
Schichtdienstmodelle

Ergebnisse

Umfrage 596921

Anzahl der Datensätze in dieser Abfrage:	763
Gesamtzahl der Datensätze dieser Umfrage:	763
Anteil in Prozent:	100.00%

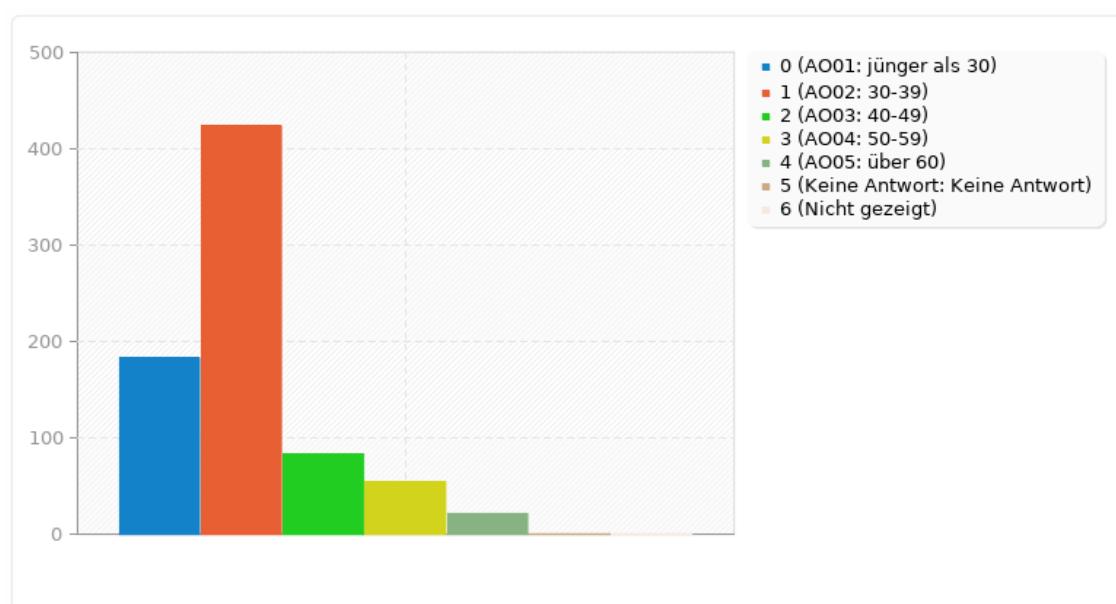
Zusammenfassung für G01Q13

Welcher Altersklasse sind Sie zugehörig?

Antwort	Anzahl	Prozent
jünger als 30 (AO01)	182	23.85%
30-39 (AO02)	423	55.44%
40-49 (AO03)	83	10.88%
50-59 (AO04)	54	7.08%
über 60 (AO05)	21	2.75%
Keine Antwort	0	0.00%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q13

Welcher Altersklasse sind Sie zugehörig?



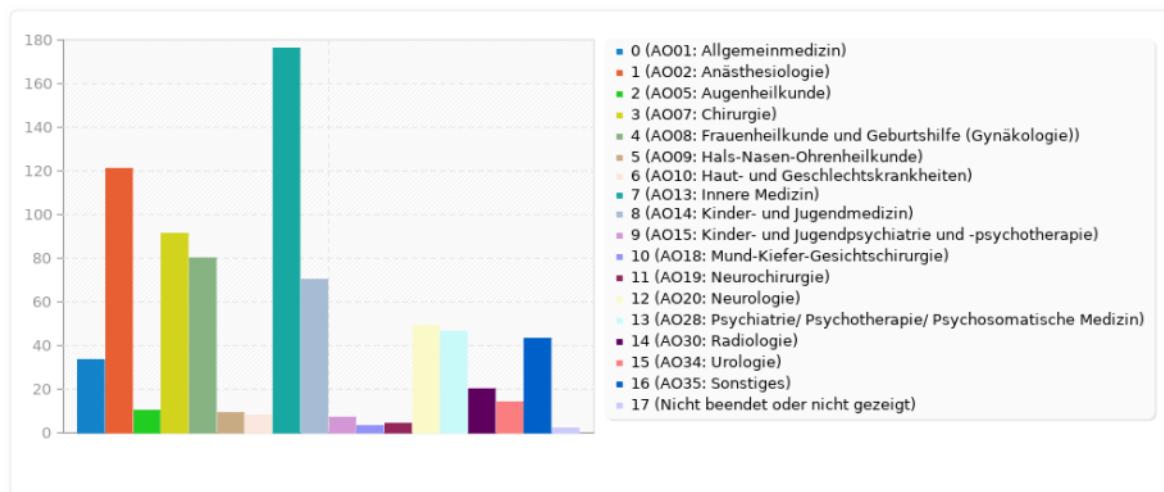
Zusammenfassung für Q00

In welchem Fachbereich arbeiten Sie derzeit?

Antwort	Anzahl	Prozent
Allgemeinmedizin (AO01)	33	4.33%
Anästhesiologie (AO02)	121	15.86%
Augenheilkunde (AO05)	10	1.31%
Chirurgie (AO07)	91	11.93%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie) (AO08)	80	10.48%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (AO09)	9	1.18%
Haut- und Geschlechtskrankheiten (AO10)	8	1.05%
Innere Medizin (AO13)	176	23.07%
Kinder- und Jugendmedizin (AO14)	70	9.17%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AO15)	7	0.92%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (AO18)	3	0.39%
Neurochirurgie (AO19)	4	0.52%
Neurologie (AO20)	49	6.42%
Psychiatrie/ Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin (AO28)	46	6.03%
Radiologie (AO30)	20	2.62%
Urologie (AO34)	14	1.83%
Sonstiges (AO35)	43	5.64%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	2	0.26%

Zusammenfassung für Q00

In welchem Fachbereich arbeiten Sie derzeit?



Zusammenfassung für G01Q16

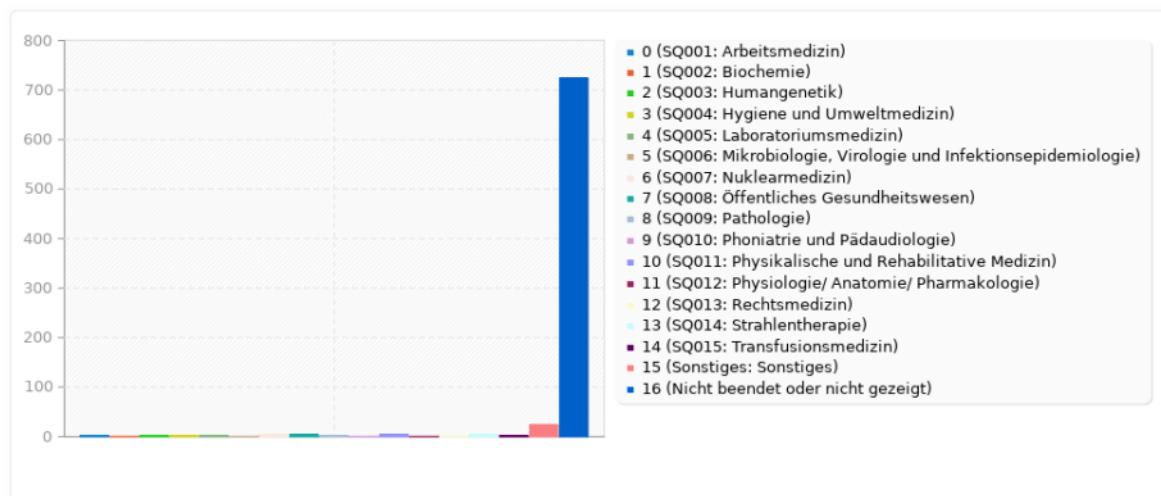
In welchem Fachbereich arbeiten Sie derzeit?

Antwort	Anzahl	Prozent
Arbeitsmedizin (SQ001)	2	0.26%
Biochemie (SQ002)	0	0.00%
Humangenetik (SQ003)	1	0.13%
Hygiene und Umweltmedizin (SQ004)	1	0.13%
Laboratoriumsmedizin (SQ005)	1	0.13%
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (SQ006)	0	0.00%
Nuklearmedizin (SQ007)	3	0.39%
Öffentliches Gesundheitswesen (SQ008)	3	0.39%
Pathologie (SQ009)	1	0.13%
Phoniatrie und Pädaudiologie (SQ010)	0	0.00%
Physikalische und Rehabilitative Medizin (SQ011)	4	0.52%
Physiologie/ Anatomie/ Pharmakologie (SQ012)	0	0.00%
Rechtsmedizin (SQ013)	0	0.00%
Strahlentherapie (SQ014)	3	0.39%
Transfusionsmedizin (SQ015)	1	0.13%
Sonstiges	22	2.88%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	723	94.76%

ID	Antwort
120	Reisemedizin
145	Orthopädie/ Unfallchirurgie
150	Notfallmedizin
204	Traumatologie/orthopädie
266	Orthopädie/Oberarzt
267	Orthopädie/ Unfallchirurgie
272	Orthopädie/Oberarzt
286	Notaufnahme
301	Rehabilitation
321	Schmerztherapie
323	Palliativmedizin
528	Notfallmedizin
577	Geriatrie
591	Intensivmedizin
691	Gesundheitsamt
702	Lymphologie
707	Akutgeriatrie und Remobilisation
737	Unfallchirurgie und Orthopädie
745	Kurz nach PJ und M3
847	Zahnmedizin
907	Intensivmedizin
940	Notfallmedizin

Zusammenfassung für G01Q16

In welchem Fachbereich arbeiten Sie derzeit?



Zusammenfassung für G01Q02

In welcher Art Dienstmodell arbeiten Sie?

Antwort	Anzahl	Prozent
klassisch 8h Frühdienst (z.B. 7:30 - 16 Uhr) (SQ002)	463	60.68%
3-Schicht-Modell (je ca. 8h) (SQ003)	193	25.29%
2-Schicht-Modell (je ca. 12h) (SQ004)	205	26.87%
24h Schichten (SQ005)	301	39.45%
flexibles Arbeitsmodell / „Gleitzeit“ (SQ006)	30	3.93%
Rufbereitschaft (SQ007)	163	21.36%
Sonstiges	119	15.60%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	0	0.00%

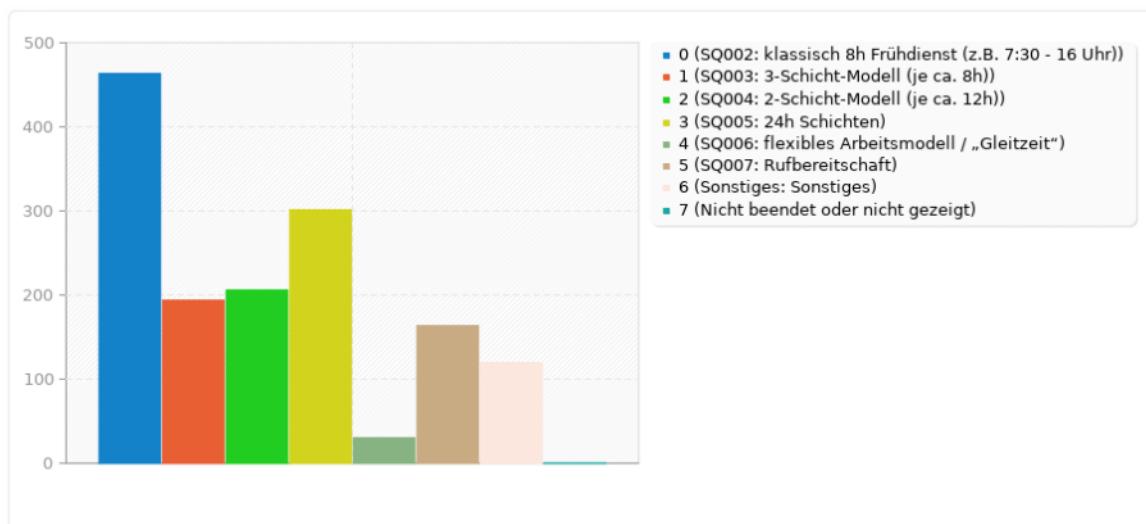
ID	Antwort
8	19h-Dienst
12	+ vier 24-Stundendienste pro Monat
15	Bereitschaftsdienste
20	2-Schicht mit Frühdienst, Spätdienst und Bereitschaftsdienst (18,5h, je nach Wochentag davon 100% oder 10h BD)
64	16h Dienst an Werktagen
75	Nachtdienste 16h
92	3 schicht-modell in der Notaufnahme
111	Plus Bereitschaftsdienste 24h
120	11 bis 19h
124	12h, 16h, 24h, früh- und spätdienste
131	Unter der Woche: 8h Frühdienst (7:30 bis 16 Uhr) und 16h Bereitschaftsdienst (15:30 bis 8:00,davon 8h Arbeitszeit und 8h Bereitschaftszeit), nur Freitags 3-Schichtmodell (ca. 8h) und am Wochenende 2-Schicht-Modell (ca. 12h)
132	Dienst von 11 bis 8 Uhr (21h)
134	8-19, 8-15,15-19, 19-23 Uhr
135	Unter der Woche Früh und Spätdienste je ca 8 Stunden, Nachtdienst ca 11 Stunden (inkl. Übergabezeiten), Wochenende und Feiertage 2 Schichtmodell ca 12-13 Stunden inklusive Übergabezeiten
144	Tagdienste unter der Woche von 07:30-16:00 Uhr hypothetisch + 12h-Schichten nachts und am Wochenende
155	plus Bereitschaftsdienste
169	Praxis mit früh und spät Sprechstunde
172	1 Tag 12 Stunden
176	Wochenendvisiten
181	Nachtdienstblöcke (3-4 Nächte zu 13h), Tagdienste zu 10h und lange Tagdienste zu 12h, zudem Rufdienste
196	Nachtdienste 18,5 h
198	Online, mobiles Arbeiten
204	6 verschiedene Dienstzeiten plus Rufdienste und Wochenende
206	Klassischer Frühdienst täglich, Langertagdienst Frühdienstende bis Beginn Nachtdienst (12h bis morgens), an Wochenenden 24h Dienste
216	Dienstzeiten: tags am Wochenende - 10h, nachts 14h; Spätdienst unter der Woche - 8h.
227	Bereitschaft nach normalem Tag (24h) 4x monatlich
234	Frühdienst bis 16 Uhr + 12h Dienste (Nachtdienst, Wochenende, Feiertage)
275	16 h Dienst (16-8Uhr)
284	16-19h Schichten Spätdienste
288	+Bereitschaftsdienst
291	+Spätdienste und 12h- Dienste
292	Bereitschaftsdienstzeit wochentags 10.30 Uhr bis 08.00 Uhr, Wochenende 24 h
296	9-18:30h bzw. 9-14:30h
300	Wechselnde Wochenendvisiten
308	Nachtdienste 16Uhr-08:00 Uhr
323	Spätdienste à 8 Stunden
332	+ Zwischendienst 14-22 Uhr, Nachtdienst 15-8 Uhr
336	Frühdienst 8-16:30 , ca 1/Woche Spätdienst 10-20h und 1-2/monatlich Nachtdienst

	19:30-8:30
341	2-schicht-system, 8h Frühdienst, 16h Nachtdienst
352	3-Schicht-Modell, am Wochenende 2-Schicht Modell
356	8h Tagdienst, 16 h Bereitschaftsdienst
357	8h-Frühdienst und 16-9.30 Uhr Dienst bzw. am Wochenende 24h-Dienste
367	8h Tagdienst und 16h Nachtdienst
369	Zusätzlich Frühschichten offiziell 7-15:30 Uhr
375	Bereitschaft - meistens dann 17 h ohne Pause durcharbeiten
384	Mit Bereitschaftsdiensten, in der Woche 20h. Am WE Tagdienst 11h Nachtdienst 13h
395	Visitendienst an WE und Feiertagen
399	aber in Teilzeit
406	Mo-Do 15:30-8:00, Fr: 15:30 - 9:30, Sa/Su 24h
407	Dienste als Überstunden
408	17-18h Dienst unter der Woche über Nacht
418	7:00-16:00 + 24h Hausdienst
423	2-Schicht-Modell (je ca. 2h)
424	Tagsüber 4 Schicht Modell a 8 h, nachts 10-12 h Modell
432	Früh/Lang-/Nachschicht 12 Std
437	Bereitschaftsdienste
444	16h Dienst
445	Bereitschaftsdienst 14:30-08:00 an Wochentagen, Wochenende 24h
448	teilweise 24h im Dienst, teilweise Rufbereitschaft, normaler Arbeitstag von 7:15 bis 15:45
460	Kombination aus Früh- (6.30-16:15) und Spätschicht (13.00-21.30) sowie 24h Dienst
468	Plus 4 Dienste im Monat 24 h
483	6 Tage Woche (Dialyse)
488	Nachtdienst mit Bereitschaft 16 h
496	keine dienste
515	Nachtdienste 16h
528	freiberufliche Notärztin eben ;)
530	praxisspezzeiten
541	Dienste während der Woche 18h/Wochenenden 24h/ Tagdienste 8h
548	20h ITS-Dienst
564	21 Stunden unter der Woche, 12 Stunden am Wochenende
567	Spätdienst
570	zusätzlich Spät- und Nachtdienste
572	Am Wochenende 11,5/13,5h, unter der Woche früh+spätdienst und 13,5h Nacht
573	bei nur Frühdienst zusätzlich Dienste nachmittags/abends und am Wochenende
576	unter der Woche 4x 13 h Nachtdienste alle 2 Monate
591	8h mit anschließend Bereitschaftsdienst 9-10h
594	6h oder 10h Tagdienst in der Praxis, 6h Schichten rund um die Uhr in der Teleradiologie (0-6, 6-12, 12-18, 18-24)
602	16h-Nachtdienst
610	ITS: 2 Schichtmodell, OP: Bereitschaftsdienste + Frühdienst/ Spätdienst
615	Nachtdienst (8h + 8h Bereitschaftsdienst)
617	Teilzeit
637	Praxiszeiten
641	Selbstständig niedergelassen auf dem Land (allezeit erreichbar)
653	Zudem 12h Bereitschaftsdienste zur Nacht, 6h dienste für Aufklärungen und Zwischendienste
661	24std & 18std
664	Bereitschaftsdienste unter der Woche 18h, am Wochenende: 24 h
667	Sprechstundenzeiten mit 2 langen Tagen bis 18.00
675	Teilzeit
683	Im Krankenhaus 3-Schicht, auf dem zum Krankenhaus gehörenden NEF 2-Schicht
686	Frühdienst 7:30-16:30
701	Gastroenterologie
718	DRV KBS 8,5 h ohne Pause 8-17 Uhr
722	Bereitschaft 18 h unter der Woche, 13 h am Wochenende, 3 Schicht auf intensiv
735	Kombiniertes Schichtmodell. Unter der Woche 24h "Bereitschaftsdienste", am Wochenende zwei Schichten.
744	Bereitschaftsdienst an Wochenenden, Feiertagen (je 12h) und nach 16 Uhr.
745	Teilweise Spät- und Nachschicht
748	>24 h
761	5-Schicht-Modell (ZNA)
767	Nachtdienste 16 Stunden, alle anderen Schichten 8-9 Stunden

783	Bereitschaftsdienste nach dem Frühdienst, insgesamt 12 h
798	wir haben 20 h dienste und sonst Früh oder Zwischendienst mit 8 h
810	18 h wochentags: 14 h - 8 h
823	2- Schicht-Modell + Zwischendienste a 8h (15:45- 00:15 Uhr)
846	Vielfältige, teils überlappende Arbeitszeiten und 1 24 Stundendienst, der über Nacht bleibt
856	Nachdienste 15-9 Uhr (18h)
857	Bereitschaftsdienst
864	Visitendienst (Wochenende, Dienst kann nach Visite und direkter Patientenversorgung beendet werden)
877	Zusätzlich Spät- (10h) und Nachdienst 12h
890	Mit opt out
899	Nachdienst: 14.30 - 10/12 Uhr am nächsten Tag non stop.
901	Verschiedene Dienste zw. 8 und 13 Stunden
909	Bereitschaftsdienste ca 14h
911	zusätzlich verschiedene Dienste von 24 -Stundendiensten bis 12 Stunden-Diensten
914	12-h-Schichten am Wochenende
924	Spätbereitschaft (18h), Visitendienst am Wochenende
931	3-Schicht werktags, 2-Schicht Wochenende
937	Tagdienste mit Bereitschaftsdienst Modell von 12h
951	zusätzlich gelegentlich Spät-/ Nacht-/ Wochenenddienste
956	Querbeet alle möglichen Schichten

Zusammenfassung für G01Q02

In welcher Art Dienstmodell arbeiten Sie?



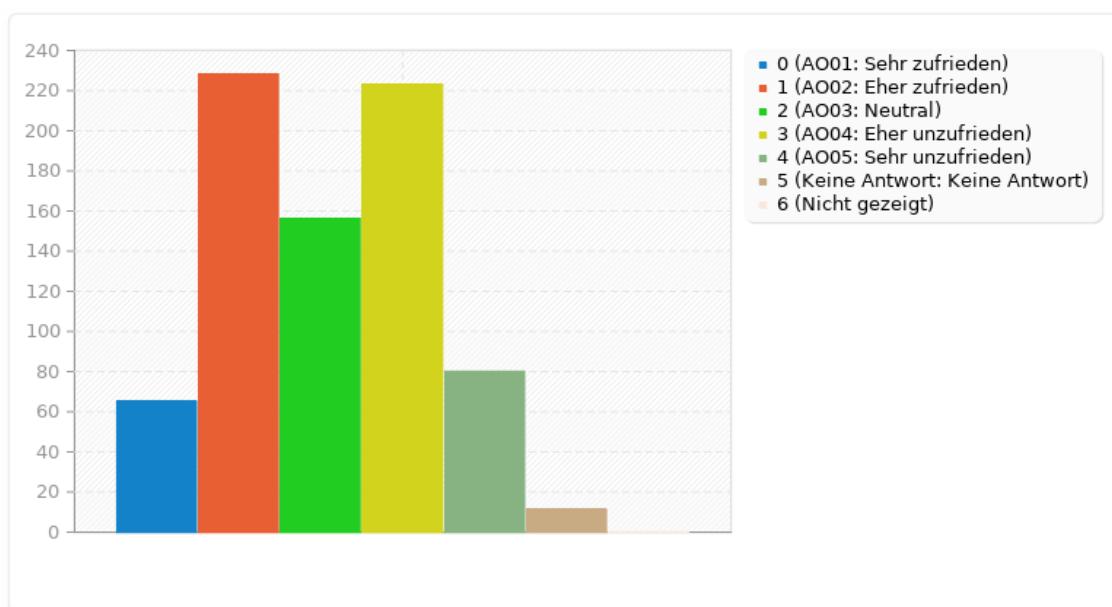
Zusammenfassung für G01Q03

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schichtdienstmodell?

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr zufrieden (AO01)	65	8.52%
Eher zufrieden (AO02)	228	29.88%
Neutral (AO03)	156	20.45%
Eher unzufrieden (AO04)	223	29.23%
Sehr unzufrieden (AO05)	80	10.48%
Keine Antwort	11	1.44%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q03

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schichtdienstmodell?



Zusammenfassung für G01Q04

Welches Schichtdienstmodell bevorzugen Sie grundsätzlich?

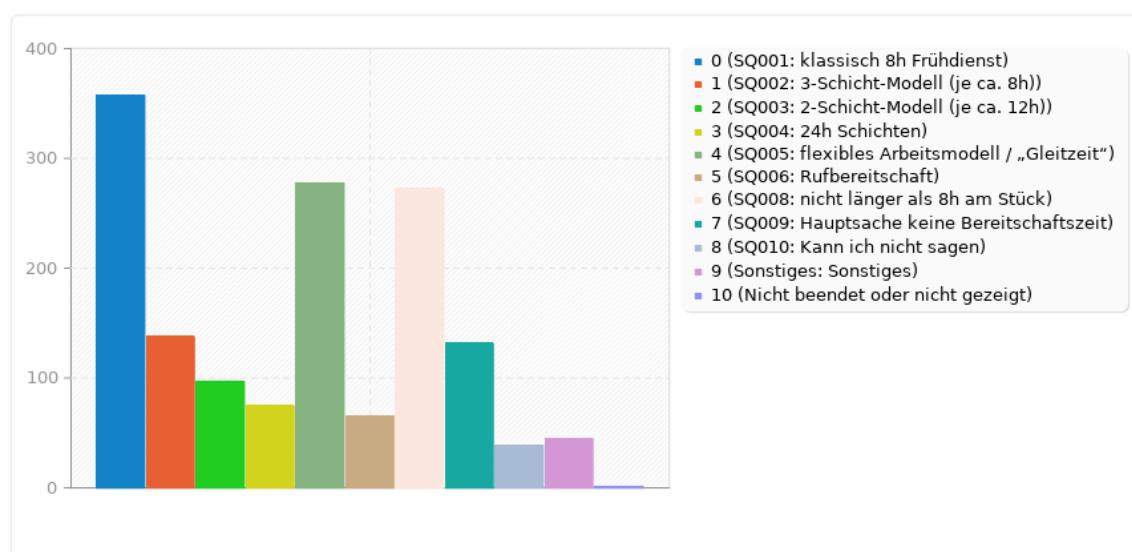
Antwort	Anzahl	Prozent
Klassisch 8h Frühdienst (SQ001)	357	46.79%
3-Schicht-Modell (je ca. 8h) (SQ002)	137	17.96%
2-Schicht-Modell (je ca. 12h) (SQ003)	96	12.58%
24h Schichten (SQ004)	74	9.70%
flexibles Arbeitsmodell / „Gleitzeit“ (SQ005)	277	36.30%
Rufbereitschaft (SQ006)	65	8.52%
nicht länger als 8h am Stück (SQ008)	272	35.65%
Hauptsache keine Bereitschaftszeit (SQ009)	131	17.17%
Kann ich nicht sagen (SQ010)	38	4.98%
Sonstiges	44	5.77%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	1	0.13%

ID	Antwort
18	8-16Uhr
33	Nicht am Wochenende und nachts
42	Kommt drauf an :D
94	Angepasstes 3-Schichtmodell mit ausreichend Personal
103	Mehr Aktivzeiten die auch so bezahlt werden. Wenn man ehrlich ist arbeitet man in einer 24h Schicht doch mindestens 18h
109	Schichtdienst mit wenig Nachschichten
131	Und auf keinen Fall 24h-Schichten
155	Bereitschaftszeit sollte auch eine solche sein und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen
163	nicht länger als 10h am Stück
165	Und möglichst keine 7 Nächte pro Monat
170	Am wichtigsten waren keine 24h Stunden Dienste mehr zu haben
227	S.o.
231	Bereitschaftszeit, aber nur wenn diese auch wirklich "Bereitschaft" ist und keine Vollarbeit über 24h
246	bei Schichtdienst, eine Schicht für mindestens 2 Wochen am Stück, kein häufiger Wechsel
281	Auf keinen Fall 2 oder 3 Schicht-Modell! Das führt dazu, dass man an noch mehr Tagen außerhalb der regulären Arbeitszeit arbeiten muss
330	die Frage ist nicht ausreichend. wechselschicht ist in manchen Bereichen unumgänglich.
351	24h "Bereitschaft"dienst finde ich mit Familie und Schlafrythmus besser vereinbar als Wechselschicht, mich belastet eher dass wir in der Regel 90-100% der 24h durcharbeiten
352	nicht länger als 10h-12h am Stück
369	Natürlich wäre Gleitzeit ein Traum , jedoch realistisch gesehen wohl wenig möglich, weniger Überstunden sowohl nach F als auch nach 24h sowie eine geringere Arbeitsbelastung v.a. nachts bei 24h (sehr selten Ruhezeit, meist 24h Surcharbeiten) wäre schon eine deutliche Besserung, 12h Schichten wären evtl eine Erleichterung jedoch habe ich damit keine Erfahrungen und die Personaldecke ist schon jetzt mehr als straff
398	Ich mag Machtdienste nicht
399	nur noch in Teilzeit, nie wieder Vollzeit
409	24h wären in Ordnung wenn es tatsächlich ein Bereitschaftsdienst per definitionem wäre
423	Nicht länger als 10 Stunden am Stück
426	16 Stunden Dienst ab 16 Uhr
467	Alles ohne 24 h-Dienst; Nachtdienste sollte nicht aus dem Regel-Tagdienst heraus erfolgen, sondern diesen ablösen (z.B. 16 h-Dienst 16-8 Uhr statt 24 h 8-8 Uhr)
520	mit zunehmendem Alter fällt mir das frühe Aufstehen immer schwerer, war schon immer ein Nachtmensch. Ich bevorzuge daher - wenn irgend möglich - möglichst viele Nachtdienste
605	Keine 24h Diens sondern maximal 12 std
615	Dienst plus Bereitschaftsdienst
623	Die Minusstunden nach Bereitschaft sind ein Ärgernis
635	Hauptsache kein Schichtdienst
653	Das 2-Schicht-Modell für die Bereitschaftsdienste
666	Individuelle Vereinbarungen. Insbesondere die Möglichkeit verkürzter Arbeitszeit.

730	Nicht mehr als 12 Stunden am Stück
735	Bessere Besetzung am Wochenende im 2 Schicht Modell
739	Kürzere Bereitschaftsdienste (z.b. 16 anstatt 20 Stunden)
751	Toll wäre, keine ganzen Wochenenden mehr Rufbereitschaft zu haben.
804	Keine Nachtdienste
806	24h am Wochenende, unter der Woche späterer Start
848	auf keinen Fall 24h
906	Schichten sollte vollständig als Arbeitszeit anerkannt werden und nicht Teile der Zeit ohne Freizeitausgleich ausbezahlt werden
920	Ich bin mit dem Modell zufrieden bis auf die nicht eingehaltene Ruhezeiten
931	3-Schicht und 2-Schicht gemischt
948	Reduktion der Dienste auf z.B. 16h statt 24h
960	Schichten an sich wäre okay, aber insgesamt ausgewogener und mit mehr Pausen dazwischen

Zusammenfassung für G01Q04

Welches Schichtdienstmodell bevorzugen Sie grundsätzlich?



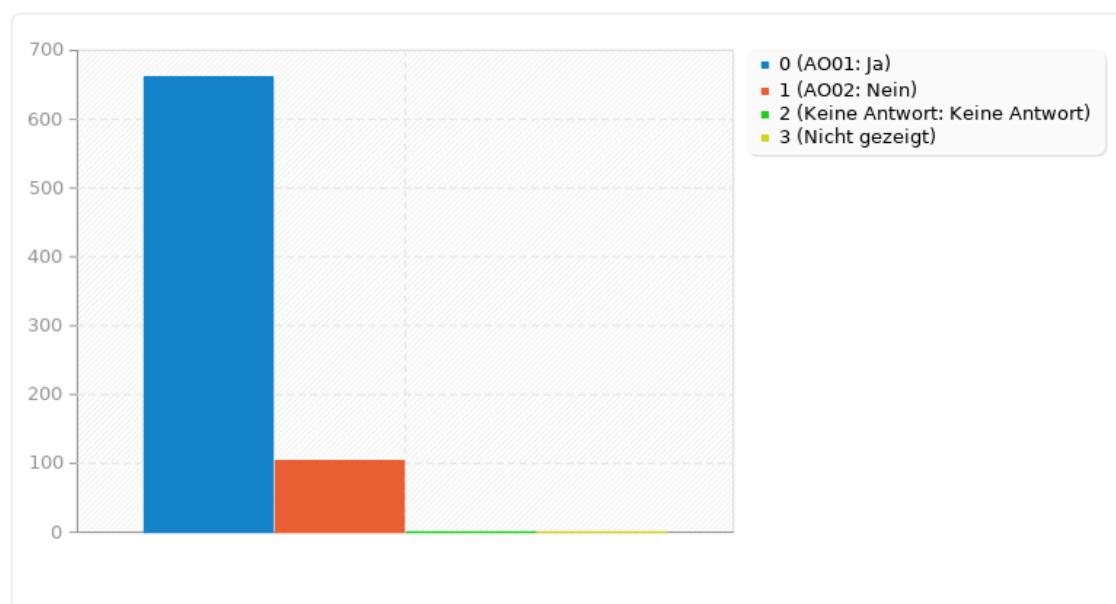
Zusammenfassung für G01Q15

Schichtdienst ist gesundheitsschädlich. Spüren auch Sie Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (AO01)	660	86.50%
Nein (AO02)	103	13.50%
Keine Antwort	0	0.00%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q15

Schichtdienst ist gesundheitsschädlich. Spüren auch Sie Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?



Zusammenfassung für G01Q14

Welche gesundheitlichen Auswirkungen führen Sie auf Ihr aktuelles Schichtdienstmodell zurück?

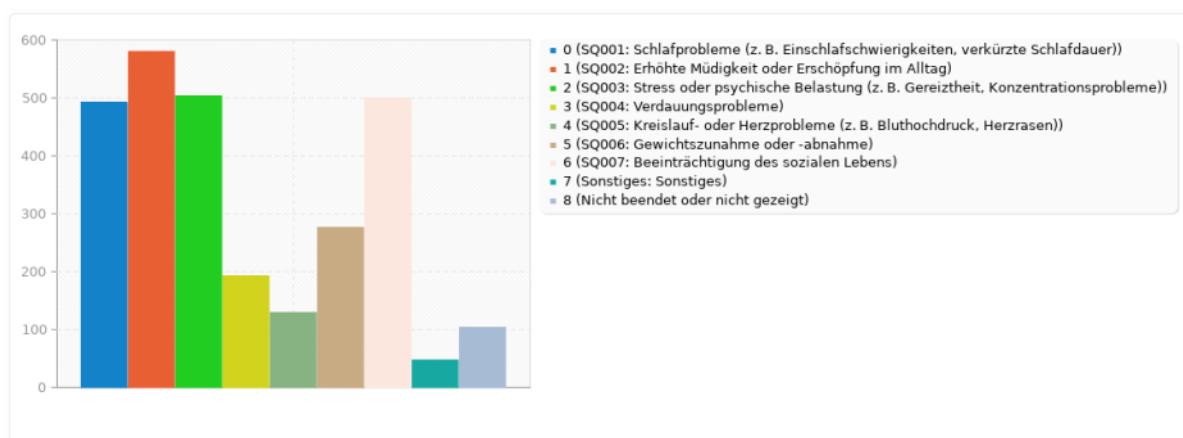
Antwort	Anzahl	Prozent
Schlafprobleme (z. B. Einschlafschwierigkeiten, verkürzte Schlafdauer) (SQ001)	491	64.35%
Erhöhte Müdigkeit oder Erschöpfung im Alltag (SQ002)	580	76.02%
Stress oder psychische Belastung (z. B. Gereiztheit, Konzentrationsprobleme) (SQ003)	503	65.92%
Verdauungsprobleme (SQ004)	191	25.03%
Kreislauf- oder Herzprobleme (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen) (SQ005)	129	16.91%
Gewichtszunahme oder -abnahme (SQ006)	275	36.04%
Beeinträchtigung des sozialen Lebens (SQ007)	499	65.40%
Sonstiges	46	6.03%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	103	13.50%

ID	Antwort
20	weniger Freude an Dingen
30	Haarausfall
42	Durch den Wechsel (aus 23+13h Bereitschaft in Rufbereitschaft für eine gesamte Woche) DEUTLICH besseres schlafen und konzentrieren
111	Beeinträchtigung des Familienlebens
118	Geringere Belastbarkeit
138	Migräne verstärkt durch Nachschichten
158	Zyklusunregelmäßigkeiten
164	hormonelle störungen mit Zyklus Dysregulation
175	Schichtdienst ist für Chirurgen Max unattraktiv- in jeder Hinsicht.
183	Häufige Infekte
227	Migräne
287	Hörsturz
291	Kopfschmerzen
296	Aktuell kein Schichtdienst
297	Rückenschmerzen
317	Stoffwechsel
330	häufigere Migräne
351	Ich beobachte reduzierte Widerstandsfähigkeit gegenüber Infekten nach 24h Dienst bei mir und Kolleg:innen
357	Chronische Erkrankung
369	2024 H. Zoster dorsal bei Phasemaximaler Arbeitsbelastung, aufgrund von Personalengstand sogar unter H. Zoster für 1,5 Wochen die weiteren Dienste im Tagestakt Usgeführt
381	Missbrauch von Alkohol/Nikotin/ungesunde Ernährung zur Kompensation, da keine Kraft für andere Dinge
398	Mein Zyclus ist eher unregelmäßig
399	da kein Schichtdienst, alles i.O.; aber 24-h-Bereitschaft schlaucht
406	Kopfschmerzen, Migräne
407	Keine Möglichkeit mehr zur Regeneration, Provates zu erledigen und familiäre/ soziale Kontakte zu pflegen da keine Zeit und ständig Dienst zusätzlich zu Regeldienst
424	Kopfschmerzen
445	Depressive Verstimmungen, Burn Out Symptomatik
447	Infektanfälligkeit
520	vor Allem nach mehreren Frühdiensten bin ich deutlich erschöpft. ich brauche mindestens dazwischen wieder einen "Erholungs-Nachdienst", so dumm das für Manche klingen mag.
528	Das früher als Kinderchirurgin. Jetzt in der Arbeitsmedizin ist alles super
537	Kopfschmerzen
541	Erhöhter Cortison-Spiegel, dadurch Hormondysbalance und unregelmäßige Menstruation/Fertilitätseinschränkung
567	Migräne
574	Erhöhte Infektneigung und dadurch manchmal Ausfall von Sport
586	Zyklusunregelmäßigkeit, Zunahme an chronischer Hauterkrankung
619	Burnout
620	Hautprobleme, Schilddrüsenprobleme

666	erhöhte Infektanfälligkeit
676	erhöhte Infektanfälligkeit
701	Inzwischen kein Schichtdienst mehr da Teilzeit. Allerdings früher Schlafprobleme und erhöhte Erschöpfung im Alltag.
708	Anfälligkeit für Infekte
738	schlecht Vereinbarkeit von beruflichen Zielen und Familienleben
742	Ich habe mich auch durch die gesundheitliche Belastung im Schichtdienst für Allgemeinmedizin entschieden - wo ich aktuell nicht in Schichten arbeite
804	Verschlimmerung chronischer Erkrankungen (Neurodermitis)
888	Hautunreinheiten und Haarausfall
963	Depressive Episode

Zusammenfassung für G01Q14

Welche gesundheitlichen Auswirkungen führen Sie auf Ihr aktuelles Schichtdienstmodell zurück?



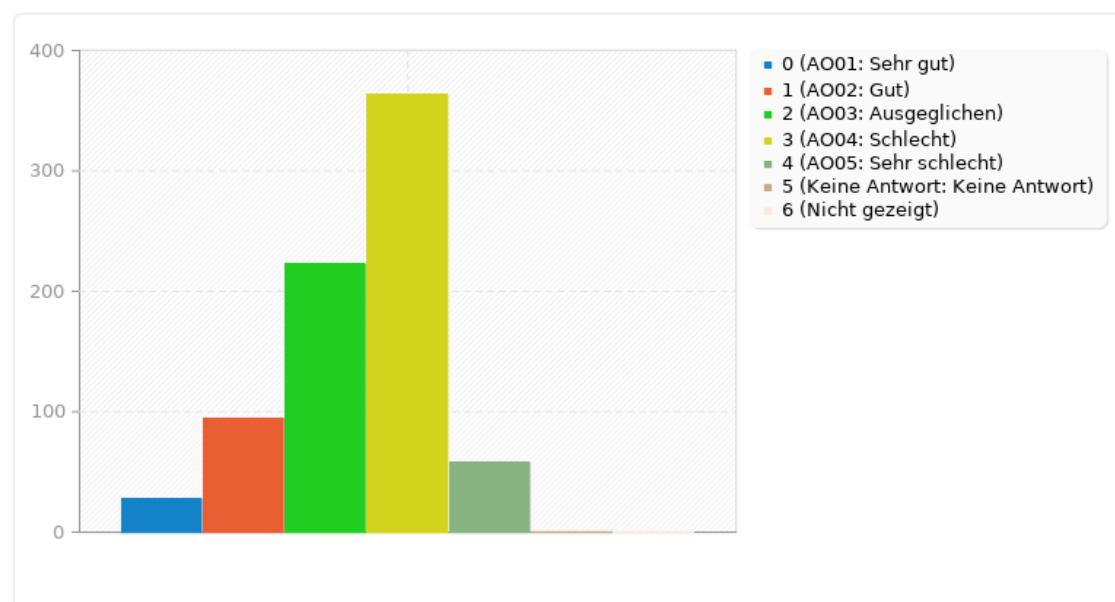
Zusammenfassung für G01Q05

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle Work-Life-Balance?

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr gut (AO01)	27	3.54%
Gut (AO02)	94	12.32%
Ausgeglichen (AO03)	222	29.10%
Schlecht (AO04)	363	47.58%
Sehr schlecht (AO05)	57	7.47%
Keine Antwort	0	0.00%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q05

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle Work-Life-Balance?



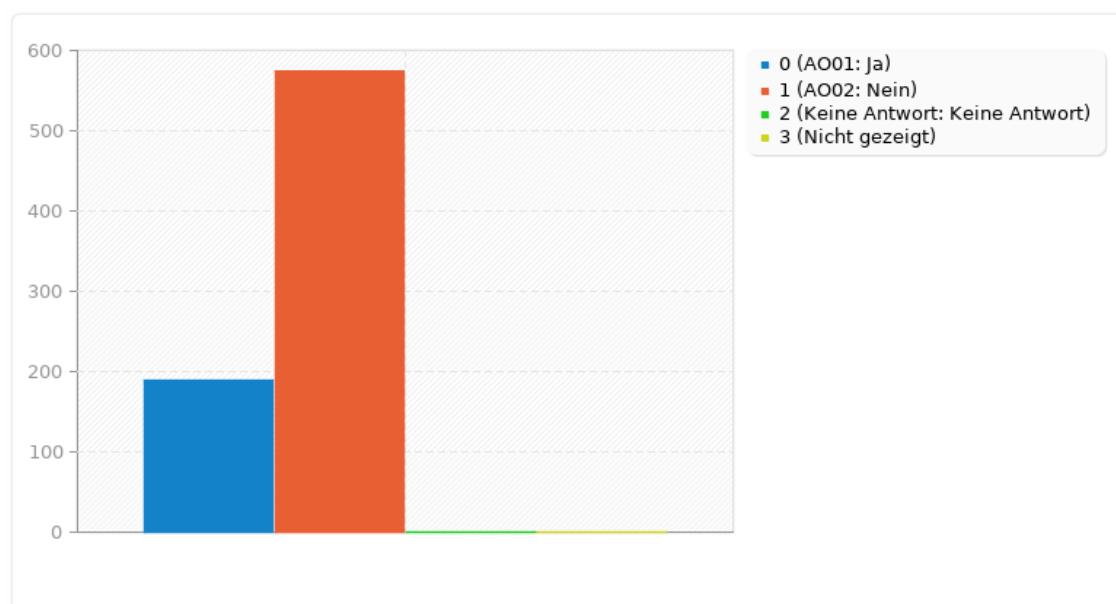
Zusammenfassung für G01Q06

Finden Sie Ihre Vergütung in den Schichtdiensten fair?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (AO01)	189	24.77%
Nein (AO02)	574	75.23%
Keine Antwort	0	0.00%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q06

Finden Sie Ihre Vergütung in den Schichtdiensten fair?



Zusammenfassung für G01Q07

Was ist Ihrer Ansicht nach nicht fair?

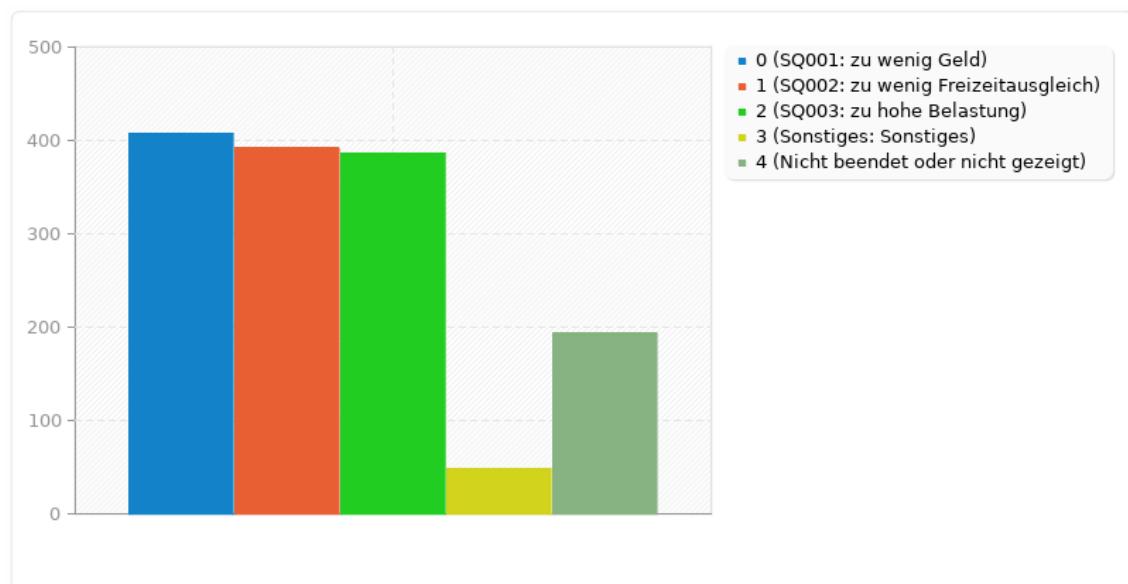
Antwort	Anzahl	Prozent
zu wenig Geld (SQ001)	407	53.34%
zu wenig Freizeitausgleich (SQ002)	391	51.25%
zu hohe Belastung (SQ003)	386	50.59%
Sonstiges	48	6.29%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	193	25.29%

ID	Antwort
20	ich habe 50-70 Stunden Wochen, das ist zu viel
23	Personaleinsparen auf Kosten der Angestellten
40	24,5 h Dienste, da Mittagspause separiert wird
96	Zu viel aktive Arbeit in den Bereitschaftszeiten in der Klinik. Minusstunden am Folgetag.
131	Obwohl in der 'Bereitschaftszeit' regelmäßig gearbeitet wird, wird diese geringer als Arbeitszeit vergütet und sie wird nicht zur Arbeitszeit gerechnet, d.h. man leistet Bereitschaftszeit immer on top und sammelt sogar Minusstunden im Folgefrühdienst, wenn man sich den Tag nicht als Freizeitausgleich anrechnen lässt
146	Im Rufdienst zu wenig Vergütet bei Arbeitseinsaetzen
156	Zu viel Zeit wird als "Bereitschaftszeit" definiert, obwohl es de facto Arbeitszeit ist.
165	Das Ausgekiefertsein gegenüber der von außen auferlegten Dienstpläne, die Machtlosigkeit und fehlendes Lob
175	Keine Ausbildung möglich
183	Insb. Wochenenddienste werden nicht ausbezahlt, stattdessen sammelt man Plusstunden. Dafür erhält man allerdings aktuell auch keinen Freizeitausgleich.
246	Wenn man 24 h durcharbeitet, sollte man nicht nur 60% Gehalt kriegen, sondern über 100%
247	Unsere Klinik bietet keinen Freizeitausgleich
267	im Vergleich zu einem KV-Dienst (wo die eher nicht so dringlichen Fälle auftreten) ist die Vergütung schlecht und es sind teils Notfälle dabei (Schockraum...) und tagsüber wird i.d.R. durchgearbeitet, d.h. mit 24h "Bereitschafts"dienst - und so wird der Dienst ja vergütet - hat das rechte wenig zu tun.
277	Frage trifft auf mich nicht zu
280	Minusstunden am Folgetag, da man da im Dienstfrei ist
285	Stufe 3 = max 50% Arbeit. De facto 80-100% Arbeit in 24h
287	Mit 8 Minusstunden aus dem Dienst zu gehen
351	vor allem die Belastung und der mangelnde Freizeitausgleich - wenn die beiden Faktoren passen werden wäre ich mit der Vergütung nicht unzufrieden
353	Schlechte Bezahlung, teilweise hoher Anwesenheitszeiten
364	Bereitschaft nur auf dem Papier, in Realität wird sowohl in 24h als auch 12h Diensten durchgearbeitet teils ohne eine einzige Pause, das spiegelt sich in realen Stundenlohn überhaupt nicht
369	Gesamtheit, für einen Dienst jnter der Woche landen am ende ca 70€mehr auf dem Konto- bei durcharbeiten mit häufig max. 1 Essenspause und ohne Schlaf-nächster Tag Wochentag? -8,5h, da ixd ja nicht arbeite, dabei ist off. Dienstende sogar offiziell nie vor 7:30 Uhr-und pünktliches Gehen unter der Woche nie mgl, am Wochenende mehr als selten. Oftmals erst gg 10 Uhr weg von Station, am WE selten sogar erst mittags aufgrund der Arbeitsbelastung-am nächstn Tag dann frühs wiedr da oder ein müh später für den nächsten Dienst. Somit effektiv keine 24h Ruhezeit trotz 24h Durcharbeit. Darunter betrachtet ist auch die Vergütung am Wochenende von meiner Seite aus zu gering angesetzt
381	Keine 100% Vergütung, sondern "Bereitschaft"-Vergütung (mit Abzügen -> da in der Theorie Ruhezeit) obwohl oft 24h durchgearbeitet
407	Regeldienst plus Dienste - sind mehr als 100% Stelle
416	Zu viele Rufdienste
423	Kein Ausgleich für Schichtmodell und sich aufstauende Überstunden
481	in einem Jahr Schichten verdiene ich trotz höherer Gehaltsstufe weniger als im Jahr zuvor mit 1x monatlichem 24h Dienst und 1x Wochenende
530	teils bezahlt als Bereitschaft faktisch aber durcharbeiten und nachholen was der tagdienst nicht geschafft hat.
541	Im Grunde genommen hat man keinen Bereitschaftsdienst sondern permanente Anwesenheit

	und Arbeit
597	Vergütung als Bereitschaft, während man eigentlich durcharbeitet
598	Einspringprämie fehlt, die spät und Nachtdienste in der Kinder Notaufnahme und auf der Intensivstation müssen dennoch besetzt werden.
617	Kann ich nicht beurteilen.
648	Anwesenheit wird als Rufdienst vergütet
649	Bereitschaft wird bezahlt, man arbeitet aber durch und sammelt trotzdem Minusstunden
654	in meiner Klinik wird ein Freizeitausgleich per se nicht gestattet.
722	Bereitschaftsdienst ohne Oberarzt im Hintergrund in wobei oft die ganze Nacht gearbeitet wird
724	Bereitschaftsdienst wird immer durchgearbeitet
738	man bekommt einen Bereitschaftsdienst bezahlt, in Wirklichkeit arbeitet man teils bis zu 24h durch und hat dabei keine geregelten Pausen.
752	kaum Schlafzeiten im "Bereitschaftsdienst"
778	In der Klinik oft nachts zu viele Patienten auf einen Arzt, teils medizinisch nicht vertretbar
848	Feierabend nicht planbar
856	Zu hohe Steuern
879	Vor allem im 3-Schicht-Modell gibt es nur wenig Vergütungsanreize
881	Durch 3-Schicht-System sehr hoher spontaner Einspringbedarf
888	Im vergleich zu 24h Diensten viel zu niedrige Entlohnung, obwohl Schichtdienst das gesamte Leben dominiert
901	Vergütung als Bereitschaftszeit auch wenn gearbeitet wurde
911	Weiter werden lange Dienste als Bereitschaftszeiten klein geredet, der Hintergrund hat deutlich mehr Geld, aber eigentlich nichts zu tun, wenn überhaupt nur telefonisch erreichbar, in der Hierarchie/fachlich aber höher gestellt.
937	Die Auslastung der Bereitschaft ist regelhaft über 50%
941	Schlechtere Vergütung als Bereitschaftsdienste bei unangenehmeren Arbeitszeiten

Zusammenfassung für G01Q07

Was ist Ihrer Ansicht nach nicht fair?



Zusammenfassung für G01Q08

Was stört Sie am meisten bei Bereitschaftsdiensten oder nächtlichem Arbeiten?

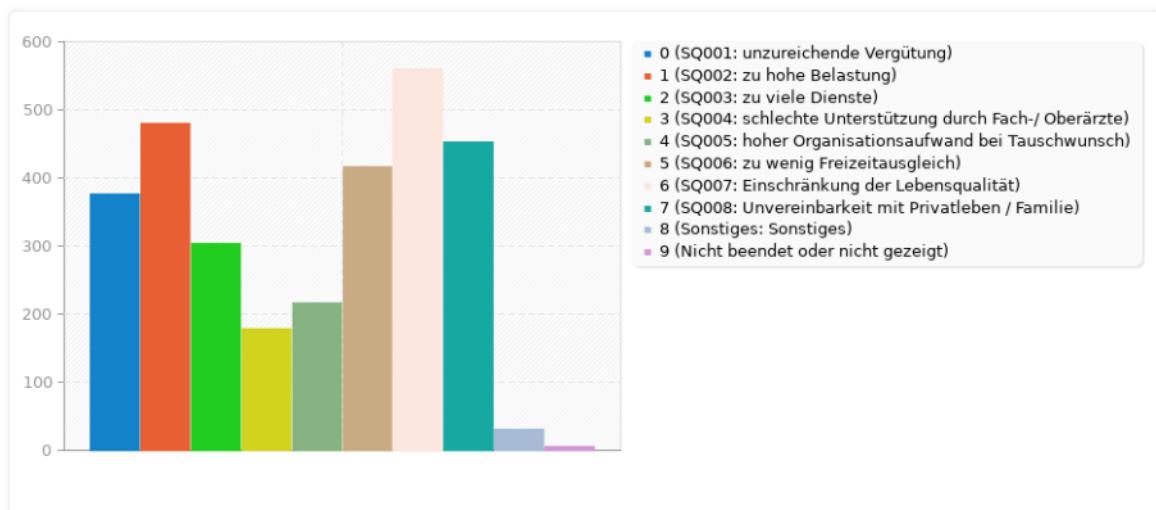
Antwort	Anzahl	Prozent
unzureichende Vergütung (SQ001)	376	49.28%
zu hohe Belastung (SQ002)	479	62.78%
zu viele Dienste (SQ003)	303	39.71%
schlechte Unterstützung durch Fach-/ Oberärzte (SQ004)	178	23.33%
hoher Organisationsaufwand bei Tauschwunsch (SQ005)	215	28.18%
zu wenig Freizeitausgleich (SQ006)	415	54.39%
Einschränkung der Lebensqualität (SQ007)	559	73.26%
Unvereinbarkeit mit Privatleben / Familie (SQ008)	452	59.24%
Sonstiges	30	3.93%
Nicht beendet oder nicht gezeigt	4	0.52%

ID	Antwort
15	Arbeitszeitmodell schränkt Handlungsfreiheit und Arbeitsabläufe ein
20	Wechsel in Frühdienst nach BD einen Tag später
131	Siehe oben
165	Insbesondere schwierig nach Umzug in eine neue Stadt Kontakte zu knüpfen/Vereinsaktivitäten nachzugehen o.ä.
201	x
304	vor allem die Wochenendarbeit stört
330	zu wenig Freizeit bei 100%
351	zu viele Dienste an Wochenenden
369	Die Unterstützung ist sehr abhängig von der Person, welche Hintergrund macht
403	unnötige Untersuchungen in der Nacht bei Bereitschaftsdienst. Fehlende Erfahrung / Können in der Notaufnahme wird mit Bildgebung kompensiert
408	Oft ist es kein Bereitschaftsdienst, sondern volle Arbeitszeit
409	Kaum gesetzlich zu vereinbaren. Überstunden. Zu hohe Belastung. Jedoch wäre die Belastung durch ein anderes Schichtmodell auch schlecht und dafür die Vergütung noch schlechter
426	Gesundheitliche Einbußen
445	Anrufe für Bagatellen, die aus dem Schlaf reißen, geht komplett gegen meinen Biorhythmus, kein Freizeitausgleich nach zB 24h Diensten am Wochenende (Bei Samstagsdiensten direkt 2 Wochen durcharbeiten)
451	aufgrund der tariflichen Regelung an der Klinik an der ich arbeite werden die Bereitschaftsdienste an der Klinik selber abgeleistet, obwohl man in der Nähe wohnt. Dementsprechend ist auch die Vergütung sehr bescheiden obwohl man vor Ort ist.
572	Regelhafte Arbeitsstunden werden als ruf Bereitschaft gerechnet
623	Minusstunden nach Bereitschaft
649	Arbeiten in 2 Fachfremden Bereichen. Wir müssen als Orthopäden/Unfallchirurgen in den Diensten für die Viszeralchirurgie und Urologie arbeiten.
661	Fehlende Triage bei „Notfällen“
675	Bei 24h Diensten werden nicht alle Stunden als Arbeitszeit anerkannt, obwohl man 24h in der Klinik ist.
720	Arztkontakt aufgrund von Anliegen die kein Notfall sind und hätten warten können
723	Schlafmangel
799	unphysiologische Anforderungen (nachts komplexe Briefe schreiben)
882	Deutlich zunehmende Arbeitsbelastung in 24h Schichten bei Weiterverlegung von Notfällen aus peripheren Häusern, die nachts keine Notfälle mehr operativ versorgen. Reduktion des Stellenschlüssels, Sparmassnahmen durch die Verwaltung, sodass aktuell keine arbeitszeitkonforme Dienstplangestaltung möglich ist (regelmässig 5-8 Bereitschaftsdienst im Monat)
892	Ich habe keine schicht dienste
911	Aufgrund besserer Angebote für Teilzeitkräfte und Vergünstigungen für Familien mit Kindern, trifft es die Vollzeitkräfte und Ältere, die als es notwendig war, auf Unterstützung verzichten mussten, jetzt wieder
920	kurzfristige Planung
930	nichts

931	Nichts
954	unnötiger Zeitaufwand für Dokumentation (allein durch EDV-Mängel) und somit weniger Schlaf-Zeit

Zusammenfassung für G01Q08

Was stört Sie am meisten bei Bereitschaftsdiensten oder nächtlichem Arbeiten?



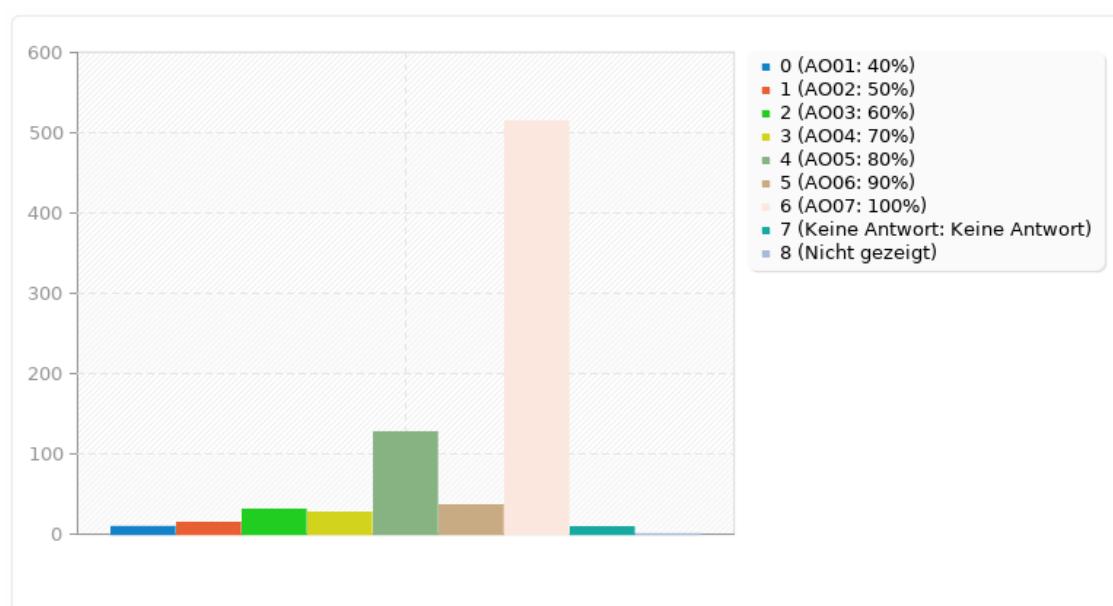
Zusammenfassung für G01Q09

Wie hoch ist Ihr Stellenanteil (am ehesten)?

Antwort	Anzahl	Prozent
40% (AO01)	9	1.18%
50% (AO02)	14	1.83%
60% (AO03)	30	3.93%
70% (AO04)	26	3.41%
80% (AO05)	127	16.64%
90% (AO06)	36	4.72%
100% (AO07)	513	67.23%
Keine Antwort	8	1.05%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q09

Wie hoch ist Ihr Stellenanteil (am ehesten)?



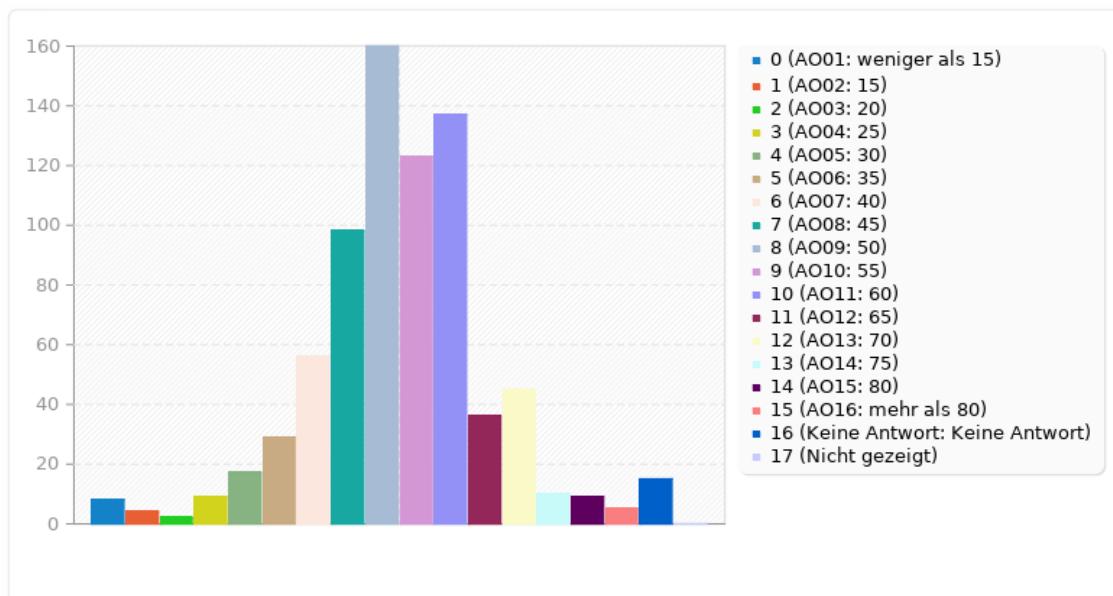
Zusammenfassung für G01Q10

Wie viele Stunden verbringen Sie in einer Arbeitswoche durchschnittlich im Krankenhaus (inkl. Bereitschaftszeit)?

Antwort	Anzahl	Prozent
weniger als 15 (AO01)	8	1.05%
15 (AO02)	4	0.52%
20 (AO03)	2	0.26%
25 (AO04)	9	1.18%
30 (AO05)	17	2.23%
35 (AO06)	29	3.80%
40 (AO07)	56	7.34%
45 (AO08)	98	12.84%
50 (AO09)	160	20.97%
55 (AO10)	123	16.12%
60 (AO11)	137	17.96%
65 (AO12)	36	4.72%
70 (AO13)	45	5.90%
75 (AO14)	10	1.31%
80 (AO15)	9	1.18%
mehr als 80 (AO16)	5	0.66%
Keine Antwort	15	1.97%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q10

Wie viele Stunden verbringen Sie in einer Arbeitswoche durchschnittlich im Krankenhaus (inkl. Bereitschaftszeit)?



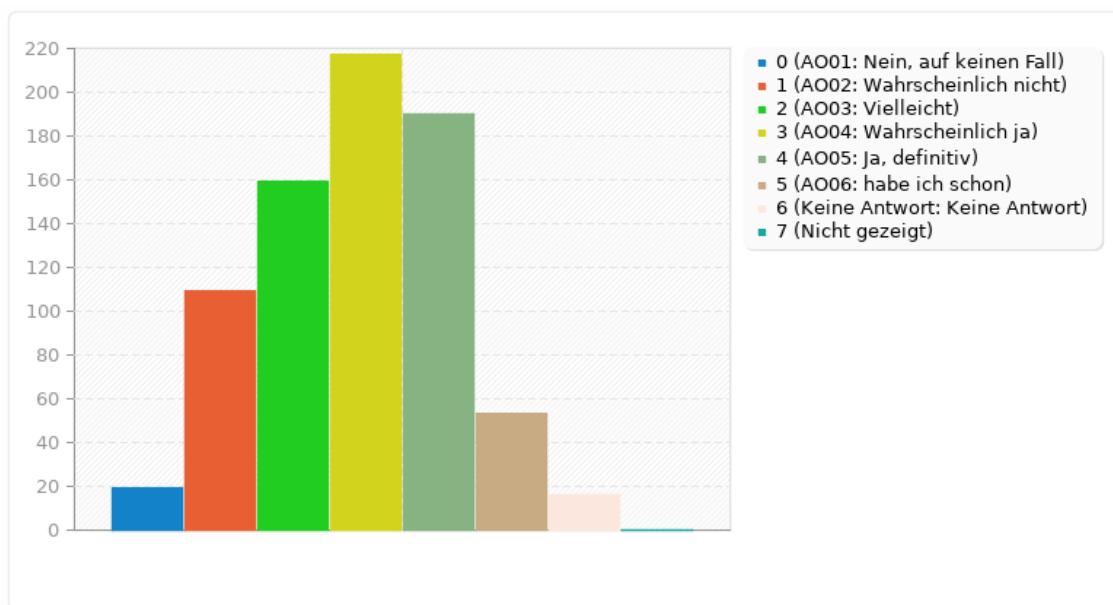
Zusammenfassung für G01Q11

Wären Sie bereit, für bessere Schichtmodelle die Einrichtung zu wechseln?

Antwort	Anzahl	Prozent
Nein, auf keinen Fall (AO01)	19	2.49%
Wahrscheinlich nicht (AO02)	109	14.29%
Vielleicht (AO03)	159	20.84%
Wahrscheinlich ja (AO04)	217	28.44%
Ja, definitiv (AO05)	190	24.90%
habe ich schon (AO06)	53	6.95%
Keine Antwort	16	2.10%
Nicht gezeigt	0	0.00%

Zusammenfassung für G01Q11

Wären Sie bereit, für bessere Schichtmodelle die Einrichtung zu wechseln?



Zusammenfassung für G01Q12

Patient:innen müssen selbstverständlich auch nach 16 Uhr und nachts versorgt werden. Welche Vorschläge oder Wünsche haben Sie, um das künftig besser zu organisieren?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	424	55.57%
Keine Antwort	339	44.43%
Nicht gezeigt	0	0.00%

ID	Antwort
5	Ausreichend Personal um die Arbeitslast bzw. Dienstfrequenz auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.
12	Ein geregeltes Dreischichtsystem wäre besser und verlässlicher als 8-16h arbeiten + 24-Stundendienste zusätzlich
13	Mehr stellen, damit weniger Dienste für einzelne Assistenten.
15	Bereitschaft zum flexiblen Arbeiten mit entsprechender Vergütung und Erlaubnis des Personalrats (Änderung Arbeitszeitgesetz?), auch länger zu Arbeiten, wenn erforderlich. Dafür kurzfristigen FZA ermöglichen, wenn gewünscht. Als Arzt sollte ich im Einzelfall selbst entscheiden können, wann ich noch Verantwortung übernehmen kann.
16	Grundsätzlich finde ich einen "geteilten Dienst" am Wochenende mit 2x12 fair, solange dabei keine Minusstunden entstehen und damit die "Dienstfrequenz" sinkt. Wochentags finde ich die Lösung aus 8H Arbeitszeit und 8h BD (=16h) eine adäquate Lösung, ebenfalls unter der Prämisse, dass dabei keine Minusstunden entstehen und die "Dienstfrequenz" sinkt. Über die Versorgung "planbarer und aufschiebbarer" Operationen in das reguläre Tagesprogramm ließe sich erheblich Belastung reduzieren und das Patientenoutcome deutlich verbessern.
18	Spät-/Nachtdienste von 16:00 bis 7:30 Uhr
20	Davon 3 im Monat aufgeteilt auf das gesamte Team Rufdienste, mehr Personal, um Arbeit besser aufzuteilen So richtig weiß ich es nicht.
22	Mehr Personal, entlastet die Dienstmodelle und ermöglicht weniger Dienste/ mehr Freizeitausgleich.
23	Mehr Personal
25	Notdienst-Aufschlag, wie in den Apotheken geregelt.
26	Ausreichend Personal, um Dienste länger als 8 Stunden zu vermeiden. Maßnahmen zur Überstundenreduktion.
31	Mehr Stellen, mehrere Ärzte in einer Schicht, weniger Tätigkeitsbereiche für die Einzelperson (nicht OP, Notaufnahme, Stationen inkl. Intensivstationen, externe Anfragen für eine Person allein), attraktivere Gehaltssteigerung der Bereitschafts-/Nachtdienste.
32	Notaufnahme-Pauschale
36	Geteilte 24h Dienste; nach 24h Diensten einen Tag frei zusätzlich.
40	Flexible Modelle, bei denen auf Freiwilligkeit gesetzt wird. Bei uns haben sich sehr viele Ärzt*innen aus gesundheitlichen Gründen dienstunfähig schreiben lassen, da man sie in Dienste gedrängt hat. Das muss so nicht laufen. Andererseits springen zwei der Oberärzte regelmäßig für Dienste ein, was auch nicht das sinnvollste ist. Ein spezielles, lukratives Bereitschaftsdienstmodell könnte sinnvoll sein.
42	Weniger Schichtwechsel oder wenn "24h Bereitschaft" vielleicht erst ein Arbeitsbeginn gegen Mittag bis zum nächsten Morgen (zB um Überstunden abzubauen, statt morgens bis morgens).
44	Flächendeckend 12h Schichten. Dadurch bessere Planbarkeit und mehr Freizeit.
46	3 Schicht Modell wie in der pflege
49	Im Vorfeld telefonische Beratung der Patienten/Erziehungsberechtigten, sodass wirklich nur die Patienten vorstellig werden, die es nötig haben. Ein Rezept für Fiebermittel und Hustensaft muss nicht nachts um 2 Uhr im Krankenhaus ausgestellt werden, sondern kann bestenfalls in der Häuslichkeit vorrätig sein oder einfach so in der Apotheke erworben werden.
57	Einführung Spätdienst, Dienstgruppentrennung (Bei uns hat ein Chirurg Dienst für die Unfall und Allgemeinchirurgie zusammen)
60	mehr Personal
64	Für einen 24h Dienst am WE müsste man Ausgleichsfrei bekommen...stattdessen arbeitet man durch. Bessere Bezahlung. Unter der Woch macht man durch Dienste sogar

	Minusstunden.
66	Vertragliche max. Arbeitszeiten müssen eingehalten werden. Ruhezeiten im Bereitschaftsdienst müssen eingehalten werden. Freizeitausgleich für Wochenendarbeit muss gestattet werden. Keine 24-h Dienste sondern Start des Bereitschaftsdienstes um 16 Uhr.
67	Wenn Nachtdienste nicht wie Bereitschaftsdienste abgerechnet würden und man mehr Pausezeiten hätte, würde man sich um die Nachtdienste streiten.
74	Schichtdienst wird schon weiter benötigt, aber die Schichten sollten nicht länger als 8, max. 10 h sein, nicht tgl. Wechsel zwischen den Schichten, längere Erholungsphasen, keine Rufbereitschaft in freie Tage rein.
79	Einen 2. ärztlichen Nachtdienst (aktuell: ärztlich alleine, Pflege nachts zu dritt in Notaufnahme), mit dem man sich abwechselt/zusammenarbeitet, Bereitstellung eines Bereitschaftsdienstzimmers Mehr Personal, max. 2-3 Nachtdienste/Monat
86	3 Schicht System
87	Angliederung einer hausärztlichen Praxis an die Notaufnahme, Vergütung der tatsächlichen Arbeitszeit (keine Bereitschaftsdienste)
91	Bessere Vergütung. Mindestens 70 Euro/Stunde. (Vergleich Stundenlohn Piloten, Rechtsanwälte und Handwerker), Wahlmöglichkeit für den Arbeitnehmer ob finanzielle oder Freizeitausgleich für die in der Nacht bez. Im Bereichschafsdienst geleisteten Stunden. Ich finde es wirklich unglaublich dass man am Wochenende 24 Stunden in der Klinik ist und dafür keinen Freizeitausgleich in der kommenden Woche bekommt. 24H entspricht 3 volle Arbeitstage. Z. B. Für den einen Samstags-Dienst bekommt man Montag und Dienstag frei.
94	Schichtmodelle können, meiner Ansicht nach, nur individuell für jede Abteilung in einer Klinik nach dem jeweiligen Arbeitsaufwand und vorhandenem Personal aufgestellt werden. Vor allem müssen diese Regelungen flexibel überdacht werden, wenn sich die Umstände ändern. Ein Schichtmodell kann z.B. nur mit einer gewissen Anzahl an Köpfen gefahren werden, 24-h Dienste sind jedoch an manchen Kliniken aufgrund des massiven Arbeitsaufkommens menschlich nicht umsetzbar. Manchmal reicht vielleicht schon die Einführung eines Zwischendienstes. Die Stichwörter sind hier aber "individuell" und "flexibel", und vor allem nur in Absprache mit den Ärzten der jeweiligen Abteilung, und nicht von Verwaltern, die von Medizin an sich nichts verstehen
95	Aufteilung der 24h Dienste auf 2- oder 3-Schicht Modell
96	Mehr Personal während dieser Zeit, um die Arbeit aufzuteilen und um während der Bereitschaftsstunden schlafen zu können.
97	Einfach eine bessere Vergütung, mehr Angebote vom Krankenhaus zwecks Regeneration
99	Kurzfristig: Telemedizin für die Kollegen auf den stationen besser integrieren, bessere Vergütung und/oder mehr freizeitausgleich, auf mehr Schultern verteilen, dh. mehr stellen besetzen und für alle Pflicht Dienste zu gehen ohne Ausnahme, mehr Verantwortung für Pflege/MTLAs (verschiebt natürlich nur die Problematik auf eine andere Berufsgruppe) mittelfristig: KI gestützter Dienstplan der Eigenschaften der einzelnen Mitarbeiter beachtet (eher Typ Nachteule oder Frühaufsteher), für Nachtdienste einführen KI gestützter Robotersysteme zur Unterstützung Langfristig: Weiterentwicklung KI gestützter autonomer Robotersysteme für Schichtdienste, nur im Notfall einbeziehen der Menschlichen Komponente
102	Auch Oberärztlich besetzt zu sein - zumindest als Hintergrund
103	Anpassung des Schichtsystems oder zumindest ausreichende Bezahlung der realen Aktivstunden
105	Gezieltere Patientensteuerung, damit diese nicht in den Dienstzeiten aufschlagen und bessere Organisationsabläufe in den Krankenhäusern um die Arbeit in der Kernarbeitszeit zu erledigen.
109	Ausreichend Personal, damit sich die nächtliche Arbeitszeit auf viele Menschen verteilt, sehr gute (viel mehr als aktuell üblich) Vergütung für nächtliche/unbeliebte Dienstzeiten sowie zusätzlich Freizeit Ausgleich
110	Reale Betrachtung der geleisteten Arbeit - Ende von Bereitschaftsdiensten. In der Nacht ist die Verantwortung deutlich höher als am Tage und das Patienten Aufkommen/Arbeitsaufkommen füllt die Stunden nahezu aus. Konkret besprochen könnte man Zeiten aktiv erfassen pro Dienst, die Bereitschaftszeiten waren, bspw. Wenn man 4h schlafen konnte, dass man das angibt. Die Arbeitsstunden liegen Regelhaft deutlich über den vergüteten Stunden im Bereitschaftsdienst kalkuliert werden.
111	Keine "Tarnung" von arbeitsintensiven Nachtdiensten als Bereitschaftsdienst, entsprechende Vergrößerung des Stellenplanes, ergo echte 40 Stunden Arbeitszeiten pro Woche.

- 114 Bessere Besetzung. Dienste am Wochenende nicht länger als 8h.
Sondervergütungsanreize für die Übernahme von zusätzlichen Diensten.
- 115 Schichtarbeit auf der Intensivstation ist notwendig, dass verstehe ich. Es ist mir aber unbegreiflich, dass ich mit 8 (2x4) Nächten im Monat 1000€ Netto (!) im Monat weniger verdiene als meine Kolleg:innen im OP, die einen 24h Bereitschaftsdienst in der Woche haben und am nächsten Tag entspannt zuhause ausruhen dürfen. Die unterschiedliche Vergütung ist eine absolute Unverschämtheit im Hinblick auf die hohe Arbeits und Gesundheitsbelastung im Schichtdienst. Eine entsprechend angepasste Vergütung wäre der erste Schritt, um teilzeit Arbeiten zu können, um so wieder mehr am Leben teilhaben zu können und seiner Gesundheit weniger zu schaden.
- 117 Mehr Personal im Bereitschaftsdienst.
- 118 Insgesamt mehr Personal nach 16 h, insbesondere auch zusammen mit erfahreneren Kollegen, um nicht permanent nur Feuer zu löschen und vllt sogar noch etwas zu lernen.
- 120 mehr Personal sodass Schlaf und Ruhezeiten auch während der Nacht eingehalten werden können
- 121 Zwischendienste einführen
- Mehr Dienstärzte pro Nacht, damit man zwischendurch Ruhezeiten hat
- 127 Flexiblere und auch kürzere Schichten, zB für Eltern von 4-6h.
- 128 Ich habe per se wenig gegen das arbeiten im bereitschaftsdienst, aber in jedem anderen beruf wird nacht-/schichtarbeit angemessen entlohnt, nur nicht im gesundheitswesen, wo ich nach einem bereitschaftsdienst mit Minusstunden nach Hause gehe.
Alles, was es braucht, wäre angemessene Entlohnung.
- 129 Freizeitausgleich flexibler umsetzen, mehr Personal, 12h Schichten statt 24h Diensten
- 130 Leistungsorientiertes Vergütungssystem und weg von der Pauschalisierung.
- Umsetzung/Reduzierung der Steuerlast fuer Extradienste
- 131 - Wenn in der Bereitschaftszeit gearbeitet wird, muss diese auch wie Arbeitszeit vergütet werden
- Bereitschaftszeit muss ganz normal zur Arbeitszeit dazu gezählt werden und soll nicht on top zu den vertraglich vereinbarten Stunden geleistet werden müssen
- Es dürfen nach einer Nacht im Bereitschaftsdienst keine Minusstunden entstehen, es muss echten Freizeitausgleich geben
- man sollte möglichst keine Schaukelschichten haben und möglichst nicht schnell von Nacht- auf Frühdienst wechseln
- und letztlich: Mehr Personal, um die Anzahl an Diensten für jede Person zu verringern
- 132 Mehr Personal auch nachts, auch auf der Peripherestation. Häufig wird der Anästhesist gerufen wenn der Dienstarzt überlastet ist.
- 134 Das diese Schichten von 2 Ärzten abgedeckt werden die sich gegenseitig unterstützen und abwechseln
- 135 Besseres Abfangen der Patienten vor der Notaufnahme. Nicht jeder muss nach Schluss der Arztpraxis in die Notaufnahme, weil er nicht bis zum nächsten Tag warten kann. Es muss besser informiert werden, womit man warten kann und womit nicht, damit die Notaufnahmen weniger überlastet werden. Zwar gibt es die 116117, hier haben jedoch viele Mitarbeiter wenig Ahnung, insbesondere wenn es um Kinder geht. Jedes Kind was nur ein wenig Fieber hat, wird direkt ins Krankenhaus geschickt. Das ist in den meisten Fällen nicht notwendig! Ich habe in meiner Kinderklinik in den Diensten am meisten mit der Notfallambulanz zu tun als mit meinen Stationspatienten. Hier müssen die Eltern auch besser geschult werden!
- 138 Bessere ambulante Versorgung, damit Menschen nicht mit Lappalien in die Notaufnahme kommen. Personalplanung nicht zu knapp, um nicht bei Kranheitsausfällen sofort in einen Mangel der Besetzung zu kommen.
- 139 Nothilfe Modell anpassen. Vorstellungen ab gewissen Uhrzeiten müssen kostenpflichtig sein. Bei gewissen Diagnosen/Vorstellungen kann eine Rückvergütung stattfinden. Bei sonstigen Vorstellungen die sonst beim niedergelassenen stattfinden kann bleiben die Kosten.
- 140 Ich weiß ehrlich gesagt auch nicht wie man das gut löst, da es einfach nicht genug Ärzte gibt um die Arbeit besser zu verteilen. Der Chef ist bemüht die ausgeschriebenen Stellen zu besetzen aber es gelingt nicht. Es gibt viel Fluktuation, das macht es nicht besser. Es bleibt nur die persönliche Entscheidung das Krankenhaus zu verlassen
- 141 Mehr Personal. Keine 24h-Dienste mehr, sondern 12h.
- 144 Mehr Dienst-Personal. In der Pflege sind die Übergaben z. B. 5 zu 3-4 zu 2 von Früh auf Spät auf Nacht. Bei uns Ärzten übergeben 60 internistische Assistenten an 1 Diensthabenden, der nachts zeitgleich die Chest pain Unit und die IMC betreuen muss sowie in der Notaufnahme aushelfen, wenn es dort voll ist.
- 145 Fester Schichtdienst mit Zulagen und max Arbeitszeit von 10h auch nachts!
- 146 Augen auf bei der Berufswahl
Mehr Rufdienste weniger Anwesenheitsdienste
Mehr Arbeitslast auch im Rufdienst erlauben

	<p>Unnötige gesetzliche Regelungen vermeiden Mehr Freiheit für Arbeitnehmer zu entscheiden - Geld oder Freizeit Keine gesetzlichen Regelungen, bitte Abbau der Bürokratie Mehr privatwirtschaftliches Denken</p>
150	Es bräuchte deutlich mehr Personal damit Spät/Nacht/Wochenenddienste die Einzelnen seltener trifft und damit eher eine Ausnahme als die Regel darstellt
153	<p>Freiwillige Schichtdienstler, die besser vergütet werden. Keine unausgesprochene Pflicht, Schichten abzuleisten (Wenn man nicht zustimmt, bekommt man keine Stelle und alle Kolleg:innen hassen einen) Mehr Geld in das eigene Personal und weniger in Management, Leitung und Honorarärzt:innen. Kein Anstellungsstop trotz Unterbesetzung mehr!</p>
155	<p>Aufteilung der Belastung, keine Zuständigkeit für Rettungsstelle, Stroke Unit, Normalstation und Hauskonsile für eine einzelne Person, dann muss eben doppelt besetzt werden. Dringende Reform des Zugangs zur Rettungsstelle. Besserer Personalschlüssel im ärztlichen Bereich, Obergrenzen nötig</p>
160	Abschaffung der 24h-Dienste. 2 oder 3 Schichtmodell. Regelrechte Erfassung der tatsächlichen aktiven Arbeitszeit (wenn man 20 h am Stück wirklich arbeitet, sollte das nicht als Bereitschaft deklariert werden, nur damit die Zahlen für den Arbeitsschutz oder irgendwelche hohen Tiere oder Politiker stimmen!)
162	Mehr Personal und kürzere Schichtdauern (max. 8 Stunden)
164	<p>Mehr Personal. Nicht an Personalkosten sparen. Es muss realistisch sein auch Überstunden abzubauen, Urlaub zu nehmen und Krankheitsausfälle abzufangen. Ich arbeite mit meiner 60% Stelle 35 Stunden im Schnitt. Das entspricht fast einer 88% Stelle. Ich bekomme nur die 60% vergütet und auch nur 60% anerkannt. Ich kann rechnerisch nicht mehr arbeiten, weil ich zwei kleine Kinder ohne familiäre Unterstützung versorgen muss. Aber bei Ausfällen durch Krankheit, bei der Urlaubsplanung sind die Teilzeitkräfte, die Einzigsten die einspringen können. Das ist weder fair noch gerecht. Ich habe übrigens 77 Urlaubstage, welche ich im Jahr 2026 nehmen sollte, weil es aus Personalgründen nie „möglich“ war meinen regel Urlaub zu nehmen. Durch meine Intensivrotation wurde mir schon verkündet, dass ich max. 30 Tage davon nehmen kann. Durch den Schichtdienst kommen übrigens noch drei weitere Tage dazu. Somit werde ich 50 Urlaubstage, welche mir zustehen, aus Personalgründen, nicht nehmen können.</p>
165	Mehr Personal einstellen, das Personal besser halten mit guter Arbeitsatmosphäre und Förderung durch interne Fortbildung. Assistenzärzt:innen in den ersten Monaten nicht nach bereits 6 Wochen in im Schnitt 6-7 Nächte pro Monat schicken ungeachtet dem eigenen Empfinden für dienstreif erklären. Lässt den Verdacht aufkommen dies geschehe aufgrund von Personallücken
170	In unserer Klinik ist von 16-7Uhr und am Wochenende von 9-9 Uhr ein einziger Assistenzarzt für Notaufnahme, Intensivstation und Normalstation zuständig. Ein Oberarzt hat Hintergrunddienst. Man ist in schlechten Diensten (ca. 50%) 24 h non-stop auf den Beinen. Das ist sehr belastend. Um 4 Uhr morgens ohne Schlaf fühle ich mich manchmal nicht mehr fähig lebenswichtige Entscheidungen im Sinne des Patienten zu fällen. Die Oberärzte sind zwar erreichbar, aber es wäre besser die Dienste zu teilen oder zwei Ärzte zu haben, die sich gegenseitig unterstützen können. Ich bin sehr gerne Ärztin, aber in den Diensten fühle ich mich regelmäßig an meine Grenzen gebracht.
171	Schwieriges Thema und vermutlich nicht gut lösbar. Es gibt einige Personen, die gerne nur Nächte/Spätdienste machen wollen. Diese müsste man besser koordinieren und für genau diese Dienste einstellen, damit andere Personen weniger zu diesen Zeiten arbeiten müssten.
174	<p>Keine verpflichtende Bereitschaftsdienste in der Nacht ab dem 60. Lebensjahr. Auf freiwilliger Basis, gerne, wenn es aus gesundheitlichen und sozialen Gegebenheiten möglich ist.</p>
175	Es liegt in der Natur der Sache. Ein Modell ohne Versorgung der pat ab 1600 gibt es nicht. Stringente Orga am Tag verhindert viele Probleme
177	<p>Ich bin vielleicht sogar dafür, 8h fröhldienste weiter zu führen mit einem zusätzlichen 12 h Tag Dienst und einem zusätzlichen 12 h Nachtdienst, Es müssten dann genügend Assistenzärzt*innen eingestellt werden, damit die dienstbelastung von diesen zusätzlichen Diensten nicht so enorm hoch ist. Also zum Beispiel dass jede Ärztin dann die normalen 8h Schichten macht + 3 12 h Dienste im Monat oder so ähnlich. Dann würde man auch ca auf eine Wochenzeit von 50 h kommen. Wichtig ist dabei natürlich nur, dass die Dienste zusätzlich zur Tagschicht sind und nicht einfach ein 2 Schicht Modell eingeführt wird. Ich denke, dass sich die Kosten hinten raus für das Gesundheitssystem lohnen, wenn weniger Fehler bei der Arbeit gemacht werden, die ärzt*innen nicht so verschlissen werden</p>

	und der arbeitsalltag einfach runder läuft.
178	Nur wirkliche Notfall-Op's nachts. Bessere Schulung der Allgemeinheit bzgl Gesundheit (wann brauch ich den RTW/NEF/Notaufnahme) Im 3-Schicht-Modell ausgleich des Gehaltes bzgl Diensten, zusätzliche Urlaubstage für Arbeit nach 20 Uhr
179	Längere Freizeit, bessere Organisation insb. Ärzte- und Pflegepersonal
182	Ausreichend Personal. Verbindlicher Freizeitausgleich.
184	Mehr Personal damit die Belastung auf mehrere Schultern verteilt werden kann sprich weniger Dienste bzw. auch mehr Personal pro Schicht
185	Höhere Vergütung Umdenken bei Arbeitgebern/Patienten, damit keine Routinearbeiten in der Dienstzeit anfallen Einsatz von Honorarkräften statt Ausüben von Drcli auf Mitarbeiter bei Dienstausfall diesen zu übernehmen
186	Schichten wie es auch bei den Pflegekräften ist und keine 24h am Stück bzw Rufdienst. Als Beispiel: Wir arbeiten bei Rufdienst erst 8h normal in der Klinik (7:00-15:30) danach Rufbereitschaft bis 7:00 Uhr am nächsten Morgen um dann wieder 8h in der Klinik zu arbeiten. Das ist zu viel!
187	Mehr Personal insgesamt, um die Dienstlast zu senken (Anzahl der Dienste, Aufgaben in den Diensten) Einführung eines Mittel/Spätdienstes zur Entlastung
188	Gerechte Klassifizierung der tatsächlich geleisteten Arbeit. Offiziell Bereitschaft von 16 Uhr bis 8 am nächsten Morgen, aber faktisch die Nacht durcharbeiten ohne entsprechende Vergütung oder und Freizeitausgleich ist illegal.
192	Bessere planbarkeit durch frühere Dienstpläne. Anpassung an erwartete Arbeitsbelastung (Sommer/Winter Schichten) klare aufgabenverteilungen mit allen professionen und hierarchieebenen.
197	Nur relevante Notfallversorgung, elektive Operationen nicht aufgrund mangelnder Kapazitäten im Nachtdienst operieren. Ausreichend Personal!
199	Anangepasster Modelle die es auch Eltern ermöglicht flexibler zu arbeiten, dadurch mehr Entlastung im Arbeitsalltag und Möglichkeit des restlichen Teams zur Arbeit bei Nacht, am Wochenende oder ähnlichen
200	- nur Notfallversorgung im Bereitschaftsdienst, keine „elektiven Tätigkeiten“ im generellen Personalmangel „auszugleichen“ - Bereitschaftsdienst muss Bereitschaftsdienst sein, daher müsste ein Einsatz in einer Notaufnahme/CPU rechtlich verboten werden - Bereitschaftsdienst immer durch min 2 Ärzte, falls gleichzeitige Notfälle auftreten
201	Habe erst im Verlauf gesehen daß diese Umfrage wohl nicht mehr für meine Berufsgruppe gilt. Wir müssen die sektorale Trennung aufsprennen, Notfallversorgung findet generell an den Kliniken statt, kein zusätzlicher KV-Dienst mit Feigenblattöffnungszeiten am Wochenende oder abends. Niedergelassene machen ebenfalls Bereitschaftsdienst in den Kliniken, versorgen die Patienten dort, auch stationäre, INZ müssen dafür etabliert werden, auch als Schnittstelle für ambulant und stationär zu versorgende Patienten. Das würde die Arbeitsbelastung aller reduzieren, die Patienten würden zusätzlich von erfahrenen Kollegen profitieren, dieses Doppelstrukturen waren in früheren Zeiten ein netter Luxus, den wir uns leisten konnten, aber das wird absehbar nicht mehr funktionieren.
204	Facharztstandard, der auch umgesetzt wird. Nicht das „Verheizen“ junger Kollegen ohne Rücksicht
207	Vernünftige Triage der Untersuchungen. Keine Assistenzärzte die alleine eine Untersuchung einfordern. Es wird in der Radiologie viel untersucht um Pat. ambulant halten zu können, da Betten fehlen. Fehlende klinische Untersuchung, eher wird z.B. ein Ct Abdomen durchgeführt. In Zukunft möchte ich diese vielen Dienste nicht mehr leisten. Ich sehe die Zukunft in der teleradiologische Diagnostik, in vielen KH schon vorhanden. Es wird immer das Argument der Kosten genannt, die eine Teleradiologie verhindern.
209	Mehr Freizeitausgleich Erholungszeit nach Diensten
213	Mehr Ärzte zur Abdeckung der Dienste einstellen/Honorarärzte Mehr Offenheit für Stundenreduktion, mehr Personal um die Dienste besser aufteilen zu können, bessere Einarbeitung von Berufsanfänger:innen. Dass man* junge motivierte Berufsanfänger:innen nicht direkt zu Beginn direkt verheizt und in den Burn out treibt
214	Mehr Personal
216	Ein zusätzlicher Spät-/Hausdienst. Vielleicht auch nur als Bereitschaft bei Belastungsspitzen.

219	Es wurden bei uns Stellen gestrichen, daher müssen wir mehr als 4 Dienste im Monat leisten um die Patientenversorgung zu gewährleisten.
224	Mehr Ärzte sind die richtige Wahl der Lösung. Aber das ist dem Arbeitgeber zu teuer. Ich habe das Krankenhaus aufgrund des Schichtdienst verlassen.
227	Keine
231	bei Überbelegung die Aufnahme sperren, aktuell wird dies vehement von der Klinikumleitung abgelehnt "bis alle Gänge voll sind"; aktuell nachts vor Allem damit beschäftigt Betten zu suchen und mit den Stationen zu streiten, dass man Betten, welche eigentlich für elektive Aufnahmen gesperrt sind, freizugeben. Kein Rückhalt von den Chefärzten a la "früher haben wir noch mehr gearbeitet"
234	Höherer Personalschlüssel, mehr Dienstreihen, dadurch Reduktion der Belastbarkeit des Einzelnen, Eine verkürzte Stundenzahl pro Woche sollte auch im Dienstsystem berücksichtigt werden, ein Freizeitausgleich sollte garantiert werden, mehr Vergütung
236	Gleitzeit, bessere personelle Aufstellung, um Kolleg*innen nach einem Einsatz nachts in der Rufbereitschaft entsprechend vertreten und entlasten zu können (bisher keine Möglichkeit am Folgetag früher zu gehen oder später den Frühdienst anzutreten).
237	Leistungsgerechte Bezahlung eines Arztes bei einer 40 Stunden Woche
239	Mehr Personal einstellen um Dienste doppelt zu besetzen, sodass die Belastung und Verantwortung geteilt wird, gerade für Berufsanfänger*innen. Fachärztliche Besetzung der Notaufnahme zumindest für den Spätdienst. Dienste erst nach ordentlicher Einarbeitung und frühestens nach 6 Monaten, nicht alleine. Es geht um Gesundheit und manchmal um Leben und Tod, es ist schockierend wie unverantwortlich in der Realität damit umgegangen wird. Die Rahmenbedingungen wie sie aktuell sind, sind untragbar und patient*innengefährdend.
242	Dienstarzt für Nachts/Wochenende einstellen, manche Häuser haben das
246	Ein ordentliches Schichtsystem, meinetwegen ein Standarddienst, der 16 Uhr kommt und bis 8 Uhr bleibt, aber keine 24 h Dienste Ideal wären 3 Schichten und man kann 2 Wochen lang (oder länger), die gleiche Schicht übernehmen. Dann passt es auch mit dem Schlafrhythmus
247	Maximal 12 h Schichten, oder Drei-Schicht-Modelle einführen. 24h BD nur dort, wo erwartungsgemäß kaum bis keine Arbeit anfällt.
250	12h Vollzeittdiene Wocheweise aufs Team verteilt. 4 Bzw 3 12h Dienste am Stück bis wann wieder dran ist. Rest der Woche dann frei dafür.
253	Ein 3-Schichtmodell halte ich für vertretbar. Die 24h-Schichten, insbesondere die Verantwortung als Ärztin in Weiterbildung für ca. 100 Patienten+die Notaufnahme und hiernach fehlender Ausgleich durch Freizeit ist einfach nicht mehr zeitgemäß und mit Familie nicht schaffbar.
254	Keine elektiven Patienten in den Dienst schieben. Nicht als Notfall deklarieren dürfen. Bereitschaftsdienst ist meist Arbeitszeit, wird aber nicht als solche bewertet. Einfach alles Arbeitszeit, man arbeitet eh oft 18h durch.
257	Schweizer Modell, wenn kurzfristiger Termin entsprechender Zuschlag Ca 80E für den selben Behandlungstag sofern kein Notfall mit lebensbedrohlicher Situation. Generell 10 % Rechnungsanteil als Selbstzahlmodell zur Entlastung wegen Lapalien.
263	116117 stärken, um unnötige NFZ-Patientenkontakte zu vermeiden
264	- Frühdienste besser besetzen, sodass keine Routine-Arbeit nach 16 Uhr anfällt (also Entlastung) - Delegieren mancher Aufgaben an (meinetwegen spezialisierte) Pflege und physicians assistants
265	mehr Priorisierung, was wirklich ein Notfall ist und was am nächsten Tag durch einen ambulanten Kollegen angeschaut werden kann. Entlastung von (nicht ärztlichen) Aufgaben (tags- und in der Nacht) - z.B. pVK Anlage, Antibiotika 1. Gabe etc. durch Pflege, nutzerfreundliche Betriebssysteme, sodass effektiv gearbeitet / dokumentiert werden kann.
266	mehr Assistenzarztstellen nicht nur in Teilzeit-das ist ein großes Problem- es werden immer nur die „Köpfe“ nicht die Anwesenheiten gesehen! Tage der Unterbesetzung freitags/ montags!!!
267	Die Möglichkeit der Abweisung von Patienten bei der Anmeldung der Notaufnahme durch medizinisch geschultes Fachpersonal, wenn kein dringlicher Behandlungsbedarf besteht (betrifft viele Geherpatienten im Bereich der Unfallchirurgie). Am Empfang sitzt in unserer Klinik zwar ein Pfleger/ eine Schwester, die die Fälle auch triagieren, aber abgewiesen wird dort eigentlich niemand. Weil niemand die Verantwortung auf sich nehmen möchte und vielleicht auch weil das den monetären Interessen der Klinik zuwider läuft (mehr Patienten bringen mehr Geld).

- 268 Das Schichtsystem an sich ist ja ok, allerdings Bedarf es einfach mehr Personal - in den Nachmittagsstunden wird zu viel Workload auf zu wenig Personal verteilt. Zusätzlich macht es auch Sinn, die elektiven Eingriffe auf den Vormittag zu begrenzen (im Bereich Kardiologie: elektive Ablationen, Implantationen, Koronarangiographien/PTCA, TAVI etc) - das sind teilweise Prozeduren mit hoher Komplikationsrate, wodurch begrenzte Ressourcen aus Spät-, und Nachtdienst zusätzlich gebunden werden. Im Zweifel lieber mehr Interventionslabore im Frühdienst, als Prozeduren in wenigen Laboren bis in die Abendstunden - das sorgt zwar dafür, dass Säle kein Geld verdienen, aber das ist ja das grundlegende Problem an der medizinischen Versorgung in Deutschland. Einen Tod muss man sterben - entweder kriegt man Personalprobleme und geht das Risiko ein, aufgrund mangelnder Reputation nicht genug davon vorhalten zu können, was dafür sorgt, dass mehr Workload auf noch weniger Personal verteilt wird, oder a priori kann man weniger Geld verdienen, dafür aber eine höhere Qualität vorhalten.
- 272 verminderte Stellenbesetzung. Und wenn, dann nur in Teilzeit. Somit Unterbesetzung immer freitags und montags es werden immer nur die Köpfe aber nicht die Stunden gezählt von Anwesenheit. Für die Oberärzte und auch die Assistenz Ärzte, die dann noch da sind, ein ganz großes Problem das Wort: Work Life Balance wird von manchen falsch verstanden.
- 275 Letztlich nur möglich über Reform des Gesundheitswesens, durch Einstellung von mehr Ärzten um einerseits die Anzahl der Dienste zu verringern, andererseits die Vergabe von Freizeitausgleich zu ermöglichen.
- 280 Genügend Erholungszeit nach dem Dienst sowie adäquate fachliche Unterstützung bei Problemen (zu hohes Patientenaufkommen zB auch bei MANV wurde der Vordergrund sich selbst überlassen)
- 281 Keine elektiven oder nicht-notfall-OPs nach 16 Uhr durchführen, um die Arbeitsbelastung im Dienst so gering wie möglich zu halten und somit das Dienstpersonal nicht unnötig zu belasten. Statt dessen die Abläufe im Regeldienst optimieren, um in dieser Zeit mehr operieren zu können. Generell mehr Personal finden, um die Dienstlast zu verringern. Das geht aber natürlich nur mit besseren Arbeitsbedingungen.
- 282 Andere Modelle der Versorgung von Patienten, besserer Bezahlung, auch mehr Freizeitausgleich, verschiedene Schichtdienste, auch mehr Personal,
- 284 12 h Schichten, bessere Vergütung, kein Stundenabzug bei Bereitschaftsdiensten
- 285 Kürzere Dienste. Keine 24h Dienste mehr die de facto durchgearbeitet werden.
- 286 12h Schichten
Nacharbeit als doppelte Arbeitszeit
Keine Schaukeldienste
- 287 Mehr Freizeitausgleich, am Tag nach dem Dienst frei, Wechsel ins 8h Modell
- 288 Gleitzeit, Stechkarten, bessere Vergütung der Nacht- Spät- und Wochenddienst
- 289 Bürokratieabbau und Überstunden bezahlen bis 18h
Mehr Verantwortung an hilfspersonal
- 291 Mehr Pflegepersonal--> konsekutiv keine bis weniger Op-Saalschließungen im Regeldienst und somit kein "Abarbeiten" des ausgefallenen Tagesprogramms im Bereitschaftsdienst
- Das größte Problem im OP in den Bereitschaftsdiensten ist, dass nicht ausschließlich Notfälle operiert werden- sondern Tagesprogramm/ semielektive Fälle aufgelegt werden (auch um Fallzahlen zu generieren, die die Verwaltung fordert)
- 292 Patienten sollten von den niedergelassenen Ärzten auch zeitnah behandelt werden bzw. zeitnahe Termine erhalten und nicht immer abgewimmelt werden und ins Krankenhaus geschickt werden, es macht den Eindruck, als ob in der Niederlassung keine Zeiten für Akutpatienten freigehalten werden
- 293 meistens ist ein Bereitschaftsdienst eher ein Vollzeidienst. Dies sollte dann auch entsprechend in der Stellenplanung berücksichtigt werden. Es ist kein Problem im Schichtbetrieb zu arbeiten, wenn man nach 8h pünktlich gehen kann. Dies erfordert genug personelle Kapazität insbesondere auch mit Fach- und Oberärzten. Dies nimmt viel Stress aus dem Schichtdienst.
- 295 Mehr Personal zu Dienstzeiten auch in kleineren Häusern, schon alleine um nicht ständig am Telefon sein zu müssen, wenn man gerade in der Patientenversorgung ist
- 296 Mehr Personal, mehr Freizeitausgleich
- 297 Mehr Personal in den Spät- und Nachdiensten! Und eine Anpassung der Schichten der Ärzt*innen an die des Pflegepersonals, damit man z.B. auch gemeinsame Übergaben machen kann und alle zu Beginn und zum Ende der Schicht auf einem gemeinsamen Stand sind.
- 301 Individuelles Tauschen innerhalb des Teams unkompliziert möglich machen und erlauben "Präferenztag" für Spätschichten & Wochenenden: z.B. Mitarbeiterin A Montags &

	Dienstags, Mitarbeiterin B Mittwochs & Donnerstags. So ist Planbarkeit im Privatleben gesteigert
302	In den Kliniken, wo Arbeitsbelastung hoch ist 8 oder 12 Stündiges Modell und genug Personal. In der Theorie ist das schon organisiert, in der Praxis machen viele Kollegen zu viele Dienste durch Personalmangel. Honorarärzte während der Woche könnte auch unterstützend sein.
304	Keine 24h Dienste, genug Zeit für Übergaben, pünktliche Ablösen. Mitarbeitende nach Präferenzen fragen (manche mögen Nachtdienste etc gerne). MEhr Präventionsprogramme für die Gesundheit bei Schichtdienstarbeitenden, mehr Freizeitausgleich.
305	Kürzere Dienstzeiten, Doppeltbestzung um echte Pausen zu haben
308	Statt Bereitschaftsdienst Anrechnung als Arbeitszeit Dienste max 12h am Stück. Keine 24h Dienste !
309	Spezielle Positionen dafür schaffen sogenannte "Nachschicht-Ärzte" die wg höherer Belastung auch besser vergütet werden. Jeder kann flexibel entscheiden wie viel er sich daran beteiligen möchte und lebt mit entsprechenden Vor- bzw Nachteilen. Stationen werden evtl zusammen gelegt, sodass man sich circa um 2 Stationen kümmert in der Nacht /am wochenende. Ggf. Physician assistant einbinden in Nachtdienste MIT erfahrenem Assistenzarzt zusammen. Oberärzte sind telemedizinisch erreichbar.
313	Schichtaufteilung auf kürzere Dienste (18-24:00 Uhr, 24-6 Uhr) Mehr Leute während dem Dienst
317	Mehr freie OP Kapazität tagsüber, um nicht jeden „Notfall“ nachts operieren zu müssen.
321	Mehr Freiwilligkeit, wir haben genügend Kollgen, die gerne mehr Dienste machen würden, aber es muss jeder dienstfähige Arzt gleich viele Dienste ableisten
322	Vereinfachte Dienst Planung vereinfachtes Dienst Modell Max 1 Nachdienst am Stück Max 3 Nächte pro Monat
323	Aktuell bis zu 3 Nächte a 16 Stunden am Stück und 6-7 Nächte pro Monat Standard. Jeder Dienstplan wird abgelehnt vom BR, interessieren tut es niemanden Bereitschaftsdienst nur, wo kontrolliert Arbeit die Ausnahme ist: vollumfängliche Einhaltung der im Allgemeinen zulässigen maximalen Arbeitszeiten (am Stück, binnen 24 Stunden, ...) auch im Gesundheitswesen. Ansonsten eher langfristig planbarer Schichtdienst mit kontrollierter Einhaltung der Arbeitszeiten und mit die zusätzliche körperliche Belastung wiederspiegeln dem Freizeitausgleich
327	12 Stunden Dienst mit längerfristiger Planbarkeit und mehrere gleiche Dienstzeiten am Stück mit anschl. Freizeit bevor neuer Block beginnt.
328	Bessere ärztliche Besetzung , höheren Personalschlüssel
330	Weniger wochenenddienste, zwingend frei wählbare Vergütung von bereitschaftsdienende in Freizeit oder Geld, evtl Nachtdienste aufteilen zb in einen frühen Nachtdienst bis 3 Uhr, einen späten Nachtdienst ab 3 Uhr
331	Bessere Organisation der Krankenhäuser, keine OPs aus dem Tagesprogramm im Dienst, keine regulären OPs im Dienst. Nur wirklich dringliche OPs in der Dienstzeit machen, nicht "Weil sonst morgen der OP-Plan nicht klappt". Klare Definition, was in der Dienstzeit operiert wird und was nicht (gebrochener Unterarm hat zB Zeit bis zum nächsten Tag)
332	3-Schichtmodell á 8h
333	Weniger geplante Aufgaben im Dienst wenn wirklich nur Bereitschaft vergütet wird ansonsten auch volle Bezahlung
334	Reguläres Schichtmodell (aktuell 24h mit normalem Arbeitstag und angeschlossenen Dienst)
336	Höhere Vergütung, bei Arbeitsstellen mit höherer Dienstbelastung besserer Stellenschlüssel
338	lieber 24-stunden Dienste, als Schichtdienst, aber nicht mehr als drei bis vier pro Monat.
340	Raus aus Gesundheitswesen :)
341	Mehr Schichten, Last auf mehr Schultern verteilen (weniger Patienten pro Arzt)
342	Keine Bereitschaftsdienstzeit, sondern alles als Arbeitszeit anerkannt zu bekommen. Keine Minusstunden an den Tagen nach Dienst. Bessere Besetzung , auch nachts nicht allein in der Klinik sein.
343	Einstellung von Ärzten, die diese Art der Dienste gerne machen.Hauptmotiv ist Geld. Nachteil des Bereitschaftsdienstes bei uns : Da BD-Zeit gleich Arbeitszeit (aber mit geringerer Vergütung), muss Freizeitausgleich genommen werden. Die Vergütung für diesen Freizeitausgleich wird vollumfänglich vom Monatslohn abgezogen, somit ist der Verdienst mit BD geringer.
344	Lieber 12 h Bereitschaftsdienst und notfallpauschale für Patientin die ohne triftigen Grund notfallmässig kommen
347	Mehr auf die wirklich wichtigen Dinge konzentrieren. Physician Assistant Abnahme von Aufgaben wie Zugänge legen, Blut abnehmen etc.

- 348 bessere Quote Ärzte: Patienten - weniger Arbeitsaufwand bei weniger Patienten pro Kopf -> Schichten trotz Schichtdienst nicht so anstrengend
- 351 Nachtdienste mit 60 Patienten + IMC-Patienten zuviel - teils gar keine Pause möglich
- 351 Ich habe von Versuchen gehört den Chronotypen der Angestellten zu erfassen und bei der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen, das finde ich einen guten Ansatz. Ansonsten wäre mir z.B: geholfen wenn ich in einem 25h Dienst nicht alleine für alle Stationen und die ZNA verantwortlich wäre und dabei in der Regel komplett durcharbeite, manchmal ohne richtige Pause. Dem realen Arbeitsaufwand entsprechend müsste eine zweite Person Dienst haben. Ein zusätzlicher Spätdienst z.B.
- 352 Mehr Personal einstellen, um die Dienste besser verteilen zu können.
- 353 Versuch unnötige Patientenbesuche zu minimieren
- 354 Mehr Freizeitausgleich für geleistete Stunden in spät oder nachtdiensten. Nicht wochenend- und spät/nachtdienste stundentechnisch nahezu gleich rechnen wie im fröhldienst geleistete stunden.
- 356 Kürzere Dienste oder mehr Unterstützung durch den Hintergrund, um bei hohem Patientenaufkommen nicht > 12 h durch arbeiten zu müssen
- 357 Bei uns arbeiten werktags fast alle 8h (oder eher 10) Fröhldienst. 2 Ärzte kommen werktags um 16 Uhr zum Dienst bzw. am Freitag um 13 Uhr. Am Wochenende haben wir 24h Dienste. Ich würde mir gerne mehr freie Zeit wünschen. Das System finde ich grundsätzlich gut, aber man generiert auch viele Plusstunden. Andererseits wird man durch die Dienste unter der Woche und am Wochenende immer aus seinem Rhythmus gerissen.
Ich würde gerne weniger Prozent (zB. 60%) arbeiten, aber man muss ja auch was verdienen.
- 359 Besser Bezahlung, bessere Planbarkeit, größeres Team
- 362 Mind. 2-Schichtmodell ähnlich wie bei den Krankenpfleger*innen (5-7 Tage in derselben Schicht) mit entsprechendem Freizeitausgleich und Schichtzulage.
- 364 Der Personalschlüssel muss ausreichend sein, dass während Bereitschaftsdiensten real die Möglichkeit für Ruhezeiten besteht. Also zB zwei Ärzt*innen gleichzeitig im 24h Dienst, dann aber einhergehend mit Neueinstellungen damit es nicht in doppelter Dienstzahl resultiert.
- 365 Dieses Problem ist leider nur mit mehr Personal zu lösen.
- 367 Besser Triage, wer als Notfall behandelt werden muss und wer auch weggeschickt werden darf
- 368 Es braucht einfach mehr Schultern (oder eben Telefone) auf denen die Arbeit verteilt wird. In der Inneren ist man immer für alle Orga-Probleme zuständig, die in keine andere Fachrichtung passen, auch wenn sie ebenfalls nicht Internistisch sind. Der RD lädt oft einfach unreflektiert mit „Diagnosen“ wie „AZ-Verschlechterung“ ab und man selber muss dann aufwendig Weiterverlegen die halbe Nacht. Echte Bereitschaftszeiten gäbe es nur mit mehr Personal. Solange die Innere Medizin durch schlechte DRGs weniger Geld hat und gleichzeitig die „Restmülltonne“ für alle anderen Fachrichtungen und sozialen Probleme sein soll, ist das Mismatch aus Personal und Arbeitsaufwand viel zu groß
- 369 Vorab: bei MKG angestellt zu 50%-in Semesterzeit ca. 4-5 dienste/month, bei momentanem semesterplan sehr selten F aufgrund der Pflichtveranstaltungen (immerhin, das funktioniert meist gut), in den Semesterferien dann 100%+, Standard sind mind. 2h Ü nach F, 2-3 24h-Dienste/Woche mit ebenfalls 2h Ü (24g -> wochentags offiziell 9:30-7:30; Fr-Sa 9:30-9; Sa-So 8:30-8; So-Mo 8-7:30)
- Kürzere Dienstzeiten u/o bessere Vergütung+Freizeitausgleich+weniger Dienste. Letzteres und das Erste natürlich am besten machbar durch mehr Kollegen-aber woher zaubern? Auch tw mehr Kollegen/tw Doppelbelegung der Dienste wäre eine Arbeitserleichterung jedoch ist wohl auch da das Problem des Fachkräftemangels anzubringen.
Ob Bevölkerungssensibilisierung zusätzlich was brächte? A la weiterhin darauf aufmerksam machen was ein notfall ist jnd was nicht, erneute Werbung für die 116117 (erstaunlich unbekannt)
- 370 mehr Erholungszeit statt nur dienstfrei am nächsten tag. wenn durchgearbeitet wurde weitere tag zum erholen OHNE Minusstunden
- 372 3 Schicht Modell statt 2 Schicht Modell
- 375 Bessere Vergütung
Besserer Personalschlüssel Arzt - weniger Patienten
Mehr Freizeitausgleich für nächtliches Arbeiten
- 376 Personalaufstockung, externe Entlastung
- 377 Patientenlenkung und dadurch Entlastung der Rettungsstellen
- 379 Mehr planbare Aufgaben/organisationsaufgaben am Vormittag.
Nur Notfallversorgung am Nachmittag/in der Nacht.
- 380 Mehr Personal
Bis maximal-12h Schichten.
Weniger Nachschichten pro Monat, ggf mit Freizeitausgleich.

- 381 - Dreischichtsystem/ggf nachts 12h
 - ausreichend Kollegen im Frühdienst/Zwischendienst, damit nachts wirklich nur Notfälle behandelt werden müssen und nicht der Appendix, der seit 8 Uhr morgens in der ZNA wartet
 - 100% Vergütung für Anwesenheit
 - ansprechende Bereitschaftsräume/etwas gesundes zu essen abends?
- 384 Kürzere Dienstzeiten für den Einzelnen, also keine 24h Schicht, gerne 8 bis 12h Schichten. Bessere Personaldeckung in Dienstzeiten um die Belastung zu verringern, z.B. nicht zur ein Diensthabender ab 16 bis zum nächsten Morgen, sondern einen weiteren bis vielleicht 20 Uhr.
- 391 3 Schichtsystem ist schon eine gute Lösung!
- 392 Ausreichend Regenerationszeit nach Nacht- und langen Bereitschaftsdiensten.
- 395 Keine Dienstzeiten > 8 Stunden, Einhaltung von Ruhezeiten, realitätsgetreuer Abgleich von Mehrarbeit bzw. Überstunden
- 396 Weniger Ausnahmeregelungen, dadurch Beteiligung fast aller am Dienstpool, somit größere Verteilung der Arbeitslast und Entlastung jedes Einzelnen
- 397 Feste spätdienste, weniger Stunden
 Nachtdienste kürzer
- 398 Wir brauchen jemand in der ZNA und jemand auf der Peripheren
- 399 Bei uns sind alle zufrieden, weil selbst der Vordergrunddienst aufgrund der Wohnnähe nicht im KH erzwungen wird, da wir keine Notfallklinik sind.
- 402 Die Arbeit nach 16 Uhr besser vergütet
- 403 an meiner konkreten Arbeitsstelle ist der Dienst gut organisiert. Vergütung von Nachtstunden bei Bundeswehr schlecht.
- 405 bessere Vergütung, 12h Modell aber geringere Arbeitsbelastung
- 407 Mehr Unterstützung von anderen Berufsgruppen (z. B. Blutabnehmdienst, mehr Delegation von Organisatorischem, bspw PA oder Stationsassistenz - auch am WE! Und mehr Wtlastung durch ÄBd und Leitstelle. (In Bw braucht es dringend Leitstellen doe den Patientenazrom mitregeln, ähnlich Hessen bspw!)
- 408 Mehr Personal, die Last auf mehr Schultern verteilen.
- 413 bessere Vergütung von Nacht-/ Wochenendarbeit
- 415 Nur notwendige Punkte zu operieren und nicht zur Entlastung des Tagesprogramms semielektive Punkte anzugehen.
- 416 Mehr ärztliches Personal, dadurch würden sich die zusätzlichen Ruf- oder Bereitschaftsdienste pro Arzt reduzieren.
- 422 Zeit im KH ist arbeitszeit, auch im Bereitschaftsdienst ist man 100% der zeit an der Arbeitsstätte, das sollte sich auch in der Bezahlung widerspiegeln.
 Konkrete Pflicht zum (zeitnahen!)FZA, nicht Wochen später, und einhalten der ges. Höchstarbeitszeiten. Auch bei Ärzten kommt nach müde blöd...
- 423 Kein Dienst länger als 12 Stunden. Keine "Übergabe" nach der eigentlichen Arbeitszeit, sondern überschneidend mit der Arbeitszeit der nächsten Schicht. Kein Übertragen von Aufgaben "nach der Arbeitszeit" (z.B. nach dem Nachtdienst Briefe schreiben bis 10 oder 11 Uhr).
- 424 Mehr Personal, Präsenz von Fach oder Oberärzten, zuverlässige Dienstpläne ohne ständiges Einspringen, Wertschätzung auch wenn man mal nicht Einspringen kann
- 426 Dienst ab 16 Uhr. Am Wochenende 12/12 Stunden. Auch für den Hintergrund.
- 428 Mehrschichtmodell mit überlappenden Dienstsystemen
- 431 Die monatliche dienstmenge reduzieren durch entsprechende Anzahl an Personal. 3-4 24h Dienste im Monat sind locker zu organisieren. 5-8 sind auf Dauer zu viel.
- 433 Mehr Personal, um Arbeitsaufgaben realistisch in 9h zu erledigen, Früh und Spätdienste überlappend Wechselseitig um Überstunden zu vermeiden, Bereitschaftsdienst allein tätig im Haus erst ab 20 Uhr
- 434 Notaufnahme nicht als Ersatz für Kinderarztpraxen sehen
 Verständnis der Eltern das nur Notfälle schnell behandelt werden und das Banales bis zum nächsten Tag warten kann oder der Kinderarzt die erste Anlaufatelle ist
- 436 vernünftige Einschätzung, ob eine Versorgung wirklich in der Dienstzeit nötig ist. Häufig wird taktiert, elektives zu erst erledigt obwohl der Notfallpatient schon im Raum ist
- 437 Facharzt vor Ort. Nicht nur 1 Assistenzarzt für 350 Patienten + Notaufnahmen + 500 Heimbereichsbewohner
- 439 Für mich ist wichtig, dass man nicht durch Dienste in Minusstunden gerät (was es in manchen Häusern leider gibt).
- Dienste haben für mich fürs Lernen und eigenständige Arbeiten sowie den Teamzusammenhalt auch Vorteile!! Nur schade, dass die Familie darunter leidet...
- 443 Genügend qualifiziertes Personal in allen Berufsgruppen im Dienst. Eine Schwester mit wenig Erfahrung ist oft leider nicht ausreichend- so dass dann auch Arbeit auf den Arzt zurückfällt.

	Dieser hat aber oft auch schon mehr als genug Patienten zu versorgen und kommt damit nicht rum. Es sollte ggf. ab einer gewissen Patientenzahl (in unserer Klinik z.B. ca. 300, davon ca. 100 schwerstkranke und 10 beatmete Pat.) über mehr als einen Arzt in Dienst nachgedacht werden...
444	Mehr Personal
445	Anderes System, um nachts wirklich nur Notfälle in Notaufnahmen zu behandeln, zB durch Patientenschulung, Möglichkeit Patienten abzuweisen ohne damit verbundenen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, bessere Nutzung des KV Dienstes/der 116117, ggf finanzielle Hürde (Notfallpauschale/Notaufnahmegebühr);
446	bessere Triage in der Notaufnahme & Verweis von Nicht-Notfall-Patienten an ÄND/Hausarzt
447	Mehr Personal, zB auch mehr Teilzeitarbeitende, um die Dienstbelastung zu reduzieren.
451	Eine vernünftige Vergütung für tatsächliche Anwesenheit in der Klinik und keine pauschalen Berechnungen wo von bspw. 2 Stunden Arbeitszeit im Dienst und restliche Zeit als Rufbereitschaft ausgelegt wird, würde den Anreiz für Dienste deutlich erhöhen. Ebenfalls sind viele Patienten elektiv vor Ort. Auch hier könnte vermehrt überlegt werden welchen Aufnahmen tatsächlich indiziert sind.
454	Vermutlich gibt es keine andere Möglichkeit.:(Wechsel in ambulante Tätigkeit. „Augen auf bei der Berufswahl“
455	Bei Personalausfall Dienstübrnahme durch Hintergrund prüfen. Bei hoher Dienstbelastung Freizeitausgleich gewähren. Zeitnahe Supervision psychisch belastender Fälle anbieten. Persönliche Dienstwünsche Vorrang geben statt reiner Tarifvertragvorgabe (für mich sind 12 Stunden Nachdienste weniger belastend als Tagdienst. Es gibt ausreichend Kollegen die andersherum lieber Tag-statt Nachtdienst machen. Dennoch werde ich für beides eingeteilt und muss im Nachhinein ständig tauschen, obwohl die Präferenzen dem Dienstplaner bekannt sind. Dieser verweist auf Tarifvertrag (max 4 Nachdienste + 2 Tagsienste...).)
457	Mehr Personal im Frühdienst, sodass Regelarbeit nicht in die Dienstzeit fällt, sondern lediglich die Notversorgung. Bessere Vergütung schafft Anreize für Kinderlose mehr Dienste zu übernehmen (aktuell DRG, bildet aber keinesfalls den Aufwand ab, genauso die HSA-Pauschale, die lächerlich ist. Alle Sprechstunden laufen ins Minus, da wir maximalversorger sind und damit eher Schwerstkranke und komplexe Fälle sehen, die Zeit und Ressourcen verbrauchen)
461	Höhere Vergütung Bereitschaftszeit sollte als Arbeitszeit zählen Keine Minusstunden am Folgetag
464	Bei mir ist tatsächlich einfach die Sache der Vergütung und des Freizeitausgleichs ein Problem. Es ist ein wirklich hoher Arbeitsaufwand bei uns (normal sind 2-3 Std Schlaf die Nacht, ansonsten immer Patienten) und das gibt die Bezahlung, die als "Rufbereitschaft" abgegolten wird, obwohl immer was zu tun ist, einfach nicht wieder. Man fühlt sich dadurch auch einfach nicht wert geschätzt.
465	Mehr Personal, geregelterer Schichtdienst, weniger Arbeit am Stück
467	Abgesehen von akuten Notfällen ist die Belastung in den Nachdiensten meiner Erfahrung nach wesentlich verknüpft mit einer ausreichenden ärztlichen Grundbesetzung. Wenn Stationen im Regelbetrieb gut besetzt und die Patienten gut versorgt sind, sammeln sich nachts keine Unmengen (vorhersehbarer und vermeidbarer) Probleme an und der Nachdienstarzt muss keine/weniger versäumte Routine-Stationsarbeit verrichten. Bei ausreichender Besetzung ist die Anzahl und Belastung der Dienste tolerierbarer und unter den Kollegen besteht eine höhere Einspringbereitschaft bei Vakanzen. Hingegen schlechte Grundbesetzung -> überlastete ärztliche Kollegen, höhere Infektanfälligkeit, insgesamt höhere Ausfallquoten in Diensten, mehr kurzfristig nachzubesetzende Dienste, anstrengendere Dienste, da Patienten tagsüber bereits schlechter versorgt wurden und Probleme übersehen wurden.
	Zudem: 24 h-Dienste sind die Hölle und eigentlich in jedem Fachbereich grob fahrlässig. In einen Nachdienst sollte man ausgeruht starten dürfen. Nach einem Nachdienst sollte man sich ausruhen dürfen.
468	Es gibt KH wie in Königs Wusterhausen, auf der Inneren gibt es einen Frühdienst der länger bleibt bis der Nachdienst von 19:00 bis 8:00 Uhr kommt, das ist sehr angenehm. Und wesentlich entspannter, dort auch mit weniger Fehlzeiten, da die ersten 8,50 voll und die restlichen 4,50 Stunden zu 80% zur Arbeitszeit zählen. In meinem Haus ist Bereitschaftszeit länger und nur bei 60%
469	Mehr Personal, sodass die Dienstbelastung auf mehrere Schultern verteilt ist.
472	Man müsste einfache leichte Beschwerden z.B. bei gerade erst pos, Schwangerschaftstest oder Harnwegsinfekte auf die Praxis an nächsten Werktag /den med. Bereitschaftsdienst

	verweisen dürfen. Nur leider schicken auch die allgemeinärzte simple harnwegsinfekte oder magen-Darm-Infekte in der Schwangerschaft leider nochmal in die Notaufnahme. Auch Kollegen der Urologie behandeln anscheinend keine Harnwegsinfekte, wenn es Frauen sind. Wir geben alle so Sorge, wegen selten Übersehenem verklagt zu werden, dass dann im Notdienst alles sicher abgeklärt werden muss. Ein Dilemma
473	Eigenbeteiligung 100 Euro, wie in der Schweiz.
475	Nur wirkliche Notfälle, den ganzen Quatsch durch nicht ärztliches Personal weggeschicken
477	Entsprechend faire Bezahlung und Freizeitausgleich. Ggf. mehr Urlaub zur Erholung
486	Zuverlässiger Freizeitausgleich Weniger zwischen Schichten hin und her springen
492	3 Schichtsystem, keine Bereitschaftsdienste, da sowieso immer gearbeitet wird. Freizeitausgleich für Wochenenddienste. Mehr Personal.
496	immer digitale Tools vor Arztkontakt einfügen
497	Zeiten auf mehr Personal aufteilen. Für Dienste am Wochenende einen Ausgleichstag unter der Woche bereitstellen.
506	Alleine zu arbeiten im Spät- und Nachschicht ist nicht normal. Die Belastung ist häufig höher als in Frühschicht, die Stunden werden aber gleichbgezählt. Extra Geld gibt es nicht. In freier Wirtschaft würde nicht mal die Putzfrau um 02:00 Uhr arbeiten wollen für weniger als 100 Euro extra pro Stunde. Wir sind hoch ausgebildete Fachkräfte und werden ausgenutzt. Ein Arzt kann eine Familie mit nur einem Gehalt nicht mehr ernähren. Außerdem sind die Gehalter unabhängig von Region fast gleich, auch wenn eine Miete in Bayern deutlich hoher ist als eine Miete in Sachsen Anhalt zB
507	Vornehmlich Entlastung von Dokumentation und Bürokratie. Einplanung von Zeit für Fort - und Weiterbildung in die Arbeitszeit, Möglichmachen lebenslangen Lernens auch für ältere Fachärzte. Sehr wichtig finde ich als ausgesprochene Nachteile die Berücksichtigung von Schichtwünschen- nicht jeder mag früh aufstehen, nicht jeder nachts arbeiten, meiner Erfahrung nach gleicht sich das innerhalb des Teams aber oftmals sehr gut aus . Auf Intensivstationen halte ich eine Maximalanzahl schwerkranker Patienten pro Arzt für sinnvoll, auf meiner Station kann man nachts theoretisch mit 18 Patienten alleine sein, was de facto nicht sinnvoll zu betreiben ist und zu Anspannung und letztlich Unzufriedenheit und Überlastung führt. Jenseits der Organisation der Patientenversorgung glaube ich, dass langjährige Schichtarbeit innerhalb der Ärzteversorgung mit einem möglichen früheren „Renteneintritt“ berücksichtigt werden sollte.
515	Mehr Personal in den Nachtdiensten um weniger Belastung im Dienst zu haben
518	mehr Personal, sodass sich die Dienste auf mehr Leute aufteilen
520	Genaue Absprache mit den vor Ort Arbeitenden, es gibt zumindest bei uns Einige, die bevorzugt Nachtdienste wünschen, diese sollten bei der Dienstplanung entsprechend häufiger berücksichtigt werden, um bessere Zufriedenheit zu erreichen
524	Keine „kurzen Wechsel“ zwischen den Diensten und der normalen Tagesarbeit, 1 zu 1 Übertragung in Plusstunden mit dem Angebot auf zeitnahe Freizeitausgleich, Aktivstunden auch entsprechend zu bezahlen und keine Pauschalvergütung als Bereitschaftsdienst ab einer gewissen Uhrzeit, keine 24 h Dienste, bzw. wenn, dann direkten Freizeitausgleich im Anschluss
530	Modell ist ok, wird nur nicht korrekt umgesetzt
531	Mehr und besser bezahltes Personal, um die Dienstbelastungen für den Einzelnen zu reduzieren. Besserer Ausbau bzw. weniger Niederwirtschaften der ambulanten Versorgung, um die Dienstbelastungen insb. in den Notaufnahmen zu Dienstzeiten zu reduzieren, wenn eigentlich ambulant zu händelnde Krankheiten/Beschwerden aufgrund mangelnder ambulanter Versorgungsstruktur in Notaufnahmen landen. Insbesondere die Organisation von KV-Praxen und deren Vergütung (v.a. in medizinischen Bereichen, die nicht unbedingt apparativ arbeiten) sollte grundsätzlich überdacht werden. Bspw. sollten niedergelassene Ärzte bei den KVen angestellt werden, da niedergelassene Kassenärzte ohnehin nicht wirklich reell selbstständig sind, sondern unendlich viele u.a. auch kostenintensive Vorgaben der KVen erfüllen müssen, die diesen häufig enorm viele Dinge erschweren, wobei sämtliche Risiken auch hinsichtlich Kosten an den Ärzten selbst hängen bleiben, was ungerechtfertigt ist und was keine andere Berufsgruppe jemals so mitmachen würde. Auch die Budgetierung, die steigende Überhäufung mit bürokratischen Hürden/Vorgaben und immer mehr arbeits- und kostenintensive organisatorische Vorgaben fördern den Willen, sich als Kassenarzt niederzulassen und an der ambulanten Kassenpatienten-Versorgung mitzuwirken, in keiner Weise. Eigentlich entspricht das aktuelle System für KV-Ärzte einer Anstellung, was Vorgaben und Reglementierung angeht, wobei das Risiko dabei schön von den Ärzten getragen werden soll. Das kann so nicht weitergehen und auf diese Weise wird das ambulante Gesundheitssystem (zumindest für Kassenpatienten) niedergewirtschaftet und nicht mehr lohnenswert (zumindest für nicht- oder nur wenig-apparativ arbeitende Ärztegruppen) gemacht. Auf diese Weise werden die Notaufnahmen immer mehr belastet,

	weil Patienten keine Facharzt-Termine mehr bekommen (außer, die Hausärzte kümmern sich direkt darum, was für Haus- und Fachärzte quasi eine zusätzliche Büroarbeitskraft für die nicht enden wollende Telefon-Arbeit bedeutet, damit man zumindest ein paar Euro für Neu-Patienten als "extra Vergütung" erhält und nicht für Umme arbeitet).
532	Unabhängig vom Arbeitsaufwand Einführung von Diensten als Aktivarbeitszeit zu jeder Uhrzeit da grundsätzlich irgend etwas immer zu tun ist (bspw Briefe schreiben, Weiterbildung etc)
536	Spät- und Nachtdienstblöcke mit FZA
540	Triage, Online Terminvereinbarung für Notfall Patienten für die Praxis aber auch für das Krankenhaus. Wenigstens höhere Bezahlung, da Dienste lange nicht mehr Bereitschaftsdienste sind
541	Eine vorabselektion der Patienten, sodass tatsächlich Norfälle versorgt werden und die ganzen Patienten die in die ambulante Behandlung gehören nicht den Rahmen des Bereitschaftsdienstes sprangen.
543	Höchstens 12h Schichten, auch mal Home Office zum lernen in der Weiterbildung, mehr Lohn, mehr Freizeitausgleich
547	Insgesamt mehr Stellen im Team -> bereits geringere Arbeitsbelastung vor 16 Uhr, da aufgeteilte Arbeit -> weniger zusätzliche Aufgaben für den Arzt nach 16 Uhr und insgesamt weniger Dienste nach 16 Uhr für alle Teammitglieder
550	Dienstpläne mit längerem Vorlauf, mehr Berücksichtigung von Dienst Wünschen, Tauschmöglichkeiten, weniger Dienste
556	Maximal 12h Dienste, wo dauerhaft ein Facharzt oder Oberarzt im Haus bleibt und mitarbeitet. Ggf 2 oder 3 - Schicht-Modell, vor allem auch am Wochenende! Auf keinen Fall 24h-Dienste oder mehr.
558	Notfälle haben immer das Recht zu kommen. Leider sind es in den allermeisten Fällen keine Notfälle sondern dreiste Menschen: RTW = Taxi und nach 16h = kürzere Wartezeiten oder kein Termin vereinbaren müssen.
564	Zeit in der vollständig gearbeitet wird sollte keine Bereitschaftszeit sein! Vielleicht könnte man, abhängig davon wie viel im Dienst zu tun war, nachträglich noch ändern ob der Dienst wirklich als Bereitschaftszeit gelten sollte
567	kein Operieren von Elektivprogramm in der Dienstzeit. Für die ZA: Stärkung d. Ärztlichen Bereitschaftsdienste und Weiterschicken von Nicht-Notfallpatienten in die BDZs.
568	Notfallpraxen mit längeren Öffnungszeiten Notfallpraxen mit Laboranbindung
572	Angemessenen personalschlüssel, organisatorische Unterstützung bei bürokratischen Aufwand.
573	Bessere Vergütung und mehr Personal in Dienstzeiten, Freizeitausgleich für Dienste; in meiner Klinik sind die Dienste immer zusätzlich zur wöchentlichen Arbeitszeit; Das ist mit Familie sehr schwer vereinbar); dadurch größere Bereitschaft Dienste zu übernehmen; dadurch weniger Belastung in den Diensten
574	- Möglichst direkter Transport von Kranken/Verletzten direkt in Einrichtungen mit den passenden Fachabteilungen (das kann Verlegungen und Mehrfachbesuche reduzieren)
577	Übernahme der Nachtdienste durch Kollegen, die sich bewusst für diese Arbeitszeit entschieden haben und evtl. auch nur in Teilzeit angestellt sind
578	Nachtdienste/ Spätdienste analog 8 h Modell, 12 h Dienst am Wochenende statt 24 h und/oder zusätzlichen Arzt zur Visite am Wochenende je nach Patientenbelegung
580	Mehr Personal, sodass diese ab 16:00 arbeiten können.
586	Ich finde unser Modell (unter der Woche 12h Dienste und an den Feiertagen und Wochenenden 24h Dienste, sowie ein rufdienst der 24h bereit ist) eigentlich gut jedoch sind wir „nur“ 3 (assÄ FÄ oÄ) im Dienst und ich denke dass 2x AssÄ der Aufgabe an dem Wochenende und Feiertagen deutlich mehr gerecht werden würden. Wir sind ein großes Haus mit vielen Geburten haben 3 Stationen und 4 IMC Betten und die Ambulanz das ist oft so dass man sein Bereitschaftsdienstzimmer nicht von innen sieht und das ist zu anstrengend! Und so ist Bereitschaftsdienst auch nicht definiert. Aber es gibt nicht genug Geld für mehr Personal um das umzustruktrieren
587	Mehr Personal und dadurch geringere Dienstbelastung
590	Rechtzeitige Ablösungen bei Diensten, aktuell regelmäßig Ablösung zur Nacht mit min. einer Stunde Verspätung
592	Mehr Bewusstsein schaffen dafür, dass man in der Notaufnahme nicht der Ersatz für den Hausarzt ist und beschwert seit 4 Wochen kein Notfall sind
593	Ich finde Schichtdienste oder Bereitschaftsdienste mehr als 8h zu viel.
594	Patientenbildung, damit in der Zeit auch wirklich nur Notfälle ins Krankenhaus kommen, dann evtl. Notaufnahmen bündeln mehr Personal, Dienste auf mehr Schultern verteilen

- 595 Bessere Arbeitszeitmodelle auch mit zumindest teilweise Freizeitausgleich bei Rufbereitschaften. Erhöhung Nachts- und Feiertagszuschläge. Abschaffung von PPP-RI Personalberechnung, in der Psychiatrie für Ärzte. Abbildung des tatsächlichen Personalbedarfs inklusive Dokumentationspflichten und dadurch Abbau von Mehrarbeit.
- 597 Bessere Besetzung nachts, Anreize wie hohe Vergütung oder Freizeitausgleich. Keine Minusstunden am Folgetag
- 598 Mehr Personal! Und ein anderes Dienstmodell.
Wir sind in unserer Kinderklinik 80 Ober, Fach und Assistenzärzte auf 63 vollzeitstellen und haben 10.000 Überstunden (Stand Dezember 25).
Auf den Stationen gibt es nur Tagdiele von 07:45-16:30 (die mit schul und Kita bringzeiten wenig kompatibel sind)
Zusätzlich finden interne Besprechungen, Elterngespräche und Diagnostik meist nachmittags statt sodass keiner pünktlich Feierabend macht! Im Schnitt gehen wir 18:30- 19Uhr nach Hause.
Ich denke eine komplette Umstellung auf ein 3 schichtsystem mit zusätzlichen Zwischendiensten um Kernzeiten abzudecken wäre sinnvoll und nötig. Dadurch hätte man zwar mehr Dienste aber kürzere Arbeitstage.
- 599 Freizeitausgleich, ausreichend gute Personaldecke um zu viele Dienste zu vermeiden, Anerkennung für geleistete Arbeit, guten Support durch Hintergrund statt ständiger Kritik
- 602 Bereitschaftsdienste gerne, aber nur wenn sichergestellt ist, dass man nur für Notfälle gerufen wird
ansonsten Drei-Schicht-System
- 603 Nachts zu arbeiten ist eh schon anfälliger für Fehler - es sollte dann besser strukturiert und oberärztlich betreut sein, nicht einfach auf den/ die Assistent/in abgeladen werden. Ein gut betreuter Dienst verschiebt den Schlafrhythmus, aber muss inhaltlich/zeitlich nicht so viel unberechenbarer oder stressiger oder langatmiger sein als der reguläre Frühdienst.
- 605 Viele Patientinnen kommen im mitternacht oder am Wochenende wegen Beschwerden, die kein Notfall sind und die meisten finden keinen Termin bei einem niedergelassenen Gynäkologen, sie kommen sogar mit einem RTW, das ist sehr unfair für einen Arzt/Ärztin, der 24 Stunden am Tag im Dienst ist und viele stationäre Patientinnen sowie Schwangere im Kreißsaal hat.
- 606 Mehr Personal, auch für mehr Spätdienste; größere Planung von Reservekapazitäten um Wartezeit für Patienten und Verlagerung von Dienstbelastung in Nachtdienste zu reduzieren,
- 610 Bereitschaftsdienste mit adäquater Vergütung und entsprechend fairem Freizeitausgleich
- 615 Mir gefällt das Arbeitsmodell wie es aktuell ist. Es gibt Frühdienst und Nachdienste. Die Nachtdienste 16h. Leider wird das Arbeitsmodell bald auf eine 3 Schichtsystem geändert, was keiner meiner Kollegen gut findet, da die Vergütung deutlich geringer ausfallen wird.
- 618 - Keine 24 h Dienste, max. 12 h Dienste
- zeitnaher Freizeitausgleich
- 619 Geschultes Personal für eine adäquate triagierung (Va in der Augenheilkunde muss nachts bei weitem nicht jeder Patient gesehen werden), mehr Personal, besserer Ausbau der ambulanten Notfallversorgung (viele Patienten kommen im Dienst, Va an den WE, mit Bagatellen und oft auch weil sie ambulant keinen Augenarzt-Termin zeitnah bekommen als Notfall)
- 620 kurze Wechsel im 3-schicht-modell (man kommt nach nachtdienst morgens nach hause und geht am nächsten tag in den frühdienst) nur als ausnahme und nicht als regel!
andere aufgabenverteilung, zb keine pflicht briefe in der Nacht zu schreiben, stattdessen schöafmöglichkeit wenn patient*innen versorgt sind
- 621 Klassisches 8h System. Wie sollen wir nach 23h im Dienst (wo von ja realistisch gesehen mindestens 20h reine Arbeitszeit sind) noch über Menschenleben entscheiden? Ärzte dürfen keine Fehler machen, Patienten werden ermutigt, gehen die "fahrlässigen Halbgötter in weiß" zu klagen, aber wie soll man unter den Arbeitsbedingungen denn gute Arbeit leisten?
- 623 Mehr Personal, kürzere Bereitschaftsdienstzeiten, keine Minusstunden nach Bereitschaftsdienst damit Überstunden nicht erstmal zum Ausgleich dieser Minusstunden gebraucht werden. Möglichkeiten FZA zu nehmen (bei uns realistisch nicht möglich obwohl vorgeschrieben)
- 628 Mehr Wertschätzung in Wort, Finanzen und kürzeren Dienstzeiten nachts (bzw. V.a. weniger Belastung durch bspw doppelte Besetzung)
- 632 Bessere Triage an der ZNA.. auch Abweisen von Patien zu n wenn es kein Notfall ist (bspw. Juckreiz im Genitalbereich, positiver schwangerschaftstest) bzw KV-Dienst Ausweitung.
Verpflichtendes realisieren des FZA-Ausgleichs bei Überstunden innerhalb der nächsten zb. 3 Monate (Stunden werden sonst ewig gesammelt wenn opt-out nicht unterzeichnet wurde)
- 634 Online Sprechstunden aus dem Ausland. Wenn bei uns Tag ist, ist woanders Nacht und umgekehrt. So könnte zumindest die Patientenzahl und damit auch die Last durch Dienste

	verringert werden. Oberärzte anwesend, sodass keine konstante Überforderung eintritt und die Schwelle zum Anrufen und um Hilfe bitten geringer ist. Wer seine Gesundheit und viele opfert, sollte dafür ausreichend entlohnt werden in Freizeit und Geld. Zusätzlich Betreuungsangebote/ababysitternetzwerk für Kinder. Wenn beide Partner im schichtdienst arbeiten, ist das sonst unmöglich.
640	Mehr Personal, dadurch weniger Dienste im Monat.
641	Skandinavisches Modell. Gatekeeper über geschulte Pflegekraft/MFA/PA der entscheidet ob Versorgung am selben Tag notwendig, dann verpflichtender Erstkontakt (außer lebensbedrohliche Notfälle) zu hausärztlichem Bereitschaftsdienst (Telefon/Video/Persönlich). Selbstkostenbeteiligung/pauschale bei Kontakt im "Notdienst", statt Wiedereinführung der allgemeinen Praxisgebühr, kann bei stat Aufnahme mit dem Krankenhaustagegeld verrechnet werden. Keine 24h Bereitschaftsdienste mehr. Aufteilung 1 Präsenzdienst max 12 Stunden. 1 Arzt vom Frühdienst bleibt 8-20 Uhr. Dann Nachbereitschaft 20-8 Uhr. Generell maximale Arbeitszeit von 12 Stunden am Stück!
643	Ich glaube, es braucht vor allem mehr Personal und finanzielle Mittel, um das zu verwirklichen. Ich weiß nicht genau, warum es beispielsweise in Österreich deutlich besser klappt, aber dort ist man fast immer um 16:00 / 16:30 Uhr draußen und das gibt einem deutlich mehr Lebensqualität. Deswegen wäre mein Vorschlag, sich das österreichische Modell genauer anzuschauen und sich davon was abzugucken. Aber beispielsweise kein 24h Dienst, sondern der Dienst kommt um z.B. 14 Uhr und alles, was noch anfällt nach 16 Uhr, bleibt für den Dienst ; und dieser bleibt dann nicht 24h, das wäre meiner Meinung nach ein ganz gutes Modell
644	Separater Spät-/Nachbereitschaftsdienst für Normalstationen Adäquater Freizeitausgleich (zumindest als Angebot) um vertragliche 40 Stunden/Woche halten zu können
645	Mehr Ausgleichszeiten für geleistete Dienste
646	Vorwärts rotierende Schichten. Nur 2 Nachdienste am Stück. Keine anschließenden Dienst nach Nächten. Max 10h am Stück, wenn kein Bereitschaftsdienst
648	Wir sehen besonders nachts keine akuten Notfälle, sondern Wünsche nach Zweitmeinung oder Beschwerden seit 3 Wochen. Es sollte möglich sein, diese Patienten nachts nicht in der Notaufnahme anschauen zu müssen.
649	- Notaufnahmen entlasten durch GUTE 24h Bereitschaftsdienstzentralen der Hausärzte, so dass wirklich nur Notfälle in der Notaufnahme versorgt werden. - Mehr Personal auch im Dienst. - Pflege, die einfache Tätigkeiten wie die Anlage von peripheren Zugängen übernehmen darf. Würde sehr entlasten!
653	Ausreichende Personaldecke in allen Schichten, um eine zu hohe Belastung zu vermeiden und Pausenzeiten zu gewährleisten
654	Krankenhausübergreifende Regelung zum Freizeitausgleich, Mindestanzahl an Diensten im Monat, Flexzuschlag bei kurzfristigem Einspringen.
658	Das ist leider sehr klinikabhängig und von Teamgröße, Intensivstation und OP-Aufkommen abhängig
659	Freiwilligenbasis kein Dienstzwang Besser Bezahlung
661	- Notfallpauschale - jeder Notfall, der von vornhereinsagt, dass er wieder nach Hause gehen wird, kann sich am Folgetag vorstellen. - Fälle, die am gleichen Tag bereits ambulant Labor erhalten haben, müssen dies vorlegen - Patienten ohne mitgebrachte, aber bekannte, Blutgruppennachweis, müssen die Kosten selber tragen. - postoperative Vorstellungen im KH, das die OP durchgeführt hat. - Belehrung durch den Rettungsdienst, dass bei Entlassung nicht automatisch ein Rücktransport indiziert ist.
662	Wir haben aktuell ein Spät+Berichtsdienst Modell, wodurch wir häufig von 3 Uhr nachmittags bis 7:30 morgens durcharbeiten müssen. Dies bedeutet nicht nur die enorme Belastung in der Nacht, sondern auch Patientengefährdung ab einem bestimmten Zeitpunkt. Da würde ich 12h Dienste für die dienstmannschaft besser finden (ggf. Mehrere Blöcke im Monat)
664	In der Notaufnahme: Entweder kann die Pflege nach Triage Patienten auch ohne Arztkontakt wegschicken und auf den nächsten Tag verweisen oder der Arzt erhält mehr als eine Bereitschaftsvergütung, weil er sich jeden Patienten angucken muss.
667	Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit! Nicht nur prozentual bezahlen und erst recht nicht Stunden für den nächsten Tag abziehen!! Viel zu wenig Geld und es gibt keinen Freizeitausgleich! Es braucht mehr Ärzte im Team und nach 24h Dienst hat man auch 24h gearbeitet und nicht abzüglich irgendwelcher Zeiten. Ergo ist eine 40h Woche nach 2

- 668 Diensten voll!!!!!!! 70-80h regelhaft pro Woche ist nicht mehr zeitgerecht!
Bessere Freizeitausgleiche u längere Ruhezeiten - mind 1x wöchentlich muss man mind 36
stunden am stück frei haben; keine Opt Out Möglichkeiten - man muss genug leute anstellen
sodass niemand mehr als ein gewisse wöchentliche Stundenanzahl erreicht;
- 676 Mehr Unterstützung aus dem ambulanten Sektor mit besserer Erreichbarkeit der
Notfallpraxis, längere Öffnungszeiten der Notfallpraxis an Wochenenden
bessere Aufklärung in welchen Fällen eine Notaufnahme besucht werden sollte und wann
nicht (15 Jahre Schnupfen seit gestern, 17 Jahre Bauchschmerzen seit 4 Wochen vs 10
Minuten anhaltender Krampfanfall, obstruktive Bronchitis mit Luftnot)
- 678 Nacht- und Wochendarbeit deutlich höher Bewertungen und Infolge dessen mehr
Ausgleichszeiträume schaffen.
- 679 Nachtarbeitszeit sollte stärker gewichtet werden (z.B. 1,2 fache Anrechnung der Stunden) um
die Gesamtbelastung zu reduzieren und die unattraktiven Arbeitszeiten mit mehr Freizeit zu
kompensieren, ohne Minusstunden zu generieren
- 683 Aufkommenangepasste Rufdienste fänd ich elegant.
- 686 Bessere Bezahlung, nicht so lange am Stück arbeiten, mehr freizeitausgleich, mehr Personal
um die Belastung auf mehr Schultern zu verteilen
- 689 12-Stunden Schichten bis 4x/Monat, um Nachtdienste abzudecken.
Ggf. 8 Stundrn Schichten.
- 691 Zentralisierung, Telemedizin
- 692 Wenn Nacht-/Schichtarbeit, dann mit angemessener Bezahlung (mind. volle Bezahlung in
Bereitschaft) und ohne Minusstunden und angemessenem Freizeitausgleich am Folgetag,
Opt-out-Modell verbieten. Weniger Wechsel, sondern längere Zeit eine "Schicht", ggf. ähnlich
wie in Fabriken ein rollendes Modell (1 Woche früh, 1 Woche spät, 1 Woche nachts, 1 Woche
frei), damit der zirkadiane Rhythmus weniger gestört wird. Keine 24h-Dienste mehr, maximal
10-12h Arbeitszeit.
- 693 Mehr Personal damit echte Bereitsschaftsdienst möglich sind, mit einer guten Möglichkeit zu
schlafen. Oder statt Bereitsschaftsdiensten Vollzeitdienste in der Nacht, um die tatsächliche
Arbeitsbelastung abzudecken die dann aber entsprechend vergütet werden müssen.
Insgesamt ließe sich über eine angemessene Vergütung ein guter Anreiz schaffen, um mehr
Dienste zu übernehmen.
- 695 12h- Schichtdienst mit entsprechendem Freizeitausgleich
- 696 Bessere Vergütung innerhalb der Dienstzeit. Weniger Dienste (sprich mehr Personal).
- 701 Wie früher, normalen Dienst, danach in den Nachtdienst, aber im Gegensatz zu früher dann
1-2 Tage frei.
- 702 Mehr Freizeitausgleich- Bereitschaft wie Arbeitszeit bewerten
- 704 Standardaufgaben zwingend im Tagdienst erledigen (mehr Personal tagsüber). Nachts nur
absolute Notfallbehandlungen/minimal effort bis zum Tagdienst. Formate wie: was der
Frühdienst nicht schafft, macht der Spätdienst, was der Spätdienst nicht schafft muss die
Nachschicht erledigen - das ist absoluter Wahnsinn!
- 705 Was massiv Stress aus den Diensten nimmt ist, wenn man nicht alleine ist. So ist der Dienst
auf der Intensivstation zwar fachlich und körperlich sehr fordernd, da aber zu jederzeit
mindestens 2 Ärzte auf Station sind, ist es nicht so stressig. Als z.B. Nachschicht oder 24h
Schichten auf Normalstation
- 707 Kürzere Schichte und zum Beispiel Arbeitverteilung.
Manchmal der Oberarzt/ärztein keine Beeinträchtigung hatte in der Nacht, keine Anrufe oder
wenig, ich bin die ganze Nacht durchgearbeitet in der Notaufnahme und die Stationen und
trotzdem wir gehen beide nach Hause.
Die Arbeit von Pflegepersonal besser aufteilen bzw .im Dienst nur wirklich Notfälle, keine
geplante Sachen..etc...
- 709 Bessere Lenkung von eigentlich gesunden/nicht schwer kranken Menschen weg von der
Notaufnahme
- 710 Nachtdienst mit Bereitschaftszeit funktioniert bei uns sehr gut.
- 714 Mehr Personal. Statt 24 Stunden nur Nachtdienst (z.B. 16-8 Uhr). Alternativ 1 Tag mehr
Dienstfrei, nicht nur an dem Tag wenn man nach Hause kommt. Dazu auch bessere
Vergütung.
- 718 Man sollte entweder ein richtiges Schichtmodell wie bei der Krankenpflege für Fächer mit
hohem Patientenaufkommen schaffen, alternativ sollten Oberärzte ebenfalls zur Solidarität an
den Nachtdiensten teilnehmen wie in de Staaten oder UK. Alternativ könnte man auch wie in
Schweizer Kliniken Nachts nur Fachärzte Diensten lassen, dafür zum Beispiel mit festen
Schichtdienstplan.
Das häufige Wechseln zwischen Regelalltag 8 h mit 24 Stundenbereitschaftdiensten,
Pseudolangen Diensten oder halben Diensten (12 h) ist das Problem.
Gäbe es klare Unterschiede und mehr dem pflegerischen Prinzip zum Beispiel Notaufnahme,
ICU, IMC, wäre es besser. Dann könnte man einen 6 Monatigen Notaufnahme oder ICU Zeit

	im Schichtmodell attraktiver gestalten. Hätte weniger Ausfall und Kontinuitätsstörungen auf Normalstation.
720	Mehr Personal (eventuell Rufbereitschaft) um erhöhtes Patientenaufkommen abzufangen. Patientenaufklärung, dass nachts die Notaufnahme keine normale Sprechstunde darstellt und auch nicht für Menschen die tagsüber „keine Zeit haben“ zum Arzt zu gehen
722	Bereitschaftszeit als Arbeitszeit wenn in den meisten Nächten gearbeitet wird. Hintergrund Dienst durch Oberärztinnen
723	Mehr Personal, so dass man nicht zwei Wochen am Stück Nachtdienst hat. Mehr Freizeitausgleich. Im Bereitschaftsdienst für den „freien“ Tag keine Minusstunden bekommen.
724	Maximal 8 h arbeiten, keine Bereitschaftszeit.
725	Nur wirkliche Notfälle im Bereitschaftsdienst, keine Fälle, die am nächsten Tag nicht ins Programm passen. Keine aussichtslosen Fälle operieren, nur weil es bezahlt wird und ein zusätzlicher Fall zur Abrechnung ist.
726	Bessere Ausgleichsmodelle für Freizeit. Zudem würde es bei mehr Personal vielleicht zur Einhaltung der maximalen Arbeitszeit pro Woche kommen. Eine angemessene Vergütung für die Bereitschaft kurzfristig einzuspringen bzw. ein Springermodell mit entsprechender Vergütung würde ebenso zur Zufriedenheit beitragen.
730	Mehr als 1 Ärzt:in für 18 h—Dienste, insbesondere es nicht Rufbereitschaft zu nennen, wenn oft 12-16 Stunden am Stück gearbeitet wird; diese zumindest dann auch fair zu vergüten.
733	Mehr KollegInnen in den Nachtdiensten um Ruhezeiten zu gewährleisten und sich unterstützen zu können und somit eine gute Patientenversorgung gewährleisten zu können
735	2-3 Stellen mehr mit dienstbereiten Kollegen wären eine enorme Entlastung um Ausfälle zu kompensieren und ggf. eine zusätzliche dritte Schicht (zum aktuell zwei Schichtsystem) am Wochenende zu ermöglichen
736	Mehr Personal und größeres Team für weniger Belastung für einzelne.
737	Mehr Personal, die zusammen Dienste machen
738	Ich sehe die Schwierigkeit der Umsetzbarkeit einer 24h Versorgung im Krankenhaus. In meiner bisherigen Klinik, wäre eine zusätzlich Anstellung von Personal die Lösung, damit sich die Last auf mehr Köpfe verteilt und auch ein Krankheitsfall ausgeglichen werden kann, ohne das Einzelne völlig überlastet werden. Zudem halte ich es für absolut kontraproduktiv Ärzte und Pflegepersonal mit Aufgaben zu beladen, für die sie überqualifiziert sind (Transportdienste/Reinigungsdienste/ Essen verteilen/ Rezepte ausstellen, Blut abnehmen, Befunde anfordern usw.) und schrittweise alle zu entlassen, die sie bisher bei solchen Aufgaben unterstützt haben. Ein großer Ansatzpunkt wäre für mich auch eine Verbesserung der IT. Ich habe noch nie in einem Krankenhaus gearbeitet, welches eine intuitive, gut ineinandergreifende IT vorhält. Man verbringt täglich viel Zeit damit Befunde umständlich zu kopieren und einzufügen, Medikamente einzutippen usw. Die Zeit fehlt dann am Patienten.
739	Bereitschaftsdienst startet erst kurz vor 16 Uhr, wenn normaler Frühdienst endet. Vollarbeitszeit auch Nachts für Bereitschaftsdienste, man ist ja sowieso in der Klinik und arbeitet die meiste Zeit
742	Abschaffung der 24-Stunden-Dienste und stattdessen extra Nacht-/Spätdienste. Tatsächliche Anerkennung der Arbeitszeit - Dass in einem 24-Stunden-Dienst Minusstunden gesammelt werden ist absurd. Besserer Personalschlüssel, damit die Maximalanzahl an Diensten/Monat eingehalten wird
745	Längeres und verlässliches Vorausplanen
746	Aufteilung unter mehreren ÄrztInnen
751	Mehr Personal, nach einem Bereitschaftsdienst freier Tag ohne Verdienstausfall/Minusstunden.
754	Mehr Personal!
757	Höheren Stellenschlüssel damit Einspringen/Tauschen möglich wird Höhere Bewertung von Vollarbeitszeit während der Nacht mit dem 1,5h Stundenzahl (jede Nachtstunde sollte mit 1,5 multipliziert werden)
758	Eher 12h oder 8h Schichtmodelle anstelle von 24h und grundsätzlich mehr Personal, mit dem diese Dienste aufgeteilt werden können.
761	Die Patienten informieren, dass Notaufnahmen nicht die Kapazitäten haben eingewachsenen Zehennägel um 21 Uhr nachts zu behandeln, insbesondere wenn das Problem schon seit Monaten besteht. Viele kriegen einfach keinen Termin beim Facharzt oder scheuen die Wartezeit beim Hausarzt erreichen dort niemanden telefonisch und gehen in die Notaufnahme. Diese ist aber bei weitem nicht ausgelegt nach 16 Uhr als hausärztliche Praxis zu funktionieren. Viele kommen auch mit lange bestehenden und irgendwann hospitalisierungsbedürftigen Erkrankungen - ich finde sofern sowas planbar ist, sollte es hierfür Anlaufstellen geben - viele Kliniken haben keine Sprechstunden/Ambulanzen, wo sich Patienten zur stationären Aufnahme eventuell mit Termin vorstellen können. Patienten

	<p>verbringen teilweise 8 Stunden in der Notaufnahme, weil anhand der Einweisung klar ist, dass das Problem nicht akut ist und diese Patienten dann permanent in der Prioritätenliste hinten runter fallen. Verständlicherweise ist die Interaktion mit solchen Patienten nach derartig langer Wartezeit unerfreulich.</p> <p>Insgesamt wird häufig zwischen Klinik und niedergelassenen Medizinern "Ping Pong" gespielt - Patient kommt mit Einweisung in die Klinik, in der Notaufnahme wird entschieden, das Problem muss vom niedergelassenen Facharzt gelöst werden - der nächste Termin dort ist in drei Monaten - oder der Patient wird nach kurzem Aufenthalt mit Empfehlung zur Vorstellung bei vier verschiedenen Fachärzten entlassen - auch das ist für die Patienten teilweise nicht organisierbar/leistbar. Grade wenn diese mehr schlecht als recht den Alltag bewältigt bekommen.</p> <p>Dazu kommt die häufig schockierend schlechte Versorgung durch ambulante Pflegedienste oder in Heimen. Demente Patienten aus Pflegeheimen erscheinen häufig schwer verwahrlost in der Notaufnahme - dass man sich fragt ob diese überhaupt gepflegt worden waren.</p> <p>Teilweise essen/trinken die Patienten seit Wochen nichts mehr. Verbände sind völlig durchgenässt. Etc.</p> <p>Insgesamt also wäre dringend ein Ausbau des Angebots außerhalb der Kliniken und eine Verbesserung der personellen Engpässe in Pflege in Heimen und Notaufnahmen sowie eine ausreichende Besetzung der Kliniken durch ärztliche Kollegen nötig.</p>
763	Entsprechende Entlohnung
765	Faire Aufteilung innerhalb einer Abteilung; finanzielle Unterstützung beim Einspringen bzw. lukrative Extras wie Tankgutschein etc... ; höhere Honorierung bei den bereits vorhandenen Diensten. Kurzum: Keine Bestrafung bei Nicht-Übernahme eines Dienstes, aber deutliche Vorteile bei Übernahme/Einspringen, wenn man schon einen Dienst übernimmt bzw nachts aufsteht, muss man wissen wofür
767	Mehr Personal
769	Bereitschaftsdienst
771	Freie Tage nach Spät- oder Nachtdiensten, bessere Dienstbesetzung
773	Öffentliche Aufklärung über ärztliche Versorgung.
774	Höhere Personaldichte= Geringe Belastung im Dienst sowie weniger Überbelastung bei Ausfall von Personal
776	Mehr Personal!
778	Nach 16 Uhr nur noch Aufnahme von echten Notfällen, sonst elektive Wiedereinbestellung am nächsten Morgen (Harnwegsinfekt!) oder ambulante Weiterversorgung. Bereitschaftsdienst von 16 - 8 Uhr ohne Übernahme regulärer Stationsarbeit. Angemessenes Verhältnis Arzt:Patient, nicht 200 Patienten auf einen Arzt + Notaufnahme
779	Bessere Vergütung! Für die Ausbildungsdauer im Studium ist die Vergütung zu gering im Vergleich mit Jobs mit einem ähnlichen akademischen Niveau und durchgehenden 9 to 5 Arbeitsbedingungen. Der ärztliche Beruf wird mit seinen nicht-klassischen Arbeitszeiten mit parallel hoher Verantwortung und allen daraus folgenden Auswirkungen auf Gesundheit und Freizeit nicht angemessen vergütet.
783	Weniger Bereitschaftsdienste, mehr 3-Schicht-Modell. Mehr Personal nach 16:00.
784	mehr Freizeitausgleich, Spät und Nachtdienste kosten mental und physisch deutlich mehr Tribut. Das wird nicht annähernd angemessen ausgeglichen. Noch dazu ist es unverständlich, dass nach 4 Tagen Sonderfrei für 400 Nachtstunden für weitere 100 Stunden dann nichtmal Tage hinzukommen. Nacharbeit und Spätdienst sollte von vornherein nicht als eine Stunde Arbeitszeit gewertet werden, sondern eher mit 1,5-2h pro Stunde in der Gesamtarbeitszeit. Mehr Geld tut es nicht, wenn man dafür kaputt geht.
787	Eine intuitiv zu bedienende intelligente Software würde sehr viel Arbeit abnehmen und Zeit sparen
790	Mehr Personal, für weniger Dienste pro Monat pro Person
792	Mehr Freizeitausgleich, realistische Pausenregelung (Telefon weglegen können!), Schichtmodell gut aufbauen (früh --> spät --> Nacht --> Ausgleich OHNE Minusstunden!)
794	Zwei Tage frei nach 24h Diensten.
	Bei zu hohem durchschnittlichen Arbeitsaufkommen Einführung eines 12h Schichtmodels.
795	3 Schichten, oder mehr Stunden als Arbeitszeit bei den langen Bereitschaftsdiensten
796	Mehr personal damit nur 1 Wochenende gearbeitet werden muss
798	Ich denke es macht Sinn ein 3 Schichtsystem zu fahren. So ist jeder ausgeruht und man versucht nicht nachts, in der 19. Arbeitsstunde, ein Leben zu retten und ist dabei nicht mehr Leistungsfähig. Bei uns wurden dieser leider gerade erst wieder eingeführt...was für ein Rückschritt. Der Einzige der profitiert ist der Konzern, weil so günstig Nachts jemand da ist und keine Zuschläge zu zahlen sind. Weil es als "Bereitschaft" gilt
799	bessere Besetzung, dadurch mehr Teamwork und mehr Spass und Entschleunigung bei der

	<p>Arbeit. Mehr Teaching = mehr Spass, schnellere Umsetzung, weil mehr Verständnis, dadurch schneller und besseres Handeln möglich Outsourcing der "nicht-Notfälle" wie z.B. Briefe schreiben in den Tagdienst (dafür braucht es aber auch dort eine bessere Besetzung) Offenes Ohr für die Belastungen in den Schichtdiensten Mehr Lob und Anerkennung für das, was man geleistet hat, auch wenn man vielleicht nicht alles geschafft hat, was man gerne würde (ist aber eigentlich NIE zu schaffen) Patientenschulung (Hilfe zur Selbsthilfe, Prävention, ect.pp.)</p>
800	Keine 24h Dienste, keine Visiten im Dienst / Keine Stationsarbeit im Dienst, OP-Bereitschaft und Notaufnahme nicht über eine Person abdecken. 1 Arzt nur für Notaufnahme und stationäre Notfälle, alle anderen Belange sollten im Tagesgeschäft erledigbar sein. Wenn man nachts in der Bereitschaft durcharbeiten musste sollte es Aufschläge geben, das wird sonst nicht genug in der Vergütung abgebildet
803	Insbesondere das Arbeiten im Nachtdienst sollte durch relevanten zusätzlichen Freizeitausgleich honoriert werden. Dass der einzige Weg, dieses Ziel zu erreichen, eine Reduzierung von Arbeitsstunden ist, ist aus verschiedenen Gründen nicht akzeptabel.
806	Geburtshilfe ist natürlich ein 24Stunden Job Generell gesehen würde die Kliniklandschaft von einer Vorselektion nach "muss sofort auch nachts gesehen" = Notfall zu dringlich "Krankenhaus im Tagesgeschäft" zu zeitnah "Praxis Notfalltermin" profitieren, um Ressourcen sinnvoll einzusetzen.
807	Mehr Personal, vernünftige Vergütung (Anerkennung dass der Bereitschaftsdienst mehr als nur Bereitschaft ist, deutlich >50%), Ei Haltung von Arbeitszeiten
809	Mehr Dienstspuren parallel und versetzt zueinander
813	Bessere und konsequenter Triade, Möglichkeit Lappalien abzuweisen
815	Vieles, gerade Operationen sind selten ein vitaler Notfall. Alle Anderen können in den Tagdienst der folgenden Tage eingeplant werden. Es ist eine Frage der Kapazitätszuteilung und Willenskraft
817	3-Schicht Modell wäre denkbar, wenn die Bezahlung besser wäre
819	Mehr Freizeitausgleich. Für eine 12h Wochenendschicht müsste es beispielsweise einen freien Tag in der Woche geben, da am Wochenende ja der Tag fehlt. Wenn man Sonntag von morgens bis abends Dienst hat sollte man beispielsweise Montag frei bekommen. Zusätzlich sollte kein Dienst (auch kein Nachtdienst) länger als 8h gehen. Für Feiertagsdienste sollte es ebenfalls einen Ausgleichstag geben. Alternativ könnten für Feiertagsdienste, Nachtdienste und Wochenenddienste externe Honorarkräfte beschäftigt werden. So würden auch nicht ständig KollegInnen für die Tagdienste fehlen. Für Feiertagsdienste
820	Breit aufgestelltes Schichtmodell mit Früh und Spätdienstbesetzung
821	Bessere Besetzung, da nach 16 Uhr die Arbeitsbelastung noch so hoch ist, dass z.T. bis 2 Uhr Dinge nachgearbeitet werden müssen. Hier sollte eine adäquate Besetzung vorhanden sein.
827	Im Prinzip ist ein 24h-Modell (8 Stunden Regelzeit + anschließend Bereitschaft) m. E. gut. Es müsste nur mehr Freizeitausgleich geben und die Belastung in den Diensten ist in der Regel zu hoch. Ich habe aber keinen guten Vorschlag, wie man das ohne mehr Personal (und damit wiederum mehr Dienste für alle) machen soll.
831	Mehr Ärzte. Optimierte Dokumentationsabläufe (KI, digital)
835	mehr Ärzte, sodass wenigerdienste, bessere Vergütung
836	Keine Bereitschaftsdienste mit anschließend minus Stunden.
837	unser telefonisches/Remote Rufbereitschaftsmodell ist prinzipiell gut. Mehr FZA bei tatsächlich anfallender (Nacht-) arbeit auch bei zu Hause (telef./Remote) anfallender Arbeit wäre fair.
840	bessere Selektion mit verpflichtendem telefonischem Kontakt über eine Patient*innendisposition. Mind. 80% meiner nächtlichen Aufnahmen oder Vorstellungen sind für den KV-Dienst, der aber an unserem Krankenhaus nicht mehr vorhanden ist. Außerdem sollte klar sein, dass man aufgenommen wird, wenn man mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus kommt. Eine Obergrenze an Diensten und eine Obergrenze für die Wochenarbeitszeit wären wünschenswert, ebenso eine bessere Bezahlung. Delegieren von Aufgaben wie Blutabnahme oder Anamneseerhebung an Pflege oder Physician Assistants ist durchaus denkbar und wird in einigen Krankenhäusern auch schon gelebt.
842	Mehr Personal
843	Zweischichtmodell würde Überstunden reduzieren
845	Nicht mit jeder Kleinigkeit die der Hausarzt oder die Apotheke regeln kann in die Notaufnahme kommen
848	es müsste einfach genauso wie in der Pflege 3 Schichten geben

852	Mehr Ärzte
854	Transportkosten RTW etc. Eigenanteil der Patienten das sollten Sie in Rechnung gestellt bekommen von der Krankenkasse
856	Bessere Koordination (KV Dienst). Nur Notfälle in die Notaufnahme (kein ich habe seit 4 Monaten oder mit (Notfall) Überweisungen von vor 8 Tagen oder normalen Überweisungen an einen FA nur weil es schneller geht oder aus Unwissenheit.)
864	2-Schicht-Modell (Tagdienst wird pünktlich beendet, danach übernimmt der Nachdienst). Nachtdienste und Wochenenden/Feiertage werden angemessen mit FZA entlohnt (aktuell kommt Wochenende und Bereitschaft on top zur normalen 5-Tage-Woche).
865	In kleinen Häusern zu zweit eingeteilt zu sein, um nicht Notaufnahme und Stationen gleichzeitig betreuen zu müssen und teilweise noch Tagesarbeit nachholen muss für fremde Stationen.
870	Mehr Personal, sodass man innerhalb von 24 Stunden überhaupt eine Pause machen kann oder die Chance besteht, nachts wenigstens 1 oder 2 Stunden zu schlafen.
876	Schichtdienst ist prinzipiell sinnvoll, das Problem in vielen Einrichtungen sind eher "schlechte" Dienstpläne, die Frühdienst werden meist von den Ober- und Fachärzten übernommen, sodass als Neuling vorwiegend Spät und Nachdienste anfallen. Zudem ist die Vergütung schlechter als bei Bereitschaftsdiensten, was ich bei der höheren biologischen/sozialen Belastung nicht nachvollziehbar finde
877	Kürzere Dienstzeiten, Übergangs/Gleitzeit
878	Mehr Freizeitausgleich für Schichten
880	Bessere Ausbildung, besseres Gehalt, mehr Mediziner*innen ausbilden. Dann laufen uns auch nicht alle qualifizierten Ärzt*innen ins Ausland ab
881	In 3-Schicht-Modell besteht deutlich höherer Einsprung-Bedarf bei wesentlich schlechterer Vergütung als im 24h-Modell (Ca. 1000€ weniger netto bei gleichem Weiterbildungsstand und 100% Stelle). Durch ständiges spontanes Einspringen ist auch Planbarkeit der Freizeit deutlich erschwert. Entsprechend könnte die Vergütung im 3-Schicht-System verbessert werden (dadurch auch weniger Anreiz 24h-Systeme bei eigentlich viel zu hoher Arbeitsbelastung und somit bestehender Eigen- und Fremdgefährdung beizubehalten) und es könnte eine Einsprung-Bereitschaft mit geringer Pauschale eingeführt werden um insbesondere die Organisation zu erleichtern.
882	Politische Diskussion, dass Sparmassnahmen an Personal und Ressourcen zwingend auch mit einer Qualitäts- und Quantitätsabnahme einhergehen.
884	Bessere Patientensteuerung in der Notfallversorgung. Langfristig: Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Vermittlung bereits in Kindergärten und Grundschulen.
	3-Schicht-System. Hintergrund über Videoschalte stets hinzurufbar. Dieser muss zu Hause natürlich volle Einsicht in die digitale Akte haben.
888	Der Schichtdienstanteil während der Weiterbildung sollte reguliert werden, sodass es verpflichtend ausreichend Anteile in einem normalen 8h Frühdienst Modell gibt (zu Zeiten, in denen man von Ober-/Fachärzt:innen auch lernen kann). Das Schichtdienstmodell sollte im Vergleich zu 24h Diensten ähnlich entlohnt werden (aktuell ist Letzteres deutlich lukrativer), um anzuerkennen, dass man kaum gesellschaftskompatible Freizeiten hat.
890	16h Dienste mit Übergaben am Frühschichtende und Frühschichtbeginn, mit entsprechendem Freizeitausgleich. Des Weiteren klare Unterscheidung von Fällen, die tagsüber elektiv laufen sollen (oder hätten laufen müssen) bspw. W und Revisionen, jegliche OP, die für den Tag geplant waren, aber in den Dienst verschoben worden, da das länger geplante Elektivprogramm aus wirtschaftlichen Gründen nicht ungeplant wurde. Prinzipiell klare Trennung von Notfall, der vom Dienstarzt versorgt werden sollte und muss, und allem Anderen
899	Ich möchte nicht länger als 8 Std am Stück arbeiten, nachts nur 6 Std am Stück. Rest ist mir egal.
900	Freizeitausgleich, zusätzliche freie Tage, kein Verschieben von Tätigkeiten aus dem Regelbetrieb in den Dienst, zB Operationen ohne Notfallindikation, Entlastung der Notaufnahme von ambulanten Vorstellungen
901	Dienstzeit als Arbeits- und nicht Bereitschaftszeit. Dienstbeginn gegen Ende der „normalen Arbeitszeit“ und nicht schon früher, damit der Dienst kürzer wird. Einhaltung der Arbeitsverträge bzgl der Anzahl der Dienste und der Wochenarbeitszeit! Mehr niederschwellige Angebote für mentale Gesundheit bzw. die Umgestaltung der „traditionellen“ Umstände im OP bzgl respektvoller Umgang und CRM Verständnis
903	Ausreichend Personal, damit Krankheit und Urlaub besser kompensiert werden können.
906	Anerkennung der Dienstzeiten als vollwertige Arbeitszeit, nicht mehrere Stunden als Bereitschaft abrechnen, wenn in dieser Zeit das Arbeitsaufkommen idR so hoch ist, dass durchgängig gearbeitet wird. Einhalten gesetzlich vorgeschriebener Pausenzeiten sollte ermöglicht werden. Überstunden sollten anerkannt werden. Ich wünsche mir die

	Wahlmöglichkeit, ob Überstunden durch Freizeitausgleich oder Ausbezahlung ausgeglichen werden. Ausreichende Übergabezeiten zwischen den Diensten, sodass nicht bereits aufgrund der Übergabe ein pünktlicher Feierabend nicht möglich ist.
907	mehr Personal sowohl Pflege, Ärzte, OP-Kapazität, sodass elektive und dringliche Arbeit im Tagesprozess abgearbeitet werden kann und nachts nur tatsächliche Notfälle therapiert werden müssen
908	ausreichende Personaldecke, um die Anzahl der Bereitschaftsdienst- und Rufdienste reduzieren zu können
910	Nachschichten ohne angeschlossenen Tagdienst. Keine 24 Stunden-Dienste (das gewährleistet keine zuverlässige Versorgungsqualität).
911	Wenn Kolleginnen und Kollegen solidarisch wären bei der Verteilung der Arbeit, Oberärzte oder auch Chefs sich mehr beteiligen würden. Die vielen Sonderwünsche neuer Kolleginnen und Kollegen, die aufgrund der aktuellen Lage fast alles durchsetzen können, was sie wollen. Warum werden Dienste nicht steuerfrei?? Das zusätzliche Geld wandert zumindest bei mir in die Steuer und nicht auf mein Konto. Deshalb würde ich gerne gar keine Dienste mehr machen, weil die Freizeit schlachtweg lohnender ist oder tatsächlich bezahlter Urlaub als Gegenleistung wäre auch eine Idee. Gleichzeitig würde ich mir wünschen, sich Gedanken zu machen, wie ältere Kollegen auch gegen Ende ihres Berufslebens noch gerne arbeiten gehen, weil bspw. ihre Arbeitszeiten angepasst werden. Vielleicht die Möglichkeit einer längeren Pause oder kürzere Arbeitszeiten ab 60?
914	Mehr Dienste, dafür kürzere Dienste. Mein bisher liebstes Dienstmodell war, als es einen extra Spätdienst für die Stationen gab, der von 8 Uhr bis 16:30 normal und dann bis 20:45 Uhr im Dienst gearbeitet hat und dann von einem Nachtdienst abgelöst wurde. Einziger Nachteil war, dass es gar keine Freizeitausgleich für die Spätdienste gab.
915	Mehr Personal, um weniger Schichten und mehr Struktur und vor allem den Patienten Krankheitsveelauf verfolgen zu können
919	Abteilungen zusammenführen und so Teams in einen großen Dienst Topf zu schmeißen
920	Dienstplan sollte mindestens 1 Monat früher verbindlich bekannt gegeben werden. 11h Ruhezeit falls die gesetzlichen 5,5h in der Rufbereitschaft nicht eingehalten werden können
921	Bessere Vergütung Bessere Kommunikation an Patienten dass eben nicht dasselbe geleistet werden kann sondern nur Notfallversorgung (Erwartungshaltung im Nachtdienst ausführliche Angehörigen Gespräche zu nicht dringenden Themen zu führen etc)
924	3-Schichten-Modell mit kürzeren Dienstzeiten
926	mehr Personal, damit nachts der Stress geringer ist und die Arbeitsbelastung geringer
930	keine. Ich habe 7 Jahre lang nur Nachtdienste im KH gemacht und fand das Arbeitszeitmodell super. Jetzt bin ich niedergelassen in eigener Praxis und finde es schlimmer als die Jahre zuvor. Der einzige Vorteil ist, nachts durchschlafen zu können. Sicher auf Dauer gesünder
931	Keine
934	Bessere Vergütung der Dienste, Modelle bei denen man 8h am Stück arbeitet, nicht 20+
936	Einen Bereitschaftsdienst, der erst ab 16 Uhr beginnt.
937	3 Schicht Modell mit genügend Personal um dies zu fahren und entsprechende Zulagen für Nachtstunden und Ausgleiche und Entlohnung
940	1. Vernünftiges Ausfallkonzept: Ausreichend Personal um Ausfälle kompensieren zu können. 2. Attraktivere Vergütung und sicherer Freizeitausgleich geleisteter Arbeits- und Überstunden
941	Anpassung der Vergütung im Schicht System ans Bereitschaftssystem, evtl. tarifliche festgelegte Maximalzahl Nachtdienste pro Monat
943	1. Elektives OP-Programm bis 15:30 Uhr, dann nur noch die Notfälle 2. Vergütung der nächtlichen Arbeitszeit, keine Pauschalen 3. Freizeitausgleich der Überstunden innerhalb eines festgelegten Zeitraumes, z.B. 3 Monate, ansonsten Strafen für den Arbeitgeber
948	Reduktion der Dienstzeiten, z.B. von 24h Diensten auf z.B. 16h oder 18h Dienste. Mehr Freizeitausgleich (aktuell bei uns nur der Folgetag nach Dienst regulär frei, für jeden Samstagsdienst ab 24h gibt es einen halben Tag Freizeitausgleich). Zudem mehr Möglichkeiten für Home Office - Arztbriefe schreiben und Telefonate tätigen kann ich auch außerhalb der Klinik
951	Dass es eine einfache Lösung gibt, ist mir klar. Schön wäre jedoch, wenn die Arbeitslast auf mehr Schultern verteilt wäre, es also mehr Personal gäbe.
953	bessere Vergütung Bereitschaftsdienst
954	Portal-Praxen zum "Herausfilter" leichterer Fälle bis 19 Uhr; zusätzlich zum Notaufnahmedienst einen Stationsdienst zumindest bis 21 Uhr; EDV-Lähmheit beseitigen um schneller dokumentieren zu können
955	Doppelt besetzter Spätdienst/ Zwischendienst. Fatalerweise ist der auf dem Papier sogar

	bewilligt seit 2 Jahren.... Aber er wurde bei Personalmangel nie (!) besetzt!!! Am Wochenende arbeite wir locker 13-14h/d. Davon ist man so erschöpft. Genau wie durch die Schlafstörung nach dem Nachtdienst. Ein Glück, dass ich nach dem Facharzttitel zumindest weniger Nächte machen muss.
960	Besserer Stellenschlüssel wäre kurzfristig sinnvoll. Langfristig wohl eher auch besser Gesundheitsbildung (wann mit was in die Notaufnahme) und weniger Angst vor rechtlichen Schritten (Drohungen von Patienten und Absicherungsmedizin verlangsamen und verschlechtern die medizinische Versorgung)
962	Besserer Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste. Ggf. Doppelte Bewertung bzw. Faktorierte Bewertung von Nachtstunden gegenüber Tag Stunden und dementsprechendem Freizeitausgleich
963	Besser Dienstabfolgen, mehr Erholungsphasen im Schichtdienst durch mehr Freizeitausgleich

Zusammenfassung für G01Q12

Patient:innen müssen selbstverständlich auch nach 16 Uhr und nachts versorgt werden. Welche Vorschläge oder Wünsche haben Sie, um das künftig besser zu organisieren?

