

ERGEBNISBERICHT

FÜHRUNGSBAROMETER PFLEGE 2016

Eine Kooperation von ÖGKV, ANDA und HCC

Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes

Mag. Karl Schwaiger, Pflegedirektor und Vorsitzender der Austrian Nurse Directors Association, ANDA

Alexander Seidl, Geschäftsführer Health Care Communication

Mag. Alexander Engelmann, Kompetenzteam Entrepreneurship der Fachhochschule für Management & Kommunikation

MSc. Luka Mihec, Projektmitarbeiter Health Care Communication

Mag. Dr. Annelies Fitzgerald, Leiterin des Karl Landsteiner Institutes für Human Factors im Gesundheitswesen



Karl Landsteiner Institut für
Human Factors im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Bedeutung von „Führung“ in der Pflege	4
3	Ziele der Studie	6
4	Studiendesign	7
4.1	Die Durchführung der Studie und Rücklauf.....	8
4.2	Die Erhebungsmethode.....	8
4.3	Was wurde erfasst?.....	9
4.4.1	Wahrnehmung zu aktuellen Herausforderungen.....	10
4.4.2	Einschätzung der Relevanz aktueller Veränderungen	11
4.4.3	Fortbildungsbedarf- und Form	11
4.4.4	Belastungsfaktoren.....	12
4.4.5	Führungsbezogene Faktoren	13
4.4.6	Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft	18
4.5	Stichprobenumfang; Geschlechts- und Altersverteilung	19
5	Ergebnisse	20
5.1	Quantitative Ergebnisse	20
5.1.1	Wahrnehmung zu aktuellen Herausforderungen.....	20
5.1.2	Wahrgenommene Veränderungen in der Patient/innenpflege	21
5.1.3	Fortbildungsbedarf und -Form	22
5.1.4	Belastungsfaktoren.....	24
5.1.5	Führungsbezogene Faktoren	25
5.1.5.1	Wahrgenommene Unterstützung in der Organisation.....	25
5.1.5.2	Selbstwirksamkeitserwartung.....	26
5.1.5.3	Unterstützung durch Vorgesetzte.....	27
5.1.5.4	Wahrgenommene Handlungs- und Gestaltungsspielräume	28
5.1.5.5	Diversität und interkulturelles Arbeiten	29
5.1.5.6	Rollenklarheit durch Stellenbeschreibung	30
5.1.5.7	Wahrgenommenes Teamklima	31
5.1.6	Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft.....	32
5.2	Qualitative Ergebnisse	33
5.3	Zusammenfassend.....	40
6	Diskussion und Conclusio	42
7	Literaturverzeichnis	45
8	Abbildungsverzeichnis	46

1 Einleitung

Die organisationalen Rahmenbedingungen, Strukturen, prozess- sowie kulturbezogene Führungsherausforderungen von und in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Allgemeinen verändern sich rasant. Kompetitivere Bedingungen, der demographische Wandel und ökonomischer Druck sind nur einige verwendete Schlagwörter aus der „Praxis“ und dem wissenschaftlichen Diskurs gleichermaßen, die diese Veränderungen beschreiben. Die Vor- und Nachteile dieser Entwicklung werden in dem vorliegenden Bericht nicht diskutiert, stattdessen aber die Auswirkungen auf jene Akteure, die als „mittlere Manager“ versuchen den Spagat zwischen ökonomischen Zielvorgaben und optimaler Patienten/innenversorgung sicherzustellen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen derart zu verteilen, dass sowohl die Mitarbeiter/innen als auch das Management, nicht zuletzt aber der/die Patient/innen „zufrieden“ sind, erscheint bei der gegebenen Fluktuation, den zunehmenden Krankenständen und dem ökonomischen Druck im Bereich der Pflege immer schwieriger.

Das Ziel dieser Studie war es deshalb, Führungskräfte aus der Pflege in allen Bundesländern Österreichs zu diesen Entwicklungen zu befragen, um nicht nur die Einschätzung von aktuellen Herausforderungen aus ihrer Perspektive einzufangen, sondern auch die Ressourcen, die ihnen zur Verfügung stehen und die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, zu beleuchten. Es wurde eine quantitative Umfrage mit geschlossenen Fragen umgesetzt, wobei jeder thematische Fragenblock mit offenen Antworten kommentiert werden konnte. D.h. es liegen sowohl quantitative (numerische) als auch qualitative (verbale) Daten vor, die in Kombination miteinander ausgewertet wurden. Über 1.600 Führungskräfte aus allen Bundesländern haben teilgenommen und dabei geholfen, ein „Stimmungsbild“ zu zeichnen und datenbasiert die Lage der Führung in der Pflege in österreichischen Gesundheitseinrichtungen zu rekonstruieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass es nicht die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten ist, die den Führungskräften Sorgen macht, sondern es personalbezogene

Themen, Diversität, und die Menge anlaufender Veränderungen sind, die Führungskräfte als Thema mit der größten Bedeutung einschätzen. Ebenso zeigt die Studie klar, dass es eine Reihe von individuellen und teambezogenen Ressourcen gibt, wie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung oder ein gutes Teamklima.

2 Bedeutung von „Führung“ in der Pflege

Führungskräfte im Bereich der Pflege sind mit diversen Herausforderungen konfrontiert wie dem Mangel an qualifiziertem Personal, hoher Fluktuation und zunehmenden Krankenständen, die nicht zuletzt als Folge von psychischer und physischer Überforderung bzw. Belastung entstehen. Die Konsequenz ist, dass die Führungsarbeit in der Pflege oftmals in einem „Krisenmodus“ abläuft (vgl. Germain und Cummings, 2010), der zusätzlich intensiviert wird durch erhöhte Ansprüche und Forderungen auf Seiten der Patienten/innen. Unter Arbeitsbedingungen, die auf finanzielles „Wirtschaften“ bauen und Effizienz anstelle von Fürsorge organisationskulturell zu verankern suchen und laufende Veränderungsinitiativen mit sich bringen, gewinnt das Thema Führung immer mehr an Bedeutung – nicht zuletzt um im Wettbewerb zwischen den Gesundheitseinrichtungen zu bestehen.

Eine Reihe von Forschungsarbeiten zeigt, dass das Führungsverhalten der leitenden Personen im Bereich der Pflege eng mit Commitment und Identifikation der Mitarbeiter/innen (im folgenden „MA“), mit der Erreichung von strategischen Zielen der Organisation und ebenso mit der Reduzierung von Burn-Out bei MA assoziiert ist (Bakker et al. 2000; Chiok, Foong und Loke 2001; Cummings 2004). Darüber hinaus und zeitgleich tragen Führungskräfte die Verantwortung dafür, dass die MA die Patienten/innen möglichst gut betreuen. Somit balancieren die Führungskräfte einerseits die Ziele der Organisation, die zumeist mit ökonomischen, Effizienz-steigernden Faktoren assoziiert sind, und andererseits die Bedürfnisse der MA, die, um gut arbeiten zu können, nach Zufriedenheit, Wertschätzung und „gesunden“ Arbeitsbedingungen suchen. Dieser Balanceakt erfordert Leadership-Qualitäten, die über administrative Führungsaufgaben weit hinausreichen. Germain

und Cummings (2010) identifizieren bspw. fünf Kategorien, die Führungskräften in der Pflege wichtig sind, um diesen Balanceakt erfolgreich zu bewältigen und die Performance ihrer Organisation zu optimieren: 1. Autonomie (d.h. Handlungs- und Entscheidungsspielraum), 2. Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten (z.B. Kommunikation, Vertrauen, Unterstützung etc.), 3. Zugang zu Ressourcen (z.B. Weiterbildungen), 4. Individuelle Ressourcen (z.B. mentale Stärke), und Führungskompetenzen (z.B. Coachen der eigenen MA, Herausforderung des aktuellen Status-Quo bezogen auf die Strukturen, Prozesse und Kultur in der Organisation).

Führungskräfte in der Pflege, so zeigen z.B. Kouzes und Posner (2002), tragen eine Vision, die die MA teilen, sofern diese Vision durch klare Ziele und Prinzipien Orientierung gibt. Halten sich Führungskräfte an diese Prinzipien, werden sie als Vorbilder respektiert und erhöhen dadurch die Identifikation der MA mit dem Team und der Organisation. Die MA dabei zu unterstützen, sich kompetent und engagiert zu fühlen (Mc Neese-Smith 1997), wird als Führungsvermögen darüber entscheiden, wie gut die MA dem organisationalen Ziel nachkommen, den Patienten/innen optimal zu versorgen. Nach Kramer (2007) werden Führungskräfte, die entwickelt, gecoacht und angeleitet (z.B. über Mentoring) werden, dazu beitragen können, „gesunde“ Arbeitsbedingungen herzustellen und aufrecht zu erhalten, um die MA-Zufriedenheit zu erhöhen und dadurch zum Erfolg der Organisation beizutragen.

Germain und Cummings (2010) resümieren in ihrem Review zur Führung in der Pflege analog, dass (i) Führungskompetenz in der Pflege lernbar ist und verweisen auf Arbeiten in denen gezeigt wird, dass Organisationsziele und die kompetente Versorgung der Patienten/innen, durch ausgebildete Führungskräfte besser erreicht werden können. (ii) Die Arbeitsbedingungen können durch eine zu hohe Führungsspanne und Belastung wegen eines überdurchschnittlich hohen Arbeitsaufwandes, die Effektivität der Führung massiv beeinträchtigen und dass (iii) ein inklusiver Führungsstil, der die MA am Geschehen partizipieren lässt und zugleich Autonomie und Vertrauen vermitteln, wohl die besten Aussichten für zufriedene MA und Patienten/innen und folglich die Organisation garantiert. Dieser

Führungsstil impliziert ferner, dass die Führungskräfte nicht nur top-down Beziehungen aufbauen und pflegen, sondern auch bottom-up in Richtung der Direktion, um Ideen der MA an obere Instanzen weiterzugeben.

Die Realität scheint hingegen diesem „idealtypischen“ Führungsstil zu kontrastieren. So gerät die Pflege zunehmend unter Druck, sowohl durch immer steigende Kosten als auch durch einen erhöhten Bedarf an Pflegepersonal. Führungskräfte oder „mittlere Manager“ sind aufgefordert den Spagat zwischen ökonomischen Zielvorgaben und optimaler Patientenversorgung sicherzustellen. Die zitierten Arbeiten zum Thema Führung stammen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten und Ländern und sind nicht ein zu eins auf Österreich anwendbar. Daraus resultiert die Motivation für die vorliegende Studie, nämlich: Wie schätzen Führungskräfte in Österreich den Status-Quo ihre Führungsarbeit ein?

3 Ziele der Studie

Entsprechend wurden für die Studie folgende Fragestellungen aufgeworfen:

- Wie beurteilen Führungskräfte aus der Pflege den aktuellen Status-Quo ihrer Führungsarbeit?
- Welche Ressourcen stehen ihnen zur Bewältigung der genannten Herausforderungen zur Verfügung?
- Was erleben Sie als besonders belastend?
- Was wünschen sich die Führungskräfte, um den genannten Herausforderungen zu begegnen?

Konkret sollten objektive, für Österreich repräsentative Daten erahnt werden aus denen sich Maßnahmen ableiten lassen, die die Perspektive der Zielgruppe miteinbeziehen. Die erhobenen Daten sollen Entscheidungsträgern in Einrichtungen des Gesundheitswesens unterstützen, die Bedürfnisse und Perspektiven der

Führungskräfte aus der Pflege besser zu erkennen und Veränderungsinitiativen jeglicher Art miteinzubeziehen. Somit bildet ein Ziel der Studie Daten zur Unterstützung bei strategischen Entscheidungen zu generieren.

Als weiteres Ziel sind diverse Vergleiche zwischen Bundesländern, Altersgruppen, Geschlecht und Dauer der Tätigkeit als Führungskraft intendiert. Dies ermöglicht Maßnahmen zur Förderung dieser Zielgruppe besser zu kalibrieren, um eben *maßgeschneiderte* Maßnahmen abzuleiten (z.B. bezüglich der Alterssensitivität: Brauchen jüngere Führungskräfte etwas Anderes als ältere?).

Das Hauptziel ist die Erfassung des aktuellen Status-Quo der Führungsarbeit in der Pflege in österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Das Ziel dahinter ist, die Führungskräfte selbst „sprechen“ zu lassen, indem man nicht nur geschlossene Fragen stellt, sondern durch offene Kommentarfelder ein Verständnis für den „Ton“ der Antworten entwickelt.

4 Studiendesign

Das Studiendesign stellt eine Online-Befragung im Querschnitt dar. Um die aufgeworfenen Fragen optimal zu konfrontieren, wurde in Zusammenarbeit mit OEGKV, ANDA und HCC ein Fragebogen entwickelt, der auf arbeitspsychologischen Konzepten einerseits aufbaut, aber auch die aktuellen Herausforderungen, die mit der Expertise der beteiligten Institutionen erarbeitet worden sind, miteinbezieht.

Die Teilnehmer/innen der Studie wurden über Mailing-Listen der beteiligten Institutionen und in Folge dieser weiter im „Schneeball-Verfahren“ (d.h., Entscheidungsträger, die die Befragung erhalten haben, z.B. HR-Leiter aus Krankenhäusern, konnten den Link zur Umfrage an ihre Führungskräfte aus der Pflege weiterleiten) akquiriert. Nachdem ein Nicht-Ziel der Studie die Identifikation der einzelnen Teilnehmer/innen, sowohl individuell als auch affiliationsbezogen, war, anstelle dessen lediglich das Thema Führung in der Pflege im Vordergrund

stand, wurden keinerlei Angaben zum „Haus“ erhoben. D.h., die Befragung war völlig anonym, sowohl erhebungs- als auch auswertungsbezogen.

4.1 Die Durchführung der Studie und Rücklauf

Die Studie wurde beginnend mit dem 15. Februar und Mitte März, 2016, endend durchgeführt. Unter Rückgriff auf eine IT-Befragungssoftware, wurde ein Link verschickt, der die Teilnahme an der Befragung ermöglichte. Durch das Anklicken des Links gelangten die Adressaten zum Fragebogen. Insgesamt haben 1632 Personen den Link angeklickt. Von diesen Personen haben 889 den Fragebogen komplett beendet. Dies entspricht einer Beendigungsquote von 54,5%, wobei keinerlei „Marketingaktivitäten“ zur Promotion der Befragung unternommen wurden. Diese hohe Beendigungsquote wird als Indiz für die Brisanz des Themas für das befragte Kollektiv gewertet.

4.2 Die Erhebungsmethode

Wie erwähnt handelt es sich beim Erhebungsinstrument um einen standardisierten Fragebogen. Eine Besonderheit war, dass jeder thematische Block mit Kommentarfeldern versehen war, um die Validität der standardisierten Fragen zu erhöhen. Dies wurde erreicht, indem die quantitativen und qualitativen Daten integrativ und zueinander ergänzend betrachtet und ausgewertet wurden. Dadurch sind die Ergebnisse reichhaltiger und tiefgründiger interpretierbar.

4.3 Was wurde erfasst?

Es wurden unterschiedliche Faktoren erfasst, die sich wie folgt strukturieren lassen:

1. Wahrnehmung zu aktuellen Herausforderungen (eigens entwickelte Skala)
2. Einschätzung der Relevanz von aktuellen Veränderungen (eigens entwickelte Skala)
3. Fortbildungsbedarf- und Form (eigens entwickelte Skala)
4. Belastungsfaktoren (adaptiert und angelehnt an den Copenhagener Psychosocial Questionnaire, COPSOQ)
5. Führungsbezogene Faktoren
 - a) Wahrgenommenen Unterstützung in der Organisation (i.A. an COPSOQ)
 - b) Selbstwirksamkeitserwartung (Selbstwirksamkeitserwartung, adaptiert nach Schwarzer, 1999)
 - c) Unterstützung durch Vorgesetzte (i.A. an COPSOQ)
 - d) Wahrgenommene Handlungs- und Gestaltungsspielräume (i.A. an SIGMA)
 - e) Diversität und interkulturelles Arbeiten (eigens entwickelte Skala)
 - f) Rollenklarheit durch Stellenbeschreibung (i.A. an COPSOQ)
 - g) Wahrgenommenes Teamklima (i.A. an COPSOQ)
 - h) Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft (eigens entwickelte Skala)

Neben diesen Aspekten wurden folgende demographische Daten erhoben:

- *Altersgruppe (in Kategorien)*
- *Geschlecht*

-
- *Dauer der Tätigkeit als Führungskraft*
 - *Bundesland*

Der Fragebogen wurde in enger Zusammenarbeit mit dem OEGKV, der ANDA und HCC entwickelt und basiert auf dem Fachwissen der leitenden Akteure dieser Institutionen. Die führungsbezogenen Aspekte basieren auf standardisierten Fragebögen aus der Disziplin der Arbeits- und Organisationspsychologie.

4.4.1 Wahrnehmung zu aktuellen Herausforderungen

Der erste Teil der Fragen fokussierte auf den **Informationsstatus** zu folgenden Aspekte:

- *Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG)*
- *Gesetzliche Veränderungen bei anderen Gesundheitsberufen (z.B. neue Ausbildungsverordnung bei den Ärzt/innen)*
- *Aktuell meldepflichtige Infektionserkrankungen*
- *Patientenrechte*
- *Arbeitsrecht*

Das Antwortformat bildete eine sechsstufige Likert-Skala mit von „GAR NICHT INFORMIERT“ bis „VOLL UND GANZ INFORMIERT“. Dieser Fragenblock wurde als „Eisbrecher“ verwendet, weil die Fragen „einfach“ (im psychometrischen Sinne) zu beantworten sind und sich auf keine persönlichen Informationen fokussieren.

4.4.2 Einschätzung der Relevanz aktueller Veränderungen

Der zweite Fragenblock wurde in zwei Themenblöcke gegliedert: 1. Einschätzung der Veränderungen durch die sich wandelnde Bedarfsorientierung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten / Bewohnerinnen und Bewohnern und 2. Veränderungen durch personalbezogener Themen. Das Antwortformat zur Einschätzung der Relevanz der aktuellen Veränderungen rangierte ebenso auf sechs Stufen von „sehr niedrig“ bis „sehr hoch“. Folgende konkreten Items zum ersten Themenblock waren zu bewerten:

- *Demographische Entwicklung (Altersstruktur, Bevölkerungswachstum)*
- *Ethnische Bedürfnisse (Kultur, Religion)*
- *neue Krankheitsbilder*

Der zweite Themenblock umfasste folgende Items:

- *Personalstand*
- *Qualifikation des Personals*
- *Vorhandensein von genügend qualifiziertem Personal im Team*

4.4.3 Fortbildungsbedarf- und Form

Dieser Themenblock fokussierte sich auf Fortbildungsbedarf und -form. Die erste Frage bezog sich auf eine Einschätzung der Wichtigkeit der folgenden Fortbildungs-Themen (sechs-stufig von „gar nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“), die den Bedarf aufzeigen sollten:

- *Change-Management / Führen in Zeiten von Veränderung*
- *Teamentwicklung*
- *Mitarbeiterbindung*
- *Motivation (Eigen- und Fremdmotivation)*

-
- *Verhandeln / Argumentieren / Überzeugen*
 - *Umgang mit Konflikten*
 - *Persönlichkeitsentwicklung für Führungskräfte (Rolle, Auftreten, Selbstwert, Kreativität, Abgrenzen)*
 - *Stress, Belastung, Resilienz*

Die zweite Frage bezog sich auf die Fortbildungsform: „*In welcher Form ist Ihrer Meinung nach Unterstützung sinnvoll?*“ Diese Frage wurde vierstufig erhoben (von „überhaupt nicht sinnvoll“ bis „sehr sinnvoll“) und umfasste folgende Items:

- *Fortbildungen / Training*
- *Workshop (Themen-/Lösungserarbeitung)*
- *Coaching (individuelle Unterstützung)*
- *Impulsvorträge*
- *Mentoring*

4.4.4 Belastungsfaktoren

Die Belastungsfaktoren waren auf einer sechs-stufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollkommen zu“ einzuschätzen. Konkret wurde folgende Frage gestellt: „*Die folgenden Einflussfaktoren stellen eine Belastung für mich da*“ und umfasste folgende Items:

- *Ökonomische Rahmenbedingungen*
- *Zielvorgaben durch die Organisationsleitung*
- *Menge an laufenden Veränderungsprojekte*
- *Mitarbeiter/innen bzw. das Team*

-
- *Patienten/innen*
 - *Bezugspersonen/Angehörige der Patienten/innen*

4.4.5 Führungsbezogene Faktoren

4.4.5.1 *Wahrgenommene Unterstützung in der Organisation*

Der erste Faktor innerhalb der führungsbezogenen Fragen war die wahrgenommene Unterstützung in der Organisation seitens der Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen.

Das Konstrukt wurde mit 8 Items erfasst, wobei die Antworten auf einer 6-stufigen Likert-Skala einzuschätzen waren. Diese reichten von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“. Die Items waren:

- *Ich habe die Möglichkeit, mich mit Führungskräften auf meiner Ebene regelmäßig und strukturiert auszutauschen.*
- *Bei Problemen innerhalb eines Bereiches unterstützen sich die Führungskräfte untereinander beim Finden einer Lösung.*
- *Meine Organisation stellt mir angemessene Möglichkeiten zur Verfügung, mich als Führungsperson durch Fort- und Weiterbildung zu entwickeln.*
- *In unserer Organisation werden Fehler oder Beschwerden als Möglichkeit zu lernen und zu wachsen gesehen.*
- *Ich bekomme ausreichen Unterstützung durch die Organisation in Krisensituationen.*
- *Ich bekomme laufend Informationen über aktuelle Veränderungen innerhalb der Organisation.*

-
- *Bei Bedarf habe ich die Möglichkeit, Supervision oder Coaching anzufordern.*

4.4.5.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Sich in der eigenen Rolle gut einfinden zu können ist eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Ausübung von arbeitsrelevanten Tätigkeiten, vor allem auf lange Sicht. Obwohl eine Person objektiv kompetent erscheinen mag, muss dies nicht zwangsweise mit dem eigenen subjektiven Gefühl übereinstimmen. Selbstwirksamkeit bedeutet dabei die subjektive Überzeugung der Führungskraft, neue und bestehende (und auch schwierige) An- und Herausforderungen kompetent bewältigen zu können.

Dieses Konstrukt wurde mit 5 Items erfasst, wobei die Antwortmöglichkeiten von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten. Folgende Items wurden zur Messung der Selbstwirksamkeitserwartung der Führungskräfte eingesetzt:

- *Ich kann mich mit meiner Rolle identifizieren.*
- *Ich fühle mich für meine Führungsaufgabe gut ausgebildet.*
- *Ich möchte weiterhin in einer Führungsposition in der Pflege tätig bleiben.*
- *Ich fühle mich in meiner Rolle als Führungsperson sicher.*
- *Ich kann auch in Stresssituationen lösungsorientiert handeln.*

4.4.5.3 Unterstützung durch Vorgesetzte

Es genügt nicht nur, dass Führungskräfte mit ihren Kolleg/innen und Mitarbeiter/innen gut zurechtkommen - wesentliche Unterstützung und Informationen sowie Zielvorgaben und Veränderungsinitiativen kommen genauso

von den Vorgesetzten der Führungskräfte. Ein gutes Verhältnis zu, sowie die Erreichbarkeit von hierarchisch übergeordneten Personen, ist essentiell, um in der „Sandwichposition“ zwischen Leitung und MA adäquat zu führen.

Dieses Konstrukt wurde mit drei Items auf einer 6-stufigen Likert Skala erfasst, wobei die Antwortmöglichkeiten von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten.

- *Bei meinen Vorgesetzten finde ich Unterstützung in schwierigen Situationen.*
- *Ich erhalte von meinen Vorgesetzten im Anlassfall konstruktive Kritik.*
- *Ich erhalte von meinen Vorgesetzten ausreichend Wertschätzung/Lob für meine Arbeit.*

4.4.5.4 Wahrgenommene Handlungs- und Gestaltungsspielräume

Die Möglichkeit seine Tätigkeiten selbst und frei zu gestalten bietet Flexibilität in der alltäglichen Ausgestaltung der Arbeitsprozesse im täglichen Ablauf. Dabei ist von Bedeutung, wie man die eigene Zeit einteilen kann, inwieweit man Handlungsoptionen und Gestaltungsmöglichkeiten wahrnimmt und Mitspracherecht bei Entscheidungsprozessen hat. Unter der Berücksichtigung bestehender organisationaler Rahmenbedingungen gilt es, das optimale Maß an „Freiheit“ bei der Ausübung von Arbeitshandlungen zu finden.

Dieses Konstrukt wurde mit 5 Items gemessen, wobei die Antwortmöglichkeiten auf einer 6-stufigen Likert Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten. Die Items sind:

- *Bei wichtigen das Haus betreffenden Themen und Entscheidungen werde ich als Führungskraft miteingebunden.*

-
- *Ich habe ausreichend Zeit, meine Führungsaufgaben gut bewältigen zu können.*
 - *Wenn ich eine gute Idee habe, dann kann ich sie auch verwirklichen.*
 - *Ich kann Arbeitsprozesse innerhalb meines Verantwortungsbereiches nach eigenen Vorstellungen gestalten.*
 - *Ich habe als Führungskraft Gestaltungsmöglichkeiten zur Veränderung der Arbeitsbedingungen.*

4.4.5.5 Diversität und interkulturelles Arbeiten

Unter Diversität wird die Vielfalt bezogen auf interkulturelle Hintergründe, Altersgruppen und Geschlecht verstanden, sowohl mit Kollegen/innen als auch mit Patient/innen.

Das Konstrukt wurde mit 3 Fragen erfasst, wobei die Antwortmöglichkeiten von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten.

- *Die unterschiedlichen Erwartungen von Patient/-innen mit verschiedener ethnischer und kultureller Herkunft kann das Team in die Handlungsabläufe integrieren.*
- *Im Alltag erlebe ich im Team Spannungen zwischen Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher ethnischer Herkunft.*
- *Im Alltag erlebe ich im Team Spannungen zwischen unterschiedlichen Altersgruppen.*

4.4.5.6 Rollenklarheit durch Stellenbeschreibung

Zuständigkeiten müssen transparent und strukturiert gestaltet werden, damit Arbeitsaufgaben reibungslos erledigt werden können. Eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Stellenbeschreibung und der alltäglichen „Praxis“ kann Überforderung

und Stress verursachen. Daher ist es wichtig, transparente und realitätsgetreue Stellenbeschreibungen zu konzipieren und zur Verfügung zu stellen.

Das Konstrukt setzte sich aus 2 Items zusammen, wobei die Antwortmöglichkeiten auf einer 6-stufigen Likert Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten. Die Items waren:

- *Mein Aufgabenbereich ist durch die Stellenbeschreibung klar definiert.*
- *Dies (mit Bezug auf die Frage 1) lässt sich in der Praxis auch in dieser Klarheit umsetzen.*

4.4.5.7 *Wahrgenommenes Teamklima*

Das Teamklima beschreibt die subjektive Wahrnehmung von der teambezogenen Zusammenarbeit formeller und informeller Art. Indikatoren für ein gutes Teamklima sind bspw. die Möglichkeiten offen mit Fehlern umzugehen, einander konstruktives Feedback zu geben, oder einfach die gemeinsame Aufgabenbewältigung.

Das Konstrukt setzte sich aus 7 Items zusammen, wobei die Antwortmöglichkeiten auf einer 6-stufigen Likert Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten. Die Items waren:

- *Konflikte im Team werden offen angesprochen und bereinigt.*
- *Mein Team bespricht Fehler oder Beschwerden offen.*
- *Mein Team lernt aus Fehlern, nachdem diese konstruktiv besprochen wurden.*
- *Ich erhalte vom Team konstruktive Kritik.*
- *Das Team arbeitet gut zusammen.*
- *Ich erfahre vom Team konstruktive Anregungen.*
- *Das Team akzeptiert mich als Führungsperson.*

4.4.6 Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft

Als „Motivatoren“ gelten jene Faktoren, die eine Tätigkeit in die Wege leiten und diese aufrechterhalten. Motivation lässt sich in intrinsische und extrinsische Motivation dividieren: die intrinsischen Motivationsfaktoren umfassen den Genuss an der Arbeit selbst oder z.B. das Bedürfnis, anderen Menschen zu helfen oder die Zusammenarbeit mit anderen Menschen, die dieselbe Tätigkeit verrichten; extrinsische Motivatoren dagegen stellt das Streben nach einem hohen Einkommen oder nach Sicherheit dar, die ein Arbeitsplatz bietet. Personen können ihre Motivation aus beiden Motivationsfaktoren beziehen, deshalb wurden sowohl intrinsische, als auch extrinsische Faktoren erfasst.

Das Konstrukt enthielt 8 Motivationsfaktoren, deren unterschiedliche Ausprägungen auf einer 6-stufigen Likert Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ reichten. Die Motivationsfaktoren waren:

- Freude an der Arbeit
- Betriebsklima
- Werte des Hauses
- Einkommen
- Mitgestaltungsmöglichkeit
- Weiterentwicklungsmöglichkeiten
- Standort
- Arbeitsplatzsicherheit

4.5 Stichprobenumfang; Geschlechts- und Altersverteilung

Von den 889 Teilnehmer/-innen waren 685 weiblich (77%). Die Altersverteilung wird in Abbildung 1 dargestellt und setzt sich vorerst aus älteren Fachkräften zusammen; 694 Teilnehmer/-innen waren über 40 Jahre alt (78%). Wie lange die Führungskräfte ihre Rolle ausgeübt haben war unterschiedlich ausgeprägt: 36% waren weniger als 5 Jahre als Führungskraft tätig, 36% 5 bis 15 Jahre und 28% mehr als 15 Jahre. In der Abbildung 2 ist die Verteilung von Teilnehmer/-innen nach Bundesland ersichtlich.

Abbildung 1. Altersverteilung des Samples (n = 889)

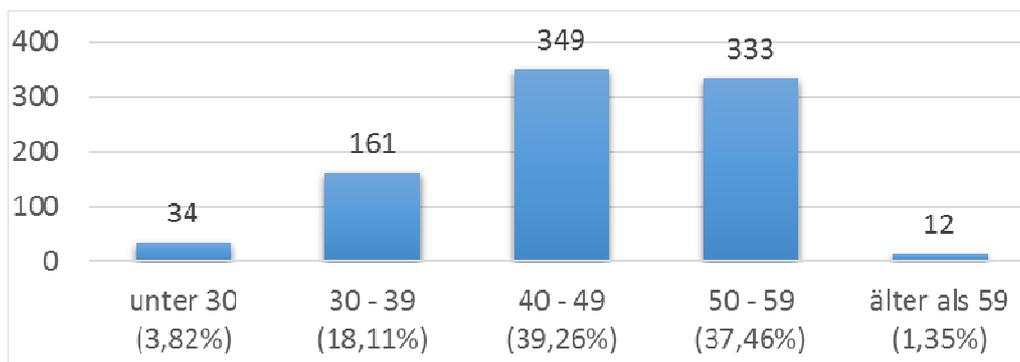
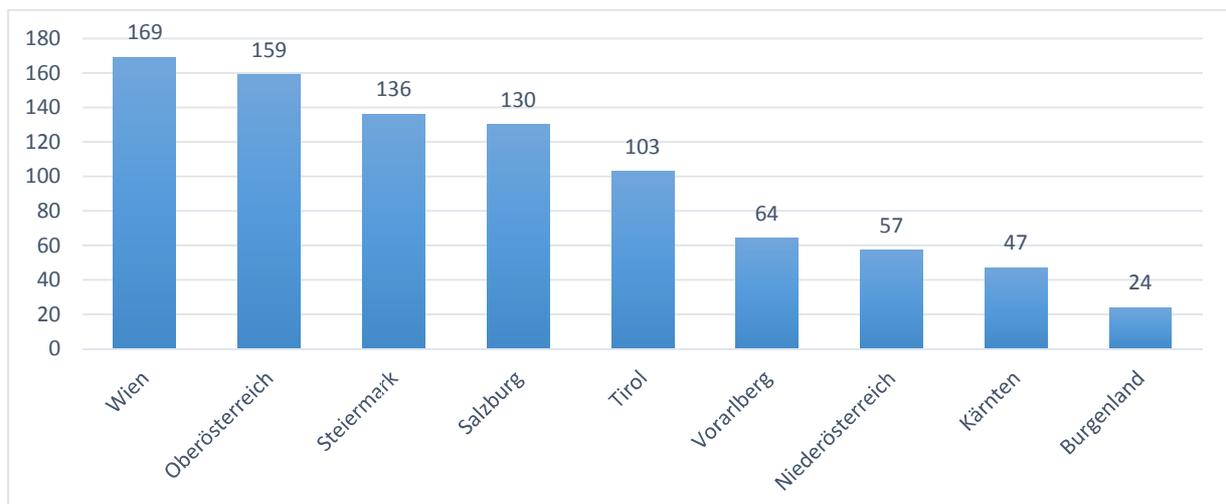


Abbildung 2. Verteilung des Samples nach Bundesland (in %)



5 Ergebnisse

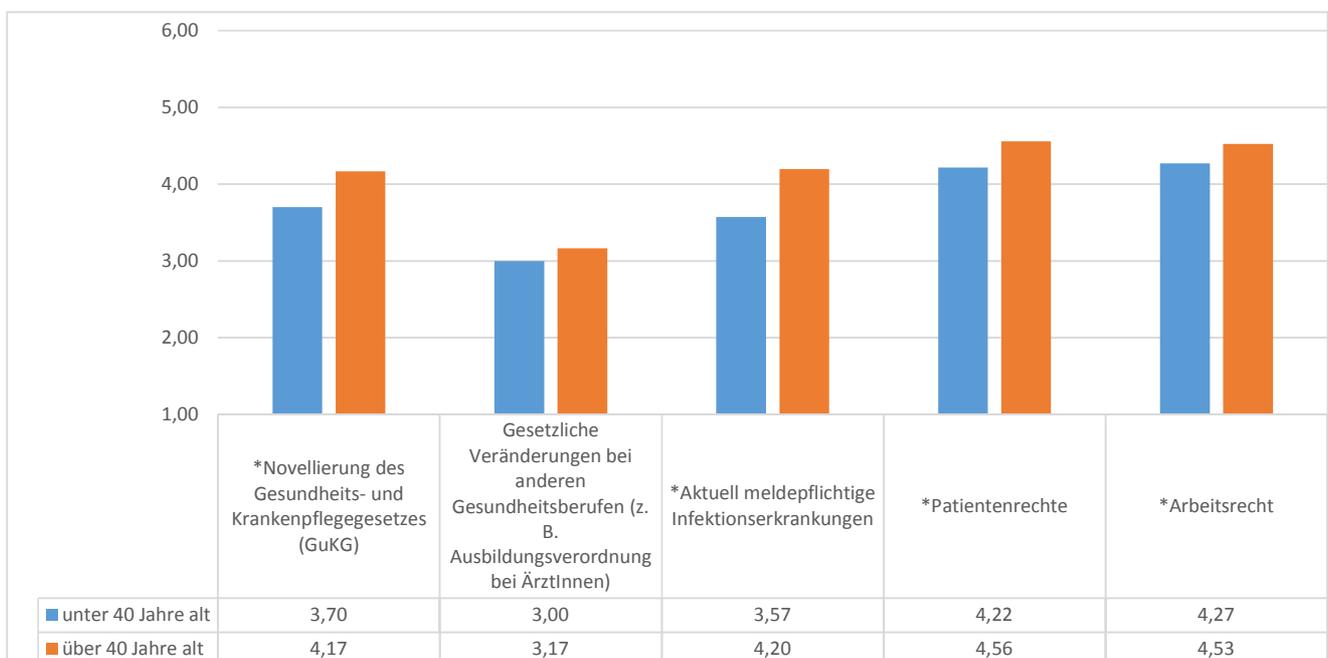
Im folgenden Abschnitt werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse dargestellt.

5.1 Quantitative Ergebnisse

Die quantitativen Ergebnisse beziehen sich auf die Konstrukte, die im Abschnitt 4.4 erläutert wurden. Alle signifikanten Ergebnisse sind mit einem "*" gekennzeichnet und umfassen die gesamte Stichprobe von 889 Personen. Ferner werden nicht alle Ergebnisse graphisch abgebildet, aber sodann im Text beschrieben.

5.1.1 Wahrnehmung zu aktuellen Herausforderungen

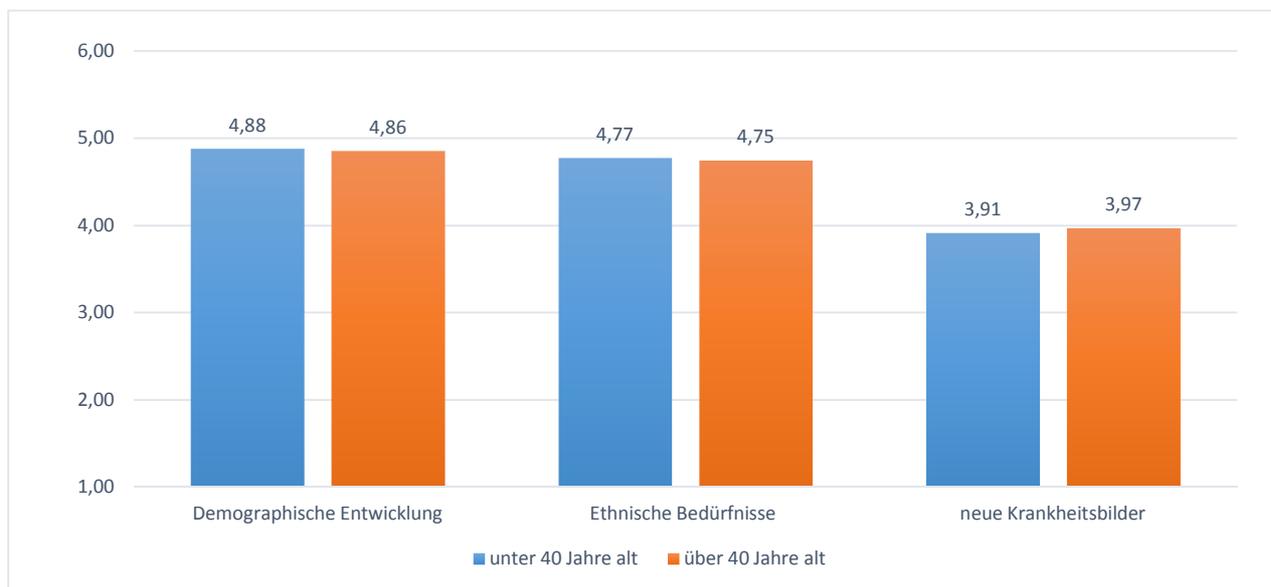
Tabelle 1. Welche Herausforderungen werden als aktuell wahrgenommen?



Jüngere Führungskräfte sind fallweise weniger informiert als ältere, wie in Tabelle 1 ersichtlich ist. Ferner zeigen die Ergebnisse, dass Fachkräfte in Tirol und Vorarlberg vergleichsweise am wenigsten bezüglich aktueller gesetzlicher Veränderungen bei anderen Gesundheitsberufen informiert sind. In Bezug auf die Variable „Geschlecht“ hat sich gezeigt, dass Männer sich (statistisch signifikant) weniger über aktuelle Herausforderungen und Informationen informiert fühlen als Frauen.

5.1.2 Wahrgenommene Veränderungen in der Patient/innenpflege

Tabelle 2. „Wie schätzen Sie aktuelle Veränderungen durch folgende Faktoren ein?“



Wie in Tabelle 2 abgebildet ist ersichtlich, dass sowohl ältere als auch jüngere Führungskräfte die Veränderungen aufgrund sich wandelnder

Bedarfsorientierungen gleich hoch einschätzen. Dabei werden neue Krankheitsbilder als „eher hoch“ eingeschätzt und die demographische Entwicklung sowie veränderte ethnische Bedürfnisse als „sehr hoch“. Es gab wenige Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bezüglich dieser Einschätzung. Auch zwischen den beiden Geschlechtern gab es keine signifikanten Unterschiede.

5.1.3 Fortbildungsbedarf und -Form

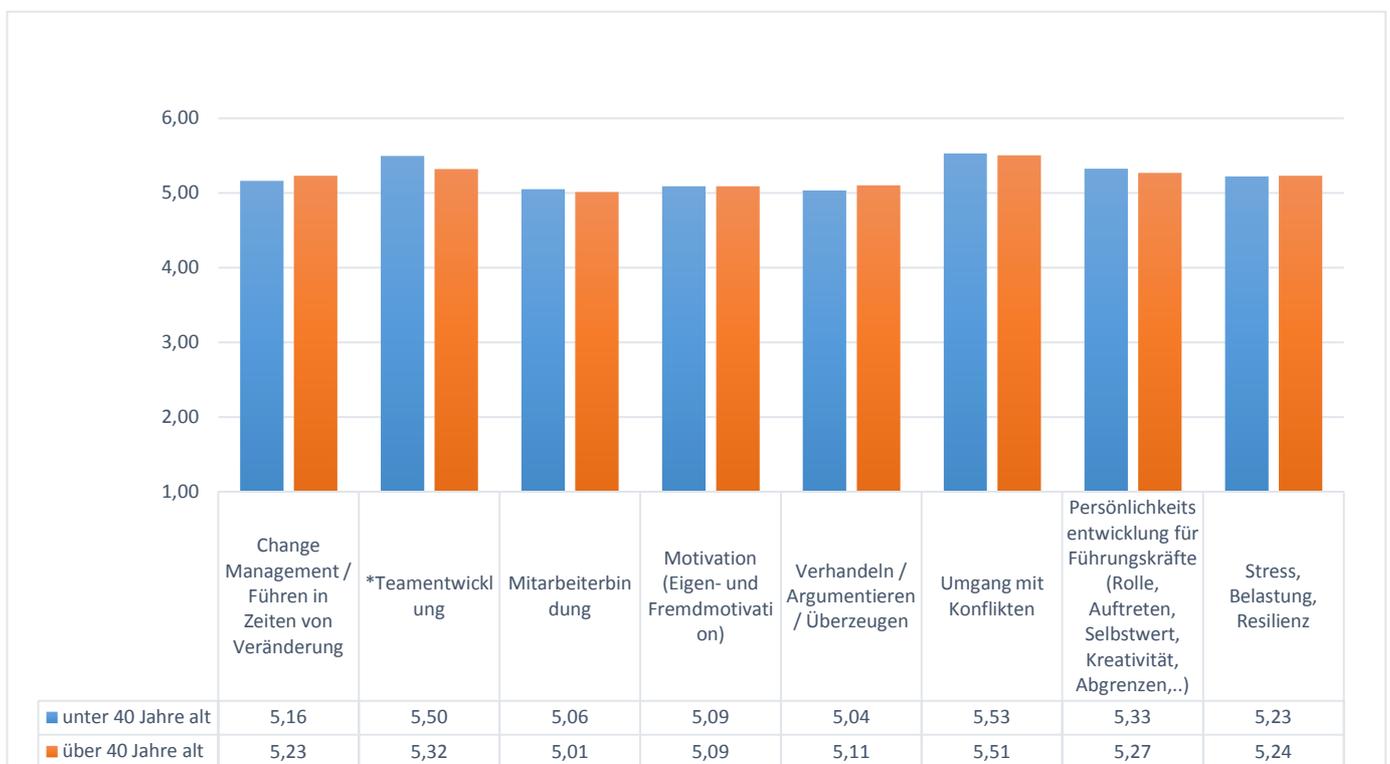
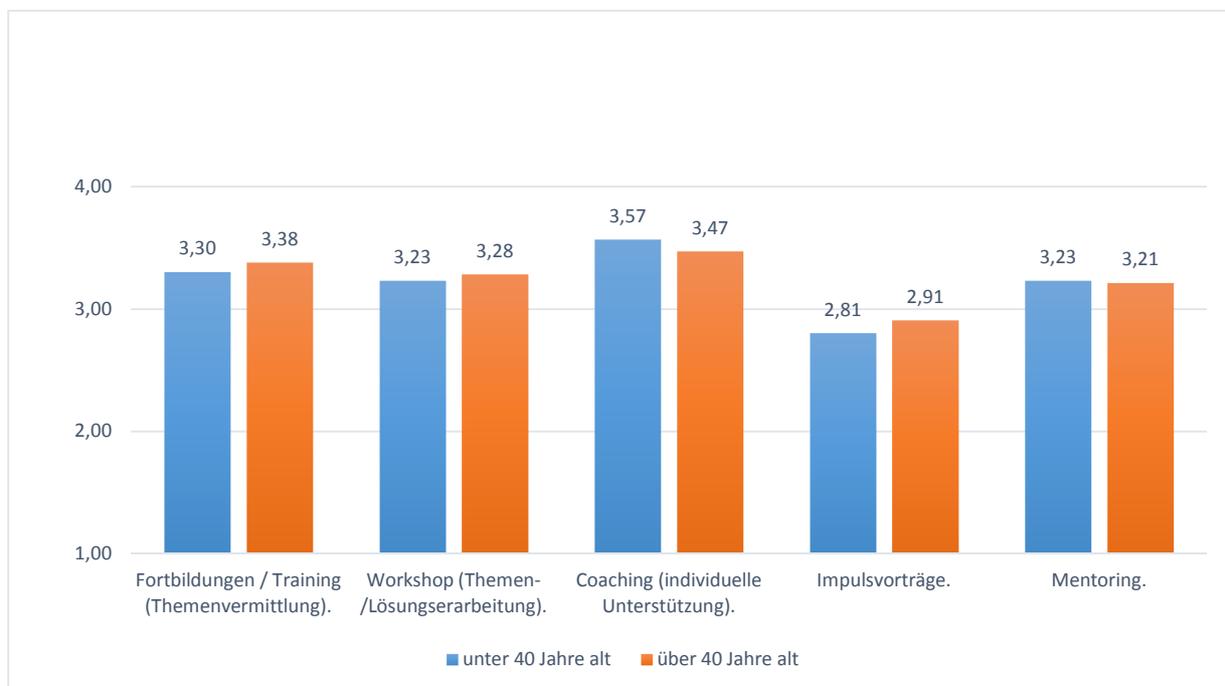


Tabelle 3. Welche Fortbildungsthemen wären wünschenswert?

Die Ergebnisse in Tabelle 3 zeigen, dass Führungskräfte sich diverse Fortbildungsinhalte, vor allem im Bereich der Teamentwicklung, Umgang mit Konflikten und Persönlichkeitsentwicklung wünschen. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Themen. Das Thema „Teamentwicklung“ wird von jüngeren Führungskräften als wichtiger beurteilt als von älteren. Weibliche Teilnehmerinnen schätzen die Wichtigkeit der Themen signifikant höher ein als

männliche. In Bezug auf die Art und Weise, wie diese Inhalte vermittelt werden sollten (d.h. der Form der Fortbildung), zeigt sich, dass Coachings und Trainings als Lernformate vor Impulsvorträgen, Mentoring und Workshops präferiert werden (Tabelle 4). In fast allen Bundesländern waren Themen im Bereich der Teamentwicklung und Konfliktmanagement am höchsten ausgeprägt und am niedrigsten (jedoch immer noch als „sehr wichtig“ eingeschätzt) im Bereich Motivation, Argumentation und Mitarbeiterbindung.

Tabelle 4. In welcher Form sollen die Fortbildungsthemen vermittelt werden?



5.1.4 Belastungsfaktoren

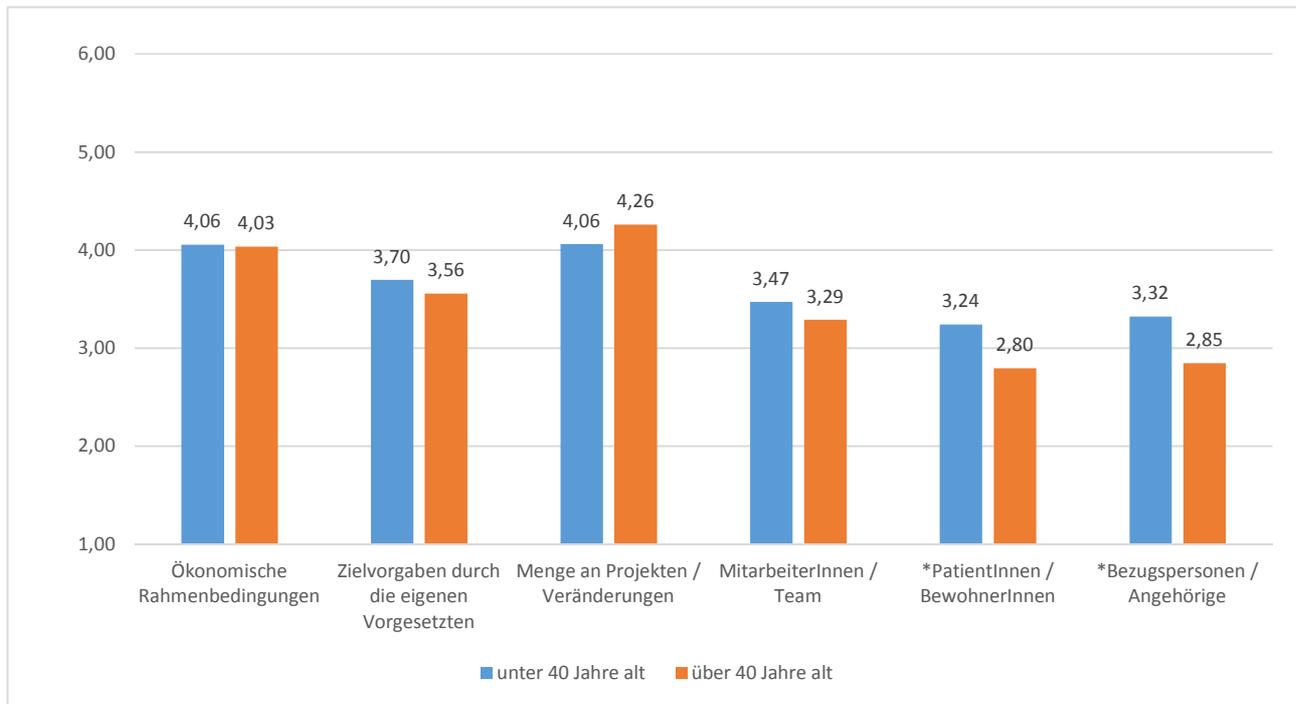


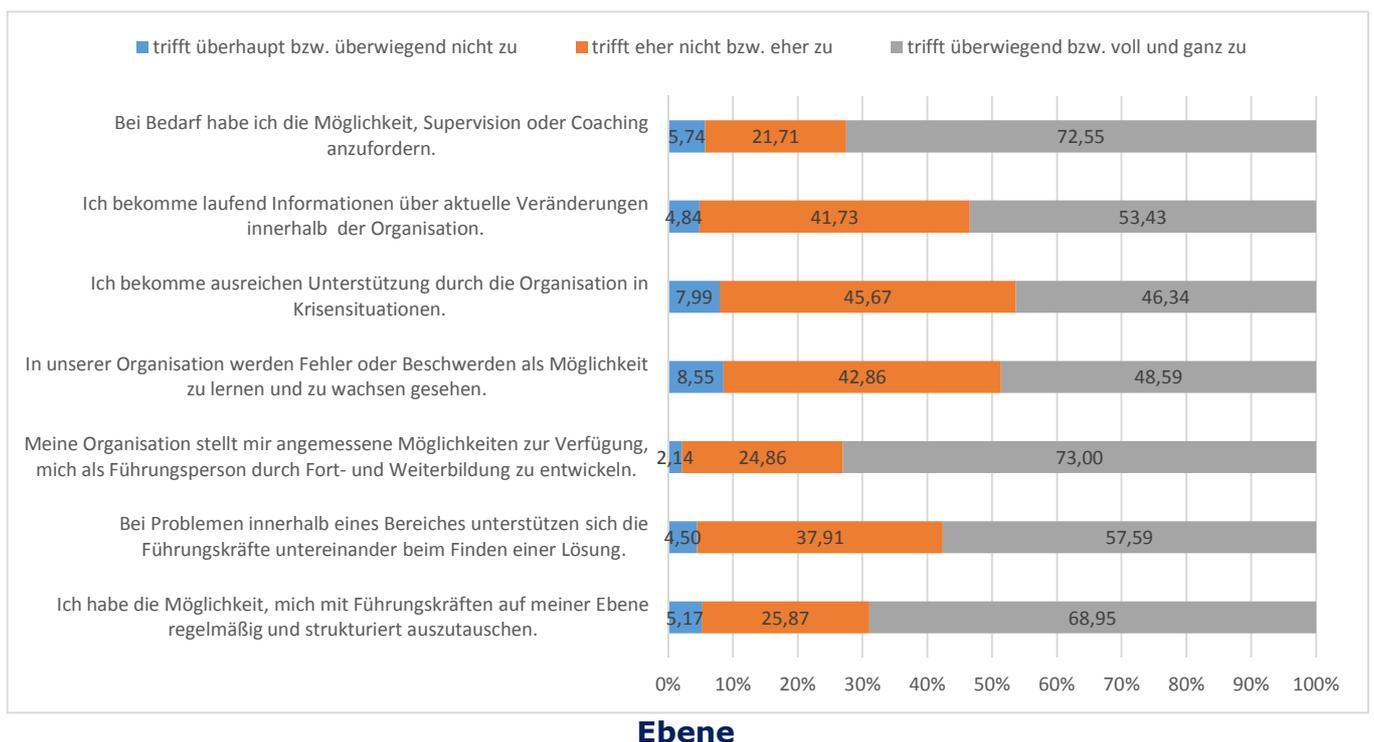
Tabelle 5. „Als wie belastend erleben Sie folgende Faktoren?“

Besonders die Menge an laufenden Projekten und Veränderungen empfanden die Führungskräfte als hohe Belastung, wie aus der Tabelle 5 ersichtlich wird. Dagegen war die Arbeit mit Patienten/innen und Bezugspersonen die kleinste Herausforderung, genauso wie Belastungen durch Mitarbeiter/innen bzw. das Team. Die Arbeit mit den PatientInnen sowie den Angehörigen wird von jüngeren Teilnehmern/innen als belastender (statistisch signifikant) erlebt als von älteren (liegt aber im Bereich „eher nicht belastend“). In Bezug auf das Geschlecht empfanden Männer die Arbeit im Team und signifikant belastender als Frauen ($m = 3,5$; $w = 3,2$). Die wahrgenommenen Belastungsfaktoren waren in allen Bundesländern vergleichbar ausgeprägt.

5.1.5 Führungsbezogene Faktoren

5.1.5.1 Wahrgenommene Unterstützung in der Organisation

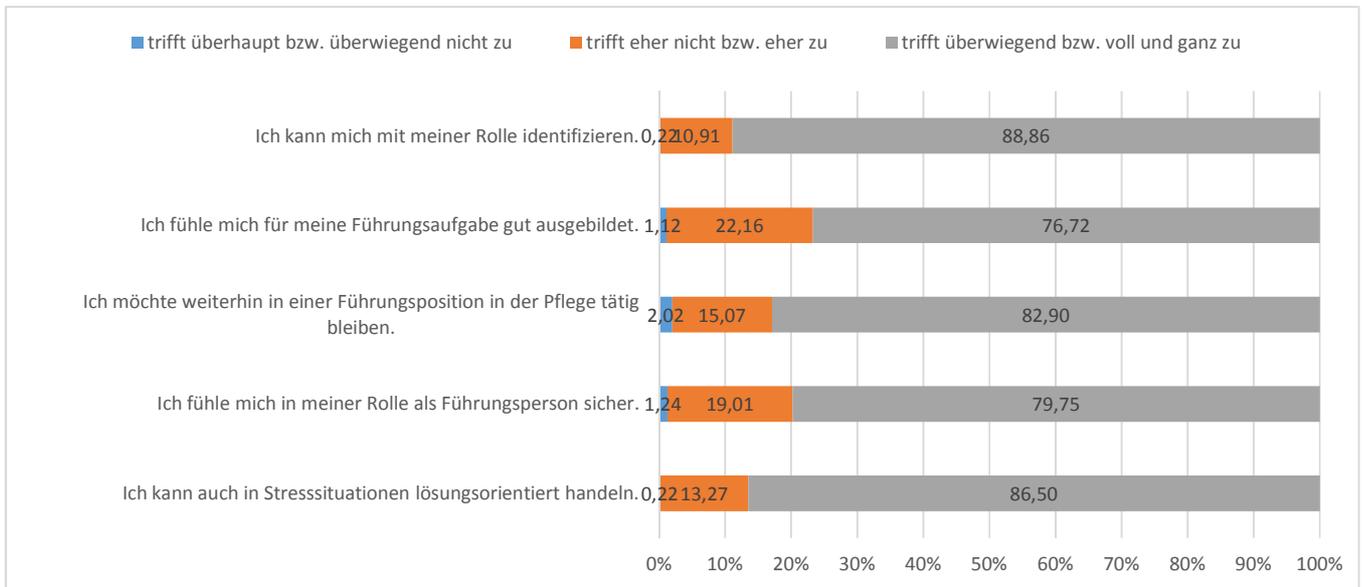
Tabelle 6. Wahrgenommene Unterstützung in der Organisation auf Item -



Die Führungskräfte konnten sich Unterstützung vorwiegend über Coaching, Fortbildungen und gegenseitigen Austausch holen (siehe Tabelle 6). Dagegen wird Unterstützung durch die Organisation in Krisensituationen und die Möglichkeit aus Fehlern zu lernen (als eine Form der Unterstützung) als mittelmäßig eingeschätzt. Männer schätzen die Möglichkeit, in der Organisation aus Fehlern zu lernen als signifikant niedriger ein als Frauen ($m = 4,0$; $w = 4,4$). Alle Items werden von jüngeren Führungskräften (unter 40 Jahre alt) signifikant niedriger eingeschätzt.

5.1.5.2 Selbstwirksamkeitserwartung

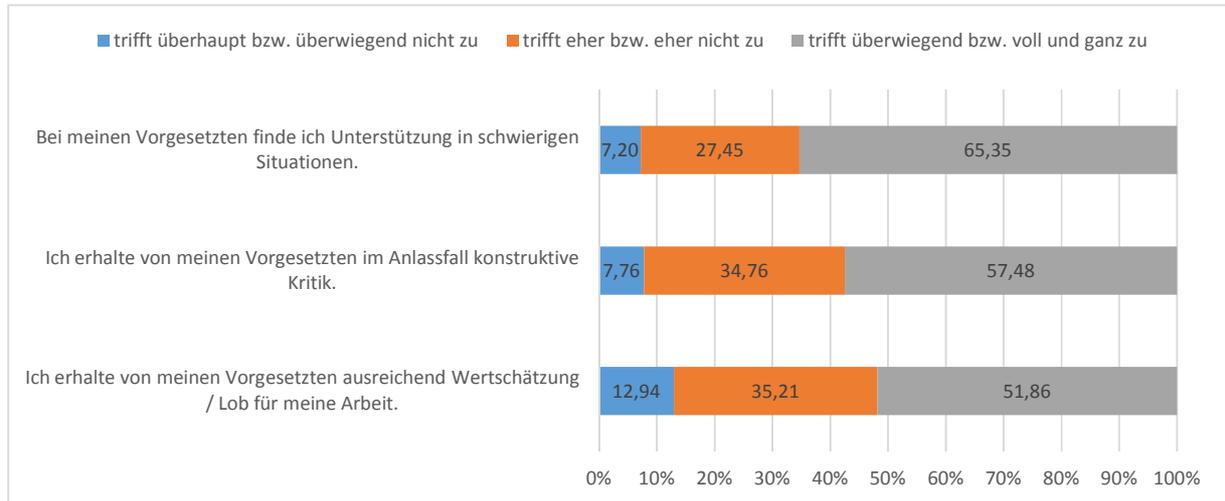
Tabelle 7. Selbstwirksamkeitserwartung



Die Selbstwirksamkeitserwartung der Führungskräfte ist durchweg sehr hoch eingeschätzt worden. Jüngere Führungskräfte schätzen alle Items signifikant niedriger ein als ältere. Zwischen Männern und Frauen gab es keine signifikanten Unterschiede.

5.1.5.3 Unterstützung durch Vorgesetzte

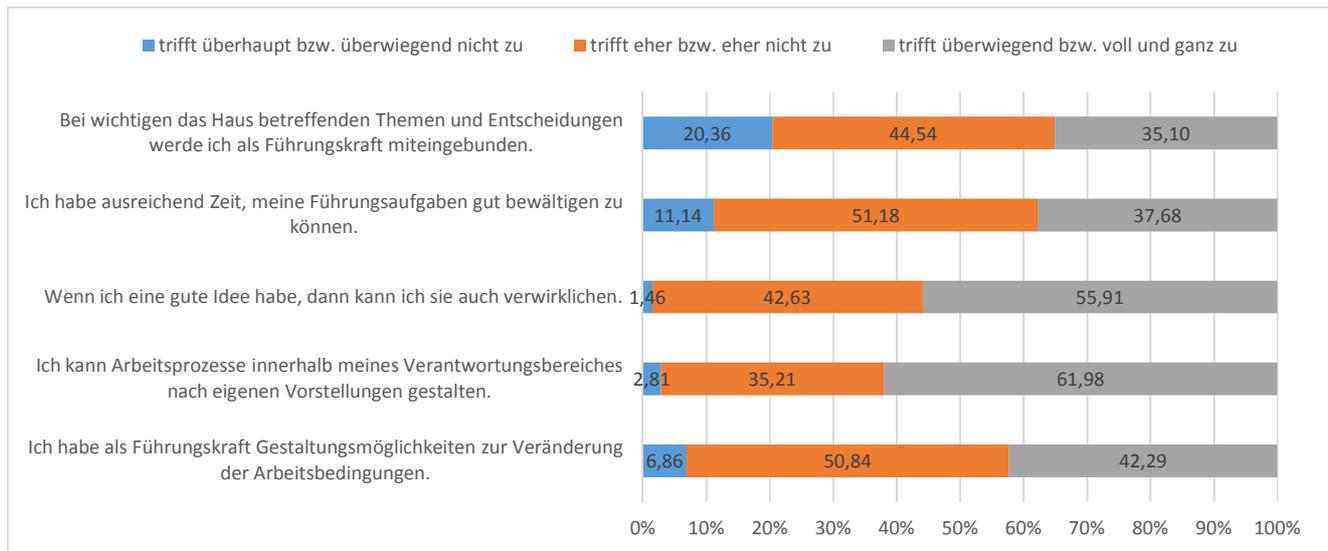
Tabelle 8. Unterstützung durch Vorgesetzte



In schwierigen Situationen konnten Führungskräfte auf die Unterstützung durch Vorgesetzte zurückgreifen, wie aus der Tabelle 8 ersichtlich ist. Dagegen war aber das Feedback seitens der Vorgesetzten von der Hälfte der Befragten im Mittelfeld eingeschätzt worden. Am wenigsten Unterstützung empfanden Führungskräfte aus dem Burgenland. Bezüglich der anderen demographischen Variablen wie Geschlecht oder Alter gab es keine signifikanten Unterschiede.

5.1.5.4 Wahrgenommene Handlungs- und Gestaltungsspielräume

Tabelle 9. Wie nehmen die Führungskräfte ihren Handlungs- und

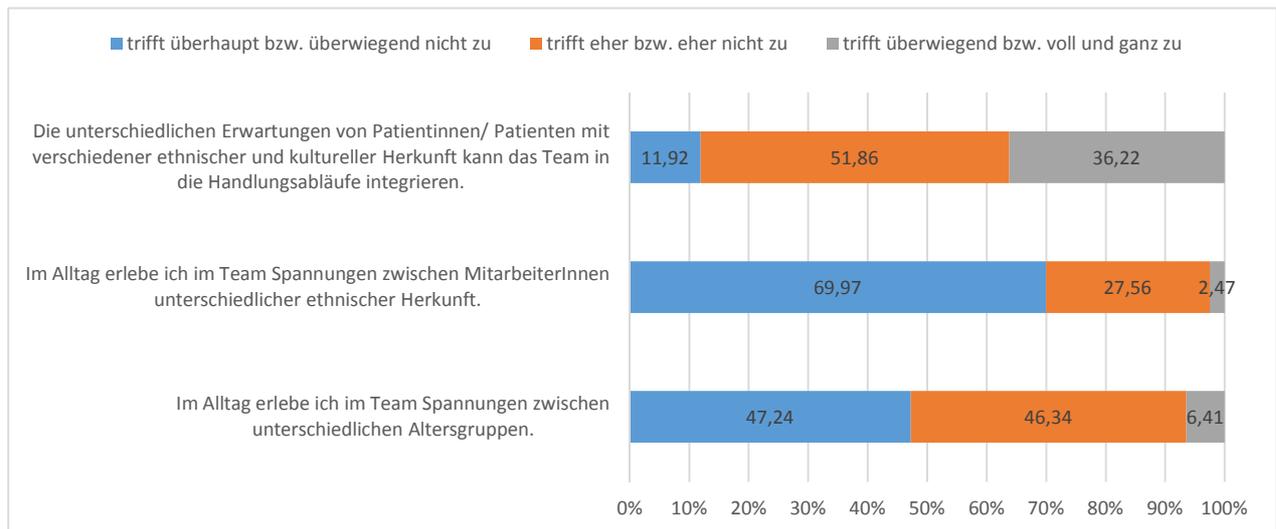


Gestaltungsspielraum wahr?

Wie aus der Tabelle 9 ersichtlich, fühlen sich ca. die Hälfte der Führungskräfte bei wichtigen Entscheidungen des Hauses nur mittelmäßig miteingebunden. Auch der Mangel an Zeit sticht als wichtige Komponente des eigenen Handlungsspielraumes hervor: nur 37% liegen im Bereich „trifft eher zu“ bis „bis trifft vollkommen zu“. Dagegen meint der Großteil der Führungskräfte (62%), die Arbeitsprozesse innerhalb ihres Verantwortungsbereiches nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Die Hälfte gibt weiter an, dass sie nur mittelmäßig die Möglichkeit wahrnehmen, die Arbeitsbedingungen zu beeinflussen. Obwohl es keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht gibt, schätzten ältere Führungskräfte ihre Gestaltungsmöglichkeiten höher ein als jüngere.

5.1.5.5 Diversität und interkulturelles Arbeiten

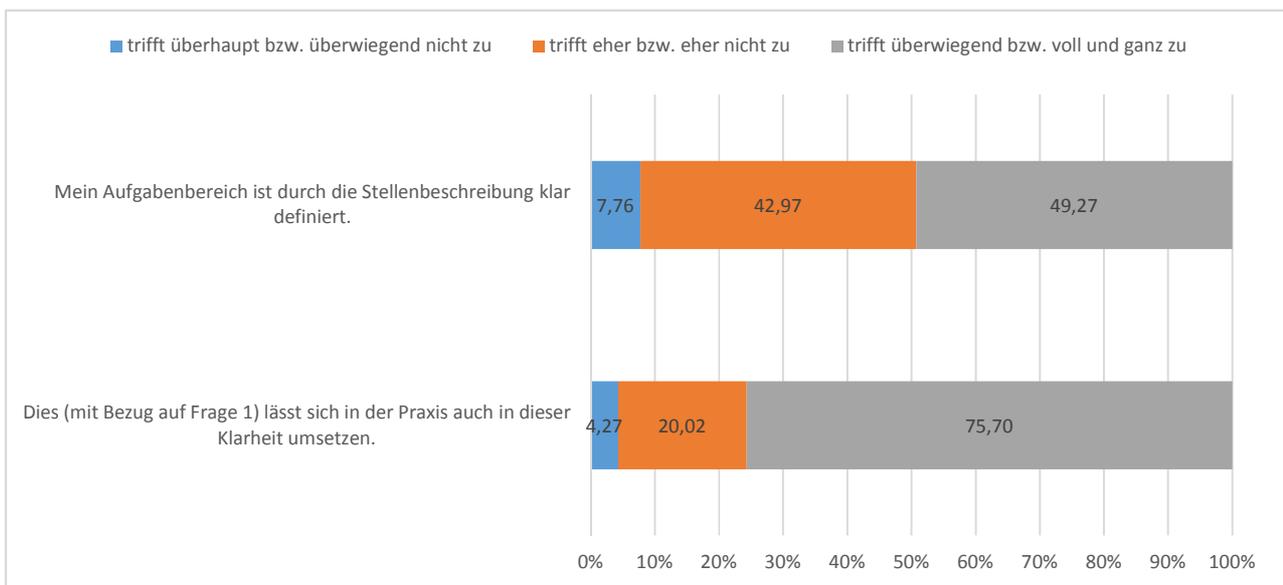
Tabelle 10. Diversität und interkulturelles Arbeiten



Ca. die Hälfte der Führungskräfte empfand, dass die Erwartungen von Patienten/innen diverser ethnischer und/oder kultureller Herkunft nur mittelmäßig in die Handlungsabläufe integriert werden können (Tabelle 10). Betreffend die Arbeit im Team werden überwiegend keine Spannungen im Team aufgrund unterschiedlicher ethischer Herkunft empfunden. Hingegen werden häufiger Spannungen aufgrund altersbedingter Diversität empfunden. Jüngere Führungskräfte erleben signifikant häufiger Spannungen als ältere. Zwischen den beiden Geschlechtern gab es keine Unterschiede.

5.1.5.6 Rollenklarheit durch Stellenbeschreibung

Tabelle 11. Ist durch die Stellenbeschreibung die Rolle der Führungskräfte klar definiert?



Wie aus der Tabelle 11 ersichtlich wird, empfinden nur ca. 50% der Führungskräfte, dass ihr Aufgabenbereich durch die Stellenbeschreibung klar definiert sei. Im Hinblick auf das Geschlecht und Alter gab es keine signifikanten Unterschiede. Dennoch geben dreiviertel der Teilnehmer/innen an, dass dies keine Auswirkung auf die praktische Ausführung ihrer Tätigkeit hat.

5.1.5.7 Wahrgenommenes Teamklima

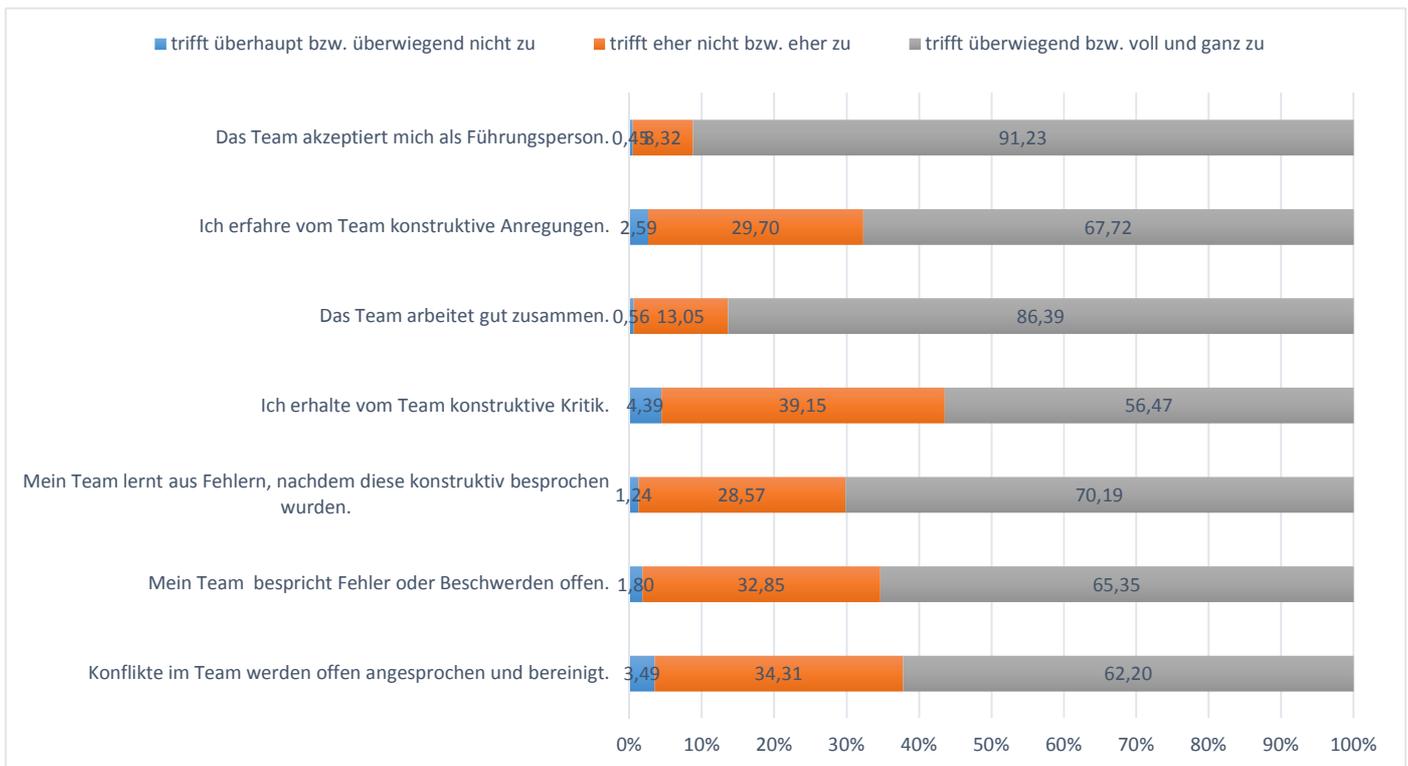
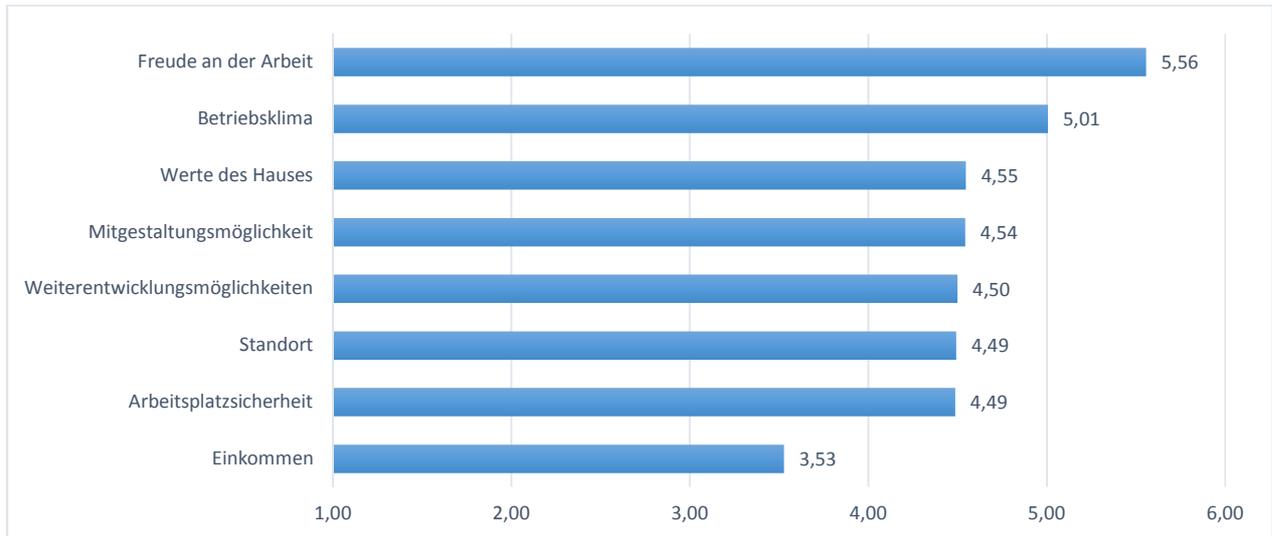


Tabelle 12. Wie wird das Teamklima empfunden?

Aus der Tabelle 12 kann entnommen werden, dass die Führungskräfte von ihren Teams akzeptiert werden, konstruktive Anregungen bekommen und auf eine gute Zusammenarbeit stoßen. Es herrscht auch eine konstruktive Fehlerkultur innerhalb der Teams, allerdings erhält fast die Hälfte der Führungskräfte selbst mittelmäßig häufig konstruktive Kritik vom Team. Ältere und weibliche Führungskräfte berichteten ein besseres Teamklima als jüngere und männliche Teilnehmer.

5.1.6 Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft

Tabelle 13. Welche Faktoren motivieren Führungskräfte am meisten?



In der Tabelle 13 sind verschiedene Motivatoren nach Wichtigkeit für die Führungskräfte ersichtlich. Als wichtigster Motivator wird die Freude an der Arbeit genannt, danach kommt das Betriebsklima. Vergleichsweise am wenigsten motivierend ist das Einkommen. Zwischen diesen zwei Polen sind als wichtige Motivatoren noch die Werte des Hauses, Mitgestaltungsmöglichkeiten, Weiterentwicklungsmöglichkeiten, Standort und Arbeitsplatzsicherheit in gleichem Maße wichtig. Weibliche Führungskräfte bewerteten die einzelnen Motivatoren „Freude an der Arbeit“ und „Betriebsklima“ signifikant höher als ihre männlichen Kollegen.

5.2 Qualitative Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse einer qualitativen Themenanalyse dar, die sich auf die Daten von 889 ausgewerteten Fragebögen der befragten Führungskräfte aus dem Bereich der Pflege in Österreich bezieht. Im Zuge der größten österreichischen Befragung zur Situation der Führungskräfte aus dem Pflegebereich haben über 1.600 Führungskräfte teilgenommen und sowohl quantitative (d.h. geschlossene, skalierte) als auch qualitative (d.h. offene) Fragen beantwortet. Die hier dargestellte, qualitative Themenanalyse ist eine Teilauswertung dieser Befragung, die sich auf die verbalen Äußerungen der Führungskräfte (d.h. die qualitativen Daten), bezieht. Diese Auswertung lässt sowohl für sich genommen die Ableitung von Aussagen zur Situation der Führungskräfte zu, ist aber zugleich auch als Ergänzung zu den quantitativen Daten interpretierbar, da sie diese vertieft. Die resultierenden Themen betreffen insbesondere aktuelle Herausforderungen, Belastungen und Wünsche der Führungskräfte, wie diese im Rahmen der offenen Antworten geäußert wurden.

Als Methode der qualitativen Auswertung wurde die Themenanalyse nach Lueger und Froschauer (2003) gewählt. Sie ist dazu geeignet, die im Text enthaltene Argumentationsstruktur zusammenzufassen und die Unterschiede in der Darstellung eines Themas sichtbar zu machen. Die fünf wichtigsten Fragen der Themenanalyse sind wie folgend:

1. Was ist ein wichtiges Thema und in welchen Textstellen kommt dieses zum Ausdruck?
2. Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas und in welchen Zusammenhängen (Argumentationsstrukturen) taucht es auf?
3. In welcher Abfolge werden Themen zur Sprache gebracht?
4. Inwiefern tauchen innerhalb oder zwischen den Texten Unterschiede/Gemeinsamkeiten in den Themen auf?

5. Wie lassen sich die besonderen Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage integrieren?

Im ersten Schritt wurden zusammengehörige Textstellen zu einem Thema identifiziert. Die Terminologie für die aufkommenden Themen wurde weitestgehend beibehalten, um die „Stimme“ der Führungskräfte so wenig wie möglich zu verzerren. Jedes Thema beginnt deshalb mit einem exemplarischen Zitat, welches das Thema präsentiert. Im zweiten Schritt wurden aus allen Interviews die Textstellen zu den einzelnen Themen zusammengefügt. Durch die Analyse konnten 11 Themen identifiziert und entsprechende Vorschläge für Maßnahmen entwickelt werden. Die Themen wurden nach der Häufigkeit ihrer Nennungen geordnet (aufsteigend).

a. Skill-und-Grade Mix

„Gleichzeitig wurde versprochen, durch einen "Skill und Grade Mix", Tätigkeiten die nicht pflegerelevant sind abgeben zu können. Leider blieb das bei einem Versprechen. Somit hat die Pflege bei gleichem Personalstand viele Aufgaben ZUSÄTZLICH zu ihrem bisherigen Arbeitsspektrum übernommen!“

Die Überschneidung von Qualifikationen zwischen Ärzten und Pflegekräften durch den Skill-und-Grade Mix wurde von den Führungskräften aus der Pflege als Belastung angesehen, weil es zu einer Verantwortungsverschiebung kommen kann. Pflegekräfte müssten als Ersatzkraft für Ärzte fungieren und die eigentliche Pflegetätigkeit mit Patient/innen würde folglich darunter leiden.

b. Ökonomischer Druck

„Leider werden die Herausforderungen wesentlich von einem hauptsächlich ökonomischen Druck dominiert, der alles andere wie z.B. Qualifikation, Personaleinsatz usw. in den Schatten stellt“

Führungskräfte sehen den Mangel an Ressourcen im Finanz- und Personalbereich als sehr belastend für die alltägliche Ausübung ihrer Arbeit an. Probleme mit Ressourcenallokation, Sparmaßnahmen und organisationspolitische Vorgaben würden sich negativ auf die Qualität der Pflege auswirken. Bei einem steigenden Aufwand in der Patienten/innenpflege und einem Mangel an Personal würden sich diese Faktoren zu psychischen Belastungen entwickeln, meinen die Führungskräfte.

c. Demente und multimorbide Patienten

„Wichtig erscheint mir, dass die Pflege und Betreuung alter und dementer Menschen in höherem Maße honoriert wird. Die intensive Beziehungsarbeit und die Auseinandersetzung mit dieser Patientengruppe ist höchst zeitintensiv und in gleichem Maße anstrengend, wie die mit hohem Ansehen versehene Apparate- und Akutmedizin“

Bei einer alternden Bevölkerung kommen vermehrt demente und multimorbide Patienten/innen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, um entsprechend betreut zu werden. Hier betonen die Pflegekräfte, dass Fortbildungen und grundsätzlich ein Fortbildungsrahmen geschaffen werden müsse, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Vor allem multimorbide Patienten/innen benötigen eine besondere Zuwendung und diese wirke sich sehr oft als eine starke Belastung auf die Führungskräfte und deren Mitarbeiter/-innen aus.

d. Bürokratische Hürden

„Auch die Zunahme und Herausforderung der vielen geforderten Dokumentation ist eher als belastend erfahrbar und macht den so wichtigen Aspekt der persönlichen Betreuung der Hauskranken immer schwieriger, da kaum Zeit bleibt“

Die Führungskräfte empfinden die Zunahme an administrativen Tätigkeiten als sehr belastend, da sie und ihre MA dadurch weniger Zeit für Patienten/innen hätten. Die ständige Dokumentation und das Vorbereiten von Berichten für den nächsten Tag würde für unnötige Überstunden sorgen. Gewisse administrative Hürden könnten ihrer Meinung nach durch neue Technologien effizienter gemacht werden.

e. Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen

„Mit gewissen Berufsgruppen (Ärzte) ist kein prozessorientiertes Zusammenarbeiten trotz klar definierten Aufgaben möglich. Würden gewisse Aufgaben nicht durch die Pflege veranlasst werden würden diese mit Sicherheit kaum bis überhaupt nicht durchgeführt werden“

Als belastend wurde das Verhältnis zu den Ärzten/innen beurteilt. Pflegekräfte müssten sich um Aufgaben der Ärzten/innen kümmern, ohne dass dies so vorgeschrieben sei. In Sachen Zuständigkeit würden ungeklärte Verantwortlichkeiten zwischen diesen beiden Berufsgruppen zu Unsicherheiten und Konflikten führen.

f. Multikulturalität

„Durch den hohen Migrationshintergrund unserer Patienten wird die Zusammenarbeit sehr schwierig. Gegenseitiges Misstrauen der einzelnen kulturellen Verständnisse erfordern häufig viele Gespräche und gegenseitiges Entgegenkommen.“

Die Führungskräfte betonen die zunehmende Rolle von interkultureller Kompetenz. Ein Mangel an interkultureller Kompetenz würde für Kommunikationsprobleme sorgen und einen Weg für Misstrauen zwischen den verschiedenen Kulturen freimachen. Abweichend von den quantitativen Ergebnissen, werden in den offenen Kommentaren häufig auch Probleme und Spannungen im Team aufgrund interkultureller Unterschiede der Teammitglieder genannt.

g. Arbeitsorganisation

„Ich denke, man sollte auch oder besonders auf der Personalebene mehr Wert auf Psychohygiene und regelmäßige Reflexionen legen. Dienst und Urlaubsplanungen müssen so gestaltet werden, dass es hierbei auch wirklich zu Erholungsphasen kommen kann ebenso was den Abbau von Überstunden betrifft! Man muss sich bewusstwerden, dass die psychosoziale Komponente sowohl auf den Patienten und Angehörigen als auch auf der Personalebene von viel größerer Bedeutung ist als noch vor ein paar Jahren!“

Die Arbeitsorganisation wurde oft als starr und „eingefahren“ von den Führungskräften empfunden. Vor allem wurde ein flexiblerer Personaleinsatz von der Direktion gewünscht. Auf der individuellen Ebene müsste man sich vermehrt auf die psychischen Belastungen der Führungskräfte fokussieren. Die Menge der administrativen Aufgaben würde wenig Raum für die Arbeit mit Patienten/innen lassen.

h. Einschränkung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums

„Ich möchte mit einbezogen werden, wenn wichtige Veränderungen im Ablauf der Patientenbetreuung beschlossen werden. Es sprechen immer nur Menschen miteinander, die vom Bereich keine Ahnung haben. Viele Fehlentscheidungen müssen von uns umgesetzt werden, obwohl wir genau wissen, dass es Fehler sind. Die Motivation ist mittlerweile bei allen am Nullpunkt“

Führungskräfte fühlen sich nicht genug in die Entscheidungen von den oberen Führungsebenen einbezogen. In ihren Handlungen wären sie zu sehr von situativen Faktoren wie Zeit oder Personalmangel eingeschränkt. Sie betonen die Zentralisierung von Entscheidungsprozessen als stärkste Einschränkung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums.

i. Feedback

„Wertschätzung ist ein Riesenthema! Steht in den Leitsätzen in fast allen Krankenanstalten! Gelebt wird es meistens von ganz unten! Oben wird leider oft vergessen, die Führungskräfte im mittleren Management zu loben oder gar zu unterstützen.“

Führungskräfte fühlen sich geschätzt und werden für ihre Arbeit gelobt. Allerdings wird dieses Feedback häufig nur von anderen Kollegen/innen der gleichen Hierarchieebene gegeben. Eine Wertschätzung von Führungskräften und Vorgesetzten aus dem oberen Management wird oft als nicht vorhanden beschrieben.

j. Fortbildungsformen

Führungskräfte wünschten sich vermehrt Fortbildungsinhalte zu den folgenden Themen (rangiert nach Wichtigkeit):

- Recht
- Kommunikation (Konfliktmanagement, Netzwerken und interdisziplinäre Zusammenarbeit)
- BWL (Personalmanagement, Projektmanagement, Finanzwesen)
- Psychologische Themen (z.B. Burnout-Prävention)

k. Netzwerkmöglichkeiten

„Eine der größten Herausforderungen ist für mich Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige als auch die Hausärzte mittels Gesprächen zu einem steten Austausch zu motivieren, um gemeinsam am gleichen Ziel zu arbeiten. Diese Gespräche verlangen sehr viel Energie ab.“

Führungskräfte der Pflege erhofften sich mehr Möglichkeiten, sich mit anderen Kollegen/innen und Berufsgruppen auszutauschen. Dieses Vernetzen würde die Informationsbeschaffung, den kollegialen Zusammenhalt und die Qualität des Pflegeangebots fördern. Möglichkeiten zum Netzwerken sollten geschaffen werden um zwischen einzelnen Berufsgruppen einen informationellen Austausch zu ermöglichen.

I. Unterstützung wird zusätzlich benötigt

Zusätzlich ergaben sich aus den Ergebnissen aus dem quantitativen Teil der Studie zu diesem Thema:

- vermehrt Supervisionsmöglichkeiten
- mehr Transparenz über innerbetriebliche Organisations- und Verantwortungsstrukturen
- Austausch mit anderen Kollegen/-innen aus anderen Gesundheitseinrichtungen

5.3 Zusammenfassend

Ziel der Befragung war es, Führungskräfte aus der Pflege im österreichischen Gesundheitswesen hinsichtlich ihrer Wahrnehmung betreffend interner (z.B. Teamklima in der Abteilung) und externer (z.B. Wahrnehmung betreffend aktueller Herausforderungen und Veränderungen) führungsbezogener Aspekte und Herausforderungen zu befragen. Es wurde eine Umfrage mit geschlossenen Fragen umgesetzt, wobei jeder thematische Fragenblock mit offenen Antworten kommentiert werden konnte. D.h. es liegen sowohl quantitative/numerische als auch qualitative/verbale Daten vor.

Die Daten zeigen, dass der Personalstand (hier schätzen die unter 40-jährigen den *geringen* Personalstand als relevanter ein als ältere) und die Qualifikation des Personals aktuell als wichtigste Herausforderungen in der Führungsarbeit wahrgenommen werden (bundeslandunabhängig). Das gleiche gilt für den demographischen Wandel, der sich sowohl auf Seiten der teaminternen Zusammenarbeit in Form von Spannungen aufgrund von Altersunterschieden in den Teams zeigt als auch auf Seiten der Patienten/innen (dies geht insb. aus den

qualitativen Daten hervor). Eine weitere zentrale Herausforderung, die aus den Daten hervorgeht ist der Umgang mit sich wandelnden ethnischen Bedürfnissen aufgrund multikultureller Hintergründe – auch dies gilt sowohl für die teaminterne Zusammenarbeit als auch für die Betreuung von Patienten/innen. Zwischen den Bundesländern gibt es hier keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung dieser Faktoren, allerdings schätzen weibliche Führungskräfte die Relevanz multikultureller Hintergründe signifikant höher ein als männliche.

Im Themenfeld *Belastungsfaktoren* hat sich gezeigt, dass die Menge an laufenden Veränderungen und die ökonomischen Rahmenbedingungen als größte Belastungen erlebt werden – die offenen Kommentare untermauern dieses Ergebnis, im Speziellen wurde genannt, dass der Umsetzungsdruck bei Veränderungsprojekten sehr hoch sei und dadurch eine hohe Belastung entsteht und dass die Erwartungshaltung der Entscheidungsträger insbesondere durch ökonomische Zielvorgaben und gestiegene Qualitätsanforderungen sehr hoch sei und dass komplexere Pflege- und Behandlungssituationen höhere Pflegefachkompetenz erfordern würden. Verglichen zu diesen strukturellen Belastungsfaktoren innerhalb der Rahmenbedingungen der Arbeit werden Belastungen durch die Patienten/innen selbst bzw. ihre Angehörige weitaus geringer eingeschätzt.

Die führungsbezogenen Faktoren werden alle relativ hoch eingeschätzt. Insbesondere sticht die Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. die Erwartung einer Führungskraft aufgrund ihrer Kompetenz An- und Herausforderungen erfolgreich bewältigen zu können, hervor – dies ist aus psychologischer Perspektive eine wesentliche Ressource. Durchgehend als positiv wird das Teamklima wahrgenommen (wobei unter 40-jährige eine signifikant niedrigere Einschätzung abgegeben haben), ebenso stellt die Unterstützung durch die Organisation und die Vorgesetzten eine Ressource für die Führungskräfte dar – d.h. darauf kann man bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung dieser Berufsgruppe aufbauen und dabei berücksichtigen, dass hier unter 40-jährige Personen tendenziell kritischer sind in der Einschätzung dieser Aspekte. Vergleichsweise am niedrigsten werden der Handlungs- und Gestaltungsspielraum wahrgenommen

(auch hier gibt es keine Geschlechtsunterschiede, dafür signifikante Unterschiede zwischen den zwei Altersgruppen: ältere Personen schätzen ihren Handlungs- und Gestaltungsspielraum höher ein), im Speziellen zeigt sich hier, dass, wenn es um wichtige Entscheidungen geht, die Führungskräfte nur bedingt miteinbezogen werden; knapp über 50% geben weiter an, dass sie nur bedingt Zeit haben, ihren eigentlichen Führungsaufgaben nachzugehen. In Tirol, Wien, Salzburg und im Burgenland wird der wahrgenommene Handlungs- und Gestaltungsspielraum verglichen zu den anderen Bundesländern am geringsten erlebt.

Was die Diversität betrifft, so erleben knapp 70% der befragten Personen keinerlei Spannungen im Team aufgrund unterschiedlicher kultureller Hintergründe der MA, dies ist ebenso ein sehr erfreuliches Erlebnis – Spannungen zwischen Altersgruppen hingegen werden häufiger erlebt, hier meinen nur 50%, dass sie keinerlei Spannungen aufgrund von Altersunterschieden im Team erleben, ein genauer Blick in Daten zeigt weiter, dass jüngere (d.h. unter 40-jährige Führungskräfte) signifikant höhere Spannungen zwischen Altersgruppen erleben.

Dies zeigt noch mal auf, dass es Generationenkonflikte gibt und dass man die demographische Entwicklung viel stärker und proaktiver in die Planung von Maßnahmen zur Unterstützung von Führungskräften mitberücksichtigen muss.

Die Freude an der Arbeit selbst und das Betriebsklima sind die größten Motivatoren für die Arbeit als Führungskraft (auch wenn jüngere Führungskräfte diese signifikant niedriger einschätzen); das Einkommen der geringste (dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen).

6 Diskussion und Conclusio

Die Ergebnisse überschneiden sich, anteilig mit den Untersuchungen zur Qualität des Arbeitslebens von Führungskräften im mittleren Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens von Schmiedl und Hoffmann (2016). Die Ergebnisse von Schmiedl und Hoffmann (2016) konnten zeigen, dass bei 80% der

Führungskräfte im Gesundheitswesen in Österreich ein Missverhältnis zwischen Belohnung und Verausgabung herrscht (d.h. die Anforderungen durch die Arbeit stehen in einem Missverhältnis zu der Wertschätzung und Anerkennung, die man für die Arbeit „zurückbekommt“) und zu Beanspruchungsfolgen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Beeinträchtigungen im muskuloskeletalen Bereich führen kann. Daneben wurden weitere Risikofaktoren wie z.B. eine als mangelnd wahrgenommene soziale Unterstützung, hoch wahrgenommener Zeitdruck, ständige Unterbrechungen, mangelndes Feedback genannt. Ebenso ergänzen die Ergebnisse die Studie vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (2016) - der „Pflege-Thermometer 2016“: Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege“ (unter der Leitung von Isfort und Weidner). Auch wenn die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zwischen Deutschland und Österreich variieren, d.h. nicht per se auf Österreich übertragbar sind, so sind die Trends hinsichtlich der ökonomischen Rahmenbedingungen sehr wohl vergleichbar: Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass auch in Deutschland ein Mangel an finanziellen Ressourcen zu einer Verkürzung des strategischen Spielraums führt und bei einem steigenden Personalbedarf sowie erhöhten Erwartungen der Patient/-innen Fehlbeanspruchungen bei der Belegschaft innerhalb der Profession der Pflege erzeugt.

Die Anschlussfähigkeit der Ergebnisse an andere Studien lässt die Schlussfolgerung zu, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen hinterfragt werden sollten, nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch im strategischen Management von Gesundheitseinrichtungen. Betriebswirtschaftliche Effizienz und Fürsorge als gleichzeitig berechtigte Ziele organisationskulturell zu verankern, könnte eine Auflösung dieses Spannungsfeldes darstellen und Belastungen in Folge der Menge an laufenden Veränderungen, die nicht zuletzt auf ebendiese Bedingungen zurückzuführen sind, reduzieren. Verstärkt ins Blickfeld zu rücken sind jedenfalls personalbezogene Aspekte wie Krankenstände, Qualifikation, und Personalstand zur Bewältigung des Tagesgeschäftes – allesamt mögliche Konsequenzen von den als belastend erlebten ökonomischen Rahmenbedingungen.

Bezüglich der Planung von Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen legen die Ergebnisse nahe, alters- und kulturbezogene Variablen stärker zu berücksichtigen, um intergenerationale und interkulturelle Spannungsfelder abzufedern.

Psychische Belastungen und Überforderung spielen eine immer größere Rolle, wie die Ergebnisse aufzeigen. Gleichzeitig, und an dieser Stelle ergänzen die Ergebnisse die Studie von Schmiedl und Hoffmann (2016) innovativ, gibt es sehr viele Ressourcen, auf denen sich aufbauen lässt (vgl. z.B. hoch eingeschätzte Motivatoren, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen etc.). D.h., die Führungskräfte fangen nicht bei null an: Langjährige Erfahrung scheint die erhobenen führungsbezogenen Aspekte zu begünstigen. Teamentwicklungen und individuelle Coachings werden ebenso als protektive und wichtige Maßnahmen, insbesondere von „jüngeren“ Führungskräften (d.h. unter 40-jährigen) betrachtet.

Partizipation der Führungskräfte aus der Pflege bei strategischen Entscheidungen für oder gegen (arbeitsorganisationsbezogene) Veränderungsinitiativen ermöglichen, wertvolles prozessbezogenes Wissen in strategische Entscheidungen einfließen zu lassen. Hier nehmen die Führungskräfte einen Gap nach oben wahr.

7 Literaturverzeichnis

Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J. & Schaufeli W.B. (2000) Effort and reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing* **31** (4), 884–891.

Chiok Foong Loke J. (2001) Leadership behaviors: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management* **9** (4), 191–204.

Cummings G. (2004) Investing relational energy: the hallmark of resonant leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership* **9** (4), 191–204.

Germain B.P. & Cummings G.G. (2010) The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management* **18**, 425–439.

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D., Hylla, J. (2016): *Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, Köln

Kouzes J. & Posner B. (2002) *The Leadership Challenge*, 3rd edn. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Kristensen, T.S., Hannerz, H., Høgh, A. & Borg, V. (2005) The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* **31**, 438-449.

McNeese-Smith D. (1997) The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration* **9** (27), 47–55.

Schmiedl, S., & Hoffmann, P. (2016) *Qualität des Arbeitslebens von Führungskräften im mittleren Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Wien, Österreich: Fachausschuss für Gesundheitsberufe

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Windel, A., Salewski-Renner, M., Hilgers, S. & Zimolong, B. (2002) *Screening-Instrument zur Bewertung und Gestaltung von menschengerechten Arbeitstätigkeiten - SIGMA*. Handbuch. Bochum: Ruhr Universität.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung des Samples (n = 889).....	19
Abbildung 2: Verteilung des Samples nach Bundesland	19
Tabelle 1: Welche Herausforderungen werden als aktuell wahrgenommen?.....	20
Tabelle 2: Welche Veränderungen finden bei der Versorgung von Patient/-innen statt?.....	21
Tabelle 3: Welche Fortbildungshemen wären wünschenswert?.....	22
Tabelle 4: In welcher Form sollen die Fortbildungsthemen vermittelt werden?.....	23
Tabelle 5: Welche Faktoren werden belasten die Führungskräfte am meisten?.....	24
Tabelle 6: Welche Formen der Unterstützung erhalten die Führungskräfte in den Organisationen?.....	25
Tabelle 7: Was für ein Selbstbild haben die Führungskräfte?.....	26
Tabelle 8: Werden die Führungskräfte von ihren Vorgesetzten unterstützt?.....	27
Tabelle 9: Wie nehmen die Führungskräfte ihren Handlungs- und Gestaltungsspielraum wahr?.....	28
Tabelle 10: Wie arbeiten die Führungskräfte in einem multikulturellen Rahmen?...	29
Tabelle 11: Ist durch die Stellenbeschreibung die Rolle der Führungskräfte klar definiert?.....	30

Tabelle 12: Wie wird das Teamklima in der Organisation empfunden?.....31

Tabelle 13: Welche Faktoren motivieren Führungskräfte am meisten?.....32