren von Betten für CoViD Patienten u.a
809	Lediglich mehr CT hinsichtlich COVID.
822	ja, erhöhter Aufwand, dauernd andere Vorgaben, unklare ZUständigkeiten
825	sehr wenig Patienten und viel Zeit für Einarbeitung
850	Weniger chirurgische Tätigkeit durch Reduktion der OP Kapazität
871	da operativ mehr zeit für weniger Patienten und Arbeit
878	Personal wurde reduziert um Einkommensdefizite auszugleichen.
879	ich bin aus der stationären Versorgung ausgestiegen. Arbeite nur in der radiologischen Diagnostik.
898	Übernahme Internistische Zusatz Hausdienste, weniger dermatologische Patienten, weniger arbeit
899	Abläufe (klinikintern und abteilungsintern) haben sich deutlich gewandelt
918	In der KJPP ist die Elternarbeit derzeit fast unmöglich, kein Sport, kaum Kontakt für die Kinder zu den Familien. Das belastet alle sehr. keine gemeinsamen Team-Besprechungen mehr und alle paar Tage neu Anweisungen.
927	es herrscht Chaos
929	Vorwiegend telefonische Patientenkontakte, kaum Visiten in Einrichtungen möglich
930	Arbeitsstart in der Pandemie, kann dazu keine Aussage machen
940	teilweise weniger Patientenaufkommen, da sich Eltern nicht mehr in die KLinik trauen
947	weniger Patienten, mehr Bürokratie durch Tests
952	weniger Betten für alle Abteilungen, keine geplanten Aufnahmen, manchmal Covid-Patienten

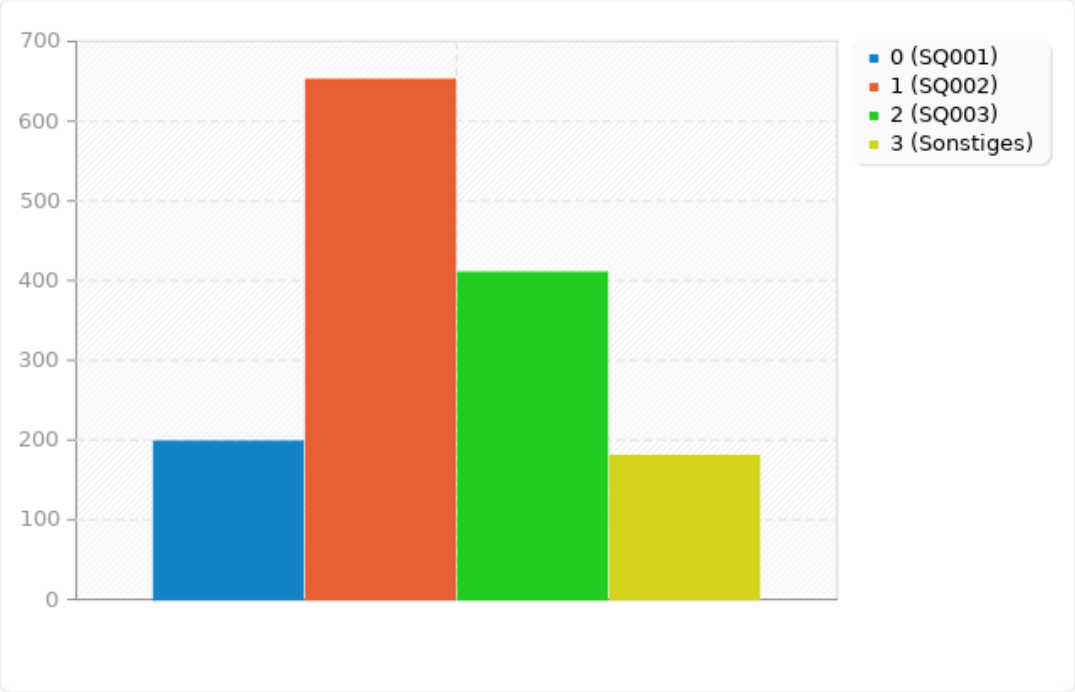
	versorgen, mehr Zeit- und Arbeitsaufwand für die Versorgung isolierter (Verdachts-) Fälle
958	zeitweise coronaversorgung
981	durch Schwangerschaft hatte ich keinen Kontakt zu Covidpatienten sondern wurde anderweitig eingesetzt
998	Weniger Patienten in der Reha, viel Arbeitszeit entfällt auf Hygienemaßnahmen, Coronatests bei Patienten und Mitarbeitern, viel mehr Schulungen, da nur noch sehr kleine Gruppen möglich
1000	siehe Ausführung weiter oben
1001	Es sind massenhaft Dokumentationsaufgaben und Präventionsaufgaben hinzugekommen und es wird verlangt, dass die Assistenzärzte planmäßig für die gesamte nicht-ärztliche Belegschaft betriebsärtliche Aufgaben übernehmen.
1008	In der Pädiatrie ist das Patientenaufkommen gesunken, da viele Infektionskrankheiten seltener auftreten.
1019	Ja
1020	Weniger OPs
1022	COVID-Diagnostik wird vom AG angeboten und erfordert zusätzlichen Personaleinsatz
1028	Patienten die auch Covid haben mit urologischen Erkrankungen
1039	Regelmäßig infizierte Kollegen nach Kontakt zu COVID Patienten in der Klinik
1042	Erkrankte Kollegen, Verschieben von Operationen
1056	Ich war vom Einstellungsstop betroffen und meine ursprünglich zugesagte Stelle an einer Uniklinik wurde wieder abgesagt da zu wenig operiert wird
1057	viele covid bezogene Aufnahmen, psychische Gesundheit hat im Rahmen der lockdowns erheblich gelitten. zudem viele zusatzaufgaben ohne zusätzliche zeit
1074	häufige quarantäne bei Kollegen
1079	neue Abläufe und Schutzkonzepte
1088	Kontakt zu potentiell wie leicht erkrankten Pat., besond. Hygienemaßnahmen
1100	Änderung in der Patientenzahl
1101	zu wenig Betten im Non-Covid Intensivbereich
1107	Reduzierte Patientenkontakte
1109	zeitaufwendige Dokumentation, PSA-Anlage
1115	weiß nicht, da erst in der Pandemie angefangen zu arbeiten
1154	In der Praxis auch Infizierte betreut
1156	Einschränkungen in der Versorgung der Patienten durch vermehrten Ausfall von Kollegen und Hygienemaßnahmen
1178	ja
1185	durfte auf Grund meiner SS nur noch Forschung machen
1188	Fortbildungen finden nicht mehr statt, Weiterbildung stagniert
1203	Weniger zu tun, weniger Patienten in der Chirurgie
1289	Weniger Patientenaufkommen
1327	auf Station mit CoVid infiziert
1353	ständig neue Regelungen(Besuch, gemeinsame Pausen)
1362	Krankenhaushygiene
1366	Ja, starke Veränderungen auch wenn ich nicht direkt an der Versorgung von Covid Patienten beteiligt bin
1369	Durch Versäumnisse der Führungskräfte haben sich viele Menschen im Krankenhaus infiziert
1450	Ja, bin im BV da schwanger
1477	Hygienemaßnahmen haben deutlichen Einfluss auf die tägliche Arbeit
1503	Dienste durch Aufnahme von Covid Patienten deutlich erschwert
1509	Wir haben kaum noch Patienten in unserer Klinik (Kinder)
1552	ständiges Tragen von FFP2 Masken
1571	Weniger Patienten
1574	Nachsorgesprechstunden können nur noch per Telefon erfolgen.
1578	Ja, ich war direkt in die Versorgung von covid Patienten eingebunden
1586	Ja, wechselnd fallen OPs aus oder Kollegen sind spontan in Quarantäne und man muss einspringen.
1620	Umfangreiche Hygienemaßnahmen binden viele Rssourcen. Der patientenkontakt ist deutlich distanzierter. Erhöhter Dokumentationsaufwand
1632	Hygieneregeln
1638	Ja, Personalmangel durch Quarantäne/Krankheit
1652	Ja, viele Operationen wurden abgesagt, keine/kaum Besucher erlaubt, viele Hygienemaßnahmen
1656	massiv erhöhter Arbeitsaufwand durch Hygieneauflagen im Kreißsaal
1658	Ja. U.a. Sektionen von COVID-Verstorbenen. Erhöhte Belastung bei der 2. Leichenschau, da mehr und infektiöse Leichen. Fehlernder Ausgleich in der Freizeit. Mehr Dienste, da COVID-

	Leichen auch am WE obduziert werden. Schlechteres Arbeitsklima
1661	Ich war teilweise auf einer Corona-Station tätig und wir betreuen auf der Stroke auch Covid-Patienten
1662	Positive Effekte, bessere Besetzung, da kaum jemand krank/im Urlaub
1663	Weniger Patienten
1669	Ja, Stationen geschlossen, weniger Operationen
1674	Mehrarbeit durch Abstriche und Bürokratie
1688	Ja Arbeitsalltag hat sich deutlich verändert. Umstellung von Arbeitsabläufen und -prozessen, Zusatzbelastung durch Extraaufgaben (Abstriche, Patientenmanagement, Dokumentation, Entlassmanagement, etc), wenig Planbarkeit durch ständig wechselnde Auflagen/Beschlüsse, Unsicherheit der Patienten.
1759	weniger Patienten
1780	Mehrfache Shutdowns, Reduktion der Op Kapazität, Absagen der Sprechstunden, Keine möglichkeut Patienten anzunehmen, Pendel-Quarantänen
1782	Teils erheblich vermehrte CT-Untersuchungen bei COVID-Patienten
1788	Ja, wir mussten die Praxisöffnungszeiten stark erweitern, trotz reduzierter Patientenzahlen, um das Patientenaufkommen in der Praxis gering zu halten.
1827	nicht-leitliniengerechte Versorgung mit Schutzausrüstung und Schutzmaßnahmen
1828	der Arbeitsalltag hat sich deutlich verändert, jedoch wurden niemand auf eine Covid-Station abgezogen
1832	eingeschränkte OPS damit langsamere Ausbildung, Klinikschließung aufgrund Geldmangel im Klinikverbund dadurch Kündigung eines Kollegen in Probezeit, generell hoher wirtschaftlicher Druck aufgrund Geldmangel
1843	Ja, durch den Lockdown gibt es weniger unfallchirurgische Notfälle und es finden weniger elektiv Operationen statt. Insgesamt ist es ruhiger geworden und das Personal in der UCH ist entlastet
1862	weniger Operationen, weniger Arbeit
1902	Ich bin nicht in Versorgung von COVID Patienten eingebunden aber der Arbeitsalltag hat sich trotzdem signifikant verändert
1921	Eigenschutz, Pausen alleine verbringen, mehr Desinfektionsaufwand und Kosten dadurch, keine primäre Versorgung von COVIDPatienten
1976	Durch die sehr eingeschränkten Besucherregeln und Isolationsmaßnahme. Außerdem selbst 4 Wochen außer Dienst gewesen aufgrund einer Covid Infektion.
1996	Spezielle COVID-Slots im CT. Keine COVID Patienten im MR.
2016	selbst mußte ich auch in der Versorgung von Covid Pat. helfen
2023	Personalausfall durch Krankheit
2024	Ja, viele Therapieangebote wurden entweder aus Hygienegründen oder wegen personeller Engpässe gestrichen. Zudem wurden zeitweise Konsildienste ausgesetzt, was die Patientenversorgung merklich verschlechtert. Außerdem fehlen wichtige Therapiebestandteile wie Familiengespräche, Wochenendbelastungserprobungen und ambulante Arbeitseinsätze, was auch die Therapieinhalte und das Arbeiten auf Station stark beeinflusst.
2033	Elternzeit
2064	Der Wechsel zwischen zwei Arbeitsstellen hat sich verzögert
2099	Aktuell noch in Elternzeit
2111	Patientenversorgung hat sich deutlich verändert
2127	Regelversorgung der Patienten in der Psychiatrie, darunter die mit Covid Infizierten
2141	Immer wieder Kollegen in Quarantäne oder erkrankt
2232	Ja, ständiges Tragen von Schutzkleidung
2234	weniger fälle, dadurch (endlich!) mehr zeit für die Patienten
2236	Weniger Angebote für Patienten (z.B. weniger Plätze in der Gruppentherapie, bestimmte Gruppen werden nicht angeboten). Distanz zu Kollegen erschwert es, die neuen Kollegen kennenzulernen.
2285	Corona-positive Patientinnen
2313	Weniger Patientenaufkommen
2355	Masken, Termintrennung zw. ambulant und stationäre Pat.
2370	Maskentragen, mittagspause, Disk. über teststrategie, ...
2372	kann ich nicht beurteilen
2390	Mehraufwand durch Hygienemaßnahmen, weniger Patienten
2397	Einschränlungen bei Übernahmen, AUfnahemen, Verlegungen, Masketragen...
2398	Weniger Dienstreise, dafür hoher Beratungsaufwand
2433	Umstrukturierter Arbeitsalltag, weniger OP Tätigkeit
2435	Deutliche höheres Patientenaufkommen, da wir kein Covid Haus im Verbund sind
2440	Komplett erschwerbg des Arbeitsalltag, durch Krankschreibung, Behandlung und op unter Isolation, n7cht möglich Entlassung in Reha, Geri usw.

2443	Tendenziell weniger Patientenaufkommen, aber auch Covid-positive Patienten
2446	Veränderter Arbeitsalltag durch mehr Vorgaben, Abstriche, höheren Organisationsaufwand, zT Lockdown und Absage elektiver Ops
2454	Fortbildungen entfallen
2469	Mehrarbeit hinsichtlich Abstriche, Arbeiten in Schutzkleidung, insgesamt weniger Patientenaufkommen in der Notaufnahme, diese jedoch „kränker“
2474	Personalmangel durch Krankenstand, Notverlegungen von CovidPatienten
2489	Ja, Kollegen sind erkrankt. Arbeitsaufkommen hat sich verändert
2500	ein Station wurde zur Covidstation, dadurch haben wir mehr Außenlieger

Zusammenfassung für c3

Seit Monaten herrscht eine beispiellose Pandemie in Deutschland. Hat sich Ihr Arbeitsalltag dadurch in den vergangenen Monaten verändert und wenn ja, wie?



Zusammenfassung für c1

Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung durch die 1. Welle der COVID-Pandemie verändert? Kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

Antwort	Anzahl	Prozent
Die Arbeitsbelastung hat deutlich zugenommen (SQ001)	212	16.85%
Die Arbeitsbelastung hat zugenommen, ist aber noch im Rahmen (SQ003)	282	22.42%
Die Arbeitsbelastung ist gleich geblieben (SQ004)	216	17.17%
Die Arbeitsbelastung hat abgenommen (SQ005)	304	24.17%
Die Arbeitsbelastung hat deutlich abgenommen, teilweise müssen Überstunden abgebaut werden (SQ006)	176	13.99%
Sonstiges	145	11.53%

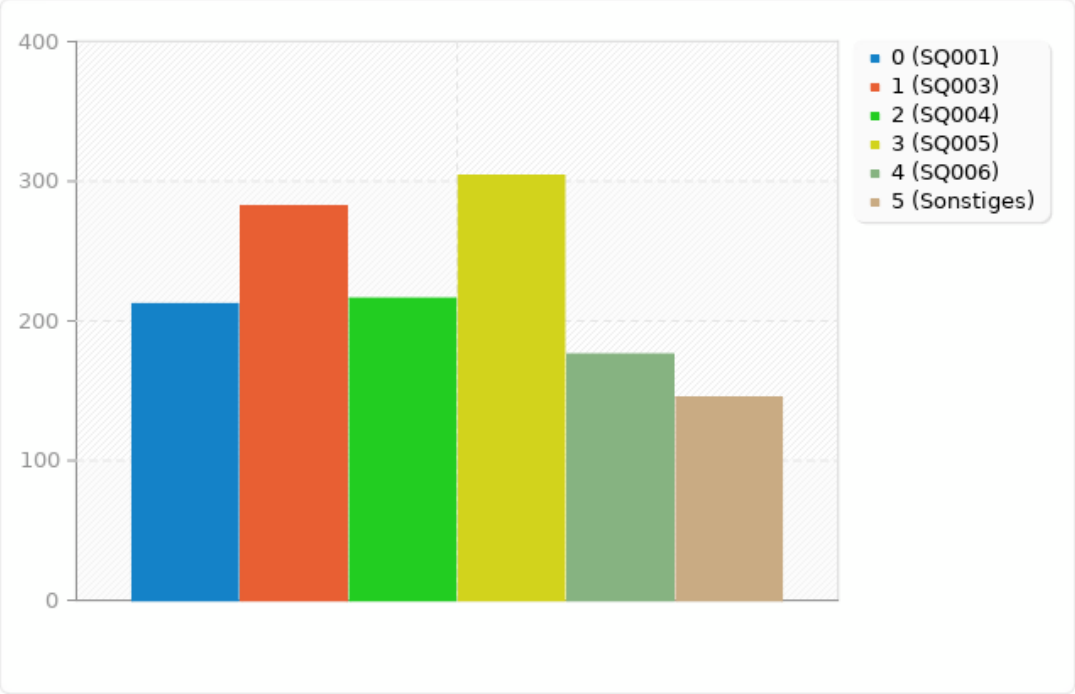
ID	Antwort
62	In Elternzeit während 1. Welle
71	Der Pflege Mangel/festgelegte höhere Pflegeschlüssel oder Quarantäneanordnungen Und Isolation von Patienten verschlechtern die Bettensituation enorm
90	Ich denke die Arbeitsbelastung ist umverteilt.
134	Beschäftigungsverbot wegen Schwangerschaft
152	Bei der 1. Welle war ich bei einem andere Arbeitgeber. Sehr hohe Arbeitsbelastung, wenig Kommunikation.
163	Nachträglich massive Zunahme schwerkranker Patienten
178	Habe da noch nicht gearbeitet
260	Habe damals noch nicht gearbeitet
269	War in Elternzeit
272	Nichts zu tun in PJ
294	Umverteilung der Arbeitsbelastung
298	Damals noch keine Berufstätigkeit
338	Wellenförmig: mal viel zu viel Arbeit, mal Aufforderung, Überstunden abzubauen. Arbeitgeber hat die Tagesklinik zugemacht
349	Noch nicht gearbeitet
414	Zu dieser Zeit nicht berufstätig
399	Habe während der ersten Welle noch nicht gearbeitet
404	Arbeitsbelastung hat sich deutlich verschoben: direkt->digital mit Zunahme des Arbeitsaufwands durch Einarbeitung
417	Die Arbeitsbelastung zwischen Intensivstation und OP ist noch asymmetrischer geworden, hin zu mehr Arbeit auf ITS.
435	Ich war noch Student
441	Teils abgenommen, teils zugenommen
445	Teils abgenommen, teils zugenommen, je nach iArbeitsbereich
449	während der ersten Welle habe ich noch nicht gearbeitet
465	Da war ich noch kein Arzt
467	Habe da noch nicht gearbeitet
490	Habe damals noch nicht gearbeitet
555	weniger ambulante Patienten, was sehr gut ist, da viele mit Nichtigkeiten kommen (keine KH-Indikation!!!)
556	Anästhesie OP deutlich abgenommen
563	noch nicht im Beruf
597	Berufsstart erst nach 1. Welle
605	Ich habe erst im Oktober 2020 angefangen zu arbeiten
609	Habe zur 1. Welle noch nicht gearbeitet
610	Bei der 1.Welle habe ich noch nicht gearbeitet
613	Die Weiterbildung bzgl interner und externer Fortbildungen ist komplett zusammengebrochen
658	Habe während der Pandemie angefangen zu arbeiten
676	Ich habe erst nach der ersten Welle angefangen in der Klinik zu arbeiten.
681	Ich war zu dieser Zeit in Elternzeit.
686	Keine ärztliche Tätigkeit
691	Arbeitsbelastung abgenommen, aber auch Überstunden abbauen.
701	1. Welle noch nicht gearbeitet
709	da habe ich noch nicht gearbeitet

719	Dafür an anderen Stellen andere stressoren
733	Zu dieser Zeit nicht gearbeitet
738	Berufsverbot
777	Durch das Absetzen von elektiven Ops hat die Arbeitsbelastung zwischenzeitlich tatsächlich etwas abgenommen
790	War zu der Zeit noch im Studium
795	Da noch nicht tätig gewesen.
803	hab ich noch nicht gearbeitet
810	Ich habe meine Arbeitsstelle während der Pandemie angetreten.
816	Arbeitsbeginn erst nach der 1. Welle
833	Ich war in der ersten Welle noch nicht als Ärztin tätig
844	Tötigkeitsbeginn erst nach der 1. Welle
855	war noch im PJ
858	habe erst danach mit meiner 1 Stelle begonnen
879	Dadurch dass das KH mit Covid pat. voll war gab es keine NotfallDiagnostik mehr. das Haus war nicht mehr arbeitsfähig stellenweise
881	Durch reduziertes OP programm mussten Minusstunden angehäuft werden
887	noch nicht gearbeitet
889	hab damals noch nicht geanoch nicht gearbeitet
898	damals war ich noch im studium
899	Habe damals noch nicht gearbeitet
919	Während der ersten Welle habe ich noch nicht gearbeitet.
930	Arbeitsstart danach
961	noch nicht berufstätig gewesen
981	durch Schwangerschaft hatte ich keinen Kontakt zu Covidpatienten sondern wurde anderweitig eingesetzt die Arbeitsbelastung blieb für mich gleich
980	War da nicht tätig
987	Mehr chaos
1005	Erst danach Arbeit begonnen
1028	Patienten die auch Covid haben mit urologischen Erkrankungen
1038	In der ersten Welle war ich noch in Elternzeit
1045	ich war noch in Elternzeit
1056	Während der ersten Welle war ich im PJ und wir wurden nur wenig einbezogen
1062	Noch nicht gearbeitet
1107	hab noch nicht gearbeitet
1114	bei Direktversorgung Covid-Pat. Zunahme, elektive Pat. Abnahme
1115	weiß nicht, da erst in der Pandemie angefangen zu arbeiten
1120	Habe erst in der Pandemie begonnen zu arbeiten
1122	Habe erst im März 20 angefangen...
1126	Ich war während der ersten Welle in Elternzeit
1146	hab in der ersten Welle nicht gearbeitet
1149	Ich habe nach der erdten Welle approbiert.
1158	Die Aufgaben haben sich aber verändert
1165	seit Dezember wegen Schwangerschaft im Beschäftigungsverbot
1174	Arbeitsbelastung hat sich verschoben
1239	Noch nicht berufstätig in der ersten Welle
1256	Noch keine Berufstätigkeit
1266	Ich war zu der Zeit noch im Studium
1269	Arbeite erst seit September
1270	In erster Welle nicht beschäftigt
1291	Ich war auf Jobsuche, aufgrund des Einstellungsstopp war es nicht einfach eine Stelle zu finden
1294	War in Elternzeit
1319	Arbeitsbeginn um diese Zeit, entsprechend luxuriöse Einarbeitung
1403	Ich war in Elternzeit
1415	noch nciht gearbeitet
1439	Kann ich nicht beurteilen, da in Elternzeit.
1445	Elternzeit während 1. Welle
1448	Zu der Zeit nicht tätig
1450	Berufsverbot
1483	Ich arbeite in einem offiziellen nicht-Corona Haus, positiv getestete Patienten werden verlegt und auf die Versorgung von negativ getesteten Patienten fokussiert
1536	Kann ich nicht beurteilen
1546	Nicht einzuschätzen, da Berufsstart 03/20
1583	Kann ich nicht beurteile, da zu diesem Zeitpunkt noch nicht berufstätig

1605	Zu dieser Zeit nicht arbeitstätig gewesen
1616	Zu der Zeit war ich noch nicht berufstätig
1624	Approbation war erst nach der Welle
1656	nicht als Ärztin tätig gewesen während erster Welle
1662	Noch nicht berufstätig 2020
1673	die Belastung ist jetzt anders
1692	Hatte meinen Berufsstart in der Pandemie und kann daher nicht vergleichen
1759	da hab ich noch studiert
1810	Während der 1. Welle war ich nicht berufstätig
1836	ich arbeite erst seit Dez 2020
1843	Damals habe ich als HNO-Ärztin gearbeitet.
1844	nicht zutreffend
1862	noch nicht gearbeitet
1965	zu dem Zeitpunkt noch nicht berufstätig.
1977	habe erst später angefangen
1983	Ich habe während der Pandemie erst angefangen zu arbeiten und daher keinen direkten Vergleich
2001	Habe in der 1. Welle noch nicht gearbeitet
2024	Die Arbeitsbelastung fluktuiert zwischen Flauten und Phasen starken Zustroms an Patienten. Man spürt einen gesteigerten Bedarf in der psychotherapeutischen Versorgung, dem allerdings wegen der regelungsbedingten Restriktionen kaum nachgekommen werden kann. Quarantänephasen von Personal führt immer wieder zu Phasen der Mehrbelastung verbliebener Kolleginnen.
2026	Die Arbeitsbelastung war geringer, doch als Elektivpatienten wieder einbestellt wurden, war die Belastung größer. Dies lag daran, dass auch Elektivpatienten einbestellt wurden, die ihren Termin nicht wahrnehmen konnten - dadurch Mehrbelastung im Sommer.
2033	Elternzeit
2038	Ich bin erst zu Covid Zeiten auf Intensiv gewechselt
2087	Kann ich nicht beurteilen, bin erst nach covid in meine Arbeitsstätte gewe gekommen
2099	aktuell noch in elternzeit
2125	Da hab ich noch nicht gearbeitet
2138	Da war ich noch in Elternzeit
2142	Habe zu dieser zeit noch nicht gearbeitet
2168	Je nach Einsatzgebiet. Auf der Intensiv ist es mehr, im OP weniger
2208	Nicht ärztl. tätig während 1. Welle
2234	.
2236	Weiß ich nicht.
2286	noch nicht im Job gewesen
2299	war zu dem Zeitpunkt noch nicht approbiert
2353	Kann ich nicht beantworten, habe damals noch nicht gearbeitet.
2370	weis ich nicht
2372	kann ich nicht beurteilen
2386	Noch nicht gearbeitet.
2415	Kann ich nicht beurteilen, hab in der 1.welle angefangen zu arbeiten
2417	Habe in der 1.Welle noch nicht gearbeitet
2425	Ich war noch nicht beschäftigt
2438	kann ich nicht beurteilen
2440	Komplett erschwerung des Arbeitsalltag durch Krankschreibung, Behandlung und op unter Isolation und die nicht mögliche Entlassung in reha, Geri usw.
2454	da habe ich noch nicht gearbeitet
2484	In der 1. Welle habe ich noch nicht gearbeitet
2489	Ich war nicht arbeitstätig
2500	habe ich noch nicht gearbeitet

Zusammenfassung für c1

Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung durch die 1. Welle der COVID-Pandemie verändert? Kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.



Zusammenfassung für c2

Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung durch die 2. Welle der COVID-Pandemie verändert? Kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

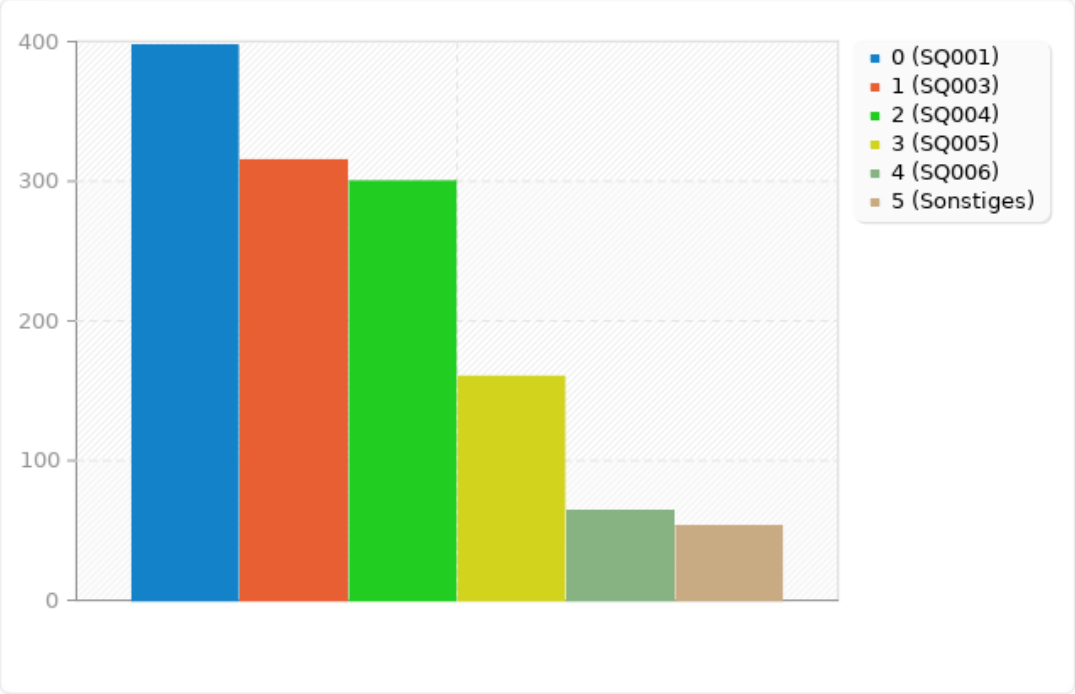
Antwort	Anzahl	Prozent
Die Arbeitsbelastung hat deutlich zugenommen (SQ001)	397	31.56%
Die Arbeitsbelastung hat zugenommen, ist aber noch im Rahmen (SQ003)	315	25.04%
Die Arbeitsbelastung ist gleich geblieben (SQ004)	300	23.85%
Die Arbeitsbelastung hat abgenommen (SQ005)	160	12.72%
Die Arbeitsbelastung hat deutlich abgenommen, teilweise müssen Überstunden abgebaut werden (SQ006)	64	5.09%
Sonstiges	53	4.21%

ID	Antwort
134	befinde mich in Elternzeit
158	Mutterschutz und elternzeit
247	Während 2. Welle im Beschäftigungsverbot
270	Im Beschäftigungsverbot
298	Abnahme OP-Programm, dafürv Aushilfe auf internistischen Stationen. Insgesamt aber eher weniger Arbeitsstunden
417	ähnlich wie 1. Welle, aber etwas weniger ausgeprägt.
422	BV
435	Ich habe in der 2. Welle begonnen zu arbeiten und damit keinen Vergleich
445	Teils abgenommen, teils zugenommen, je nach iArbeitsbereich
490	Durch neuverteilung der stationen
506	Ändert sich fast täglich, permanente Änderungen im Dienstplan
556	MKG gleich
597	Kein Vergleich möglich, da Berufsstart erst Anfang 2021
605	Ich erhalte als Anfänger in der Panemie kaum Einarbeitung, werde direkt voll eingesetzt
610	Ich habe zu Beginn der 2. Welle angefangen und kann es nicht beurteilen
658	Habe während der Pandemie angefangen zu arbeiten
676	Ich habe keinen Vergleich, was normal ist, da ich im Grunde mit der zweiten Welle meine erste Stelle angetreten habe.
686	Keine ärztliche Tätigkeit
738	Mutterschutz
879	unversorgte Routine Patienten kommen jetzt vermehrt in die KH
899	Habe erst während der zweiten Welle angefangen zu arbeiten, daher kein Vergleich möglich
930	Arbeitsstart in 2. Welle
964	Ich weiß es nicht da ich zu dem Zeitpunkt in Elternzeit und Mutterschutz ging
981	in 2. Welle Elternzeit begonnen
1004	Seit November in Mutterschutz/Elternzeit
1056	Gerade erst angefangen zu arbeiten
1109	auf der einen Seite hat die Belastung abgenommen (weniger OPs, weniger ambulante Pat.), auf der anderen Seite zugenommen (PSA, Doku, Abstriche, etc.)
1114	siehe oben
1132	Beim abklingen der Welle sinkt die Arbeitsbelastung deutlich, angesammelte Überstunden können abgebaut werden
1165	seit Dezember im Beschäftigungsverbot
1185	Elternzeit
1206	Die Arbeitsbelastung hat sich deutlich verschoben (weniger Normalstationäre Betten müssen mehr Patienten "abfertigen", während auf der Covid Station Arbeitsbelastung in Wellen zu- bzw. abnimmt. Zudem mehrauffand durch Hygiene Maßnahmen bspw. in ZNA
1270	Überstunden werden abgebaut, aber der Arbeitsalltag ist stressiger
1319	Deutlich weniger Arbeitsbelastung im COVID-Bereich durch Überbesetzung
1450	Immer noch im BV
1483	Ich arbeite in einem offiziellen nicht-Corona Haus, positiv getestete Patienten werden verlegt und auf die Versorgung von negativen getesteten Patienten fokussiert die dafür auch zu uns verlegt werden.
1536	Kann ich nicht beurteilen
1624	Eher durch die Mutationen ist der Aufwand noch einmal stark gestiegen

1656	Im Kreißsaal deutlich zugenommen. Andere Bereiche bauen Überstunden ab.
1692	Es ist chaotischer geworden
1843	Jetzt arbeite ich in der Unfallchirurgie
2023	Phasenweise vermehrte Arbeitsbelastung durch Personalengpässe, phasenweise reduzierte Arbeitsbelastung durch Stationsschließungen im Rahmen von Covid19-Ausbrüchen
2024	s.o. - leider unverändert schlechte Koordination und nicht nachvollziehbare Quarantäneregelungen für Situationen von Kontakt mit Covid-Patienten.
2033	Elternzeit
2038	Ich habe erst zu Covid Zeiten auf ITS angefangen
2064	Der Wechsel zwischen zwei Arbeitsstellen hat sich verzögert und ich habe dadurch Einkommensverluste und meine Weiterbildung verzögert sich
2099	s.o.
2125	Kann ich nicht beurteilen
2142	Stark schwankend
2236	Weiß ich nicht,
2244	Beschäftigungsverbot
2372	kann ich nicht beurteilen
2454	ich habe keinen Vergleich, habe in der zweiten Welle angefangen

Zusammenfassung für c2

Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung durch die 2. Welle der COVID-Pandemie verändert? Kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.



Zusammenfassung für z1

Wie stellen Sie sich das Gesundheitssystem 2040 vor?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	374	29.73%
Keine Antwort	884	70.27%

ID	Antwort
71	Aufgaben sollten besser delegiert werden können Dienste/Überstunden sollten besser vergütet werden Lehre sollte mehr im Vordergrund stehen sonst leidet dadurch langfristig die Patientenversorgung Dafür ist insgesamt mehr Geld erforderlich, meiner Meinung nach dürfen Krankenhäuser nicht so profitorientiert arbeiten. Klinikdirektionen sollten keinen Bonus bekommen wenn sie innerhalb von einem Jahr Einsparungen durch Stellenkürzung erreichen. Es muss langfristig gedacht und durch Kliniker mitentschieden werden.
79	Krankenhäuser sind keine reinen wirtschaftsbetriebe mehr. Es gibt Vorschriften und Kontrollen für die Einarbeitung und Ausbildung neuer Ärzte. Einhaltung medizinischer Standards wird durch mehr Personal und weniger zeitlichen soweit ökonomischen Druck verbessert.
89	Digitale Patientenakten, besser elektronische Bereitstellung von Dokumenten und Befunden. Mehr automatisierte Dokumentation. Flexiblere Arbeitsmodelle. Viel viel mehr Frauen.
94	Bitte eine digitale Patientenakte, über die der Patient selbst verfügen kann, und in der alle Arztbriefe und Befunde gebündelt sind, am besten übersichtlich. Algorithmen unterstützen die ärztliche Tätigkeit. Ärzte haben wieder mehr Zeit für ihre Patienten.
119	Erleichterte interdisziplinäre Zusammenarbeit durch aufgeklärtere Patienten und elektronische Akte, Aufhebung Privat / kassenversichert, Vermehrte telemedizin, vermehrte Deligierung der Tätigkeiten an Assistenzpersonal
121	Das ist eine sehr gute Frage. Ich würde mir wünschen, das es endlich normal ist als Frau und Mutter auch als gute Ärztin gesehen zu werden. Teilzeitarbeit sollte mehr akzeptiert werden. Außerdem muss das gesamte Netzwerk Krankenhaus verändert werden. Warum Gewinn machen, lieber den Patienten im Blick haben und heilen so gut es geht. Mehr Zeit, mehr Empathie und vor allem auch eine Aufstockung professionellen Personals. Wir brauchen dringend mehr Pflegepersonal, das gut bezahlt wird. Ohne Pflege kann ich als Ärztin auch nicht gut arbeiten. Vielleicht sehe ich das auch so, weil ich vorher selber in der auflege tätig war.
122	Weniger Hierarchien, mehr Respekt für Teilzeitarbeit, bessere Vernetzung ambulant und stationär
124	Frauen und Männer gleich berechtigt, digitalisierter Alltag, mehr Arzthelfer in Kliniken , 24h Kita in jeder Klinik, Forschung außerhalb der Freizeit
134	Im besten Falle mehr Digitalisierung und weniger Privatisierung einhergehend mit weniger ökonomischem Druck
152	Abschaffung von privat und kasse
154	Ernsthaft Patient*innen-zentriert, digital, unabhängig von privaten Institutionen, Gesundheitsfürsorge
171	Selbst zahlungsanteil von 1,5% auf Leistungen gedeckelt auf 1500€ im Jahr dani mehr Transparenz durch Rechnungen weniger „nur mal abklären „ Konsultationen. Zudem habe die boomer ihr Geld wieder aus dem System geholt durch ein immer teuerer werdendes System. Schlechtere Versorgung.
192	Digital
193	Ausdünnung der kleineren Krankenhäuser, dafür mehr niedergelassene Ärzte organisiert in interdisziplinären MVZs. Komplett digitalisierte Patientenakten von jedem Krankenhaus und Praxen/MVZs jederzeit zugänglich.
208	Mehr digitale Anwendungen, Medizin als "Produkt" (Krankenhaus erhält immer mehr Hotelcharakter), zunehmende Subspezialisierung von Fachabteilungen ABER: Patient profitiert davon eher nicht, da Arzt-Patienten-Kontakt eher abnimmt, "Zuhören", Erklären etc. fällt weg.
212	Kein Unterschied GKV und PKV

	Kein DRG BWLer bleiben die Chefs, obwohl sie die Arbeit an der Front nicht kennen
218	Arbeitszeitgesetze/ Tarifverträge erlauben keine opt-out-Möglichkeiten mehr. Deckelung der ärztlichen Arbeitszeit auf 10 Stunden wie im Arbeitsgesetz. Verpflichtung des Arbeitgebers für die Tätigkeit erforderliche Kurse und Fortbildungen zu bezahlen. Konkreter Katalog über Kurse/Seminare etc. welche im Rahmen der Facharztweiterbildung erfüllt werden sollen/müssen. Ausstattung mit der Technik um digitale Schnittstellen überall am Betrieb nutzen zu können. Ausstattung der Angestellten mit Smartphones oder Tabletts zu täglichen Arbeit.
228	- besser geschultes und bezahltes Intensivpersonal - aufgeklärte und besser informierte Patienten, die Gesundheit und Hygiene ernstnehme - der Arzt als weiterhin zentrale Durchführungs und Entscheidungskraft (Physician Assistants sollten nicht zu Ärzten mit nur 3 Jahren Ausbildung mutieren...)
233	für alle zugänglich und mit dickerer Personaldecke sowohl bei Ärzten als auch in der Pflege. Hoffentlich wieder weiter weg vom reinen Dienstleistungsgedanken und besonders gegenüber der Pflege mehr Wertschätzung
238	besser strukturiert durch klare Dokumentationssysteme und Kontrollmechanismen mehr Pflegekräfte Patientenorientiertes Gesundheitssystem keine Strafzahlungen bei langwieriger Therapie
247	Bessere Ausschöpfung des ärztlichen Personals durch Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten an Physical Assistents/ Stationssekretariat/Pflege, Entlastung und Unterstützung des Pflegepersonals durch Stationshilfen/Pflege-Assistenzpersonal, weniger Bürokratie und Dokumentation durch digitalisierte Abläufe, Patienten müssen mehr in die eigene Verantwortung genommen werden durch entsprechende Vorbereitung (bspw Befunde, Termine etc) und gleichzeitig bessere mehr Zeit und Information für Patienten durch Aufklärungsvideos, Informationsmaterial etc
259	-
264	Faire Abrechnungsbedingen vor allem in der ambulanten Allgemeinmedizin (keine Regresszahlungen, keine Scheine etc.), Deutlich bessere Besetzung auf Station mit 5-10 Patienten pro Arzt, deutlich weniger Dokumentation und Briefe schreiben (das übernehmen andere evtl auch neue Berufe), dafür mehr Zeit für die Patienten (Untersuchung, Gespräche, Anamnese)
271	komplett digitalisiert. Patientendaten sind auf eine Karte gespeichert, die von jedem med. Teilnehmer gelesen werden kann. E-Briefe landen per Email oder per Schnittstelle beim Haus/Facharzt. Patient muss selbst keine Daten mehr angeben. Vermeidung von doppelter Dokumentation. Vermeidung von Fehlangaben. Jeder behandelnde Arzt kann die Vorgeschichte mit für ihn relevanten Daten einsehen und direkt Daten eingeben, sodass eine stets aktuelle Gesundheitskarte für alle beteiligten Mediziner / Apotheker /Physiotherapeuten etc. einsehbar ist. Unter Vorbehalt, dass jeder vertraulich mit den Daten umgeht und keine externe Quelle Zugriff hat. Der Patient ist aber ebenso beteiligt und kann seine Daten selbst einsehen. Bestenfalls kann über Apps die Compliance erhöht werden. Telemedizin ist Standard für chronische Patienten und blickdiagnostische Fächer. E-Rezept, E-Krankschreibung sollten normal sein. Genauso wie E-Überweisung, elektronische Terminvergabe etc.
274	Hoffentlich nicht zu Digital (zumindest als Hausarzt) . Der dirkete Patientenkontakt bleibt ein Grundpfeiler der hausärztlichen Versorgung auch im Hinblick des demografischen Wandels.
275	Verstaatlicht, nicht privat. Gewertschätzt
279	Optimal: auf den Menschen/Patienten und seine Gesundheit zentriert, auf das Wohl der Mitarbeiter bedacht, ökonomisch effizient aber nicht die Ökonomie priorisierend (wie aktuell) sondern eine optimale Patientenversorgung und die Gesundheit der Mitarbeiter achtend. Digitalisiert ohne überbordende Dokumentation (Konzentration auf wesentliche Dokumentation). Mit besserer effizienterer und einzufordernder Weiterbildung zum Erhalt und Ausbau ärztlicher Kompetenz. Mit besserer überregionaler Steuerung der Krankenhausplanung. Realistisch: weiteres Ausbluten der Personaldecke mangels Wertschätzung der Angestellten und mangels Achtung ihres Gesundheitsschutzes. Daraus folgend schlechtere Patientenversorgung, weiter mangelnde Berufszufriedenheit. Durch ökonomischen Konkurrenzkampf der Krankenhäuser weitere Abkehr vom ärztlichen Ethos, steigenden Druck auf das Personal. Zunahme unethischer Entscheidungen, welche Medizin priorisiert angeboten wird ("lukrative" vs. "nicht lukrative" Medizin).
280	Krankenkassenkarte digital mit Mediplan und Erkrankungen

284	Wunschvorstellung in Anlehnung an Frankreich: Krankenhäuser müssen keine schwarzen Zahlen mehr schreiben und sind staatlich, d.h. Ärzte und Schwestern sind Beamte. Bessere Personalversorgung in den Notaufnahmen. Gezieltere Patientenschulung und öffentliche Aufklärung über Notrufnummern, kassenärztliche Bereitschaftsdienste und Verständigung des Rettungsdienstes um Ressourcen zu schonen.
289	Deutlich digitaler, Weniger Aufwand durch unnötige Doku hierdurch bessere Versorgung da mehr Zeit für Wichtiges und Patientenkontakt. Weniger hierarchisch, Pflege mit mehr Verantwortung und Aufgabenfeldern.
290	Deutlicher Fokus auf ambulanter Tätigkeit, weniger kleine, kommunale Krankenhäuser, mehr Versorgungszentren.
293	Weitgehende Delegation von Tätigkeiten an nichtärztliches Personal. Prozessoptimierung. Zentralisierung.
306	Digital
332	Hoffentlich besser vernetzt
337	Vor allem keine DRGs mehr. Weniger bürokratischer Aufwand durch Digitalisierung, wieder mehr Zeit für Patienten. Stärkung der Telemedizin.
338	Sichere digitale Krankenakte, mehr patientenkontakt.
354	Mehr Digitalisierung, bessere monetäre Vergütung des Pflegeberufes, bestenfalls weniger Fachkräftemangel im Bereich der Pflege, größere Wertschätzung ggü. ambulant tätigen Kollegen
360	Gar nicht
365	Verstaatlichung des Gesundheitssystems, dadurch weniger wirtschaftlicher Druck, mehr Personal, mehr Zeit und Geld für einen Patienten
370	Desolat wenn es so weiter geht.
387	Digitalisierung, bessere Versorgungsschlüssel, bessere Bezahlung, Fokus auf Fort-, und Weiterbildung!!!
395	Komplett digital geführte Patientenakten, leider weitere Verwirtschaftlichung des Gesundheitssektors durch vermehrten Einsatz von Personal in entscheidende Positionen, das vom klinischen Alltag nichts weiß und allein nach theoretischen wirtschaftlichen Punkten entscheidet (junge VWLer, die erfahrene Chefärzte unter Druck setzen etc.)
397	Digitalisierung
399	Vollständig digitalisiert, ggf mit großem sektor in der Telemedizin. Krankheits- und Medikamentendaten auf Chipkarte der Patienten. Dystopisch: Ärzte sitzen nur noch am Rechner und dokumentieren, stellen Diagnosen, haben fast keinen Patientenkontakt mehr.
404	digitale Patientenakte für Praxis und Klinik, wesentlich mehr Telemedizin, verstärkt patientennahe Überwachungssysteme (wie heute schon z.B. FreeStyle libre und co), vermehrte KI-Unterstützung, Zunahme des Personalbedarfs durch erhöhten Beratungsbedarf durch Patienten
409	Mehr Digitalisierung. Zunehmende Kompetenzen der Pflegekräfte Mehr Pflegeassistenten
416	Alle Daten des Patienten auf einem Device vereint. Für sämtliche beteiligte Behandelnde (Ärzte, Pfleger, Physio) einsehbar. Mit automatischen Erinnerungen an chronikerspezifische Termine
417	gewünscht: Effizient Digitalisiert, ausreichend Personal in allen Bereichen aufgrund gestiegener gesellschaftlicher Wertschätzung. Zufriedenes Personal aufgrund guter Work-Life-Balance. erwartet: Immer noch in Teilen Papier-lastig, immer noch zu wenig Personal weil Pflege als Beruf etc. nach wie vor unterbezahlt und unattraktiv. Und natürlich an allen Enden kaputt gespart.
435	Mehr Zeit /Kontakt für und zu Patienten. Weniger umständlicher technischer und bürokratischer Aufwand. Mehr Personal, bessere Struktur im Gesundheitswesen. Förderung ambulanter Praxen. Pflegepersonal mit spezialisierter Ausbildung für mehr Berechtigung zum selbstständigen arbeiten.
439	Digitale Strukturen. Künstliche Intelligenz in den Arbeitsalltag integrieren. Prävention stärken.
441	Eine sinnvolle Verteilung der Tätigkeiten zwischen Ärzte*innen und Arztassistent*innen; sinnvoller Einsatz der digitalen Möglichkeiten, jedoch weiterhin Schwerpunkt auf dem persönlichen Kontakt; Etablierung guter Arbeitsbedingungen in den Kliniken flächendeckend; Kliniken nicht aus kommerziellen Zwecken; Abschaffung des DRG Systems
442	Vermehrt Arztbesuche via Videochat Vollständig digitalisiert

445	Faire Arbeitszeiten, bessere Digitalisierung (z.B. elektronische Patientenakte), Patientenwohl neben Kostendruck nicht aus den Augen verlieren
453	Digitale Patientenakte - sowohl Patient als auch Arzt haben einfachen Zugriff auf alte Arztbriefe verschiedener Klinik, Transparenz gegenüber dem Patienten über Diagnosen und Befunde
461	Digital intuitiv Ineinander arbeitende Prozesse Digitale Zeiterfassung
465	Im Idealfall ist alles digitalisiert und dadurch wird die Dokumentation tatsächlich leichter. KI und zusätzliche Assistenzberufe erleichtern den Alltag als Arzt.
484	1) einheitliches Krankenkassen-System 2) digitalisierte Patienteninformationen 3) Schnittstellenberufe zwischen pflege und ärzten UND Verwaltung ->ein großes Problem ist meiner Ansicht nach, dass ein Arzt sein leben lang fachlich sich weiter bildet: im studium, als assistent, als oberarzt und dann kommen auf einmal in der nächsten beförderung aufgaben wie personalplanung, stellenbedarfsplanung etc hinzu, wovon viele bis dahin keine Ahnung hatten -> es hört sich zunächst Arrogant an, aber der fachliche Abstand zwischen Jemanden der sehr gut in der Schule war, dann studiert hat und weiterhin fleißig war und einer 3 jährigen Ausbildung ist zu groß, es ist daher zwingend erforderlich Positionen an den Schnittstellen zu bilden 4) Ausbildung wird vergütet 5) es gibt Einarbeitungs- und Simulationskonzepte
490	Bessere Assistenten, weitere Digitalisierung
495	Mehr Personal, vernünftigenVergütung, weniger Dokumentationszwang, weniger auf Wirtschaftlichkeit achten, mehr und schnellere digitalisierung und auch Benutzer freundlichere Programe, und mehr Schulung in den Programmen
496	Nicht im DRG System- denn es ist krank Krankenhäuser wieder städtisch machen. Privatisierung ist der Untergang der Medizin Niemand sollte mit der Krankheit anderer Menschen Gewinne erzielen
509	Besser gerüstet für Pandemien (obwohl es im internationalen Vergleich sicher noch zu den gut gerüsteten gehört) und besser geförderte ambulante Versorgung, um Hospitalisierungen zu reduzieren
510	Mit einem sinnvolleren Abrechnungssystem bei den nicht alles nur auf Profit ausgerichtet ist sondern auch wieder auf die Patienten Mehr Teilzeitkräfte da viele Frauen Familie und Beruf vereinen wollen Gerechtere Bezahlung im Bezug auf die Arbeitsbelastung
529	Faire Bezahlung von Überstunden, Weiterbildung und Fortbildung
539	Ohne Fallpauschalen und mit genug Personal was auch immer wieder fortgebildet und wertgeschätzt wird
540	Noch schlimmer als jetzt!
551	Vollständig digitalisiert. Ein Arzt ist nur noch für spezielle Fragestellungen/Interventionen notwenig, die basics laufen via Algorithmen.
556	Utopie: Eine digitale deutschland-übergreifende Gesundheits-App. Medikamenten-Plan, Allergien, Patientenvorgeschichte-alles drin. Muss man nur einscannen. Datenschutz funktioniert. Ggf kann Patient mit HA entscheiden, dass bestimmte Vorerkrankungen geschwärzt sind (Psych etc). Daten können nicht von allen einfach so gelesen werden, nur von aktuell behandelten Ärzten/Therapeuten. Man muss nicht alls immer wieder erfragen, doppelt eintragen, umschreiben, scannen wieder faxen..
559	Digitale Patientenakte und Chipkarte mit Befunden und aktueller Medikation; mehr physician assistants, weniger ökonomischer Druck (DRG abgeschafft)
560	Eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems, in welchem ein Krankenhaus nicht mehr als wirtschaftliches Ausbeuterunternehmen gehandhabt wird.
562	Digitalisiert, hoffentlich mehr Personal
566	Ich hoffe dass man wieder mehr Zeit für Pat. Hat und weniger dokumentieren muss.
569	Fortgeschrittene Digitalisierung die zur Übertherapie und Perfektionismus bei der Ärzteschaft führt und zu extrem hihen Erwartungen der Patienten führt bei stark reduzierter Eigeninitiative der Patienten
572	individualisiert, weniger bürokratisch, verantwortungsorientiert, vertrauensorientiert
579	bessere Digitalisierung, elektronische Patientenakte
581	Digitaler Austausch zwischen ambulantem und stationärem Sektor ohne größere Hindernisse („ärztliche Datenbank“) und aufgeklärte/informierte Gesellschaft (z.B. durch breite schulische Gesundheits(System)Bildung). Darüber hinaus breite Kompetenz im Rettungsdienst zur Vermeidung unnötiger Einlieferungen bei Wehwehchen.

585	Patienten müssen an Kosten beteiligt werden. Es kann nicht sein, dass Herr Müller am Sonntag mit seinen seit 1 Jahr bestehenden Rückenschmerzen in die zna kommt und jetzt sofort ein mrt möchte. Die Ansprüche sind zu hoch und viele Patienten geben zu bewusst M Wochenende oder spät nachts in die zna zu gehen, weil dann die Wartezeit kürzer ist
591	35h Woche für alle, mehr interdisziplinäres Arbeiten, mehr Bewusstsein für Gesundheit der Mitarbeiter (körperlich und geistig)
609	Eine Krankenkasse Krankenhäuser in staatlicher Hand, Krankenhauspersonal tariflich beim Staat angestellt. Krankenhäuser erwirtschaften keine Gewinne. Behandlungen werden nur anhand ärztlicher Indikation und nicht anhand von wirtschaftlichem Druck durchgeführt. Das Personal der Küche braucht mehr Budget, Essen ist Gesundheit, habe noch kein Krankenhaus erlebt, in welchem annähernd wirklich gesundes Essen aufgetischt wird.
612	sektorenübergreifend, Abrechnung mit vorhandenem Jahresbudget ohne MDK Überprüfung, Verbesserung der Ausbildung für Ärzte, mehr Wissen über Medizinrecht und Arzneimittelinteraktionen, Einsatz von Kommunikationsrobotern besonders im Bereich älterer Patienten
616	Informationsfluss zwischen ambulanten und stationären Sektor voll digitalisiert: Einsicht der kompletten Patientenakte egal ob Hausarzt oder Klinikarzt,aktuelle Medikamentenliste,Patientenverfügung usw. Konzentration der ärztlichen Tätigkeit auf die Versorgung des Patienten (mehr Zeit!!!) statt lückenlose Dokumentation zur Begründung abrechnungsrelevanter Fakten ,Ausfüllen von Formularen für QM...
617	Ein System, das die Arbeit am Patienten fördert, die Dokumentation auf das Wesentliche beschränkt und dem Arzt (wieder) mehr Vertrauen (seitens Patienten und der Politik) entgegen bringt. Ein System, das den Arzt als Menschen akzeptiert und auch auf dessen körperliche, psychische und finanzielle Bedürfnisse eingeht. Ein System in dem der Patient das Gefühl vermittelt wird, dass er gut aufgehoben ist und er über seine Erkrankung gut informiert ist. Ein System, das notwendige Prozeduren und Behandlungen fördert und andere (unnötige, ggfs. "lukrative") Behandlungsoptionen, die dem Patienten mehr Schaden (insb. auch seelischer Art oder in Lebensqualität) als Nutzen bringen benachteiligt.
618	Digitale Patientenakten, E-Medikation, Unterstützung durch Arzthelfern, weniger finanzieller Druck auf den Kliniken
619	Weniger Selbstverliebt, nicht marktwirtschaftlich, ressourcenschonend
632	Telemedizin, digital
639	Ein hoher Frauenanteil unter den Ärzten, daher hoffentlich selbstverständliche Elternzeit-Regelung für Frauen und Männer. Kinderbetreuung im Haus. Überstunden bezahlt oder nicht vorhanden. Geregelte Arbeitszeiten.
646	Sehr schlecht: Kaum Ärzte, viele Computer und akademisierte Pseudoärzte. Klassisch nur für die Menschen mit Geld...
657	Ich stelle mir eine schlankere Dokumentations- und Diagnostikstruktur vor. Doppelte Untersuchungen und Medikationsfehler werden durch direkte Verfügbarkeit aller erhobenen Befunde auf der Krankenkassenkarte o.ä. Jederzeit abrufbar sein.
664	Digitalisiert mit einer KI im Hintergrund. Und dann hoffentlich wieder mehr Zeit zum Erklären für die Patienten.
668	Maschinen
669	Alle Daten, Untersuchungen, Radiologiebilder, Indikationen für Medikamente, Diagnosen, Allergien, Lanorwerte, Patientenverfügung etc sind z.bsp. auf der Gesundheitskarte gespeichert. Der Datenschutz wird nicht mehr so streng genommen, bleibt aber weiterhin wichtig. Aber was man an Zeit gewinnen würde und an Untersuchungen vermeiden würde, würde vieles besser für die Patienten machen. Aktuell kommt man nach 3 Telefonaten und 3 x Fax schicken immer noch nicht an die notwendige Information. Ein Speech to Text Programm, für jeden und Dokumentation nur noch digital. Dafür sind aber ausfallsichere Systeme notwendig. Und ggf. Physician Assisten die bei der Visite dokumentieren, die entsprechende mündliche Anordnung gleich ins System eingeben, arztbriefe schreiben.
671	- keine Pauschalvergütung - keine privaten Krankenkassen - größerer Stellenwert ethischer Entscheidungen in der Versorgung besonders alter Pat. (im Sinne von Therapielimitationen) - besserer Rechtsschutz für Ärzte zur Vermeidung unnötiger Zusatzuntersuchungen und Vorstellungen bei diversen FÄ zur Absicherung

	- Pflicht zur Patientenverfügung - unnötige Notaufnahmekontakte werden Patienten durch KK in Rechnung gestellt
673	Dystopisch.
676	Die fachlichen Spezialisierungen werden noch spezifischer mit noch fokusierterem Blick auf eine bestimmte Sache. Die Digitalisierung ist vollzogen. Viele derzeit händische Tätigkeiten können von technischen Geräten übernommen werden. Der Patientenkontakt wird noch weiter minimiert. Medizinische Fortschritte führen nicht zu mehr Vertrauen und Zufriedenheit seitens der Patienten in die Medizin.
680	Wahrscheinlich noch schlimmer als heute
683	Keine DRGs Weg von Profit orientierten Krankenhäusern Alles staatlich Keine Krankenkassen Nur private Zusatz Versicherungen
684	In einer Utopie: 1. Jeder Patient besitzt eine Versichertenkarte, auf der alle Voruntersuchungen gespeichert sind und es finden keine unnötigen Doppel- und Dreifachuntersuchungen mehr statt. 2. Es gibt ein papierfreies Krankenhaus. 3. Abteilungen sind dazu verpflichtet, ihre Assistenten innerhalb der vorgesehenen Ausbildungszeit zum Facharzt zu machen, ansonsten drohen empfindliche (Geld-) Strafen.
691	DIGITAL. MEHR PA. Mehr stellen für örzte
694	Idealvorstellung: weg von einer Ökonomisierung, wo mit Patienten Profit gemacht werden soll!!
703	Möchte ich mir eigentlich nicht vorstellen. Es wird furchtbar.
705	mehr qualifizierte Pflegekapazität, bessere KH-Ausstattung inkl Ausrichtung und Größe der Patientenzimmer sowie die der Arbeitszimmer des Personals, einheitlich minimale Voraussetzungen für Digitalisierung
707	mehr Möglichkeit, Dokumentationen und Computerarbeit abzugeben, evtl durch KI die dies ergänzt und dafür mehr Zeit für Patienten und Angehörige zur besseren Versorgung und Kommunikation
711	intuitiver, kompatibler, besser integriert in den Arbeitsalltag
719	Gute zusammenarbeit der professionen..der Patient im Fokus...gute Personaldecke in allen Bereichen... gute Vereinbarkeit von Arbeit und Beruf...Insbesondere keine "gewinn-medizin"...mehr Transparenz..vereinfachte Prozesse...
720	digitalisierter, mehr Delegation
729	Ökonomische Anreize sind verschwunden, die Patientenversorgung steht im Mittelpunkt, Gewinne sind verboten, DRG's abgeschafft.
733	Vereinheitlichte Systeme mit zentraler Datenspeicherung. Ärztliche und Fachfremde Kooperation in Echtzeit über Distanzen hinweg. Automatisierte Vorgänge unkritischer Tätigkeiten.
738	Als besser vernetztes Gesundheitssystem zwischen ambulantem und stationärem Sektor, voll digitalisiert mit Video-Sprechstunde
757	- Zentrale, digitalisierte Patientenakte, auf die von allen Beteiligten transparent zugegriffen werden kann, angefangen vom Notarzt präklinisch, über den ambulanten Versorgungssektor bis hin zu den Kliniken, Versicherungsträgern, und natürlich der Patient selbst. - Planbare, strukturierte Facharztweiterbildung - Digitalisierte Arbeitsplätze
770	Hoffentlich zunehmende Digitalisierung, sonst habe ich eigentlich wenig Hoffnung für Verbesserungen.
783	Mehr Teilzeit Mehr Ärzte Mehr interne Fortbildungen
789	Wenn Innovationen so schnell umgesetzt werden, wie bisher, dann leider relativ unverändert zu heute. Es wäre schön, wenn es eine komplett digitalisierte Patientenakte oder eine "Cloud" mit allen Vorbefunden gäbe, sodass man nicht ständig Arztpraxen hinterher telefonieren müsste bzw man Freitag nach 12 Uhr überhaupt keine Chance mehr hat an Vorbefunde zu kommen.
790	Mehr Geld, Mehr Freizeit, Weniger Bürokratie, Weniger Allgemeinmedizin im Studium, Keine 2 Klassen Medizin (Gesetzlich/Privat), Weniger Privatisierungen von Kliniken (vor allem Unikliniken!), Gerechte Bezahlung der Leistungen, Weniger Druck durch Wirtschaft auf Gesundheitswesen,

	Weniger Einfluss von BWLern auf die Ärzte
791	ich hoffe es entwickelt sich endlich daingehend, dass man wieder mehr Zeit für den Patienten hat Reduzierung des Bürokratismus
792	Mehr Teilzeitmodelle, flexiblere Schichtmodelle, Patientorientierteres Arbeiten, mehr Personal, mehr Zeit für Lehre, Anerkenung der Mehrleistungen/Überstunden, bzw. am besten Wegfallen von Überstunden.
795	Digitale Patientenakte, mehr auf Gesundheit ausgerichtete Medizin und nicht erst eingreifen bei Krankheit (Prävention), weniger ökonomisierung. Mehr medizinisches Personal.
803	Digitale Akten, kein Papiermüll mehr, Dokumetation online
804	Mehr Personal in Pflege und bei Ärzten Weniger ökonomischer Druck für Kliniken
809	Dass die Regularien, die von außen auferlegt werden nicht nur Mehrarbeit bedeuten, indem man probieren muss sie zu umgehen bzw. Scheinbar zu erfüllen, sonder dass sie konsequent und selbstverständlich durchgesetzt werden.
810	Gesundheitssystem digitalisiert. Einbindung von PAs für einfache ärztliche Tätigkeiten sodass die Ärzteschaft relevante ärztliche Tätigkeiten ausübt und nicht mehr überbezahlte Dokumentationsarbeit leistet.
811	Digitale Patientenkommunikation mit Messwert und Laborwert ermittlung von zuhause. Patienteninformationssysteme mit der Möglichkeit der standortunabhängigen Arztkommunikation. Sichere Übermittlung von Daten aus Wearables zur Surveillance von Patientendaten Bsp. Bewegung, Blutzucker, Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Medikamenteneinnahme. Aber auch persönlicher Kontakt in der Praxis, dann mit hoffentlich mehr Zeit für den Einzelnen, weil viele Alltagsprozesse automatisiert sind.
812	Weniger Krankenhäuser verteilt auf Deutschland -dafür Maximalversorgung. Eindämmung von fraglichen Vorstlelung in Notaufnahmen zu jeder Zeit - ambulante Versorgung durch Gebühr beispielsweise damit die Hemmung zunimmt.
814	- Arzt-orientierte mit angemessen Arbeitsbedingungen. Zur Zeit werden die Assistenzärzte an vielen Kliniken fasst missbräuchlich eingesetzt und überlastet. Ich denke, dass die bald zu einem Mangel führen wird und sich dann etwas ändern wird.
820	weniger an Kostendeckung oder Gewinn ausgerichtet, sondern dass sich die Gesellschaft ihre Gesundheit auch etwas kosten lässt
822	alles digital, jeder Patient hat alle Informationen über sich auf einem Chip o.ä. an jedem Bett befindet sich eine elektronische Akte, wo direkt Vitalzeichen, Medikamente und Untersuchungsergebnisse einsehbar sind ärztliche Tätigkeit besteht v.a. aus dem Patientenkontakt und den jeweiligen UNtersuchungen/Interventionen, Visite findet mit der PFlege zusammen statt Dokumentation wird durch Sprechen aufgenommen und muss nicht mehr händisch oder per Diktiergerät eingegeben werden
824	Gleich bleibendes Versorgungsniveau, Verwaltungsapparat weiter aufgebläht, mehr ökonomischer Druck, weniger Kreiskliniken, mehr staatliche Zuschüsse notwendig, mehr MVZ, mehr Digitalisierung, eher Effizienzabwägung teils durch KI statt auf den einzelnen Patienten einzugehen, Studium immer noch mit Vorklinik überladen und wenig praktischen Inhalten
825	digitale Patientenakten, weiterhin viel Dokumentation, weniger Zeit für Patienten da die Dokumentation immer mehr zunimmt
831	Fairer.
832	-eine Versicherung für alle Bürger - definieren einer maximalen Arbeitszeit für Ärzte in Kliniken. Maximal 10 Stunden. Abschaffen des Bereitschaftsdienstes - ausschöpfen konservativer Maßnahmen; weitestgehend Verzicht auf maximalchirurgie bei betagten, schwer erkrankten pat. „Bestattungschirurgie“ - abschaffen des Kostendrucks, kein Profit im Krankenhaus zu Lasten von Patienten und Personal.
840	Ich hoffe es wird mehr ärztliches Personal geben - besonders in der Inneren Medizin . Auch hoffe ich darauf das tägliche Überstunden bis zu 12 Stunden nicht mehr einfach vorausgesetzt werden und es niemanden interessiert .
846	Ausgeglichener Personalschlüssel bzgl Pflegepersonal, Ärzte/Ärztinnen, Physiotherapeutinnen pro Patient Digitale Patientenkurve/-akte überall Weniger doppelte Dokumentation

	Work - life-Balance für alle Mehr Frauen in Führungspositionen (Chefärztinnen) Hoffentlich weniger ökonomisch-orientiertes dafür mehr Patienten-Wohl-orientieres Arbeiten Bessere und einfachere Anbindung älterer PatientInnen nach dem stationären Aufenthalt an Pflegeeinrichtungen / Rehas/ Pflegedienste Qualitätskontrollen bzgl Weiterbildung für Assistenzärzte
848	Eine Versicherung für alle mit Zuzahlungsmöglichkeiten für Ein- oder Zweibettzimmer. Weniger Krankenhäuser mit besserer Behandlungsqualität. Abschaffung der Fallpauschale und Ende des Profitdrucks in Krankenhäusern. Strukturierte Weiterbildung mit tatsächlicher Einhaltung des Weiterbildungskatalogs.
851	Komplett digitalisiert - der Patient checkt mit seiner Gesundheitskarte ein und auf dieser sind komplett alle Vordiagnosen, alte Arztbriefe, Allergien, Medikamente gespeichert und können mit einem Klick in den neuen Arztbrief integriert werden
855	Einführung einer (verpflichtenden) ePA, in der Diagnosen, Vorbefunde, Laborwerte etc. der Patienten zentral abrufbar und jederzeit verfügbar sind. Dadurch vereinfachte Aufnahme und Entlassung der Patienten, ggf. wird statt eines Arztbriefs ein Eintrag in der ePA erstellt. Zudem vollständige Digitalisierung der Krankenhäuser. Dabei ist ein großer Fokus auf die Benutzerfreundlichkeit und schnelle Bedienbarkeit zu setzen. Eine elektronische Kurve sollte keinen Mehraufwand im Vergleich zum Papier-Äquivalent verursachen, optimalerweise sogar weniger. Auch eine Einbindung von Laborwerten (Warnhinweis bei Leber-/Niereninsuffizienz in aktuellen Laborwerten direkt im digitalen Medikationsplan oder beim Ansetzen von Medikamenten) oder Leitlinien wäre denkbar.
862	Digitalisiert, normale Arbeitszeiten (40-Stunden-Woche), Ausbau ambulanter Sektor zur Entlastung der Notaufnahmen
864	Nicht auf Profit ausgelegtes System
876	Mehr Wertschätzung, mehr Stellen, bessere Patientenversorgung, weniger Überstunden, strenge Hierarchien existieren nicht mehr
897	Viele spezialisiertr Zentren für spezialiserte Behandlungen z.b. Herzchirurgie, kaum noch Kreiskrankenhäuser, viele MVZs, deutlichere Unterschiede in privater und gesetztlicher Krankenversicherung in Bezug auf Behandlungen.
901	Flexiblere Arbeitszeiten ohne Benachteiligung, Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte und Patienten/Eltern, verbesserte Ausbildung und Förderung von Berufseinsteigern
905	Mehr Zeit für den Patienten durch mehr Assistenz für Dokumentation, Blutabnahmen und Zugänge, Terminvereinbarungen, digitale Patientenakte
910	eine einzige gesetzliche Krankenkasse, verstaatlichung der Krankenhäuser, Diagnosen/ Eingriffe/ Medikation/ PV/ VSV mit Kontaktdaten der Angehörigen auf Chipkarte abgespeichert
927	Das möchte ich mir gar nicht vorstellen, es hat sich so schlecht entwickelt seit den 80er Jahren, keine Ahnung, ob man aus der Nummer wieder raus kommt. Solange ökonomische Ansprüche zuvorderst stehen, ist keine wirkliche Besserung in Sicht. Wenn ich mir etwas Gutes vorstellen sollte, dann könnten Team- und Kommunikationstrainings für freundliche und wertschätzende Kommunikation und Trainings für effiziente Kommunikation im Notfall, wie z.B. 10 Sekunden für 10 Minuten den Arbeitsalltag verbessern.
930	Dem Kapitalismus verfallen und auf Effizienz getrimmt. Es wird wohl weiterhin vergessen, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung einer der effektivsten Behandlungsfaktoren ist und der Arzt dafür ZEIT benötigt.
931	Durch Klimawandel wird es viel mehr Infektionserkrankungen aus wärmeren Ländern hier geben zB Malaria. Es wird durch den Klimawandel auch noch mehr Flüchtlinge geben. Es wird hoffentlich alles digitalisiert ablaufen. KI wird bei der Diagnostik helfen
936	Reformierter, digitalisierter, patientenorientierter, einfacher strukturiert, unkomplizierter
945	Wie in den letzten Jahrzenten wird viel darüber gesprochen, was besser werden müsste, aber es ändert sich wenig und das ohne relevanten Einfluss, weil die Defizite ja nach wie vor doch irgendwie vom Personal kompensiert werden. Warum muss ein Krankenhaus schwarze Zahlen schreiben, um überleben zu können? Warum wird für Gesundheit nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt?
948	Abgeschaffte Private Krankenversicherung --alle sind gesetzlich versichert. Abgeschaffte DRG bzw. nicht mehr entscheidend ist eine geringe Liegedauer.
970	Prävention wird wichtiger sein. Menschen gehen häufiger zum Arzt oder Gesundheits-Coach,

	um gar nicht erst krank zu werden. Body- Mind Medicine wird wichtiger. In Krankenhäusern wird Musik gespielt und es gibt richtig leckeres Essen. Pfleger*innen verdienen mehr.
981	Was ich mir wünschen würde: - Aufhebung des 2 K(l)assensystems hin zu einer Bürgerversicherung - volle Digitalisierung mit elektronischer Patientenakte mit allen Befunden, abrufbar über z.B. das Handy des Patienten oder seine Krankenkassenkarte o.ä. - mehr Zeit für die Patienten sowohl für Ärzte als auch für Pfleger - Medizin sollte "ganzheitlicher" sein (bio-psycho-soziale Aspekte besser berücksichtigen) - mehr interdisziplinäres Arbeiten - bessere work-life-balance - KEINE DRGs mehr, sondern Abrechnung nach tatsächlich erbrachter Leistung (natürlich nur bei Indikation)
977	Abgabe von Tätigkeiten an Physician Assistent und Pflege. Bessere Arbeitszeiten mit der Möglichkeit von erprobten und funktionierenden Teilzeitmodellen. Angemessene Vergütung von Nacht- & Bereitschaftsdiensten.
987	Hoffentlich ohne DRG System, Flexibel, Interdisziplinäre Notaufnahmen
994	Effizientere Aufgabenverteilung Bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte (weniger Überstunden, weniger psychische und physische Belastung, effizientere Digitalisierungsprozesse, weniger Dokumentation,
996	freie Forschung, keine Versicherungspflicht, keine KV, keine Krankenkassen
1000	Ich glaube die aktuelle Entwicklung des zunehmenden Kapitalisierung bzw, Markterschließung aller Lebensbereiche wird weiter zugenommen haben. Ich weiß nicht ob ich dann noch hier sein will in Deutschland.
1001	Genauso wie jetzt. In den letzten 20 Jahren ist ja auch nichts besser geworden.
1004	Verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Klinik, ambulant und zw. Klinikärzten und Niedergelassenen. Digitale Patientenakte überall. Gute Bezahlung für Pflegekräfte und dadurch verstärkter Anreiz in Pflegeberufen zu arbeiten da die Arbeitsbelastung durch ausreichend Pflegekräfte ausreichend Zeit für die Pflege der einzelnen Patienten bleibt. Bessere Arbeitsbedingungen/Dienstsysteme für Ärzte vor allem Assistenzärzte und damit höhere Anreize im deutschen Gesundheitssystem zu bleiben.
1006	Vollständige Digitalisierung und Fortschritte in der medizinischen Versorgung. Verbesserte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektor. Hausärzte Förderung in ländlichen Gebieten.
1008	Vernünftig digitalisiert, mit einer sinnvollen Vergütungsmethode (keine DRGs), eine einheitliche Versicherung für alle
1017	- gute Arbeitsbedingungen
1024	- Patientendaten nur noch digitalisiert, kein scannen oder faxen mehr - ein online gesundheitspass mit allen wichtigen Informationen (Impfungen, Gesundheitsuntersuchung, Medikamente)
1030	Nach Systemcrash. Fachidioten werden nicht mehr benötigt. Wir können uns auf die Notfallversorgung konzentrieren und werden dafür mit Achtung, Goldmünzen oder Nahrungsmitteln bezahlt.
1033	- ein erheblicher Anteil der ärztlichen Tätigkeit wird durch künstliche Intelligenz erheblich unterstützt oder gar übernommen - die Kosten sind bis dahin explodiert, weil keine grundlegenden Reformen getätigt werden (z.B. die Abschaffung der PKV oder die Reduktion der Zahl der gesetzlichen Krankenkassen auf eine Zahl unter 10, um Verwaltungsasugaben zu sparen). Das System ist kollabiert, weil es nicht mehr bezahlbar ist oder die übernommenen Leistungen wurden deutlich reduziert und die Medizin befindet sich in einer 2-Klassengesellschaft.
1035	Bei einer Fortschreibung des aktuellen Trends droht der personelle und wirtschaftliche Kollaps des deutschen Gesundheitssystems wie wir es kennen. Wahrscheinlich nur in Teilen so deutlich wie akutell bereits auf dem Land, am ehesten jedoch durch erhebliche Leistungseinschnitte für die Versicherten. Die Babyboomer sind 56 und wollen in 10 Jahren eine Rente von Kindern die sie nicht haben (demografische Entwicklung, auch bei den Krankenkassen). Die Versorgung der Migranten erweist sich als kostenineffizient (u.a. Notaufnahme statt Hausarzt, "Abklärung in Griechenland erfolgt, Unterlagen liegen nicht vor" usw.) und zeitaufwendig (Sprachbarriere). Weitere Steuer- und Abgabenerhöhungen könnten mehr Ärzte ins Ausland treiben (mehrere meiner ehemaligen Vorgesetzten sind bereits in der Schweiz tätig), da ein Vermögensaufbau für die junge Generation in Deutschland immer schwieriger wird (Nullzins, Mieten, Immobilienpreise).
1037	Zunahme Flexibilität zwischen ambulanter und klinischer Betreuung von Patienten. Abnahme der hierarchischen Strukturen an Kliniken. Zunehmend weibliche Vertreter in der Führungsetage.
1038	Die digitale Patientenakte und eine Krankenkassenkarte, auf der alles steht – damit man nicht immer mit Befunde suchen und Rätselraten und Archäologie beschäftigt ist! Dazu alle

	Unverträglichkeiten und zurückliegenden Komplikationen auf einen Blick. Ebenfalls alle Medikamente mit dem Plan und dazugehörigen Interaktionsrisiken in der Übersicht. Des Weiteren wünsche ich mir, dass man ohne schlechtes Gewissen pünktlich nach Hause gehen kann. Nebenbei sei die digitale Versendung der Arztbriefe schön um nicht jeden Tag nen Wald abzuholzen. Und vielleicht kommen wir auch mal von der 2-Klassen- Medizin wieder weg , alle springen nur weil einer PP ist und sofort kriege ich das bspw mrt - aber krank sind ja in der Regel alle meine Patienten. Und ganz wichtig - nach niederländischem Vorbild - jeder Patient erstmal abgestrichen und in Quarantäne bei Aufnahme, unabhängig von CoViD, sondern u.a. wegen mrsa, vre etc.
1039	Digitalisiert und modernisiert - Telemedizin - Gleichberechtigung von Kassen- und Privatpatienten bzw. Abschaffung des bestehenden Systems - Gleichberechtigung der Mitarbeiter, unabhängig von Geschlecht, Religion, Ethnizität, privaten Kontakten - Spezialisierung der Ärzte in einer hochspezialisierten Medizin, z.B. gibt es nicht mehr den Internisten, der neben Stationsarbeit und Diensten u.a. eine Transplantationsambulanz mitbetreut sondern nur den spezialisierten Transplanthepatologen - Verstärkte Prävention von kardiovaskulären- und Krebserkrankungen im Sinne einer lobbyunabhängigen Gesundheitsförderung
1044	Digital, effizient und weniger profitorientiert
1046	Bessere IT Systeme und bessere Aufgabenverteilung mit mehr Assistenz.
1049	Fallpauschale abgeschafft, keine private Trägerschaft von Gesundheitseinrichtungen, finanzielle Wertschätzung aller medizinischen Berufe
1050	Hoffentlich besser digitalisiert und vielleicht ohne Faxgeräte.
1058	weniger Hierarchiedenken, okollegialer zwischen Berufsgruppen, Dokumentation ausgelagert nicht mehr ARzttätigkeit, großteil Teilzeitmodelle
1069	Hoffnung: Flexibilität vor allem flexible Arbeitszeiten, mehr Gehalt, faire Bezahlung im EU-Vergleich, geringere Arbeitszeit insgesamt
1073	Keine Ahnung.
1078	Pflege darf viel mehr Kompetenzen übernehmen und wird besser bezahlt. Funktionierendes digitales System ohne die lachhaft schlechte Struktur und Ausstattung momentan, also "tatsächliche" Digitalisierung. Insgesamt Entlastung des gesamten Personals durch effizienteres Arbeitssystem. Moderne Klinikleitungen, Teilzeitmodelle die auch akzeptiert und eingeplant werden, Frauen in gehobenen Positionen.
1088	Hoffentlich weg von Privatisierung, einheitlich. Kassensystem, keine Zwei-Klassen-Medizin, gut ausgebildete Kollegen*innne. ... oder komplett am Ende der Belastbarkeit!
1096	digitale Akten für alle betreuenden Ärzte keine Papierdokumentation mehr
1097	hoffentlich mit vielen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten
1098	- Kein Papier mehr. Digitalisierte Patientenakten und zwar so sortiert, dass man alle Befunde schnell und sortiert finden kann. Schließlich bekommen es schon heute Apple und Microsoft und das allerschlechteste Smartphone auch irgendwie hin. - Mehr Entlastung für Pflege und Ärzte. Der Dokumentationswahn muss abnehmen. Teilweise sehe ich bei uns auf Station 5 Pflegekräfte, die stundenlange irgendwelche Häkchen setzen, um zu dokumentieren, was sie alles gemacht haben. Das hat mit Pflege nichts mehr zu tun. - Ausserdem sollten wir Ärzte keine Rehaanträge oder Untersuchungen mehr anmelden müssen. Zum Teil machen das auch die Case Manager. Aber ein Case Manager für 40 Patienten ist auch zu wenig. - Gesundheitsberufe und die assistierenden Berufe (Case Manager, Dokumentationsassistenten etc.) sollten einfach besser bezahlt werden.
1107	Leichter, sicherer Austausch von Patientendaten, Wenig Papier, weniger Dokumentationsarbeit.
1109	Mit ausreichend Personal in allen Abteilungen. Besonders in der Geburtshilfe 1:1 Betreuung im Kreißsaal und adäquate Ausbildung der Assistentinnen.
1111	Keine PKV mehr, keine Faxe mehr d.h. digitale Befundübermittlung
1114	Hoffentlich bin ich in Rente dann, keine Meinung.
1120	Verbot von Unternehmensberatungen für Kliniken - ärztliches Personal auf allen führenden Klinikleitungspositionen und Personalplanung entsprechend des klinischen und nicht ökonomischen Bedarfs - einheitliche, verbundene Computersysteme
1122	Effizientere und v.a. SICHERE digitale Strukturen, die Abläufe und Kommunikation vereinfachen. Bessere Verzahnung mit anderen medizinischen Berufsgruppen.
1125	Am Boden
1126	Utopie

	Vereinfachte Dokumentation zugunsten von mehr Zeit für Patientenkontakt durch Digitalisierung/Algorithmen/nichtärztliches geschultes Personal Chancengleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen Ein Gesundheitswesen das durch hochqualitative und effizient strukturierte Arbeit primär zum Allgemeinwohl beiträgt und nicht primär wirtschaftlich sein muss
1135	als weiterhin sozial und immer noch intakt
1137	Mehr Personal in den Krankenhäusern und Priorisierung des Patientenwohls anstelle von Wirtschaftlichkeit
1140	entökonomisiert, Kliniken sollten nicht auf Gewinnmaximierung hinarbeiten, mehr staatliche Kontrolle/Subvention zur bestmöglichen Patientenversorgung, keine Minimalbesetzung der Pflege um Stellen und Gehälter zu sparen auf Kosten der Patienten
1143	Sollte sich am DRG System nichts ändern, dann wird wohl alles gravierend schlechter werden. Höhere Ökonomisierung, noch weniger Zeit für Weiterbildung, keine Ärzte mehr, die überhaupt weiterbilden können, da sie es selbst nicht richtig gelernt haben, schlechtere Patientenbetreuung, immer mehr Leistungen müssen privat bezahlt werden, sonst werden sie Patienten nicht mehr zur Verfügung gestellt....
1144	Strategische Leitung weniger durch Ökonomen als durch Mediziner. Keine privatisierten Kliniken mehr. Kein Unterschied zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Wirklich Weiterbildung (!) in der Weiterbildungszeit. Größerer Fokus auch auf nicht-körperlicher Therapie, mehr Zeit für Gespräche.
1146	digitaler
1148	Fortschreitende Digitalisierung, fortgeschrittene individualisierte Weiterbildung auch nach dem Studium (kostengünstiger). Gewinndeckleung der Krankenhäuser mit einer Entschlackung der enormen Verdichgtung.
1149	Unemotionaler Umgang mit Arbeitnehmerrechtrn, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Präventive Strategien stärker in der Krankenversorgung/insb mental health. Weniger Fallstricke zwischen freier Diagnostik und sozialer Absicherung der Patienten (zB Berufsunfähigkeitsversicherungen).
1150	Einen digitalisierten Medikationsplan, den der Patient als App mit sich trägt, damit jeder Arzt weiß, was dieser Patient gerade einnimmt, wann es verändert wurde und warum. Die wichtigsten Notfalldaten sollten bei dem Patienten ärztlich vermerkt in einer digitalen Notfall-APP sein (z.B. Z.n. Anaphylaktischem Schock auf Novalgin 12/2008, Arzt XY oder Patient DNR/DNI, Arzt xy, der Patient ist Organspender). Der aktuelle Impfstand des Patienten sollte per App vereinheitlicht sein (z.B. Tetanusimpfung --> letzte 12/2008, Wirkstoff Xy, Arzt XY). Der Patient sollte via App einen Reminder bekommen, dass er eine Screeninguntersuchung/Porphylaktische Behandlung in Anspruch nehmen kann (Hautkrebsscreening, Mamma-Screening, Kolo, nächste Impfung!!!). Anträge auch Rehaanträge sollten endlich deutschlandweit einheitlich digital ausfüllbar sein! Es gibt einen für Organspende vorgesehenen fixen Etat, den eine Klinik für die Entnahme bekommt, zudem Widerspruchslösung und ein Vermittler, der bei einem Todesfalls mit den Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende spricht und extra dafür abgestellt wird. Digitale Einweisung ins Krankenhaus, Digital an den Patienten überstelllte Arztbriefe.
1163	Hoffentlich ohne DRGs!
1165	wünschenswert: vollständig digitalisiert mit strukturiertem Überblick und übersichtlichem Zugriff auf wichtige Gesundheitsdaten Teamarbeit: interdisziplinär und mit anderen Berufsgruppen mehr Flexibilität: Gleitzeit, Homeoffice für Bürokratie und im Krankheitsfall strukturierte und praktisch tatsächlich vorhandene Ausbildung realistisch bei aktueller Entwicklung: alleine tätig, Zunahme der Überstunden sowie physischen und psychischen Belastung Patientenunterversorgung aufgrund der Behandlung nur eines Krankheitsbildes und frühzeitiger Entlassung ohne strukturierte ambulante Nachversorgung und somit Übersehen von Krankheiten und rasche Wiedereinweisung deutlich höherer Rechtsdruck bei verschärften Patientenrechten, die in vielen Bereichen zwar sinnvoll sind, jedoch im Klinikalltag nicht umgesetzt werden, sodass wir regelmäßig in Grauzonen arbeiten; rasche Gefahr des Übernahmeverschuldens... überhöhtes Ansprunhsverhalten der Patienten - aus meiner Sicht insbesondere durch irrealistische Darstellung der medizinischen Versorgung in den Medien. Nein, ich habe nicht täglich 30-60min Zeit, um mit den Patienten uasführlich zu reden und ich löse auch nicht im Alleingang alle Probleme, am besten die finanziellen und familiären gleich dazu. Und nein: es gibt nicht auf jede Frage eine Anwort oder ein Allheilmittel!
1167	weniger privatwirtschaftlich und eher zentral gesteuert

1179	Es sollte keinen Unterschied für den Patienten geben, wie er versichert ist. Medizinisch Sinnvolle Untersuchungen/Eingriffe werden immer bezahlt. Flache Hierarchie im Krankenhaus.
1182	- digitalisiert - elektronische Gesundheitsakte - gleichberechtigt, genderneutral
1183	lieber gar nicht, ist grad kein Tavor in der Nähe.
1204	Ich erwarte keine großen Veränderungen im Vergleich zum aktuellen Zustand. Ggf. wird weniger Personal die selbe oder mehr Arbeit leisten müssen.
1206	Krankenhaus-IT mit der alles erfasst wird (nicht 6 Einzelprogramme für Labor, Medis, röntgen, etc.). WLAN für die Mitarbeiter bzw. zur Verfügung gestellte Dienstsmartphones auf denen auch die Nachschlagewerke existieren. Arbeitszeiterfassung digital. Vernetzung der ambulanten und stationären Bereiche auch mit Hilfe der elektronischen Patientenakte bspw. Medis, Überweisungsscheine mit denen Angaben und Laborwerten mitgeschickt werden können....
1212	Digitaler. Es sollte möglich sein, alle relevanten Informationen auf der Gesundheitskarte zu speichern und schon in der Notaufnahme in das Notaufnahmeprotokoll aufzunehmen. Befunde automatisch in Arztbriefe einfügen. Alleine dadurch ließen sich täglich locker 2h einsparen, die man für Fort-/Weiterbildung nutzen könnte.
1213	Eine Versicherung für alle. Andere Anreize als das DRG-System. Stationssekretärinnen für Telefonate und Terminvereinbarung. Elektronische Dokumentation. Häufigerer Einsatz von Apps.
1221	Ärzte haben noch genug Motivation Bonusfragen zu beantworten.
1230	Voll digitalisierte Patientenakten. In der Psychiatrie digitalisierte Erfassung der Psychopathometrie (über Smart Watches an den Patienten, Apps welche die Pat. bedienen)
1231	Ich würde mir wünschen, dass sich die Arbeitsbedingungen verbessern. Bessere Teamarbeit, Arbeit auf Augenhöhe, Mehr Zeit der Ober- und Chefärzte für die Ausbildung der Weiterbildungsassistenten. Bessere Bezahlung des gesamten medizinischen Personals (vor allem Pflege und Ärzte). Keine Probleme mehr bei der Arbeitszeiterfassung. Es ist wie in anderen Bronchen wichtig und erwünscht seine Arbeitszeiten und Überstunden sauber zu erfassen ohne Diskussionen und ohne schlechtes Gewissen. Mehr Personal, weniger Dienste. Ebenfalls wie in anderen Bronchen gibt es ordentliche Zuschüsse für Nachtarbeit, Wochenend- und Feiertagsdienste. Es ist normal pünktlich nach Hause zu gehen. Es wird nicht gegen das Arbeitszeitgesetzt verstoßen (Stichwort: Zwang Opt-out zu unterschreiben etc.), Ärzte haben mehr Zeit für die Patienten.
1249	- keine private KV mehr, nur noch eine gesetzliche Versicherung für alle - unkomplizierte digitale Dokumentation und Verfügbarkeit von Befunden, Briefen, Medikamentenplänen etc. (ambulant und stationär) - Abschaffung des DRG-Systems - Verbessertes Abrechnungs- und Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte, keine Regresszahlungen mehr
1256	Digitalisierter
1263	Reformiert. Mehr Schwerpunkte auch adäquate Patientenversorgung. Wertschätzung der Fachkräfte v.a. der Pflege. Bessere Vernetzung durch Digitalisierung. Besserer interdisziplinärer Austausch. Weniger ökonomisch motivierte Entscheidungen und Krankenhausträger.
1270	Keine Zweiklassenmedizin Keine DRG-Vergütung Patientenwohl vor Wirtschaftlichkeit
1272	Digitaler, bessere ärztliche Vergütung
1281	Deutliche Unterstützung durch Robotik, KI und Digitalisierung von Patientendaten
1292	Pessimistisch betrachtet überlastet, mit verstärktem Personalmangel und zunehmend alten, gebrechlichen und multimorbiden Patienten. Ideal wäre die digitale und überall zugängliche Patientenakte.
1293	Gesunder Lebensstil wird mehr gefördert, Visiten / Aufnahmen etc. laufen mit Ipad (alles Echtzeit überall verfügbar/einsehbar), Strafzahlungen für "Versicherungsausnutzer" (unnötig häufiges Ärztehopping / unnötige Klinikbesuche, insbesondere als 'Notfall', der aber auch 3 Tage später vom Niedergelassenen behandelt werden könnte), eine Art Triage per Video, bevor Patienten in die Klinik kommen (nötig/unnötig). Bessere Aufklärung im Internet: es kann nicht sein, dass Patienten Seitenweise Foreneinträge finden, aber keine leicht verständliche Evidence based Medicine (maximal Apotheker Zeitschrift oder Artikel aus Bild der Frau). Es gibt im aktuellen Jahr 2021 tatsächlich einige Frauen, die denken, man könnte auch ohne Gebärmutter schwanger werden. Oder dass niemand mehr stirbt während der

	Geburt... Das Gesundheitswissen muss sich bessern!
1294	Digitale Akte
	Weniger Dokumentation Speicherung aller relevanter Gesundheitsdaten bspw. auf KK Karte und Zugriff darauf
1296	Volldigitalisierung mit Optionen der Telemedizin auch in abgelegenen Standorten und Ländern mit schlecht ausgebauten Gesundheitsatruckturen, bessere Interproffesionelle Komunikation und Zusammenarbeit. Qualitätskontrollen. Teilzeitmodelle.
1299	Ich hoffe, dass wir uns bis 2040 endlich zu einer sozial gerechteren Bürgerversicherung nach norwegischem/britischen Vorbild. Mich nerven in der Praxis die teilweise deutlich sichtbaren Klassenunterschiede doch sehr.
1303	Besser! Patienten orientiert, ganzheitlich, bessere Arbeitsbedingung für Ärzte und generell medizinisches Personal
1305	Kostenlos für Alle mit freiem Zugang zu allen Maßnahmen, für die Evidenz vorliegt. Gleichberechtigtes Miteinander aller wissenschaftlichen Heilberufe inklusive MFA und Physiotherapeuten ohne Standesdünkel.
1309	Digitalisierung
1310	Keine fallpauschale mehr, mehr ambulante Versorgung, nur wirklich kranke kommen in die Klinik, ganzheitliche Versorgung, weniger unnötige Diagnostik und Maßnahmen, Programme und künstliche Intelligenzen die mit dem Arzt arbeiten und unterstützen und nicht unnötig verkomplizieren, weniger oder effizientere Doku, eine richtige Ausbildung und nicht ein ausbeuten ohne Ausbildung, eine 40 Stunden Woche, weniger aufopfern auf Kosten der Familie und des Privatlebens
1319	Das deutsche Gesundheitssystem ist in den Grundzügen eine besser finanzierte Kopie des NHS. Zentrenbildung hat sich als vorteilhaft erwiesen und schreitet weiter voran. Die ärztliche Weiterbildung findet schwerpunktmäßig an solchen Zentren im Sinne einer dualen Ausbildung mit festen Lehrplänen und Rotationen statt. Die Weiterbildungskultur in den Pflegeberufen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben sich so entwickelt, dass Spezialisten in Krankenhäusern (z. B. pain nurses) und im ambulanten Sektor und öffentlichen Gesundheitsdienst (z. B. public health nurses) unersetzbar werden. Zahlreiche Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen erübrigen sich dadurch.
1324	ein paar Beispiele für die Klinik: - ein 40h-Vertrag entspricht auch 40h Arbeitszeit/ Woche ohne zusätzliche nichterfasste "Bereitschafts"dienste - Einhaltung der Pausenzeiten - weniger ökonomischer Druck, Patientenwohl im Blick und nicht die Erhöhung der OP-Zahlen - Genesungshaus anstatt Krankenhaus --> gesundes überwiegend vegetarisches Essen, mehr Zeit für die Patienten sowohl auf Seite der Pflege als auch der Ärzte, Lebensstiländerung/Präventionskurse auch im stationären Aufenthalt, Nachhaltigkeit
1327	Weniger bzw. doppel Doku, kein Fax, komplette kompatible Digitalisierung, E Akte
1328	Digitalisiert Weniger Personal, mehr maschinell
1358	Weniger dafür bessere und effizientere Kliniken, mehr Anerkennung UND Verantwortung für Assistenzpersonal. Ambulant mehr Telemedizin und Apps. Vielleicht ein Ende des Faxgeräts?! Bitte einmal nach z.B. Estland oder Dänemark schauen
1373	ausgewogene Stellenbesetzung, strukturierte Weiterbildung, Einhaltung der Arbeitszeiten, Verzahnung stationäre und ambulante Weiterbildung, flexiblere Arbeitszeitmodelle, Umsetzung moderner Mutterschutz komplette Digitalisierung ohne Doppeldokumentation, flächendeckende Dokumentationsassistenten um die teure Ressource Arzt zu schonen
1375	Desolat, wenn die Digitalisierung nicht voran schreitet und die Privatisierung der Kliniken nicht rückgängig gemacht wird. Und ohne Schwestern, da der Pflegeberuf nach der Pandemie nicht mehr auf zu werten ist (Pflexit).
1379	Hoffentlich flachere Hierachien und Dokumentation aller Überstunden, welche entweder ausbezahlt oder aber abgefeiert werden.
1388	Weniger unsinnige Eingriffe und Übermedizin insbesondere für hoch betagte bettlägerige Patientin nur weil Angehörige dies wünschen. Kein ökonomisch getriebenes System, sondern ein System das Sinn macht für die Patient/innen. Mehr Prävention. Mehr Schulung der Bürger/Innen über medizinische Dinge (was ist ein Notfall, Eigenverantwortung der Gesundheit etc.).
1399	Idealer Weise weniger bürokratisch, dafür patientenorientierter mithilfe von Digitalisierung.
1419	Ein Arzt Patienten Kontakt sollte immernoch persönlich stattfinden, denn Dinge wie Empathie kann man nicht digitalisieren. Alles andere sollte jedoch automatisiert sein- keine Papierpraxen mehr, keine wilde Aktensuche nach dokumentierten Allergien oder Vorerkrankungen...

1422	Digitale Visite, Transportables Sono in der Kitteltasche, keine Briefe auf Papier mehr
1437	Alle Kliniken in staatlicher Trägerschaft um den Faktor Geld auszuklammern. Keine Zahlung nach DRGs mehr, sondern mehr Zahlung bei aufwendigen Patienten. Notaufnahme und Rettungsdienst wird wie in Frankreich erstmal in Rechnung gestellt und dann prüft eine Kommission ob der Einsatz gerechtfertigt war. Genug Pflegepersonal in allen Abteilungen plus Sekretärin/MFA/PA für Arztbriefe und zur Entlastung der Ärzte, die sich dann mal um die Patienten kümmern könnten...
1439	Weniger Bürokratie, mehr Arbeit am Patienten, bessere Vergütung der Arbeitsleistung und keine DRG-Fallpauschalen.
1458	Deutlich Bessere Weiterbildung, Mehr Anerkennung von Patienten (nicht nur als Dienstleister gesehen zu werden), keine Arztassistenten, die den Ärzten in Weiterbildung die Eingriffe klauen, weniger Dokumentation und Arztbriefgeschreibe
1468	Physican Assistens, welche den Arzt unterstützen Mangel an fähigen/motivierten Pflegekräften zunehmend
1469	ich habe die Sorge vor weiterer Substitution ärztlicher Tätigkeit und zunehmender Fernbehandlung durch "Großkonzerne". Ich denke lukrative Bereiche könnten dann digital durch große Konzerne bearbeitet werden und der "Rest" wird durch die alten Strukturen abgedeckt.
1477	Wunschvorstellung oder erwartete Realität? Ideal: vollständig digitalisiertes System, Patientendaten inkl. Anamnese und Med-Plan auf Chipkarte hinterlegt. In allen Sektoren 6-Stunden-Arbeitstag etabliert, Ärzte haben ausgeglichene Work-Life-Balance, sind somit deutlich motivierter und konzentrierter bei der Arbeit. Real: nicht viel anders als jetzt.
1478	Weniger dokumentieren mehr Zeit zum Reden !
1482	gemeinsame digitale Krankenakte für alle Versicherten --> keine Doppeluntersuchungen, bessere Übersicht etc.
1490	Kliniken sind keine Wirtschaftsunternehmen mehr, sondern arbeiten mit zufriedenen Mitarbeitern für erkrankte Menschen, ohne finanziellen wirtschaftlichen Druck mit vollumfänglicher Versorgungssicherheit
1503	Ohne DRG bzw Fallpauschalen, mit digitaler Patientenakte Ohne Personaluntergrenzen beim Personal
1510	Mehr automatisierte Abläufe, es gibt ein einheitliches System in einem Haus in dem alles angeordnet und abgezeichnet wird
1520	Mehr Personal und volle Digitalisierung
1531	Unbürokratischer.
1534	digitalisierter, Arbeitserleichterung durch funktionierende Systeme/ Apps, dadurch besserer Personalschlüssel/ mehr Zeit für Pateinenkontakt zentrales Zusammenarbeiten von Kliniken und Praxen, ggf. digitale Sprechstunden, digitale Krankschreibungen Bessere Bezahlung von Krankenpfleger:innen
1535	Optionales staatliches Grundgehalt für Ärzte (vielleicht so 20%), dessen Inanspruchnahme Ärzten Freiraum gibt sich für eigentlich Ärztliche Tätigkeiten ausreichend Zeit zu nehmen (ordentliche Patientengespräche, bessere Aufklärung und Präsenz für den Patienten). Übrige 80% des Gehalts werden weiterhin von Kliniken getragen. Dadurch partielle Entkopplung vom Ökonomiedruck.
1538	- Bedarfsgerechte Personaldecke - Bürokratieabbau durch Digitalisierung - Patientenorientierte Gesundheitsversorgung
1543	Gesundheitssystem komplett in staatlicher Hand und nicht nach dem Prinzip der Marktwirtschaft. Der Erfolg eines Landes steht und fällt mit der Gesundheit seiner Bevölkerung. Vergütung der Ausbildung.
1552	flexibler für Elternzeit
1562	Weniger Ökonomie, mehr Medizin!
1571	Mehr ausgebildete Fachkräfte, faire Bezahlung, bessere Ausbildung durch erfahrene Fachkräfte/Ärzte ohne Hierarchie-Denken und ohne in der Freizeit oder in unbezahlten Überstunden praktische Fähigkeiten zu erlangen.
1582	Ähnlich wie heute. In Deutschland dauert es immer lange, bis sich was ändert. Aber die Pandemie durch Corona hat ja auch gezeigt, dass das Gesundheitssystem in Deutschland eines der besten der Welt ist.
1583	Besser. Weniger Profitorientiert, mehr Patientenorientiert. Bessere Bezahlung der Leistungen im Krankenhaus. Mehr Personal, weniger Arbeitsbelastung
1585	Digitalisiert - mehr Zeit für Patienten, weniger bzw. intelligentere Dokumentation und Bürokratie.

1586	Digitale Daten leicht einsehbar und zentral gespeichert. Auf Grund von Ärztemangel werden vmtl. vermehrt MVZ entstehen als regionale/überregionale Versorgungsabdeckung.
1593	Ausreichend Fachpersonal bei Ärzte und Pflege, genug Weiterbildungen, Verstaatlichung von Krankenhäusern, Abschaffung der privaten Krankenversicherung
1602	Änderung der Pauschalen. Schließung von vielen Krankenhäusern und damit eine Zentralisierung dieser. Insgesamt eher negativ!
1604	Ausreichend Pflegepersonal, die auch gut bezahlt werden Ausländische Ärzte ,die ausreichend Deutschkenntnisse haben Weniger Bürokratie oder Angestellt dafür Mehr Zeit mit Patienten Besserer Ausbildung durch Oberärzte, die mehr Zeit haben dafür. Vollständige Digitalisierung
1607	Deutlich digitaler mit weniger ärztlichen Aufgaben bzgl Dokumentation, sondern mehr wieder am Patienten. Arztpraxen in mvz, wenig einzelpraxen.
1617	Die patientennahe Arbeit ist wieder komplett im Mittelpunkt der Medizin. Die Abrechnung und Dokumentation sind nachrangig. Der Patient erhält die medizinisch indizierte, beste Behandlung und wird gut informiert bzw. in den Behandlingsprozess involviert. Der Arzt wird als Mensch wahrgenommen, es sollen strengere Arbeitszeitgesetze rigoros umgesetzt werden. Die Arbeitszeit eines Arztes sollte im besten Fall genau die vereinbarten Arbeitsstunden umfassen, nicht etliche Überstunden die bereits eingeplant sind. Die Minusstundenproblematik sollte im Gesundheitssystem möglichst bereits seit 18 Jahren Vergangenheit sein. Es fehlen Ärzte, insb. Assistenzärzte. Es müssen mehr Ärzte ausgebildet werden, bzw. mehr Gelder in die Universitäten investiert werden, um mehr Studenten der Medizin zuzulassen.
1620	Der Patient steht im Fokus. Alle können mit Motivation und Leidenschaft ihre Berufe ausüben, ohne sich dafür aufzuopfern
1624	Hoffentlich ohne Fax, auch wenn das nicht realistisch ist. Hoffentlich mit einem kompetenten Gesundheitsminister. Hoffentlich können wir die Hilfe von künstlichen Intelligenzen annehmen. Und mehr Roboter...
1630	Hierarchie verändert/aufgehoben, ein Miteinander, Privatsierung abgeschafft, alle gesetzlichen Krankenversicherungen bis auf eine eingestampft, private Krankenversicherungen komplett abgeschafft, deutlich mehr Mitarbeiter innerhalb des gesamten Sektors Gesundheitssystem, gesellschaftliche Gewichtung so gelagert, dass Wissenschaft, Bildung und Gesundheit an oberster Stelle stehen und auch so finanziert werden, Umverteilung des Einkommens, kürzere Arbeitszeiten, nicht mehr als 8 Stunden täglich, regelmäßige Fort-und Weiterbildungen, Verantwortung für PJler und Einarbeitung neuer Kollegen, Palliativmedizin muss viel stärkeren Einzug erhalten, Therapielimitierung ab 85 Jahren und/oder Multimorbidität, Narzissten und diverse andere sozial gestörte/inkompatible Menschen in führenden Positionen des Gesundheitssystems müssen diese rigoros verlassen
1640	Geregelte Arbeitszeiten mit deutlich besserer Vergütung und Max 4 Bereitschaftsdienste pro Monat
1647	Darüber mach ich mir aktuell keine Gedanken
1652	Hoffentlich besser Digitalisiert. Bessere Vernetzung von z.B. Patientendaten.
1656	Weiterhin im Rahmen eines Sozialstaates.
1662	Mehr Zeit für Patientenkontakt, Wertschätzung von Arzt-Patienten-Gesprächen als Therapiebestandteil
1663	Mehr konstruktive Arbeit am Patienten, weniger Bürokratie. Flexible Arbeitszeitmodelle und ausgeglichene WorkLifeBalance auch in Klinik möglich. Keine Bereitschaftszeiten mehr, Zeit die auf Arbeitsstelle verbracht wird, wird voll anerkannt. Keine Lohn/Zeitstundendrückerei mehr.
1672	in meinen Träumen? Ganzheitlich, optimistisch, fröhlich, gesund und motiviert zum Wohle des Patienten und aller, die dort Arbeiten.
1673	Im Optimalfall: komplett digitalisiert, einfachere Dokumentation/ automatisiert? Mehr Zeit für das Patientengespräch. Bessere Schnittstellen zum Austausch von Daten und bessere Nutzbarkeit von befunden Behandlerübergreifend. Könnte aber auch sein, dass es sich ins gegenteil entwickelt, dass der bürokratische Aufwand weiter zunimmt, mehr dokumentiert werden muss und die Ressourcen knapper werden, sodass nicht allen Patienten die Versorgung zukommen kann, die sie benötigen würden. Heute bereits täglich im Rahmen der Versorgung psychisch kranker Menschen mit ambulanter Psychotherapie zu sehen.

1679	Kein DRG-System mehr, staatlich geführte Krankenhäuser, geringe Dokumentationslast durch automatische audio-aufzeichnungen zur Visite, wieder mehr Arzt-Patienten-Kontakt, mehr Anerkennung des Fachrates des Arztes und weniger Gewalt gegenüber medizinischem Personal
1685	Eine bessere Vergütung von Präventionen und "sprechender" Medizin. Ebenfalls eine Vergütung von Ernährungsmedizin, mit anständigen Progrsmmen/Suflsgen zum Thema Ernährung. Bessere Professionalisierung der Pflege und bessere Vergütung der Pflege.
1691	Ich hoffe einfach, dass die Ökonomisierung nicht noch schlimmer wird.
1692	Kein DRG-System mehr, Digitale Patientenakte, Abschaffen des Faxgerätes
1714	Mehr und vor allem bessere Digitalisierung. mehr Verstaatlichung der Krankenhäuser. Abschaffung des DRG Systems. Mehr Zeit für Patienten und Ausbildung. Vereinfachung von Arztbriefen und Kommunikation mit dem ambulanten Sektor
1720	Entprivatisiert, stärker subventioniert, besserer Personalschlüssel bei Pflege und Ärzten, Digitalisiert
1735	Digitalisiert, weiter Einsatz von künstlicher Intelligenz und Telemedizin
1736	Kostenlos und gleichberechtigt zwischen privat und Kassen patient, komplett digitalisiert , mehr Personal , weniger bürokratisch
1756	Wunsch: Nicht mehr profitorientiert, sondern individuell an die Bedürfnisse von Patienten angepasst mit guten Arbeitsbedingungen (echte 40h-Woche, angemessene Entlohnung für die Pflege, etc.) für Ärzte, Pflege und alle anderen Beschäftigten.
1759	mehr Teilzeit, bessere Work-life-Balance, zumindest hoffe ich das
1763	- vollständig digitalisiert - anderes Patientengut und mehr chronische Errkankungen
1779	Digitalisierter, flächenhafter Einsatz von künstlicher Intelligenz Weiter reduzierter Arzt-Patienten-Kontakt
1782	Digital, aber doch persönlich. Der Arzt-Patienten-Kontakt (und AUCH der Pflege-Patienten-Kontakt) MUSS intensiv erhalten und verbessert werden, am ehesten durch Kompensation des Personalmangels und damit weniger Arbeit im Akkord und Ermöglichung eines ausgedehnteren Patientenkontaktes. Medizin/Gesundheit sollte kein Geschäftsmodell sein, welches um jeden Preis Gewinne erwirtschaften muss.
1783	Fortschrittliche Digitalisierung; Abschaffung der DRGs. Patienten behandeln (ambulant oder stationär), ohne, dass die medizinische Qualität der Behandlung mit der wirtschaftlichen Rentabilität auf einer Stufe steht. Natürlich müssen medizinische Leistungen entsprecht bezahlt werden; im Moment unterstützt dies jedoch nicht das Arbeiten am Patienten - es schränkt es ein.
1788	Wir brauchen endlich eine Bürgerversicherung, in die alle einzahlen. Die Vergütung ärztliche Leistungen sollte wieder am Aufwand berechnet werden. Es kann doch nicht sein, dass ich für einen Patienten, der 10x in meine Praxis kommt, 9x kein Geld bekomme.
1794	Hoffentlich ohne DRG Vollständig digitalisiert
1796	Keine Privatversicherung mehr, keine DRG s
1801	Eine öffentliche Krankenkasse für alle. Vollständige Digitalisierung ohne Papierdokumentation.
1807	Digitaler ohne, dass man sich ständig mühsam Informationen zusammen telefonieren muss! Abschaffung der privaten Krankenversicherung. Mehr Personal, dass Zeit hat sich mit Erkrankungen des Patienten allumfänglich zu beschäftigen.
1809	Pat haben mobile Datenbanken über die vorhandenen Erkrankungen, Unterlagen wie PG, Versorgung und Medikamente, auf die jede Klinik in Deutschland nach pat Erlaubnis zugreifen kann (es sei denn es sei ein Notfall, dann könnte man stets zugreifen)
1820	Leider immer mehr privatisiert und einem ökonomischen Diktat unterstellt.
1825	unkomplizierter, unbürokratischer
1827	Krankenhäuser gehören verstaatlicht! Prävention (Ernährung, Sport, Umgang mit sich und anderen) gehört ab den Kindergarten und in der Schule gelehrt! Hohe Steuern für tierische Produkte und stark verarbeitete Lebensmittel. Prävention muss im Gesundheitssektor viel mehr Raum und Zeit einnehmen - sei es bei der Arbeit in der Notaufnahme: man erklärt, wie die Tabletten einzunehmen sind, aber ganzheitlich und nachhaltige Konzepte für die jeweilige Erkrankung können nicht ausreichend vermittelt werden, da es Gespräche mit reichlich Zeit auch für Rückfragen sind.

	Anpassung der Gehälter: Ärzte sollen lieber gesunde Arbeitsumstände haben, dafür nicht so unverschämt viel Geld im Vergleich zur Pflege und Physiotherapie (u.a.) verdienen, um sich damit zu besänftigen. Damit füttert man die falschen Charaktere für das ärztliche Handeln an (gewagte These, aber stimmt teilweise) Therapien sollten mehr aus Verordnung von Sport und Ernährungsberatung bestehen. Die Patienten sollen aus ihrer teils selbstverschuldeten Unmündigkeit im Umgang mit ihrem Körper und Gesundheit herausgeholt werden - Bildung! Solidarität mit echten humanitären Problemen auf der Welt statt Wohlstandskrankheiten zu pflegen. Hilfsprojekte sollten vom Staat unterstützt werden und diese Projekte den Ärzten durch die Kammern angeboten werden, z.B: Kinderhilfe in Jemen, wo einfache Infektionskrankheiten Tausende dahinraffen. Mehr Zeit für Aufklärungsgespräche, 90% aller Patienten unterschreiben gefühlt einfach so und haben nicht wirklich verstanden. Die anderen 10% werden als "anstrengend" empfunden, weil sie mit ihren Rückfragen Zeit rauben oder man aus aufklärender Assistenzarzt schlicht überfragt ist - das kann doch nicht sein! Mehr Supervision bei oft psychischen Belastungen bei meiner Arbeit in der Notaufnahme, mehr Gruppensupervisionen durch externen Moderator geleitet - in der Arbeitszeit und ohne Stress! Zusammenfassend: Vielleicht (aber wohl nicht bis 2040) hat die Verbesserung der Prävention und Gesundheitsbildung der Bevölkerung einen Rückgang der gängigen Wohlstandserkrankungen bewirkt, dadurch fühlt sich die ärztliche Tätigkeit für alle sinnvoller an, weniger Patienten bzw. mehr Personal, sodass nicht immer auf Maximum ohne Pause gearbeitet werden muss. Auch die medizinische Gemeinschaft globalisiert sich und nimmt humanitäre Krisenhotspots mehr wahr und entwickelt ein Verantwortungsbewusstsein für die globale Menschheit (incl. Umweltschutz). Privaten Firmen haben in der Akutmedizin nichts verloren, außer sie erwarten keine Gewinne zu schlagen und wollen selbst nur helfen...
1830	Ärzte haben eigentlich keine Eigenverantwortliche Entscheidungskraft mehr, da es für alles Vorschriften und Dokumentationen gibt Alles ist Digitalisiert und der Datenschutz und Schutz des Patienten ist fraglich
1832	in öffentlicher Hand und weniger/am besten gar nicht gewinnorientiert.
1836	Komplette Digitalisierung der Prozesse mit Sprachassistent zur unkomplizierteren Dokumentation und eventuell künstliche Intelligenz für Dokumentation im Sinne davon, dass sie das zugehörte von selbst dokumentiert und bei Therapieempfehlungen hilft bzw. die angeordneten Therapie ggf. hinterfragt. Neue diagnostische Wege und sehr viel Telemedizin
1843	- Entprivatisierung des Gesundheitssystems, die ständige Ökonomisierung geht auf Kosten der Arbeitsqualität, Patientenbehandlung und Gesundheit der Mitarbeiter. In der Pflege können durch Personalmangel in der Notaufnahme oft nur 50% Personal eingeteilt werden, 2 Pflegekräfte die für alle Patienten in einem Klinikum mit regionalem Traumazentrum zuständig sind. Das geht nicht! Es geht nicht mehr um Patienten sondern nur noch um Profit, das darf nicht sein. Die Pandemie hat etwas dazu beigetragen dass zumindest die Notaufnahme entlastet wird, da Leute mit kleinen Beschwerden aus Angst vor dem Virus nicht mehr in die Notaufnahme laufen. - Bessere Organisation zwischen Praxis und Krankenhaus. Patienten kommen wegen jedem kleinen Problem in die Notaufnahme, diese sind total überlastet und die Versorgung von wirklich Kranken wird verzögert.
1861	Leider katastrophal. Große Ungleichgewichte in der Behandlung von Erkrankungen.
1865	- Keine Unterteilung mehr in private und gesetzliche Krankenversicherung mehr - Digitale Patientenakte - Bessere Kommunikation und Austausch von Befunden zwischen ambulantem und stationären Sektor - Einfachere Terminvereinbarung und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten - Weniger Dokumentationsaufwand und weniger Bürokratie
1870	Am Ende!
1873	Leitung der Patienten über den Hausarzt Keine freie Facharzt Wahl mehr Nur noch Facharzt Termine mit Überweisung Weg von der DRGs Dezentralisierung vorantreiben
1931	Faire Vergütung, Datenschutzgerechte Digitalisierung und dass der Beruf Arzt wieder

	geschätzt wird, wären ein Ziel.
1938	Ich befürchte der Physical Assistant wird auf den Vormarsch sein. Damit werden weitere Patienten nahe Tätigkeiten ausgelagert. Aber das ist nicht meine Wunschvorstellung. Ich wünsche mir eine Entlastung auf der Seite der Bürokratie und dadurch mehr Zeit für die Patienten. Darum bin ich Arzt geworden, um am Menschen und mit Menschen zu arbeiten. Oftmals fühlt sich mein Beruf aber an wie ein Gut bezahlter Sekretärinnen Job.
1946	Mehr MVZs, kein klassischer allgemeiner Internist mehr, mehr Zur Spezialisierung
1965	Noch mehr alte kranke Menschen. Durch die Digitalisierung und Big Data schreitet die Entenschlichtung voran. Die Lebenserwartung steigt weiter.
1977	Besser organisiert (also Abläufe unkomplizierter gemacht, einheitliche und digitale Dokumentation damit Doppeluntersuchungen, Befundsuche usw. wegfallen, Abgabe von Aufgaben die nicht unbedingt vom Arzt ausgeführt werden müssen an gut qualifiziertes Personal abgeben uvm.), sodass ein besseres Arbeiten für das Personal im Krankenhaus und eine zufriedenstellendere Versorgung für die Patienten möglich ist. Entscheidend finde ich die Wertschätzung! Sowohl gegenüber dem ärztlichen Personal in den Kliniken, als auch der Pflege. Es sollte nicht ständig der Eindruck erweckt werden, dass jeder der sonst nichts machen kann in die Pflege kommen soll. Es ist wichtig, dass wir eine professionelle und qualifizierte Pflege haben und dass diese Qualifizierung im tgl. Umgang (insbesondere durch die Krankenhausverwaltung) zum Ausdruck gebracht wird, durch angemessene Bezahlung, bessere Organisation zur besseren Vereinbarkeit der Arbeitszeiten mit der Familie und mehr Zeit am Patienten usw.). Erst wenn die Arbeitsbedingungen wieder so sind, dass man nicht nur aus Idealen im Krankhaus arbeitet, sondern auch weil einen die Arbeit dort erfüllt, Spaß macht und die Bedingungen so sind, dass man dafür auf Dauer nicht die Familie oder die Gesundheit opfert, werden wieder mehr qualifizierte und motivierte Mitarbeiter im Krankenhaus arbeiten wollen und vor allem Bleiben, und nicht nach 5 Jahren den Beruf wechseln.
1987	Vollständig digitalisiert und Vernetzung ambulanter und klinischer Versorgung und Dokumentation, bessere Arbeitsaufteilung von Ärzten, physical Assistent und Pflege
1988	Keine Klassenmedizin, Patient rückt erneut in den Mittelpunkt, Wirtschaft steht nicht im Vordergrund, interdisziplinäres Arbeiten am Patienten, flachere Hierarchien
1995	Gute Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Sektor auch durch gute Vernetzung und unkomplizierten Datenaustausch; weniger schlechte Stimmung in allen Berufsgruppen, Gesundheit sollte nicht zum Geld verdienen da sein!!! Ja es muss wirtschaftlich sein aber es sollte nicht auf gewinnorientierte Behandlung abzielen
2024	Die Hoffnung besteht, dass 2040 weniger die Technik und Diagnostik, sondern mehr die Menschen und Anamnese/Klinische Untersuchung wieder ins Zentrum der ärztlichen Tätigkeit rücken. Statt unzählige elektive Eingriffe, Übertherapie und Überdiagnostik auf der einen Seite und Mangel an Zeit für Patienten und Personal auf der anderen Seite, könnte durch eine Umverteilung der Ressourcen zugunsten einer menschenzentrierteren und insofern individualisierten Fokussierung des Gesundheitssystems eine bessere und dabei bezahlbare Versorgung für viele ermöglicht werden. Dazu gehört auch die Integration von Telemedizin, um Landbereiche in die Versorgung zu integrieren, ebenso wie die Ausbildung allgemeinmedizinischer Anlaufstellen, statt einer immer weiteren Spezialisierung von immer weniger miteinander kommunizierenden Fachspezialisten. Ganzheitliches Denken und direkte Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, sowie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sind neben Prävention und Gesundheitsbildung für die Bevölkerung wichtiger Bestandteil einer nachhaltigen Medizin in der Zukunft.
2026	Digitaler, strukturierter, bessere Arbeitszeitmodelle für Klinikärzte, Berufsausübung in der Klinik wieder attraktiver machen.
2027	Komplett digitalisiert, mehr Fokus auf Lehre und Weiterbildung
2038	Wenn es so weitergeht mit der Ökonomisierungund Privatisierung möchte ich mir das gar nicht vorstellen
2064	Ärzte betreuen Gesunde und Kranke, um den Bias aus dem Blick der Medizinier zu löschen, was als gesund und was als krank gilt. (Primär)Prophylaxe ist nimmt mind. 35% der Arbeitszeit ein. PatientInnen sind wesentlich besser informiert und können dadurch gleichberechtigt mit ihren BehandlerInnen am Erhalt ihrer Gesundheit wirken.
2069	Mehr Digitalisierung, digitale Keankenakte, Gesundheitsserver, besserer Datenaustausch.
2075	Es wird leider immer weiter den Bach runter gehen, insbesondere, wenn weiterhin unfähige Fachkräfte vermehrt gefördert werden. Unser aktuelles System bietet keine Kontrolle darüber, dass fähige Leute gefördert werden. Diese hierarchische Struktur führt leider zum Gegenteil. Auch ökonomisch ist der freie Fall nicht mehr aufzuhalten, Qualität wird immer unwichtiger,

	der Patient buchstäblich zum Schlachtvieh (z.B. Indikationsstellung ohne Grund, schlecht postoperativ Betreuung, kein Fachwissen zum perioperativen sogar bei Fachärzten) Dieser desolate Zustand müsste aufgehalten werden...
2077	Fallpauschalensystem ist abgeschafft, Bezahlung nach Aufwand, mehr Zeit für Patientenkontakt, weniger Dokumentation
2081	Effizienter, digitaler, mehr medizinische Hilfsberufe, die Tätigkeiten übernehmen, bessere Vernetzung
2085	familienfreundlicher, patienten-orientierter
2087	Digital, besser organisiert, weniger Hürden durch Datenschutz
2094	Ein Gesundheitssystem, dass die Menschen, die darin arbeiten, nicht krank macht bzw. ausbeutet. Fair, digital, schnell, menschlich
2117	Weiß ich nicht.
2126	weg von Fallpauschalen
2130	unverändert
2132	Vollständig Digitalisiert
2137	fairer und humaner
2141	Weniger Bürokratie, schnelle Systeme damit Dokumentation erleichtert wird, digitales Arbeiten mit Patienten, wertschätzende Arbeit und gutes Miteinander....wohl alles eher Wunsch als dass es so passieren wird
2146	Neue GOÖ, Bessere Vergütung aller im medizinischen Bereich tätigen- auch der Ärzte! Überdenken der Fallpauschalen und ggf. Installation eines innovativeren Systems.
2159	mehr Pat.-Kontakt, Digitale Akte und Weitergeben der Informationen über Krankenkassenkarte
2165	Digitalisiert in größerem Umfang. Ambulante Ärztehäuser mit mehreren Ärzten/Fachrichtungen zentralisiert. Digitale Akte mit direktem, aber nur für Ärzte zu Verfügung stehendem Zugriff auf die Vorerkrankungen, Medikamente, Allergien,... Ausweitung der target therapy zur gezielten Therapie (wie bereits heute in der Onkologie)
2166	hoffentlich weniger privatwirtschaftlich gewinnorientiert, damit solidarische Gelder nicht in dem Umfang wie bisher in Aktionärsdividen abfließen und damit mehr Geld für eine angemessenere Personaldecke im Pflegebereich zur Verfügung steht
2171	Noch mehr Digitalisierung
2211	Familienfreundlich, auf Augenhöhe, Vereinfachung bürokatischer und medikolegaler Probleme
2214	Effizienter im Sinne von weniger sinnloser Arbeit und Doku und mehr ärztlicher Tätigkeit im Sinne von Therapiekonzepten und Differentialdiagnostischem arbeiten
2224	Weniger Bürokratie, bessere Work-Life Balance, Angemessene Vergütung.
2228	Befürchtung: mehr ambulante Versorgung/Leistungen trotz Mangel an Pflegedienst/Versorgung in der Peripherie,zu Lasten der Patienten. Wunsch: Personalschlüssel erhöhen, Anerkennung von notwendiger Liegezeit bei dem älteren Patientenkollektiv wegen mangelnder Versorgung in der Häuslichkeit, soziale Begründung für längere Hospitalisierungszeit/ Liegezeit ausreichend.
2245	Keine Trennung von ambulantem und stationärem Sektor. 35 Stundenwoche für alle Ärzte verpflichtend jeder Arzt betreut seinen Patienten von Anfang bis Ende ((Not-)Aufnahme, OP, Nachbehandlung, ggf. Komplikationen) ggf. unter permanenter Supervision
2248	Diagnosen, Medikation und Befunde begleiten die Patientinnen und Patienten digital (zentral oder dezentral) und können ohne Abtippen von Arztbriefen wiederverwendet werden.
2275	Menschenwürdiges Arbeitszeiten wie in anderen Berufen. Höheres Maß an ärztlicher Ausbildung mit wöchentlichen Pflichtfortbildungen. Absolute digitalisierunf
2282	Es gibt nur noch eine einzige staatiche Krankenkasse und sämtliche Krankenhäuser unterstehen wieder dem Staat. Privatkliniken sollten verboten werden.
2283	Weniger sinnlose Dokumentation. Kein HInterherrennen hinter den Patientenkurven mehr. Mehr eingebundene ,,Hilfskräfte'', sodass praktische Arbeit eher im Vordergrund steht. Bessere Zuständigkeiten bei sozialen Versorgungsproblemen der Sozialdienste und der Ämter, sodass Ärzte hier keine wertvolle Zeit auf nicht-medizinische Probleme verwenden müssen. Oder falls Krankenhäuser derartige gesellschaftliche Probleme weiterhin auffangen sollen, dann kein finanzieller Zwang und extra hierfür vorgesehene Stationen.
2286	weniger Wirtschaft, mehr Humanität
2295	Mehr Fokus auf Prävention, kein DRG System mehr. Risikioadaptierte Krankenkassenbeiträge (z.B. höherer Beitrag für Raucher, adipöse Pat. etc)
2299	mehr Patientennähe, mehr Zeit für Patienten und weniger Aufwand für Dokumentation,

	gerechte Bezahlung für alle Berufsgruppen, normale Arbeitsbelastung, ausreichend Personal
2301	Digitalisierung mit vollständiger Einsehbarkeit aller Vorbefunde Verbundweiterbildungen als Regelfall
2313	Hoffentlich weniger Zwang durch wirtschaftliche Sichtweise. Mehr Ärzte pro Patient
2319	Weniger Verwaltung, dadurch Kostenersparnis und bessere Patversorgung. Alles Digital. Behandlungsalgotizhmrn digitalisiert. Der Arzt führt vorwiegend aus die Therapieentscheidungen werden weitestgehend von KI getroffen.
2334	Kein Arzt führt mehr nichtärztliche Tätigkeiten aus.
2335	Abstand vom derzeitigen DRG System, mehr Einfluss von externen Einflussfaktoren wie bspw. Versorgungsqualität oder realistische Abbildung von Struktur - und Prozessqualitätsabhängigen Kosten. Erleichterung hinsichtlich Dokumentation.
2362	Mehr qualifizierteres Personal, Ausbau der Zuarbeit durch Physician Assistants, Vervollständigung der Digitalisierung (auch arztübergreifende digitale Patientenakten)
2363	Effizientere Nutzung von Ressourcen, keine Gewinnabschöpfung durch Unternehmen (private Klinikbetreiber), Reduktion des Krankenkassenwasserkopfs (massiv übergroße Verwaltungen),
2366	Komplett digitalisiert, aber anwenderfreundlich, vor allem in der Anästhesie: Kabelloses Arbeiten mit Bluetooth Übertragung von Vitalparametern. Viele digitale Entscheidungsalgorithmen zur Therapieentscheidung. Und ganz optimistisch: Wegfall des profitorientierten Arbeitens und Therapien nur nach medizinischem Wissen. Ggf durch Verstaatlichung vom Gesundheitswesen.
2367	Zunehmend spezialisiertere Fachärzte. Der Arzt, der von General medicine praktische und theoretische Erfahrung hat, wird ausgestorben sein. Darunter wird die Patienten Versorgung massiv leiden.
2374	keine Kommerzialisierung des Gesundheitswesens mehr, kein Profitzwang. Genug Zeit für die Patienten. Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht. Mehr Frauen in Führungspositionen.
2375	Mehr Hausärzte! Verbesserte Bezahlung der sprechenden Medizin, denn Tatsache ist dass erstens die meisten Leute null Gesundheitskompetenz und Informationsverarbeitungskompetenz haben und zweitens die Zeiten des kommentarlosen Hinnehmens von Arztanweisungen vorbei sind. Daher ist es unerlässlich, dass wir Ärzte Zeit haben, den Patienten Befunde/Prozeduren/Zusammenhänge/Alternativen ausreichend zu erklären, ohne dauernd denken zu müssen "Na, da geht wieder eine Minute unbezahlte Arbeit dahin. Und das Wartezimmer platzt. Danke für nichts, liebes Gesundheitssystem!" Darüberhinaus: elektronische Gesundheitsakte, denn das zeitaufwändige Herantelefonieren/Erfragen von Vorbefunden ist eine Pest.
2376	Leistungsbasierte Honorierung ohne Pauschalen, keine 2 Klassen Medizin mehr
2380	- Keine strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor mehr - dem Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte, auch im ambulantem Sektor als Angestellte arbeiten zu können oder in einem Krankenhaus sowohl ambulante als auch stationäre Patientinnen/Patienten wird mehr Rechnung getragen - es gibt weniger, dafür aber größere Krankenhäuser - die Vergütung richtet sich nicht mehr nur nach den erbrachten Leistungen sondern auch Vorhalten von Kapazitäten (Betten/Personal/diagnostische bzw. therapeutische Einrichtungen) und nach erbrachter Qualität -auch Pflegeberufe erhalten eine anständige Vergütung
2386	Volldigitatlisiert, keine Gewinnmaximierung sondern Fokus auf der Medizin.
2387	Digital, individuell, flexibel, flachere Hierarchien
2391	Deökonomisiert, geregelte Arbeitszeiten mit voller Personaldecke und echter, strukturierter Weiterbildung
2400	Effizienteres arbeiten, weniger Bürokratie, digitalisiert.
2415	Digital! Vernetzt
2417	Kaputt gespart!
2418	Ich finde die schmale Gradwanderung einerseits das Beste für den Patienten wollen und gleichzeitig wirtschaftlich arbeiten sehr schwer. Ich würde mir wünschen, dass es mehr diese Gesundheitszentren und weniger Krankenkassen, als großen "Wassserkopf" mit viel Verwaltung gibt. Vielleicht könnte man sich an den skandinavischen Länder ein Beispiel nehmen, sie haben diese Gesundheitszentren und sehr gut ausgebildete Krankenschwestern. Die Patienten in einem besteimmten Wohnkreis sind einem Arzt zugeordnet. Die gut ausgebildete Schwester kann bereits Blutzuckerschulungen usw. übernehmen und somit muss nicht jeder Patient zur Sprechstunde zum Arzt . Damit hat man dann auch nicht mehr den Ärztemangel im Bereich der ambulanten Versorung.
2420	Mehr medizinisches Arbeiten, weniger Doku und Befundanforderungen durch Ärzte

	(auslagern), effizientere PCSyteme (all in one statt zig einzelne Programme) und persönliche Handhelds für jeden Mitarbeiter für unkomplizierten und schnelle Nutzung
2440	Mehr personal in allen Abteilungen (perspektivisch gibt es mehr Frauen als Arzt in den nächsten Jahren-- mehr bedarf an Teilzeit für Kinderbetreuung), gewinnsperre und reinvestition bei überschreiten, öffentlichen Aufklärung über das Gesundheitswesen zb. Wann geht man in eine notaufnahme und wann in die Niederlassung, was brauch ich wenn ich ins Krankenhaus gehe (medikationspläne) , mehr Praxis und Notaufnahme zu entlasten, bessere Kommunikation untereinander, bessere Versorgung durch die kv,
2459	Weniger wirtschaftlicher Druck
2463	Digitalisiert, dadurch bessere Übersicht über Krankheitsverlauf, weniger Doppelarbeit, bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit
2469	Digitaler, flexibler, interprofessioneller, besserer Arzt-Patientenschlüssel
2485	Mehr Behandlung weniger Dokumentation.

Zusammenfassung für c4

Die aktuelle COVID Pandemie wird häufig mit einem Brennglas verglichen, dass die bestehenden Probleme unseres Gesundheitssystems verstärkt sichtbar gemacht hat. Welche Probleme haben Sie in den letzten Monaten wahrgenommen, die entweder neu oder durch die Pandemielage nochmals verstärkt wurden (Freitext)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	467	37.12%
Keine Antwort	791	62.88%

ID	Antwort
71	Sehr enge Vorgaben/Vorschriften wie gearbeitet werden muss. Es gibt feste Pflegeschlüssel die oftmals gar nicht erforderlich sind und an anderen Stellen zu Engpässen führen. Das Gesundheitssystem wird seit Jahren am Limit gefahren was die Bettenbelegung angeht. Durch präemptive Isolation zb von Wohnungslosen und Bewohnern aus Altenheimen ist das massig verstärkt.
89	Personalmangel und Umgang mit dem Personal. Diletantischer Umgang mit Studien , Kommunikation unzureichend, schwache Kommunikation und Informations Weitergabe. Hohe Intransparenz. Hohe Abhängigkeit von ausländischen billigen Produzenten. Hohes wissenschaftliches Know How und sehr gute Impfstoffentwicklung. Kostendruck und Effizienz als reiner Fokus. Krasse Missachtung von Mitarbeitern, deren Rechten und Wohlbefinden und der Patienten Versorgung. Nach wie vor kein Respekt und Wertschätzung für Pflege und Gesundheitsberufe allgemein. Heuchelei bei Förderung und angeboten an die Pflege. Keine adäquaten Boni oder Anerkennung der Leistung / Gefahrenzuschlag.
94	In meinen Augen ist eines der größten Schwächen unseres Gesundheitssystems eine unzureichende ganzheitliche, psychosomatische Sicht auf den Menschen, was oftmals zu Fehlbehandlungen, Sinnlosuntersuchungen führt. Die Pandemie hingegen meistern die allermeisten Krankenhäuser und ambulanten Ärzte sehr gut in meinen Augen.
95	Unzureichende Versorgungsstuktur mit häufig Überforderung in den kleineren Kliniken bei fehlender Expertise. Am ehesten als Resultat daraus, dass diese Kliniken insgesamt als Arbeitgeber nicht sehr attraktiv für fähiges Personal ist, weshalb der Standard in diesen Häusern leidet.
98	Mangel an Ärzte- und Pflegepersonal, komplizierte Organisation von Untersuchungen, nicht ausreichende Bettenkapazität und Kapazität in der Diagnostik trotz Verschiebung elektiver Aufnahmen
104	Fehlende Digitalisierung (z.B. Videosprechstunden)
105	Fehlende Digitalisierung. Allein das Melden der Corona Infektion muss immer mit einem Blatt Papier erfolgen. Der Meldebogen ist auch nicht wirklich dafür konzipiert. Auf dem Meldebogen wird sehr viel Platz für aktuell unnötige Infektionserkrankungen eingenommen. Und wichtige Informationen wie Kontaktpersonen, Aufenthalt etc. können nicht wirklich sinnvoll eingefügt werden. Wenn ein Patient an COVID verstorben ist, muss der gleiche Bogen wieder von neuem ausgefüllt werden mit dem Sterbedatum. Dieses Vorgehen ist unglaublich ineffizient.
116	Fehlende Zeit für alle Anliegen der Patienten, Fehlende Möglichkeiten für ambulante, geplante OPs
119	Verschiebung elektiver Eingriffe, bei OP dann schon Entartung, damit Verzögerung der Therapie und schlechtere Prognose. Außerdem wird durch die massiven Schutzmaßnahmen der Arzt-Patienten-Kontakt weiter reduziert und auch entmenschlicht.
121	Mangel an Personal egal in welcher Berufssparte im Krankenhaus. Alle sind überlastet und viele fühlen sich noch weniger gewertschätzt. Das ist traurig!
122	Pflegemangel
124	Kollegialität nimmt ab wenn jemand krank wird und andere in die Lücke springen müssen
152	Personalmangel, schlecht organisierte Krankenhäuser
154	Pat. Begeben sich nicht in ärztliche Behandlung
166	Personalmangel

	Wirtschaftlicher Druck
171	Keine Rücksicht auf Ärzte und Pflege Unfähigkeit ein tragfähiges Schichtsystem zu planen. Keine Hilfsmittel wie Lagerungshilfen. Verzicht auf Weiterbildung
180	mangelhafte Hygienekonzepte und deren Umsetzung
192	Fehlende Rehaplätze
193	Fehlende Digitalisierung. Pflegemangel.
205	Personalmangel
208	Ausfall einzelner Mitarbeiter schwierig zu kompensieren (dünne Personaldecke)
210	Mangelndes Personal. Schlechte Dokumentation der Arbeitszeiten. Profitgier der privaten Anteilseigner und dadurch mangelhafte Vorbereitung der Universitätsklinik auf die Pandemie.
212	Personalabbau
216	Ärztemangel, fehlende Bereitschaft der anderen Arbeitsgruppen freiwillig zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Überversorgung in bestimmten Bereichen, z.B. Versorgung von banalen Krankheitsbilder im Rahmen eines Bereitschaftsdienst / Notaufnahme.
218	Ärztlicher Personalmangel (Assistenzärzte) wird durch "fesr eingeplante"Überstunden kompensiert. Kaum/ keine Möglichkeit zum Überstundenabbau durch freie Tage. Mangel an Intensivpflegekräften. Die Unterschreitung der Pflegeuntergrenze wird regelmäßig billigend in Kauf genommen.
222	Abhängigkeit vom DRG-System. OP Zahlen werden unter großem Druck jedes Jahr gesteigert, die postoperative Kontrolle/Liegezeit immer öfter verkürzt. Leider mehr Quantität als Qualität.
225	Der Personalmangel,
226	Personalmangel wird aufgrund des hohes Krankenstands verschärft.
228	-Mangel an gut geschulten Intensivpersonal (Ärzte sowie Pflege) - Mangel finanziellen Mitteln zur Besetzung jeder freien Stellen in den Kliniken, somit Unterversorgung der Patienten durch zu wenig Assistenten
233	Personalmamgel tritt stärker zu Tage, besonders wenn einige in Quarantäne müssen. Knappheit an geeigneter Schutzausrüstung.
242	Pflegemangel. In der Medizin darf es nicht darum gehen Geld zu verdienen. Es geht leider schon lange nicht mehr um die Patienten. Zeit ist Geld.
247	Fachkräftemangel besonders bei Pflege und Fachpflegekräfte, Verbesserungsmöglichkeiten in der Vernetzung der verschiedenen medizinischen Bereiche (Ambulanz, stationär, öffentliches Gesundheitswesen, Politik)
248	Personalmangel, veraltete Strukturen, übermäßige Inanspruchnahme von Krankenhäusern aufgrund mangelnder ambulanter Versorgung
255	Keine Strategie in akuter Personalmangel Situation, mangelnde Betriebsstoffe/ Lieferung,
256	Unbezahlte Überstunden, fehlende funktionsrotation, Personalmangel, mehr Druck, mehr Arbeit, allgemein Verschlechterungen
259	Vor allem der Mitarbeiter/innenausfall bezüglich Krankheiten ist stark aufgefallen und somit eine Unterbesetzung des Teams. Es wurde oft Ersatz für die die verschiedenen Schichten gesucht wurde. Anstatt mehr Personal einzustellen wird das restliche Personal gebeten diese Schichten zu übernehmen.
264	Die Privatisierung der Krankenhäuser. Es wird nur noch versucht die Verluste so klein wie möglich zu halten, entsprechend wurde viel Personal entlassen, um Geld zu sparen. So mussten alle anderen "einfach mehr arbeiten".
271	- die hohe Bürokratie und unflexible Strukturen (es muss erst etwas genehmigt werden zB fremde Software etc) - sehr niedriger Digitalisierungsgrad und keine Akzeptanz seitens des älteren Krankenhauspersonals - fehlendes Qualitätsmanagement - Definition von Arbeitsplätzen und strukturiertes effizientes Arbeiten fehlt - keiner hat einen Gesamtüberblick - jeder macht seins
274	Kapazitäten der Gesundheitsämter.
275	Kurzfristig scheinheilige Aufmerksamkeit aufs System aber direkt zurück mir dem Blick auch Schulen und Wirtschaft. Weiterhin keine Aufmerksamkeit. wird sich nichts ändern
277	Personalmangel
279	Personalmangel, fehlende Motivation, fehlende Wertschätzung. Schlechtere Weiterbildung.
284	Mangel an Pflegekräften insgesamt. Nur geringe bis mäßige Bereitschaft des Personals auf Pandemiestation arbeiten zu wollen. Hier wäre ein finanzieller Anreiz gut angekommen.
290	Deutlich höhere Arbeitsbelastung durch krankheitsbedingten Ausfall von Kollegen, durch neue zusätzliche Isolationsstationen, (noch) weniger Zeit für den einzelnen Patienten, erhöhtes Bürokratie-Aufkommen, Weiterbildung leidet unter alldem
293	Personalbelastung. Dünne der personaldecke.

302	Arbeitsbelastung der Kollegen der Medizin für innere Medizin nahezu unerträglich
	Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind verspätet der Diagnostik zugeführt worden, teilweise auch Behandlung verschoben
306	Personalmangel
337	ÖGD wurde zuvor so stark ausgehöhlt, dass er jetzt geschwächt in der Pandemie dasteht, viele andere Aufgabenbereiche außer der Pandemiebekämpfung des ÖGD liegen hierdurch brach!
338	Personalmangel, fehlende Vorbereitung auf Pandemielage, Hysterie, fehlender Pragmatismus, schlechte Digitalisierungszustände
343	Festgefahrene Versorgungsstrukturen psychisch kranker Menschen.
	Dringend notwendige Veränderungen (z.B. telepsychiatrische Angebote) konnten vorangetrieben werden. Die Wichtigkeit der sozialpsychiatrischen Zusatzangebote wurde bei deren Wegfall überdeutlich
349	Stigmatisierung der Psychiatrie
360	Personalmangel, mangelnde Qualifikation vieler Kollegen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich. Mangelnde Patientenversorgung. Maximale Ausnützung von den Führungskräften! (Mehr durch weniger erreichen wollen)
370	Kein Verständnis dass Homeoffice auch für Teile ärztlicher Tätigkeit möglich ist (Briefe etc), gleichsetzen mit Freizeit z.B. bei schwangeren Kolleginnen.
378	Pflegemangel
379	Versorgungsengpässe mit Materialien, Inkonsequentes Pandemiemanagement
380	Fachkräftemangel im Vergleich zwischen Pflege und ärztlichem Dienst - in der Pflege gibt es eine Untergrenze, aufgrudn derer Betten gesperrt werden können, bei ÄrztInnen nicht (Überstunden, zusätzliche Versorgung von "Außenliegern" auf externen Stationen, zusätzlicher fachfremder Einsatz)
	Von der Gesellschaft als selbstverständlich betrachtete hochwertige medizinische Versorgung und vergleichsweise geringe Wertschätzung von Ärzten und Pflege. Entsprechende Einsparung finanzieller Mittel. Hohe Ansprüche der PatientInnen auch in Belastungssituation, fehlende Einsicht. Wenig bis keine Beachtung der Gesundheit von ÄrztInnen und Pflege, da "systemrelevant". Durch Systemrelevanz weniger Anspruch auf Erholung und Gesundheit?
388	Pflegemangel auf Intensivstation, katastrophale Patientenversorgung durch ungeschultes Personal, Ärztemangel
397	Pflegepersonal Mangel
	Allg. Fachkräftemangel
	Digitalisierungsmangel
399	Viele Ineffiziente Abläufe in Organisation und Verlegung bei gelegentlich unzureichender Dokumentation.
	Schlechtes Ressourcenmanagement
404	Personalmangel/Fachärztemangel, Mangel an Psychotherapeuten, Problem der ländlichen Versorgung, noch deutlich zurückliegende Digitalisierung der Medizin, teils auch durch bürokratische Hürden, sich ständig ändernde Abrechnungsbestimmungen/bundesweite andere Abrechnungsbestimmungen
409	Pflegemangel
	Bettenmangel
	Zu knappe Bauweise, zu wenig Platz
	Keine Expansion möglich, Stillstand
416	Digitale Versorgung der Praxis,
	sehr kleine, beengte PRaxis
417	Unattraktivität der Nicht-akademischen Berufe aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und schlechter Bezahlung zzgl. mangelnder gesellschaftlicher Wertschätzung (die ja auch in Lehre und Kinderbetreuung fehlt)
	Der Sparzwang bzw. die Maxime der Wirtschaftlichkeit in Zusammenhang mit dem Faktor Mensch funktioniert im Gesundheitswesen nur durch Raubbau an Ressourcen. Nur sind diese eben irgendwann abgebaut.
432	Personalmangel, mangelnde Wertschätzung der Pflege
435	Personalmangel in Krankenhaus und Pflegeheim. Stockende Prozesse durch Bürokratie und Behörden.
439	Unsägliche Bürokratie. Mangel an Fachkräften. Veraltete Strukturen.
442	Arbeitskräftemangel, Ausbeutung von Arbeitskräften
445	Personalmangel, Bettenmangel bei sehr hohem Patientenaufkommen, bürokratische Prozesse, die viel Zeit fordern, die man gern dem Patienten widmen würde
447	Der Mangel an Fachkräften ist deutlich sichtbar. Gerade im pflegerischen Bereich ist ebenso erkennbar, dass die Arbeitsbedingungen inkl der Bezahlung für die große Verantwortung etc zu schlecht sind. Ökönomisch bedingte Personaleinsparungen tragen einen großen Teil dazu

	bei. Das System war bereits vor corona am anschlag und droht zu kollabieren, wenn sich die Bedingungen nicht verbessern. Gerade die Arbeit in der Pflege inkl Altenpflege erfordert viel Idealismus und Standhaftigkeit um sie auszuüben oder sich überhaupt für eine derartige Ausbildung zu entscheiden.
450	Kliniken müssen sich selbst finanzieren, Per se geregelte Unterstützung durch die Stadt (konkret hier Städtisches Klinikum) wird schlicht nicht geleister - in Folge Finanzorientierung statt Patienten- und Mitarbeiterorientierung
453	völlig unterirdische Bezahlung der Ärzte in den Gesundheitsämtern und damit Unattraktivität dieses Berufsfelds für ambitionierte Kollegen (Arbeit im Gesundheitsamt als "Abstellgleis")
461	Pflegekraftmangel
465	Die Dienstbelastung ist unglaublich hoch. Es gibt teilweise einfach zu wenig Personal, um die Patientenversorgung zu gewährleisten. Assistenzärzt*innnen werden verschlissen ohne Rücksicht auf die psychische und körperliche Belastung.
466	Personalmangel in kleinen Teams durch Ausfälle (Quarantäne) noch weiter verstärkt, verbliebenes Personal noch stärker belastet und ausgebrannt
485	Mangel an qualifizieren Personal in Pflege und Ärzteschaft
490	Wenig Puffer bei Belegschaft, Bettendruck, Rezeptierung von Medikamenten
495	Fachkräftemangel, keine Planungskonzepte auf lange Sicht und wenn wirklich maladere Baum brennt, wird nur notdürftig improvisiert
496	Strukturen und Abläufe in der Klinik sind schlecht. Hardware und Software ist schäbig.
509	Mangel an ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten im Bereich KJP und psychiatrische/psychotherapeutische sowie psychosoziale Unterstützung von Familien mit psychisch kranken Eltern.
510	Zu wenig Pflegepersonal Auch zu wenig Assistenzärzte Profitgier Billigmaterial, alte Geräte Viele trauen sich nicht sich zu beschweren, aus Furcht Nachteile zu haben
517	Digitalisierung, Nicht Erfassung von Überstunden
529	Digitalisierung mangelhaft, keine Kommunikation zwischen Krankenhäusern und ambulantem Sektor (Arztbriefübertragung zu langsam)
534	Pflegemangel und in deutlich geringerem Umfang Ärztemangel bzw. Es fehlen v.a. erfahrene KollegInnen. Dadurch katastrophale Patientenversorgung und -gefährdung
539	Zu wenig Fachpersonal auf allen Ebenen
540	Personalmangel Dokumentationswahnsinn
551	1) Personalmangel!!!! 2) Schlechtere Qualität der Ausbildung (keine Rotationen in Funktionsabteilungen möglich wegen 1) 3) schlechtere Patientenversorgung wegen 1)
556	Unterbezahlung/Arbeitsbedingungen Krankenhaus--> verschärft Wird sich in den nächsten Jahren noch krasser bemerkbar machen, denn die Häuser schreiben rote Zahlen und werden da jetzt schon (Stellen werden nicht nachbesetzt) und in Zukunft sehr lange noch ausgleichen müssen.
559	fehlendes quaifiziertes Personal im Besonderen in der Pflege, bessere Bezahlung, wenig perspektivisch gedacht,
560	Verstärkte Sicht auf den Personalmangel und fehlende Ressourcen, die in den letzten Jahren eingespart wurden. Verstärkte Darstellung von der Abhängigkeit des Gesundheitssystems von gutmügigen/naiven Mitarbeitern, die das Gefühl haben in einem System gefangen zu sein.
562	Zu wenig Personal, kein Ausgleich zum arbeitsstress mehr möglich (Fitnessstudio, Balintgruppe)
566	Noch mehr dokumentieren / aufklären. Fehlende Patientenverfügung. Jeder Pat. Sollte eine beim HA hinterlegt haben. Aushilfen die kein Deutsch können Frustrationen. Ständiges Abmelden der NFA wegen COVID (Max bettenpflicht) und dann Notzuweisungen. Viele falsche Anmeldungen über Ivena! Als SK 2 trotz absolut intensivpflichtig. Keine Umstrukturierung (PJler die für Blutabnahmen, BGAs als Aushilfen bezahlt werden...)
569	- fehlende Pflegekräfte - zeitlich hohe Arbeitsbelastung

	- Abhängigkeit von Patientenzahlen zur Gewinnmaximierung - fehlende Digitalisierung - fehlende Resourcen bei Standartequipment (Masken, Desinfektion etc.) - fehlende Ausbildung der Basics im Bezug auf Patientenmanagment
572	überlastung der steuerungsorgane im öff. gd, kommunikationserschwernis durch bürokratie
577	Pflegekräftemangel
579	-nicht flexible Arbeitszeitmodelle -Pflegemangel und zu schlechte Bezahlung der Pflege -mangelnde Ausbildung -mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit -mangelnde Unterstützung seitens der Regierung im Krisenmanagement -alte Menschen werden nicht genügend systematisch versorgt und sind auf sich allein gestellt (z. B.: Terminbuchung der Impfung über das Internet) -in Alten- und Pflegeheimen keine ausreichenden Konzepte zum Schutz der Bewohner -Privatisierung der Krankenhäuser sollte gestoppt werden
581	Medizinisch ungebildete Gesellschaft.
590	Ich habe den Eindruck, das zuvor hart erkämpfte Errungenschaften im Tagesablauf, Organistation und Weiterbildung aufgrund des hohen Patientenaufkommens und der Mehrarbeit als selbstverständlich ausgesetzt worden sind und auch in Zeiten bis geringeren Infektionszahlen nicht wieder umgesetzt werden
588	Schlechtes Management von Absprachen durch die Geschäftsführung, was häufig zu Unklarheiten der Zuständigkeit zwischen den Abteilungen führt.
591	Pflegekräftemangel
599	Dass die Abteilung häufig nicht mehr funktioniert, wenn plötzlich eine Person (wegen Krankheit) ausfällt, da das Personal knapp ist
607	Kleinstaaterei - auch in Punkto Pandemie-Plan ITS-Pflegemangel Zustände in den Altenheimen
609	Krankheitstage von Kollegen sorgen für Arbeitsschutzrechtlich fragwürdige/ nicht legale Dienstkonstellation, bei Personalmangel. Ohne Elektivgeschäft geht es nicht. Die poststationäre Versorgung ist sehr schwer zu organisieren. Die Dreistigkeit des MDK Pflegegrade per Telefon zu verteilen ist gar absurd. Einige Patienten kommen trotz täglichen Pflegediensts in traurigen Pflegezuständen.
612	Ausgabe von Gesundheitsgeldern für nicht sinnvolle Untersuchungen (z. B. standardmäßig Coronatests durchführen), deutliche Spezialisierung der Fachbereiche und nicht mehr allgemeiner Einsatz von Ärzten ohne weiteres möglich
616	Personalplanung bzw Stellenplanung immer am unteren Limit ,so dass schon ohne Personalausfall am Limit gearbeitet wird. Mit Ausfall durch Krankheit wird doch gar nicht mehr gerechnet und dadurch der zustehende Urlaub/ Freizeitausgleich nicht möglich und teilweise dadurch die Versorgung der Patienten gefärdet
617	Es wurde in der Pandemie augenblicklich der Mangel an Fachkräften und der Mangel an räumlichen Kapazitäten deutlich. "Das aktuelle System fährt bereits auf 110%." Bei jeglicher Überbelastung zeigen sich die Mängel. Darunter zu leiden haben sowohl Patienten als auch die Belegschaft.
618	Absoluter Pflegemangel, besonderer Mangel an Intensivpflegern. Es musste kurzzeitig triagiert werden (ob wohl dies in der Öffentlichkeit nicht kund getan wurde, obwohl Intensivbetten vorhanden waren, diese aber wegen Personalmangel nicht genutzt werden konnten.)
622	Deutlicher Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich, noch weniger und kürzere Pausenzeiten, insgesamt für meine Begriffe zum Teil sehr sorgloser Umgang mit dem Corona- Virus hinsichtlich Hygiene- und Schutzmaßnahmen
639	Ausbeutung der Ärzte. Keine Wertschätzung der Ärzteschaft: Ärzte und Pfleger auf den Corona-Stationen wurden immer noch nicht geimpft.
646	Personalmangel, DrGs, Ärztemangel, zu kaufmännische Ausrichtung
648	Der Mangel an Intensivpflegekräften und internistischen Kollegen. In unserem Haus wurde in der ersten Welle die Coronastation zu 95% von Chirurgen und Anästhesisten besetzt.
654	Ärzte-Mann und Pflegemangel, fehlende Modernisierung, ungünstige Arbeitszeitmodelle
657	Der Fachkräftemangel bei Pflege und Ärzten ist unerträglich. Das DRG-System kommt an seine Grenzen, da das worauf es ankommt (Kommunikation/Zeit für Patienten und Angehörige) schlicht nicht vergütet wird.
664	Pflegemangel! Fehlende Digitalisierung

	Fehlende Pläne in der Schublade für solche Szenarien und dank Kostenoptimierung Anfangs unzureichend PSA. Auch die 2 Welle schien völlig überraschend zu kommen :(Ausgelagerte Produktion - nicht nur Medikamente. Fehlender Glaube in die Wissenschaft in der breiten Masse - Facebook ist das neue Wiki... Und damit einhergehend nicht nur Unverständnis, sondern auch Mißachtung von Entscheidungen, sowie teils aggressives Verhalten. Fehlende Anerkennung - klatschen reicht nicht.
668	Mitarbeitergewinnung Fortbildung in der Klinik
669	Der Personalmangel. Die schlechte Organisation. Jede Klinik bei uns hat ihre eigenen Regeln gemacht, wie mit Abstrichen, patientenaufnahmen etc zu verfahren ist.
671	-finanzieller Druck der KH -> elektive Aufnahmen/ Operationen - Überlastung einzelner Arztpraxen insbesondere auf dem Land
673	Die Intensivversorung wurde in einem Maß beansprucht, für die sie bisher nicht ausgerichtet war. Die Entscheidungsfolgen der finanziellen Einbußen (KH) werden sich vermutl. noch zeigen.
680	Personalmangel, Vernachlässigung anderer Krankheitsbilder, de facto bereits „Triage“, wenn z. B. Schlaganfallpatienten schlechter versorgt werden, weil kein ausgebildetes Strokeunitpersonal mehr da ist (für Covid-Pat. abgezogen)
683	Wenig Wertschätzung für den Pflege Beruf Personal unter Besetzung Keine Transparente Arbeitszeiten
687	Vermehrt Personalmangel durch erkrankte Kollegen. Fortführung elektiver OPs aus finanziellen Gründen.
691	Digitalisierung
694	Gesundheitsämter wurden jahrelang verkleinert und waren heilos überfordert.
696	Mangelnde digitale Vernetzung verschiedener Einrichtungen untereinander. Dass die Gesundheitsämter nicht die gleichen IT-Programme nutzen und nicht untereinander vernetzt waren war, nur ein prominentes Beispiel dafür. Nicht einmal in eigenen Krankenhaus sind alle Abteilungen miteinander vernetzt, was den Austausch untereinander unnötig verkompliziert und vor allem auch verlangsamt.
705	zu wenig Personal für die gesundheitliche Versorgung, grottenschlechte technische Ausstattung, Einhaltung von Hygiene-Vorschriften, wenn Räume fehlen
707	Einbindung der ANgehörigen in Pflege und Planung des Procedere, regelmäßige Gespräche
711	schlechter Personalschlüssel, fehlende Wertschätzung von Pflege und ärztlicher Behandlung
719	Sinnhaftigkeit von Prozessen Finanzieller Druck Besetzungen der Stellen spricht qualifizierte Mitarbeiter
720	psycholog. Probleme infolge der sozialen Isolation fehlende Vorsorgeuntersuchungen bei chron. Erkrankungen
728	Es ist für mich erschreckend, wie der rechte Rand erstarkt. Wie Menschen, seien sie noch so gebildet, an die absurdesten Verschwörungstheorien glauben. Dass der Antisemitismus in Deutschland wieder breite Bevölkerungsschichten erfasst. Das macht mir Angst.
729	Mangel an adäquater Schutzkleidung.
733	Informationsverlust durch häufige Verlegungen in andere Bereiche. Ständige Beschäftigung mit dem Thema Isolierung, Entisolierung und Quarantäne. Fehlende Angehörigenbersuche und eingeschränkte nonverbale Kommunikation durch Schutzausrüstung machen den Patienten sehr zu schaffen.
738	Personalmangel in den Kliniken, Hygienestandards
757	- Versorgung mit PSA - Personalmangel - Zu komplizierte, zeit- und ressourcenintensive Abläufe (Fax ans Gesundheitsamt, zu lange Dauer der Implementierung von Schnelltest, anfangs Weigerung der AGs die Mitarbeiter regelmäßig auf Covid zu testen, könnten ja ausfallen) - FORTBILDUNG: Wenn selbst Kräfte im Gesundheitswesen die Sinnhaftigkeit von Impfungen bezweifeln, quo vadis?
770	Zu wenige und ungenügend bezahlte Pflegekräfte - in meinem Krankenhaus sind zwei große Stationen aufgrund von Pflegekräftemangel geschlossen.
783	Zu wenig deutsche Ärzte Schlechte Bezahlung Schlechte Einarbeitung
787	Mangelnde Dienstplanung, unnötige (Privat)Behandlungen
789	Dem Klinikvorstand geht es nur um Gewinnmaximierung. Jegliche Vorschläge der Hygiene,

	elektive OPs und Interventionen herunterzufahren, wurden abgelehnt.
790	Sparzwang um Gewinne zu ermöglichen, Zu wenig Personal, Schlechte Bezahlung für die Verantwortung,
791	Hygiene beeinfluss positiv das Nichtauftreten von MRSA Zusammenarbeit aller Kliniken ist wichtig
792	Fachkräftemangel
795	Zu wenig Pflegepersonal, Bedeutung von Hygienevorschriften
798	Pflegemangel. Profitmaximierung vor Patientenversorgung und teilweise vor Menschenleben.
804	Personalmangel Ökonomischer Druck
809	Unkoordiniertes, misstrauisches Arbeiten zwischen den Fachabteilungen.
811	Digitale Anbindung der im Gesundheitssystem Tätigen, behäbige Verwaltung und Regierung
812	fehlende Flexibilität
814	- Im Zweifellsfall schicken alle (Hausärzte, Fachärzte, Pflegeeinrichtungen) ihre Patienten einfach in die Notaufnahme, damit die sich um alles kümmern. Eine ambulante Klärung wird zwecks Einfachheit insb. in der Pandemie oft gar nicht versucht.
820	Mangel an Pflegefachkräften
822	der Personalmangel in jeglicher Hinsicht: Ärzte/PFleger wie wichtig Vorsorgeuntersuchungen sind
824	Der Personalmangel von Fachkräften insbesondere in der Pflege wurde deutlich. Die Personalplanung ist immer am Limit.
825	Personalmangel insbesondere im pflegerischen Bereich, Kliniken stellen keine Ärzte mehr ein da die Kosten aufgrund der Verluste durch die Pandemie zu hoch sind, dadurch verstärkt sich der Personalmangel in Zukunft sobald wieder volle Belegung vorhanden ist
831	Pflegemangel Geringe Wertschätzung der Gesellschaft für die Arbeit von Pflege und Ärzten Unfaire Ressourcenverteilung Entfremdung der Politik vom Alltag im Krankenhaus Kein ausreichender Schutz von Studenten und Assistenzärzten (müssen als erste auf die CoVid-Stationen. Assistenzärzte werden verzögert und PJler aber gar nicht geimpft!) Arbeiten bis zur Belastungsgrenze und darüber hinaus ohne Anerkennung Es gibt auch noch andere Erkrankungen als CoVid! Tumorpatienten können nicht übernommen oder behandelt werden aus Bettenmangel, junge Menschen mit Bandscheibenvorfällen haben lebenslange Defizite weil es keine Kapazitäten gibt...
832	Personalmangel - Abwälzen der gestiegenen Anforderungen und Belastungen auf die die noch da sind. „Alles für den Patienten“
835	CVRF nehmen zu, Burnouterkrankungen v.a. junger Mütter nehmen zu, Vereinsamung älterer Menschen nehmen zu.
840	Das alle Menschen nur noch Corona sehen. Alle Krankheiten sind unwichtig geworden . Jeder Patient mit leichter Temperatur wird covid positiv angesehen , die anderen Diagnosen interessiert niemanden und die Diagnostik bei positiven bleibt auf der Strecke . Andere kleine Fächer (Gyn,Uro etc) wollen nichts mit covid zu tun haben und alles wird einfach auf die innere abgedrückt - mega nervig
844	Vor allem die Pflege ist personell zu schlecht besetzt. Werden Pfleger für die Pandemiestation gebraucht, gibt es keine Reserven und andere Stationen müssen schließen.
846	Personalmangel, insbesondere beim Pflegepersonal
848	Personalmangel, Profitdruck.
862	Pflegemangel
864	Arbeitsbelastung ärztlich und pflegerisch Finanzierung der vollbrachten Arbeit, v.a bei intensivpflichtigen Patienten mangelhaft und der vollbrachten Arbeit und Kosten in keinster Weise gerecht. Der Erhalt von kleineren Häusern, die v.a. die Grund und Regelversorgung sichern konnten, als die größeren Häuser mit Covid Patienten überfüllt waren, essenziell wichtig!
871	Organisation trotz Wissen bereits im Voraus schlecht Kommunikation innerhalb der Klinik und zwischen Leitung und Angestellten Weniger Menschen sind bereit Verantwortung zu übernehmen Unter den einzelnen Fachdisziplinen wegen wirtschaftlicher Aspekte herrscht Konkurrenz
876	Der Mitarbeiter hat keinerlei Wert, man erwartet, dass wir wie Maschinen arbeiten.
884	Fachkräftemangel
890	sehr knapper Personalschlüssel im ärztlichen sowie pflegerischen Bereich, unzureichende Bezahlung in der Pflege, mangelnde Wertschätzung in der Gesellschaft und in der Politik
891	Uneinheitliche (Hygiene-)Regeln, Eindeutigkeit bzw Interpretation wissenschaftlicher

	Ergebnisse, Fehlinformation und Panikmache bei den Patienten führt zu Belastung des Personals, Mehranstrengung während der Pandemie zum Großteil durch undurchsichtige Regeln, Bürokratie und deutlich umständlichere Patientenversorgung verursacht (erst bei Negativität Aufnahme, Trennung von Corona und Nicht-Corona Patienten, ständig neue Regeln...)
897	Fachkräftemangel, zu viel Arbeit für zu wenig Leute, fällt jemand durch Krankheit aus, bricht das System zusammen.
901	Erhöhte Arbeitsbelastung, wenig Aufmerksamkeit für Arztgesundheit
905	Zu wenig Intensivbetten, Pflegemangel, knappe Personalberechnung
910	Pflegekräftemangel, Überlastung, Überforderung des Personals, zu wenig Möglichkeiten der ambulanten Pflege durch ambulanten Pflegedienst oder Pflegeheim,
921	- zu wenig Pflegepersonal - hoher Krankenstand beim Pflegepersonal und Ärzten - noch mehr Kostendruck (weniger Bettenauslastung, lange Liegezeiten der COVID-Patienten, teure PCR-Testungen, etc.) - insgesamt angespannte Stimmung, viele Mitarbeiter haben Angst sich anzustecken mit Sars-CoV-2
925	Personalmangel, Motivation/Stimmung des Personals, Ausnutzung der Aufopferungsbereitschaft der im Gesundheitssystem tätigen
927	Ärzte und Pflegepersonal werden verheizt, die Arbeit verkompliziert und nicht wertgeschätzt
929	Zu wenig online Behandlungsangebote im psychiatrischen Bereich
930	Fachkräftemangel
931	Fallpauschale führt zu unnötigen OP‘s und schlechterer Versorgung. Wahrscheinlich spart man nicht mal so viel dadurch.
936	Pflegemangel, somit Bettensperrung auf Normalstation und Intensiv, somit noch weniger Möglichkeit, Patienten stationär zu behandeln. Überwiegende Beanspruchung der internistischen Abteilungen in der Versorgung der Covid Patienten, da die anderen Abteilungen Basics der medizinischen Versorgung kaum noch beherrschen, somit Offenlegen von zu speziallisierter Medizin.
945	Es wird am Personal gespart. Und wenn stellen nicht gestrichen werden, dann werden freie Stellen einfach nicht mehr besetzt (Trick der privaten KH)
948	Eine gefühlte 2. Klassengesellschaft. Privatpatienten wurden dennoch behandelt und gesetzlich versicherte wurden vertröstet.
952	Pflegekräftemangel: aktuell fehlen besonders viele Intensivpflegekräfte, hoher Krankenstand bzw. auch Quarantänefälle, Stationsschließungen sind nötig weil zu wenig Pflegepersonal arbeitsfähig ist Lieferengpässe bei Medikamenten und bei Schutzausrüstung: Problem, dass viele Produkte bzw. Ausgangsstoffe aus Asien importiert werden räumliche Schwierigkeiten bei der Einrichtung von Versorgungseinheiten für infektiöse Patienten: z.B. keine Zimmer mit Schleuse vorhanden - wir sind seit langem mangelhaft auf die Versorgung von Isolierpatienten eingerichtet
953	- Ärztemangel - Pflegemangel - zu wenig Gehalt und schlechte Arbeitsbedingungen für wirklich systemrelevante Berufe - keine Reserven bei der Personalplanung - zu wenig Wertschätzung, auch monetär
957	mangelhafte Betreuung von Berufsanfängern Weiterbildung/ Lehrauftrag wird wenig gewichtet, Assistenten sollen selbst für Weiterbildung verantwortlich sein ... Personalmangel
973	Pflegemangel, schlechter Schlüssel Assistenzarzt/ Oberarzt, Überlastung des Personals,
981	- finanzieller Druck auf (v.a. auch kleine) Kliniken ist noch einmal gestiegen
977	Weniger personellebReserven bei Krankheitsausfällen oder Quarantäneanordnungen. Weniger therapeutische Angebote bei gleichbleibenden bis erhöhten Ansprüchen von seitens der Patienten.
994	Zunehmender Kostendruck und somit unmittelbarer Entlassungsdruck im klinischen Alltag bei gleichzeitig gestiegener physischer und psychisch er Belastung durch Infektionsrisiko, Arbeitsbelastung
996	Verquickung Politik/Pharma/Krankenkassen/Medien, mangelndes Erlernen kritisch-wissenschaftlichen Denkens im Studium, mangelnde Gesundheitsfürsorge der Arbeitgeber, mangelnde Wissenschaftlichkeit im medizinischen Sektor
1000	siehe bitte die Angaben im ersten Textfeld da diese Maßnahmen direkt mit Corona im Zusammenhang stehen bzw. diese verschärft haben
1001	Der ausgeprägte Ärztemangel
1003	Massiver Pflegemanagel ... viele Stationen „vorgehalten“ geschlossen für corona Patienten ...

	das aber nur vorgeschoben, da eigentlich Pflegemanagel... seit Jahren versäumtes Management wird nun umso deutlicher. In Wahrheit können nur zwei corona Stationen betrieben werden wegen Pflegemanagel aber es stehen circa fünf weitere Stationen leer
1004	Verstärkt: Pflegenotstand!!! Ärztemangel!!!
1006	Materialmangel an Mundschutz, Kittel etc. Versorgungsprobleme bei Patienten mit anderen Erkrankungen außer Covid.
1008	Mehr und mehr zusätzlicher Verwaltungsaufwand ohne Kompensation
1017	- Personalmangel - Arbeitszeiten
1021	Finanzierung der Kliniken über DRG Pflegemangel
1024	- schlechte Kommunukation - schlechte Digitalisierung - Fachärztemangel in der Niederlassung und dadurch keine Termine für Patienten
1030	Wie Antastbar die Würde des Menschen ist.
1033	- man war schlecht auf eine Pandemie vorbereitet, es gab keine Notfallpläne und zu wenig Schutzmateriel - Beatmungsgeräte helfen nichts, wenn das Personal fehlt (in diesem Hinblick sind aber auch die Kliniken in der Pflicht verfügbares Personal von Normalstationen für IMC und ITS-Stationen zu schulen, dies wurde häufig versäumt) - aus anderen Wirtschaftsbereichen frei werdendes Personal hätte eher und unbürokratischer in Gesundheitsämtern eingesetzt werden sollen/müssen und ggf. auch für Einsätze in Kliniken vorbereitet werden sollen - Verunsicherung der Bevölkerung durch Verbände medizinscher Berufsgruppen und Wissenschaftler, welche mit sich teils widersprechenden Aussagen (Streeck vs. Drosten) aufgetreten sind, statt konstruktiv miteinander in den Dialog zu treten (was aus meiner Sicht nur ein weiteres Symptom einer kapitalistischen Gesellschaft ist, die das Individuum und dessen Freiheit und Vorankommen über Profilierung (insbes. Herr Prof. Streeck mit seiner unsäglichen PR-Kampagne unter freundlicher Unterstützung seiner Kumpane) in den Mittelpunkt rückt)
1035	Die Pandemie zeigt, wie wenig vorausschauend die Politik agiert. Trotz der bekannten Unterrichtung durch die Bundesregierung über das Auftreten einer „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ im Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 war so gut wie nichts vorbereitet und der öffentliche Gesundheitsdienst zusammengespart. Analog läuft es mit Rente, Migration, Gesundheitssystem, Verteidungsbereitschaft etc. Das liegt unter anderem daran, dass (a) die Entscheidungsträger teils keine Ahnung ("Kobold") und (b) ganz andere Primärinteressen (Wiederwahl) als nachhalige Lösungen haben. Im Gesundheitssystem sieht man z.B. den seit Jahrzehnten wachsenden Einfluss der Kaufleute. Warum dürfen Investoren MVZs kaufen und so Gelder der Krankenversicherungen an Aktionäre fließen? Es müsste gesetzlich verboten werden, dass Arztpraxen Nicht-Ärzten gehören. Ansonsten wird nicht mehr das getan was der Patient am dringesten benötigt, sondern was am meisten Rendite bringt.
1037	Haltung von "geht nicht, gibt's nicht". Trotz ausstehender Tests müssen Patienten in ein Zimmer gelegt werden. Personalausfall durch Corona Erkrankungen führte zu Zusammenbruch der Versorgung durch die Klinik. Keine Wertschätzung trotz Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (dauerhafte Arbeit in FFP2 Maske und mit Schutzausrüstung)
1038	Es geht immer ums Geld! Auch jetzt bei der dünnen Personaldecke beziehungsweise sogar beim Material – auch die Patienten und Angehörigen haben sich teils unfassbar daneben benommen und Handschuhe sowie Mundschutz und Desinfektionsmittel reihenweise geklaut. Das bringt also nicht gerade das Beste im Menschen zum Vorschein. Weiterhin ist bei der Art zu arbeiten jeder zusätzlicher Aufwand eine Verlangsamung des Prozesses und somit längere Arbeitszeiten, dann auch noch mehr Dienste da auch Kollegen in Quarantäne und/oder positiv waren. Ich selbst musste einmal in Arbeitsquarantäne – was das bedeutet wissen Sie sicherlich – kein schönes Gefühl. Abschließend komme ich wieder dazu zurück- es geht immer ums Geld , auch weil wir nicht voll belegt waren und der Konzern wohl keine Hilfen bekam sind unsere 3-Bett Zimmer mittlerweile wieder voll. Wenn da dann doch mal ein Schnelltest Flasche negativ ist echt das Kontakt-Roulett von vorne los. Unsere zwei Hygieneschwestern und der eine HygieneArzt sind auch absolut an der Grenze, jetzt auch mit Organisation der Impfung. Des Weiteren ist unser Gesundheitsamt unfassbar langsam und wir übernehmen deren Aufgaben zum Teil in punkto Nachverfolgung und Auskunft gerade an Angehörige. Ebenfalls ohne Honorierung -weder menschlich noch finanziell. Trotz allem gibt es auch einen guten Zusammenhalt unter den Kollegen und wir sind alle

	fleißig dabei den Menschen weiterhin gute Ärzte zu sein.
1039	- Unwissenheit der Patienten wo und wann sie sich mit Problemen vorstellen sollen: Hausarzt? Fieberambulanz? Notaufnahme? - Aufzeigen der Kapazitätsgrenzen in einem knapp bemessenen System - Kommunikationsprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor
1042	Bekannter Pflegenotstand ist spürbarer. Kleine Häuser tragen große Belastung und kämpfen ums Überleben trotz hoher Fallzahlen. Ungleichberteilung der Facharztanzahl
1044	DRG System Mangelnde Flexibilität Personalmangel
1045	Ein großes Problem, das ich wahrnehme, ist der Fachkräftemangel in Pflege und Ärzteschaft. Freie ITS-Betten, aber ohne dazugehöriges Personal. Es wird oft verlangt, dass das Personal die Mehrarbeit schafft, aber an die Gesundheit der Pflegenden und Ärzte wird zu wenig gedacht. Das Problem wird auf ITS derzeit deutlich sichtbar, zieht sich aber auch durch weite Teile des Gesundheitssystems.
1046	- Finanzierung der Krankenversorgung (Besonders Kinder) - Digitalisierung wird ohne Verstand vorangetrieben und unterstützt weniger, als dass sie hilft - Schlechte Lehre und Weiterbildung in Lehrkrankenhäusern bei Personalmangel und komplexen, starren Strukturen (Sonographie durch radiologie, ein Assdistent erlernt diese Fertigkeit nicht.
1049	Der Zwang der Kliniken, Gewinne erwirtschaften zu müssen
1057	Es gibt zu wenig Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche
1069	Zusammenarbeit Ärzte-Pflege, Materialmangel, wenig Mut Patienten sterben zu lassen, langer Vorlauf bei Materialbestellung etc.
1073	Mangel an Pflegekräften, Unattraktivität des Pflegeberufs, geringes Ansehen des Pflegeberufs, schlechte Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen.
1078	Personalmangel in der (OP-)Pflege, geschlossene Stationen, das Drücken der notwendigen Eingriffe durch ein immer kleiner werdendes Nadelöhr
1079	Psychische Erkrankungen bei Kindern, Jugendliche und Eltern, sowie Gewalt und Vernachlässigung nehmen zu, da der Druck auf Familien zunimmt. Frauengesundheit und -berufstätigkeit wird mal wieder nicht berücksichtigt und leidet erheblich.
1085	Bereits vor der Pandemie herrschender Personalmangel jetzt deutlich verstärkt, Systeme, die bereits vor der Pandemie nur durch hohe Arbeitsbelastung, immensen persönliche Einsatz und viele Überstunden zu führen waren, sind jetzt kurz vor dem Kollaps
1088	Fehlende Arbeitskräfte, mangelnde Transparenz und Anerkennung der Führungsebene -> Angestellte, Arbeiten an der Belastbarkeitsgrenze durch Dienste
1092	Mangelnde Personaldecke in Pflege und Ärzteschaft wird immer deutlicher und die noch vorhandenen Mitarbeiter werden systematisch auusgebrannt.
1096	Pflegemangel, und darunter auch dias richtig ausgebildete Personal
1097	der ÖGD scheint katastrophal überlastet zu sein
1098	Ich arbeite in euber Klinik, die schwerpunktmäßig urologische Tumoren behandelt. Man merkt deutlich, dass die Patienten in einem erst viel fortgeschrittenerem Tumorstadium zu uns kommen, da sich die präklinische Diagnostik aufgrund von vielfachen Terminverschiebungen oder reduzierten Kapazitäten bei den niedergelassenen betreuenden Ärzten verschoben hat. Oft sind die Patienten leider schon metastasiert, obwohl initial eine kurative Therapie möglich gewesen wäre. Die ganze Bildgebung etc. dauert viel länger als sonst. Es kommt häufig zu "delayed therapies", auch leider in Bezug zu adjuvanten Chemotherapien. Das alles ist natürlich mit einer erheblichen Progenoseverschlechterung einhergehend. Es gab sogar schon Klagen/Beschwerden von Patienten gegen die Landesregierung, da wir Pandemie-bedingt dringliche große Tumoroperationen um Wochen verschieben mussten.
1101	zu wenig Intensivpflege erfahrene Kollegen verlassen die Klinik
1106	In der Pflege werden bei erkrankten Mitarbeitern einfach Betten gesperrt oder es wird in kürzester Zeit Personal geleast. Oder ganze OP-säle geschlossen! Was passiert bei kranken Ärzten, die zb durch Covid länger ausfallen? Da macht dann einfach einer die Arbeit für 2 oder 3, toll! Und so billig.
1107	Krankenpflege wird schlecht bezahlt und gibts zu wenig. Überstunden von Ärzten werden nicht bezahlt, teilweise gar nicht dokumentiert.
1109	Personalmangel, mangelnde Wertschätzung der Arbeit im klinischen Alltag, große Diskrepanz zwischen Prioritäten medizinischer und wirtschaftlicher Leitung
1111	Kann ich nicht beurteilen in der Praxis
1112	eine breite Versorgung auch von kleinen Kliniken ist wichtig, Erhalt von Krankenhausbetten
1114	Soziale Probleme verschärften sich, Prozesse, die der Lösung dienen werden finanziell nicht

	abgebildet und sind komplizierter zu lösen, da schlechtere Erreichbarkeit von zuständigen Stellen. Politik will immer noch kleine Kliniken schikanieren und in den Ruin treiben, obwohl sie m.E. maßgeblich dabei mitgeholfen haben die Todeszahlen moderat zu halten. Chronischer Geldmangel im System, unnütze Bürokratie, die nur der Verwaltung und der Abwendung von rechtlichen Ansprüchen dient und sonst zu nichts nutze ist. Schwachsinnigkeit des Fallpauschalensystems, kein Patient ist eine Fallpauschale!!! jeder ist anders uns sollte im System so berücksichtigt werden
1120	- die marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssektors! - das DRG-System! - die Geringschätzung der Pflegekräfte!
1122	Personalmangel! Doppelt besetzte Dienste für Covid/Nicht-Covid Stationen zu besetzen war eine echte Herausforderung. Auch in der Pflege!!!
1125	Zunahme von Dokumentation Teilweise schwachsinnige Check-Listen, die aufgrund von Zeitmangel sehr unzureichend geführt weder Krankenhauspersonal wird weiterhin ausgenutzt Fehlende Wertschätzung durch die Politik Behördlich auferlegte Erschwernisse
1126	Aufmerksamkeit für fehlerhafte wirtschaftlichen Anreize, Rückbesinnung auf kurative statt finanzielle Motivation im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit, öffentliche Kritik an DRGs, FehlAnreizen und privater Abschöpfung verpufft leider wieder.
1135	zu wenig Personal (Pflege/ Physio/ spezielle Fachrichtungen (Palliativ/ Reha)) + ungünstiger Personalschlüssel
1137	Mängel an Kapazität durch Schließung kleiner Krankenhäuser und damit Notwendigkeit der Triagierung bzgl. Intensivmedizin
1140	eklatanter Mangel an Pflegekräften, fehlende Wertschätzung der pflegerischen Tätigkeit, stäfliche Missachtung der Arbeitszeiten von Pflegekräften
1143	Pflegepersonal hat zu wenig Zeit für Patienten, bzw. zu wenig Personal pro Station.
1144	Personalknappheit! Ohne fähiges Assistenzärztliches Personal ist eine gute Patientenversorgung im aktuellen Gesundheitssystem nicht möglich. Keine Wehrtschätzung und zum Teil wohl auch keine Vorstellung der Geschäftsleitung dafür, wie viel Personal und Ausstattung für gute Medizin nötig ist. In der Weiterbildung fehlt ein verpflichtender Teil für alle (!) in dem es um Umgang mit psychischer Belastung geht. Es fehlt strukturierte Supervision und Reflektion der Erfahrungen.
1146	Fachkräftemangel
1148	Fehlende Primärprophylaxe. Überversorgung dich gut vergütete invasive Diagnostik.
1149	Wenig Unterstützung von Frauen mit Kindern. Teaching zB zu Hygiene. Arbeitsbelastung der Pflege.
1150	Das Personal ist einfach viel zu knapp. Wir Ärzte sind nach 12 Stunden Arbeit völlig übermüdet. Kein Fluglotse oder Pilot dürfte so arbeiten wie wir!
1154	Personalmangel in den Kliniken durch jahrelange Einsparungen
1156	"Auf Kante genähte"Personalkonzepte, die kollabieren, wenn ein Kollege im Urlaub ist und ein zweiter krank wird.
1158	Vor allem hat sich für mich die mangelnden Kommunikationswege zwischen ÖGD und ambulantem Sektor herauskristallisiert. Außerdem deren minimaler Grad an Digitalisierung.
1163	Die COVID-Pandemie hat nochmals die Ökonomisierung und Profitgier im Gesundheitssektor hervorgehoben. Es wurden durch den Bonusanreiz völlig wahllos zusätzliche Pseudo-Intensivbetten geschaffen. Die Betten nenne ich bewusst "pseudo", weil hierfür niemals genügend ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung Stan bzw. stehen wird in unserem Haus. Die einzige Angst der Vorgesetzten war auch, dass zu viele der regulären Intensivbetten leer stehen würden. Weniger belegte Betten bedeuten weniger Ausgleichszahlungen. An uns Assistenzärzte und Pflegekräfte denkt dabei natürlich niemand. Wir wären um jedes freie Bett froh gewesen. Auch ein Dummy-Patient ohne harte Intensivindikation bindet Ressourcen!
1165	fehlende Kommunikation von neuen Informationen, Anleitung bezüglich Sicherheitsverhalten, klare und einfach Strukturierung der Krankenhausabläufe insbesondere im Notfall (z.b. weiß Pflege nicht, welcher Arzt im Dienst oder welches Reanimationsteam zuständig ist, sodass das Raenimationsteam vom Non-Covid-Haus ins Covid-Haus gerufen wird etc.), ständig wechselnde Angaben wann wer wie abgestrichen/ isoliert/ verlegt oder entlassen werden soll. Hier abteilungsintern sher unterschiedliche Vorstellung. Ungleichverteilung der Bereitstellung von Schutzausrüstung. deutliche Unterversorgung der Covid-Patienten: Pflege geht 2x/Schicht rein und ansonsten

	ruft sie die Patienten an; Problem: Patient bettlägrig und Klingel liegt auf dem Regal sowie Telefon auf dem Fensterbrett... Kritische Vitalparameter werden nicht weiter kommuniziert oder nachkontrolliert. Notwendige Untersuchungen nicht durchgeführt (Stations-EKG, Röntgen, Sono, Laborkontrollen), von Interventionen und Operationen ganz zu schweigen...
1167	mangelnde Ausbildung, Nachweisbescheinigungen ohne Durchführung der nachgewiesenen Tätigkeiten, Personal wird ohne ausreichende Schutzmaßnahmen sinnlos verheizt und verknappt sich damit noch mehr als vorher schon, Eine Einweisung in die Tätigkeitsbereiche erfolgt a la "das werden sie im Verlauf mitbekommen", Handlungsrichtlinien sind nicht vorhanden, Wirtschaftlichkeit wird über alles andere gesetzt ... und ... und ... und
1177	Kostendruck, dadurch unbedingtes Durchziehen von Elektiv-OPs
1178	Hohe Arbeitsbelastung durch Mangel an Personal, da viele in Quarantäne mussten
1179	Kommunikations Probleme haben sich verschäft
1182	- finanzielle Notlage einiger Krankenhäuser - Fachkräftemangel in der Pflege - Unterbezahlung
1183	Fachkräfte/Pflegemangel, DRG System, Geldmangel
1188	- Fortbildung und weiterbildung werden weniger durchgeführt - Patientenversorgung hat sich verschlechtert ufgrund geringerer Bettenkapazitäten - hoher Krankenstand durch zunehm. Belastung bei Personal
1204	Schlechte Materialausstattung auch bei Kliniken der Maximalversorgung. Hoher Kostendruck, der als psychischer Druck an die Angestellten weitergegeben wird. Hygienekonzepte werden entweder nicht oder sehr ineffizient erstellt.
1206	Die Krankenhäuser wurden auf ein wirtschaftliches Arbeiten getrimmt. Dieses geschah teils oft am Limit. Da nun Betten vorgehalten werden für Covid, bzw. elektive Prozeduren verschoben werden, brechen stark Einnahmen weg und Kliniken sind am wirtschaftlichen Limit. Zudem wurde die Personaldecke abgebaut, was sich jetzt zeigt! (besonders pflegerisch aber auch ärztlich)
1212	Finanzieller Druck, dünne Personaldecke, Fehlen von Fortbildungsveranstaltungen
1213	Der Personalmangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich.
1219	Zu wenig Psychotherapieplätze
1223	Fachkräfte Mangel extrem, dazu absolut nicht verhältnismäßige Bezahlung sämtlicher Berufsgruppen (zu niedrig!!!), gleichzeitig milliardenschwere Rettungspakete für die Wirtschaft; das grenzt an Hohn
1230	Personalmangel, v.a. Pflege.
1244	Es werden mehr Finanzmittel benötigt(schnelltests, Mitarbeiter fehlen) und zu wenig Unterstützung geboten.
1249	- der Personalmangel, sowohl von ärztlicher als auch pflegerischer Seite her, wird verstärkt, da viele für die COVID-Versorgung abgezogen werden oder in Quarantäne müssen oder selbst erkranken - dadurch hat die Arbeitsbelastung, auch Dienstbelastung, enorm zugenommen - Organisation der ambulanten Anschlussversorgung von Patienten war vorher schon schwierig, ist nun aber fast unmöglich; Patienten liegen teilweise 1-2 Wochen länger im KH, weil keine ambulante Versorgung gewährleistet werden kann
1256	Pflegemangel, keine gute Aus- & Weiterbildung möglich
1260	Pflege ist erschöpft und am Limit - ein Mehr ist nicht möglich, Motivation für noch mehr Arbeit kaum vorhanden, es fehlt Personal, um Betten überhaupt belegen zu können, es fehlen Ärzte - keinem dieser Probleme wurde in meinem Haus begegnet, fachlich sehr gute Honorarärzte wurden vorzeitig aus finanziellen Gründen gekündigt
1263	Fachkräftemangel bei der Pflege, Kommunikation zwischen ambulanten und klinischen Bereich, Organisationsstrukturen in den Behörden, Vernetzung der Kliniken innerhalb der Städte/Bundesländer/landesweit.
1266	Personalmangel, Abbau von Stellen im medizinischen Bereich generell (Pflege, Ärzte), mehr Patienten, weniger Personal, Schließung von Krankenhäusern
1272	Hygiene vs. Zeit/Arbeistbelastung/Effizienz (Wenig Zeit insgesamt=wenig Zeit für Hygiene)
1281	Pflegemangel
1286	- zwischen der 1. und 2. Welle wurden aufgrund der Notwendigkeit der Gewinneinbringung unseres Krankenhauses ärztliche Stellen gestrichen, anstatt Vorbereitungen zu treffen -> diese Handlungen sprechen beispiellos für sich -> zuvor bereits bestehende Unterbesetzung wurde somit noch verstärkt
1291	Es ist einfach chaotisch.
1292	Personalknappheit, geringe Flexibilität bei der Umsetzung neuer Maßnahmen, eingeschränkte ambulante Versorgung betagter und hilfsbedürftiger Patienten bei gleichzeitig

	zunehmendem Anteil dieser Patientengruppe, eingeschränkte palliative Versorgung von Patienten im hohen Alter und ohne Therapiewunsch (häufig Krankenhauseinweisung und Versterben in ungewohnter und unpersönlicher Umgebung)
1293	Ohnehin schon ausgebeutete Pflegekräfte werden jetzt noch mehr verarscht. Das tut echt weh, mitzuerleben. Und das Grundproblem: Ärzte /Pfleger sind SOZIALE Menschen, die immer eher sich selbst zurücknehmen und tapfer durchhalten, damit der Mangel nicht am Patient sichtbar wird. Eher Überstunden, als eine undokumentierte Aufnahme, eher keine Pause als ein schreiender Patient. Diese Einstellung wird seit Jahren ausgenutzt ('ah, es geht ja sogar mit weniger Arbeitskräften' — ja weil die wenigen doppelt gewissenhaft und schnell müsein MÜSSEN). In der Pandemie wird diese Einstellung aber noch mit Füßen getreten: statt zu kündigen nehmen wir die Herausforderung an, hoffen aber natürlich JETZT ENDLICH GESEHEN ZU WERDEN. Stattdessen sollen aber nun der Applaus und eine evtl. mickrige Einmalzahlung besänftigen. Danach kann man das Problem dann ja wieder vergessen....
1294	Arbeitsbelastung in der Pflege
1296	Pflegekraftmangel
1299	Im Bereich der Kinderheilkunde ist das definitiv das Thema Kinderschutz. Vor allem Vernachlässigung, Misshandlung und Verletzungen haben doch deutlich zugenommen. Es wäre naiv zu glauben, dass diese Probleme neu wären jedoch treten sie in der aktuellen Lage deutlich häufiger in Erscheinung.
1300	fehlende Digitalisierung
1303	Unterbesetzung, Intensivkapazität
1305	Die Freiheit der Heilberufe fühlt sich dur behördliche Vorgaben schnell eingeschränkt und möchte sie darum nicht. Manchmal sind aber klare Vorgaben wie: wer wird wann mit welchen Symptomen getestet - keine Ausnahmen! Gesamtgesellschaftlich sinnvolller. Das wir Alle als Teil eines Systems und nicht nur für uns selbst arbeiten entfällt einem gerne mal.
1309	Mehr Fachkräfte. Größere Wertschätzung, auch finanziell
1310	immer mehr Doku, durch Digitalisierung immer weniger Effizienz am Krankenbett und weniger Zeit am Patient, schlechte Programme mit langsamen Systemen, kein Vergleich zu Systemen der freien Wirtschaft,
1318	Ambulante Versorgung ist sehr schlecht ausgebaut, insb. Facharzttermine sind schwer zu erhalten. Dies führt zum Teil zu Krankenhauseinweisungen um Abklärungen bestimmter Krankheiten durch zuführen, die auch ambulant möglich wären. Leider sind dazu die Termine nur schwer oder spät zu bekommen. Anderes Beispiel: Versorgung im Pflegeheim, durch hohe Belastung des KV-Dienstes (der nicht kommen kann, weil er es einfach nicht schafft) werden RTW etc gerufen und die Patienten im Krankenhaus behandelt, auch wenn es vlt. ambulant möglich wäre. Dies führt natürlich auch wieder zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenhäuser. Meiner Meinung nach würden alle von einer ausgebauten ambulanten Versorgung profitieren.
1319	Insgesamt erlebe ich unser Gesundheitssystem und ganz unmittelbar dessen Mikrokosmos Hamburger Maximalversorger als angemessen leistungsfähig. Mehr denn je vermute ich, dass ein wenig mehr medizinische Expertise in Pflegeheimen (insbesondere Flüssigkeits-, Infektions-, Schmerztherapie, end of life und palliative care) zahlreiche Krankenhauseinweisungen bei mindestens ebenbürtigen Outcomes verhindern könnte.
1327	wegfallende Fortbildubgen bei gleichem oder steigenden Arbeitsaufwand
1328	Personalmangel Unterbezahlung Dokuemntationszwang
1358	- Mangel an Pflegekräften - dabei aber auch die Diskrepanz zwischen Forderung nach mehr Anerkennung aber kein Wille zu mehr Verantwortung. - Obwohl täglich Todeszahlen in den Zeitungen stehen denken die Leute weiter nicht über Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmacht nach. Und erst nach wochenlanger Behandlung an der Beatmung oder Dialyse kommen die Angehörigen darauf, dass die letzten Wochen vielleicht gar nicht das waren, was der Patient gewollt hätte. Das ist ethisch fragwürdigender als die Verpflichtung zu einer schriftlichen Äußerung. Die sollte wie eine Steuererklärung jährlich notwendig sein. - Falsche Anreize im DRG System: Dass in einer Pandemie Krankenhäuser insolvent werden und so viel staatliche Unterstützung brauchen ist absurd.
1363	- Personalmangel in der Pflege und Ärzteschaft - das Problem der Zeiterfassung (noch mehr Überstunden, die von OÄ nach gutdünken erfasst werden)
1369	In naher Zukunft werden immer mehr demente Patienten im Krankenhaus versorgt werden müssen, was durch Pflege- und Ärztemangel dazu führen wird, dass Leute sediert oder fixiert werden müssen um sie in Krankenhaus zu behandeln. Schon jetzt ist kaum genug

	Personal da um die Leute adäquat zu betreuen.
1373	unnötige Inanspruchnahme der ZNA durch Patienten (Lappalien, Lücken in der ambulanten Verosrgung) Mangelhafte operative Weiterbildung
1374	Seit Jahren unter der Vorgabe von ökonomischen Handeln erwirtschafteter Fachkräftemangel sowohl in der Pflege als auch bei Ärzten
1375	- Privatisierung der Krankenhäuser als deutliches Problem - fehlende Vernetzung - schlechte Behandlung von Gesundheitsberufen
1389	Pflegemangel!
1391	Pflegemangel Mangelnde Wertschätzung ggü. Personal des Gesundheitsdienstes seitens Politik und Bevölkerung Missbrauch des Gesundheitswesens durch eine Vielzahl von Patienten
1399	Deutlicher Fachkräftemangel. Schlechte Arbeitsbedingungen insb. in der Pflege.
1419	Pflegemangel überall! Zudem insgesamt deutliche Unterbezahlung aller Ärzte im System. Es kann nicht sein, dass der Manager in Kurzarbeit immernoch mehr verdient als der Arzt in Klinik oder Praxis. Die GÖÄ gehört zudem endlich überarbeitet, die Sätze sind lächerlich. Gleiches gilt für das EBM System.. Es kann beispielsweise nicht sein, dass ein EKG für einen Kassenpatienten in der Allgemeinarztpraxis "inklusive" ist und nicht extra vergütet wird.
1425	Personalmangel fällt stärker auf. Nochmal deutlich mehr Wochenenddienste.
1436	Die Wertschätzung der Arbeit ist sehr fragil. Alle sind dankbar, aber fordern auch dass das Personal im Gesundheitswesen ohne Einschränkungen mehr arbeitet. Man klatscht, vom eigenen Balkon, aber nicht jetzt im Winter, es ist ja kalt. Aber Prämien, gar auch für Ärzte, die ja auch Überstunden/Extraschichten gemacht haben, gibts nicht. Neue stellen wurden in meinem Umfeld auch nirgends geschaffen. Die Krankenhäuser stehen durch weniger Einnahmen unter noch größerem Druck und bei 'Pandemie Stufe 2' scheint alles erlaubt zu sein, ein Kollege von mir wurde Covid positiv auf einen Nachtdienst geplant, obwohl er nein sagte und noch nicht mal fit war. Die Arbeitsbedingungen haben sich für die Pflege und die Ärzte massiv verschlechtert und es war vorher schon zu viel.
1437	Personalmangel, Personalmangel, Personalmangel. Missbrauch des Gesundheitssystems als Hausarzt (mit kleinen Wehwehchen in die ZNA und volle Diagnostik)
1439	Weiß ich nicht.
1450	Kein Verständnis auf Seiten des Chefarztes nach mehr Sicherheitsbedürfnis und weniger Kontakten innerhalb der ärztlichen Tätigkeit
1458	Es gibt sowohl in der Pflege (auch Altenpflege) als auch bei den Ärzten zu wenig Personal. Viele Tätigkeiten von Ärzten sind nur noch am Schreibtisch und nicht mehr am Patienten. Es gibt auch Aufgaben die von nicht ärztlichem Personal (z.b. Blutabnehmen, Briefe schreiben) übernommen werden können. Und zwar ohne dass dann immer der aktuelle stationsarzt dafür haften muss..
1468	Fachkräftemangel Hygienekonzepte, die nur auf dem Papier existieren und nicht praxistauglich sind
1469	unflexibel räumliche Strukturen in den Kliniken, umkoordinierte Notfallpläne
1477	Wir bezahlen Pflegekräften zu viel. Personaldecken sind auf Lücke gestrickt - bei zwei Krankheitsausfällen bricht das System zusammen. Patienten infrastrukturell schwacher Gebiete massiv gefährdet. Das Gesundheitsverständnis der breiten Gesellschaft ist katastrophal schlecht.
1482	Pflegemangel bürokratische Probleme (z.B. Rezeptverschreibungen erst ab Entlasstag, unkompliziertes Mitgeben, damit z.B. Angehörige schon einmal etwas organisieren, ist nicht möglich), generell viel Organisationsaufwand bei starren Strukturen
1490	Personalmangel, Überlastungen, wirtschaftlicher Druck; unzureichende bzw. mangelhafte Versorgungsqualität für Patienten bei voller Bettenauslastung in Konflikt mit Infektionsprävention
1497	- fehelnde Wertschätzung der Pflege, vor allem der Intensivpflege, spiegelt sich durch mangelnde Anerkennung und schlechte, nicht Leistungsadaptierte Bezahlung wider (100-150 brutto extra für eine Fachschwester, die 2 Jahre Zusatzausbildung absolviert und jedem Assistenztarzt wertvolle Tricks geben kann, sind schlicht blanker Hohn) - überdurchschnittlich hohe Belastung durch Einführung eines 3. Bereitschaftsdienstes und dadurch für alle deutlliche Mehrbelastungen, vor allem seit der 2. Welle. Diese Belastung wird von der GF nicht gesehen oder anerkannt. Die gerade "unterforderten" Abteilungen der Chirurgie haben kein Verständnis dafür, dass sie nicht operieren können, weil die ITS-Betten

	mit Covid-19 belegt sind. Man sieht nur sein OP-Gebiet und weiß weder um unsere Belastung, noch hat man Verständnis dafür dass die Schwestern auf Covid-Stationen aushelfen sollen. - Die ÖA der Klinik stellt nach außen jedes Mal dar, wie toll wir die Krise meistern, aber nach innen wird diese Wertschätzung so gut wie nicht ans Personal getragen.
1503	Personalmangel, v.a. in der Pflege, hat sich verstärkt
1509	Der Pflegemangel ist stark aufgefallen. Sowie die geringe Bezahlung ist massiv schlecht
1510	Dokumentationspflicht: Covidabstriche samt Doku sind zusätzlich Arztaufgaben geworden, z.T. auch die Nachverfolgung von Kontaktpersonen. Mehr Zeit wird mit Umplanen z.B. von OPs verbracht, wenn Patienten positiv getestet werden.
1520	Dokumentations und Hygieneschwächen
	Besonders erschreckend ist die Inkompetenz und Insuffizienz der Gesundheitsämter
1523	- Pflege und Arztmangel - Mangel an Ausrüstung - Mangel an guten Organisationsstrukturen
1531	Wartezeit auf nicht Notfall-OPs, unnötige notfallmäßige Vorstellung von Patienten.
	Unverständnis über die Funktion der NOTaufnahme.
1534	schlechte Bezahlung der Krankenpflege, Bürokratie im Gesundheitswesen
1538	- Engpässe, Fehlplanungen, Spardruck wird letztendlich auf dem Rücken des Pflege / Ärzte ausgetragen, die es nicht übers Herz bringen, pünktlich nach Hause zu gehen und die Patienten damit nicht ausreichend zu betreuen.
1539	Personalmangel
1552	Zwei-Klassen-System
1571	Pflegekräfte wurden von der Station abgezogen, elektive Eingriffe wurden verschoben, weniger Patientenaufkommen und damit zu wenig Bettenbelegung, dadurch ökonomische Probleme.
1573	Fehlendes Pflegepersonal
1578	Personalmangel. Zu viele Patienten auf zu wenig Assistenz- und Fach/Oberärzte
1580	Personalmangel fällt mehr auf.
	Mehr zusätzliche Dienste, vor allem nachts und am Wochenende. Ich bin schon froh, wenn ich ein Wochenende im Monat frei habe, obwohl mir laut Vertrag 26 freie Wochenenden im Jahr (das sind durchschnittlich zwei pro Monat) zustehen...
1583	Fachkräftemangel!!!!!!!
1586	Personalmangel in allen medizinischen Berufsbereichen.
1593	Personaldecke Ökonomischer Druck Missbrauch von Rettungsstelle für banale Erkrankungen
1599	Personal Mängel
	Krankenhäuser als Unternehmen mit Profit Pflicht
1602	Noch mehr Arbeitsaufkommen auf noch weniger Personal (da auch Personal erkrankt) Höhere Arbeitsbelastung bei Ärzten und in der Pflege. Noch stärkerer ökonomischer Druck, da die Krankenhäuser Verluste machen
1607	Wertschätzung gering, Personalmangel, wenig Flexibilität im Hinblick auf rasche, „unbürokratische“ Lösungsansätze (evtl. auch schließen von Sprechstunden um Personal freizubekommen)
1616	Pflegepersonalmangel Intensivkapazitäten Mangelnde Gesundheitsinformation der Bevölkerung
1617	Dadurch, dass das System seit Jahren immer weiter gekürzt wird von unterschiedlichen Stellen und immer mehr auf die Aufopferungsbereitschaft der Ärzte und Pfleger angewiesen ist, bricht es in sich zusammen, sobald die Anforderungen (in diesem Fall die Pandemie) steigen. Im optimalen Fall sollten Kapazitäten freigehalten werden um so etwas (zumindest zu geringem Maße) abfangen zu können.
1620	- Personalmangel - Übermaß an Bürokratie - Bettenmangel
1624	Der Ärztemangel ist breit und schlägt sich vor allem in schlechten Arbeitsbedingungen und Überlastung nieder. Jedoch ist der Pflegekräfte und Hilfskräfte Mangel akut größer, selbst wenn dort die Arbeitsbedingungen noch nicht ganz so schlecht sind, die Bezahlung ist es auf jeden Fall.
1630	siehe oben Allen voran Multimorbidität und Alter der Patienten: Die Würde des Menschen ist antastbar geworden- wie schon erwähnt eine große Schande!
1633	Personalmangel

1635	Der Ärztemangel und Pflegemangel ist deutlich geworden und es wurde nochmal klar, dass ein Gesundheitssystem in dem Krankenhäuser Geld bringen sollen falsch ist
1652	Fachkräftemangel und fehlende Wertschätzung bestimmter Berufsgruppen.
1656	Pflegekräftemangel aber auch Mangel anderer Berufsgruppen (Ärzte, Hebammen, OTAs, usw.) Probleme mit der Hygieneauffassung mancher
1662	Ökonomischer Druck
1663	Psychosoziale/psychologische/psychiatrische Unterversorgung und extreme Steigerung der psychischen Erkrankungen durch Isolation. Eltern werden in Arbeitswelt benachteiligt, Kinderbetreuung wird nicht ausreichend von Staat sichergestellt. Carearbeit wird nicht als Arbeit angesehen und entsprechend vergütet.
1671	Fachkräftemangel in der Pflege Unzureichende Anerkennung der Pflegeberufe, v.a. Auch monetär
1673	Finanzielle Fehlanreize, Über- und Unterversorgung. Verschärfung der schwierigen Situation der Versorgung psychisch kranker Menschen.
1675	mangelnde Schutzausrüstung, schlechte räumliche Organisation für Isolationspatienten, zu wenig intensivpersonal, zu wenig Pflegekräfte
1679	Das im Ernstfall doch weniger Kollegialität besteht als vorgegaukelt. Insbesondere zeigte Covid, dass Oberärzte Covid-Kontakte vermeiden und andere Abteilungen seitens der inneren Medizin oder Anästhesie wenig Hilfe leisten und einem nicht bei stehen.
1684	Personalmangel
1685	Ich arbeite im Bundesland Bremen. Meiner Meinung nach ist die Rettungsdienstliche Versorgung eine Katastrophe. Es gibt einen Mangel an Neurochirurgen, Neurologen, Kinderärzten und Psychiatern. Die Innere Medizin fängt fast Alles in den Notaufnahmen auf. Es gibt kaum Intensivbetten, geschweige den Intensivpflegepersonal. Mir ist es manchmal ein Rätsel wie wir noch so glimpflich durch die Pandemie kommen.
1688	Personalmangel, Gesundheitssystem wird mehr durch Politik als durch Medizin/Medizinisches Personal bestimmt,
1691	Das Fehlen von gut ausgebildetem Personal in allen Berufsgruppen! Genauso die täglich Arbeit an der Belastungsgrenze, die schon vor der Pandemie bestand, weshalb mit Aufkommen der Pandemie nach Aufbrauchen des initial ausgelösten Motivationsschubes jetzt viele einfach nicht mehr können. Der ökonomische Druck, der dazu führt, dass nach der 1. Welle nur noch thematisiert wird, wie man die dort entstandenen geringen Fallzahlen (durch das Freihalten von Betten) wieder aufholen kann.
1692	Bettenknappheit
1702	Jeder verpflichtet Corona-Test, keiner wartet das Ergebnis ab.
1714	Gerade bei den internistischen Kollegen: Zu wenig Personal, zu viele Patienten. Teilweise ist ein Arzt auf der Intensivstation für 20 Patienten alleine verantwortlich.
1717	Rückübernahme Synptomfreier aber weiterhin COVID-positiver Patienten in Pflegeheime (gilt für alle Isolationspflichtigen Patienten). Knappe Personalplanungen. Durch Quarantäne-Ausfälle kommt es zu erheblicher Mehrbelastung. Mangel von Pflegekräften führt zur Begrenzung der belegbaren Bettenkapazitäten.
1720	Große Engpässe bei der Pflege,
1722	keine Einhaltung der bestehenden Gesetze (Arbeitszeit, Pausen, Verbot der korrekten Arbeitszeitdokumentation: direkte Aussage vom CA vor allen angestellten Ärzten: Alles was unter 30 min an Überstunden anfällt ist nicht zu dokumentieren und null und nichtig, wer das macht kann sich bald einen neuen Job suchen..")
1732	Übermacht der Petdonalabteilung. Gefühl der Machtlosigkeit. Strukt. Versäumnisse werden unter dem Deckmantel der Pandemie und durch Anlegen der moralischen Daumenschrauben auf dem Rücken der AssistentInnen ausgetragen.
1735	Dünne Personaldecke, anfällig für einzelne Krankheitsbedingte Ausfälle Annahme, dass Ausfälle selbstverständlich kompensiert werden zb in Form von übernommenen Diensten Mangelhafte Ausbildung , da aufgrund von Ärztemangel Rotationen in Funktionsabteilung/ Echokardiographie und Endoskopie nachrangig zur Stationsversorgung behandelt werden
1736	Keine Flexibilität, Dokumentation nicht durchgängig
1756	Pflegekräftemangel. Wunsch nach maximaler Rendite.
1759	Ökonomisches Vorgehen privater Träger, teilweise mit negativen Folgen für Patienten und Personal
1763	- Vorhaltekosten sind oft nicht ausreichend refinanziert
1771	Wirtschaftlichkeit der privaten Kliniken rückt noch stärker in den Fokus.
1775	Deutlicher Personalmangel, nach wie vor mangelnde Anerkennung insbesondere der Pflege.
1779	Pflegemangel, überzogene Anspruchshaltung vieler Patienten

1783	Wenn selbst eine Pandemie (mit allem was dazugehört) immer noch nicht zu einem Aufstocken des ärztlichen und pflegerischen Personals führt, dann weiß ich auch nicht mehr, was überhaupt noch zu einer Verbesserung der personellen Situation führen soll. Grundlegende Probleme für mich sind: 1. Personalmangel und 2. unterdurchschnittliche Digitalisierung. Es ist so viel mehr möglich in Deutschland.
1788	Die Kliniken führen ambulante OPs weiterhin durch, obwohl die Empfehlung besteht, von elektiven Eingriffen, die nicht zwingend notwendig sind abzusehen, während sie die Niedergelassenen Ärzte, die nur ambulant in der Klinik operieren wollen nicht operieren lassen.
1794	Mangel an Pflegepersonal
1796	Vernachlässigung von Kindern und Pflegeheim Bewohner
1801	Defizite in der Digitalisierung und veraltete Technik verhindern/erschwere ein effektives Arbeiten, was vor allem in Zeiten des Personalmangels deutliche Risiken für die Behandlung der Patienten birgt. Der immer weiter steigende bürokratische Aufwand hinsichtlich Ausfüllung von Anträgen sowie Dokumentation und das Verfassen von Arztbriefen lähmt das eigentliche ärztliche Handeln.
1803	Fachkräftemangel, viel zu viele Überstunden und extra Dienste, zu wenig Freizeit/nicht genug Erholungszeiten, Profitorientierung hat zugenommen, da die Einnahmen ausbleiben
1805	Schlechte Kommunikation insbes. unter den Berufsgruppen
1807	Die Profitabhängigkeit in den Kliniken und der Personalmangel fehlende Einarbietung von ärztlichem Nachwuchs
1809	Fachpersonalmangel vor allem in der Pflege, zu viele Patienten pro Krankenpfleger/in
1825	komplizierte Dokumentation, langwierige Prozesse
1827	Personalmangel in der Pflege an erster Stelle, dann Personalmangel der Ärzte. Möglichkeiten, viele Patienten richtig zu isolieren und auch bei Ankunft in der Notaufnahme komplett abzuschirmen - absolut unzulänglich!!
1828	zu viele Patienten an einem Ort mit langen Wartezeiten und ungenügendem Abstand
1830	Aufgrund des Wegfalls ärztlicher Tätigkeiten wie Vorsorgeuntersuchung, Verschiebung vieler Sachen in den ambulanten Sektor, ect. wird der Personalmangel kaschiert, der in den letzten Jahren einen massiven Druck dargestellt hat. Dies wird aber nicht thematisiert und die Folgen werden wir an den Nichtcoronatoten spüren. Jetzt schon kommen Patienten zu spät ins Krankenhaus mit z.B. Tumorerkrankungen, Herzinfarkt, ect.
1832	es geht nur ums Geld, Angestellte sind egal Pflege und besonder ITS Pflege besonders wichtig aber schlecht bezahlt es braucht sich keiner was vorzumachen, gewinnorientiertes Gesundheitswesen ist eine schlechte Idee
1834	Fachkräftemangel (Ärzte und Pflege)
1836	Der Fachkräftemangel vor allem auch in der Pflege, die massiv unterbesetzten Intensivstationen, die geringe Wertschätzung auch durch geringe Bezahlung der Pflege und auch der Ärzteschaft. Leider sehe ich auch, dass aktuell die Probleme zwar in die öffentliche Aufmerksamkeit treten, jedoch wenig bis nichts an der Ursache geändert wird und auch eine Versuche gestartet werden etwas an der Situation grundlegend zu verändern.
1842	Digitalisierung in Klinik UND Lehre
1843	Die Versorgung auf den Intensivstationen ist durch die Pandemie deutlich gefährdet, v.a. auf Grund von Personalmangel. Das vorhandene Personal geht hierbei an seine gesundheitlichen Grenzen.
1861	Das System der DRG Abrechnung ist das größte Problem. Außerdem ist der Patient und seine Bedürfnisse kaum noch Interesse. Zugunsten von COVID haben viele andere Patienten Nachteile erlitten und der Fokus ist wieder nicht auf dem eigentlichen Problem der Finanzierung des Gesundheitssystems sondern alles dreht sich nur noch um COVID.
1862	Mangel an Pflegekräften Mangel an Strategien für Pandemien
1870	Mal Hand auf Herz,hätte ich in der Zeit gearbeitet, wie es z.B. Querdenker machen,wären Menschen gestorben und Kollegen dekompensiert,daher bin ich oft weitaus länger geblieben, habe mich fortgbildet und auf der ITS gearbeitet!Das haben so viele Kollegen in Deutschland gemacht,so dass wir nicht unter der Pandemie kollabiert sind,so wie viele unserer Nachbarländer!Aber am Ende sind wir die die Schuldigen und sogar mit die letzten die geimpft werden. Mann muss das deutsche Volk mal langsam wachrütteln und Ihnen klar zeigen,was wir jeden Tag leisten!Jeder von uns!Es muss Aufklärung geschehen.
1873	Krankheitsausfälle betonen nochmals die Unterbesetzung bei Ärzten und Pflege Sobald die Verwaltung anfängt von Umsatzeinbußen zu sprechen wird klar, wie sehr unser DRG system gemolken wird.

	Ambulanzen werden als Hausarztersatz missbraucht. Das muss aufhören
1931	Pflegekräfte- und Facharztmangel. Ich selbst habe wegen der Pandemie 9 Monate auf einen Termin gewartet, Patienten nutzen z. B. Vorsorgeangebote und Kontrolluntersuchungen weniger, OPen werden verschoben. Patienten infizieren sich teilweise in Kliniken mit dem Virus, hier ist ein Brennpunkt. In der niedergelassenen Arztpraxis ist ebenso einer, hier sollten die Mitarbeiter besser geschützt werden.
1938	Va Mängel im Bereich des Pflegepersonals. Der war vorher auch schon viele Jahre vorhanden, ist aber durch die pandemie kurzzeitig in den Fokus der Medien gerückt.
1939	Innerhalb von Bereitschaftsdiensten kam es immer wieder zu Problemen innerhalb der Patientenversorgung. Patienten möchten sich gern innerhalb der Sprechzeiten an die jeweilige Praxis wenden - bei z.b. Husten etc. werden die Patienten verwiesen zu Hause zu bleiben und auf den Notdienst verwiesen. Einige Pneumonien wurden dabei übersehen... - weil die Patienten sich keinem Arzt vorstellen durften/konnten.
1946	Isolierungsmöglichkeiten
1956	Personalmangel
1965	Pflegekraftmangel.
	Medizin nach behördlichen Vorgaben, Patienten lagen ohne medizinische Indikation auf derCovidstation nur um Quarantäne Zeiten einzuhalten.
1971	Kommunikation, Fachkräftemangel
1973	Neueinstellungsstop im ärztlichen Bereich weil rote Zahlen wegen Covid geschrieben werden --> noch viel mehr Personalmangel
1977	Zu vieles wurde so organisiert, dass es gerade noch so läuft. (minimales Personal, kleine Häuser geschlossen, Betten gestrichen usw.). Jetzt zeigt sich, was das in einer unvorhergesehenen Situation bedeutet.
1986	Pflegemangel Ärzte werden mit unnötigen Aufgaben (z.B. fehlende Blutabnahmekraft, Codierung von Fällen) ausgelastet Fehlende Ausbildung der Assistenzärzte (keine Fortbildungen zu Covidspezifischen Therapien)
1987	Fehlende Digitalisierung
1988	Zu wenig Pflegekräfte, zu wenig Ärzte, zu wenig Anerkennung bzw. finanzielle Vergütung
1995	Personalmangel Schlechter Datenaustausch
1996	Wertschätzung für die Berufe Pflege, MTA, MTRA. Größter Patientenkontakt, dafür viel zu wenig Wertschätzung und Bezahlung in Relation zu ärztlichen Berufen. Fehlen diese Fachgruppen können auch Ärzte nicht mehr vernünftig arbeiten.
2013	Personalmangel Zu starre Und damit langsame Entscheidungen in den Kliniken
2021	Pflegemangel, Ärztemangel, Planung am ständigen Limit des Systems zur Gewinnoptimierung, finanzielle Maßgaben bestimmen medizinisches Handeln, selten ungekehrt.
2023	Zu viel Bürokratie, zu dünne Personaldecke, zu wenig Platz (Probleme Patienten kurzfristig zu isolieren)
2026	Personalmangel, Verteilung der Patienten in verschiedene Kliniken (sollte immer zentral geregelt werden, die Rettungsdienste kamen oft zu uns ohne Ankündigung)
2027	Fehler in der Weiterbildung (viele unerfahrene Assistenten)
2038	Starker Personalmangel in allen Bereichen. Stark mangelnde Einarbeitung in allen Bereichen. Zu wenig Strukturiertheit in den Kliniken.
2064	Die Normalbevölkerung hat wenig Ähnung, wie der menschliche Körper und die Psyche funktionieren und was ihnen hilft.
2069	Räumliche Unzulänglichkeit unserer Rettungsstelle.
2075	In der Chirurgie keine, die Probleme werden verursacht durch Desinteresse und Unfähigkeit, daran hat die Pandemie wenig geändert. Covid-Patienten werden nur tendenziell schlechter versorgt.
2077	Nicht genügend Personal in Pflege und ärztlichen Dienst, unflexibles System, siehe Gesundheitssystem 2040
2081	Es werden viele unnötige Untersuchungen und Operationen durchgeführt. Personalmangen ist eklatant. Schlechte Arbeitsbedingungen haben auch teilweise nochmal verschlechtert.
2085	Abnahme von Bildung
2087	Fachkräftemangel in Pflege und Therapie, Wertschätzung ist durch Politik nicht vorhanden
2094	Arbeitsbelastung Personalschlüssel Ausbeutung der Assistenzärzte Fehlende Fortbildung, Ausbildung

2117	Personalmangel. Unter anderem auch aufgrunddessen mehr Arbeitszeit. Mangelnde Organisationsfähigkeit seitens der Politik, der Kliniken selbst und auch innerhalb des Kollegiums. Bekannte alte Probleme wurden zwar kurzfristig medienwirksam aufgezeigt, allerdings hatte man das Gefühl nach 3 Wochen war das Thema für viele bereits wieder durch ohne das die Probleme deshalb gelöst wären.
2126	Palliativversorgung ausbauen
2127	Keine Verfügbarkeit der Masken und Schutzausrüstung sowie der Antibiotika durch Auslagerung der Produktion ins Ausland. Mangel an Pflege- und Ärztepersonal
2130	- zu wenig Personal
2132	Pflege- und Ärztemangel
2137	Personalmangel
2140	Ineffizienter Umgang mit Geldern. Starker finanzieller Druck. Private Häuser treffen Entscheidungen in Abhängigkeit der finanziellen Rentabilität. Gesundheit ist nicht immer oberstes Gut. Arbeitskräftemangel. Inadequate Bezahlung für hohes Risiko ("Frontsoldaten"). Gesundheitsentscheidungen werden von medizinisch ungebildeten Personal getroffen.
2141	Massive Unterbesetzung
2146	Finanzieller Druck der Kliniken. Bürokratie. Arbeitsbelastung.
2149	Personal- und Fachkräftemangel, Mängel in der Ausstattung, Unzumutbarkeit des DRG Systems, Unzumutbarkeit des Umstandes, dass eine medizinische Einrichtung Gewinn erwirtschaften muss
2165	Mangelnde Isoationsmöglichkeiten im Sinne von vollständig ausgestatteten Isolationszimmern Personalmangel insbesondere in der Pflege, aber auch im ärztlichen Bereich. Mangel an Schutzkleidung / -ausrüstung (insbesondere im Sommer)
2166	dass das aktuelle DRG-System die falschen Anreize setzt - Anreize für möglichst viel apparative invasive Maßnahme die dann höher vergüdet werden. COVID-Patienten hingegen, die von nicht-invasiven Atmungsunterstützung (Jet-Ventilation, Highflow-Therapie et c.) profitieren und häufig langfristige Aufenthalte haben, sind da ein Minusgeschäft - leider!
2168	Fachpflegemangel, es werden Löcher immer nur notfallmäßig gestopft.
2211	Fachkräftemangel, Unverständnis und Erwartungshaltung der Allgemeinbevölkerung, Starke Neigung auch von Krankenhauspersonal zu Paramedizin und Verschwörungstheorien
2214	Mangelnde Kooperationsbereitschaft, zu wenige Krankkenhausbetten (vor allem für nicht Covid Patienten)
2224	Fachkräftemangel
2228	Personalmangel
2233	Personalmangel. Zu hohe Arbeitsbelastungen.
2245	Pflegekraft Mangel, Überlastung der Notaufnahme, Ökonomische Druck, mit steigenden Ausbildungsniveau Einnistung der Kollegen in Nischenplätzen mit Komfort.
2248	- dünne Personaldecke (durch erhöhten Ausfall von ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen) - Umgang mit multimorbiden z.T. schwer dementen Patientinnen und Patienten ("Maximaltherapie"?)
2260	Schlechte einarbeitung schlechte organisation
2275	Fachkräftemangel
2282	Starker Personalmangel aufgrund von infiziertem Personal, dadurch entstehen Versorgungslücken bei gleichem Patientenaufkommen. Egal, wie überfordert man in der Notaufnahme war und wie viele Patienten gekommen sind, es gab immer Duiskussionen und es wurde fast nie gesperrt. Eine sehr gefährliche Medizin.
2283	Die großen Versäumnisse der Digitalisierung. Ausgedruckte Dokumente, die dann gefaxt werden müssen, ... fehlende digitale Krankenakten, sodass viel Aufwand notwendig wird zur Aufarbeitung von Patientengeschichten bei Verlegungen oder Überbelegung von anderen Krankenhäusern. Soziale Versorgungsprobleme der älteren und gebrechlichen Patienten mit fehlender Pflegeperspektive
2286	Pflegemangel Privatisierung der Krankenhäuser - es geht nur noch um Wirtschaftlichkeit
2295	Pflegemangel. Man merkt, dass man auch mit "weniger" Medizin (i.S. von weniger Diagnostik wie Endoskopie, Sonographie etc) die gleichen Erfolge erzielen konnte.
2299	Personalmangel, hohe Arbeitsbelastung, hohe psychische Belastung, fehlende Wertschätzung für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen, unzureichende Bezahlung für

	Grad der Belastung und Verantwortung
2301	Durch COVID Dienste Inkonstanz der normalen Patientenversorgung
2306	Personalmangel, unzureichender Schutz des Personals, Ökonomisierung des Gesundheitssystems
2313	Sichtbar wie wichtig kleine periphere Kliniken sind, wie ausgeprägt Mängel an Intensivpflegepersonal ist, wie knapp berechnet die Intensivbetten sind, wie wenig planbar der Bedarf ist
2319	Ineffiziente Verwaltungsstrukturen. Hoher unangemessener Organisationsaufwand.
2334	Die immer dünner werdende Personaldecke. Misstrauen der Bevölkerung gegenüber der Medizin und Wissenschaft.
2335	Umgang mit isolationspflichtigen Patienten und Verringerung der nosokomialen Infektionen
2362	Personalmangel - die Leidtragenden sind wie immer das medizinische Personal ein unvorbereitetes und sehr schwerfälliges Gesundheitssystem, dass mit der Pandemie absolut überfordert ist erneutes Kollidieren von Wirtschaftlichkeit und fundierter medizinischer Behandlung
2363	Personalmangel, mangelnde Wertschätzung, Unterbezahlung, Mangelnde Kenntnisse in der Politik über die Probleme/Vorgänge im Gesundheitswesen, vorallem im Kliniksektor,
2366	Noch weniger Patientenkontakt als vorher, noch mehr Dokumentationswahnsinn. Deutliche Zunahme der Wahrnehmung des Ärztemangels.
2367	Der Fachkräftemangel. Ich war von der Arbeitsbelastung her am Limit. Der Fachkräftemangel ist sowohl unter den Assistenzärzten als auch bei dem Oberärzte bemerkbar. Man war als Anfänger sehr auf sich allein gestellt.
2374	Pflegemangel! wirtschaftlicher Druck auf die Kliniken
2375	Die hundertprozentige Abhängigkeit von ausländischen Akteuren, wenn es um die gesundheitliche Versorgung der eigenen Bevölkerung geht, wurde wieder einmal unübersehbar. Masken? Ja, äh, mal gucken, ich glaub die Chinesen verkaufen noch welche. Impfstoff? Ja, äh, mal gucken, eins nach dem anderen, wir wollen ja keinem was wegnehmen. Dass unser Land als Ganzes und unser Gesundheitssystem im speziellen null auf eine langfristige, großflächige Infektionslage vorbereitet war (obwohl es seit 2000 immer wieder zu international beachteten Krankheitsausbrüchen (SARS, Ebola...) kam) hat wohl mittlerweile auch jeder mitbekommen.
2376	Termine bei Fachärzten sind nicht zeitnah zu bekommen
2380	- der Personalmangel, im ärztlichen aber noch mehr im pflegerischen Bereich
2384	Pflegemangel
2386	Personalmangel (vor allem in der Pflege)
2387	Kommunikation, Planung, Gerechtigkeit
2389	Belastung der Mitarbeiter, welchen wie vielen anderen der Ausgleich durch Urlaub uä fehlt
2391	In der Klinik viele Besetzungsprobleme mit teilweise bedrohlichem Ausmaß. Sobald jemand krank wird, wird die Nachbesetzung schwierig.
2398	Die Zusammenarbeit von Arbeitsmedizin und öffentlichem Gesundheitswesen funktioniert nur unzureichend, dabei hätte man sich gegenseitig unterstützen können. Fachärztemangel in der Arbeitsmedizin fällt verstärkt auf, da sich ältere Honorarärzte aus Sorge um ihre eigene Gesundheit teilweise zurückgezogen haben.
2400	Intensivkapazität ist derzeit in unserer Klinik nicht vorhanden, weil corona Patienten diese Betten belegen. Deshalb hat unserer OP-Kapazität deutlich abgenommen. Hierdurch verlängert sich die Facharztausbildung.
2415	Krisenmanagement nicht ausgereift. Zu wenig Personal. Notfallpläne müssen vorhanden sein und von jetzt auf gleich umgesetzt werden müssen. Es muss ausreichend Schutzausrüstung vorhanden sein
2417	Personalmangel + organisatorische Schwächen der Führungsebene
2418	hoher Arbeitsdruck, fehlende Pflegekräfte
2420	Nicht neu, nur verstärkt Folgen von Einsparungen: zu wenig PSA, zu wenig Personal, zu enge Dienstpläne (fällt einer aus, geht nichts mehr), zu geringe Testkapazitäten, aber auch öffentliches Bild des Arztes (Pflege bekommt Bonus und Aufmerksamkeit für Probleme in Besetzung und Belastung, Ärzte werden als selbstverständlich betrachtet)
2422	Monetäre Zielsetzung: Privatisierung, Fachkräfte- und Ressourcenmangel
2436	Keine therapieangebote und anlaufstellen für psych. Pat., deutl. Zunahme von dekompensationen und mehr patienten in der ambulanz und in diensten
2440	Personalmangel wurde durch quarantäne und Krankschreibung schnell erhöht, keine Ausgleich Möglichkeiten geschlossene stationären bei gleichen bzw durch Covid erhöhten Patientenanteil-- Überlastung aller!
2447	Psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen haben subjektiv zugenommen
2463	Massiver Fachkräftemangel

2469	Fokus stark auf Pflegemangel, jedoch auch Betreuungsschlüssel Arzt-Patient viel zu hoch!!!
2485	Personalmangel, sowohl pflegerisch als auch ärztlich. Wenig Einfühlungsvermögen der Geschäftsführung gegenüber den täglich anfallenden neuartigen Belastungen.
2489	Versorgungsengpässe in Gesundheitsämtern und Kliniken
	Drg bringt keine versorgungsqualität
	Der Umgang mit dem Tod ist immer noch ein Tabu
	Selbstbestimmtes Leben und Sterben muss thematisiert werden
2494	Unterversorgung von Patienten, da diese keine Termine bekommen haben oder vorhandene Termine abgesagt wurden (sowohl von Klinik, als auch von Patienten)