

Busse, Reinhard; Kleine, Joan; Köppen, Julia

Article

Zur Situation der Pflege in Krankenhäusern: Empirie und ein systematischer Ansatz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Busse, Reinhard; Kleine, Joan; Köppen, Julia (2025) : Zur Situation der Pflege in Krankenhäusern: Empirie und ein systematischer Ansatz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 78, Iss. 11, pp. 32-36

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/333690>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Zur Diskussion gestellt

Zur Situation der Pflege in Krankenhäusern

Empirie und ein systematischer Ansatz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen*



Prof. Dr. med. Reinhard Busse leitet das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und ist Co-Director des European Observatory on Health Systems and Policies.



Joan Kleine ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin.



Julia Köppen ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin.

Die Corona-Pandemie hat eine Berufsgruppe und ihre Arbeitsbedingungen deutlich sichtbar gemacht: die Pflegefachpersonen. Die Debatte ist dabei von mehreren Polen gekennzeichnet: auf der einen Seite dem Konstatieren eines bereits vorhandenen und sich durch die demografische Transition stark beschleunigenden Mangels – so z.B. das Statistische Bundesamt, das Anfang 2024 zu der Schlussfolgerung kam, dass „die erwartete Zahl an Pflegekräften im Jahr 2049 zwischen 280 000 und 690 000 unter dem erwarteten Bedarf“ liegt. Den Prognosen liegen unterschiedliche Annahmen zur Zahl der Pflegekräfte zugrunde – hierzu zählen neben den Pflegefachpersonen auch die Pflegehilfskräfte. Während der „Bedarf“ ausschließlich mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung variiert, bleibt die derzeitige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht der Gepflegten unverändert. Hier setzt der andere Pol an, nämlich die Diskussion um die Notwendigkeit für Pflegekräfte im derzeitigen quantitativen Umfang. Quasi dazwischen stehen

Fragen der Arbeitsbedingungen und ihrer Effekte auf eine effektivere „Nutzung“ der vorhandenen Pflegekräfte und ihrer Attraktivität für den Beruf und damit für das Attrahieren von Nachwuchs. Nicht vergessen werden sollte allerdings auch die Frage, ob bessere Arbeitsbedingungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beitragen – und damit den Bedarf nach zusätzlichen Pflegekräften zumindest teilweise senken.

Der folgende Beitrag verfolgt im Rahmen dieser Debatte zwei Ziele: Zum einen möchte er die deutsche Situation in die internationalen Zahlen zu Angebot (von Pflegefachpersonen) und Nachfrage (durch zu pflegende Patienten im Krankenhaus) einordnen und zum anderen das Thema der Arbeitsbedingungen und ihrer Effekte auf die Pflegefachpersonen einerseits und die Versorgungsqualität andererseits vertiefen.

Pflegefachkräfte im internationalen Vergleich

Ob ein Land (in unserem Fall Deutschland) zu wenig, zu viele oder genau die richtige Zahl von bestimmten medizinischen Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern) oder Fachpersonal (in unserem Fall Pflegefachpersonen) hat, ist mit Daten nur aus dem Land selbst meist nicht valide

* Der Text greift Teile auf von Kleine, J., C. B. Maier, J. Köppen und R. Busse (2023), „Magnet®-Krankenhäuser: Eine Chance für Deutschland?“, in J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers und C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2023 – Schwerpunkt: Personal*, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 107–118; dort sind alle zitierten Studien aufgelistet. Professor Busse hat den deutschen Teil der Magnet4Europe-Studie geleitet. Er war außerdem Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.

zu beantworten – zu sehr ist schließlich das Niveau der Versorgung von historischer Entwicklung sowie tradierten Einstellungen und Erwartungen geprägt, als dass es objektiv evaluiert werden könnte. Hier bietet sich ein Blick über die Grenzen an, nicht primär, um zu sehen, ob es andere „besser“ oder „schlechter“ machen, sondern um aus einer ganz anderen Zahl an z.B. Krankenhausbetten, Krankenhaufällen oder Pflegefachpersonen das eigene Niveau im Hinblick auf seine Notwendigkeit und Angemessenheit zu hinterfragen. Das setzt zuallererst voraus, dass man das eigene Niveau nicht als optimal ansieht und durch die Beschäftigung mit anderen Ländern lernen möchte. Es setzt natürlich auch voraus, dass die zur Verfügung stehenden Daten und Zahlen definiert sind und erhoben werden. Hierin liegt der Beitrag internationaler Institutionen wie Eurostat oder der OECD; letztere liefert das Zahlenwerk für die folgenden Vergleiche zu den Pflegekräften.

Im Jahr 2023 waren in Deutschland 12,25 Pflegefachpersonen je 1 000 Einwohner tatsächlich am Patienten

praktizierend tätig, und damit 4% mehr als im Jahr 2019, d.h. vor der Corona-Pandemie (vgl. Tab. 1). Deutschland verfügt damit in der Europäischen Union pro Einwohner über die dritthöchste Zahl an Pflegekräften – hinter Irland und Finnland; lediglich in der Schweiz und Norwegen gibt es noch mehr. Der deutsche Wert liegt mehr als doppelt so hoch wie der von Polen, Spanien oder Ungarn. Tabelle 1 zeigt auch das Einkommen von angestellten Pflegekräften als Vielfaches des Durchschnittseinkommens; der Wert lag 2022 in Deutschland bei 1,17 und damit etwas oberhalb des Medians von 16 OECD-Ländern mit diesbezüglichen Angaben. Auffällig ist, dass die Anzahl der Pflegefachkräfte und das relative Einkommen nicht korrelieren; so ist das Einkommen in der Schweiz und in Finnland niedriger als das Durchschnittseinkommen, in Norwegen durchschnittlich – und in Polen, Spanien und Ungarn hoch.

Während die Zahlen in Tabelle 1 auf Personen in allen Arbeitsfeldern (einschl. etwa der ambulanten und stationären Langzeitpflege) beruhen, gibt Tabelle 2 an, wie viele

Tab. 1

Anzahl und Einkommen von Pflegefachkräften im europäischen Vergleich

	2019		2023		2019–2023
	Anzahl/ 1000	Einkommen im Vergleich zu Durchschnittseinkommen	Anzahl/ 1000	Einkommen im Vergleich zu Durchschnittseinkommen	Veränderung Anzahl in %
Schweiz	17,96	0,85	18,80	0,85	+5
Norwegen	15,45	1,01	15,57	1,01	+1
Irland	12,54 ^a	1,07	13,66	1,13	+9
Finnland	12,20	0,92	12,67	0,94	+4
Deutschland	11,79	1,14 ^b	12,25	1,17 ^b	+4
Belgien	11,53	1,48	11,51 ^b	1,54	0
Niederlande	10,77	1,17	11,11	1,19	+3
Schweden	10,86	1,00	10,97	1,00	+1
Österreich	10,39	n.v.	10,63	n.v.	+2
Dänemark	10,13	1,08	10,48	1,05	+3
Vereinigtes Königreich	8,22	0,90	9,13	0,88	+11
Tschechien	8,56	1,42	8,96	1,48	+4
Frankreich	8,76	0,88	8,83 ^c	0,97 ^c	+1
Italien	6,16	0,98	6,86	0,94	+11
Polen	5,64	1,27 ^b	5,89	1,65 ^b	+4
Spanien	5,88	1,40	5,88	1,31	0
Ungarn	5,37	1,11	5,54	1,25	+3

^a zwei Jahre später; ^b ein Jahr früher, ^c zwei Jahre früher.
Quelle: OECD (2025).

Pflegefachkräfte gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Krankenhaus arbeiten. Im Jahr 2023 waren dies in Deutschland 4,97 pro 1 000 Einwohner und damit auch 4% mehr als 2019. Deutschland lag damit im Vergleich der zehn Länder mit solchen Daten etwas unterdurchschnittlich, was u.a. an der Konzentration der Krankenhäuser auf spezifisch stationäre Versorgung liegt (im Gegensatz zu vielen ambulanten Leistungen von Krankenhäusern im internationalen Vergleich). Rechnet man die Pflegefachpersonen-VZÄ auf die stationären Fallzahlen um, die in Deutschland extrem hoch sind, ergibt sich ein niedriger Wert von 22,5 pro 1 000 Fälle, d.h. viele Patienten pro Pflegefachperson. Der Wert hat sich allerdings im Vergleich zu 2019 deutlich verbessert. In Norwegen, Irland und den Niederlanden gibt es pro stationären Fall doppelt so viele Pflegefachpersonen – besonders in den Niederlanden wird aber auch deutlich: Dies liegt weniger an der Zahl der Pflegefachpersonen als vielmehr an den Patientenzahlen. Das wirksamste Programm zur Verbesserung dieser Situation wäre also eine echte Krankenhausversorgungsreform, die die Anzahl stationärer Behandlungen um ca. ein Drittel senken würde – eine wichtige, aber nicht die entscheidendste Komponente zur Verbesserung des Arbeitsumfelds.

Pflegefachpersonen und das Arbeitsumfeld Krankenhaus

Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen häufiger unter Burnout, Angst- und Schlafstörungen sowie anderen psy-

chischen Erkrankungen leiden als andere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Inzwischen ist bekannt, dass die Ursachen der erhöhten Belastung bei Pflegefachpersonen nicht ausschließlich auf die individuelle Belastbarkeit oder unzureichende Bewältigungsstrategien zurückzuführen sind, sondern vielmehr in der Arbeitsumgebung von Krankenhäusern liegen.

Zahlreiche Pflegefachpersonen in deutschen Krankenhäusern geben an, den Beruf frühzeitig aufgeben zu wollen bzw. Alternativen zu suchen. Obwohl der Großteil der Pflegefachpersonen den Pflegeberuf gerne ausübt, senkt vorzeitiges Ausscheiden die durchschnittliche Verbleibzeit im Beruf. Die Beweggründe für den vorzeitigen Berufsausstieg sind divers. Unter den Gründen finden sich z.B. Unzufriedenheit mit strukturellen Arbeitsplatzbedingungen, geringe Mitentscheidungsmöglichkeiten oder mangelnde Wertschätzung. Zudem erfahren Pflegefachpersonen häufiger ein Missverhältnis zwischen Arbeitsaufwand und erlebter Belohnung.

Schlechte Arbeitsbedingungen führen nicht nur zu einer erhöhten Abwanderung vorhandener Pflegefachpersonen in andere Einrichtungen, Berufe oder Länder, sondern auch zu einem Mangel an motiviertem Nachwuchs. Der bestehende Fachkräftemangel und der Wettbewerb um das verbleibende Personal stellen deutsche Krankenhäuser vor die immer größere Herausforderung, qualifiziertes Pflegepersonal zu gewinnen und zu halten. Krankenhäuser sind darum angehalten, geeignete und nachhaltige Strategien

Tab. 2
Pflegefachkräfte im Krankenhaus und stationäre Fälle um europäischen Vergleich

	2019			2023		
	Pflegefachkräfte im Krankenhaus (VZÄ)	Stationäre Fälle	Pflegefachkräfte pro 1000 Fälle	Pflegefachkräfte im Krankenhaus (VZÄ)	Stationäre Fälle	Pflegefachkräfte pro 1000 Fälle
Schweiz	5,73	162,28	35,3	5,84	160,84	36,3
Norwegen	7,20	162,45	44,3	7,41	145,77	50,8
Irland	4,64	130,69	35,5	5,60	123,44	45,4
Deutschland	4,74	253,05	18,7	4,97	220,76	22,5
Belgien	5,66	167,19	33,9	5,28	145,05 ^a	36,4
Niederlande	3,47	87,57	39,6	3,44	77,38	44,5
Österreich	5,86	243,44	24,1	5,56	209,45 ^a	26,5
Tschechien	4,98	189,28	26,3	4,94	165,24 ^a	29,9
Frankreich	5,30	182,63	29,0	5,24	154,49	33,9
Ungarn	2,90	184,68	15,7	2,44	158,09	15,4

^a 2022.
Quelle: OECD (2025).

zu finden, mit denen sie die klinische Arbeitsumgebung verbessern können, um von Pflegefachpersonen als attraktiver Arbeitsplatz wahrgenommen zu werden.

Systematische Verbesserung des Arbeitsumfelds: Das Magnet®-Konzept

Hier setzt das US-amerikanische Magnet-Konzept als Strategie an. In den USA gelten Magnet-Krankenhäuser als Organisationen mit besonders guten Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig exzellente Versorgungsqualität erbringen. Die Prinzipien des Magnet-Konzepts haben zum Ziel, das Arbeitsumfeld im Krankenhaus durch umfassende Organisationsentwicklung und einen damit einhergehenden Kulturwandel zu verbessern, so dass Personal und Patienten davon profitieren. Den Namen „Magnet“ hat das Konzept von der magnetischen Anziehungskraft, die zertifizierte Krankenhäuser auf Pflegende ausüben.

Der Ursprung des Magnet-Konzepts reicht bis in die 1980er-Jahre zurück. Damals existierte ein Pflegepersonalmangel in den USA, ähnlich wie in Europa heute. Die Einführung eines fallbezogenen Vergütungssystems im Medicare-Programm der USA verringerte zunehmend die Verweildauer der Patienten, bei gleichzeitig steigendem Leistungsdruck für Mitarbeitende. Aufgrund der sich verschlechternden Arbeitsbedingungen wurde es für Krankenhäuser schwieriger, Pflegepersonal zu finden und vorhandenes zu halten. Zeitgleich gab es jedoch wenige Krankenhäuser, die eine starke Anziehungskraft auf Pflegepersonen ausübten und Personal langfristig halten konnten. Um herauszufinden, welche Gründe dieses Phänomen hatte, initiierte die American Academy of Nursing (AAN) 1983 eine Studie, um Einflussfaktoren zu ermitteln, die insbesondere hochqualifizierte Pflegefachpersonen anzogen sowie eine langfristige Bindung förderten. Die Gründe lagen u.a. in guten Arbeitsbedingungen, guter Personalausstattung, einer hohen Mitbestimmung der Pflege und einem aktivierenden Führungsstil.

Aus der Festlegung und Systematisierung dieser Merkmale entstand schließlich das Magnet-Konzept, das heute folgende fünf Schlüsselkomponenten umfasst:

- Mit Hilfe von **empirischen Ergebnissen** wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess überprüft und der Vergleich mit anderen Krankenhäusern ermöglicht. Dafür werden pflegesensitive Indikatoren (z.B. Sturz mit Verletzungsfolge, Infektionsrate bei Blasen-kathetern), die Zufriedenheit beim Pflegepersonal sowie bei Patienten erhoben.
- **Transformationale Führung** betrifft das Verhalten pflegerischer Leitungspersonen. Transformationale

Führungspersönlichkeiten treiben Innovation voran, sie stimulieren und inspirieren Pflegende, außerordentliche Ergebnisse zu erzielen und zugleich selbst Führungsqualitäten zu entwickeln.

- **Strukturelles Empowerment** betrifft Strukturen und Prozesse, die Pflegende dazu befähigen, sich weiterzuentwickeln und selbständiger zu agieren. Pflegende werden an Entscheidungsfindungen beteiligt und tragen Verantwortung für eigene Pflegeprojekte.
- **Exemplarische professionelle Pflegepraxis** wird durch die Entwicklung und Implementierung professioneller Pflegemodelle und einem evidenzbasierten Arbeiten mit und von Pflegefachpersonen erreicht.
- **Neues Wissen und Innovation** bezieht sich auf die Etablierung professioneller Pflegeforschung im Krankenhaus sowie auf Entwicklung und Einsatz von innovativen und evidenzbasierten Versorgungsmethoden.

Um den Magnet-Status zu erhalten, müssen Krankenhäuser einen intensiven Prozess eines weit gefassten Organisationswandels und eine Organisationsentwicklung durchlaufen, die u.a. eine breite Beteiligung der Mitarbeitenden ermöglichen und erfordern. Dazu wird der Status quo mit einer Gap-Analyse erfasst, in der der aktuelle Stand schriftlich dokumentiert und anhand von 77 Kategorien, die die Magnet-Komponenten abbilden, mit dem Sollzustand eines Magnet-Krankenhauses verglichen wird. Darauf aufbauend werden die Magnet-Prinzipien implementiert, was mit einem Kulturwandel in der gesamten Organisation (Ganzhausansatz) einhergeht und einen langfristigen Prozess darstellt. Mit der anschließenden Erstellung eines Berichts für das American Nurses Credentialing Center (ANCC) werden qualitative und quantitative Nachweise über die Mitarbeitendenqualifikation und -zufriedenheit sowie die Patientenversorgung und -ergebnisse schriftlich dokumentiert. Bei positiver Bewertung durch das ANCC findet eine Vor-Ort-Begehung statt, gefolgt von einer weiteren Bewertung des Beurteilungsberichts und einer abschließenden Beurteilung, ob das Krankenhaus den Magnet-Status erreicht hat. Die Anerkennung als Magnet-Krankenhaus wird für vier Jahre gewährt.

Evidenzlage zu Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden von Mitarbeitenden

Ergebnisse aus US-amerikanischen Studien deuten darauf hin, dass sich die Arbeitsbedingungen sowie die Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Pflegefachpersonen in Krankenhäusern verbessern, nachdem das Magnet-Konzept umgesetzt worden ist, jedoch ist dies nicht bei allen Studien und bei allen Ergebnissen konsistent der Fall. Zudem stammen nahezu alle Studien aus den USA. Bisher gab es wenig Forschung in anderen Ländern.

In einer systematischen Übersichtsarbeit (2015) wurden statistisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und der Fluktuation von Krankenhauspersonal in Magnet-Krankenhäusern im Vergleich zu Nicht-Magnet-Krankenhäusern identifiziert.

Eine weitere systematische Analyse (2020) der internationalen Literatur mit 21 Studien zeigte, dass Magnet-Krankenhäuser verglichen mit Nicht-Magnet-Krankenhäusern eine bessere Dienstbesetzung mit Fachpersonal, eine höhere Arbeitszufriedenheit der Pflegenden und eine geringere Fluktuation aufweisen.

Bezüglich des Akademisierungsgrades von Pflegefachpersonen zeigen sich ebenfalls positive Ergebnisse in Magnet-Krankenhäusern: Eine Umfrage ergab, dass Magnet-Krankenhäuser bessere Arbeitsumgebungen bieten und einen höheren Anteil hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen aufweisen, die Pflegepersonen zufriedener sind und weniger Burnout-Erkrankungen haben. Neuere Untersuchungen zeigten ebenfalls einen höheren Anteil an Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss sowie eine höhere Zufriedenheit, geringere Burnout-Raten und weniger Fluktuation beim Pflegepersonal in Magnet-Krankenhäusern.

Evidenzlage zur Qualität der Versorgung

Die überwiegende Mehrheit der Studien zur medizinischen Wirksamkeit des Magnet-Konzeptes zeigt, dass sich der Magnet-Status eines Krankenhauses positiv auf die Qualität der Versorgung auswirkt: weniger Dekubitus-Fälle, weniger erfolglose Wiederbelebungsversuche und geringere Mortalität in Magnet-Krankenhäusern im Vergleich zu Nicht-Magnet-Krankenhäusern.

Eine systematische Analyse zeigte eine positive Wirkung des Magnet-Status auf die Versorgungsergebnisse. Im Vergleich zu Nicht-Magnet-Krankenhäusern wurden in Magnet-Krankenhäusern 5 % weniger Stürze, 21 % weniger Dekubitus-Fälle und eine um 14 % geringere Sterblichkeit festgestellt.

Dass Magnet-Krankenhäuser mit einer geringeren Sterblichkeit verbunden sind, bestätigt ein systematisches Review aus dem Jahr 2022. Zehn der eingeschlossenen Studien ergaben, dass die Sterblichkeitsraten in Magnet-Krankenhäusern niedriger als in Nicht-Magnet-Krankenhäusern waren, wohingegen es in drei Studien keinen Unterschied gab.

Studie zeigt: Magnet-Konzept funktioniert auch in Europa

In der viereinhalbjährigen Interventionsstudie Magnet4-Europe wurden mehr als 60 Kliniken in sechs europäi-

schen Ländern dabei begleitet, die Arbeitsbedingungen durch die Einführung der Magnet-Prinzipien nachhaltig zu verbessern. Hierzulande nahmen 21 Krankenhäuser an dem Forschungsprojekt teil, von denen 18 bis Projektende Mitte 2024 aktiv beteiligt blieben – trotz großer Herausforderungen wie der Corona-Pandemie, Krankenhausfusionen, Personalwechsel in Führungsebenen und steigendem Kostendruck. Bestandteile der Studie waren qualitative Befragungen der teilnehmenden Kliniken und sich daran anschließende empirische Erhebungen. Seitdem ist klar: Magnet ist auch eine geeignete Strategie für europäische Krankenhäuser.

Fazit

Pflegefachpersonen sind eine tragende Säule im Gesundheitswesen. Das sollte aber nicht dazu führen, den zukünftigen Bedarf so hoch zu schätzen, dass unvermeidlich eine wachsende Lücke im Angebot bleibt. Notwendig ist vielmehr eine Umgestaltung der Versorgung, insbesondere das Erbringen diverser bisher stationärer Leistungen auf ambulante Weise, wozu der Abbau von Krankenhauskapazitäten notwendig ist. Die verbleibenden Krankenhausstandorte sollten dann – unter Nutzung der Magnet-Prinzipien – über ein Arbeitsumfeld für Pflegefachpersonen verfügen, dass sie zugleich zu attraktiven Arbeitgebern macht als auch eine qualitativ hochwertige und kosteneffektive Versorgung ermöglicht. •