# MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Sozial- und Führungskompetenzen als interne Kommunikationsinstrumente im intramuralen Bereich“

Verfasserin

Mag. Lilian Konicar, Bakk.

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2009

| | |
|---|---|
| Studienkennzahl lt. Studienblatt: | A 066 841 |
| Studienrichtung lt. Studienblatt: | Publizistik u. .Kommunikationswissenschaft |
| Betreuer: | O. Univ.-Prof. Dr. Thomas Alfred Bauer |

# Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ. Prof. Dr. Thomas A. Bauer und Frau Doz. (FH) Dr. Manuela Walser, MSc, die mir während des gesamten Arbeitsprozesses für Fragen und Besprechungen von Problemen zur Verfügung standen.

Bedanken möchte ich mich zudem bei allen an der Befragung beteiligten MitarbeiterInnen, PflegerInnen und ÄrztInnen in den Spitälern. Ihr Interesse und ihre Rückmeldungen ermunterten mich und trugen wesentlich zum Gelingen der Arbeit bei.

Bei meiner Projektgruppe und speziell bei meinem Kollegen Michael Mayer möchte ich mich für die freundliche Zusammenarbeit während der ganzen Arbeitsperiode bedanken.

Dank sagen möchte ich auch meiner Familie, für ihre emotionale und finanzielle Unterstützung während des ganzen Studiums. Ich möchte mich auch bei meinen KollegInnen und FreundInnen für die tatkräftige Unterstützung und fortlaufende Motivation während des Verfassens meiner Diplomarbeit bedanken.

In der gesamten Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei geschlechts-spezifischen Begriffen die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich explizit als geschlechtsneutral. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

# INHALTSVERZEICHNIS


**EINLEITUNG** **1**

**1. KOMMUNIKATION UND SOZIALE KOMPETENZ** **5**

**1.1 ZUM BEGRIFF DER SOZIALKOMPETENZ** **8**

**1.2 THEORIEN UND MODELLE ZUM THEMA SOZIALKOMPETENZ** **15**
1.2.1. Die Theorie der multiplen Intelligenzen (Gardner, 1994) 15
1.2.2. Das Modell der Generellen Kompetenzen (Greenspan & Gransfield, 1992) 16
1.2.3. Das Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002) 17
1.2.4. Soziale Kompetenz im Spannungsfeld (Faix & Laier, 1996) 20

**1.3 BEFUNDE UND STUDIEN ZUR SOZIALKOMPETENZ** **21**

**1.4 METHODISCHE ZUGÄNGE ZUM THEMA SOZIALE KOMPETENZ** **28**

**2. KOMMUNIKATION UND FÜHRUNGSKOMPETENZ** **31**

**2.1 ZUM BEGRIFF DER FÜHRUNGSKOMPETENZ** **34**

**2.2 THEORIEN UND MODELLE ZUM THEMA FÜHRUNG** **38**
2.2.1. Führung im Wandel der Zeit 38
2.2.2. Die Kontinuumstheorie von Tannenbaum und Schmidt (1958) 41
2.2.3. Der Attributionstheoretische Ansatz 43

**2.3 BEFUNDE UND STUDIEN ZUR FÜHRUNGSKOMPETENZ** **45**

**2.4 METHODISCHE ZUGÄNGE ZUM THEMA FÜHRUNGSKOMPETENZ** **52**

**3. DAS UNTERNEHMEN: KRANKENHAUS** **55**

**3.1 DER BEGRIFF DES UNTERNEHMENS / DER ORGANISATION** **55**

**3.2 MODELLE UND THEORIEN DER UNTERNEHMENSORGANISATION** **57**

**3.3 DIE ORGANISATION: KRANKENHAUS** **61**
3.3.1. Die Definition eines Krankenhauses 61
3.3.2. Die Organisationsform eines Krankenhauses 63
3.3.3. Unterschiede zwischen Krankenhäusern und anderen Unternehmen 65

**3.4 BEFUNDE UND STUDIEN ZUM ARBEITSPLATZ: KRANKENHAUS** **67**

**4. ZUSAMMENFASSUNG DER LITERATURBEFUNDE** **71**

**5. DAS FORSCHUNGSPROJEKT„FÜHRUNGSVERHALTEN UND KOMMUNIKATION IN KRANKENHÄUSERN“ 75**

**5.1 DAS PROJEKT 75**

**5.2 DIE THEORETISCHEN KONSTRUKTE 77**

**6. ANLIEGEN DER UNTERSUCHUNG 79**

**6.1 ZIELE 79**

**6.2 FRAGESTELLUNGEN 81**
6.2.1. Fragestellungen zu den Rahmenbedingungen 81
6.2.2. Fragestellungen zur Sozialkompetenz 81
6.2.3. Fragestellungen zur Führungskompetenz 82

**7. METHODE 83**

**7.1 UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG UND ORGANISATORISCHE PLANUNG 83**

**7.2 UNTERSUCHUNGSTEILNEHMER 85**

**7.3 BESCHREIBUNG DES ERHEBUNGSINSTRUMENTES 86**

**7.4 STICHPROBENBESCHREIBUNG 91**

**8. ERGEBNISSE 95**

**8.1 STATISTISCHE AUSWERTEVERFAHREN 95**

**8.2 ERGEBNISSE ZU DEN RAHMENBEDINGUNGEN 96**
8.2.1. Kontextvariablen allgemein 96
8.2.2. Geschlechtsunterschiede bei den Kontextvariablen 101
8.2.3. Berufsfeldunterschiede bei den Kontextvariablen 102

**8.3 ERGEBNISSE ZUR SOZIALEN KOMPETENZ 105**
8.3.1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Sozialen Kompetenzen ihrer Führungskräfte ein? 105
8.3.2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Sozialen Kompetenzen von Führungskräften ein? 106
8.3.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Sozialen Kompetenz? 108
8.3.4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Sozialen Kompetenz? 109
8.3.5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Sozialen Kompetenzen? 110
8.3.6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Realitätseinschätzungen (IST) und den Ideal- Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte von MitarbeiterInnen bei der Sozialen Kompetenz? 111

**8.4 ERGEBNISSE ZUR FÜHRUNGSKOMPETENZ 112**
8.4.1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Führungskompetenzen (IST) ihrer Führungskräfte ein? 112
8.4.2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Führungskompetenzen (SOLL) von Führungskräften ein? 113
8.4.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Führungskompetenz? 115
8.4.4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Führungskompetenz? 115
8.4.5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Führungskompetenz? 116
8.4.6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Real- Einschätzungen (IST) und den Ideal- Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte bei der Führungskompetenz? 117

**9. INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE 119**

**10. AUSBLICK 125**

**11. LITERATURVERZEICHNIS 129**

Anhang A: Erhebungsinstrumente **143**
Anhang B: Tabellen **165**
Anhang C: Abstract **169**
Anhang D: Lebenslauf **173**

# ABBILDUNGSVERZEICHNIS

**Abbildung 1: Systematisierung der „Sozialkompetenz" ( Walser, 2007) 13**
**Abbildung 2: Das Modell der Generellen Kompetenzen (Greenspan & Gransfield, 1992) 17**
**Abbildung 3: Modell der generierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002a) 18**
**Abbildung 4: Modell der automatisierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002a) 19**
**Abbildung 5: Soziale Kompetenz im Spannungsfeld (Faix & Laier, 1996) 20**
**Abbildung 6: Kriterien für die Wahl des Führungsstils (Tannenbaum & Schmidt, 1958) 42**
**Abbildung 7: Grundmodell des Attributionstheoretischen Ansatzes (Kirchler, 2008) 43**
**Abbildung 8: Das 4 x 6 Faktoren - Modell des Unternehmenserfolges (Strasser, 2004) 60**
**Abbildung 9: Funktionale Organisation am Beispiel einer Krankenanstalt (Lieb, 2004) 63**
**Abbildung 10: Geschlechtsverteilung der Berufspositionen im Krankenhaus 92**
**Abbildung 11: Berufsfelder der KrankenhausmitarbeiterInnen 92**
**Abbildung 12: Geschlechtsverteilung der Berufsfelder 94**
**Abbildung 13: Wöchentliche Arbeitszeit der KrankenhausmitarbeiterInnen 96**
**Abbildung 14: Alter der KrankenhausmitarbeiterInnen 97**
**Abbildung 15: Verweildauer der KrankenhausmitarbeiterInnen in ihrem derzeitigen Beruf 98**
**Abbildung 16: Geschlechtsunterschiede in der wöchentlichen Arbeitszeit 101**
**Abbildung 17: Berufsfeldunterschiede in der wöchentlichen Arbeitszeit 103**
**Abbildung 18: Berufsfeldunterschiede bei der Verweildauer 104**
**Abbildung 19: Soziale Kompetenzen (IST- Einschätzungen) 106**
**Abbildung 20: Soziale Kompetenzen (SOLL- Einschätzungen) 107**
**Abbildung 21: Soziale Kompetenzen: Berufsfeldunterschiede 109**
**Abbildung 22: Führungskompetenz (IST- Einschätzungen) 113**
**Abbildung 23: Führungskompetenz (SOLL- Einschätzungen) 114**

# TABELLENVERZEICHNIS

**Tabelle 1: Geschlechtsverteilung der Berufsfelder 93**

# EINLEITUNG

Die in unserer heutigen Gesellschaft ständig wachsende Flut an Informationen erfordert für alle Unternehmen -auch im intramuralen Bereich- eine verstärkte Auseinandersetzung mit der internen Kommunikation. Diese hat entsprechend weitläufige Einflüsse: auf die Art und Weise, wie sich Menschen in ihrer (Arbeits-) Umgebung fühlen und sich mit ihr auseinandersetzen -im privaten wie auch im öffentlichen Bereich- sowie auf alle internen Prozesse und Strukturen und dem daraus resultierenden Erfolg des Unternehmens. Der professionelle Umgang mit Kommunikation, dem sozialen Verhalten in Arbeitsumgebungen bzw. dem damit verbundenen Führungsverhalten, entscheidet heutzutage über den Erfolg eines Unternehmens.

Die Aktualität der Themen Kommunikation, Soziale Kompetenz wie auch Führungskompetenz spiegelt sich neben der Masse an moderner Management-Literatur auch in der gesamten medialen Berichterstattung wider.
So berichtet beispielsweise auch *„Die Presse"* in einem Beitrag vom 26. 02.2008 unter dem Titel „Was sind Soft Skills wirklich und wer braucht sie?", dass Soft Skills vor allem im Gesundheitsbereich nicht mehr wegzudenken sind. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten mit Menschen in einer sozialen Situation umgehen zu können seien besonders für Absolventen, die in einem Krankenhaus arbeiten möchten, von immenser Bedeutung.
Die Tageszeitung *„Der Standard"* schildert in einem Beitrag vom 21. Juli 2007 unter dem Titel „Hardware Softskills für künftige Chefs", dass Soft Skills in unserer heutigen Gesellschaft als elementare Kompetenzen jeglicher Führungstauglichkeit verstanden werden. Auch in einer aktuelleren Ausgabe der Tageszeitung *„Der Standard"* vom 11.04.2009 wird die Forderung nach verstärkter Kommunikation und Reflexion von Führungskräften unter der Schlagzeile „Leadership ist mehr denn je gefragt" laut. Ebenso titelt das Wirtschaftsblatt (30.04.2008): „Führungskräfte müssen mehr Zeit in Kommunikation investieren" und will einen Aufruf für mehr Dialogfähigkeit und Kommunikation in Unternehmen starten.

Jedoch auch wissenschaftliche Studien, wie die vom AMS in Auftrag gegebene Studie „Soft Skills", zeugen von der immensen Bedeutungszunahme der „weichen Kompetenzen" (siehe Schmidt & Hafner, 2008).
So sind kaum mehr Stellenanzeigen zu finden, in denen Soft Skills wie Kommunikationsfähigkeit, Soziale Kompetenz oder Führungskompetenz, neben einer profunden Fachkompetenz, als zentraler Bestandteil eines Anforderungsprofils fehlen.

Die Aktualität dieser Themen und die darauf basierende Relevanz der vorliegenden Untersuchung hat mehrere Gründe:
Der wichtigste Grund liegt hierbei sicherlich im sozialen, aber auch wirtschaftlichen Wandel der Zeit. Im Hinblick auf die pyramidale Form der Altersverteilung in Österreich und dem damit verbundenen sozialen Wandel der Gesellschaft liegt die Dringlichkeit von Innovationen und technischem Fortschritt in diesem Bereich auf der Hand. Eine so rasant alternde und sich- verändernde Gesellschaft bedeutet, neben den weiter steigenden Kosten der medizinischen Versorgung, Pflege und Rehabilitation, auch eine verstärkte Notwendigkeit der Suche nach präventiven Strategien zur Stabilisierung des Gesundheitswesens.

Betrachtet man den wirtschaftlichen Wandel der Gesellschaft, so wird schnell erkennbar, dass die Veränderung von einer agrarischen- bzw. industriellen Gesellschaft hin zu einer Kommunikations- bzw. Wissensgesellschaft einen generellen Perspektivenwechsel bedingt (vgl. Nefiodow, 2006). So erfordern die sich- stetig- verändernden Rahmen- und Marktbedingungen (beispielsweise die instabilere Arbeitsmarktsituation) bzw. auch die damit verbundenen Berufsbilder mehr Flexibilität und Dynamik von Arbeitgeber- und ArbeitnehmerInnen.
Vor allem soziale Berufe, wie das medizinische Personal in einem Krankenhaus, weisen durchwegs ein erhöhtes Risiko für das Burnout- Syndrom und/oder Depressionen auf und sind bereits jetzt schwierigen Arbeitsbedingungen ausgesetzt, da vielfach neue und oft mehrere Funktionen gleichzeitig von KrankenhausmitarbeiterInnen erwartet werden. Die Möglichkeit einer Prävention dieser Belastungen und Störungen (und gleichzeitige Verminderung der hohen

Fluktuation) durch eine Optimierung der (internen) Kommunikation bzw. der Sozialen- und Führungskompetenzen ist dementsprechend nahe liegend.

Allerdings stellen „Soft Skills" auch generell eine gefragte Basisqualifikation dar, die eine schnelle Transferierbarkeit der Fähigkeiten in andere Berufsbilder erlaubt und in weiterer Folge als Tool der heutigen Personalauswahl unverzichtbar geworden ist. Denn auch in Anbetracht der immer komplexer werdenden und agierenden Unternehmen ist die immense Bedeutung der Soft Skills, sowie der (internen) Kommunikation für den Erfolg eines Unternehmens ersichtlich.

Im Bezug auf das Gesundheitswesen kann man davon ausgehen, dass sich dieser Markt in den nächsten Jahren bis Jahrzehnten zu einem der größten und weiterhin wachsenden Märkte entwickeln wird, wodurch es besonders wichtig ist, dieses System an den Wandel der Zeit anzupassen.
Eine Veränderung der sozialen Prozesse (und der damit verbundenen Unternehmenskultur bzw. auch Mitarbeiterzufriedenheit) in einem System kann im Grunde nur durch eine Veränderung von Kommunikationsprozessen erreicht werden. In weiterer Folge bietet sich somit die nähere Betrachtung der (internen) Kommunikation von MitarbeiterInnen und Führungskräften, sowie deren Sozial- und Führungskompetenzen als ausgezeichneter Ausgangspunkt für Veränderungsmöglichkeiten an. Da jedoch strukturelle Optimierungsmaßnahmen des Gesundheitssystems auf empirisch gut gesicherten Befunden fußen sollten, ist in erster Linie die Wissenschaft aufgefordert, mittels empirischer Studien Entscheidungshilfen zu geben.

Folglich sind Fragen wie: „Wie funktionieren Kommunikationssysteme in Krankenhäusern?", „Was sind Soziale Kompetenzen?", „Was sind Führungskompetenzen?", „Welche Führungskompetenzen benötigen Mitarbeiter des Gesundheitswesens?", „Welche Sozialen Kompetenzen werden im Gesundheitswesen als wichtig erachtet?", „Wie nimmt eine Berufsgruppe die Sozialen- und Führungskompetenzen einer anderen Berufsgruppe wahr?" von besonderem Interesse.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil:

Im *theoretischen Teil* werden in den ersten zwei Kapiteln jeweils die Begriffe der Sozialen Kompetenz und der Führungskompetenz im Zusammenhang mit Kommunikation näher beleuchtet. Danach erfolgen Darstellungen von den wichtigsten Theorien und Modellen, sowie ein Überblick über aktuelle Befunde und Studien zu den Themen der Sozialen- und Führungskompetenz. Des Weiteren werden die methodischen Zugänge zu diesen Themen und die damit verbundenen Probleme dargestellt. Das dritte Kapitel des theoretischen Teils beinhaltet die Beschreibung des Unternehmens Krankenhaus mit den wichtigsten Organisationsmodellen und -theorien und verschiedenen Befunden und Studien zum Arbeitplatz Krankenhaus. Abschließend werden die wichtigsten inhaltlichen Aspekte der vorangegangenen Kapitel nochmals in einer kurzen Zusammenfassung dargestellt.

Der empirische Teil der Arbeit beinhaltet die Beschreibung der durchgeführten Untersuchung und die damit verbundenen Analysen und Ergebnisse. Zuerst wird das Forschungsprojekt „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern" vorgestellt und auf dessen theoretische Konstrukte näher eingegangen. Danach werden die Anliegen und Ziele dieser Untersuchung sowie die konkreten Fragestellungen vorgestellt. Es folgt der methodische Abschnitt, der die Beschreibung der Untersuchungsdurchführung und die organisatorische Planung der Untersuchungsteilnehmer, des Erhebungsinstrumentes und die Stichprobenbeschreibung beinhaltet. Darauf folgt die Erläuterung der statistischen Auswerteverfahren, welche in die anschließende Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der statistischen Analysen mündet. Abschließend werden mögliche Probleme bzw. Verbesserungsmöglichkeiten für folgende Studien im Ausblick behandelt und eine kurze Zusammenfassung der Arbeit gegeben.

# 1. KOMMUNIKATION UND SOZIALE KOMPETENZ

Vorab ist es wichtig den Zusammenhang zwischen Kommunikation und der Sozialen Kompetenz näher zu beleuchten.

Im allgemeinen Verständnis sind die ersten Assoziationen zum Wort „Kommunikation" Begriffe wie etwa „miteinander reden", „Information", „Sprache", „Nachrichten an einen Empfänger senden", „Wissensaustausch" und ähnliche.
Grundsätzlich bedeutet „*communicare*" (lat.) jedoch „teilen", „mitteilen", „gemeinsam machen" bzw. „vereinigen", wodurch die Nähe zum Sozialen, zu einem Prozess bzw. einer Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen, die etwas Gemeinsames entstehen lassen, (lat. *communio* ~ Gemeinschaft) sichtbar wird (vgl. Duden, 2007).

Betrachtet man kommunikationswissenschaftliche Begrifferklärungen, so findet sich beispielsweise bei Burkhart (2002) der Vorschlag „Kommunikation" als „Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen" zu sehen (S. 20).
In weiterer Folge kann Kommunikation als soziales Verhalten beschrieben werden, welches dementsprechend nicht nur durch die Sprache - als Ausdrucksmittel - sondern durch *jegliches* Verhalten ausgedrückt werden kann.

So meint Watzlawick (2007), dass man sich nicht nicht verhalten bzw. auch nicht nicht kommunizieren könne, da jedes Verhalten in einer sozialen Situation Mitteilungscharakter hat und somit Kommunikation ist (vgl. Watzlawick, S. 51/52).

Diese Begriffsdefinition ist auch für die interne Kommunikation in Unternehmen treffend. Hierzu meint Herbst (1999):

> „Interne Kommunikation umfasst sämtliche Kommunikations- und Informationsbeziehungen im Unternehmen: zwischen Management und Mitarbeitern sowie zwischen den Beschäftigten untereinander; öffentliche und private Kommunikation, formale und informelle Kommunikation, persönliche Kommunikation und über Medien, individuelle Kommunikation und Massenkommunikation" (S.19).

Nach den Autoren Bauer- Klebl, Euler und Hahn (2000) stellt die Sozialkompetenz die wichtigste personale Vorraussetzung für die Gestaltung von Kommunikationsprozessen in sozialen Beziehungen dar. Hierfür sei es erforderlich verbale und nonverbale Äußerungen auf der Sach-, Beziehungs-, Selbstkundgabe- und Absichtsebene artikulieren zu können und auch die entsprechenden Botschaften des Kommunikationspartners interpretieren zu können.

So besitzt Kommunikation in einem Unternehmen zum einen eine funktionale Bedeutung (Verständigung), zum anderen spielt sie aber auch in dem Bereich der Sinnstiftung und der sozialen Gemeinschaft bzw. in der damit verbundenen Unternehmenskultur und -atmosphäre eine bedeutende Rolle.

In weiterer Folge stellt die Kommunikation in Form von sozialem Verhalten (Sozialen - und Führungskompetenzen) ein Hauptinteresse der vorliegenden Arbeit dar.

Der Begriff der Sozialen Kompetenz wird heutzutage jedoch in einer schier nicht enden wollenden Fülle von unterschiedlichen Begriffserklärungen in unterschiedlichen Kontexten, Umgebungen und Situationen verwendet.
Neben den Diskussionen rund um das Konstrukt Soziale Kompetenz in der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff der Soft Skills als Teil so genannter Schlüsselqualifikationen auch in der Managementliteratur immer moderner.

Die Anfänge der so genannten Schlüsselqualifikationen können bei Mertens (1974) gesehen werden, der darauf hinweist, dass aufgrund der Dynamik des Wandels beruflicher Aufgaben die fachliche Spezialisierung immer mehr in den Hintergrund rückt. Es seien vor allem tätigkeits- und berufsübergreifende Schlüsselkompetenzen, die einen erfolgreichen Mitarbeiter ausmachen.

Scheitler (1998) meint hierzu:

> "Schlüsselqualifikationen wollen mehr erreichen als einen verbesserten Funktionsablauf in den Routineaufgaben des Arbeitsalltags. Sie sollen Menschen dazu befähigen, nicht nur das Gelernte situationsspezifisch und flexibel anzuwenden, sondern nach ihren Bedürfnissen zu verändern, auftretende Probleme zu lösen, neue Handlungsalternativen in ihre Arbeitsabläufe zu integrieren, zwischen Alternativen auszuwählen, ihre Fähigkeiten mit den Fähigkeiten anderer zu verknüpfen und ihr (Ver)handlungsrepertoire aus eigener Kompetenz und Synergie zu erweitern. Dieser Prozess verlangt die Bereitschaft, offen für neue Beobachtungen, Erfahrungen und Anregungen zu sein sowie Neues dazu- und Altes umlernen."

So finden sich bei Hertig (2007) neben der Fachkompetenz, die Sozial-, Führungs-, Veränderungs-, Unternehmerkompetenz und die interkulturelle Kompetenz als die wichtigsten Kernkompetenzen (S. 287/289).

Besonders den sozialen und emotionalen Aspekten der Kompetenzen wird in den letzten Jahren immer mehr Beachtung geschenkt (siehe z.B. Buksch - Beudt, 2006; Niedemair, 1997; Scheitler, 2007; Schmidt & Hafner, 2008; Schneider, 2000).

Dies sieht auch Peters (2000) so, der vom Konzept der emotionalen Intelligenz ausgehend auf Folgendes hinweist:

> „Spitzenleister unterscheiden sich von durchschnittlichen Mitarbeitern in erster Linie durch die auf emotionalen Fähigkeiten basierenden Kompetenzen. So sind zum Beispiel Selbstvertrauen, Leistungsorientierung, Vertrauenswürdigkeit, Empathie und Teamfähigkeit zur Prognose von überragenden Leistungen im Schnitt etwa doppelt so wichtig wie IQ und Berufserfahrung" (S. 16).

## 1.1 ZUM BEGRIFF DER SOZIALKOMPETENZ

In diesem Kapitel wird zuerst eine Übersicht über die verschiedenen Definitionen von „Soft Skills" bzw. Sozialer Kompetenz gegeben, um danach mögliche Überschneidungen der Definitionen und Konzepte erkennen zu können.

Die Begriffe „Soft Skills" und Soziale Kompetenz bzw. oft sogar Emotionale Intelligenz (kritische Betrachtung hierzu siehe z.B. Schuler, 2002) werden in der wissenschaftlichen Literatur häufig inhaltlich homogen verwendet, in der empirischen Überprüfung jedoch auf die unterschiedlichsten Weisen operationalisiert. Der Begriff der Soft Skills bezieht sich kurz gesagt auf eine variierende Anzahl konkreter (siehe z.B. Becker & Heimberg, 1988) bis abstrakter Verhaltensdimensionen (siehe z.B. Riggio, 1986), die größtenteils unter den Definitionsbereich der Sozialen Kompetenz fallen. Dennoch werden in der beruflichen Praxis die Forderungen nach einer vermehrten Berücksichtigung sozialer Merkmale bzw. nach den Möglichkeiten der Erfassung und Förderung dieses Teils der Sozialen Intelligenz immer stärker. Auch Bildungsverantwortliche (siehe z.B. Niedemair, 1997) nennen die Soziale Kompetenz als die wichtigste berufliche Kompetenz in der zukünftigen Arbeitwelt.

Betrachtet man den Begriff der „Sozialen Kompetenz" sprachlich, so kann man ihn in die Begriffe „ sozial" und „Kompetenz" unterteilen.

Hierbei kann unter:

*„sozial*" so viel wie: „gesellschaftlich", „auf das Zwischenmenschliche; „auf das Gemeinschaftliche" und unter

*„Kompetenz*" (lat. competere) so viel wie: „das Vermögen", „die Fähigkeit", „die Zuständigkeit", „das Zusammentreffen" oder „ausreichen" verstanden werden (vgl. Duden, 2007).

Nach Übersicht der Literatur lassen sich die unterschiedlichen Begriffserklärungsversuche in verschiedene Gruppen einteilen.

Eine Gruppe von Autoren fasst den Begriff der „Sozialen Kompetenz" *eher weiter* und sieht ihn in der inhaltlichen Nähe der (sozialen/emotionalen) Intelligenz (siehe z.B. Moss & Hunt, 1927; Thorndike, 1920; Wechsler, 1956) oder auch, neben der Fach- und Methodenkompetenz, als Teil der generellen, beruflichen Handlungskompetenz (siehe z.B. Kauffeld, Frieling & Grote, 2002; Sonntag & schäfer- Rauser, 1993).

Schon im Jahre 1920 startet Thorndike einen der ersten Versuche der Begriffsdefinition und versteht Soziale Intelligenz als: *„the ability to act wisely in human relations*" (zit. nach Schneider et. al., 1996, S. 469).
So beschreibt er schon sehr früh eine Trennung zwischen der „abstrakten Intelligenz", als der Fähigkeit Ideen zu verstehen und mit ihnen umzugehen, der „mechanischen Intelligenz", als die Fähigkeit konkrete Objekte zu verstehen und mit ihnen umzugehen und eben der „Sozialen Intelligenz".

Noch offener formulieren es Moss und Hunt (1927, zit. nach Sternberg, 2000 S. 359), die unter sozialer Intelligenz *„(...) the ability to get along with others*" verstehen und somit einen der „Big 5" - Persönlichkeitsfaktoren, nämlich „Agreeableness" schon vorwegnehmen.

Auch Wechsler (1956) sieht den Begriff der Sozialen Intelligenz eng mit dem der allgemeinen Intelligenz verbunden und meint zu Sozialer Intelligenz nur: *"is just gerneral intelligence applied in social situations*"(S.13).

Ähnlich beschreibt Rampus (1947) die Soziale Kompetenz sehr prägnant als die Fähigkeit, sich in einem sozialen Umfeld angemessen zu verhalten (vgl. Hoffman & Holz, 2003). Diese Begriffserklärung führt Rampus (1947) -auf verschiedenen Ebenen- noch weiter aus: *"Social Competence is possessing and using the ability to integrate thinking, feeling and behaviour to achieve social tasks and outcomes valued in the host context and culture"* (zit. nach Hoffman & Holz, 2003, S. 683).

Hinsch und Pfingsten (2007) führen ebenfalls weiter aus und definieren die Soziale Kompetenz als: *"(...) die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen"* (S. 82).

Die meisten der weiter gefassten Begriffsbestimmungen erinnern an die, ebenfalls von Wechsler (1956) konzipierte, allgemeine Intelligenzdefinition (und hierbei besonders an den ersten bzw. dritten Punkt, unter denen er „Soziale Intelligenz" versteht). Wechsler legt sich nicht auf eine der verschiedenen Konzepte von Intelligenz fest, wie folgende Begriffsbestimmung erkennen lässt:

*„Intelligenz ist die globale oder zusammengesetzte Fähigkeit des Individuums,*
*1. zweckvoll zu handeln,*
*2. vernünftig zu denken*
*3. und sich mit seiner Umwelt wirkungsvoll auseinander zu setzen*"(S.13).

Generell kommt die Gruppe der eher weiter gefassten Begriffserklärungen zu dem Schluss, dass „Soziale Kompetenzen" Fähigkeiten und Fertigkeiten sind, welche -angewandt- in einer sozialen Interaktion hilfreich und wirkungsvoll sein können.

Die andere Gruppe der Autoren fasst den Begriff der Sozialen Kompetenz *enger* und versucht ihn durch verschiedene Subfähigkeiten- und Fertigkeiten zu beschreiben.

Nach Hertig (2009) zählen beispielsweise Fähigkeiten wie die Konfliktbewältigung, selbstsicheres Auftreten, aber auch die erfolgreiche Problemlösung im Team oder Kenntnisse im Bereich der Kommunikationstechnologie zu den Sozialen Kompetenzen.

Die Autoren Sonntag und Schaper (1992) sehen vor allem in Fähigkeiten wie der Kommunikation, der Kooperation und der (Selbst) - Organisation die wichtigsten Elemente für den Erfolg in sozialen Interaktionen.

Nach Schneider (2000, S. 1ff.) sind besonders die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, die Durchsetzungsfähigkeit, die Perspektivenübernahme und die Selbstkontrolle treffende Beschreibungen der Sozialkompetenz.

Ähnlich sieht dies auch Huck- Schade (2003), für die Soziale Kompetenz vor allem aus den Fähigkeiten: Kommunikation, Kooperation, Einfühlungsvermögen, Integrationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Motivation, Kontaktfähigkeit, Konfliktfähigkeit und Kritikfähigkeit besteht.

Holtz (1994) definiert den Begriff der Sozialen Kompetenz durch folgende Fähigkeiten, welche er in einem aufsteigenden Schwierigkeitsgrad sieht:

1) Ausdruck (kann sich verständlich machen, kann eigenes Wissen, Meinungen und Wünsche einbringen)

2) Empfang (kann zuhören, andere Gruppenmitglieder beobachten, Ereignisse und gruppendynamische Prozesse wahrnehmen)

3) Offenheit (ist offen für Anregungen, kann Kritik akzeptieren, ist bereit sich mit anderen auseinanderzusetzen)

4) Kooperation (kann eigene Handlungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten erkennen und wahrnehmen, kann sich auf Handlungen von anderen einstellen und sich anpassen)

5) Gestaltung (kann Beziehungen aufnehmen und gestalten, sich in einer Gruppe zurechtfinden, situationsadäquat kritisieren, eine Lernsequenz oder ein Gespräch leiten, verhält sich angemessen in gruppendynamischen Prozessen)

6) Identifikation (kann sich auf andere einstellen und Konflikte situationsgerecht angehen, behält eine gute Balance zwischen Engagement und Abgrenzung, hat ein Bewusstsein über die eigenen Möglichkeiten und Grenzen)

Kanning (2002b) wiederum unternahm den Versuch, die sprachliche Verwirrung um den Begriff Soziale Kompetenz durch eine Integration der diversen Kompetenzkataloge zu überwinden. Letztendlich gelang es ihm die mindest 100 gefundenen, oft synonymen Kompetenzen auf 15 Kompetenzen zu reduzieren, die er in drei Bereiche, nämlich den *perzeptiv- kognitiven* Bereich (der z.B. die Personenwahrnehmung oder die Entscheidungsfreudigkeit beinhaltet), den *motivational- emotionalen* Bereich (der z.B. die emotionale Stabilität oder die Prosozialität beinhaltet) und den *behavioralen Bereich* (der z.B. die Kommunikationsfähigkeit, die Durchsetzungsfähigkeit oder das Konfliktverhalten beinhaltet) gliederte.

An dieser Stelle muss jedoch auch die *unterschiedliche Struktur* bzw. der *unterschiedliche Aufbau* der Begriffsbestimmungen (wie die obigen Definitionsversuche zeigen) als Grund für die weitreichende Heterogenität der Begriffserklärung von Sozialer Kompetenz mitbedacht werden.
Dies wird zum Beispiel auch schon durch die Betrachtung der Schlagwörter: „Soft Skills", „Soziale Kompetenzen", „Emotionale Kompetenz" und „Soziale Intelligenz" klar. Manche Autoren verwenden die Begriffe „Soft Skills" und „Soziale Kompetenz" synonym, andere hingegen subsumieren unter dem Überbegriff „Soft Skills" verschiedene Kompetenzen, wie etwa eben die „Soziale Kompetenz" selbst, „Führungs-", „Selbst-", „Managementkompetenzen" u.v.m.. Andere Autoren hingegen sehen beispielsweise die „Soziale Kompetenz" bzw. auch die „Soziale Intelligenz" als Teil der „Emotionalen Intelligenz" oder sogar der „Generellen Intelligenz" (siehe z.B. Gardner, 1994).

Eine aufschlussreiche und übersichtliche Systematisierung der Begriffe: Emotionale Intelligenz, Emotionale Kompetenz, Soziale Intelligenz und Soziale Kompetenz ist bei Walser (2007) zu finden.

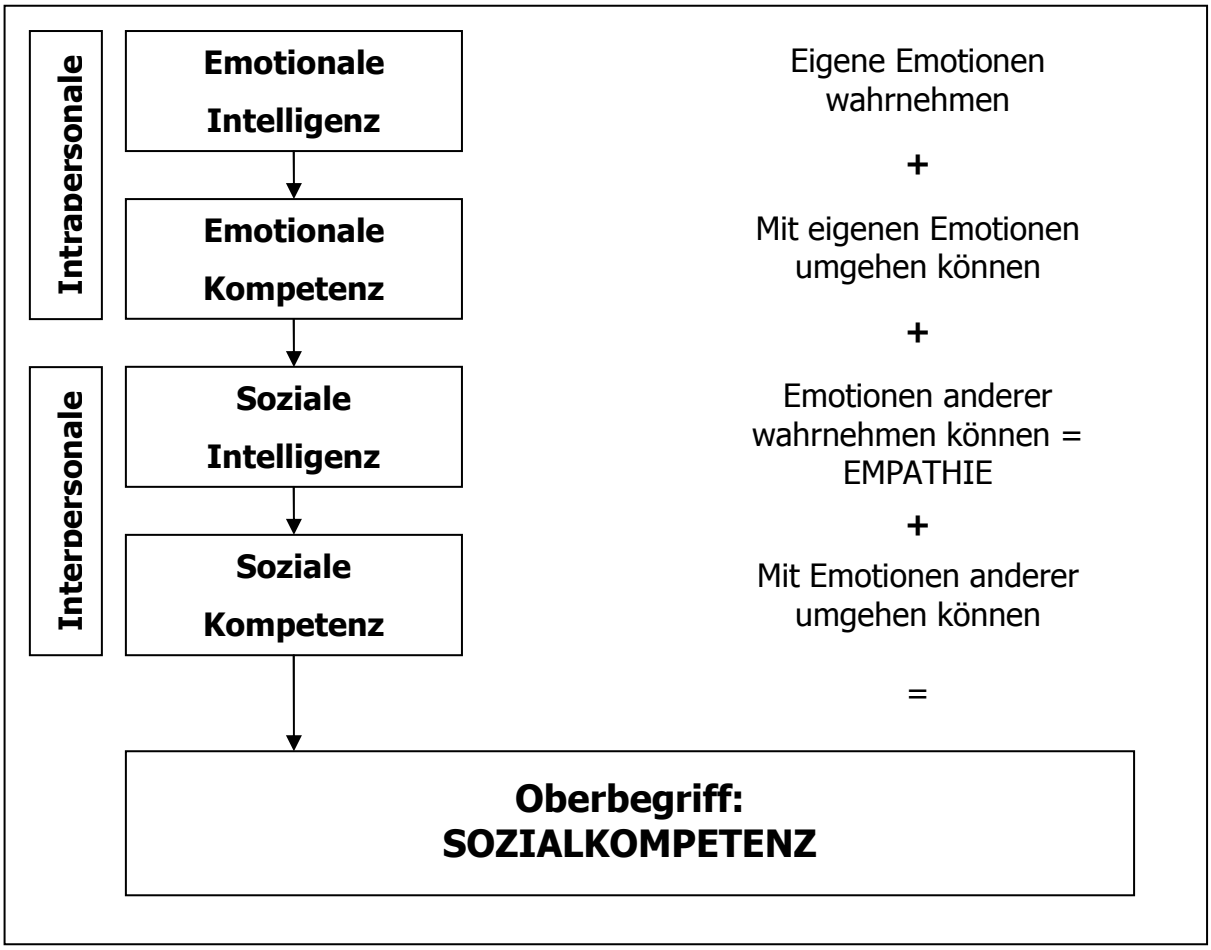


Abbildung 1: Systematisierung der „Sozialkompetenz"
(nach Walser, 2007, mod. von der Autorin)

Die Autorin sieht hierbei die Emotionale Intelligenz und die Emotionale Kompetenz als die *Intrapersonalen* Fähigkeiten bzw. die Soziale Intelligenz und die Soziale Kompetenz als die *Interpersonale*n Fähigkeiten. Durch die aufeinander aufbauende Struktur der Systematisierung ergibt sich so durch logische Schlussfolgerung als Oberbegriff die „*Sozialkompetenz*" (vgl. Walser, 2007, S. 15).

Allgemein betrachtet ist jedoch aus diesem kurzen Überblick über die verschiedenen Definitionen und Versuche der Begriffsbestimmungen erkennbar, dass der Begriff der „Sozialen Kompetenz" schwer fassbar und durch Unschärfe und Dehnbarkeit auszeichnet ist.

Dies hat mehrere Gründe: Zum einen sind Soziale Kompetenzen von der jeweiligen Kultur oder auch Subkultur abhängig, in der man sich befindet bzw. die man untersucht. Denkt man zum Beispiel an die unterschiedlichen Konfliktkulturen im europäischen oder im asiatischen Bereich, werden die Probleme der allgemeinen Begriffsbestimmungen bald ersichtlich. Doch nicht nur Kulturunterschiede zwischen Ländern, sondern auch zwischen verschiedenen Subsystemen, wie z.B. zwischen verschiedenen Berufsgruppen, verschiedenen sozialen Umgebungen wie Familie und Arbeitswelt etc., machen die Bandbreite kultur- und kontextabhängiger Definitionen von Sozialen Kompetenzen verständlich. In weiterer Folge bedeutet dies, dass ein Verhalten, welches in einem sozialen (Sub-) System als „sozial" angesehen wird, in einem anderen als gänzlich unangebracht bzw. sogar inkompetent angesehen werden kann. Somit ist die Auslegung des Begriffs der Sozialen Kompetenz in weiterer Folge von den sozialen Anforderungen, aber auch von den Situationsmerkmalen abhängig.

Zum anderen entwickelt und verändert sich die Wichtigkeit dieses Themas mit der Zeit selbst, weswegen es auch zu Umwandlungen, Verfeinerungen und Weiterentwicklungen der Begriffsdefinitionen kommt. In Phasen des Sozialen- und Bildungswandels kommt es parallel auch immer zu veränderten Anforderungen im wirtschaftlichen Sektor, welcher heutzutage stärker denn je die Beforschung von Soft Skills beeinflusst und fördert. Somit ist es klar, dass sich in der heutigen Wissens- und Informationsgesellschaft Definitionen verändern, vermehren und weiterentwickelt haben, da auch jeder Wandel in Systemen und Gesellschaften eine Weiterentwicklung der Sichtweisen, der Kommunikation über diese und somit auch der Definitionen ermöglicht.

## 1.2 THEORIEN UND MODELLE ZUM THEMA „SOZIALKOMPETENZ"

In diesem Kapitel werden verschiedene Ansätze, wie etwa die Theorie der multiplen Intelligenzen (Gardner, 1994), das Modell der Generellen Kompetenz (Greenspan & Gransfield, 1992) und das Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002a) näher beschrieben und abschließend der Ansatz von Faix und Laier (1996) skizziert, der Soziale Kompetenz im Spannungsfeld von Individuum, Gesellschaft und Unternehmen beschreibt.

### 1.2.1. Die Theorie der multiplen Intelligenzen (Gardner, 1994)

Bei Durchsicht der Literatur zum Thema Sozialer Kompetenz finden sich schnell viele Überschneidungen und Parallelen zwischen den Begriffen der Sozialen Kompetenz und dem der Emotionalen Intelligenz (= EQ) oder gar dem generellen Intelligenzquotienten (=IQ).

Gardner geht in seinem Intelligenzkonzept von der Existenz mehrerer verschiedener Intelligenzen aus und sieht neben der *Linguistischen*, der *Räumlichen*, der *Logischen*, der *Musikalischen* und der *Kinästhetischen* auch die *Personale Intelligenz* als Teil der allgemeinen Intelligenz.

Die Personale Intelligenz (auch „Soziale Intelligenz") besteht erstens aus der so genannten *Intrapersonalen Intelligenz*, welche die Fähigkeit sich selbst zu (er-) kennen bzw. einen Einblick in die eigenen, inneren Vorgänge, der Selbstdisziplin, des Setzens eigener Ziele bzw. den Aufbau eigener Motivation meint.

Den zweiten Bestandteil der Personalen Intelligenz sieht Gardner in der *Interpersonalen* Intelligenz, unter welcher er die Fähigkeit, andere zu verstehen, Tätigkeiten im Team bzw. soziales Verhalten und Lernen versteht. Einen weiteren Bereich der Sozialen Intelligenz beschreibt Gardner mit dem spirituell-existenziellen Vermögen, welches die Sensibilität für eher philosophische Grund- und Grenzfragen des Lebens meint.

### 1.2.2. Das Modell der Generellen Kompetenzen (Greenspan & Gransfield, 1992)

Das Modell der Generellen Kompetenzen (Greenspan & Gransfield, 1992) sieht die Soziale Kompetenz und die Instrumentelle Kompetenz als die zwei -in Wechselwirkung stehenden- Teile der Generellen Kompetenz.

Neben der Instrumentellen Kompetenz, die sich aus der Konzeptuellen Kompetenz (analytischen Denken), der Informationsverarbeitung bzw. dem körperlichen Zustand und den motorischen Fähigkeiten von Personen zusammensetzt, wird auch die Soziale Kompetenz beschrieben.

Nach den Autoren unterteilt sich die Soziale Kompetenz (wie auch die Instrumentelle Kompetenz) nochmals in einen intellektuellen und einen nicht-intellektuellen Aspekt. Hierbei gliedert sich der intellektuelle Aspekt der Sozialen Kompetenz aus der praktischen und der sozialen Intelligenz.

Während die Autoren unter der praktischen Intelligenz *„activities of daily living*" (S. 449) verstehen, beschreiben sie die Soziale Intelligenz wie folgt:

> „ (...) refers to a person's ability to understand and to deal effectively with social and interpersonal objects and events. Included in this construct are such variables as role-taking, empathic judgement, person perception, moral judgement, referential communication, and interpersonal tactics" (S. 449).

Der nicht- intellektuelle Bereich der Sozialen Kompetent beinhaltet das Temperament und den Charakter, welche als die Persönlichkeitsmerkmale von Personen gesehen werden.

Diese Beschreibung zeigt, dass im Modell von Greenspan und Gransfield (1992), die Soziale Intelligenz (als Teil des intellektuellen Aspekts der Sozialen Kompetenz) einerseits kognitive Elemente und andererseits aber auch Elemente auf der Verhaltensebene inkludiert.

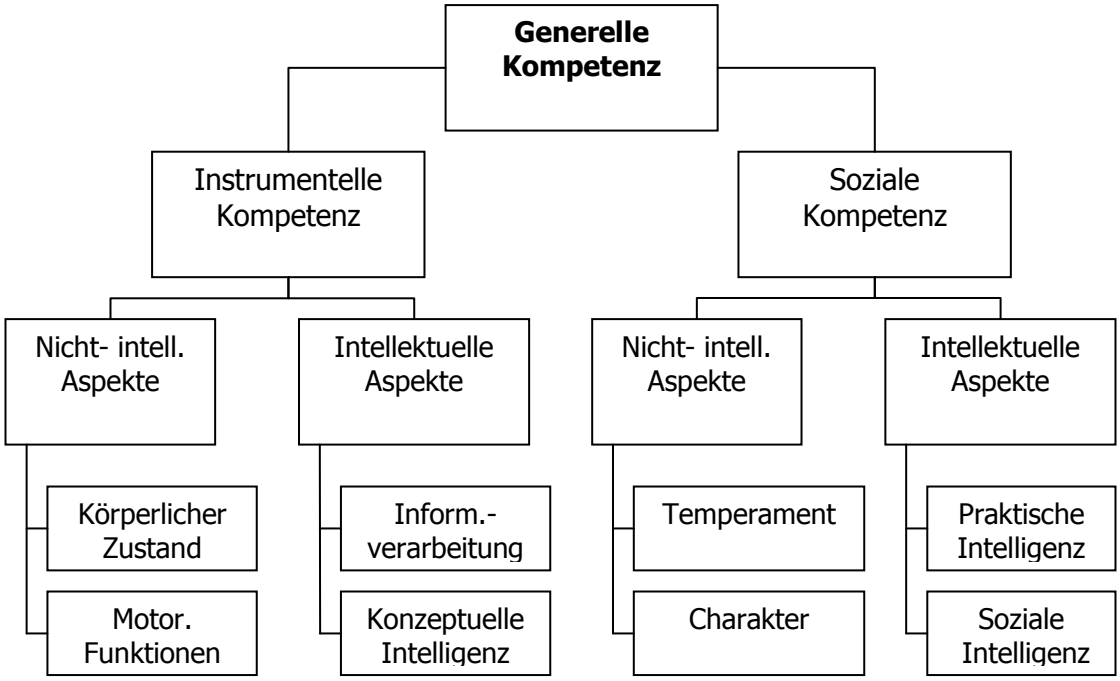


Abbildung 2: Das Modell der Generellen Kompetenzen
(Greenspan & Gransfield, 1992, mod. von der Autorin)

### 1.2.3. Das Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002)

In dem Model von Kanning (2002a) wird die Generierung von sozial kompetentem Verhalten durch einen ausdifferenzierten Regelkreis beschrieben, der vier elementare Stufen beinhaltet.

Beginnend mit einer Situationsanalyse, in der hauptsächlich perzeptiv- kognitive Kompetenzen nötig sind, muss sich die Person über die Ziele (der intendierten Handlung) und über ihre eigenen Ansprüche klar werden.
Im zweiten Schritt werden die verschiedenen Verhaltensoptionen analysiert.
Aus den eigenen Einschätzungen, welche Handlungsoption am ehesten zum erwünschten Ziel führt und welche auch -im Sinne einer eigenen Kontroll-überzeugung- durchführbar ist, entscheidet sich die Person für eine Verhaltens-weise. In dieser Stufe der Genese sozial kompetenten Verhaltens spielen laut dem Autor neben den perzeptiv- kognitiven, auch die emotional - motivationalen

Kompetenzen eine wichtige Rolle. Der dritte Schritt besteht aus der Umsetzung der ausgewählten Verhaltensweise, für welche daher primär die behavioralen Kompetenzen eine Rolle spielen. In einem letzten Schritt des Regelkreismodells wird die vorangegangene Verhaltensoption bewertet - es erfolgt also eine Evaluation. Hierfür sind wieder in erster Linie die perzeptiv- kognitiven Kompetenzen von Bedeutung, welche für den Abgleich zwischen der eigentlichen Zielrealisierung und der Verwirklichung der Ansprüche des sozialen Kontextes vonnöten sind.

Einschränkend muss jedoch hier angeführt werden, dass dieses Modell -laut Autor- stark vereinfachend dargestellt ist, da es z.B. in der Realität mehrere Ziele und auch mehrere Ansprüche gleichzeitig geben kann, sodass z.B. untergeordnete Ziele, infolge der Realisierung eines langfristigen Zieles, zurückgestellt werden. Auch wenn dieses Modell der hohen Komplexität natürlicher Lebenssituationen nicht gerecht wird, so hilft die Vereinfachung des Regelkreismodells dennoch, die grundlegenden Prozesse bei der Genese sozial kompetenten Verhaltens zu verdeutlichen.

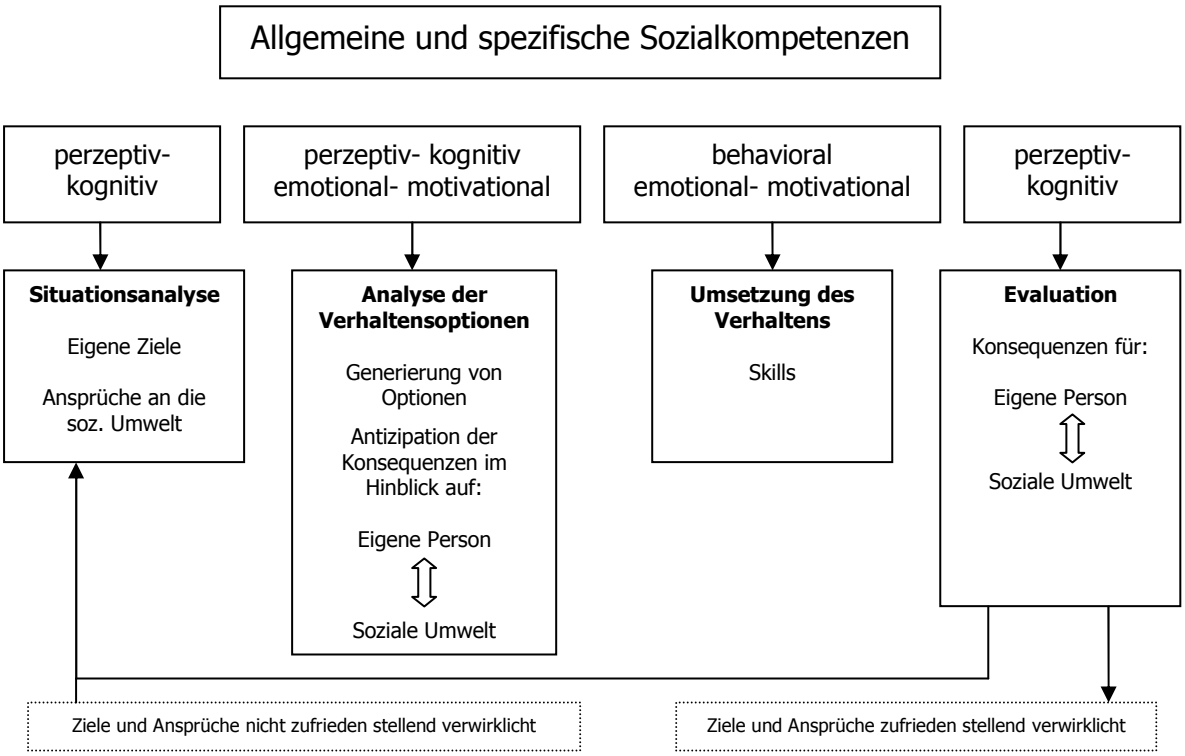


Abbildung 3: Modell der generierten Genese sozial kompetenten Verhaltens
(Kanning, 2002a; mod. von der Autorin)

Es ist jedoch offensichtlich, dass im realen Alltag eines jeden Menschen viele verschiedene Verhaltensweisen -aus ökonomischen Gründen- automatisiert ablaufen müssen. Denkt man zum Beispiel an Interaktionen, welche sehr häufig vorkommen, wie beispielsweise das tägliche Begrüßen von Arbeitskollegen etc., wird schnell klar, dass hierfür nicht jedes Mal aufs Neue sozial kompetentes Verhalten generiert wird.

Hier sieht Kanning (2002a) einen Automatisierungsprozess von sozial kompetentem Verhalten, welcher nur noch zwei Stufen des Regelkreismodells, nämlich die Situationsanalyse und die Realisierung der Verhaltensoption, beinhaltet. So wird zuerst die Situation analysiert, tiefere Überlegungen hinsichtlich der eigenen Ziele oder der Ansprüche an den sozialen Kontext spielen hier jedoch keine Rolle. Anhand von sozialen Hinweisreizen (z.B. eine ausgestreckte Hand zur Begrüßung) wird die eigene Handlungsweise nahe gelegt und es muss nicht mehr entschieden werden, welche Verhaltensweise in diesem Kontext sozial angemessen wäre. Nach der Situationsanalyse folgt sogleich die Realisierung der Handlung, wobei die Person auf bereits erworbene Verhaltensroutinen zurückgreifen kann, die sie bereits in der Vergangenheit erfolgreich eingesetzt hat.

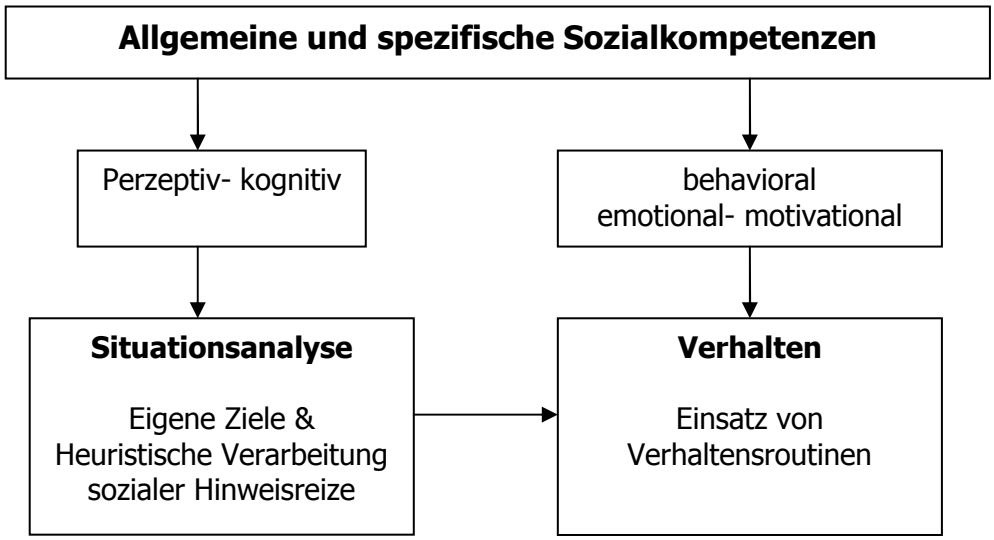


Abbildung 4: Modell der automatisierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002a; mod. von der Autorin)

Zu sozial inkompetentem Verhalten kann es laut Kanning (2002a) aus mehreren Gründen kommen. Zum einen können die falschen Heuristiken eingesetzt werden, zum anderen können die Routinen falsch ausgewählt werden oder es können Fehler in der Umsetzung unterlaufen.

### 1.2.4. Soziale Kompetenz im Spannungsfeld Individuum, Gesellschaft und Unternehmen (Faix & Laier, 1996)

Nach Faix und Laier (1996) darf die Soziale Kompetenz jedoch nicht als alleinstehende Fähigkeit oder Fertigkeit eines Menschen gesehen werden, sondern befindet sich vielmehr im Spannungsfeld von Individuum, Gesellschaft und Unternehmen.

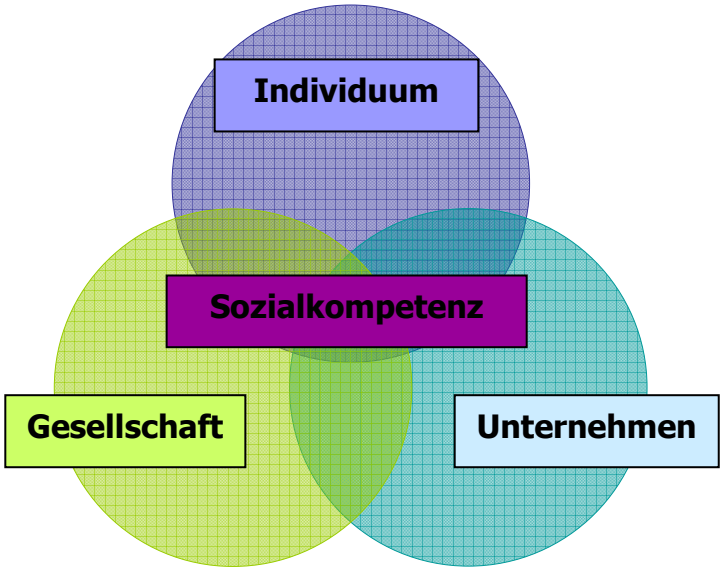


Abbildung 5: Soziale Kompetenz im Spannungsfeld von Unternehmen, Gesellschaft und Unternehmen (Faix & Laier, 1996; mod. von der Autorin)

Soziale Kompetenz ist somit nicht als mechanistische Funktion anzusehen, sondern soll als hochkomplexer- interaktionistischer Prozess verstanden werden, welcher Wahrnehmungs-, Denk-, und Handlungsstrukturen beinhaltet. So ist der Mensch dann sozial kompetent, wenn er fähig ist sich in seinem privaten, beruflichen, aber auch gesamtgesellschaftlichen Umfeld selbstständig, umsichtig und

nutzenbringend zu verhalten. Die Bildung der Sozialen Kompetenz erfolgt aus biologischen Anlagen, kulturellen Kontrollmustern und eigenen, inneren Werten und ist in weiterer Folge ein *„ (...) Balanceakt zwischen Selbstverwirklichung und gelungener Anpassung an die Normen, Werte und Anforderungen, die Dritte an uns stellen*"(zit. nach Faix & Laier, 1996, S. 64).

## 1.3 BEFUNDE UND STUDIEN ZUR SOZIALKOMPETENZ

In diesem Abschnitt werden zuerst Studien zur Bestimmung von diversen Faktoren der Sozialen Kompetenz vorgestellt. Danach erfolgt die Darstellung von Befunden, welche die Soziale Kompetenz in verschiedenen Kontexten untersucht.

In der Literatur lassen sich zahlreiche Studien finden, die auf der Basis empirischer Analysen versuchen die verschiedenen Faktoren der Sozialen Kompetenz zu ermitteln.
Ein erster Versuch, für die Soziale Kompetenz bzw. Soziale Intelligenz einen quantitativen- psychometrischen Nachweis zu erbringen, wurde bereits sehr früh unternommen. Mit dem GWSIT (George Washington Social Intelligence Test) von Hunt (1928, zit. nach Sternberg, 2000, S. 360ff.) wurden z.B. die Dimensionen „Urteilsfähigkeit in sozialen Situationen", „Gedächtnis für Namen und Gesichter", „Erkennen innerer Zustände bei verbaler Kommunikation" u.v.m. untersucht. Neben psychometrischen Defiziten hatte der Test den Nachteil, dass kein eigener Faktor „Soziale Intelligenz" nachgewiesen werden konnte, welches sich auch in der hohen Korrelation (r=. 54) zur allgemeinen Intelligenz widerspiegelte.

Dennoch konnte in weiteren Untersuchungen die Existenz von mehreren postulierten Faktoren der Sozialen Kompetenz nachgewiesen werden (siehe z.B. Guilford, 1967; Kauffeld, Frieling & Grote 2002; Kosmitzki & John, 1993; Schneider et. al, 1996; Strametz & Partner, 2001).

In der Untersuchung von Schneider et. al (1996) sollten die Versuchpersonen auf der Basis einer zuvor zusammengestellten Liste sozial kompetenter Eigenschaften ihr tatsächlich gezeigtes Sozialverhalten einschätzen. Mittels einer Faktorisierung ergaben sich für die Soziale Intelligenz- statistisch unabhängig von verbalen und quantitativen Fähigkeitsmassen- die folgenden Faktoren: Extraversion, Wärme, soziale Einflussnahme und soziale Einsichtbildung.

Ähnliches stellte sich bei der Studie von Kosmitzki und John (1993) heraus, in der die Versuchspersonen angeben sollten, in welchem Ausmaß diverse Faktoren der Sozialen Kompetenz zum Verständnis von Sozialer Intelligenz passen. Hierbei ergaben sich nach Faktorisierung u.a. folgende Hauptdimensionen: die Fähigkeiten, Gedanken, Gefühle und Absichten anderer Personen zu verstehen, mit anderen gut umzugehen, die Perspektive anderer einnehmen zu können und die Offenheit für neue Erfahrungen, Werte und Ideen.

Kauffeld, Frieling und Grote (2002) konzipierten eigens für die Analyse der Sozialen Kompetenzen einen Kompetenz- Raster (Kasseler- Kompetenz- Raster (KKR), siehe Kauffeld, 2000) zur Messung der verschiedenen Kompetenzen. Hierbei wurde die Fach- und Methodenkompetenz der Selbst- und Sozialkompetenz gegenübergestellt. Bei Durchsicht der Aspekte der Sozialen- und Selbstkompetenz stellten sich folgende Fähigkeiten als wichtig heraus: eine ermunternde Ansprache, Unterstützung, aktives Zuhören, (Verarbeitungs-) Rückmeldung, Ablehnung, atmosphärische Auflockerung, Trennung von Meinung und Tatsache, Gefühle, Lob, Interesse an Veränderungen, Eigenverantwortung und Maßnahmenplanung.

Die Untersuchung von Hofbauer (2008) an 74 österreichischen Unternehmen kam zu dem Schluss, dass 78,4 Prozent dieser Unternehmen die Kommunikationsfähigkeit und 70,3 Prozent der Unternehmen die Konfliktfähigkeit als die wichtigsten Sozialen Kompetenzen erachten. Danach folgen die Kooperations-, Team- und Kritikfähigkeit, sowie das Einfühlungsvermögen als weitere wichtige Sozialkompetenzen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Untersuchung von Gayk (2005) mit 129 Unternehmensvertretern. Hier waren ebenso die Kommunikationskompetenz, die Teamfähigkeit, die Konfliktfähigkeit, sowie die Begeisterungsfähigkeit und die Verlässlichkeit unter den zehn wichtigsten Kompetenzen.

Auch Rost (2002) stellte in einer Untersuchung mit 32 großen, deutschen Unternehmen fest, dass vor allem die Teamfähigkeit, die Kommunikationsfähigkeit und die Kritikfähigkeit von der Mehrheit der Unternehmen (mehr als 50 Prozent der Unternehmen) als die wichtigsten Sozialkompetenzen angesehen wurden. Weiters waren die Kooperationsfähigkeit und die Empathiefähigkeit von großer Wichtigkeit.

Andere aktuelle Bemühungen, den Begriff der Sozialen Kompetenz zu konkretisieren, unternahm Strametz und Partner (2001) in Kooperation mit der Universität Osnabrück. Die Gruppe entwickelte ein computerbasiertes, interaktives System zur Identifikation sozialer Kompetenzen (ISIS). Das konzipierte System ermöglicht es, verschiedene soziale Kompetenzen in unterschiedlichen Szenen aus dem beruflichen Alltag eines Unternehmens zu bewerten und zu analysieren. Hierbei wurden folgende Dimensionen von Sozialer Kompetenz durch das interaktive System ermittelt: Soziale Wahrnehmungskompetenz, Konflikt- und Kritikfähigkeit, Beziehungsmanagement, Team- und Führungskompetenz.

Im Vergleich zu der Anzahl an Befunden zur Ermittlung der Faktoren der Sozialen Kompetenz sind Studien, welche das Ausmaß bzw. die Wichtigkeit der Sozialen Kompetenz in Unternehmen oder den Zusammenhang mit anderer Variablen untersuchen, eher selten.

Die besondere Bedeutung von Sozialkompetenz konnte jedoch in der Untersuchung von Hofbauer (2008) nachgewiesen werden. In dieser Untersuchung wurden 71 österreichische Unternehmen zu der Wichtigkeit der verschiedenen Kompetenzen für ihren Fachkräftenachwuchs befragt.

Es zeigte sich, dass die Soziale Kompetenz auf einer vierstufigen Skala (von 1= am wichtigsten bis 4 = weniger wichtig) als die wichtigste Kompetenz eingestuft wurde (MW= 2,15). Erst danach folgte die Fachkompetenz (MW= 2,20), die Persönlichkeitskompetenz (MW= 2,52) und die Führungskompetenz (MW= 3,13).

Die Wichtigkeit der einzelnen Soft Skills analysierten Schmidt und Hafner (2008) in einer groß angelegten Studie mit PersonalberaterInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Soft Skills: Leistungsbereitschaft, Arbeitsmotivation, Zuverlässigkeit, Sorgfalt/ Genauigkeit und Ehrlichkeit als ideal bzw. sehr wichtig (über alle Berufsgruppen hinweg) von den ExpertInnen erachtet wurden. Zudem stellten sich u. a. die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, die Kooperations-, Problemlöse-, Kritik-, Konflikt- und Diagnosefähigkeit, sowie das Einfühlungsvermögen als weitere wichtige Soft Skills heraus.

Bei Lechner und Newerkla (2008) stellte sich in der Befragung „Der ideale Arzt und Manager" zu den wichtigsten Eigenschaften von ÄrztInnen Ähnliches heraus. Ihren Ergebnissen zufolge beziehen sich die Hälfte aller Angaben auf das Cluster: „Emotional", welches Fähigkeiten wie Empathie, Freundlichkeit, aber auch Neugier, Engagement oder Menschlichkeit enthielt. An zweiter Stelle steht das Cluster: „Verhalten" welches Fähigkeiten wie „zuhören können", „Ruhe" oder „sich Zeit für die Mitarbeiter nehmen" beinhaltet und erst an dritter Stelle der wichtigsten Fähigkeiten von ÄrztInnen befindet sich das Cluster der kognitiven Faktoren, wie (Fach-) „Kompetenz" oder „strategisches Denken".

Geschlechtsunterschiede im Sozialverhalten konnten die Autorinnen Steffens und Mehl (2003) in ihrer Untersuchung mit 78 Studierenden und 19 Führungskräften feststellen. Den Ergebnissen zufolge weisen Frauen (MW=3,54) höhere Werte bei der Sozialen Kompetenz als Männer (MW=3,45) auf. Bei einer Überprüfung mittels einer Varianzanalyse stellte sich jedoch heraus, dass nur bei der Gruppe der zielstrebigen BerwerberInnen (im Vergleich zu androgynen oder sozialen BerwerberInnen) der geschlechtliche Unterschied signifikant ausfiel [$F(1,76)=13.06, R_p^2 = .15$].

Ein weiteres Ergebnis zeigte, dass Führungskräfte die Soziale Kompetenz von Frauen generell höher einschätzen als die ihrer männlichen Kollegen.

Die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern hinsichtlich Sozialer Kompetenzen untersuchten Bungard und Liebig (2005). Ihre Ergebnisse zeigen, dass man in der Regel bei MitarbeiterInnenn eine bessere Bewertung seitens der Vorgesetzten als der Mitarbeiter findet.

Auch bei der Untersuchung von Lechner und Newerkla (2008) lag der Fokus auf den unterschiedlichen Selbst- und Fremdbildern. Hierbei wurden einerseits die die Ärzte über die Wichtigkeit des Vorhandenseins der verschiedenen Fähigkeiten für sie selbst befragt, andererseits wurde jedoch auch analysiert, wie sich Ärzte von anderen gesehen fühlen. Den Ergebnissen zufolge zeigte sich, dass bei der Selbstbeurteilung sowie bei der selbst- eingeschätzten Fremdbeurteilung der Ärzte die Fähigkeiten aus dem Cluster „Verhalten" (z.B. „zuhören können" oder „sich Zeit für die Mitarbeiter nehmen") an erster Stelle der als notwenig erachteten Fähigkeiten stehen. An der zweiten und dritten Stelle sind die Cluster jedoch umgekehrt gereiht. Nach der Selbstbeurteilung der Ärzte sind die kognitiven Faktoren wichtiger als die emotionalen, wobei hingegen Ärzte denken, dass andere MitarbeiterInnen die emotionalen Fähigkeiten bei Ärzten für wichtiger erachten als die kognitiven Fähigkeiten.

Eine weitere groß angelegte Untersuchung zur Selbst- und Fremdbeurteilung der wichtigsten Kompetenzen von Ärzten ist die von Steyrer (2006a).
In seiner Studie vergleicht er die idealen und real- gelebten Verhaltensweisen von ÄrztInnen und beschreibt vor allem Unterschiede in den Faktoren Teamfähigkeit, Partizipation, Integrität, Inspiration, Diplomatie und Charisma, bei denen das real- gelebte Verhalten von Ärztinnen dem gewünschte Idealbild hinterherhinkt. Im Bereich des Narzissmus bzw. des Statusbewusstseins, der Autonomie und der administrativen Kompetenz kommt der Autor jedoch zu dem Schluss, dass das Ausmaß des real- gelebten und beobachteten Verhaltens der Ärzte in Wirklichkeit höher ist, als dies im Idealbild erwünscht wäre.

Führungskräfte werden in weiterer Folge oft als konflikterzeugend, gesichtswahrend, selbstzentriert/ autokratisch und böswillig vom Pflegepersonal wahrgenommen. Beim Vergleich der Idealbilder von Führungskräften zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal konnte eine weitgehende Übereinstimmung in den erwünschten, idealen Fähigkeiten und Fertigkeiten festgestellt werden. Allerdings kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass eher die Mediziner als die Pflegepersonen und eher die Manager als die Mediziner den allgemein erwünschten Führungsidealen entsprechen.

Auch bei Strohmeier und Bartosek- Walser (2006) lag der Fokus auf den unterschiedlichen Selbst- und Fremdbildern von ÄrztInnen. Laut den Autorinnen ergaben sich Unterschiede zwischen den Einschätzungen von PflegerInnen und ÄrztInnen (hinsichtlich der Eigenschaften von ÄrztInnen) - unter anderem in folgenden Bereichen: Kooperationsbereitschaft, rasche Auffassungsgabe, Bereitschaft Probleme zu lösen, Entscheidungsfreudigkeit, Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, Konfliktlösekompetenz, Motivation, Zuverlässigkeit und Einfühlungsvermögen. So schätzen die PflegerInnen die angeführten Eigenschaften durchwegs als weniger vorhanden ein, als dies die ÄrztInnen selbst tun.
Die Unterschiede bei der Selbst- und Fremdwahrnehmung hinsichtlich der Eigenschaften von PflegerInnen sind noch extremer als jene im Bereich der Medizin. Die MitarbeiterInnen der Pflege unterscheiden sich in ihrem Selbstbild in 90 Prozent aller Eigenschaften (immer in Richtung positiverer Einschätzungen) von dem Fremdbild der ÄrztInnen.

Dass die Soziale Kompetenz von MitarbeiterInnen zu den wichtigsten Prädiktoren für Kundenzufriedenheit zählt, zeigen zwei Untersuchungen von Kanning und Bergmann (2006). In der ersten Untersuchung mit 351 Kunden einer Bankfiliale wurde die Fachkompetenz, die Produkte der Bank, die Rahmenbedingungen der Serviceleistungen und die Sozialen Kompetenzen (bestehend aus Freundlichkeit, Diskretion, Einsatzbereitschaft, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Einfühlungsvermögen und Kritikfähigkeit) untersucht.

Es stellte sich heraus, dass die Soziale Kompetenz mit 46 Prozent Varianzaufklärung als der wichtigste Prädiktor der Kundenzufriedenheit gesehen werden kann. Eine zweite Studie mit 192 MitarbeiterInnen bestätigte die Befunde der ersten Studie. Hierbei konnte alleine die Freundlichkeit - als Bestandteil der Sozialen Kompetenz - ganze 42 Prozent der Varianz aufklären (vgl. Kanning & Bergmann, 2006).

Parallel hierzu zeigt die Studie von Strohmeier und Bartosek- Walser (2006), dass die Freundlichkeit, in ihrer Studie die „Wertschätzung, der Respekt und die Toleranz" zusammen mit den Variablen „Kommunikation/Information" und „dem Umgang mit Problemen und Konflikten" jedoch genau die Bereiche sind, in denen sich sowohl PflegerInnen als auch ÄrztInnen (von sich selbst) eine Verhaltensänderung - in positiver Art und Weise - wünschen.

Nach dieser Übersicht über Befunde und Studien zur Sozialen Kompetenz stellt sich die Frage in wieweit Trainings oder Kurse helfen können, die Soziale Kompetenz in Organisationen zu trainieren und somit zu verbessern.
Scheitler (2007) unternahm eine groß angelegte Evaluation eines Trainingskonzeptes an einem weltweit führenden, deutschen Bio- Technologie-Unternehmen, welches die Trainingsbausteine „Führen mit sozialer Kompetenz" und „Erfolgsfaktor soziale Kompetenz" beinhaltete, um dieser Frage auf den Grund zu gehen. Es stellte sich heraus, dass alle Teilnehmer dem Training eine sehr hohe Bedeutung für ihren beruflichen Erfolg beimaßen und sich konkrete Änderungen im Verhalten der Teilnehmer zeigten. Die Teilnehmer wurden selbstsicherer im Umgang mit Kritik und Konflikten und konnten besser mit erhöhter Arbeitsbelastung umgehen. Zudem wurde die Kommunikation effizienter, welches sich in z.B. weniger Sitzungen und E- Mails sowie auch in deutlich häufigeren, persönlichen Gesprächen zeigte. 80 Prozent aller MitarbeiterInnen und Führungskräfte sahen in der Verbesserung ihrer Sozialen Kompetenzen insgesamt einen hohen bis sehr hohen Nutzen für das Unternehmen.

Abschließend sei auf den immensen Einfluss von vorhandenen bzw. eben auch nicht vorhandenen Sozialen Kompetenzen hingewiesen. In der Studie von Rost (2002) zeigte sich, dass 94 Prozent der befragten Unternehmen angaben, dass mangelnde Sozialkompetenz der Führungskraft weitläufige Auswirkungen auf das Verhalten der Mitarbeiter hat, eine Voraussetzung für Teamarbeit sei (88 % der Unternehmen stimmten hierbei zu), vom Unternehmen gefördert werden muss (75 % der Unternehmen stimmten hierbei zu) und dass mit der Höhe der Hierarchie die Wichtigkeit der Sozialkompetenz zu und die der Fachkompetenz abnimmt (66 % der Unternehmen stimmten hierbei zu).

Zusammenfassend kann man nun nach diesem Literaturüberblick über das Thema Soziale Kompetenzen erkennen, dass die verschiedenen Autoren vielfach - in der Anzahl unterschiedlich reiche - Kataloge von Fertigkeiten konzipieren und diese in weiterer Folge ziemlich unterschiedlich operationalisieren.

Dennoch weisen die meisten Begriffsdefinitionen, Fertigkeitskataloge und Studien vielfache Überschneidungen auf, anhand derer sich für die vorliegende Arbeit folgende Subfähigkeiten herausfiltern lassen, die die Mehrheit der Autoren als die zentralen Faktoren der Sozialen Kompetenz erachtet: Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit/Teamfähigkeit, Konflikt-bewältigung, Kritikfähigkeit und Einfühlungsvermögen/Empathie.

## 1.4 METHODISCHE ZUGÄNGE ZUM THEMA SOZIALE KOMPETENZ

Wie im vorangegangenen Kapitel zu sehen ist, unterliegt die empirische Untersuchung der Sozialen Kompetenzen einer Vielzahl von Hürden.

Nach Weiß (1999) liegt das Defizit an fundierten Untersuchungsergebnissen primär in den unzureichenden Erhebungsmethoden zur Messung der Sozialen Kompetenz. Hierbei sieht er die unklare und uneinheitliche Begriffsdefinition und die damit verbundenen unterschiedlichen Realisierungen als Hauptgrund des

unbefriedigenden Forschungsstandes. In weiterer Folge bedingen die inhaltlichen Forschungsinteressen der jeweiligen Autoren den Untersuchungskontext bzw. Untersuchungsrahmen, der auch in weiterer Folge den methodischen Zugang nahe legt. Diese uneinheitliche Herangehensweise und die Schwierigkeiten der Konstruktdefinition sehen dementsprechend auch viele andere Autoren als die primären Defizite der aktuellen Forschung zum Thema der Sozialen Kompetenz (siehe z.B. auch Davies, Stankov & Roberts, 1998; Goldfried & D‘ Zurilla, 1969; Holling, Kanning & Hofer, 2003; Kanning, 2002a; Rost, 2000) an.

Die Methodenvielfalt bei der Untersuchung von Sozialen Kompetenzen reicht von qualitativen Interviews (siehe z.B. Bungard & Liebig, 2005; Mayer, 2009; Schütz & Koop, 2002), Gruppendiskussionen (siehe z.B. Kauffeld, Frieling, & Grote, 2002) über quantitative Erhebungen z.B. Fragebögen (siehe z.B. Elke, 2004: TAA- KH- S; Moss et. al.: Georg Washington University Social Intelligence Test - GWSIT; Ullrich & Ullrich, 1994: UFB, Rathus, 1973: RAS), Verhaltensbeobachtungen (z.B. Fydrich et. al., 1998), psychoanalytischen Ansätzen (besonders im Bereich der Sozialen Phobie; siehe z.B. Hoffman, 2002) bis hin zu solchen, die mehrere Ansätze miteinander kombinieren (siehe z.B. quantitativer und qualitativer Ansatz von Schmid & Hafner, 2008; einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Instrumente zur Messung Sozialer Kompetenzen liefert Bastians & Runde, 2002).

Goldfried und D‘Zurilla (1969) sehen z.B. die Verhaltensbeobachtung in natürlichen Situationen als die Methode der Wahl, da nur diese der Situationsabhängigkeit von (real- gelebten) Sozialem Verhalten gerecht wird.
Da jedoch Verhaltensbeobachtungen in der Regel sehr aufwendig sind, sich meist Verzerrungen aufgrund der Beobachtung selbst ergeben (vgl. Rost, 2000) und situative Erhebungen immer eine Messproblematik mit sich bringen, wird oft die Erhebung mittels der Selbst- oder Fremdeinschätzungen per Fragebogen oder Interview präferiert (siehe z.B. Riemann & Allgöwer, 1993; Riggio, 1986; Sonntag & Schäfer- Rauser, 1993).
Dies hat Vor- und Nachteile: einerseits können durch Selbsteinschätzungen mehr Personen untersucht werden als mit den meisten anderen Verfahren und diese im

Falle einer quantitativen Erhebung auch statistisch ausgewertet werden, andererseits unterliegen Selbstbeschreibungen letzten Endes immer Attributions- und Beschönigungstendenzen (vgl. Mabe & West, 1982; Sonntag & Schäfer-Rauser, 1993) und sind laut Kauffeld und Grote (2000) vom Selbstvertrauen des Mitarbeiters abhängig. Bei der Alternative, einer „objektiven" Messung durch z.B. Vorgesetzte oder Beobachter, also einer Fremdeinschätzung, muss jedoch mitbedacht werden, dass es auch hier zu einer möglichen Verzerrung durch subjektive Theorien oder Beobachtungsfehler bzw. zu Selbstüberschätzungen kommen kann (vgl. Mabe & West, 1982; Semmer et. al., 1996).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Operationalisierung des Konstrukts der Sozialen Kompetenz meist nur vor dem Hintergrund einer eher engen Begriffsdefinition von Sozialem Verhalten bzw. dem dahinter liegenden Zielverhalten sinnvoll ist (vgl. Anderson & Messick 1974).
Neben dem Anspruch auf ein multidimensionales Messgerät (siehe z.B. Kanning, 2002a) richtet sich die Wahl der Methode bei der Mehrheit der Autoren neben dem theoretischen Hintergrund und den Zielen der Untersuchung nach der konkreten Untersuchungssituation (vgl. Frieling & Sonntag, 1999).
Dennoch lässt sich nicht unschwer erkennen, dass die Soziale Kompetenz ein hoch komplexes, mehrdimensionales Konstrukt ist (siehe z.B. Kosmitzki & John, 1993; Riggio, 1986). Dies muss somit in weiterer Folge bei jedem Versuch einer Operationalisierung und den damit einhergehenden Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse berücksichtigt werden.

# 2. KOMMUNIKATION UND FÜHRUNGSKOMPETENZ

Betrachtet man Kommunikation unter einer unternehmensorganisatorischen Perspektive, so liegt sicherlich eine ihrer wichtigsten Aufgaben in der internen Kommunikation zwischen und mit allen MitarbeiterInnen dieses Systems.

Jedoch weist Weinert (2004) darauf hin, dass nicht nur die Kommunikation an sich zwischen allen Mitarbeitern und ihren Führungskräften eine immense Bedeutung für das Unternehmen hat, sondern auch die Struktur dieser Kommunikation.
Der Autor unterscheidet die verschiedenen Kommunikationskanäle in einem Unternehmen anhand ihrer Richtungen: „horizontal", „vertikal" und „diagonal".

- Vertikale Kommunikation

Die vertikale Kommunikation kann entweder von (a) *„oben nach unten"* oder - umgekehrt - von (b) *„unten nach oben"* erfolgen.

(a) Die Kommunikationsrichtung von *„oben nach unten"* entspricht der gesamten Steuerung und Koordination des Unternehmens, also Anweisungen, Verlautbarungen, Regelungen, Erklärungen über Strategien oder Ziele etc.
Der Vorteil dieser Richtung von Kommunikation ist, dass sie sehr rasch verlaufen kann und einen großen Empfängerkreis erreicht. Der Nachteil ist jedoch, dass eine Informationsüberflutung auf den niedrigeren Ebenen stattfinden kann und sie meist wenige Möglichkeiten für Rückfragen zulässt.

(b) Die Kommunikation von *„unten nach oben"* betrifft die Art der Kommunikation, die die Führungskräfte zum Ausüben ihrer Aufgaben benötigen und inkludiert das ganze Vorschlags- und Beschwerdewesen sowie Projektdaten etc.
Die Kommunikation von „unten nach oben" findet jedoch in den meisten Unternehmen aus unterschiedlichen Gründen um einiges seltener statt als die Kommunikation von „oben nach unten". Dies kann in vielen Fällen zu einem internen Kommunikationsdefizit führen, welches eine Quelle von

Missverständnissen und Konflikten darstellt und die Arbeitszufriedenheit oder das ganze Unternehmensklima gefährden kann.

- Horizontale Kommunikation

  meint die Kommunikation zwischen den verschiedenen Abteilungen auf der gleichen Hierarchieebene. Sie dient vor allem dem Informationsaustausch, der Koordination und der Abstimmung der verschiedenen Funktionen der Abteilungen.

- Diagonale Kommunikation

  entspricht der Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen. Diese Kommunikationsrichtung wird oft nach Scheitern der drei anderen Kommunikationsrichtungen gewählt, da diese Art der Kommunikation nicht alle Ebenen mit einbezieht und somit oft Zeit und Aufwand spart (vgl. Weinert, 2004; S. 681/682).

In der wissenschaftlichen Literatur herrscht große Einigkeit darüber, dass die Kommunikation in Unternehmen maßgeblich von deren Führungskräften beeinflusst wird. Im besten Falle kann durch die Kommunikation von und mit Führungskräften eine angenehme und effiziente Arbeitsatmosphäre geschaffen werden bzw. eine Verinnerlichung der Unternehmenswerte und der Unternehmenskultur erreicht werden.
Jedoch können natürlich auch diverse Störungen in der Kommunikation entstehen, die verheerende Auswirkungen haben können.

Nach Watzlawick et. al. (2007) kann es zu folgenden Störungen in der Kommunikation kommen:

- Störungen auf dem Gebiet der Inhalts- und Beziehungsaspekte

  (wenn beispielsweise versucht wird, ein Problem in einer zwischenmenschlichen Beziehung durch Kommunikation auf der Inhaltsebene zu lösen)

- Störungen auf Grund von unterschiedlichen Interpunktionen

  (wenn beispielsweise Abläufe von Ereignissen unterschiedlich wahrgenommen werden und so Konflikte über Ursache und Wirkung entstehen)

- Störungen aufgrund von Fehlern in der Übersetzung zwischen digitaler und analoger Kommunikation

  (wenn beispielsweise analoge Botschaften oder Emotionen nicht in ihrer intendierten Bedeutung digital übersetzt werden)

- Störungen in symmetrischer und komplementärer Interaktion

  (wenn es zu Unterschieden in der Wahrnehmung der Interaktion kommt, da symmetrische Interaktionen nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden streben, während bei komplementären Interaktionen die gegenseitige Ergänzung im Vordergrund steht) (vgl. Watzlawick et. al., 2007, S. 72 - 113).

Eine gut funktionierende, interne Kommunikation sollte im Idealfall unterschiedliche Funktionen und Aufgaben erfüllen, welche sich wie folgt unterscheiden lassen:

- zum einen stellt sie ein *Frühwarnsystem* für die eigene Organisation dar
- zum anderen stellt sie eine Voraussetzung für eine positive *Kommunikation zwischen Unternehmen und Unternehmensumwelt* dar und letztlich
- ist sie für die *Unternehmensphilosophie und Unternehmenskultur* als sinnstiftende Einheit ausschlaggebend (vgl. Avenarius, 2000, S. 20/21).

Die Realisierung der oben genannten Funktionen der internen Kommunikation kann in weiterer Folge nur durch ein - von den Führungskräften maßgeblich ausgehendes - offenes und dementsprechend gefördertes Kommunikations-klima geschaffen werden.

Viele Autoren sehen folglich das Kommunizieren gleichbedeutend mit dem Führen in Betrieben (siehe z.B. Klöfer, 2001).

So wird schnell erkennbar, dass Führung bzw. die Art und Weise, wie in Unternehmen kommuniziert bzw. eben geführt wird, einen elementaren Faktor darstellt.

Scheitler (2007) meint hierzu:

> „Drei Faktoren entscheiden maßgeblich über die betrieblichen Zukunftschancen: die Entwicklungs- und Veränderungsfähigkeit, die Leistungswilligkeit der Mitarbeiter und die Führungsqualität. Letztlich aber sind Geschick und Verhalten der Führenden der ausschlaggebende Engpassfaktor. Klar zeichnet sich ab: je turbulenter der Markt ist, umso stärker hängt der Erfolg eines Unternehmens vom Leadership- Verhalten seiner Entscheidungsträger ab" (S. 1).

Die populären Ratgeber- oder Coaching- Bücher für Manager sind voll von unzähligen Führungsgrundsätzen oder Verhaltensregeln und -vorschlägen bzw. Tipps. Aber auch in der wissenschaftlichen Fachliteratur sind die Begriffe der „Führung" oder des „Führers" keineswegs klar definiert, weswegen im Folgenden ein zusammenfassender Überblick über die verschiedenen Definitionsversuche gegeben werden soll.

## 2.1 ZUM BEGRIFF DER FÜHRUNGSKOMPETENZ

In diesem Abschnitt wird zunächst der Begriff „Führung" näher beleuchtet und es werden nachfolgend verschiedene Definitionen von Führung und Führungsaufgaben verglichen.

Generell kann unter dem Terminus „Führer" eine besonders einflussreiche bzw. mächtige Person verstanden werden. Im Vergleich zu informellen Gruppen (wie sie zum Beispiel im Freundes- und Bekanntenkreis entstehen), bei denen sich allmählich „Führer" heraus kristallisieren, werden die Führungspositionen in Unternehmen im Vorhinein bestimmt bzw. besetzt.

Somit kann man Führung - unter einer verhaltenswissenschaftlichen Perspektive - als intendierte, interpersonelle Einflussnahme auffassen, welche unter Zuhilfenahme von Kommunikationsprozessen die angestrebten Leistungsziele erreicht bzw. auch die individuellen und sozialen Ziele der MitarbeiterInnen oder der Gruppe verwirklicht. Dementsprechend wird gute Führung nicht nur an der Zielerreichung, sondern auch am Prozess der Zielerreichung bewertet (vgl. Neuberger, 2002; Staehle, 1999).

Die Definitionsversuche und Beschreibungen zum Begriff der Führungskompetenz sind ebenso vielfältig - und häufig überschneidend - wie zum Thema der Sozialen Kompetenzen.

Kieser und Kubicek (1992) formulieren die Wichtigkeit von Führung ganz allgemein und schreiben: *„Organisationen sind Ressourcenpools ... Sie entstehen, wenn Individuen einen Teil ihrer Ressourcen einer zentralen Disposition unterstellen, die außerhalb ihrer selbst liegt*"(S.1).

So formulieren Staehle und Conrad (1999) sehr prägnant, dass es bei Führung *„um die direkte, personale Beeinflussung des Verhaltens der Mitarbeiter*" geht (S. 838).

Ebenso kurz hält sich Bavelas (1960, zit. nach Neuberger, 2002; S. 12) und meint *„(...) organisatorische Führung besteht aus Unsicherheitsreduktion*".

Weinert unterteilt Führung in folgende drei wichtige Aspekte: zum einen sei Führung ein Gruppenphänomen (also eine Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen), zweites sei Führung eine intentionale soziale Einflussnahme und drittens zielt Führung letztlich darauf ab, durch Kommunikationsprozesse Ziele zu erreichen (vgl. Weinert, 1989, S. 555).

Viele Autoren versuchen deswegen den Begriff des idealen Führungsverhaltens bzw. der Führungskompetenz durch verschiedene Subfähigkeiten besser greifbar zu machen.

So werden beispielsweise folgende Eigenschaften beschrieben, die MitarbeiterInnen von ihren Führungskräften unterscheiden: Ehrgeiz, Tatkraft, Wunsch zu führen, Aufrichtigkeit, Integrität, Selbstvertrauen, Intelligenz und berufsrelevante Kenntnisse (vgl. Robbins 2001, S. 371).

Auch Gebert und Rosenstil (2002, S.154) versuchen mit einer Auflistung der bedeutendsten Führungsverhaltensweisen, dem Begriff der Führung gerecht zu werden. Nach den Autoren müssen gute Führungskräfte folgende Fähigkeiten besitzen:

- die Zusammenarbeit unter den Gruppenmitgliedern fördern
- Konflikte schlichten
- Initiative erwecken, motivieren,
- die Gruppe repräsentieren,
- Ziele setzen
- Entscheidungen fällen,
- Arbeitsabläufe organisieren und koordinieren,
- die Gruppenmitglieder informieren,
- die Arbeitsergebnisse kontrollieren und
- sich um das Wohl des Einzelnen kümmern

Einen generellen Überblick über den damaligen Stand der Forschung versucht Vogt (1967) mit seiner Beschreibung zu geben. Nach dem Autor werden von Führungskräften vor allem folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten gefordert:

- hohe Intelligenz (z.B. klar zu denken, schöpferische Gestaltungsfähigkeit, Interesse an Neuem, Vorstellungskraft)
- Initiative und Energie (z.B. Freude an der Organisation und Leitung)
- die moderne Führungskraft als „Generalist" (z.B. den Blick für das Ganze nicht zu verlieren)
- analytische Fähigkeiten (z.B. sich auf das wesentlich zu konzentrieren)
- die Fähigkeit zu disponieren (z.B. auf lange Sicht zu planen, zu organisieren und zu kontrollieren)

- Entscheidungsfähigkeit (z.B. Entscheidungen vor dem Hintergrund von mehreren Alternativen zu treffen)
- Selbstständigkeit (z.B. selbstständig Aufgaben und Probleme zu erkennen und zu bearbeiten)
- die Fähigkeit Menschen zu führen (z.B. sich mündlich und schriftlich klar auszudrücken, Diskussion- und Konferenzleitung, hohes soziales Verantwortungsbewusstsein, Kontaktfreudigkeit, Überzeugungskraft)
- Teamfähigkeit (z.B. Fähigkeit zu vertrauen, Entscheidungen im Teamwork zu treffen)
- die Eigenschaft, durch Widerstände angespornt zu werden
- der Wille zur ständigen Weiterbildung (z.B. Erweiterung ihres fach- und Allgemeinwissens)
- Charakter und Persönlichkeit (z.B. Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit, Autorität, Entschlossenheit)
- eine ethische Grundhaltung (z.B. Einhaltung allgemeiner Wettbewerbsregeln)

Ähnlich breit beschreiben Dierkes und Hähner (1993) die wesentlichen Inhaltsbereiche von Führungsarbeit und sehen folgende Kompetenzen als elementar: Delegation, vertrauensvolle Kommunikation und Offenheit, Information, Sanktionen, Kontrolle, Motivation, Anerkennung und Kritik, Konfliktregulation, Auswahl und Einarbeitung, Beurteilung, Weiterbildung fördern und Selbstverwirklichung ermöglichen.

Wie schnell zu erkennen ist, gibt es auch beim Thema Führungskompetenzen eine nicht enden wollende Anzahl von verschiedenen Definitionen und Begriffserklärungen, wobei jedoch auch mehrere Überschneidungen zwischen den einzelnen Definitionsversuchen erkennbar sind.

## 2.2 THEORIEN UND MODELLE ZUM THEMA „ FÜHRUNG"

In diesem Kapitel werden verschiedene Führungstheorien und Ansätze im Wandel der Zeit betrachtet und abschließend die Kontinuumstheorie von Tannenbaum und Schmidt (1958) sowie der attributionstheoretische Ansatz näher beleuchtet.

Schon sehr früh wurde die große Bedeutung von guter Führung in Organisationen erkannt. Frederick Winslow Taylor erkannte als einer der ersten - bereits im Jahre 1911 -, dass es die Pflicht der Unternehmensführung sei, die Arbeiter mit wissenschaftlicher Gründlichkeit auszuwählen, sie auszubilden und die Entfaltung ihrer Fähigkeiten zu fördern (vgl. Taylor, 1911).
Allerdings wurde die Ausbildung generell als ein Bereich angesehen, der nicht direkt in die gewerbliche Wirtschaft gehört. Hierbei wurde die Ausbildung - in welchem Bereich auch immer - eher dem Staat zugeteilt bzw. auf Eigeninitiative gehofft, weswegen es erst eher spät zu berufsspezifischen Weiterbildungsangeboten für Führungskräfte während oder begleitend zu der Ausübung ihrer Arbeit gab. Erst nach der Weltwirtschaftskrise 1929 bzw. nach dem Zweiten Weltkrieg gewann die Idee der Aus- und Weiterbildung von Führungskräften einen realwirtschaftlich hohen Stellenwert.

Schönfeld (1961, zit. nach Vogt, 1967, S 12.) lieferte einen wichtigen Impuls hierfür, indem er erkannte, dass die Aus- und Weiterbildung von Führungskräften eindeutig als ein Teilbereich der Fundamentalfunktionen eines Krankenhauses angesehen werden muss. In weiterer Folge meint er, dass die Aus- und Weiterbildung eine notwendige Maßnahme zur langfristigen Erhaltung des betrieblichen Leistungspotentials sei.

### 2.2.1. Führung im Wandel der Zeit

Will man die Diskussion von Führung und Führungsaufgaben im Wandel der Zeit genauer betrachten, ergeben sich laut Müri (1988, zit. nach Kälin & Müri, 1988) drei große Epochen und dementsprechend unterschiedliche Ansätze:

a) Als erstes wird hier das *Feudale Führungsverständnis* oder der alte 3-K Stil bis zum Jahre 1950 genannt. Hierbei stehen die drei Ks für das Kommandieren, Kontrollieren und das Korrigieren.

b) Seit den 1970er Jahren sieht der Autor primär das *Kooperative Führungsverständnis* oder den 3-F-Stil dominierend, wobei die drei Fs: Fordern, Fördern und Feedbacken bedeuten.

c) Ab dem Jahre 1990 zeigt sich *ein Neuzeitliches Führungsverständnis* oder aber auch der neue 3-K Stil genannt, bei dem die drei Ks jedoch für Kontext, Kultur und Kraft stehen.

Eine andere Einteilung ist bei Bryman (1996, S. 277ff. siehe auch Kirchler, 2008) zu finden. Er beschreibt die Entwicklung der historischen Führungsforschung durch fünf Epochen, die im Folgenden prägnant beschrieben werden:

a) Der *Eigenschaftsansatz* („Trait- Approach"/ „Great- Man- Theories") der 30er- und 40er Jahre, der in den 90er Jahren wieder modern wurde, sieht personelle Eigenschaften als die elementaren Faktoren eines Führers. Dies impliziert die Ansicht, dass Führer geboren und nicht gemacht werden, weswegen auch beispielsweise die physischen Eigenschaften (wie z.B. die Erscheinung und die Größe), Fähigkeiten, wie etwa die Intelligenz oder die Eloquenz und die personellen Charakteristika (wie z.B. das Selbstvertrauen) einer Person eine bedeutende Rolle spielen.

b) Der *Führungsstilansatz* („Style- Approach") - als dominantes Paradigma der 60er Jahre - versucht hingegen, sich von den Eigenschaften eines Führers loszulösen und dem Verhalten eines Führers mehr Gewicht zu verleihen. Hierbei lassen sich bis heute primär die drei Führungsstile: autoritär (alle Vorgaben und Ziele sind durch den Führer festgelegt, welcher jedoch am Arbeitsprozess nicht teilnimmt), demokratisch (Entscheidungen werden von allen Gruppenmitgliedern zusammen getroffen; Führer gibt Rat und beteiligt sich auch am Arbeitsprozess) und laissez- faire (völlige Freiheit jedes einzelnen Gruppenmitgliedes, keine

Intervention oder Steuerung durch den Führer) unterscheiden (vgl. Lewin, Lippit & White, 1939; zit. nach Neuberger, 2002 S. 426ff).

c) Der *Kontingenzansatz* („Contingency- Approach") löst den Führungsstilansatz ab und ist bis in die 80er Jahre von großer Wichtigkeit. Der Ansatz geht davon aus, dass der Erfolg des Führungsverhaltens von situativen Faktoren deutlich mitbestimmt wird, wodurch letzten Endes kein immergültiges, ideales Führungsverhalten - über alle Situationen hinweg - existiert. So treten die situativen Faktoren zwischen den Führungsstil und den Führungserfolg und beeinflussen diesen, wodurch schlussendlich der Führungsstil auch zur sozialen Situation „passen" muss.

d) Die *neuen Führungsmodelle* („New Leadership - Approach")
In den neuen Führungsmodellen wird der Führer als Erschaffer von Visionen dargestellt zu dessen Hauptaufgaben beispielsweise die Kommunikation, die Bildung von Vertrauen, das Aufbrechen traditioneller Denkschemata, die Mobilisierung und die Erzeugung von (intrinsischer) Motivation gesehen wird.
Hierzu schreibt Bryman (1996), dass ein Führer jemand sei: *"(…) who defines organizational reality through the articulation of a vision which is a reflection of how he or she defines organization's mission and the values which will support it"* und sieht somit Führungskräfte als *"(...) managers of meaning (...)"* (S. 280).

Hierbei führt der transaktionale Ansatz der „neuen Führungsmodelle" die Art, die Entstehung und die Effizienz von Führungsverhalten ausschließlich auf die Interaktion von Führern und anderen Gruppenmitgliedern zurück. Somit wird die Interaktion zwischen der Führungsperson und den anderen Gruppenmitgliedern als sozialer Tauschprozess angesehen. Neben dem Helfen bei sozialen, persönlichen oder sachlichen Problemen bietet der Führer positive Reize an und erhält dafür im Gegenzug die angestrebte Führungsposition (die ihrerseits wiederum mit positiven Reizen, wie einem hohen Ausmaß an Zuwendung und Einfluss verbunden ist) (vgl. Hollander & Julian, 1970; zit. nach Herkner, 2003, S.449).

e) Der *„Dispersed Leadership- Ansatz"* geht von einem Empowerment aller Angestellten, hin zu einer selbstständigen Führung, aus.

Somit wird der Grundansatz von Manz und Sims (2001, S.12) prägnant mit *„leading others to lead themselves"* beschrieben. In weiterer Folge tritt die informelle Führerschaft immer mehr in den Vordergrund, die Selbstkontrolle wird wichtiger als die Fremdkontrolle und die Aktivierung des strategischen Potentials aller Human- Ressourcen erlangt zunehmend an Bedeutung.

Im Folgenden werden zwei Theorien bzw. Ansätze vorgestellt, welche für die vorliegende Arbeit von großem Interesse sind.

### 2.2.2. Die Kontinuumstheorie von Tannenbaum und Schmidt (1958)

Eine Theorie, die sowohl verschiedene Führungsstile, aber auch die Charakteristika des Vorgesetzten, der Mitarbeiter und der Situation zu verknüpfen versucht, ist die Kontinuumstheorie von Tannenbaum und Schmidt (1958, vgl. Kirchler, 2008, S.42 ff). Im Mittelpunkt der Theorie steht der Entscheidungsspielraum der Führungskraft in Relation zur Gruppe, welcher die Wahl des Führungsstiles maßgeblich beeinflusst. MitarbeiterInnen können beispielsweise bei einem autoritären Führungsstil nichts entscheiden, während bei einem kooperativen Führungsstil die Entscheidungen von der Gruppe getroffen werden. Hierbei weisen die Autoren jedoch darauf hin, dass bei der Wahl des Führungsstils durch den Vorgesetzten (von autoritär, patriarchisch über beratend und konsultativ bis hin zu partizipativ und delegativ) auch die Potentiale der Führungskraft selbst, die Potentiale der MitarbeiterInnen und die Situationsvariablen erkannt, mitbedacht und behandelt werden sollten.
Die Potentiale der Führungskraft, der MitarbeiterInnen und die Situationsvariablen unterteilen sich wie folgt:

| **Vorgesetzter** | **Mitarbeiter** | **Situation** |
|---|---|---|
| Wertsystem | Erfahrungen in der Entscheidungsfindung | Art der Organisation |
| Vertrauen in die Mitarbeiter | Fachliche Kompetenz | Eigenschaften der Gruppe |
| Führungsqualitäten | Engagement für das Problem | Art des Problems |
| Subjektive Sicherheit in einer gegebenen Situation | Ansprüche hinsichtlich beruflicher und persönlicher Entwicklung | Zeitlicher Abstand zur Handlung |

Abbildung 6: Kriterien für die Wahl des Führungsstils nach Tannenbaum & Schmidt (1958) (vgl. Kirchler, 2008; mod. von der Autorin)

So muss eine effiziente Führungskraft laut den Autoren über eine gewisse Flexibilität in der Wahl des Führungsstils verfügen und auch eine hervorragende Diagnosefähigkeit im Bezug auf die Evaluation der bestehenden Möglichkeiten haben (vgl. Kirchler, 2008).

### 2.2.3. Der Attributionstheoretische Ansatz

Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Wahrnehmungen und Attributionen aller im Führungskontext beteiligten Personen von großer Bedeutung sind.
Attributionen können als Schlussfolgerungen über die Ursache, die Gründe und Anlässe des eigenen Verhaltens, wie auch des Verhaltens anderer Personen, angesehen werden.

Hierbei bestimmen dementsprechend die subjektiven Erfahrungen und Zuschreibungen von Erfolg und Misserfolg über die Wahrnehmung anderer Personen bzw. eben auch der Führungsperson.
Die meisten Modelle des attributionstheortischen Ansatzes beziehen sich auf die Aussagen der Attributionstheorie von Kelley (1973). Das Modell von Kelly (1973) kombiniert drei Ursachen, welche dem Verhalten von Führungskräften zugrunde liegen, nämlich: (a) die Person (Führungskraft, Mitarbeiter), (b) den Stimulus (Verhaltensinhalt, Aufgabe) und (c) die Umstände (Situation).
Im grundlegenden Modell des attributionstheoretischen Ansatzes sind dementsprechend folgende Faktoren kombiniert:

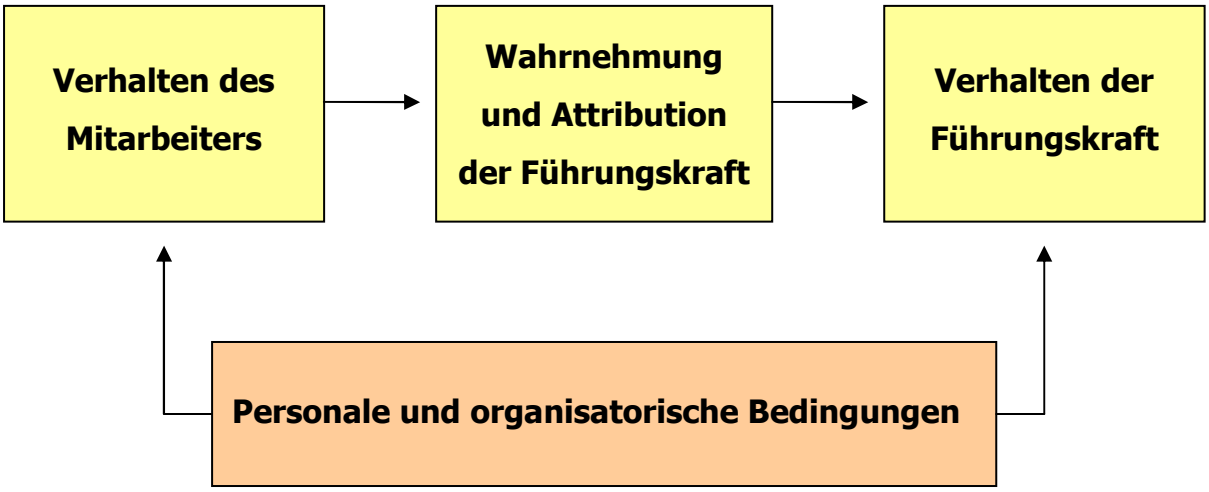


Abbildung 7: Grundmodell des Attributionstheoretischen Ansatzes
(vgl. Kirchler, 2008; mod. von der Autorin)

So beginnt der Attributionsprozess mit dem Verhalten einer Person und führt zu der Beobachtung und Wahrnehmung des Verhaltens (im Konkreten: mit der Beobachtung der Führungskraft durch die MitarbeiterInnen).

Danach erfolgt die Attribution, welche je nach Ursachenzuschreibung eine bestimmte Reaktion bzw. ein bestimmtes Verhalten nahe legt. Hierbei fließen jedoch auch immer personale und organisatorische Bedingungen in die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Führungskräfte ein. So kann beispielsweise ein mangelnder Arbeitseinsatz einer Person auf interne Faktoren, wie etwa fehlende Motivation oder aber auch auf externe Faktoren, wie etwa schlechte Arbeitsbedingungen oder Überlastung, zurückgeführt werden. Je nach Ursachenzuschreibung wird nun die Führungskraft entweder versuchen den Mitarbeiter durch verschiedene Anreize zu motivieren oder aber beispielsweise die Arbeitsbedingungen zu verbessern bzw. die Überlastung zu reduzieren. Jedoch kann es natürlich auch zu Attributionsfehlern kommen, da Personen z.B. Erfolge eher sich selbst zuschreiben und Misserfolge eher extern attribuieren oder es kann aufgrund von Sympathie, Erfahrungen oder Generalisierungen zu fälschlichen Verzerrungen der Attribution kommen (vgl. Kirchler, 2008, S. 57 - 59).

Abschließend sei noch eine Aussage von Alfred P. Sloan, der zum Aufstieg vom Gerneral Motors Konzern einen entscheidenden Anteil beitrug, angeführt.
Er weist in seinem Buch „Meine Jahre bei General Motors" nach, dass die Art und Weise der Fortbildung der Führungskräfte einen erheblichen Anteil am Erfolg dieses Riesenkonzerns ausmachte. General Motors investierte z.B. genauso viel Zeit für die Weiterbildung seiner Führungskräfte wie für die Bereiche Produktion und Verkauf. Demnach wisse jede Führungskraft, dass die Heranbildung des Führungsnachwuchses eine ihrer wichtigsten Aufgaben sei (vgl. Wolff, 1964 in Vogt, 1967, S. 61).

## 2.3 BEFUNDE UND STUDIEN ZUR FÜHRUNGSKOMPETENZ

Die Frage, welche die elementaren Bestandteile von Führungskompetenz sind, müssen sich - in einem ersten Schritt - auch alle Forscher bei der wissenschaftlichen Untersuchung der Führungskompetenz stellen, um Arbeitsdefinitionen zu erhalten und um eine Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse zu gewährleisten. Folglich beginnen die meisten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema auch mit der Aufarbeitung der Begriffsbestimmungen, welche in diesem Kapitel als Erstes vorgestellt werden. Danach werden Befunde und Studien zu den verschiedenen Kompetenzen in unterschiedlichen Untersuchungskontexten präsentiert, wobei jedoch ein deutlicher Schwerpunkt auf der Erhebung in den Arbeitsfeldern Industrie und Wirtschaft zu erkennen ist.

Schon im Jahre 1957 stellte Fassbender (1957 in Vogt, 1967, S. 73ff.) in seiner Untersuchung fest, dass rund die Hälfte aller Firmen (56,7%) angab, den Hauptmangel der Führungskräfte in einem unzureichenden Führungsvermögen zu sehen. Als zweit- wichtigstes Defizit bei Führungskräften wurde ein so genannter „Scheuklappenblick" festgestellt, der das Erkennen von Zusammenhängen des Großen und Ganzen unmöglich macht.

Welche Fähigkeiten und Kompetenzen eine gute Führung ausmachen, versuchten auch die persönlichkeitszentrierten Führungsstilforschungen der Ohio- Schule (siehe Fleishman, 1973) herauszufinden. Auf Basis einer Feldbefragung ergaben sich die zwei Hauptfaktoren: Aufgabenorientierung und Beziehungs- bzw. Mitarbeiterorientierung, welche die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen der MitarbeiterInnen widerspiegelten.

Neben dem Ergebnis, dass 41 Prozent der 32 befragten deutschen Unternehmen die Führungskompetenz (Führen, Delegieren und Motivieren) allgemein als einen sehr wichtigen Faktor für ihr Unternehmen sahen, untersuchte Rost (2002) zusätzlich weitere Variablen.

Es zeigte sich, dass vor allem die Überzeugungs- bzw. Durchsetzungsfähigkeit und das Verantwortungsbewusstsein als weitere bedeutsame Kompetenzen einer Führungskraft angesehen wurden.

Hofbauer (2008) konnte in ihrer Studie zeigen, dass 80 Prozent der von ihr befragten Unternehmen hingegen die Entscheidungskompetenz als den wichtigsten Aspekt guter Führung erachten. Danach folgen die Konfliktlösungs-, die Verantwortungs-, und die Problemlösungsfähigkeit bzw. die Vorbildfunktion als weitere wichtige Fähigkeiten.

Auch Schmidt und Hafner (2008) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass unter anderem die Variablen: Durchsetzungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Verantwortungsgefühl, Zuverlässigkeit, Begeisterungsfähigkeit und die Vorbildfunktion zu den wichtigsten Kompetenzen gehören.

Die Vorbildfunktion einer Führungskraft ist auch laut Oxley (1964, zit. nach Vogt, 1967, S. 62) eine der wichtigsten Funktionen eines Vorgesetzten. Da Mitarbeiter ihre Vorgesetzten stets als Beispiel ihrer eigenen Aufstiegschancen sehen, orientieren sie sich auch - bewusst oder unbewusst - an ihnen. Diese Orientierung „nach oben" kann MitarbeiterInnen helfen, notwendige Kompetenzen für eine Position als Führungskraft zu erkennen bzw. auch sich selbst anzueignen.

Im Folgenden werden ausgewählte Befunde und Studien zur Wichtigkeit von Führungskompetenzen, dem kommunikativen Verhalten von Führungskräften, dem Zusammenhang mit anderen Variablen wie der Mitarbeiterzufriedenheit oder dem Geschlecht und auch der Selbst- bzw. Fremdwahrnehmung von Führungskräften vorgestellt.

In der Studie von Hofbauer (2008) konnte beispielsweise die besondere Bedeutung der Führungskompetenz für Nachwuchsführungskräfte gezeigt werden. Die Untersuchung wurde mit 86 österreichischen Unternehmen durchgeführt, welche auf einer vierstufigen Skala (von 1=„am wichtigsten" bis 4="weniger wichtig") zu der Wichtigkeit verschiedener Kompetenzen für den Führungs-

nachwuchs befragt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Führungskompetenz (MW=1,88) an erster Stelle gereiht wurde. Danach folgen die Sozialkompetenz (MW=1,95) und die Persönlichkeitskompetenz (MW=2,76), das Schlusslicht bildet die Fachkompetenz (MW=3,41).

In den Untersuchungen von Bales (1958) zeigt sich insbesondere die Wichtigkeit der Kommunikationsfähigkeit von Führungskräften, welche über das kommunikative Diskussionsverhalten und das darauf folgende Problemlöseverhalten in zahlreichen Kleingruppen beforscht wurde. Es stellte sich heraus, dass sich das jeweils beliebteste und ideenreichste Gruppenmitglied von den anderen TeilnehmerInnen deutlich abhob. Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass das ideenreichste Gruppenmitglied nach mehreren Sitzungen einen größeren und länger andauernden Respekt von den anderen Gruppenmitgliedern erfuhr als das einst beliebteste Gruppenmitglied. Die ideenreiche Führungsperson ist eher aufgabenorientiert, äußert oft ihre Meinung, gibt Hinweise bzw. Anweisungen und orientiert und lenkt somit die anderen Gruppenmitglieder. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass diejenigen Gruppenmitglieder, die als Führungspersonen betrachtet werden, besonders viel in einer Art und Weise sprechen, die von den anderen Gruppenmitgliedern als sehr positiv empfunden wird.

Ähnlich beschreiben Hollander und Julian (1970; zit. nach Herkner, 2003, S.449) das kommunikative Verhalten. So greift der Führer, laut den Autoren, häufig in positiver Art und Weise in das Interaktionsverhalten der Gruppe ein und weist deswegen einen viel höheren Kommunikationsanteil als die anderen Gruppenmitglieder auf.

Den weitreichenden Einfluss von Führungsverhalten auf andere Variablen zeigen die folgenden Studien.

Beispielsweise legten Schütz und Koop (2002) den Fokus ihrer Untersuchung auf die Mitarbeiterzufriedenheit im Zusammenhang mit dem Führungsverhalten. Aus der Studie geht hervor, dass das (operative) Führungsverhalten 77,2 Prozent der Varianz der Gesamtzufriedenheit der MitarbeiterInnen aufklärt.
Zudem spielen die Variablen: Vorbildfunktion, Vertrauen zum Vorgesetzten, Kommunikation und Information, Förderung, Unterstützung und Weiterbildung von MitarbeiterInnen eine wichtige Rolle hinsichtlich der Mitarbeiter-zufriedenheit.

Die Autorinnen Steimer und Eisenbeiß (2004) untersuchten unter anderem die Führungszufriedenheit von MitarbeiterInnen einer deutschen Forschungs-einrichtung und die Einschätzungen des idealen Führungsverhaltens der Führungskräfte selbst.
Betrachtet man vorab die Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzungen der Führungskräfte, so zeigt sich folgendes Bild: anhand der qualitativen Experteninterviews zeigt sich, dass 55 Prozent der befragten Führungskräfte die Förderung ihrer MitarbeiterInnen zur bestmöglichen Leistung als wichtigstes Führungsziel sehen. An zweiter und dritter Stelle folgt die Motivation/ Begeisterungsfähigkeit und die Selbstständigkeit. Danach geben die Führungskräfte das gute Arbeitsklima, Hilfestellungen und Förderung der Karriere der MitarbeiterInnen und die Zusammenarbeit als weitere wichtige Faktoren des idealen Führungsverhaltens an. Erst an den letzten Stellen folgen die Gleichbehandlung und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen.

Ein anderer Untersuchungsschwerpunkt in der Studie von Steimer und Eisenbeiß (2004) analysiert die Führungszufriedenheit aus MitarbeiterInnen- und Führungsperspektive. In einem ersten Schritt ergaben sich durch schrittweise Regression der Mitarbeiterdaten folgende Faktoren als wichtigste Prädiktoren der Führungszufriedenheit: Vertrauen zum Vorgesetzten, gutes Arbeitsklima schaffen, ausreichend Zeit nehmen, gerechte Leistungsbeurteilung,

vorbildliches Arbeitsverhalten, Fachkenntnisse des Vorgesetzten, zufriedenstellende Zielvereinbarungen und Einbezug in Entscheidungen.
Diese acht Faktoren stellen 80,9 Prozent der aufgeklärten Varianz der Führungszufriedenheit dar.
Vergleicht man die Angaben der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte, so zeigen sich deutliche Diskrepanzen zwischen den Sichtweisen der verschiedenen Hierarchien. Beispielsweise sehen die MitarbeiterInnen das „Vertrauen zum Vorgesetzten" als den stärksten Prädiktor der Führungszufriedenheit, während dieser bei den Führungskräften erst an sechster Stelle steht. An erster Stelle bei den Führungskräften steht hingegen die „gerechte Leistungsbeurteilung", welche bei den MitarbeiterInnen erst an Stelle vier vorkommt. Die Autoren erklären sich die gefundenen Diskrepanzen zwischen der Sicht der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich der Führungszufriedenheit durch eine unzureichende Kommunikation, wodurch die Führungskräfte einen unzureichenden Einblick in die Erwartungen ihrer MitarbeiterInnen erlangen können.

Schon früh wurde eine ineffiziente Kommunikation, ein unangenehmes Arbeitsklima bzw. eine niedrige Mitarbeiterzufriedenheit - ausgehend von mangelnden Führungskompetenzen der Vorgesetzten - als die Hauptgründe einer hohen Fluktuation bzw. einer kurzen Verweildauer in einem Unternehmen entdeckt.

Nach der Erfahrung von Cattepoel et. al. (1965) stehen 90 Prozent der Fluktuationsgründe in einem Unternehmen im Zusammenhang mit der Führungskraft bzw. dem damit verbundenen Führungsstil.
Die Gefahr der (inneren) Kündigung aufgrund einer defizitären Führungskultur zeigt eine Studie des Gallup- Instituts. Laut den Ergebnissen sind nur noch
13 Prozent der ArbeitnehmerInnen in Deutschland stark motiviert (vgl. Volk, 2007). Auf Grund einer weiterführenden Ausbildung von Führungskräften kann laut Cattepoel (1965) ein moderner Führungsstil verwirklicht werden, der eine effiziente und angenehme Arbeitssituation schafft und so den möglichen Verlust wertvoller MitarbeiterInnen verhindern kann.

In weiterer Folge konnten Kielmann und Jöns (2002) die Variable „Führungsverhalten" - umgekehrt - auch als die wichtigste gesundheitsfördernde Ressource in einem Unternehmen identifizieren. So zeigt das Vorgesetztenverhalten den stärksten positiven Zusammenhang mit der Arbeitsfreude (r=. 50) und führt - bei einem guten Verhältnis von Führungskraft und MitarbeiterIn - zu weniger Gereiztheit/Belastung und zu weniger somatischen Beschwerden. Zudem konnte festgestellt werden, dass von einer gesundheitsfördernden, beeinträchtigungsmildernden Wirkung der Variable „offene Kommunikation" ausgegangen werden kann, welche zudem auch einen positiven Zusammenhang zur Variable „Arbeitsfreude" aufweist.

Auf Geschlechtsunterschiede konzentrierten sich Hannover und Kessels (2003) in ihrer Untersuchung von Spitzenmanagern aus international operierenden Unternehmen. Ihre Untersuchung kam einerseits zu dem Ergebnis, dass die idealen (geschlechtsübergreifenden) Führungseigenschaften:
„Soziale Kompetenz" (z.B. „Unterstützen der Mitarbeiter", „Kommunikationsfähigkeit", „Konsens herstellen können"), „Führungswille" und „Persönlichkeit" seien. In den Bewertungen der Wichtigkeit dieser Führungseigenschaften unterschieden sich die Geschlechter jedoch in der Hinsicht, dass 33 Prozent der Frauen, jedoch nur 21 Prozent der Männer die „Soziale Kompetenz" als wichtig erachteten. Hingegen hielten 31 Prozent der Männer und nur sieben Prozent der Frauen den „Willen zu führen" für notwendig. Auch gaben 36 Prozent der Männer an, die „Persönlichkeit" als einen ausschlaggebenden Faktor für ein gutes Führungsverhalten zu sehen, wobei dies nur von sieben Prozent der Frauen so gesehen wurde. Zusammenfassend zeigen die Befunde, dass Frauen tendenziell die „Sozialen Kompetenzen" für wichtiger erachten als Männer, während Männer den „Führungswillen" und die „Persönlichkeit" als die elementaren Faktoren von gutem Führungsverhalten sehen.

Diese Ergebnisse spiegeln sich (zumindest hinsichtlich der Fremdeinschätzungen) auch in der Untersuchung von Sczesny (2003) wider.

In ihrer Untersuchung mit 177 Führungskräften von deutschen Unternehmen stellte sich mittels einer Fremdeinschätzung heraus, dass weibliche Führungskräfte von Frauen und Männern tendenziell als personenorientierter eingestuft werden als ihre männlichen Kollegen.

Jedoch finden auch mehrere aktuelle Studien keine bedeutenden Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen Führungskompetenzen.

In den Ergebnissen einer Meta- Analyse über einen 20- jährigen Zeitraum von Twenge (2001) konnten sich beispielsweise keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Variable „Durchsetzungsfähigkeit" finden. So bewerten sich Frauen in der Studie als vergleichbar durchsetzungsfähig wie Männer.
Die Begründung hiefür sieht die Autorin in einer Veränderung der Selbstbewertung der Frauen, die vom sozialen Wandel und den damit verbundenen, veränderten Geschlechterrollen ausgelöst wurden.

Dementsprechend konnten die ermittelten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Fremdeinschätzung von Führungskräften (siehe Sczesny, 2003, weiter oben) bei der Untersuchung der Selbstbeurteilung von Vorgesetzten nicht mehr gefunden werden. Hinsichtlich aufgaben-, und auch personenorientierter Führungsmerkmale ergaben sich somit keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Selbstbeurteilung. Weiters konnten auch keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Wichtigkeit verschiedener Führungsaufgaben festgestellt werden.
Zudem analysierte die Autorin auch die Selbstwahrnehmung im Vergleich zur Fremdwahrnehmung der Führungskräfte. Hierbei zeigte sich, dass sowohl männliche als auch weibliche Führungskräfte sich selbst mehr aufgaben- und personenorientierte Führungskompetenzen zuschrieben, als diese den Führungskräften in der Fremdwahrnehmung zugeschrieben wurden (vgl. Sczesny, 2003).

Auf das Ergebnis, dass Führungskräfte selbst Defizite in ihrem eigenen Führungsverhalten feststellen können und dies verändern wollen, sei abschließend noch eingegangen. Die Frage, welche Kompetenzen sich Ärztinnen selbst noch gerne aneignen würden, beantworteten die befragten ÄrztInnen, in der Studie von Lechner und Newerkla (2008), mit dem Wunsch nach verbesserten Führungskompetenzen und vertieftem Fachwissen.

Durch die vorangegangenen Studien und Befunden sieht man, dass der aktuelle empirische Forschungsstand zum Thema Führungskompetenz in vielen Bereichen Defizite aufweist und die verschiedenen Forschungsergebnisse auf unterschiedlichen Führungsdefinitionen basieren, sowie sehr oft in verschiedenen Untersuchungskontexten durchgeführt werden.

Zusammenfassend kann man jedoch nach diesem Literaturüberblick über das Thema der Führungskompetenzen erkennen, dass sich aus den unterschiedlichen Definitionen und Erklärungsversuchen des Begriffs „Führungskompetenz" eine Schnittmenge an bestimmten Fähigkeiten bei der Mehrheit der Autoren wieder finden lässt.
Diese Schnittmenge wird in weitere Folge für die vorliegende Arbeit die zentralen Faktoren der Führungskompetenz darstellen und besteht dementsprechend aus der Durchsetzungsfähigkeit, der Entscheidungsfähigkeit, der Vorbildfunktion, der Problemlösefähigkeit, dem Verantwortungsbewusstsein bzw. der Verlässlichkeit, der Mitarbeiterentwicklung und der Delegation.

## 2.4 METHODISCHE ZUGÄNGE ZU DER ERHEBUNG VON FÜHRUNGSKOMPETENZ

Parallel zur anhaltenden Diskussion über den Terminus „Führungskompetenz", wird die Abbildung bzw. Messung desselbigen für das Bildungs-, Sozial-, und Gesundheitswesen, aber natürlich auch für die Privatwirtschaft zu einem immer wichtigeren Thema.

Überschriften und Buchtitel wie „Soft Skills: Der Weg in die Top- Karriere", „Leadership- Führen sei gelernt" und „Schlüsselkompetenzen des 21. Jahrhunderts" sind heutzutage in jedem Bücherregal en masse zu finden und versuchen oft ohne wissenschaftlichen Hintergrund ein immerwährendes Rezept für das ideale Führungsverhalten zu vermitteln.

Die wissenschaftliche und empirische Untersuchung des Themas fällt jedoch viel spärlicher aus. Dies liegt zum einen - wie auch bei den Sozialen Kompetenzen - an der Problematik der Begriffsdefinition bzw. der sehr heterogenen Verwendung der Begrifflichkeiten und zum anderen in den unterschiedlichen Herangehensweisen und Operationalisierungen, den verschiedenen theoretischen Ansatzpunkten, der methodischen Vielfalt und den verschiedenen Untersuchungskontexten.

Auch beim Thema Führungskompetenz lässt sich eine breite Methodenvielfalt erkennen, die von der qualitativen Erhebung z.B. mittels Interviews (siehe z.B. Fleishman, 1973; Hannover & Kessels, 2003; Mayer, 2009; Steimer & Eisenbeiß, 2004) über Rollenspiele und -analysen, Verhaltensbeobachtungen und Gruppen-diskussionen (siehe z.B. Bales, 1958) bis hin zu multimedial- umgesetzten Beurteilungstests (siehe z.B. Prechtl, 2005) reicht. Zudem sind - wenn es um die Einschätzung von Führungskräften bzw. Vorgesetzten geht - neben quantitativen Selbsteinschätzungen (siehe z.B. Schmidt & Hafner, 2008; Sczesny, 2003; Steimer & Eisenbeiß, 2004) auch Fremdeinschätzungen (siehe z.B. Schmidt & Hafner, 2008; zusammenfassender Überblick zu Vorgesetztenbeurteilungen bei Jöns, 2000, S. 287-290) mittels Fragebogen sehr beliebt, da diese mögliche Verzerrungseffekte der Selbstbeurteilung verhindern können.

Somit ist - genauso wie beim Konzept der Sozialen Kompetenzen - ersichtlich, dass eine Erhebung des hochkomplexen Konstrukts Führungskompetenz im Idealfall durch mehrere miteinander kombinierte Methoden umgesetzt werden sollte. Zudem sollte eine theoretische Fundierung eine effiziente Arbeitsdefinition des Konstrukts „Führungskompetenz" gewährleisten, um es so vollständig und so gezielt wie möglich erfassen zu können.

# 3. DAS UNTERNEHMEN: KRANKENHAUS

In diesem Kapitel werden vorab die Begriffe „Unternehmen" und „Organisation" diskutiert. Danach erfolgt eine Beschreibung verschiedener Modelle und Konzepte der Unternehmensorganisation und der damit verbundenen Menschenbilder im Wandel der Zeit. Weiters wird das Unternehmen Krankenhaus detailliert dargestellt und es werden Studien und Befunde zum Arbeitsplatz Krankenhaus vorgestellt.

## 3.1 DER BEGRIFF DES UNTERNEHMENS/ DER ORGANISATION

Ein „Unternehmen" ist allgemein formuliert eine Einzelwirtschaft, die als planmäßig und organisiert beschrieben werden kann. Sie beschafft, verwertet und verwaltet ihre Güter und Dienstleistungen und setzt diese auch ab (vgl. Olfert, 2003, S. 21).

Es lassen sich jedoch im Literaturüberblick einige inhaltliche Überschneidungen zu anderen, verwandten Termini wie beispielsweise der der „Organisation" finden.
Die verschiedenen Bedeutungen von „Organisation" und der Zusammenhang mit dem Begriff „Unternehmen" spiegeln sich in den folgenden Definitionen wider:

Betriebswirtschaftliche Definition (vgl. Gutenberg, 1983, S. 235):
*Das Unternehmen **hat** eine Organisation.*
Soziologische/ betriebspsychologische Definition (vgl. Kieser & Kubick, 1992):
*Das Unternehmen **ist** eine Organisation.*

Der Terminus „Organisation" (griechisch „organon" = Werkzeug) kann folglich zum einen auf das prozeduale Element des Organisierens, andererseits auch auf das strukturelle/instrumentelle Element bezogen werden.

Lieb (2004) erweitert diesen Ansatz noch um die funktionelle Sichtweise, speziell auf das Krankenhaus bezogen, indem er schreibt: *„Ein Krankenhaus (1) hat eine Organisation (instrumentale Sichtweise), (2) ist eine Organisation (institutionale Sichtweise) und (3) wird organisiert (funktionale Sichtweise)*"(S. 62).

Eine weitere Definition von Organisation stammt von Büschges und Abraham (1997):

> „Ein von bestimmten Personen gegründetes, zur Verwirklichung spezifischer Zwecke planmäßig geschaffenes, hierarchisches [sic! R.S.] verfasstes, mit Ressourcen ausgestattetes, relativ dauerhaftes und strukturiertes Aggregat (Kollektiv) arbeitsteilig interagierender Personen, das über wenigstens ein Entscheidungs- und Kontrollzentrum verfügt, welches die zur Erreichung des Organisationszweckes notwendige Kooperation zwischen den Akteuren steuert, und dem als Aggregat (svw. Körperschaft, juristische Person) Aktivitäten oder wenigstens deren Resultate zugerechnet werden können"(S.52).

Nerdinger, Blickle und Scharper (2008) definieren „Organisation" wie folgt:

> „Organisationen bezeichnen den Zusammenschluss von Menschen zur Erreichung bestimmter Ziele, die hierfür eine zielgerichtete Ordnung bzw. Regelung von Aufgaben in bestimmten sozialen Gebilden (z.B. Betriebe oder gesellschaftliche Institutionen) entwickelt haben bzw. sich dieser Ordnung unterwerfen. Organisationen sind in der Regel durch bestimmte formale und zweckgerichtete Strukturen bzw. Regelsysteme gekennzeichnet, in denen festgelegt ist, was Organisationsmitglieder in welcher Situation wie zu tun haben, wer wem Anweisungen gibt und wer diese zu befolgen hat, wer über was durch wen zu informieren ist und wer in welcher Hinsicht wie zu behandeln ist. Diese Funktions-, Führungs- und Kommunikationsstrukturen weisen je nach Zielsetzung, Größe und Selbstverständnis der Organisation sowie wirtschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen unterschiedliche Aufbau- und Ablaufformen auf" (S. 7).

## 3.2 MODELLE UND THEORIEN DER UNTERNEHMENSORGANISATION

In diesem Kapitel soll ein (historischer) Überblick über die verschiedenen Epochen der Unternehmensorganisation mit den dazugehörigen Organisationstheorien und Menschenbildern gegeben werden. Zudem wird auf das „Vier mal sechs Faktoren-Modell" von Strasser (2004) näher eingegangen.

a) Zur Zeit des „Homo Oeconomicus"
waren primär technologische Theorien rund um die wissenschaftlichen Arbeiten von Taylor (1911) von großer Bedeutung. In dieser Zeit stellte die wissenschaftliche Betriebsführung erstmals einen zentralen Faktor dar, der vor allem die Prinzipien der Rationalisierung und der Ökonomisierung berücksichtigte. Dementsprechend strebte man nach der Optimierung von jeglichen Arbeitsprozeduren, wodurch alle Arbeitsabläufe in ihre einzelnen Arbeitsschritte unterteilt wurden und es in weiterer Folge zu einer Trennung von Kopf- und Handarbeit, einer starken hierarchischen Unternehmensstruktur, einer starken Spezialisierung, sowie zur Auswahl und Schulung der bestgeeigneten Arbeitskräfte kam. Das Menschenbild dieser Zeit war ein eher individualitätsfeindliches, mechanistisches Mensch- Maschine- Modell, welches die materielle Belohnung als einzige Motivationsmöglichkeit der Mitarbeiter ansah (vgl. Kirchler, Meier- Pesti & Hofmann, 2004).

b) Zur Zeit des „Social Man"
war vor allem die Hawthorne Studie und die nachfolgende Human- Relations-Bewegung sinnbildend, die eine Reaktion auf die eher rationale Ausrichtung der Zeit des „homo oeconomicus" darstellte. Die Ergebnisse der Hawthorne- Studie (siehe Mayo, 1933) zeigten, dass Veränderungen der Umweltbedingungen (wie etwa Verstärkung der Beleuchtung, zusätzliche Pausen, Verkürzung der Arbeitszeit, Zwischenmahlzeiten etc.) mit einer veränderten sozialen Situation (verbesserte informelle, soziale Beziehungen) zusammenhingen und somit die wöchentlichen Arbeitsleistungen erheblich verbesserten.

So stellte sich heraus, dass vor allem eine freundliche Arbeitsatmosphäre bzw. eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und -motivation zum Erfolg eines Betriebs wesentlich betragen.
Für die dadurch entstandene Human- Relations- Bewegung standen in weiterer Folge die sozialen Bedürfnisse, die Beziehungen (bzw. die damit verbundene, verstärkte informelle Kommunikation) und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen an erster Stelle. Dementsprechend sollte das Zugehörigkeitsgefühl zur Organisation, die sozialen Beziehungen in der Organisation und die eher informellen Regeln und Normen der Organisationen den MitarbeiterInnen einen neuen Sinn in ihrer Arbeit geben. Die finanzielle Belohnung rückte in den Hintergrund der Sozialität, Motivation und Arbeitszufriedenheit, wobei hingegen aber das Individuelle des Mitarbeiters zu Gunsten der Gruppe noch immer vernachlässigt wurde (vgl. Kirchler, Meier- Pesti & Hofmann, 2004).

c) Zur Zeit des „Self- Actualizing Man"
stand der/die MitarbeiterIn - als Individuum - im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Autonomie und die Selbstverwirklichung der Menschen wurden als wichtige Motivationsquelle erkannt, weswegen viel Wert auf die Weiterbildung und Entwicklung der MitarbeiterInnen, sowie auf eine herausfordernde, interessante, sinngebende und intrinsisch motivierte Arbeit gelegt wurde. In weiterer Folge wurde die Unternehmenshierarchie flacher, die Autonomie der MitarbeiterInnen bei der Durchführung der Arbeit größer und die Führungskräfte unterstützten und förderten ihre MitarbeiterInnen, anstatt sie zu kontrollieren und zu überwachen.
Da das Hauptziel der Individualtheorien eben in der Förderung der intrinsischen Motivation und in einer positiven Persönlichkeitsentwicklung der MitarbeiterInnen lag, rückte die finanzielle Belohnung als Motivationsfaktor auch in dieser Zeit in den Hintergrund (vgl. Kirchler, Meier - Pesti & Hofmann, 2004).

d) Zur Zeit des „Complex man"
wird versucht, die bisher beschriebenen, meist verkürzten Darstellungen der verschiedenen Menschenbilder in Organisationen zu einem hoch komplexen Menschenbild zu integrieren. Folglich sollen auch die intra- und interindividuellen Unterschiede und Bedürfnisse von MitarbeiterInnen berücksichtigt werden.

Dementsprechend variieren die zahlreichen Motivationsquellen (finanzielle Belohung, soziale Beziehungen, Wunsch nach Persönlichkeitsentwicklung, Autonomie etc.), Bedürfnisse und Motive (z.B. sind unterschiedliche Motive bei der gleichen Person in der Position als MitarbeiterIn oder Betriebsrat denkbar) der MitarbeiterInnen und verändern sich im Laufe der Zeit (auch durch Erfahrungen mit der Organisation) (vgl. Schein, 1980).
Die Führungskraft muss erkennen, welches Bedürfnis in welcher Situation bei den MitarbeiterInnen vorherrscht und dementsprechend das Führungsverhalten den Ansprüchen der ArbeitnehmerInnen anpassen. So versucht das Menschenbild des „Complex Man" eine vereinfachte und generalisierte Sichtweise zu überwinden, was jedoch auch bedeutet, dass generelle Verhaltensregeln und Normen nicht direkt abgeleitet werden können, sondern immer anhand einer situationsangepassten Analyse erfolgen müssen (vgl. Kirchler, Meier - Pesti & Hofmann, 2004).

Übersichtliche und aktuelle Meta- Modelle, die die einflussreichsten Ansätze verbinden und dementsprechend möglichst viele elementare Faktoren (wie etwa die Sozialen Fähigkeiten) eines gesunden und gut funktionierenden Unternehmens abbilden, sind jedoch in der Literatur eher rar.

Ein Modell, das dieses versucht, beschreibt vier Mal sechs Faktoren (und deren Unterfaktoren) des Unternehmenserfolgs, wie folgt (vgl. Strasser, 2004, S. 19 ff):

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| | Marktbedingungen | Kernfunktionen des Unternehmens | Kompetenz der Geschäftsführung | Zusammenarbeit im Top- Team |
| 1 | Konjunktur-entwicklung | Strategie/ Ziele | Unternehmerische Kompetenz | Motivation |
| 2 | Politische Rahmenbedingungen | Produktstrategie | Führungskompetenz | Organisation |
| 3 | Banken, Zinsen, Finanzmarkt | Marketing & Vertriebsstrategie | Sachkompetenz | Beziehungen |
| 4 | Ressourcenkosten | Unternehmens-organisation | Motivation | Kompetenz |
| 5 | Markt und Wettbewerbssituation | Personal | Soziale Kompetenz | Führung |
| 6 | Allgemeine Umweltbedingungen | Controlling/ Finanzmanagement | Netzwerk/ Macht | Außenbedingungen |

Abbildung 8: Das vier mal sechs Faktoren- Modell des Unternehmenserfolges (vgl. Strasser, 2004; mod. nach der Autorin)

Wie in der obigen Abbildung gut zu sehen ist, versucht dieser Ansatz, sowohl personelle-, situations-, systemische als auch Umwelt- und Rahmenbedingungen des Unternehmens miteinander zu vereinen. Der Einfluss der zahlreichen emotionalen und sozialen Faktoren auf den verschiedenen Ebenen (die für ein gut-funktionierendes Unternehmen ausschlaggebend sind) ist deutlich zu erkennen.
So sind soziale Fertigkeiten und Fähigkeiten vor allem bei der Kernfunktion „Marketing und Vertrieb" im Bereich der Beziehungen, des Bekanntheitsgrades und Images, der Kundenbindung und Repräsentation und der Kernfunktion „Personal" im Bereich der Führungskompetenz, der Unternehmenskultur, der Mitarbeiterzufriedenheit, der Kooperationsfähigkeit und guten Zusammenarbeit erforderlich. Hierbei sind die „Unternehmerische Kompetenz" (im Sinn der Erzeugung einer unternehmerischen Vision -als sinnstiftende Einheit der

Unternehmenskultur-), die „Führungskompetenz" (in Form von Führungsstärke, Organisation der Zusammenarbeit und Motivation der MitarbeiterInnen), die „Motivation" (in Form von Stärkung des Selbstvertrauens, der Verantwortung und der Integrität) und die „Soziale Kompetenz" (in Form von Kommunikations- und Teamfähigkeit) von besonderer Bedeutung für den Erfolg eines Unternehmens.

## 3.3 DIE ORGANISATION: KRANKENHAUS

Im Folgenden wird der Begriff „Krankenhaus" genauer definiert, als Organisationsform skizziert und auf die Unterschiede bzw. Besonderheiten von Krankenhäusern als Unternehmen eingegangen.

### 3.3.1. Die Definition eines Krankenhauses

Das Wiener Krankenanstaltsgesetz 1987 § 1 definiert den Begriff „Krankenanstalt" wie folgt:

(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung oder
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

(3) Krankenanstalten im Sinne der Abs. 1 und 2 sind:

1. *Allgemeine Krankenanstalten*, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (Abs. 1);

2. *Sonderkrankenanstalten*, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. *Heime* für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen;
4. *Pflegeanstalten für chronisch Kranke*, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
5. *Gebäranstalten und Entbindungsheime*;
6. *Sanatorien*, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
7. *selbstständige Ambulatorien* (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist.

(4) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der einer Anstalt entspricht, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den Bestimmungen dieses Gesetzes.

So werden die verschiedenen - unter Punkt (3) aufgelisteten - Krankenanstalten auch von unterschiedlichen öffentlichen, freien- gemeinnützigen, privaten Institutionen oder Mischformen dieser getragen und unterscheiden sich auch dementsprechend in der Größe, den Versorgungsaufgaben und ihrer Finanzierung.

Die primäre Aufgabe von Krankenhäusern kann auch als das Erkennen, Heilen, Bessern oder Lindern von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden die das Krankenhaus unmittelbar für die Patienten erbringt, verstanden werden (vgl. Kaltenbach, 1993, S.11).

Zudem dienen Krankenanstalten als Forschungsstätten für medizinische und andere Untersuchungsinteressen und stellen einen Vermittler zwischen verschiedenen Institutionen die Gesundheitsleistungen erbringen, dar.

### 3.3.2. Die Organisationsform eines Krankenhauses

Allgemein gehören Krankenhäuser zu den komplexesten gesellschaftlichen Institutionen, was zum einen an dem hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung des Landes und zum anderen in der komplizierten innerbetrieblichen Organisation erkennbar ist.

Betrachtet man die Organisationsform eines Krankenhauses, so lässt sich die funktionale von der divisionalen Gliederung im Bezug auf die Aufgabenbegrenzungen unterscheiden (vgl. Lieb, 2004, S69).
Eine divisionale Gliederung unterteilt Abteilungen nach deren Produkt- oder Kundengruppen. Betrachtet man nun Krankenhäuser als Organisationen, so wäre hier die divisionale Unterteilung beispielsweise ein Zentrum für Herz- Kreislauf-Probleme oder ein Geriatrie- Zentrum.
Die funktionale Aufgabenbegrenzung erfolgt nach dem Verrichtungsprinzip und gliedert somit die Abteilungen nach deren Tätigkeiten. So wäre ein Krankenhaus beispielsweise in die Abteilungen der Inneren Medizin oder der Gynäkologie unterteilt (vgl. Lieb, 2004, S. 70).
Nach Lieb (2004) lässt sich bei Krankenhäusern in weiterer Folge eher eine funktionale Gliederung feststellen, welche jedoch nicht auf einer gezielten Planung des Krankenhauses beruht, sondern sich mit der Zeit zu dieser entwickelt hat.

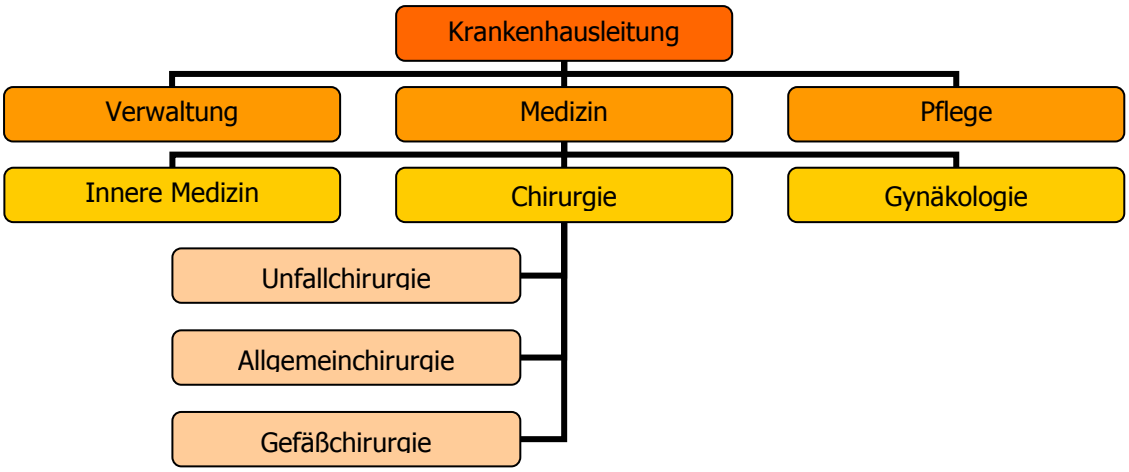


Abbildung 9: Funktionale Organisation am Beispiel einer Krankenanstalt
(vgl. Lieb, 2004; mod. von der Autorin)

So ist ersichtlich, dass die erste hierarchische Ebene aus der Krankenhausleitung, meist einer kollegialen Führung aus den verschiedenen Berufsgruppen, besteht.
Die verschiedenen Berufsgruppen unterteilen sind in die Bereiche der Pflege, der Medizin und der Verwaltung, die einerseits hierarchisch getrennt sind, aber auf den Stationen bzw. in den verschiedenen Abteilungen relativ eng zusammen arbeiten.
Die starke Hierarchie wird vor allem bei der Gruppe der Ärzte deutlich: die nach dem Studium der Medizin beginnenden Berufsanfänger (welche z.B. im praktischen Jahr sind) sind den Assistenzärzten unterstellt, welche meist dem Oberarzt, welcher dem Primararzt unterstellt ist. An der Spitze im Bereich der Medizin steht die ärztliche Direktion (welche jedoch auch gleichzeitig eine andere Funktion im Spital innehaben kann, so wie in vielen Fällen die Position des Primararztes einer Abteilung). Der Bereich der Medizin unterteilt sich nicht nur vertikal in die verschiedenen Hierarchien, sondern auch horizontal in die verschiedenen Abteilungen, wie z.B. der Chirurgie, der Gynäkologie, der Inneren Medizin etc. Der Bereich der Pflege sieht strukturell ähnlich aus: hier sind die verschiedensten Pflegehelfer, Krankenschwestern und Krankenpfleger jeweils der stationsleitenden Oberschwester bzw. dem stationsleitenden Oberpfleger unterstellt. Diese sind der Pflegedienstleitung unterstellt, welche zusammen mit dem ärztlichen Direktor und der (ökonomisch geschulten) Verwaltungsleitung die kollegiale Führung darstellen (vgl. Herschbach, 1991, S.12).
Die Krankenhausleitung (kollegiale Führung) ist gemeinsam für die laufende Geschäftsführung verantwortlich, welche es ermöglicht, dass ökonomische Überlegungen nicht nur vom Bereich der Verwaltung ausgehen, sondern dass auch die Bereiche der Medizin und Pflege Einfluss auf wichtige Entscheidungen der Geschäftsführung haben können (vgl. Adam, 1972, S.58).

Grundsätzlich haben die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Aufgaben: die Ärzte sind hauptsächlich für die Diagnose und Therapie verantwortlich, während das Pflegepersonal in eigener Kompetenz (bzw. auf Anweisung der Pflegeleitung) über die Pflege der Patientinnen entscheidet. Schon an dieser ersten Schnittstelle wird klar, dass hierbei eine gute und enge Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen Medizin und Pflege notwenig ist.

Betrachtet man den Aufgabenbereich der Berufsgruppe der leitenden Ärzte jedoch genauer, so finden sich neben den medizinischen Funktionen noch eine Menge an Führungs- bzw. Managementfunktionen. So leitet z.B. ein Primararzt seine ganze Abteilung, muss seine MitarbeiterInnen motivieren, beraten, fördern und hat zudem auch eine gewisse Vorbildfunktion für seine MitarbeiterInnen inne (vgl. Lieb, 2004, S.245).

Folglich hat ein funktionales Organisationsmodell somit auch den Nachteil, dass die Kommunikationswege von der obersten hierarchischen Ebene zu allen anderen Ebenen relativ lange sind und somit potentielle Kommunikationsstörungen mit sich bringen können (vgl. Lieb, 2004). Aufgrund der im zweiten Kapitel (*„Kommunikation und Führung"*) beschriebenen Kommunikationsrichtungen von Weinert (2004) ist somit tendenziell eine vertikale, Top- Down Kommunikationsrichtung, also von der oberen Spitze (der kollegialen Führung) in Richtung der unteren Ebenen gegeben, die eine horizontale Kommunikation zwischen den verschiedenen Abteilungen erschwert.

### 3.3.3. Unterschiede zwischen Krankenhäusern und anderen Unternehmen

Bei der Betrachtung von Krankenhäusern als Unternehmen bzw. Organisationen ist es wichtig auch die Unterschiede zu andersartigen Unternehmen zu skizzieren.

Ein erster Unterschied besteht sicherlich in der Informations- und Planungsorganisation von Krankenhäusern, welche sich in den meisten Fällen primär auf die Einnahme- und Ausgabenrechnungen erstreckt und somit in der Regel den Erfordernissen eines modernen Managements tendenziell hinterher hinkt. Die hauptsächlichen Hindernisse für einen höheren Entwicklungsstand der Krankenanstalten als Unternehmen sind in erster Linie eine Folge schwerer strukturorganisatorischer Mängel z.B. die wirtschaftliche Abhängigkeit der Krankenhausführung vom Träger, die geringen Entscheidungskompetenzen der Krankenhausleitung, aber auch die unzulängliche Ausbildung der Führungskräfte für die Leitung von Krankenhäusern (vgl. Adam, 1972).

Weiters unterscheidet sich das Krankenhaus von anderen Unternehmen vor allem durch das Angebot. Dieses besteht in einer Dienstleistung, die direkt am Patienten selbst vollzogen wird und auch vom Patienten im Krankenhaus konsumiert wird. So erfolgt die Erstellung und Inanspruchnahme dieser Dienstleistung an ein und dem gleichen Ort: dem Krankenhaus (vgl. Haubrock, 2007).

Eichhorn et al. (2000) sehen Krankenhäuser in weiterer Folge als Dienstleistungssysteme die das Ziel verfolgen, die Produktionsfaktoren mit der Versorgung der Patienten zu verknüpfen (S. 60). Krankenhäuser können somit als „Human Service Organisations" (personenbezogene Dienstleistungssysteme), die einen hohen organisatorischen Komplexitätsgrad aufweisen, beschrieben werden. Die Mitarbeit in einem solchen Unternehmen bietet jedoch nicht nur extrinsische Anreize wie Entlohnung, sondern auch intrinsische Anreize wie etwa die soziale Anerkennung und den Dank der Klienten (vgl. Hasenfeld, 1992, S. 4).
So stellt ein Krankenhaus ein offenes, soziales System dar, welches sich ständig an demografische, medizinische und auch gesellschaftliche Entwicklungen anpassen muss.

Einen Spezialfall der Krankenhäuser stellen die privaten- gemeinnützigen Ordensspitäler dar, welche auch gleichzeitig als eine der ältesten, medizinischen Institutionen angesehen werden können (vgl. Seidl, 1996).
Ordensspitäler gehören zu der Gruppe der kirchlichen Rechtsträger (z.B. im Vergleich zu den Sozialversicherungsträgern oder Gebietskörperschaften) und bestanden früher zum größten Teil aus geistlichen MitarbeiterInnen (wobei jedoch in den letzten Jahrzehnten, aufgrund eines Mangels an geistlichem Personal, immer mehr weltliche MitarbeiterInnen eingestellt werden, so dass heutzutage nur noch ein sehr geringer Prozentsatz der MitarbeiterInnen geistliche Schwestern oder Brüder sind) (vgl. Frohn, 2001, S. 13 ff.).
Zudem unterscheiden sich gemeinnützige Ordensspitäler auch durch die Finanzierung von den Landesspitälern (vgl. BMGF 2005, S. 53). Während die Finanzierung von Landesspitälern zur Gänze aus öffentlichen Geldern stammt, werden Ordensspitäler zum Teil auch privat durch die brüderlichen und schwesterlichen Trägerorden finanziert.

## 3.4 BEFUNDE UND STUDIEN ZUM ARBEITSPLATZ: KRANKENHAUS

In diesem Kapitel soll auf Studien zu den Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes Krankenhaus näher eingegangen werden. Vorab werden Befunde zu den verschiedenen Berufsgruppen, Geschlechtsunterschieden, der Verweildauer im Krankenhaus, der Arbeitszeit und Arbeitsfreude präsentiert. Des Weiteren wird vor allem auf Studien zu den Belastungen, Stressoren bzw. Bewältigungsstrategien und Konflikten im Krankenhaus, der Arbeitszufriedenheit und Fluktuation eingegangen, da diese als Kontextvariablen vielfältige Einflüsse auf die Arbeit von und mit Personen im intramuralen Bereich haben.

In der Studie von Herschbach (1991), in der der Fokus auf der psychischen Belastung von ÄrztInnen lag, wurden auch verschiedene demografische Variablen untersucht. Der Autor kommt anhand seiner Analysen zu dem Schluss, dass die Berufsgruppe der Ärzte (MW=36,5 Jahre) - im Vergleich zur Berufsgruppe der Pflege (MW= 32,3 Jahre) - durchschnittlich um ca. vier Jahre älter ist.
Dieses Ergebnis konnte auch in den Befunden von Strohmeier und Bartosek-Walser (2006) bestätigt werden, wonach die Mehrheit der ÄrztInnen zwischen 46 und 55, die Mehrheit der PflegerInnen jedoch zwischen 36 und 45 Jahren alt waren.

Zudem besteht der größere Teil der Berufsgruppe der Medizin aus Männern: nur 25,1 Prozent der Personen im Bereich der Medizin sind Frauen, wobei hingegen 90,9 Prozent des Pflegepersonals aus Frauen bestehen (vgl. Herschbach, 1991).

Eine tendenziell ausgewogene Geschlechtsverteilung konnte in der Studie von Strohmeier und Bartosek- Walser (2006) auch nur bei der Berufsgruppe der MedizinerInnen festgestellt werden. Bei der Gruppe der PflegerInnen wurde ein rund 90 prozentiger Frauenanteil ermittelt.

Weiters liegt die durchschnittliche Verweildauer des Pflegepersonals in der Abteilung mit 5 Jahren weit über dem der MedizinerInnen mit knapp 3,5 Jahren (vgl. Herschbach, 1991). Die Studie von Strohmeier und Bartosek- Walser (2006) kam zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der ÄrztInnen und PflegerInnen mehr als 20 Jahre in ihrem Beruf arbeitet.

Bezüglich der wöchentlichen Arbeitszeit kommt Herschbach (1991) zu dem Schluss, dass die Ärztinnen im Mittel 51 Stunden in der Woche arbeiten und zusätzlich 3,4 Nachtdienste und 1,5 Wochenenddienste pro Monat leisten.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist es jedoch verwunderlich, dass Herschbach (1991) trotzdem eine generell hohe Arbeitszufriedenheit bei Personen im intramuralen Bereich feststellen konnte. Insgesamt 75,9 Prozent der Pflegekräfte und 77,6 Prozent der Ärztinnen - also immerhin zwei Drittel der befragten KrankenhausmitarbeiterInnen gaben an, mit ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit zufrieden zu sein.

Dass die Arbeit mit Menschen bzw. in Krankenhäusern jedoch fraglos auch eine der Tätigkeiten ist, welche die betreffenden Berufsgruppen physisch, aber viel mehr psychisch sehr stark belasten können, zeigt eine Vielzahl von Studien.

Gray- Toft und Anderson (1981) ermittelten beispielsweise anhand einer Untersuchung von 122 Krankenpflegekräften aus verschiedenen Abteilungen die elementaren Stressoren auf der „Nursing Stress Scale". Die Autoren erhielten folgende sieben relevante Belastungsbereiche: Tod und Sterben, Konflikte mit Ärzten, mangelhafte Ausbildung, Mangel an Unterstützung durch Kollegen, Konflikte mit anderen KrankenpflegemitarbeiterInnen, Arbeitsumfang und Informationsmangel über die medizinische Behandlung.
Dieses Ergebnis wurde auch in der Studie von Ivancevich und Smith (1981) bestätigt. Bei ihrer Studie ergaben sich, als die drei wichtigsten Faktoren, die Überbeanspruchung (Anforderungen der Ärzte, Patienten, Zeitdruck), die Konflikte (zwischen Tätigkeiten, Arbeitsplanung) und das Verhalten von Vorgesetzten.

Hierbei konnten Strohmeier und Bartosek- Walser (2006) auch Unterschiede im Geschlecht, nicht jedoch in den Berufsgruppen, ermitteln. Allgemein schätzen 75 Prozent der ÄrztInnen und 70 Prozent des Pflegpersonals ihre Stressbelastung überdurchschnittlich hoch ein. Zudem erleben Ärztinnen und Pflegerinnen im Durchschnitt höhere Belastungen als ihre männlichen Kollegen.

Die Untersuchung von Schmidt (2006) mit 349 PflegerInnen erforschte mögliche Zusammenhänge zwischen dem Commitment von PflegeherlferInnen und anderen Variablen wie z.B. der Arbeitsbelastung und der Arbeitszufriedenheit. Es zeigte sich, dass das Ausmaß der Arbeitsbelastung nur schwach negativ (r=-.6) mit dem Commitment zusammenhängt. Hingegen konnten signifikante, negative Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbelastung und der Arbeitszufriedenheit (r=-.27) bzw. der persönlichen Erfüllung (r=-.12) festgestellt werden.
Ferner wurden auch positive, signifikante Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbelastung und den Burnout- Dimensionen der emotionalen Erschöpfung (r=.48) und der Depersonalisation (r=.26) entdeckt. Die Ergebnisse einer hierarchischen Regressionsanalyse zeigten, dass mit einem zunehmenden Commitment ein Abfall der Erschöpfung bzw. Depersonalisation und gleichzeitig ein Anstieg der Arbeitszufriedenheit und der persönlichen Erfüllung einhergeht.
Anhand dieser Ergebnisse sieht man deutlich, welche positiven Folgen eine gute Arbeitszufriedenheit haben kann und wie viel eine angenehme, soziale Arbeitsatmosphäre als präventive Strategie eines Unternehmens zum Erhalt der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen beitragen kann.

Ähnliches konnte Steyrer (2006) in einer groß angelegten Studie mit 192 Personen aus österreichischen Krankenhäusern zum Thema Burnout feststellen. Hierbei zeigte sich, dass ein Drittel der befragten Personen im intramuralen Bereich von hohem Burnout betroffen sind.
Betrachtet man die Ergebnisse im Detail, so zeigen sich Unterschiede im Geschlecht und im Berufsfeld: Frauen weisen im Vergleich zu Männern (im Faktor „Emotionale Erschöpfung" und „Dehumanisierung"), sowie auch die Berufsgruppe der MedizinerInnen (im Vergleich zur Pflege) tendenziell ein höheres Risiko für Burnout auf.

Im Zusammenhang mit den Führungskompetenzen kommt Steyrer (2006b) zu dem Schluss, dass eine schlechte Führung im intramuralen Bereich zu einer verstärkten Dehumanisierung (als Teil des Burnout- Syndroms) führt und somit weitläufige Auswirkungen auf das gesamte Krankenhaussystem hat.
Als wichtigen präventiven Faktor gegen das Burnout- Syndrom konnte der Autor in seiner Untersuchung vor allem die Variable „Teamorientierung" identifizieren.

Das Anzeichen für eine hohe Belastung von KrankenhausmitarbeiterInnen (durch diverse Faktoren, wie z.B. Führungsstil, Arbeitszeiten, Konflikte etc.) kann sich auch indirekt in der Höhe der Fluktuationsrate bzw. in der Länge der Verweildauer der MitarbeiterInnen in einem Krankenhauses widerspiegeln.

Bereits in einer Studie von Pröll und Streich im Jahre 1984 nennen die befragten Krankenpflegekräfte, nach dem Wunsch nach neuen Arbeitserfahrungen, das schlechte Arbeitsklima, eine zu geringe Bezahlung und die hohen Arbeitsbelastungen an den weiteren Stellen ihrer Gründe für den letzten Krankenhaus- bzw. Arbeitsplatzwechsel.

# 4. ZUSAMMENFASSUNG DER LITERATURBEFUNDE

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten theoretischen und empirischen Ansätze und Befunde des Literaturteils gegeben.

Die Begriffsdefinition der Sozialen Kompetenz weist über eine hohe Variabilität auf. So sehen viele Autoren den Begriff in der Nähe von der sozialen, emotionalen bzw. sogar allgemeinen Intelligenz, andere hingegen verwenden ihn synonym zum Begriff der Soft Skills oder fassen ihn als Unterbegriff dessen auf. Generell lassen sich die verschiedenen Begriffsdefinitionen in zwei Gruppen unterteilen, wobei eine Gruppe von Autoren den Begriff eher weiter fasst und ihn als allgemeine Fähigkeit, in einer sozialen Situation mit anderen Personen umgehen zu können sieht. Die andere Gruppe konzipiert so genannte Fertigkeitskataloge und versucht den Begriff dementsprechend durch bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten zu beschreiben. Die strukturelle Systematisierung von Walser (2007) zeigt jedoch zusammenfassend, dass der Oberbegriff „Sozialkompetenz" aus den - aufeinander aufbauenden - Intrapersonalen (Emotionalen Intelligenz und Emotionale Kompetenz) und den Interpersonalen Fähigkeiten (Sozialen Intelligenz und Soziale Kompetenz) besteht. Die Gründe für die Menge an verschiedenen Begriffserklärungen sind vor allem in der Kontextgebundenheit und in einem zeitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozess zu sehen.

Während die „Theorie der Multiplen Intelligenzen" (Gardner, 1994) den Begriff der Sozialen Intelligenz als Teil der generellen Intelligenz sieht, betrachtet das „Modell der Generellen Kompetenzen" den Begriff Soziale Kompetenz auf einer kognitiven- (intellektueller Aspekt) und auf einer Verhaltensebene (nicht- intellektuellen Aspekt). Das Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens (Kanning, 2002) geht speziell auf die Entwicklung von sozial kompetenten Verhalten beim Menschen ein, welche Faix und Laier (1996) immer in einem Spannungsfeld von Individuum, Gesellschaft und Unternehmen sehen.

Die empirischen Befunde zum Thema Soziale Kompetenz sind so vielfältig wie dessen Begriffsdefinitionen. Viele Autoren beschäftigen sich hauptsächlich mit der empirischen Analyse, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten den Begriff Soziale Kompetenz am treffendsten beschreiben. Befunde die die Wichtigkeit der

verschiedenen Fähigkeiten erfragen oder auf die Selbst- und Fremdbilder vom Ausmaß Sozialer Kompetenzen eingehen sind jedoch rar.
Bezüglich möglicher Geschlechtsunterschiede zeigen mehrere empirische Untersuchungen, dass Frauen tendenziell als personenorientierter und sozial kompetenter gelten als Männer. Weiters kommen viele Studien zu dem Schluss, dass MitarbeiterInnen die Sozialen Kompetenzen als wichtiger erachten als dies ihre Führungskräfte tun, welche sich selbst bezüglich des Vorhandenseins von sozialen Fähigkeiten meist überschätzen. Zudem lassen sich durch MitarbeiterInneneinschätzungen deutliche Diskrepanzen zwischen den real-gelebten- und den ideal- erwünschten Sozialkompetenzen von Führungskräften nachweisen. Weiters bestätigen zahlreiche Studien die weitläufigen Auswirkungen und Zusammenhänge von Sozialer Kompetenz auf die MitarbeiterInnenzufriedenheit, den Erfolg von Unternehmen u. v. m.
So kann das Konstrukt der Sozialen Kompetenz als hoch komplex, multidimensional und stark kontextabhängig gesehen werden, welches in der Operationaliserung idealerweise eine Kombination mehrerer Methoden erfordert.

Die weitläufigen Diskussionen um den Begriff der Führungskompetenz gestalten sich ähnlich, wie bei dem der Sozialkompetenz (wobei hier Interessen und Hintergründe aus wirtschaftlichen Kontexten eine noch größere Rolle spielen).
Auch hier lassen sich neben breiteren Begriffsdefinitionen auch unzählige Vorschläge in Form von Auflistungen der idealen Führungsverhaltensweisen finden. Den Wandel des Führungsbegriffes und der damit verbundenen Forschung kann man deutlich an den verschiedenen Ansätzen, wie dem Eigenschafts-, dem Führungsstil-, dem Kontingenzansatz und auch den neuen Führungsmodellen bzw. dem „Dispersed- Leadership" Ansatz feststellen. Eine Theorie die sowohl verschiedene Führungsstile, als auch die Charakteristika des Vorgesetzten, der MitarbeiterInnen und der Situation zu verknüpfen versucht, ist die Kontinuumstheorie von Tannenbaum und Schmidt (1958), welche der attributionstheoretische Ansatz noch um die besondere Bedeutung von Ursachenzuschreibungen erweitert. Die empirischen Befunde und Studien zum Thema Führungskompetenz bestätigen durchgehend die immense Wichtigkeit von gutem Führungsverhalten für den Erfolg eines Unternehmens. Parallel zu den

zahlreichen empirischen Nachweisen, welche Subfähigkeiten unter einer guten Führung zu verstehen sind, zeigen viele Untersuchungen Zusammenhänge mit der Kommunikation, der Wichtigkeit von Führungskompetenzen aus unterschiedlichen Sichtweisen oder anderen Variablen, wie der Mitarbeiterzufriedenheit, der Fluktuation etc. Weiters konnten mehrere Studien zeigen, dass sich die Selbst- und Fremdeinschätzungen von Führungskräften und MitarbeiterInnen hinsichtlich der Wichtigkeit bzw. dem tatsächlich vorhandenen Ausmaß von diversen Führungskompetenzen deutlich unterscheiden. Zudem berichten mehrere empirische Befunde mittels Fremdbeurteilung einen Geschlechtsunterschied bei der Wichtigkeit von bestimmten Führungskompetenzen, der jedoch in Selbstbeurteilungsstudien - auf Grund von Veränderungen des Selbstbildes der Frau - nicht mehr nachgewiesen werden konnte. So ist auch die Führungskompetenz als multidimensionales und hoch komplexes Konstrukt anzusehen, welches aufgrund von effizienten Arbeitsversionen durch die verschiedensten Methoden erhoben werden kann.

Die theoretische Auseinandersetzung mit dem Unternehmen Krankenhaus befasst sich neben der begrifflichen Definition, mit verschiedenen Modellen der Unternehmensorganisation im Wandel der Zeit. Dementsprechend lassen sich verschiedene Epochen der Unternehmensorganisation wie die Zeit des „Homo oeconomicus", „Social Man", Self- Actualizing Man" und „Complex Man" auch durch ihre Menschenbilder von einander unterscheiden. Im vier Mal sechs Faktoren- Modell (Strasser, 2004) wird versucht die verschiedenen Faktoren und die Wichtigkeit der Sozialen- und Führungskompetenz für den Erfolg eines Unternehmens zu veranschaulichen. Weiters wird Organisation Krankenhaus definiert, die allgemeine Organisationsform skizziert und die Unterschiede zu andersartigen Unternehmen näher beschrieben. Die empirischen Befunde zum Arbeitsplatz Krankenhaus verdeutlichen, durch Ergebnisse zu den verschiedenen Berufsgruppen, Geschlechtsunterschieden, der Verweildauer im Krankenhaus, der Arbeitszeit und Arbeitsfreude, die Rahmenbedingungen von Krankenhaus-mitarbeiterInnen. Abschließend zeigen Befunde die immense Belastung von Krankenhauspersonal und den möglichen Gefahren wie z.B. dem Burnout-Syndrom.

# 5. DAS FORSCHUNGSPROJEKT „FÜHRUNGSVERHALTEN UND KOMMUNIKATION IN KRANKENHÄUSERN"

In diesem Abschnitt erfolgt eine Vorstellung des Projekts „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern", in dem die Hintergründe und Ziele der Untersuchung diskutiert werden. Zudem wird auch ein Überblick über die theoretische Ausgangsbasis des Projekts gegeben.

## 5.1 DAS PROJEKT

Die vorliegende Untersuchung wird in Kooperation mit dem Forschungsprojekt „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern" der FH Wien, Institut für Unternehmensführung unter der Leitung von Frau Mag. Martina Morell und Frau Dr. Manuela Walser, MCs durchgeführt, wobei im Mittelpunkt des Forschungsinteresses der Bereich des Gesundheitsmanagements bzw. der Gesundheitskommunikation steht.

Hierbei liegt der Fokus jedoch nicht auf der Kommunikation des Gesundheitssystems bzw. der Krankenhäuser mit ihrer Umwelt, sondern auf der Kommunikation in medizinischen Institutionen selbst. Diese Betrachtungsweise ist von besonderer Bedeutung, da es genau für diejenigen Personen (die Führungskräfte und MitarbeiterInnen der Krankenhäuser), welche die Gesundheitskommunikation auch nach außen hin repräsentieren und maßgeblich beeinflussen, sehr wichtig ist, - selbst - in gesunder, positiver und effizienter Weise zu kommunizieren. In weiterer Folge konzentriert sich das Forschungsprojekt auf die Untersuchung der Sozialen- und Führungskompetenzen als interne Kommunikationsmittel. Zudem sollen auch die allgemeinen Rahmenbedingungen von MitarbeiterInnen im intramuralen Bereich näher erforscht werden, um so möglichst realitätsgetreu die Art und Weise der Kommunikation, die Einstellungen sowie die persönlichen Gefühle und Verhaltensweisen von Personen im medizinischen Sektor zu analysieren.

Um dem Anspruch auf eine möglichst vollständige und multidimensionale Abbildung der verschiedenen Kompetenzen und Rahmenbedingungen gerecht zu werden, wurde dies auch in der Operationalisierung, durch eine Kombination aus quantitativer (mittels Fragebogen) und qualitativer (mittels Experteninterviews) Erhebung umgesetzt.

In einem ersten Schritt werden mehrere Krankenanstalten mittels Fragebögen und Experteninterviews (siehe hierfür die Arbeit von Mayer, 2009) untersucht, wobei in einem weiteren Schritt - in den kommenden Jahren - eine starke Ausweitung der zu untersuchenden Spitäler intendiert ist.
Zudem sollen auch die individuellen Entwicklungen und Veränderungen der Krankenhäuser begleitet und erforscht werden, weswegen das Projekt als mehrjährige Studie geplant ist und die wiederholte Befragung der Spitäler in zwei- bis dreijährigen Abständen angestrebt wird.

Ziel des Projekts ist es, durch eine empirische Untersuchung erste Informationen über den derzeitigen Zustand der Kommunikation und des Führungsverhaltens in Spitälern zu liefern.
Hierbei wird auf der einen Seite, eine Stärkung der Grundlagenforschung im Bereich Gesundheitskommunikation angestrebt, da auf dem Gebiet der Sozialen- und Führungskompetenzen im intramuralen Bereich wissenschaftliche, empirische Analysen bislang nur in einem eher geringen Ausmaß vorhanden sind.
Auf der anderen Seite liefern die Ergebnisse des Projekts sowie der vorliegenden Arbeit eine Basis für verschiedenste Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Kommunikation. Durch die Ergebnisse der Studie werden etwaige Schwächen oder Konfliktherde kommunikativer Natur herausgefunden und können so den Spitälern als Ansatzpunkt für ein Veränderungsmanagement dienen. In weiterer Folge können beispielsweise durch eine intensivierte Dialogführung zwischen den verschiedenen Personenkreisen die Weichen für eine nachhaltige Unternehmensführung gestellt werden. Folgestudien des Projekts wird es so ermöglicht, die eher explorative Grundlagenforschung der ersten Untersuchung mit einer anschließenden Evaluationsforschung zu ergänzen. Diese kann die in der Grundlagenforschung gewonnenen Erkenntnisse systematisch anwenden und die

Wirksamkeit von z.B. kommunikativen Interventions- bzw. Förderprogrammen analysieren.

## 5.2 DIE THEORETISCHEN KONSTRUKTE

In einem ersten Schritt wurden die Themen „Sozialkompetenz" und „Führungskompetenz", aber auch das System Krankenhaus und dessen Rahmenbedingungen näher studiert.
Ausgehend von der theoretischen Basis und den empirischen Befunden und Studien des Literaturteils wurde in einem weiteren Schritt die gefundene, unüberschaubare Anzahl von Definitionen für die Begriffe der Sozialen- und Führungskompetenz in verschiedene Gruppen eingeteilt und sortiert.
In einem letzten Schritt wurde durch Selektion (nach den größten Überschneidungsgebieten der theoretischen Begriffserklärungen sowie Expertengesprächen) eine möglichst exakte Beschreibung der Konstrukte „Soziale Kompetenz" und „Führungskompetenz" durch eine Aufgliederung dieser Sammelbegriffe in verschiedene Skalen gebildet.
Durch diesen Prozess werden die theoretischen Konstrukte „Sozialkompetenz" und „Führungskompetenz" durch folgende Skalen beschrieben:

**Sozialkompetenz**

besteht aus folgenden Skalen:

a) Kommunikationsfähigkeit
b) Empathie
c) Teamfähigkeit
d) Konfliktfähigkeit
e) Kritikfähigkeit

**Führungskompetenz**

besteht aus folgenden Skalen:

a) Durchsetzungsfähigkeit
b) Entscheidungsfähigkeit
c) Vorbildfunktion
d) Problemlösefähigkeit
e) Verantwortungsbewusstsein
f) Mitarbeiterentwicklung
g) Delegation

# 6. ANLIEGEN DER UNTERSUCHUNG

Im folgenden Kapitel werden die Anliegen und Ziele der Untersuchung näher beleuchtet sowie die Fragestellungen skizziert.

## 6.1 ZIELE

Die vorliegende Arbeit hat einerseits die Absicht, einen höheren Grad der Strukturierung bzw. einen zusammenfassenden Beitrag zur Klärung der Begriffe „Soziale Kompetenz" und „Führungskompetenz" zu liefern (Siehe hierzu Kapitel 5.2: Die Theoretischen Konstrukte).
Da der empirische Forschungsstand zum Thema der Sozial- und Führungskompetenz bzw. den Rahmenbedingungen von Personen im intramuralen Bereich erhebliche Defizite aufweist die im Literaturteil herausgearbeitet wurden, ist es - andererseits - das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit, diesen Mängeln durch eine aktuelle und möglichst umfassende, empirische Untersuchung entgegenzuwirken.

Die Erhebung mittels Fragebogen zeigt sich hierbei als beste Strategie für die quantitative Untersuchung der Konstrukte, da die in den Kapiteln 1.4 und 2.4 (Methodische Zugänge zu den Themen Sozial- und Führungskompetenz) beschriebenen Nachteile der anderen Methoden so umgangen werden können. Die erwähnten Verzerrungen der Selbstbeurteilung mittels Fragebögen werden durch zwei verschiedene Ansätze gelöst. Zum einen ist der Fragebogen derart konzipiert, dass er nach der Wichtigkeit der verschiedenen Kompetenzen fragt (und nicht nach der Einschätzung des Vorhandenseins eigener Kompetenzen) und andererseits wird die Untersuchung der tatsächlich gelebten Kompetenzen, also des IST- Zustandes (welcher eine personale Beurteilung/Einschätzung erfordert) durch eine Fremdeinschätzung der Führungskräfte durch die MitarbeiterInnen erhoben.

Somit soll zum Einen aufgezeigt werden, unter welchen Rahmenbedingungen das Krankenhauspersonal arbeitet bzw. ob es bei der Sozial- und Führungskompetenz wie auch den verschiedenen Kontextvariablen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts oder der verschiedenen Berufsfelder gibt.

Da das Zusammenspiel der verschiedenen hierarchischen Ebenen eines Krankenhauses immensen Einfluss auf eine Vielzahl von Variablen hat, soll in der vorliegenden Arbeit zum Anderen auch auf die verschiedenen Mitarbeiter- ebenen und die Unterschiede dieser im Hinblick auf Kommunikation und Verhalten eingegangen werden.
Wie schon im Literaturteil beschrieben lässt sich in Krankenhaussystemen primär eine kommunikative Beeinflussung in der Top- down Richtung feststellen: folglich übt die Unternehmenskultur einer Organisation Einfluss auf deren Führungskultur und Führungskräfte aus, welche wiederum die sozialen und kommunikativen Verhaltensmuster jedes einzelnen Mitarbeiters beeinflussen (vgl. Rost, 2000). Deswegen ist es wichtig auch genau die Personengruppe zu untersuchen, welche die interne Kommunikation und die sozialen Verhaltensmuster maßgeblich beeinflusst: nämlich die Führungskräfte.

Eines der primären Ziele hierbei ist es folglich zu überprüfen, ob sich die Sichtweisen der MitarbeiterInnen von den Sichtweisen der Führungskräfte hinsichtlich der ideal- erwünschten Sozial- und Führungskompetenzen unterscheiden bzw. ob sich Unterschiede zwischen den Realeinschätzungen (IST) und den Wunschvorstellungen (SOLL) von MitarbeiterInnen hinsichtlich der Sozial- und Führungskompetenzen bei der Einschätzung ihrer direkten Vorgesetzten ergeben.
Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich konkret mit folgenden Fragen:

## 6.2 FRAGESTELLUNGEN

Die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit unterteilen sich erstens in Fragen bezüglich der Rahmenbedingungen der KrankenhausmitarbeiterInnen, zweitens in Fragen hinsichtlich der Sozialen Kompetenz und drittens in Fragen hinsichtlich der Führungskompetenz von KrankenhausmitarbeiterInnen.

### 6.2.1. Fragestellungen zu den Rahmenbedingungen

1. Unter welchen Rahmenbedingungen arbeiten die MitarbeiterInnen im medizinischen Sektor? Zeigen sich Geschlechtsunterschiede? Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsfeldern?

   [Kontextvariabeln hierbei sind: Arbeitszeit, Alter, Verweildauer, Beziehungsstatus, Abteilungsgröße, Karriere, „Wohlfühlen- im- Arbeitsumfeld", „Erfüllte Erwartungen", „Wunsch Führungsverantwortung zu übernehmen", Arbeitsfreude, Arbeitsmotivation]

### 6.2.2. Fragestellungen zur Sozialkompetenz

1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Sozialen Kompetenzen (IST) ihrer Führungskräfte ein?

2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Sozialen Kompetenzen (SOLL) von Führungskräften ein?

3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Sozialen Kompetenz?

4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Sozialen Kompetenz?

5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Sozialen Kompetenzen?

6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Real- Einschätzungen (IST) und den Ideal- Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte bei der Sozialen Kompetenz?

### 6.2.3. Fragestellungen zur Führungskompetenz

1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Führungskompetenzen (IST) ihrer Führungskräfte ein?

2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Führungskompetenzen (SOLL) von Führungskräften ein?

3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Führungskompetenz?

4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Führungskompetenz?

5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Führungskompetenz?

6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Real- Einschätzungen (IST) und den Ideal- Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte bei der Führungskompetenz?

# 7. METHODE

Im folgenden Abschnitt wird die Untersuchungsmethode, die die Untersuchungsdurchführung und organisatorische Planung, die Untersuchungsteilnehmer und die Beschreibung des Erhebungsinstrumentes beinhaltet, näher beleuchtet. Zudem wird die erhobene Stichprobe detailliert beschrieben.

## 7.1 UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG UND ORGANISATORISCHE PLANUNG

Nach einer ersten Kontaktaufnahme (via Telefon oder E-Mail) mit mehreren möglichen, untersuchungsteilnehmenden Spitälern wurden aufgrund von organisatorischen und strukturellen Bedingungen zwei gemeinnützige Ordensspitäler ausgewählt, die über eine möglichst große Mitarbeiteranzahl und eine Vielzahl von verschiedenen Abteilungen verfügten.
Zu Beginn der Untersuchung wurden die LeiterInnen der Verwaltung der zwei Spitäler zuerst telefonisch kontaktiert, um die Bereitschaft zur Teilnahme erneut abzuklären. Danach fanden mit den VerwaltungsleiterInnen bzw. mit Vertretern der kollegialen Führung zwei weitere persönliche Termine statt, bei denen das Projekt und das damit verbundene Anliegen inklusive aller Informationen präsentiert und das weitere Vorgehen abgeklärt wurde.

In der Hauptphase wurden die Fragebögen an alle Krankenhausangestellten verteilt. Hierbei erhielt die Ebene der Führungskräfte (z.B. Primarärzte, stationsleitende Oberschwester und LeiterInnen der Verwaltung) die *Fragebogenversion: Führungskräfte* und alle anderen MitarbeiterInnen (z.B. Ärzte, PflegerInnen und andere VerwaltungsmitarbeiterInnen) die *Fragebogenversion: Mitarbeiter* (auf die Unterschiede dieser beiden Fragebogenversionen wird im Kapitel 7.3 Beschreibung der Erhebungsinstrumente näher eingegangen).
Nach der Versicherung der absoluten Vertraulichkeit und Anonymität (verbal und auch schriftlich am Fragebogen) wurden die Krankenhausmitarbeiterinnen

gebeten, den Fragebogen sorgfältig nach bestem Wissen und Gewissen in einem vorher vereinbarten Zeitraum auszufüllen und ihn nachher selbstständig zu retournieren. Vorab wurde für die zeitflexible und komplett anonyme Retournierung der Fragebögen eine versiegelte Box konstruiert, die beim Portier aufgestellt wurde und über die die Befragten informiert wurden.
Als kleine Motivation und Dankeschön für das Ausfüllen des Fragebogens wurde zusätzlich an jeden Fragebogen ein Schokolade- Naps angebracht.

Der Erhebungszeitraum wurde aufgrund mehrerer Kriterien im Zeitraum von Mitte November bis Mitte Dezember 2008 gewählt. Die Kriterien hierbei waren, dass das Krankenhaus nicht zeitgleich noch an einem anderen Untersuchungsprojekt teilnahm und dass möglichst wenig Feiertage bzw. Urlaubszeiten im Erhebungszeitraum vorkamen, sodass die Mehrheit aller KrankenhausmitarbeiterInnen mit dem Fragebögen erreicht werden konnte. Aufgrund von terminlichen Kollisionen wurde jedoch eine Nachfrist der Retournierung der Fragebögen bis Ende Jänner 2009 gewährt, um zu diesem Zeitpunkt auch noch die letzten Fragebögen aus den Boxen der Krankenhäuser abholen zu können.

Grundsätzlich stieß die Untersuchung bei der kollegialen Führung wie auch bei anderen MitarbeiterInnen auf Interesse, worauf verbale, positive Feedbacks, wie auch die gute Kooperation mit den Krankenhäusern verweisen.

## 7.2 UNTERSUCHUNGSTEILNEHMER

Die folgenden zwei Wiener Krankenhäuser erklärten sich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen:

- Krankenanstalt des Göttlichen Heilands
  Dornbacher Strasse 20 - 28
  1170 Wien

- Hartmannspital
  Franziskanerinnen von der christlichen Liebe
  Nikolsdorfer Gasse 26 - 36
  1050 Wien

Diese zwei Krankenanstalten gehören zu der Gruppe der geistlichen Ordensspitäler. Der Trend der letzten 10 Jahre lässt aber Folgendes erkennen: da immer weniger junge Menschen in Österreich sich einem geistlichen Glaubensorden anschließen, ist auch immer weniger geistliches Personal für die Krankenhäuser der Ordensvereine zur Verfügung (siehe z.B. auch Frohn, 2001, S. 13 ff.). So kann man eine deutliche Zunahme des weltlichen Krankenhauspersonals bzw. eine fast völlige Dezimierung der geistlichen KrankenhausmitarbeiterInnen feststellen. Dies bestätigen auch die Personalverantwortlichen in beiden Krankenhäusern, wonach nur noch weit unter fünf Prozent aller Angestellten einem Glaubensorden angehören. Dementsprechend muss man davon ausgehen, dass die überwiegende Mehrheit der MitarbeiterInnen aus weltlichem Personal besteht. Die Vorhandene bzw. auch Nicht- Vorhandene Religiosität und der daraus folgende Einfluss dieser auf die Person und ihr Verhalten (auch am Arbeitsplatz) kann dementsprechend als gleich groß angesehen werden, wie in jedem anderen Krankenhaus z.B. einer Öffentlichen Krankenanstalt auch.

Die Untersuchung fand mit *allen* Krankenhausangestellten statt, da das Forschungsprojekt darauf abzielt, die verschiedenen Aspekte der Sozialen- und Führungskompetenz in allen Berufsfeldern und auf allen verschiedenen Hierarchieebenen zu untersuchen. Folglich setzt sich die Zielgruppe aus allen Krankenhausangestellten in den Berufsbereichen der Pflege, der Medizin und der Verwaltung, auf der Ebene der Führungskräfte sowie auf der Ebene der MitarbeiterInnen, zusammen.
Dieses Vorgehen wird dem Anspruch auf eine möglichst ganzheitliche Analyse der Sozialen- und Führungskompetenzen in Spitälern gerecht, da so mögliche Gemeinsamkeiten oder Unterschiede der verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung) bzw. der verschiedenen hierarchischen Ebenen (Primararzt, Arzt, stationsführende Oberschwester, Pflegemitarbeiter etc.) untersucht werden können.

## 7.3 BESCHREIBUNG DES ERHEBUNGSINSTRUMENTES

Der Fragebogen setzt sich insgesamt aus fünf verschiedenen Frageblöcken: den Soziodemographischen Angaben und Kontextvariablen, den Sozial- und Führungskompetenzen, dem Arbeitsklima, der Zusammenarbeit mit KollegInnen, Fragen zu Konflikten zwischen den verschiedenen Personenkreisen des Krankenhauses und Fragen über Führungs- und Managementaufgaben zusammen.

Der Fragebogen beinhaltet demnach folgende Bereiche:

**a) Soziodemographische Angaben und Kontextvariablen**

Um die Rahmenbedingungen, unter denen die MitarbeiterInnen in Krankenhäusern arbeiten erfassen zu können, werden neben den soziodemographischen Angaben wie dem Alter, dem Geschlecht, der Berufsposition und dem Berufsfeld auch Kontextvariablen, wie etwa die Verweildauer im derzeitigen Beruf, der Beziehungsstatus, die Abteilungsgröße, die Arbeitszeit, das „Wohlfühl- Gefühl- im- Arbeitsumfeld" und die Arbeitsfreude und -motivation ermittelt.

Folgende Kontextvariablen wurden im Fragebogen noch zusätzlich erhoben, auf die jedoch in den Analysen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen wird: „Führungsqualitäten", „Abendgefühl", „Beweggründe für die Berufsentscheidung", „Faktoren der Berufsmotivation".
Alle Fragen wurden in einem geschlossenen Format mit zwei bis acht kategoriellen Antwortmöglichkeiten gestellt.

**b) Soziale- und Führungskompetenzen**

Um die Soziale- und Führungskompetenz erfassen zu können, wurden verschiedene Subskalen (siehe Kapitel 5.2: Die Theoretischen Konstrukte) konzipiert.

Somit wird das Konstrukt der **Soziale Kompetenz** durch die folgenden Skalen beschrieben:

1) Skala „ Kommunikationsfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson drückt sich klar und verständlich aus*"

2) Skala „Empathie/ Einfühlungsvermögen"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson erkennt die Stimmung und die Gefühle ihrer Mitarbeiter*"

3) Skala „Teamfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson kann sich gut in ein bestehendes Team integrieren*"

4) Skala „Konfliktfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson geht aktiv auf Konflikte zu*"

5) Skala „Kritikfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson ist offen für Kritik*"

Weiters wird das Konstrukt der **Führungskompetenz** durch die folgenden Skalen beschrieben:

1) Skala „ Durchsetzungsfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson ist selbstsicher und durchsetzungsstark*"

2) Skala „Entscheidungsfähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Der Führungsperson fällt es leicht Entscheidungen zu treffen*"

3) Skala „Vorbildfunktion"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson genießt hohes Ansehen innerhalb der Organisation*"

4) Skala „Problemlösefähigkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson löst Probleme schnell und effektiv*"

5) Skala „ Verantwortungsbewusstsein/ Verlässlichkeit"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson erledigt ihre Kernaufgaben gewissenhaft*"

6) Skala „Mitarbeiterentwicklung"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson unterstützt die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*"

7) Skala „Delegation"
enthält Items wie z.B.:

*„Die Führungsperson überträgt bewältigbare Aufgaben an ihre Mitarbeiter*"

Die Fragen wurden in einem geschlossenen Format auf einer sechs- stufigen Skala von 1= „definitiv nein" bis zu 6= „definitiv ja" bzw. 1=„völlig unwichtig" bis 6= „sehr wichtig" gestellt.

**c) Arbeitsklima & Zusammenarbeit mit Kollegen**

Zusätzlich enthält der Fragebogen eine sechs- stufige Skala (von 1= „Trifft überhaupt nicht zu" bis 6= Trifft völlig zu"), welche das Arbeitsklima und die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der verschiedenen Krankenhaus-mitarbeiterInnen erfragt.

**d) Konflikte**

In diesem Fragenblock wurde ebenfalls auf einer sechs- stufigen Skala (von 1= „definitiv nein" bis 6= „definitiv ja") Fragen über die Konflikte i) zwischen Führungskräften und Mitarbeitern ii) zwischen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe und iii) Zwischen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen gestellt.

**e) Führungs- und Managementaufgaben**

In diesem Frageblock wurde Folgendes erhoben: i) ob diverse Führungs- und Managementaufgaben generell zum Aufgabengebiet der Führungskraft gehören, ii) wie sicher (auf einer sechsstufigen Skala von 1= sehr sicher bis 6= sehr unsicher) sie sich bei der Ausführung dieser fühlen, iii) ob sie auf diese Führungs- und Managementaufgaben in der Ausbildung ausreichend vorbereitet wurden und iiii) ob sie sich die Kenntnisse selbst aneignen mussten.

Da der Fokus der vorliegenden Arbeit primär auf der Analyse der Sozial- und Führungskompetenz als interne Kommunikationsinstrumente liegt, gehen nur die Fragenblöcke *a) Soziodemographische Angaben und Kontextvariablen* und *b) Soziale- und Führungskompetenzen* in die weiteren statistischen Analysen ein.

Um einem der Ziele der Untersuchung, nämlich der Erforschung der unterschiedlichen Sichtweisen der MitarbeiterInnen und Führungskräfte, nachzukommen, wurde auch der Fragenbogen derart gestaltet.
So gibt der komplexe Aufbau des Erhebungsinstruments hierfür Gelegenheit, in dem er tiefergehende Analysen hinsichtlich der *real- gelebten* Kompetenzen einer Führungskraft (also der Realeinschätzungen der Mitarbeiter von ihren Führungskräften: dem IST- Zustand) und den *idealen- erwünschten* Kompetenzen einer Führungskraft (also den Wunschvorstellungen der Mitarbeiter, aber auch der Führungskräfte von einer Führungskraft: dem SOLL- Zustand) ermöglicht.

Folglich wurde der Fragebogen auch in zwei unterschiedlichen Versionen verfasst:

(I) Mitarbeiterfragebogen
Eine Fragebogenversion erhielten alle MitarbeiterInnen der Krankenhauses, die keine Führungsaufgaben innehatten. Diese Version beinhaltet demnach alle Fragenblöcke, außer den Frageblock *e) Führungs- und Managementaufgaben*. Jedoch wurden die MitarbeiterInnen gebeten bei dem Frageblock (b) „Soziale- und Führungskompetenzen" anzugeben, wie sie selbst den IST- Zustand (also wie sehr die Führungskraft diese Fähigkeiten wirklich lebt) UND aber auch den SOLL- Zustand (also wie wichtig es ist, dass die Führungsperson diese Fähigkeiten haben sollte) der verschiedenen Sozial- und Führungskompetenzen einschätzen.

(II) Führungskraftfragebogen
Die andere Fragebogenversion erhielten nur Führungskräfte. Diese Version beinhaltet alle Fragenblöcke; jedoch wurden die Führungskräfte beim
Frageblock (b) „Soziale- und Führungskompetenzen" nur gebeten, den SOLL-Zustand (also wie wichtig es ist, dass die Führungsperson diese Fähigkeiten haben sollte) anzugeben (da die Befragung der Führungskräfte über den IST-Zustand ihrer eigenen Kompetenzen starke Selbstbeurteilungsfehler bzw. Verzerrungen zur Folge hätte).

## 7.4 STICHPROBENBESCHREIBUNG

Im Rahmen dieses Projekts wurden die Daten von 155 KrankenhausmitarbeiterInnen erhoben.
Hierbei stammen 81 der befragten Personen (52,3%) aus dem Spital Göttlicher Heiland und 74 Personen (47,7%) aus dem Hartmannspital.

Die gesamte Stichprobe (N=155) setzt sich aus 118 Mitarbeiterinnen,
35 Mitarbeitern und 2 Personen, die keine Angaben zu ihrem Geschlecht machten, zusammen. Hieraus ergibt sich ein verändertes N von 153 Personen für die Berechnungen im Zusammenhang mit dem Geschlecht, wovon rund 77,13 Prozent weiblich und 22,87 Prozent männliche Krankenhausmitarbeiter sind.

Zudem setzt sich die gesamte Stichprobe (N=155) aus unterschiedlichen Berufspositionen, nämlich aus 34 Führungskräften (21,9%) und 121 Mitarbeitern (78,1%), zusammen.

Sieht man sich die geschlechtliche Verteilung hinsichtlich der Berufsposition an, so erkennt man, dass das geschlechtliche Verhältnis bei Führungskräften
(N= 33) und Mitarbeitern (N= 120) ziemlich ausgeglichen ist. 33,33 Prozent der Führungskräfte sind Männer und sogar 66,66 Prozent der Führungskräfte sind weiblich. Jedoch sind nur 20 Prozent der MitarbeiterInnen männlich, während ganze 80 Prozent weiblich sind.

Umgekehrt betrachtet sind 31,43 Prozent der Männer (N=35) in Führungspositionen, während nur 18,64 Prozent der Frauen (N=118) in Führungspositionen sind. Bei der Berufsposition: Mitarbeiter erhält man folgendes Bild: 68,57 Prozent der Männer sind in der Position eines Mitarbeiters und 81,36 Prozent der Frauen.

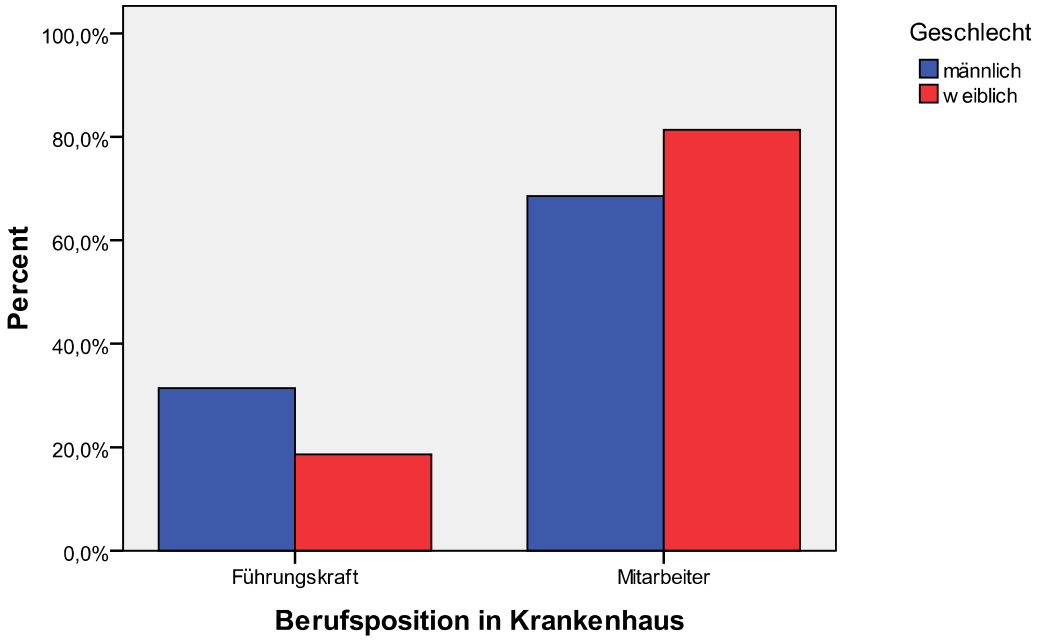


Abbildung 10: Geschlechtsverteilung der Berufspositionen im Krankenhaus

Von der gesamten Stichprobe (N=155) machten sieben Personen keine Angaben zu ihrem Berufsfeld, woraus sich ein verändertes N von 148 Personen für die Berechnungen im Zusammenhang mit den Berufsfeldern ergibt.
Die Ergebnisse zeigen, dass 27 Personen in der Verwaltung (18,24%), 39 Personen in der Medizin (26,35%) und 81 Personen in der Pflege (55,41%) tätig sind.

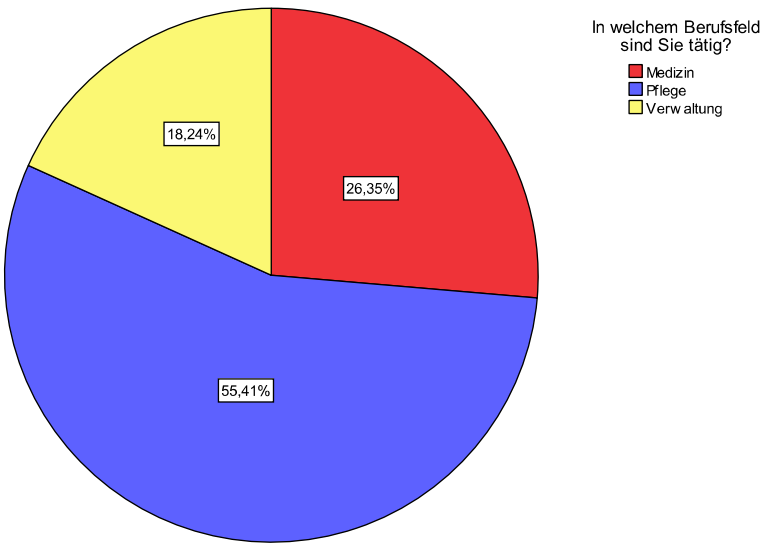


Abbildung 11: Berufsfelder der KrankenhausmitarbeiterInnen

Bei näherer Betrachtung der verschiedenen Berufsfelder hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Verteilung zeigt sich folgendes (N= 147, da 8 Personen bei der Variable Geschlecht oder/ und Berufsfeld keine Angaben machten):

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung der Berufsfelder

| **Berufsfeld** | **Geschlecht** | | **Total** |
|---|---|---|---|
| | *männlich* | *weiblich* | |
| *Medizin* | 20 | 19 | 39 |
| *Pflege* | 10 | 71 | 81 |
| *Verwaltung* | 4 | 23 | 27 |
| **Total** | 34 | 113 | 147 |

Insgesamt 58,82 Prozent der Männer arbeiten im Bereich der Medizin, während nur 29,41 Prozent der Männer in der Pflege arbeiten; das Schlusslicht bildet der Bereich Verwaltung, in dem nur noch 11,86 Prozent der Männer arbeiten. Bei den Frauen zeigt sich eine andere Verteilung: die meisten Frauen -rund 62,83 Prozent der weiblichen Mitarbeiterinnen- arbeiten im Bereich der Pflege, während nur 20,35 Prozent der Frauen in die Verwaltung bzw. nur noch 16,81 Prozent der Frauen in der Medizin tätig sind.

Umgekehrt betrachtet sieht man die geschlechtlichen Unterschiede in den verschiednen Berufsgruppen deutlicher. Das Geschlechtsverhältnis in der Berufsgruppe Medizin mit rund 51,28 Prozent Männern und rund 48,72 Prozent Frauen ist noch ziemlich ausgeglichen. Bei der Pflege sieht es schon etwas anders aus: Rund 87,65 Prozent der Personen die im Bereich Pflege arbeiten sind Frauen und nur etwa 12,35 Prozent Männer. Der Bereich der Verwaltung sieht folgendermaßen aus: Rund 14,81 Prozent der hier Beschäftigten sind Männer, wobei hingegen rund 85,19 Prozent der MitarbeiterInnen Frauen sind.

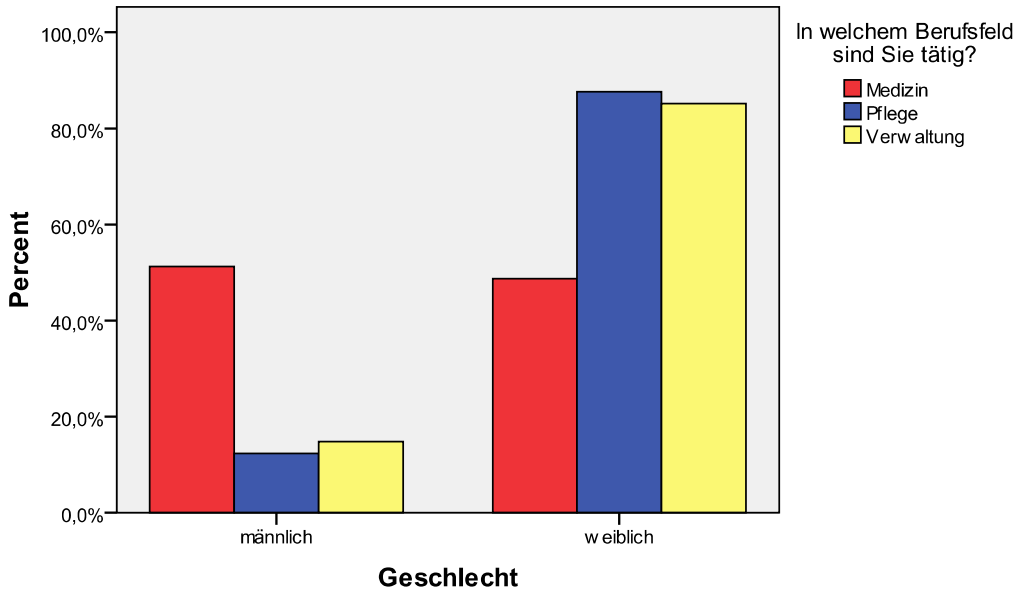


Abbildung 12: Geschlechtsverteilung der Berufsfelder

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der größere Anteil aller Krankenhausmitarbeiter weiblich ist. Die im Bereich der Medizin ziemlich ausgeglichene Verteilung zeigt sich in den anderen Berufsfeldern überhaupt nicht. Im Bereich der Pflege wie auch im Bereich der Verwaltung ist ein deutlicher Frauenüberhang erkennbar. Männer arbeiten tendenziell im Bereich Medizin und Frauen arbeiten eher im Bereich Pflege.

# 8. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der [im Kapitel 6.2: Fragestellungen] aufgestellten Hypothesen geklärt.

## 8.1 STATISTISCHE AUSWERTEVERFAHREN

Die statistische Auswertung der Untersuchung erfolgte mit dem statistischen Programmpaket SPSS 17.0 („Statistical Package for Social Science") für Windows.
Folgende Verfahren kamen daraus zur Anwendung: T-Tests, U-Tests, Varianzanalysen, Kruskal- Wallis- Rangvarianzanalysen sowie deskriptive Auswertungen. Als Signifikanzniveau wurde generell eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent festgelegt.

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse in Form von Abbildungen bzw. Tabellen direkt im Text dargestellt.
Detaillierte Beschreibungen der statistischen Kennwerte sind dem Anhang B zu entnehmen.

## 8.2 ERGEBNISSE ZU DEN RAHMENBEDINGUNGEN

### 8.2.1. Kontextvariablen allgemein

a) *Arbeitszeiten*

Die Arbeitszeiten der KrankenhausmitarbeiterInnen (N=155) bewegen sich größtenteils um eine 40- Stunden- Woche.

Wie in Abbildung 13 ersichtlich arbeiten 60 Prozent der Krankenhausmitarbeiter zwischen 36 und 45 Stunden. Nur 12,9 Prozent arbeiten zwischen 46 und 55 Stunden und nur noch 7,1 Prozent arbeiten zwischen 56 und 65 Stunden in der Woche. Weniger als 40 Stunden arbeiten zusammen nur 20 Prozent, wobei 16,8 Prozent auf die Gruppe zwischen 21 und 35 Stunden pro Woche entfallen und nur 3,2 Prozent der KrankenhausmitarbeiterInnen weniger als 20 Stunden pro Woche arbeiten.

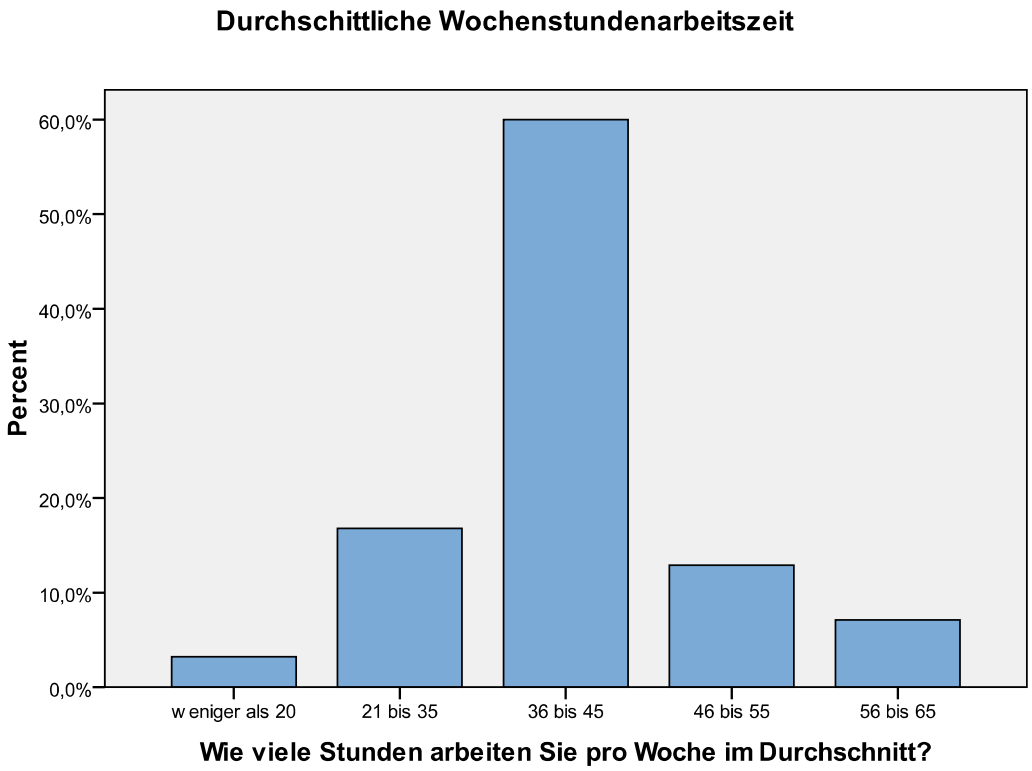


Abbildung 13: Wöchentliche Arbeitszeit der KrankenhausmitarbeiterInnen (Angaben in Stunden)

## b) *Alter der KrankenhausmitarbeiterInnen*

Die meisten MitarbeiterInnen (N= 154) sind zwischen 36 bis 45 Jahren (56 Personen; 36,1%) alt, gefolgt von der Gruppe der 46 bis 55 Jährigen (35 Personen; 22,6%) und der Gruppe der 26 bis 35 Jährigen (33 Personen, 21,3%). Nur 19 Mitarbeiter sind unter 25 Jahren (12,3%) und nur noch 11 Personen über 56 Jahre (7,1%) alt. Eine Person machte keine Angaben zu ihrem Alter.

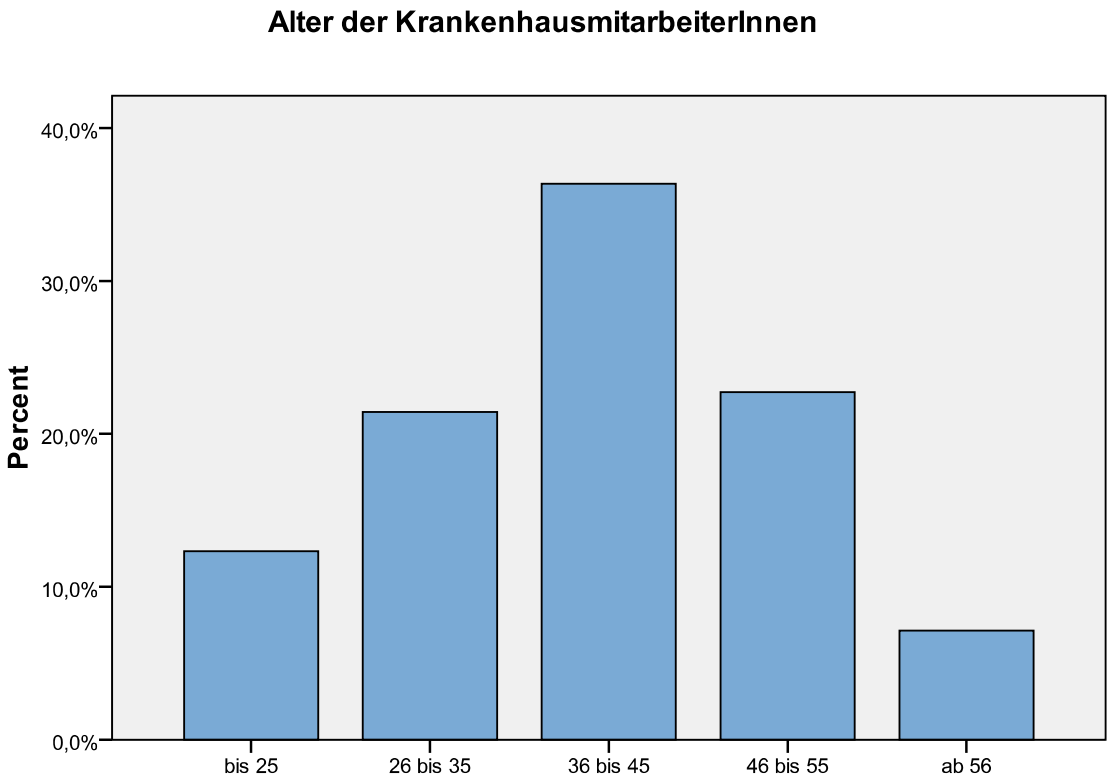


Abbildung 14: Alter der KrankenhausmitarbeiterInnen (Angaben in Jahren)

## c) *Verweildauer*

Von der gesamten Stichprobe (N=155) gibt die Mehrheit der befragten Personen (25,8%) an, zwischen 1 - 5 Jahren in ihrem derzeitigen Beruf zu arbeiten, gefolgt von 23,2 Prozent der KrankenhausmitarbeiterInnen, welche schon länger als 20 Jahre in ihrem derzeitigen Beruf verweilen.

16,8 Prozent der Personen geben an schon 16 bis 20 Jahre - und 15,5 Prozent schon 11 bis 15 Jahre in ihrem derzeitigen Beruf tätig zu sein. Nur 13,5 Prozent sind erst 6 bis 10 Jahre und nur noch 5,2 Prozent der befragten Krankenhausmitarbeiter unter einem Jahr in ihrem derzeitigen Beruf beschäftigt.

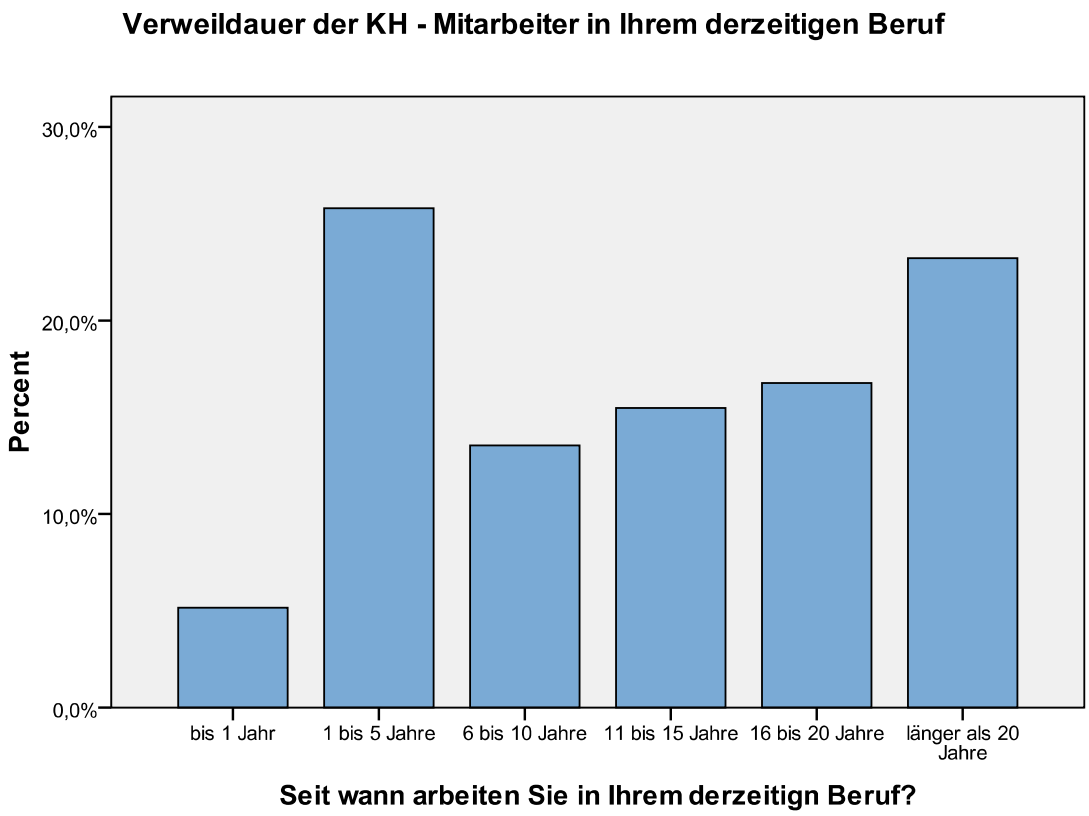


Abbildung 15: Verweildauer der KrankenhausmitarbeiterInnen in ihrem derzeitigen Beruf

## d) *Beziehungsstatus*

Bei der Frage nach dem Beziehungsstatus machen drei Personen keine Angaben, woraus sich eine veränderte Stichprobe von N=152 Personen ergibt.

Von dieser Stichprobe gibt die Mehrheit der Personen (89 Personen; 57,4%) an, in einer Partnerschaft zu leben bzw. verheiratet zu sein, gefolgt von den Personen die ledig sind (50 Personen; 32,3%). Nur 12 Personen (7,7%) gaben an geschieden zu sein und 1 Person gab an verwitwet (0,6%) zu sein.

### e) *Abteilungsgröße*

Bei der Abteilungsgröße lässt sich -zusammenfassend- feststellen, dass die Mehrheit der Mitarbeiter (60,6%) in Abteilungen mit 6 bis 20 Personen arbeitet (N= 148 Personen). Für eine detaillierte Übersicht sei an dieser Stelle auf Anhang B (Tabelle 1) verwiesen.

### f) *Karriere*

Bei der Frage, wie wichtig den KrankenhausmitarbeiterInnen (N= 155) ihre eigene Karriere sei, schwankt die Mehrheit der Antworten (auf der sechsstufigen Skala von 1="vollkommen unwichtig" bis zu 6= „sehr wichtig") zwischen „eher unwichtig" (22,6%) über „eher wichtig" (31, 6%) bis hin zu „wichtig" (26,5%). Nur 9 Prozent gaben an, dass ihnen ihre Karriere „sehr wichtig" ist. Hingegen halten ganze 8,4 Prozent ihre Karriere für „unwichtig" und sogar 1,9 Prozent für „vollkommen unwichtig". Der Mittelwert von 3,9 (SD=1,17) zeigt das den MitarbeiterInnen ihre Karriere tendenziell wichtig erscheint.

### g) *Arbeitsumfeld*

Die Frage, ob sich die KrankenhausmitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsumfeld wohl fühlen, (auf der sechsstufigen Skala von 1="definitiv nein" bis zu 6=„definitiv ja") fiel insgesamt sehr positiv aus. Ganze 92,8 Prozent der KrankenhausmitarbeiterInnen bejahten diese Aussage ("eher ja": 13,5%; „ja": 53,5% und „definitiv ja": 25,8%) und nur 6,4 Prozent der Krankenhausmitarbeiter verneinten dies („eher nein": 4,5%; „nein": 1,3%; „definitiv nein": 0,6%).

So verweist der hohe Mittelwert von 4,97 (SD=0,89) auf eine allgemein hohe Zufriedenheit bzw. auf ein besonders positives „Wohlfühl- Gefühl" der MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsumfeld. Eine Person machte bei dieser Frage keine Angabe, woraus sich ein N von 154 Personen ergibt.

## h) *Erwartungen*

Bei der Frage: "Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?" (N=155) antwortet die Mehrheit der Befragten auf einer sechs- stufigen Skala (von 1=„definitiv nein" bis zu 6=„definitiv ja") ebenfalls in einer positiven Art und Weise. Hierbei liegt der Mittelwert der befragten Personen bei 4,66 (SD=0,995) und bewegt sich somit zwischen den Antworten „eher ja" und „ja".

## i) *Führungsverantwortung*

Die Frage nach dem Wunsch mehr Führungsverantwortung zu übernehmen, wurde nur an die Mitarbeiter (N=121), nicht jedoch an die Führungskräfte gestellt. Da zwei MitarbeiterInnen bei dieser Frage keine Angabe machten, resultiert daraus eine Stichprobengröße von N=119, bei der auf einer sechsstufigen Skala (von 1=„definitiv nein" bis zu 6=„definitiv ja") der Mittelwert bei 3,55 (SD=1,326) liegt. Dies zeigt, dass sich die MitarbeiterInnen eher neutral bei der Antwort dieser Frage zeigen und tendenziell „eher nein" bis „eher ja" angaben.

## j) *Arbeitsfreude*

Die Frage, ob sich die MitarbeiterInnen täglich darauf freuen in die Arbeit zu gehen, lieferte folgendes Ergebnis (N=154): mit einem Mittelwert von 4,41 (SD=1,014) auf der sechsstufigen Skala (von 1="definitiv nein" bis zu 6="definitiv ja") zeigt sich, dass sich die Krankenhausmitarbeiter tendenziell freuen, jeden Tag in die Arbeit zu gehen.

## k) *Arbeitsmotivation*

Die Frage nach der Höhe der momentanen Arbeitsmotivation beantworteten 143 der 155 befragten KrankenhausmitarbeiterInnen. Der Mittelwert der derzeitigen Arbeitsmotivation liegt ebenfalls auf einer sechsstufigen Skala (von 1="ganz niedrig" bis zu 6=„ganz hoch") bei 4,54 (SD=1,08) und sagt aus, dass die MitarbeiterInnen durchschnittlich eine „eher hohe" bis „hohe" Arbeitsmotivation haben.

### 8.2.2. Geschlechtsunterschiede bei den Kontextvariablen

#### a) *Geschlechtsunterschiede bei den Arbeitszeiten*

Bezüglich der Fragestellung nach Geschlechtsunterschieden (N=153) bei den durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeiten wurde aufgrund eines signifikanten Levene- Tests [F=13.89; p=0.001] ein U- Test von Mann & Whitney für unabhängige Stichproben gerechnet (U=1309,00; Z= -3,713; p=.000).

Das signifikante Ergebnis zeigt, dass sich die Geschlechter im wöchentlichen Arbeitszeitpensum voneinander unterscheiden. Während nur 11,43 Prozent der Männer durchschnittlich weniger als 36 Stunden pro Woche beruflich tätig sind, arbeiten 22,88 Prozent der Frauen durchschnittlich weniger als 36 Stunden. Im Bereich der 40 Stunden- Woche (Kategorie: 36 bis 45 Stunden) arbeiten rund 65,25 Prozent der Frauen und genau 40 Prozent der Männer. Bei den höheren Arbeitszeiten zeigen sich die Geschlechtsunterschiede noch deutlicher: nur noch 7,63 Prozent der Frauen, aber hingegen beträchtliche 31,43 Prozent der Männer arbeiten durchschnittlich zwischen 46 bis 55 Stunden pro Woche. Ebenso sieht es bei einer durchschnittlichen Wochenstundenanzahl von 56 bis 65 Stunden aus. Hier geben nur noch rund 4,24 Prozent der Frauen, aber rund 17,14 Prozent der Männer an, so viel zu arbeiten.

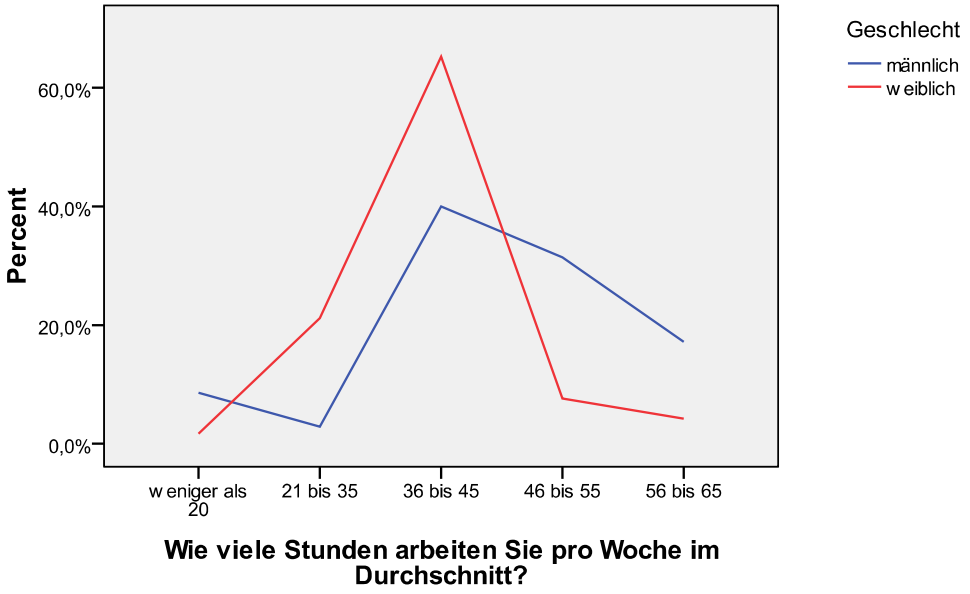


Abbildung 16: Geschlechtsunterschiede in der wöchentlichen Arbeitszeit (Angaben in Stunden und Prozent)

### b) *Geschlechtsunterschiede bei den restlichen Kontextvariabeln*

Bei folgenden Kontextvariablen zeigen Auswertungen mittels T- Test bzw. U- Test keine signifikanten Geschlechtsunterschiede: Karriere, Arbeitsumfeld, Verweildauer, Erwartungen, Führungsverantwortung, Arbeitsfreude und Arbeitsmotivation.

## 8.2.3. Berufsfeldunterschiede bei den Kontextvariablen

### a) *Berufsfeldunterschiede bei den Arbeitszeiten*

Bei der Frage nach den Wochenstundenunterschieden hinsichtlich der verschiedenen Berufsfelder wurde aufgrund eines signifikanten Levene- Tests [F=10,993; p=0.000] eine Kruskal- Wallis- Rangvarianzanalyse mit dem unabhängigen Faktor Berufsfeld berechnet [$\chi^2$ =26,645; df=2; p=.000].

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Berufsfelder hinsichtlich ihrer Wochenstundenarbeitszeiten signifikant voneinander unterscheiden.

Hierbei weist die Gruppe der Mediziner durchschnittlich die höchsten Arbeitszeiten auf. Auf dem zweiten Platz befindet sich die Gruppe der Verwaltung, gefolgt von der Gruppe der Pflege. Mit einem detaillierten Blick zeigt sich, dass die Mehrheit der Personen im Pflegebereich (69,51%) angibt - durchschnittlich zwischen 36- 45 Stunden pro Woche zu arbeiten bzw. 23,17 Prozent der PflegerInnen zwischen 21 und 35 Stunden pro Woche arbeiten. Ähnliches zeigt sich auch im Bereich Verwaltung: auch hier arbeitet die Mehrheit der Personen (70,37%) zwischen 36 und 45 Stunden. Wie auch aus der folgenden Abbildung zu erkennen ist, ergibt sich im Bereich Medizin ein anderes Bild mit durchschnittlich höheren Arbeitszeiten: Ganze 38,46 Prozent der Mediziner arbeiten 46 bis 55 Stunden pro Woche und noch 33,34 Prozent zwischen 36 und 45 Stunden, wie in Abbildung 17 zu erkennen ist.

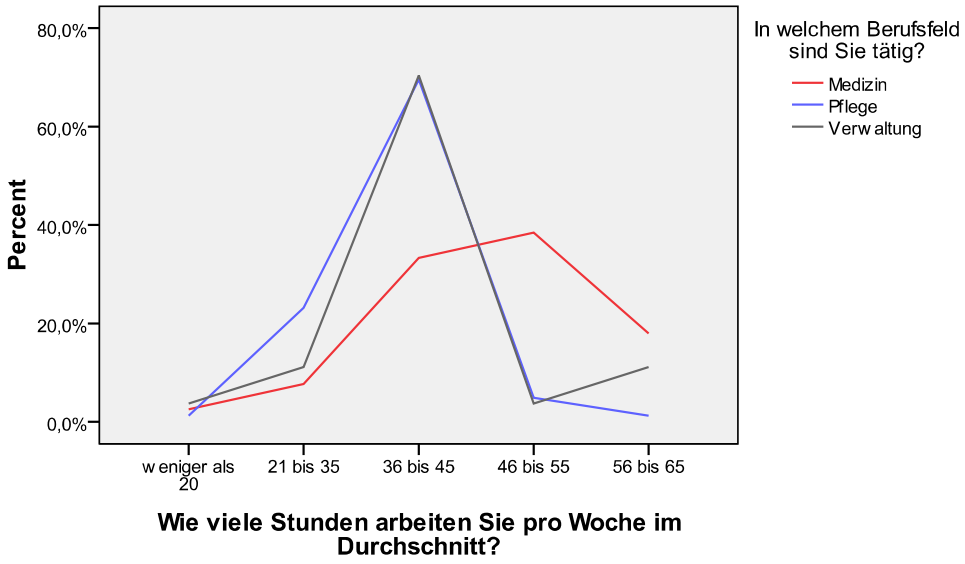


Abbildung 17: Berufsfeldunterschiede in der wöchentlichen Arbeitszeit (Angaben in Stunden und Prozent)

## b) *Berufsfeldunterschiede bei der Verweildauer*

Bei der Frage nach den Unterschieden in der Verweildauer der KrankenhausmitarbeiterInnen hinsichtlich der verschiedenen Berufsfelder wurde aufgrund eines signifikanten Levene- Tests [F=3,410; p=0.037] ein Kruskal-Wallis- Test mit dem unabhängigen Faktor Berufsfeld berechnet [$\chi^2$ =7,297; df=2; p=.026].

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Berufsfelder hinsichtlich ihrer Verweildauer signifikant voneinander unterscheiden.

Aus der nachstehenden Abbildung 18 ist ersichtlich, dass die Gruppe der Pflege durchschnittlich die längste Verweildauer aufweist. Im Mittelfeld befindet sich die Gruppe der Mediziner, gefolgt von der Gruppe der Verwaltung, bei der sich die geringste Verweildauer zeigt.

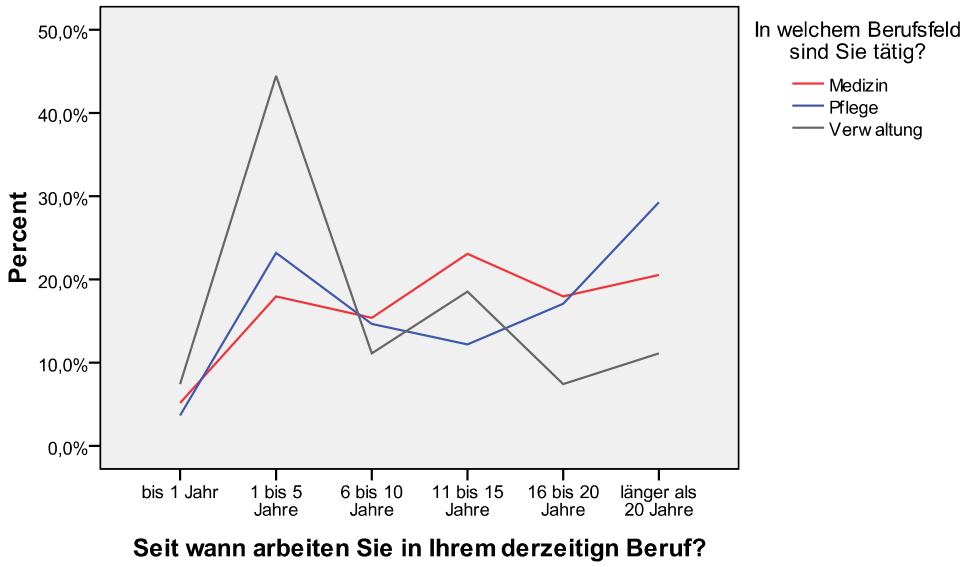


Abbildung 18: Berufsfeldunterschiede bei der Verweildauer (Angaben in Jahren und Prozent)

## c) *Berufsfeldunterschiede bei der Abteilungsgröße*

Bei der Frage nach den Unterschieden bei der Abteilungsgröße hinsichtlich der verschiedenen Berufsfelder wurde eine Varianzanalyse mit dem unabhängigen Faktor Berufsfeld berechnet.

Den Ergebnissen zufolge unterscheiden sich die verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Abteilungsgröße signifikant voneinander [$F(2;94)=5.167$; $p=.007$]. Es zeigt sich, dass die Gruppe der Medizin ($M=3,93$; $SD=1,99$) in den größten Abteilungen arbeitet. Das Mittelfeld belegt hier (ganz knapp hinter der Gruppe der Medizin) die Gruppe der Pflege ($M= 3,84$; $SD= 1,39$), gefolgt von der Gruppe der Verwaltung ($M=2,47$; $SD=1,66$) die über die kleinsten Abteilungsgrößen verfügt.

## d) *Berufsfeldunterschiede bei den restlichen Kontextvariabeln*

Bei folgenden Variablen wurde eine Varianzanalyse berechnet: Alter, Karriere, Arbeitsumfeld, Erwartungen, Führungsverantwortung, Arbeitsfreude und Arbeitsmotivation, bei denen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Berufsfelder bestehen.

## 8.3 ERGEBNISSE ZUR SOZIALEN KOMPETENZ

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den Fragestellungen der Sozialen Kompetenz detailliert beschrieben. Hierbei ergeben sich aufgrund der unterschiedlichen Analysen des IST- und SOLL- Bildes der Sozialen Kompetenzen der MitarbeiterInnen (N=121), der Führungskräfte (N=31) und beiden Gruppen zusammen (N=152) verschiedene Stichprobengrößen.
Im Weiteren steht die Abkürzung „IST" für die Einschätzungen der „real-gelebten Sozialen Kompetenzen" und die Abkürzung „SOLL" für die „ideal-erwünschten Sozialen Kompetenzen".

### 8.3.1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Sozialen Kompetenzen ihrer Führungskräfte ein?

Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Skalen (sechsstufige Skala von: 1="definitiv nein" bis zu 6=„definitiv ja") der Sozialen Kompetenz, erhält man folgendes Bild: die Mitarbeiter (N=121) geben an, dass die Kommunikationsfähigkeit (M=4,6; SD=1,04) diejenige Soziale Kompetenz ist, welche am ehesten von ihren Führungskräften gelebt wird. An den weiteren Plätzen folgen absteigend: die Teamfähigkeit (M=4,51; SD=1,28), die Empathiefähigkeit (M=4,34; SD=1,11) und die Kritikfähigkeit (M=4,30; SD=1,02). Das Schlusslicht bildet die Konfliktfähigkeit mit einem Mittelwert von 4,23 (SD=1,13).

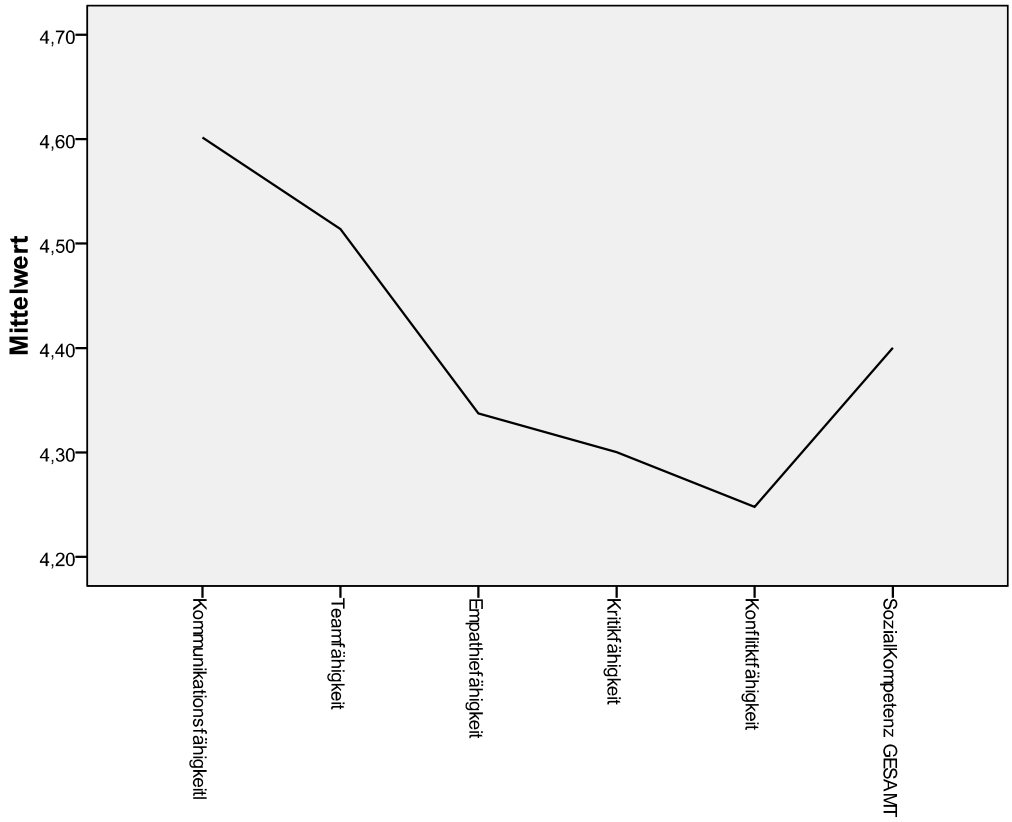


Abbildung 19: Soziale Kompetenzen (IST- Einschätzungen) (Angaben: Mittelwerte)

Zusammenfassend schätzen die Mitarbeiter die gelebten Sozialen Kompetenzen ihrer Führungskräfte zwischen den Ausprägungen „Eher ja" und „ja" (M=4,40; SD=1.01) ein.

### 8.3.2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Sozialen Kompetenzen von Führungskräften ein?

Bei der Frage nach den Sozialen Fähigkeiten, die eine Führungskraft haben sollte, erhält man von den Mitarbeitern und Führungskräften (N= 152) ein anderes Bild. Hierbei ist auch die Kommunikationsfähigkeit (M=5,34; SD=7,44) an erster Stelle, jedoch gefolgt von der Konfliktfähigkeit (M=5,19; SD=0,74) und der Teamfähigkeit (M=5,13; SD=0,93).

Danach erst folgt die Kritikfähigkeit (M=5,08; SD=0,78). Am wenigsten wichtig erachten die Mitarbeiter und Führungskräfte die Empathiefähigkeit (M=5,12; SD=0,76).

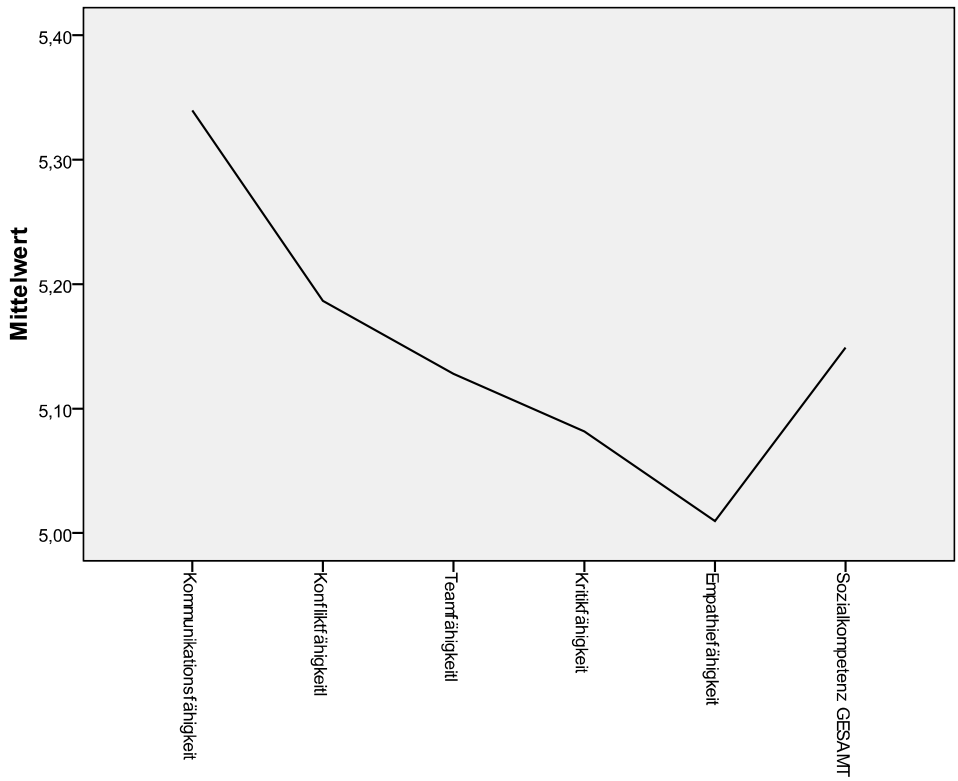


Abbildung 20: Soziale Kompetenzen (SOLL- Einschätzungen) (Angaben: Mittelwerte)

Zusammenfassend erachten die Mitarbeiter und Führungskräfte die erwünschten Sozialen Kompetenzen von Führungskräfte zwischen den Ausprägungen „wichtig" bis tendenziell „sehr wichtig" (M=5,150; SD=0.68).

### 8.3.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Sozialen Kompetenz?

Diese Fragestellung wird anhand dreier verschiedener Stichproben, nämlich derer der a) Führungskräfte (SOLL) (N=34), b) der Mitarbeiter (SOLL bzw. IST) (N=113), c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen (SOLL) (N=146) untersucht.

Es wurde für jede Stichprobe jeweils eine Varianzanalyse bzw. im Falle eines signifikanten Levene- Tests eine Kruskal- Wallis- Rangvarianzanalyse mit jeweils dem Berufsfeld als unabhängigem Faktor gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Gruppe b) der Mitarbeiter (SOLL bzw. IST) [$\chi^2$ =2,068; df= 2; p=.356] bzw. (IST) [$\chi^2$ =0,560; df= 2; p=.756] und
c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen [$\chi^2$ =4,937; df=2; p=.850] keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich der Sozialen Kompetenz bestehen.

Bei der Stichprobe der a) Führungskräfte jedoch zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Sozialen Kompetenz [F(2;31)=4.259; p=.023] zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Bei Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich, dass die Führungskräfte der Berufsgruppe Pflege die erwünschten/ idealen Sozialen Kompetenzen als am wichtigsten erachtet. Im Mittelfeld stehen die Führungskräfte der Berufsgruppe der Verwaltung und die Berufsgruppe der Mediziner sehen - im Vergleich zu den anderen beiden Berufsgruppen- die erwünschten/ idealen Sozialen Kompetenzen als am unwichtigsten.

Zu Übersicht sind in der folgenden Abbildung alle Subfähigkeiten und der Gesamtwert der Sozialkompetenz – eingeschätzt durch die Führungskräfte aller drei Berufsgruppen im Vergleich dargestellt:

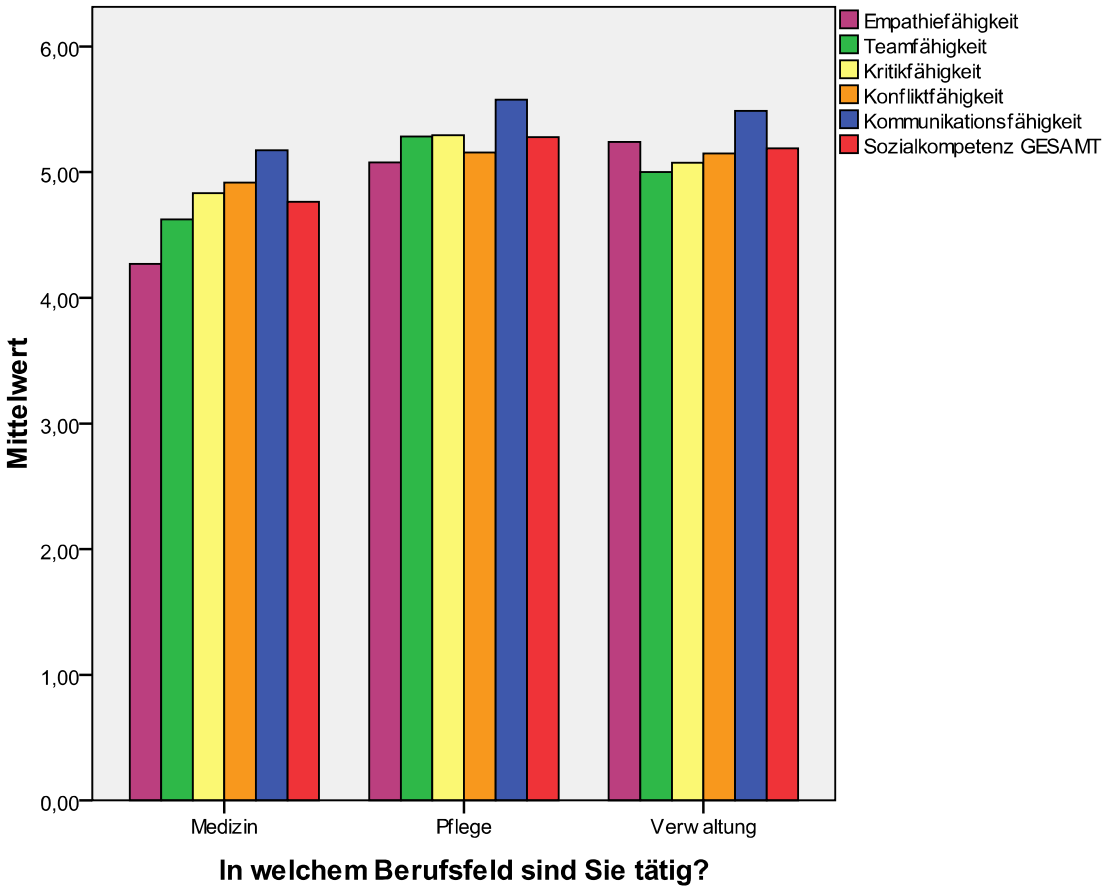


Abbildung 21: Soziale Kompetenzen: Berufsfeldunterschiede (Angaben: Mittelwerte)

### 8.3.4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Sozialen Kompetenz?

Diese Fragestellung wird anhand dreier verschiedener Stichproben, nämlich derer der a) Führungskräfte (SOLL) (N=33), b) der Mitarbeiter (bei IST: N=120) (bei SOLL: N=117), c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen (SOLL) (N=150) untersucht.

Es wurde für jede Stichprobe jeweils ein T- Test mit dem Geschlecht als unabhängigem Faktor gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in keiner der drei Stichproben, nämlich
a) der Führungskräfte [T=-.511; df=31; p=.613], b) der MitarbeiterInnen (SOLL) [T=-.555; df=115; p=.580] bzw. (IST) [T=-.571; df=118; p=.569] oder c) der Führungskräfte und MitarbeiterInnen zusammen [T=-.718; df=148; p=.474] signifikanten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Sozialen Kompetenz bestehen.

### 8.3.5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Sozialen Kompetenzen?

Betrachtet man zunächst die deskriptiven Ergebnisse, zeigt sich, dass die MitarbeiterInnen eine andere Reihenfolge der wichtigsten „ideal- erwünschten" Sozialen Kompetenzen angeben (wenn auch nur mit sehr geringen Mittelwertdifferenzen) als die Führungskräfte.
An Stelle eins steht bei den MitarbeiterInnen, wie auch bei den Führungskräften, die Kommunikationsfähigkeit. Auf dem Platz zwei jedoch steht bei den MitarbeiterInnen die Konfliktfähigkeit, während bei den Führungskräften die Kritikfähigkeit steht. Platz drei erzielt bei den MitarbeiterInnen die Teamfähigkeit, während bei den Führungskräften die Konfliktfähigkeit an diesem Platz steht. Auf dem vierten Platz sehen die MitarbeiterInnen die Kritikfähigkeit, während die Führungskräfte erst hier die Teamfähigkeit sehen. An letzter Stelle rangiert bei der Gruppe der MitarbeiterInnen, wie auch der Führungskräfte die Empathiefähigkeit.

Zu der Beantwortung der Frage, ob nun Unterschiede bei den Ideal- Vorstellungen von MitarbeiterInnen (N=118) und Führungskräften (N=34) hinsichtlich der Sozialen Kompetenz bestehen, wurde eine Varianzanalyse mit dem unabhängigen Faktor (Berufs-) Position berechnet.

Bei der Frage nach den ideal- erwünschten Sozialen Kompetenzen (N=152) einer Führungskraft [F(1;151)=0.025;p=.874] zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Mitarbeiter und der Führungskräfte. Demnach halten die Mitarbeiter tendenziell die gleichen Sozialen-Kompetenzen für Führungskräfte für wichtig bzw. unwichtig, wie die Führungskräfte selbst.

### 8.3.6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Realitätseinschätzungen (IST) und den Ideal-Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte von MitarbeiterInnen bei der Sozialen Kompetenz?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden eine Varianzanalyse (N=118) mit Messwiederholung gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Ideal - Vorstellungen (SOLL) signifikant von den Real- Einschätzungen (IST) bei den Sozialen Kompetenzen [F(1;118)=70.886; p=.000] unterscheiden.

Die MitarbeiterInnen geben auf einer sechsstufigen Skala (von 1=„völlig unwichtig" bis zu 6=„sehr wichtig") an, dass sie bei der idealen Führungsperson (SOLL) die Sozialen Kompetenzen für „wichtig" bis tendenziell „sehr wichtig" (M=5.15; SD=0.73) erachten. Im Gegensatz dazu geben die MitarbeiterInnen bei den Real- Einschätzungen (IST) der Führungskräfte geringere Werte an (M=4.38; SD=1.02). So sieht man durch die MitarbeiterInneneinschätzung deutlich, dass sich das Realbild von dem Idealbild einer Führungskraft deutlich hinsichtlich der Sozialkompetenz unterscheidet.

## 8.4 ERGEBNISSE ZUR FÜHRUNGSKOMPETENZ

In diesem Teil der Ergebnisdarstellung werden die Analysen zu den Fragestellungen der Führungskompetenz präsentiert. Aufgrund der unterschiedlichen Analysen des IST- und SOLL- Bildes der Führungskompetenz ergeben sich unterschiedliche Stichprobengrößen der MitarbeiterInnen (N=121), der Führungskräfte (N=31) und beiden Gruppen zusammen (N=152).

### 8.4.1. Wie schätzen die MitarbeiterInnen die *real- gelebten* Führungskompetenzen (IST) ihrer Führungskräfte ein?

Bei der Frage nach den Führungskompetenzen die eine Führungsperson wirklich lebt (sechsstufige Skala von: 1="definitiv nein" bis zu 6=„definitiv ja"), stellte sich laut den MitarbeiterInnen (N=121) heraus, dass die Führungskräfte die Delegationsfähigkeit (M=4,76; SD=0,95) und das Verantwortungsbewusstsein/die Verlässlichkeit (M=4,74; SD=1,06) am stärksten ausleben. Im Mittelfeld lagen die Kompetenzen: Mitarbeiterentwicklung (M=4,57; SD=1,08), Entscheidungsfähigkeit (M=4,42; SD=0,88) und die Problemlösefähigkeit (M=4,39; SD=1,01).
Am wenigsten „leben" die Führungskräfte laut den Einschätzungen der MitarbeiterInnen die Durchsetzungsfähigkeit (M=4,34; SD=1,14) und die Vorbildfunktion (M=4,27; SD=1,14), wie auch in nachstehender Abbildung 22 zu sehen ist.

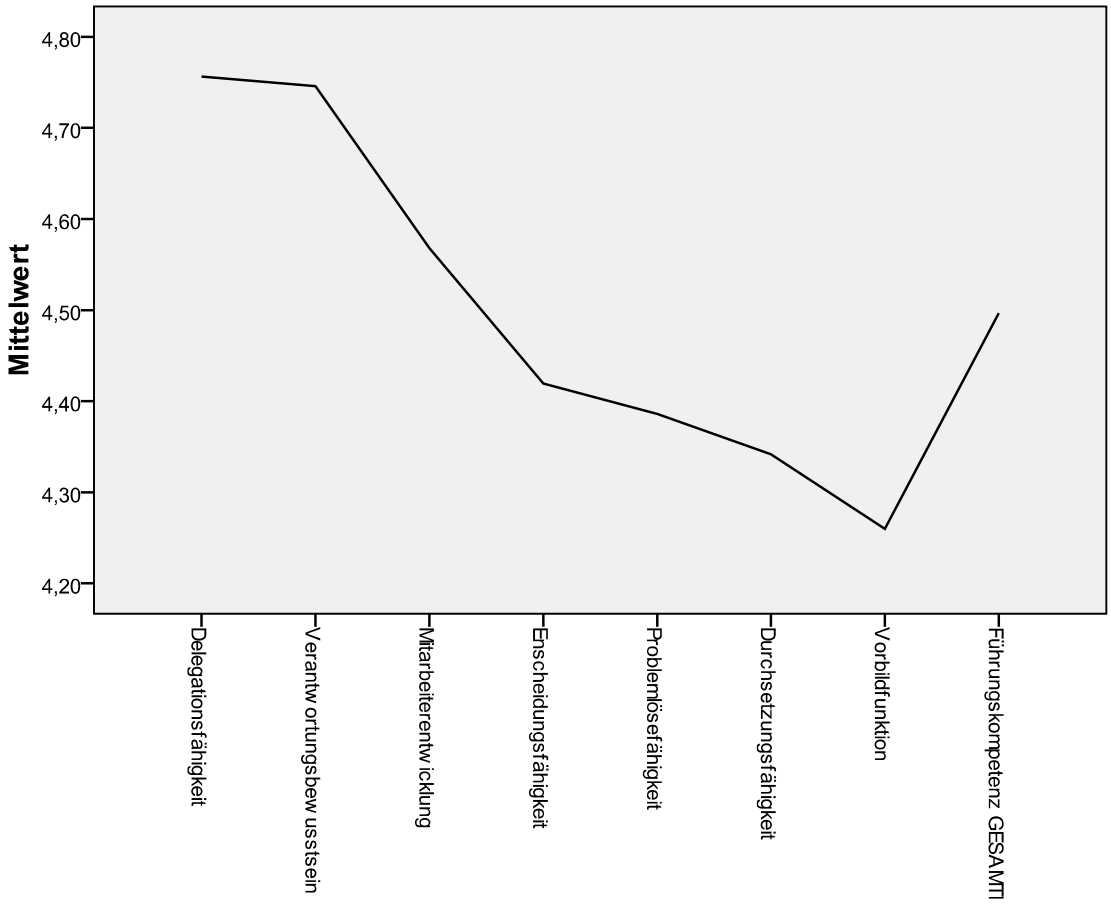


Abbildung 22: Führungskompetenz (IST- Einschätzungen) (Angaben: Mittelwerte)

Zusammenfassend schätzen die Mitarbeiter die real- gelebten Führungskompetenzen ihrer Führungskräfte zwischen den Ausprägungen „Eher ja" und „ja" (M=4,50; SD=0.87) ein.

### 8.4.2. Wie schätzen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte die *ideal- erwünschten* Führungskompetenzen (SOLL) von Führungskräften ein?

Bei der Frage nach den Führungskompetenzen die eine Führungskraft haben sollte, antworten die Mitarbeiter und Führungskräfte (N= 152) wie folgt: sie erachten das Verantwortungsbewusstsein (M=5,477; SD=0,80) und die Problemlösefähigkeit (M=5,32; SD=0,75) als die wünschenswertesten

Führungskompetenzen. Im Mittelfeld liegt die Delegationsfähigkeit (M=5,28; SD=0,822), die Mitarbeiterentwicklung (M=5,17; SD=0,86) und die Entscheidungsfähigkeit (M=5,13; SD=0,69). Als Schlusslicht gilt die Vorbildfunktion (M=4,98; SD=0,84) welche als am wenigsten wichtig erachtet wird.

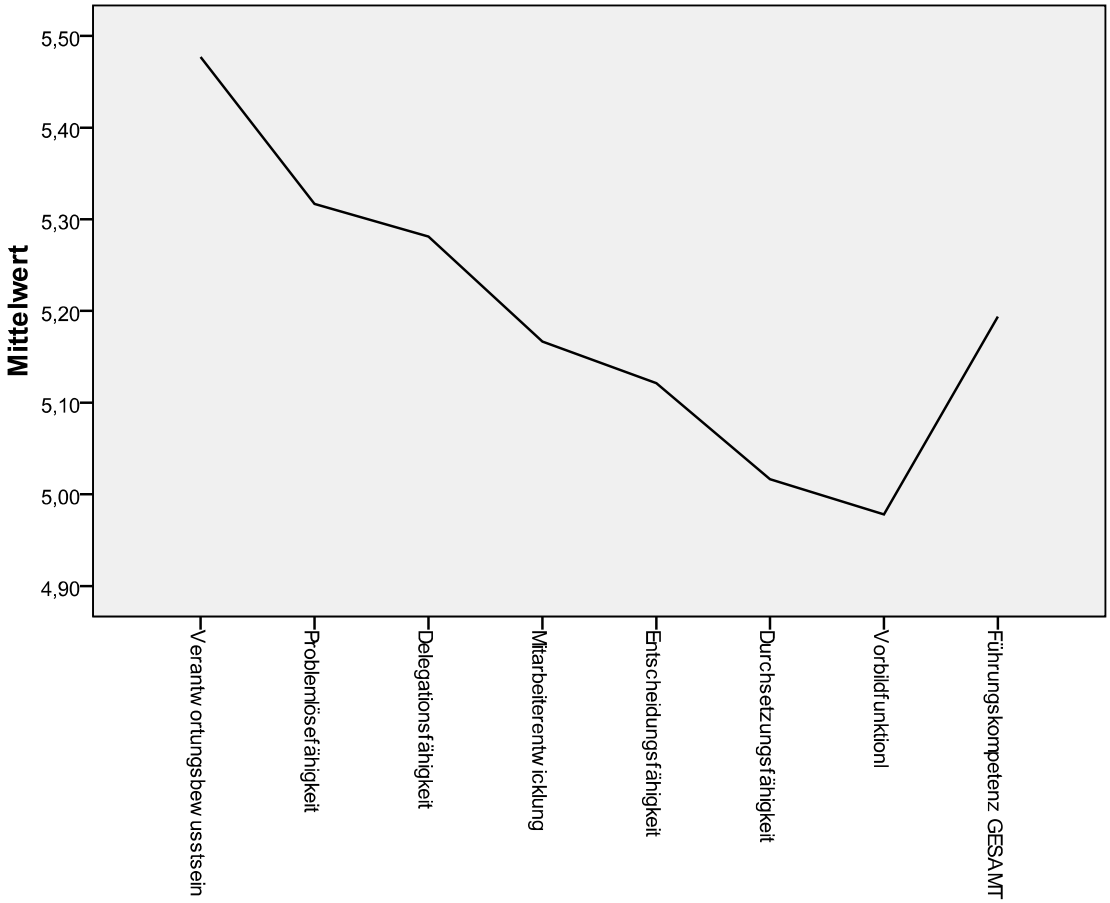


Abbildung 23: Führungskompetenz (SOLL- Einschätzungen) (Angaben: Mittelwerte)

Zusammenfassend erachten die Mitarbeiter und Führungskräfte die erwünschten Führungskompetenzen von Führungskräften zwischen den Ausprägungen „wichtig" bis tendenziell „sehr wichtig" (M=5,20; SD=0.69).

### 8.4.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Führungskompetenz?

Diese Fragestellung wird anhand dreier verschiedener Stichproben, nämlich derer der a) Führungskräfte (SOLL) (N=34), b) der Mitarbeiter (IST+SOLL) (N=113), c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen (SOLL) (N=147) untersucht.

Es wurde für jede Stichprobe jeweils eine Varianzanalyse bzw. im Falle eines signifikanten Levene- Tests eine Kruskal- Wallis- Rangvarianzanalyse mit jeweils dem Berufsfeld als unabhängigem Faktor gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in keiner der drei Gruppen: a) der Führungskräfte [F(2;31)= 2.057; p=.145], b) der Mitarbeiter (SOLL) [$\chi^2$ =0,223; df=2; p=.894] bzw. (IST) [$\chi^2$ =0,574; df=2; p=.750], c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen [F(2;144)=0.551; p=.578] signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich der Führungskompetenz bestehen.

### 8.4.4. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Führungskompetenz?

Diese Fragestellung wird ebenfalls anhand dreier verschiedener Stichproben, nämlich derer der a) Führungskräfte (SOLL) (N=33), b) der Mitarbeiter (bei IST: N=120) (bei SOLL: N=118), c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen (SOLL) (N=151) untersucht.

Es wurde für jede Stichprobe jeweils ein T- Test mit dem Geschlecht als unabhängigem Faktor gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in keiner der drei Stichproben, nämlich
a) Führungskräfte [T=-1.520; df=31; p=.139], b) der Mitarbeiter (SOLL) [T=-.623; df=116; p=.535] bzw. (IST) [T=-.644; df=118; p=.521]

oder c) der Führungskräfte und Mitarbeiter zusammen [T=-1.018; df=149; p=.310] signifikante Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Führungskompetenz bestehen.

### 8.4.5. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Sichtweisen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Ideal- Vorstellungen (SOLL) von Führungskompetenz?

Die Auswertungen bei den Führungskompetenzen zeigen, dass die MitarbeiterInnen und Führungskräfte bei allen -außer den letzten Fähigkeiten- die gleiche Reihenfolge der Führungskompetenzen angeben. An Stelle eins steht bei beiden Gruppen das Verantwortungsbewusstsein bzw. die Verlässlichkeit. Platz zwei belegt die Problemlösefähigkeit, Platz drei die Delegationsfähigkeit, Platz vier die Mitarbeiterentwicklung und Platz fünf die Entscheidungsfähigkeit bei beiden Gruppen. Auf Platz sechs liegt bei den MitarbeiterInnen jedoch die Durchsetzungsfähigkeit, welche bei den Führungskräften erst auf dem siebenten Platz liegt. An siebenter Stelle ist bei den MitarbeiterInnen die Vorbildfunktion platziert, welche folglich bei den Führungskräften schon auf Platz sechs rangiert.

Zu der Beantwortung der Frage, ob nun Unterschiede bei den Ideal- Vorstellungen von MitarbeiterInnen und Führungskräften hinsichtlich der Führungskompetenz bestehen, wurde eine Varianzanalyse mit dem unabhängigen Faktor (Berufs-) Position berechnet.
Bei der Frage nach den ideal- erwünschten Führungskompetenzen (N=153) einer Führungskraft [F(1;152)=0.250; p=.618] zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Mitarbeiter und der Führungskräfte. Demnach halten die Mitarbeiter tendenziell die gleichen Führungskompetenzen für Führungskräfte für wichtig bzw. unwichtig wie die Führungskräfte selbst.

### 8.4.6. Zeigen sich Unterschiede zwischen den Real-Einschätzungen (IST) und den Ideal- Vorstellungen (SOLL) für Führungskräfte bei der Führungskompetenz?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine Varianzanalyse (N=119) mit Messwiederholung gerechnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Ideal- Vorstellungen (SOLL) signifikant von den Real- Einschätzungen (IST) bei den Führungskompetenzen [F(1;119)=86,123; p=.000]) unterscheiden.

Die MitarbeiterInnen geben auf einer sechsstufigen Skala (von 1=„völlig unwichtig" bis zu 6=„sehr wichtig") an, dass sie bei der idealen Führungsperson (SOLL) die Führungskompetenzen für „wichtig" bis tendenziell „sehr wichtig" (M=5.18; SD=0.75) erachten. Im Gegensatz dazu geben die Mitarbeiter bei den Real- Einschätzungen (IST) der Führungskräfte geringere Werte an (M=4.49; SD=0.88) welche nur noch zwischen den Ausprägungen „eher Ja" bis tendenziell „Ja" liegen. So sieht man durch die MitarbeiterInneneinschätzung deutlich, dass sich das Realbild von dem Idealbild einer Führungskraft im Bezug auf die Führungskompetenz deutlich unterscheidet.

# 9. INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse die zuvor detailliert beschrieben wurden, nun inhaltlich betrachtet und diskutiert. Parallel zum Ergebnisteil wird auch hier zu aller Erst auf die Fragestellungen zu den Rahmenbedingungen und Kontextvariablen eingegangen. Danach erfolgt die Interpretation und Diskussion der Fragestellungen zur Sozial- und Führungskompetenz.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Soziale- und Führungskompetenz von MitarbeiterInnen im intramuralen Bereich bzw. die damit verbundenen Rahmenbedingungen zu untersuchen.

Hinsichtlich der **Rahmenbedingungen** konnte in dieser Studie festgestellt werden, dass der Großteil der KrankenhausmitarbeiterInnen über eine durchschnittliche *wöchentliche Arbeitszeit* von 36 bis 45 Stunden aufweist und so deutlich unter den Ergebnissen von Herschbach (1991) mit durchschnittlich 51 Stunden pro Woche liegt.
Zudem konnte gezeigt werden, dass sich die Geschlechter hinsichtlich der Arbeitszeiten unterscheiden. So weisen Frauen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen öfter niedrigere Arbeitszeiten auf, wobei hingegen Männer in der Gruppe der höheren Arbeitszeiten häufiger vertreten sind als Frauen. Zudem zeigen die Befunde der vorliegenden Arbeit, dass die Berufsgruppe der Medizin die höchste wöchentliche Arbeitszeit (gefolgt von der Gruppe der Verwaltung und Pflege) aufweist.

Der -auch in anderen Studien gefundene- Überhang von Frauen im Bereich der Pflege (siehe Herschbach, 1991; Strohmeier & Bartosek- Walser, 2006) konnte auch mit den vorliegenden Befunden bestätigt werden. Zudem ermittelte die vorliegende Arbeit eine ausgewogene *Geschlechtsverteilung* in der Berufsgruppe der Medizin, die auch von anderen Autoren bestätigt werden konnte (siehe Strohmeier & Bartosek- Walser, 2006).

Weiters wurde in dieser Studie gezeigt, dass die KrankenhausmitarbeiterInnen größtenteils zwischen 36 und 45 Jahren *alt* sind, meist in *Beziehungen* leben und vorwiegend in *Abteilungen* mit 6 bis 20 Personen arbeiten (wobei die MedizinerInnen durchschnittlich in den größten Abteilungen arbeiten, gefolgt von der Berufsgruppe der Pflege und der Verwaltung).

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie arbeiten die MitarbeiterInnen rund 1 bis 5 Jahre in ihrem derzeitigen Beruf (*Verweildauer*) oder sind bereits länger als 20 Jahre in ihrem Beruf tätig.
Diese Ergebnisse spiegeln sich zum Teil auch in anderen empirischen Studien wieder. So kommen Strohmeier und Bartosek- Walser (2006) zu dem Schluss, dass die meisten MitarbeiterInnen ihrer Studie bereits mehr als 20 Jahre in ihrem Beruf tätig sind. Der Unterschied, dass in der vorliegenden Arbeit die Mehrheit der KrankenhausmitarbeiterInnen erst zwischen 1 und 5 Jahren in ihrem derzeitigen Beruf arbeiten, kann aufgrund der organisatorischen Struktur von Ordenskrankenhäusern zustande kommen. Bedenkt man die Entwicklung, dass für Ordensspitäler immer weniger geistliches Personal gefunden wird, so könnte es in den letzten Jahren zu dementsprechend vielen Neu- Besetzungen gekommen sein, die die kurze Verweildauer in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung erklärt.
Betrachtet man die Verweildauer der Mitarbeiternnen in den verschiedenen Berufsfeldern der vorliegenden Studie so zeigt sich, dass die PflegerInnen über die längste Verweildauer in ihrem derzeitigen Beruf (gefolgt von der Gruppe der Mediziner und der Verwaltung) aufweisen.

Weiters zeigen die Analysen, dass die MitarbeiterInnen die *Wichtigkeit ihrer Karriere* als tendenziell hoch einschätzen, sich jedoch bei der Frage, ob sie gerne *Führungsverantwortung* übernehmen wollen würden eher neutral verhalten.
Generell geben die MitarbeiterInnen in der vorliegenden Untersuchung an, sich in ihrem *Arbeitsumfeld* ziemlich wohl zu fühlen, sich täglich darauf freuen in die Arbeit zu gehen (*Arbeitsfreude*) und allgemein eine hohe *Arbeitsmotivation*

besitzen. Die hohe Arbeitszufriedenheit von MitarbeiterInnen in Krankenhäusern konnte auch in der Studie von Herschbach (1991) wieder gefunden werden.

Die verschiedenen Fragestellungen zu den **Sozial- und Führungskompetenzen** werden im Folgenden jeweils gemeinsam interpretiert und diskutiert.

Hinsichtlich der Fragestellungen zu den Sozialen Kompetenzen konnte durch die vorliegende Studie herausgefunden werden, dass die MitarbeiterInnen das Ausmaß der *real- gelebten Sozialen Kompetenzen* ihrer Führungskräfte tendenziell hoch einschätzten. Ihrer Meinung nach befinden sich die Stärken der Führungskräfte in den Bereichen der Kommunikationsfähigkeit und der Teamfähigkeit. Im Mittelfeld liegt die Empathie- und Kritikfähigkeit wodurch die Konfliktfähigkeit das Schlusslicht bildet. Die besondere Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit konnte z.B. auch in den Arbeiten von Bales (1958) oder Hollander und Julian (1970) gezeigt werden. Denkbar wären in weiterer Folge Zusammenhänge zwischen dem kommunikativen Verhalten von Führungskräften und dem Kommunikationsverhalten von anderen Krankenhausmitarbeiterinnen. Dies wiederum legt nahe, dass sich das -in dieser Weise sozialisierte- Kommunikationsverhalten von MitarbeiterInnen eines Krankenhauses auch in den Kontakten zu den Patienten oder anderen Subsystemen wieder spiegelt und somit sehr weitreichende Auswirkungen (z.B. auf die Effizienz eines Krankenhauses, auf die Einstellungen zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff oder in weiterer Folge auf die gesamte Kommunikation über das Gesundheitsbild) hat.

Ähnlich sieht es bei den *real- gelebten Führungskompetenzen* aus, von denen die MitarbeiterInnen angeben, dass diese die Führungskräfte in einem höheren Ausmaß besitzen als die Sozialen Kompetenzen.
In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass die Stärken der Vorgesetzten hinsichtlich der Führungskompetenz in den Bereichen Delegationsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein liegen. Im Mittelfeld werden die Kompetenzen Mitarbeiterentwicklung, Entscheidungsfähigkeit und Problemlösefähigkeit genannt. Das Schlusslicht bildet die Durchsetzungsfähigkeit zusammen mit der Vorbildfunktion.

Hinsichtlich des von den MitarbeiterInnen und Führungskräften eingeschätzten Soll- Zustandes, also den *ideal- erwünschten Sozialkompetenzen* zeigt sich folgendes Bild: eine ideale Führungsperson muss in besonderem Ausmaß kommunikations-, konflikt- und teamfähig sein. Weniger wichtig sehen die Befragten die Kritikfähigkeit und die Empathie.

Bei den *ideal- erwünschten Führungskompetenzen* empfinden die MitarbeiterInnen und Führungskräfte das Verantwortungsbewusstsein und die Problemlösefähigkeit als besonders wünschenswert. Weniger wichtig werden die Delegationsfähigkeit, die Mitarbeiterentwicklung und die Entscheidungsfähigkeit betrachtet. Das Schlusslicht der ideal- erwünschten Führungskompetenzen bildet jedoch die Vorbildfunktion von Vorgesetzten.

Vergleicht man die Angaben der Wichtigkeit der (ideal- erwünschten) Sozialen- mit der (ideal- erwünschten) Führungskompetenz, so zeigt sich dass die MitarbeiterInnen und Führungskräfte die Führungskompetenz als etwas bedeutender einschätzen. Zu einem anderen Ergebnis kam Hofbauer (2008), der in seiner Studie die Wichtigkeit der Sozialkompetenz, vor der Fach-, Persönlichkeits- und Führungskompetenz nachwies. Hierbei muss jedoch auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien aufgrund der (in Kapitel 1.4 und 2.4: Methodische Zugänge zu den Themen Sozial- und Führungskompetenz) möglichen Unterschiede in den Begriffsdefinitionen, dem strukturellen Aufbau und den damit verbundenen unterschiedlichen Operationalisierung verwiesen werden.

*Berufsfeldunterschiede* hinsichtlich der *Sozialen Kompetenzen* zeigten sich nur in der Stichprobe der Führungskräfte. Während die MitarbeiterInnen (und auch die gesamte Stichprobe) keine Unterschiede im Berufsfeld sahen, gaben die Führungskräfte der Pflege an, die Sozialen Kompetenzen (im Verglich zu den Führungskräften der Berufsfelder der Medizin und Verwaltung) als besonders wichtig zu erachten.

Die bei der Sozialkompetenz gefundenen Berufsfeldunterschiede zeigten sich hinsichtlich der *Führungskompetenz* nicht, wodurch alle MitarbeiterInnen und Führungskräfte aller Berufsfelder die Führungskompetenzen für gleich wichtig erachteten.

Hinsichtlich möglicher *Geschlechtsunterschiede* konnten in den Einschätzungen von MitarbeiterInnen, Führungskräften und der gesamten Stichprobe keine Unterschiede bezüglich der *real- gelebten bzw. ideal- erwünschten Sozial- aber auch Führungskompetenz* gefunden werden. Demzufolge schätzen alle Frauen und Männer in allen Berufspositionen die Soziale- und Führungskompetenz in gleicher Art und Weise ein. Diese Befunde bestätigen die Mehrheit der Autoren (siehe z.B. Sczesny, 2003; Twenge, 2001).

Auch die Analysen hinsichtlich der *Berufsposition* bei den *ideal- erwünschten Sozial- sowie Führungskompetenzen* konnten keine Unterschiede ermitteln. So decken sich die Bilder eines idealen Vorgesetzten (des SOLL- Zustand) der MitarbeiterInnen mit den Bilder eines idealen Vorgesetzten (des SOLL- Zustand) der Führungskräfte im Bezug auf die Sozialen- und Führungskompetenzen.

Weiters wurden auch die Diskrepanzen zwischen den *real- gelebten (*IST- Zustand) und *ideal- erwünschten* (SOLL- Zustand) *Sozial- und Führungskompetenzen* anhand der Einschätzungen der MitarbeiterInnen untersucht. Es zeigt sich, dass sich die real- gelebten Sozial- und Führungskompetenzen von den ideal- erwünschten Sozial- und Führungs-kompetenzen unterscheiden. Dies bedeutet, dass das Ausmaß der vorhandenen und gelebten Kompetenzen (also des IST- Zustandes der Sozial- und Führungskompetenzen), weit hinter dem gewünschten SOLL- Zustand der Sozial- und Führungskompetenzen liegt.
Die Diskrepanzen zwischen dem realen IST- und dem erwünschten SOLL- Zustand von Sozial- und Führungskompetenzen bestätigten mehrere Autoren (vgl. Bungard & Liebig, 2005; Lechner & Newerkla, 2008; Sczesny, 2003; Steimer & Eisenbeiß, 2004; Steyrer, 2006a; Strohmeier & Bartosek- Walser, 2006).

# 10. AUSBLICK

In diesem Kapitel werden Gedanken und Überlegungen zur Weiterführung des Projekts „Kommunikation und Führungsverhalten im Krankenhaus" angestellt, sowie allgemeine Weiterentwicklungsmöglichkeiten für zukünftige Forschungsstudien im intramuralen Bereich umrissen.

Bei Folgestudien des Forschungsprojekts „Kommunikation und Führungsverhalten im Krankenhaus" würde die Ausweitung der Stichprobe auch auf andere Krankenhäuser bzw. eben auch der intendierte Ansatz des Projekts als begleitende, mehrjährige Studie von besonderem Interesse sein. Somit wäre es mittels Längsschnittanalysen auch möglich, Aufschlüsse über die Kausalrichtung der Einflüsse und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen zu gewinnen.
Weiters würden beispielsweise Unternehmenskulturvergleiche in andersartigen Krankenhäusern interessante Zusammenhänge liefern. Um auch empirisch bestätigen zu können, dass die Unternehmenskultur eines Ordensspital (dass wie in dieser Untersuchung jedoch aus mehr als 95 Prozent weltlichem Personal besteht), auch wirklich vergleichbar mit der Unternehmenskultur von anderen Nicht- Ordenspitäler ist wäre es für Folgestudien reizvoll, den möglichen Einfluss der Unternehmenskultur auf das Verhalten ihrer MitarbeiterInnen genauer zu untersuchen.

Zudem sind auch Kulturvergleiche der Führungs- und Sozialkompetenzen mit anderen Ländern, aber auch mit anderen Institutionen von großem Interesse. Denkbar wären hierbei zum Beispiel Unterschiede im Verhalten von Führungskräften zwischen dem Unternehmen: Krankenhaus und anderen Wirtschaftsbetrieben.

Die Ergebnisse vorangegangener Studien hinsichtlich verschiedener Kontextvariablen haben unter anderem gezeigt, dass soziale Berufe wie das Personal in einem Krankenhaus eine Risikogruppe für das Burnout- Syndrom und/ oder Depressionen darstellen. Da sowohl die Soziale-, als auch die Führungskompetenz zwei, durch Lernprozesse veränderbare, Fähigkeiten sind, liegt die Möglichkeit einer Prävention dieser Störungen durch eine Optimierung der Kommunikation bzw. der Sozialen- und Führungskompetenzen nahe.

Somit kann eine vertiefte Ausbildung von MitarbeiterInnen bzw. speziell Führungskräften im medizinischen Sektor in weiterer Folge positiven Einfluss auf diverse Bereiche und auch auf das ganze System Krankenhaus haben. Zum einen hilft sie, den steigenden Bedarf an guten Führungskräften zu decken, indem sie z.B. oft verborgene Fähigkeiten zum Vorschein bringt und sie dementsprechend fördert. Zu anderen können bereits junge Führungskräfte durch Weiterbildung speziell in den Bereichen der Sozialen- und Führungskompetenz befähigt werden, auch schon in ihrem Alter wichtige Führungsaufgaben zu übernehmen und nicht zeitgleich damit überfordert zu werden. Zusätzlich können sich so auch bereits ältere Führungskräfte durch ein gezieltes Training vor der Möglichkeit eines Burnouts bzw. einer Nachbesetzung durch einen jüngeren Kollegen wappnen. Auch schließt ein gutes Weiterbildungsprogramm gleichzeitig eine willkürliche Besetzung einer Führungsposition (z.B. durch persönliche Beziehungen etc.) aus und kann die Beförderungspolitik dementsprechend systematisierter bzw. nachvollziehbarer gestalten. Betrachtet man den Wandel der Zeit, so ist auch das Angebot an Weiterbildungsprogrammen durch Unternehmen, als wichtiger Faktor bei der Entscheidung von jungen Talenten genau in diesem Unternehmen zu arbeiten, mit zu bedenken.

Der wichtigste Punkt von Trainings im Bereich der Sozial- und Führungskompetenzen scheint jedoch in der Verminderung von Spannungen innerhalb des Unternehmens zu liegen. Eine gute interne Kommunikation bzw. die Weiterbildung von MitarbeiterInnen in Krankenhäusern vergrößert den Mut zu Aussprachen zwischen MitarbeiterInnen und ihren Vorgesetzen, was in weiterer Folge das Verständnis für einander erhöht und so zu einem angenehmen Arbeitsklima führt in dem sich die MitarbeiterInnen wohl fühlen.

In der Literatur werden verschiedenste Ansätze zur Förderung der Sozialen Kompetenzen beschrieben, welche es letztendlich erst ermöglichen, die (vielleicht nicht immer ausgelebten) Kompetenzen auch in eine realisierte Performance zu überführen. Darunter befinden sich z.B. Verhaltensanalyse und -modifikation (siehe z.B. Wiegard, et al. 2000), Beratung und Therapie, Peer- Mediation, Soft Skill-, Selbstmanagement-, oder Stressmanagement- Training (siehe z.B. Hinsch & Pfingsten, 2007; Kessler & Gallen, 1995), Kognitive Interventionen oder auch Multiple Interventionen, die mehrere Ansätze vereinen (siehe z.B. Blickle, 2004; Drössler et al., 2007; Hinsch & Pfingsten, 2007; Jerusalem & Klein- Heßling, 2002; Kaluza, 2004, 2006; Kessler & Gallen, 1995; Sonntag, 2002).

Für zukünftige Studien wäre somit, neben der schon erwähnten Begleitung der Veränderungen und Entwicklungen der Krankenhäuser auch eine Evaluierung von möglichen Trainingskonzepten und Optimierungsstrategien der Kommunikation bzw. der Sozial- und Führungskompetenzen sinnvoll. So kann (wie in der vorliegenden Arbeit bereits gezeigt) durch die Ermittlung der Diskrepanzen des erwünschten SOLL- Zustandes im Vergleich zum tatsächlichen IST- Zustand der individuelle Ausbildungsbedarf ermittelt werden. In weiterer Folge lassen sich so aus der Summe der Differenzen Rückschlüsse auf die Schwerpunkte eines möglichen Weiterbildungsprogramms ableiten.

Methodisch gesehen bieten sich für Folgestudien verschiedenartige Auswertemethoden wie z.B. Mehrebenen- Analysen, Pfadanalysen oder aber auch Strukturgleichungsmodelle an, da diese einen erheblichen Erkenntnisgewinn bei der Untersuchung von längerfristigen Entwicklungen der Spitäler bieten. Zusätzlich wäre natürlich auch neben einem variablenorientierten Zugang auch ein personenorientierter Zugang interessant, infolge dessen komplexere Zusammenhänge einzelner Determinanten aufgeklärt werden könnten. Weiters wäre eine umfassenden Vergleich der qualitativen (siehe Mayer, 2009) und quantitativen Ergebnisse dieses, aber auch der Folgestudien des, Projekts wünschenswert.

# 11. LITERATURVERZEICHNIS

Adam, D. (1972). *Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen*. Wiesbaden: Verlag Dr. Th. Gabler.

Anderson, S. & Messick, S. (1974). Social Competency In Young Children. *Developmental Psychology*, 10 (2), 282 - 293.

Avenarius, H. (2000). Public Relations. *Die Grundform der gesellschaftlichen Kommunikation*. Darmstadt: Primus- Verlag.

Bales, R.F. (1958). Task roles and social roles in problem solving groups. In: E. Maccoby, T. M. Newcomb, & E. L. Hartley (Hrsg.), *Reading in social psychologie*, New York: Holt.

Bastians, F. & Kluge, S. (1998). *Diagnose sozialer Kompetenzen. Entwicklung eines multimedialen Diagnosesystems zur Erfassung sozialer Kompetenzen*. [Online im Internet] URL: http://www.psycho.uni-osnabrueck.de/~runde/dsp/sk.htm [06.06.09].

Bastians, F. & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 186 - 196.

Bauer- Klebl, A. , Euler, D. & Hahn, A. (2000). Förderung von Sozialkompetenzen durch Formen des dialogorientierten Lehrgesprächs. *Wirtschaft und Erziehung*, 3, 104 - 108.

Becker, R. E. & Heimberg, R. G. (1988). Assessment of Social Skills. In A. Bellack & M. Hersen (Hrsg.), *Behavioral Assessment* (S. 365–395). Oxford: Pergamon Press.

Blickle, G. (2004). Einflusskompetenz in Organisationen. *Psychologische Rundschau*, 55 (2), 82 - 93.

BMGF - Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2005). *Das Gesundheitswesen in Österreich*, 4. Aufl. Wien.

Bryman, A. (1996). Leadership In Organizations. In: S. R. Clegg (Hrsg.). *Handbook of Organization Studies*, London: Sage.

Buksch- Beudt, C., Büchel, A., Berkhoff, S. et. al. (2006). Möglichkeiten und Grenzen der Fragebogen -gestützten Erhebung von Soft Skills als Zulassungskriterien zum Medizinstudium. *GMS: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. 23 (4), 1- 6.

Bungard, W. & Liebig, C. (2005). Mitarbeiterbefragung als Instrument zur Evaluation von Mitarbeitergesprächen: Eine Fallstudie einer Behörde. *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie*, 20 (2),35 - 41.

Burkart, R. (2002). *Kommunikationswissenschaft*. Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau-Verlag.

Büschges, G. & Abraham, M. (1997). *Einführung in die Organisationssoziologie*, Stuttgart: Teubner.

Cattepoel, D., Häusler, J. , Simpfendörfer, J.M. & Schönfeld, H.M. (1965). *Führungskräfte heute und morgen*. Personal- und Ausbildungspolitik auf neuen Wegen. Düsseldorf: Deutsches Institut für Betriebswirtschaft e.V./ Econ

Davies, M., Stankov, L. & Roberts, R. D. (1998). Emotional Intelligence: In Search of an Elusive Construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 989 - 1015.

Dierkes, M. & Hähner , K. (1993). Sozio- ökonomischer Wandel und Unternehmensleitbilder. Ein Beitrag zur Untersuchung der Wahrnehmungsprozesse und Reaktionsweisen von Unternehmen auf Umweltanforderungen. In: B. Strümpel & M. Dierkes (Hrsg), *Innovation und Beharrung in der Arbeitspolitik* (S. 277 - 309). Stuttgart: Schäffer- Pöschel.

Drössler, S., Jerusalem, M. & Mittag, W. (2007). Förderung sozialer Kompetenzen im Unterreicht. Implementation eines Lehrerfortbildungsprojekts. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 21 (2), 157 - 168.

Duden. (2007). *Deutsches Universalwörterbuch*, 6., überarbeitete Auflage. Mannheim: Dudenverlag.

Eichhorn, P. (2000). Unternehmensmanagement. In: P. Eichhorn, H. - J. Seelos & J.- M. v. d. Schulenburg. (Hrsg.). *Krankenhausmanagement*, München: Urban & Fischer.

Elke, G. (2004). Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie. Rezension des Tätigkeits- Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus - Selbstbeobachtungsversion (TAA- KH- S) von Andre Büssing und Jürgen Glaser. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48 (3), 148 - 153.

Endruweit, G. (Hrsg.). (2002). W*örterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Faix, W.G. & Laier, A. (1996). *Soziale Kompetenz*. Wettbewerbsfaktor der Zukunft. Wiesbaden: Gabler.

Fassbender, S. (1957). Die Führungskräfte im Unternehmen. Gedanken einer Gliederung und ihrer überbetrieblichen Weiterbildung. In: H. D. Vogt. (1967). *Die betriebliche Aus- und Weiterbildung von Führungskräften mit besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland*. Unveröffentlichte Dissertation.

Fleishman, E. A. (1973).Twenty Years of Consideration and Structure. In: S. Steimer & S. Eisenbeiß. (2004). *Kriterien des Führungserfolgs unter besonderer Berücksichtigung der Führungszufriedenheit.* [Online im Internet].URL:http://www.psychologie.unimannheim.de /PSYCHO1/Publikationen/MA%20Beitraege/04-01/Mb0401.htm [14.08.2009].

Frieling, E., Kauffeld, S., Grote, S., Bernard, H. (2000). *Flexibilität und Kompetenz: Schaffen flexible Unternehmen kompetente und flexible Mitarbeiter?* (S. 33–48). Münster: Waxmann.

Frieling, E. & Sonntag, K. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie*. Bern: Huber.

Frohn, B. (2001). *Klostermedizin*. Münschen: Dt. Taschenbuch- Verlag.

Fydrich, T., Chambless, D. L., Perry, K. J., Buergener, F. & Beazley, M. B. (1998). Behavioral Assessment of Social Performance : A Ratingsystem for Social Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995 - 1010. (

Gardner, H. (1994). *Abschied vom IQ*. Die Rahmentheorie der vielfachen Intelligenzen. Stuttgart: Klett- Cotta.

Gayk, F. (2005). *SQ 21- Schlüsselqualifikationen im 21. Jahrhundert*. Ergebnisbericht. Eine empirische Untersuchung mit 5.456 Studierenden, 157 Hochschulvertretern und 129 Unternehmensvertretern. [Online im Internet]. URL: http://www.sq21.de/ [08.10.2009].

Gebert, D. & Rosenstiel L. (2002). *Organisationspsychologie*, Fünfte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Gray- Toft, P., Anderson, J. (1981). The Nursing Stress Scale: Developement of an Instrument. Journal of Behaviour Assessment, 3 (1), 11 - 23.

Greenspan, S. I. & Gransfield, J. M. (1992). Reconsidering the Construct of Mental Retardation: Implications of a Model of Social Competence. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 442 - 553.

Guilford, J. P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill.

Gutenberg, E. (1983). *Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre*. Erster Band : Die Produktion. Berlin: Springer.

Hannover, B. & Kessels, U. (2003). Erklärungsmuster weiblicher und männlicher Spitzen - Manager zur Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*. 34 (3), 197 - 204.

Hasenfeld, Y. (1992*). Human Services as Complex Organisations*. London: Sage Publications.

Haubrock, M. & Georg, J. (2007). *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*. Bern: Huber.

Herbst, D. (1999). *Das professionelle 1x1. Interne Kommunikation*. Berlin: Cornelsen Verlag.

Herkner, W. (2003). *Sozialpsychologie*, 2. Aufl., Bern: Hans Huber.

Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

Hertig, P. (2009). Laufbahnplanung aus der Sicht des Executive Search. In: N. Thom & R.J. Zaugg (Hrsg.). (2009), *Moderne Personalentwicklung*. Mitarbeiterpotenzial erkennen, entwickeln und fördern. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Hinsch, R. & Pfingsten, U.(2007). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK).* Grundlagen, Durchführung, Materialien. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.

Hofbauer, J. (2008)*. Anforderungen an High Potentials und Methoden zur Auswahl der Potentialträger in österreichischen Unternehmen*. Wien, Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Hoffman, S. O. (2002). Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. Eine Übersicht mit einem ersten „Leitfaden" zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Forum Psychoanalyse*, 18 (1) , 51–71.

Hofmann, A. & Holz, O. (2003). *Anhebung der sozialen Kompetenz mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitswelt*. [Online im Internet]. URL: http:// www.europahausburgenland.net/Zugaenge/Projekte_alt/ Qualitaet/Q-C13a.htm#2 [11.10.2009].

Hollander, E. P. & Julian, J. W. (1970). Studies in Leader Legitimacy, Influence and Innovation. In: W. Herkner (2003). *Sozialpsychologie*, 2. Aufl., Bern: Hans Huber.

Holling, H., Kanning, P. & Hofer, S. (2003). Das Personalauswahlverfahren „Soziale Kompetenz" (SOKO) der Bayerischen Polizei. In J. Erpenbeck & L. v. Rosenstiel (Hrsg.),*Handbuch Kompetenzmessung* (S. 126–139). Stuttgart: Schäffer- Poeschel.

Holtz, K.L. (1994). *Geistige Behinderung und soziale Kompetenz. Analyse und Integration psychologischer Konstrukte*. Heidelberg: Schindele.

Huck - Schade, J. M. (2003). *Soft Skills auf der Spur*. Soziale Kompetenzen: weiche Fähigkeiten - harte Fakten. Weinheim: Beltz.

Hunt, T. (1928). The Measurement of Social Intelligence. Journal of Applied Psychology, 12, 317- 334. In: R.J. Sternberg (Hrsg.). (2000). *Handbook of intelligence*, 2 Auflage. Cambridge: Cambridge University Press.

Ivancevich, J., Smith, S. (1981). Identification and Analysis of Difficulty Dimensions: An Empirical Study. In: P. Herschbach (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

Jerusalem, M., Klein- Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 164- 174.

Jöns, I. (1998). Vorgesetztenbeurteilung. In: P. Heinrich. (Hrsg.). *Wörterbuch der Mikropolitik*. Opladen: Leske + Budrich.

Kaltenbach, T. (1993). *Qualitätsmanagement in Krankenhaus, Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total- Quality-Management*, 2. Aufl., Melsungen: Bibliomed, Med.-Verl.-Ges.

Kaluza, G. (2004). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. In: G. Kaluza (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171 - 196.

Kaluza, G. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171 - 196.

Kanning, U. P. (2002a). Soziale Kompetenz. Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 154 - 163.

Kanning, U. P. (2002b). Soziale Kompetenzen von Polizeibeamten. Polizei und Wissenschaft, 3, 18–30. In: Kanning, U. P. (2002a). *Soziale Kompetenz*. Definition, Strukturen und Prozesse. Zeitschrift für Psychologie, 210 (4), 154 - 163.

Kanning, U. P. & Bergmann, N. (2006). Bedeutung sozialer Kompetenzen für die Kundenzufriedenheit: Zwei Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 50, (3), 148 - 154.

Kauffeld, S. (2000). Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR) zur Messung der beruflichen Handlungskompetenz. In: E. Frieling, S. Kauffeld, S. Grote & H. Bernard. *Flexibilität und Kompetenz: Schaffen flexible Unternehmen kompetente und flexible Mitarbeiter?* (S. 33– 48). Münster: Waxmann.

Kauffeld, S. & Grote, S. (2000). Persönlichkeit und Kompetenz. In: E. Frieling, S. Kauffeld, S. Grote & H. Bernard. *Flexibilität und Kompetenz: Schaffen flexible Unternehmen kompetente und flexible Mitarbeiter?* (S. 33– 48). Münster: Waxmann.

Kauffeld, S., Frieling, E., & Grote, S. (2002). Soziale, personale, methodische oder fachliche: Welche Kompetenzen zählen bei der Bewältigung von Optimierungsaufgaben in betrieblichen Gruppen?. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 197 - 208.

Kelley, H. H. (1973). The Process of Causal Attribution. *American Psychologist*, 28 (2), 107 - 128.

Kessler, A. S. & Gallen, M. (1995). Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – Materialien für den Kursleiter, IFT-Materialien 4 und 5. Baltmannsweiler: Röttger-Schneider. In: G. Kaluza, (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171 - 196.

Kielmann, P. & Jöns, I. (2002). Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren in der Arbeitswelt. *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie,* 2, 11 - 19.

Kieser, A. & Kubicek, H. (1992). *Organisation*. 3. Auflage. Berlin: de Gruyter.

Kirchler, E. (Hrsg.). (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: Facultas WUV.

Kirchler, E., Meier - Pesti, K. & Hofmann, E. (2004). *Menschenbilder in Organisationen*. Arbeits- und Organisationspsychologie 5, Wien: WUV - Universitätsverlag.

Klöfer, F. (Hrsg.) (2001). *Erfolgreich durch interne Kommunikation*. Mitarbeiter besser informieren, motivieren und aktivieren. Mit 25 Praxisbeispielen. Neuwied: Luchterhand.

Kosmitzki, C. & John, O. P. (1993). The Implicit Use of Explicit Conceptions of Social Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 15, 11 - 23.

Lechner, C. & Newerkla, R. (2008). *Der ideale Arzt und Manager*. CliniCum 12. [Online im Internet]. URL: http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=96233&dspaid=741885 [11.10.2009].

Lieb, N. (2004). *Aufgaben, Anforderungen und Auswahl leitender Ärzte*. Assessment Center als Beitrag zur Managemententwicklung im Krankenhaus. Kulmbach: Baumann.

Mabe, P. A. & West, S. W. (1982). Validity of Self- Evaluation of Ability: Review and Meta Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 67, 280–296.

Manz, C. C. & Sims, H.P. (2001). *The New Superleadership*. Leading Others to Lead Themselves. San Francisco: Berrett Koehler.

Mayer, M. (2009). *Führungs- und Managementaufgaben in einem Krankenhaus*. Wien. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Mayo, E. (1933). Human Problems of an Industrial Civilisation. In: E. Kirchler, K. Meier - Pesti & E. Hofmann. (2004). *Menschenbilder in Organisationen*. Arbeits- und Organisationspsychologie 5, Wien: WUV - Universitätsverlag.

Mertens, D. (1974). *Schlüsselqualifikationen*. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. Sonderdruck aus: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 7. Stuttgart: W. Kohlhammer. [Online im Internet]. URL: http://doku.iab.de /mittab /1974/ 1974_1_MittAB_Mertens.pdf [15.09.09]

Moss, F. A. & Hunt, T. (1927). Are you Socially Intelligent? In: T. Chamorro-Premuzic, (2007). *Personality and Individual Differences*. Oxford: Blackwell Publishing.

Moss, F.A., Hunt, T., Omwake, K.T., & Ronning, M.M. (1927). Social Intelligence Test. In: R. J. Sternberg. (2000). *Handbook of intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Müri P.(1988). Kontext, Kultur und Kraft - Eckpfeiler des neuen Führungsstiles. In: K. Kälin & P. Müri (Hrsg.). *Führung mit Kopf und Herz. Psychologie für Führungskräfte und Mitarbeiter.* (S.112-130). Thun: Ott.

Niedermair, G. (1997). *Der Bildungsarbeit auf der Spur*. In: S. Kauffeld, E. Frieling & S. Grote (2002). Soziale, personale, methodische oder fachliche: Welche Kompetenzen zählen bei der Bewältigung von Optimierungsaufgaben in betrieblichen Gruppen?. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 197 - 208.

Nefiodow, L.A. (2006). *Der sechste Kondratieff*. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein- Sieg- Verlag.

Nerdinger, H., Blickle, G. & Scharper, N. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer.

Neuberger, O. (2002). *Führen und Führen lassen*. Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Olfert, K. & Rahn, H.-J. (2003). *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*, 5. Auflage, Ludwigshafen (Rhein): Kiehl.

Oxley, G. M. (1964). Überragende Leistung erwarten! In: H.- D. Vogt (1967). *Die betriebliche Aus- und Weiterbildung von Führungskräften mit besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland*. Unveröffentlichte Dissertation.

Petermann, U. & Petermann, F. (2006). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Beltz PVU.

Peters, A. (2000). Das Hay- Beratungskonzept. *Management & Training*, 27 (8), 16–20.

Prechtl, E. (2005). Tests und Tools. ISIS. Interaktives System zur Identifikation sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 4 (4), 195 - 199.

Pröll, U. & Streich, W. (1984). Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: P. Herschbach (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

Rampus, K. (1947). Social Competence. In: A. Hofmann & O. Holz.(2003). *Anhebung der sozialen Kompetenz mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitswelt*. [Online im Internet]. URL: http://www.europahaus burgenland.net/Zugaenge/Projekte_alt/Qualitaet/Q-C13a.htm#2 [11.10.2009].

Rathus S. A. (1973). A 30-Items Schedule for Assessing Assertive Behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398 - 406.

Redaktion der Presse. (10.05.2007). *„Was Soft Skills wirklich sind, und wer sie braucht?*". In: Die Presse, Unabhängige Tageszeitung für Österreich [Online im Internet]. URL: http://diepresse.com /home/ bildung/unilive/365775/index.do. [06.10.2009].

Redaktion des Standards. (21.06.2007). *„Hardware Soft Skills für künftige Chefs*". In: Der Standard, Österreichs unabhängige Tageszeitung für Wirtschaft, Politik und Kultur [Online im Internet]. URL: http://derstandard.at/fs/2966824/Hardware-Soft-Skills-fuer-kuenftige-Chefs. [06.10.2009].

Redaktion des Standards. (11.04.2009). „*Leadership ist mehr denn je gefragt*". In: Der Standard, Österreichs unabhängige Tageszeitung für Wirtschaft, Politik und Kultur. [Online im Internet]. URL: http://der standard.at/fs/1231151447784?sap=2&_pid=11703921. [15. 10.2009].

Redaktion des Wirtschaftsblattes. (30.04.2008). *„Gastkommentar: Führungskräfte müssen mehr Zeit in Kommunikation investieren".* In Das Wirtschaftsblatt. [Online im Internet]. URL: http://www. wirtschaftsblatt.at/archiv/325097/index.do. [15.10.2009].

Riemann, R. & Allgöwer, A. (1993). Eine deutschsprachige Fassung des „interpersonal Competence Questionaire" (ICQ). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 14, 153 - 163.

Riggio, R. E. (1986). Assessment of Basic Social Skills. In: R. J. Schneider,P. L Ackerman, & R. Kanfer, R. (1996). To "act wisely in human relations": Exploring the dimensions of social competence. *Personality and Individual Differences*, 21 (4), 469 - 481.

Robbins, S. P. (2006). *Organisation der Unternehmung*. München: Paerson Studium.

Rost, K. (2002). *Sozialkompetenz*. Entwirrung des Begriffsdschungels. Diplomica: Hamburg.

Schein, E. (1980). Organizational Psychology. In: E. Kirchler, K. Meier - Pesti & E. Hofmann (2004). *Menschenbilder in Organisationen*. Arbeits- und Organisationspsychologie 5, Wien: WUV - Universitätsverlag.

Scheitler, C. (1998). *Schlüsselqualifikation Soziale Kompetenz - Ein strategischer Erfolgsfaktor*. [Online im Internet]. URL: http://www.wzk.de /erfolgsfaktoren/veroeffentlichungen.htm?txt_fachartikel.htm. [15.09.09].

Scheitler, C. (2007). *Sich die Zukunft geneigt machen*. REFA-Nachrichten 6/2007, 34 - 37.

Schmidt, K. (2006). Haupt und Moderationseffekte der affektiven Organisationsbindung in der Belastungs- Beanspruchungs-Beziehung. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 5 (3), 121 - 130.

Schmidt, K., Hafner, H. (2008). *Soft-Skills*. Ihre Bedeutung bei der Personalauswahl, -einstellung, und -entwicklung - Explorative Studie im Auftrag des AMS. Wien: ibw Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft.

Schneider, H. (2000). Varianten des Kompetenzbegriffs. In: R. Bröckermann, *Handbuch Personalentwicklung* (S. 45 - 72). Stuttgart: Schäffer - Poeschel.

Schneider, R.J., Ackerman, P.L., Kanfer, R. (1996). To "act wisely in human relations": Exploring the dimensions of social competence. *Personality and Individual Differences*, 21, 4, 469 - 481.

Schönfeld, H.- M. (1961). Führungsausbildung im Betrieb. Die innerbetriebliche Ausbildung von Führungskräften und Führungsnachwuchs. In: H.- D, Vogt (1967). *Die betriebliche Aus- und Weiterbildung von Führungskräften mit besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland*. Unveröffentlichte Dissertation.

Schuler, H. (2002). Emotionale Intelligenz. Ein irreführender und unnötiger Begriff. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 3, 138 - 140.

Schütz, E. & Koop, B. (2002). Die Rolle der Mitarbeiterbefragung im Rahmen ganzheitlicher Unternehmensführung. *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie*, 17 (2), 3 - 11.

Sczesny, S. (2003). Führungskompetenz: Selbst- und Fremdwahrnehmung weiblicher und männlicher Führungskräfte. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 34 (3), 133 - 145.

Seidl, E. (Hrsg.) (1996). *Zur Sozialgeschicht der Pflege in Österreich*. Wien: Maudrich.

Semmer, N., Zapf, D. & Greif, S. (1996). „Shared Job Strain". A New Approach for Assessing the Validity of Job Stress Measurements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 63, 293 - 310.

Sonntag, K-H. (2002). Personalentwicklung und Training. Stand der psychologischen Forschung und Gestaltung. *Zeitschrift für Psychologie*, 2, 59 - 79.

Sonntag, K.- H. & Schaper, N. (1992). Förderung beruflicher Handlungskompetenz. In: K.-H. Sonntag (Hrsg.). *Personalentwicklung in Organisationen* (S.187 - 210). Göttingen: Hogrefe.

Sonntag, K.-H. & Schäfer- Rauser, U. (1993). Selbsteinschätzung beruflicher Kompetenzen bei der Evaluation von Bildungsmaßnahmen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 37 (4), 163–171.

Staehle, W.O. & Conrad, P. (1999). *Management*. Eine verhaltenswissenschaftliche Perpektive. München: Vahlen.

Steffens, M. C. & Mehl, B. (2003). Erscheinen „Karrierefrauen" weniger sozial kompetent als „Karrieremänner"?. Geschlechtsstereotype und Kompetenzzuschreibung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34 (3), 173 - 185.

Steimer, S. & Eisenbeiß, S. (2004). *Kriterien des Führungserfolgs unter besonderer Berücksichtigung der Führungszufriedenheit*. [Online im Internet].URL: http://www.psychologie.unimannheim.de/PSYCHO1/Publikationen/MA%20Beitraege/04-01/Mb0401.htm. [09.08.2009].

Sternberg. R. J. (2000). *Handbook of Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Steyrer, J. (2006a). Führung in Medizin und Pflege. *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ),* 47 (2), 38 - 41.

Steyrer, J. (2006b). Führung in Medizin und Pflege - Auswirkungen auf das Burn-Out- Syndrom. *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ),* 47 (3), 39 - 41.

Strametz, D. & Partner GmbH (2001). Interaktives System zur Identifikation von Sozialen Kompetenzen (ISIS). Version 2.0. Liederbach: Dieter Strametz & Partner GmbH. In: E. Prechtl (2005). Tests und Tools. ISIS. Interaktives System zur Identifikation sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 4 (4), 195 - 199.

Strasser, W. (2004) *Erfolgsfaktoren der Unternehmensführung*. So werden Unternehmen schneller, schlagkräftiger und wettbewerbsfähiger. Gabler: Wiesbaden.

Strohmeier, G. & Bartosek- Walser, M. (2006). *Qualität der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pfleger im Akutkrankenhaus*. Wien, Unveröffentlichte Masterarbeit.

Tannenbaum, R. & Schmidt, W. (1958). How to Choose a Leadership Pattern. Harvard Business Review, 36, 95 - 101. In: E. Kirchler, (Hrsg.). (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: Facultas: WUV.

Taylor, F.W. (1911). The Principles of Scientific Management. In: E. Kirchler, K. Meier - Pesti & E. Hofmann (2004). *Menschenbilder in Organisationen. Arbeits- und Organisationspsychologie* 5, Wien: WUV - Universitätsverlag.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligence And Its Uses. In: R. J. Schneider, P. L. Ackerman & R. Kanfer (1996). To "act wisely in human relations": Exploring the dimensions of social competence. *Personality and Individual Differences*, 21, 4, 469 - 481.

Twenge, J. M. (2001). Changes in Women's Assertiveness in Response to Status and Roles. A cross - Temporal Metaanalysis,1931–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 133 - 145.

Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (Hrsg). (1978). Soziale Angst und Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness - Training Programm. ATP Bd 1: Begriff, Messmittel, Entstehung In: J. Hoyer & J. Margraf, *Angstdiagnostik*. Grundlagen und Testverfahren (S. 315 - 318). Berlin: Springer.

Vogt, H.-D. (1967). *Die betriebliche Aus- und Weiterbildung von Führungskräften mit besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland*. Wien, Unveröffentlichte Dissertation.

Volk, H. (2007). Angriff auf das Soziale Selbst. *Arzt und Krankenhaus*, 6 , 182-184.

Walser, M. (2007). *Wirtschaftsmediation*. Ein Handbuch für Manager, Führungskräfte und Berater. Wien: IMV Medien AG.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.

Wechsler, D. (1956). *Die Messung der Intelligenz Erwachsene*. Bern: Huber.

Weinert, A. B. (1989). Führung und soziale Steuerung. In: E. Roth (Hrsg.): *Organisationspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Weinert, A. B. (2004). *Organisations- und Personalpsychologie*. Weinheim: Beltz-PVU.

Weiß, R. (1999). Erfassung und Bewertung von Kompetenzen – empirische und konzeptionelle Probleme. Arbeitsgemeinschaft Qualifikations–Entwicklungs– Management (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung ´99*. Aspekte einer neuen Lernkultur. Münster: Waxmann.

Wiegard, U., Tauscher, N., Inhester, M.- L., Puls , W. & Wienold, H. (2000). „Gelassen bei der Arbeit". Ein Trainingskurs zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz. In: G. Kaluza (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171 - 196.

Wiener Krankenanstaltsgesetz (1987). [Online im Internet]. URL: http://www.wien.gv.at /recht/landesrechtwien/rechtsvorschriften /html/s7400000.htm; 03.07.2009. [20.09.2009].

Wolff, H. (1964). Das große Erfolgsgeheimnis von General Motors. In: H.- D. Vogt, (1967). *Die betriebliche Aus- und Weiterbildung von Führungskräften mit besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland*. Wien, Unveröffentlichte Dissertation.

# ANHANG A

## Erhebungsinstrumente

(Fragebogen Version I und II)

Institut für UNTERNEHMENS-FÜHRUNG

# Fragebogen „Führungsverhalten in Krankenhäusern"

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir sind Studierende im 3. Semester am FHWien-Studiengang Unternehmensführung der WKW. Im Rahmen der Lehrveranstaltung „Forschung in der betriebswirtschaftlichen Praxis" beschäftigen wir uns mit dem Thema „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern" und bitten Sie um Ihre Unterstützung.

Das Ziel unseres Forschungsprojektes ist es, die speziellen Anforderungen und Erwartungen an Führungskräfte im Krankenhaus kennen zu lernen. Dabei beleuchten wir das Thema von verschiedenen Seiten, um so eine umfassende Darstellung zu ermöglichen.

Ihre Antworten werden selbstverständlich **streng vertraulich und anonym** behandelt, und können dadurch nicht auf Sie zurückgeführt werden!

Die Ausarbeitung dieses Fragebogens wird etwa 20 Minuten Zeit in Anspruch nehmen und es würde uns freuen, wenn Sie uns unterstützen könnten, um ein realitätsnahes Bild der momentanen Situation zu erhalten.

| | |
|---|---|
| Vielen Dank für Ihre Unterstützung!<br><br>Mit herzlichen Grüßen,<br>die Studierenden des Studiengangs Unternehmensführung<br>3. Semester Vollzeit, Gruppe 1<br>FHWien-Studiengänge der WKW<br>www.fh-wien.ac.at | ***Bitte füllen Sie den Fragebogen bis 16. Dezember 2008 aus und werfen Sie ihn in die versiegelte Box beim Portier.*** |

In welchem Berufsfeld sind Sie tätig?

☐ Medizin ☐ Pflege ☐ Verwaltung

Bitte geben Sie Ihre derzeitige Berufsbezeichnung an (z.B. Stationsschwester, Turnusarzt, ...):

_____

Geschlecht:

☐ Männlich ☐ Weiblich

Alter:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ bis 25 | ☐ 26-35 | ☐ 36-45 | ☐ 46-55 | ☐ 56+ |

Beziehungsstatus:

☐ ledig ☐ in Partnerschaft, verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Seit wann arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Beruf?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ <1 Jahr | ☐ 1-5 Jahre | ☐ 6-10 Jahre | ☐ 11-15 Jahre | ☐ 16-20 Jahre | ☐ 21+Jahre |

Wie viele Personen umfasst Ihre gesamte Abteilung?

☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51+

Fühlen Sie sich in Ihrem Arbeitsumfeld wohl?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche im Durchschnitt?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ <20 | ☐ 21-35 | ☐ 36-45 | ☐ 46-55 | ☐ 56-65 | ☐ 66+ |

Wie wichtig ist Ihnen Karriere?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ sehr wichtig | ☐ wichtig | ☐ eher wichtig | ☐ eher unwichtig | ☐ unwichtig | ☐ vollkommen unwichtig |

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie von der Arbeit nach Hause kommen?
(Kreuzen Sie bitte die 3 zutreffendsten Antworten an.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ erschöpft | ☐ motiviert | ☐ gereizt | ☐ zufrieden |
| ☐ fit | ☐ konzentrationsschwach | ☐ glücklich | ☐ ausgebrannt |
| ☐ verspannt | ☐ müde | ☐ ausgeglichen | ☐ unzufrieden |

Was waren Ihre Beweggründe sich für diesen Beruf zu entscheiden?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Soziale Verantwortung | ☐ Führung von Mitarbeitern | ☐ gutes Arbeitsklima | ☐ Interesse an Menschen |
| ☐ Anerkennung | ☐ gute Bezahlung | ☐ Aufstiegsmöglichkeiten | ☐ Vielseitigkeit |

Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Würden Sie selbst gerne Führungsverantwortung in Ihrem Beruf übernehmen?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Wer oder was motiviert Sie persönlich in Ihrem Beruf?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Freunde | ☐ Kollegen | ☐ meine Aufgabe | ☐ Führungsperson |
| ☐ Patienten(-Wohlergehen) | ☐ Partner/Familie | ☐ ich mich selbst | ☐ Geld |

Freuen Sie sich täglich darauf in die Arbeit zu gehen?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Bitte geben Sie an, wie wichtig folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten bei einer Führungsperson sind.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an und versuchen Sie die gesamte Skala von sehr wichtig bis völlig unwichtig auszunutzen.

Hinweis: Bei der Ausführung dieses Frageblockes, ist mit Führungsperson immer Ihr direkter Vorgesetzter gemeint.

| | | **IST: Lebt die Führungsperson …** | | | | | | **SOLLTE ein Vorgesetzter sein/ haben/leben/darauf achten …** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 1 | Die Führungsperson geht gerne auf Menschen zu und kommuniziert mit Ihnen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Die Führungsperson drückt sich klar und verständlich aus. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Mitarbeiter können der Führungsperson Probleme anvertrauen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Die Führungsperson fördert die Kommunikation unter den Mitarbeitern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Die Führungsperson fördert den Teamgeist der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Die Führungsperson informiert über Neuigkeiten ausreichend. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Die Führungsperson kann sich gut in ein bestehendes Team integrieren | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Die Führungsperson löst Probleme schnell und effektiv. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Die Führungsperson kann aktiv zuhören. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Die Führungsperson hat Vorbildcharakter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Die Führungsperson ist teamfähig. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 | Die Führungsperson zeigt Interesse an beruflichen Problemen und sucht mögliche Lösungsansätze. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 | Die Führungsperson erledigt ihre Kernaufgaben gewissenhaft. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | IST: Lebt die Führungsperson … | | | | | | SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten … | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 14 | Die Führungsperson bezieht Mitarbeiter in den Entscheidungsprozess mit ein. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 | Die Führungsperson kann Mitarbeiter für ihre Tätigkeit begeistern und motivieren. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16 | Die Führungsperson hat die Abteilungsziele klar formuliert und klar kommuniziert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17 | Die Führungsperson zeigt Interesse für das persönliche Befinden der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18 | Die Führungsperson ist offen für Kritik. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19 | Die Führungsperson steht zu ihrem Wort. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20 | Die Führungsperson vermittelt bei Konfrontationen zwischen den Mitarbeitern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21 | Die Führungsperson erkennt die Stimmung und die Gefühle ihrer Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22 | Die Führungsperson ist in der Lage sich in seine Mitarbeiter hineinzuversetzen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23 | Die Führungsperson fragt nach, wenn es Unklarheiten gibt. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24 | Die Führungsperson kann mit Gefühlen und Ängsten der Mitarbeiter gut umgehen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25 | Die Führungsperson ist konfliktfähig und lösungsorientiert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | IST: Lebt die Führungsperson … | | | | | | SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten … | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 26 | Der Führungsperson ist Mitarbeiter – Entwicklung ein Anliegen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27 | Die Führungsperson informiert über Hintergründe von Entscheidungen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28 | Die Führungsperson bittet die Mitarbeiter um Feedback. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29 | Die Führungsperson nimmt bei der Durchsetzung der Ziele Rücksicht auf die Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30 | Die Führungsperson gibt den Mitarbeitern Feedback zu ihren Leistungen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31 | Die Führungsperson überträgt bewältigbare Aufgaben an ihre Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 32 | Die Führungsperson unterstützt die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 33 | Die Führungsperson erkennt Probleme in z.B. Arbeitsabläufen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 34 | Die Führungsperson genießt hohes Ansehen innerhalb der Organisation. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 35 | Die Führungsperson geht aktiv auf Konflikte zu. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36 | Die Führungsperson ist selbstsicher und durchsetzungsstark. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 37 | Die Führungsperson hat Vertrauen in die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 38 | Die Führungsperson überträgt Aufgaben an jene Personen, die über die entsprechenden Kompetenzen verfügen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | IST: Lebt die Führungsperson … | | | | | | SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten … | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 39 | Die Führungsperson weist Mitarbeiter angemessen auf ihrer Fehler hin. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 40 | Die Führungsperson erklärt an Mitarbeiter delegierte Aufgaben konkret. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 41 | Der Führungsperson fällt es leicht Entscheidungen zu treffen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Kreuzen Sie bitte in folgenden Aussagen die Zu-Stimmigkeit dieser Aussagen an, denken Sie dabei an Ihre Arbeitskollegen mit denen Sie täglich zusammenarbeiten.

| | | Trifft völlig zu | Trifft zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft nicht zu | Trifft überhaut nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 42 | Ich habe das Gefühl, dass meine Kollegen gerne mit mir zusammenarbeiten. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 43 | Ich habe innerhalb der Kollegenschaft Freunde. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 44 | Ich habe das Gefühl meine Kollegen vertrauen mir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 45 | Meine Kollegen unterstützen mich. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 46 | Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 47 | Ich vertraue meinen Kollegen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 48 | Ich fühle mich als vollwertiges Teammitglied. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 49 | Ich bin bei meinen täglichen Aufgaben sehr engagiert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Was verstehen Sie unter Führungsqualitäten? Gute Führung ist...
(Kreuzen Sie bitte die 3 Wichtigsten an.)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ... aus Fehlern lernen | ☐ | … Aufgaben delegieren können | ☐ | ... die Mitarbeiterentwicklung fördern |
| ☐ | ... objektiv handeln | ☐ | ... Mitarbeiter motivieren | ☐ | ... Mitarbeiter in Entscheidungen mit einbeziehen |
| ☐ | ... die Mitarbeiter verstehen | ☐ | ... die Mitarbeiter respektieren | ☐ | … Fehler zugeben können |
| ☐ | ... den Überblick behalten | ☐ | ... Verantwortung übernehmen | ☐ | ... Entscheidungen treffen |
| ☐ | ... Druck standhalten | ☐ | ... sich um das Team zu kümmern | ☐ | ... klare Zielvorgaben kommunizieren |
| ☐ | ... Ergebnisverantwortung tragen | | | | |

Wie wird in Ihrer Abteilung mit Konflikten umgegangen?

| | **Zwischen Führungskraft und Mitarbeitern** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein |
| Es gibt Konflikte und diese werden offen angesprochen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt Konflikte, doch diese werden nicht angesprochen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es wird versucht Konflikte mit aller Kraft zu vermeiden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt aktuell keine Konflikte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Konflikte werden zwischen den betroffenen Personen lösungsorientiert bearbeitet. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich traue mich nicht, Konflikte anzusprechen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | **Zwischen Führungskraft und Mitarbeitern** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein |
| Es ist völlig sinnlos Konflikte anzusprechen, daher tue ich es auch nicht. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt unterschwellig Konflikte, doch das würden die Betroffenen niemals offen zugeben. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Über Konflikte „darf" nicht gesprochen werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Falls es Konflikte gibt, dann sind diese kurz und heftig. Nach einem reinigenden Gewitter sind sie schnell wieder vorbei. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Konflikte dauern sehr lange und werden nicht gelöst. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich wünsche mir, dass Konflikte angesprochen und gelöst werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt derzeit Konflikte und diese belasten mich sehr. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Wie hoch schätzen Sie momentan Ihre Arbeits-Motivation ein?

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ eher hoch ☐ eher niedrig ☐ niedrig ☐ ganz niedrig

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Institut für UNTERNEHMENS-FÜHRUNG

# Fragebogen „Führungsverhalten in Krankenhäusern"

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir sind Studierende im 3. Semester am FHWien-Studiengang Unternehmensführung der WKW. Im Rahmen der Lehrveranstaltung „Forschung in der betriebswirtschaftlichen Praxis" beschäftigen wir uns mit dem Thema „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern" und bitten Sie um Ihre Unterstützung.

Das Ziel unseres Forschungsprojektes ist es, die speziellen Anforderungen und Erwartungen an Führungskräfte im Krankenhaus kennen zu lernen. Dabei beleuchten wir das Thema von verschiedenen Seiten, um so eine umfassende Darstellung zu ermöglichen.

Ihre Antworten werden selbstverständlich **streng vertraulich und anonym** behandelt, und können dadurch nicht auf Sie zurückgeführt werden!

Die Ausarbeitung dieses Fragebogens wird etwa 25 Minuten Zeit in Anspruch nehmen und es würde uns freuen, wenn Sie uns unterstützen könnten, um ein realitätsnahes Bild der momentanen Situation zu erhalten.

| | |
|---|---|
| Vielen Dank für Ihre Unterstützung!<br><br>Mit herzlichen Grüßen,<br>die Studierenden des Studiengangs Unternehmensführung<br>3. Semester Vollzeit, Gruppe 1<br>FHWien-Studiengänge der WKW<br>www.fh-wien.ac.at | **Bitte füllen Sie den Fragebogen bis 16. Dezember 2008 aus und werfen Sie ihn in die versiegelte Box beim Portier.** |

In welchem Berufsfeld sind Sie tätig?

☐ Medizin ☐ Pflege ☐ Verwaltung

Geschlecht:

☐ Männlich ☐ Weiblich

Alter:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ bis 25 | ☐ 26-35 | ☐ 36-45 | ☐ 46-55 | ☐ 56+ |

Beziehungsstatus:

☐ ledig ☐ in Partnerschaft, verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Seit wann arbeiten Sie in Ihrem derzeitigen Beruf?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ <1 Jahr | ☐ 1-5 Jahre | ☐ 6-10 Jahre | ☐ 11-15 Jahre | ☐ 16-20 Jahre | ☐ 20+Jahre |

Wie viele Personen umfasst Ihre gesamte Abteilung?

☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ >50

Fühlen Sie sich in Ihrem Arbeitsumfeld wohl?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche im Durchschnitt?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ <20 | ☐ 21-35 | ☐ 36-45 | ☐ 46-55 | ☐ 56-65 | ☐ >65 |

Wie wichtig ist Ihnen Karriere?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ sehr wichtig | ☐ wichtig | ☐ eher wichtig | ☐ eher unwichtig | ☐ unwichtig | ☐ vollkommen unwichtig |

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie von der Arbeit nach Hause kommen?
(Kreuzen Sie bitte die 3 zutreffendsten Antworten an.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ erschöpft | ☐ motiviert | ☐ gereizt | ☐ zufrieden |
| ☐ fit | ☐ konzentrationsschwach | ☐ glücklich | ☐ ausgebrannt |
| ☐ verspannt | ☐ müde | ☐ ausgeglichen | ☐ unzufrieden |

Was waren die Beweggründe sich für den Beruf zu entscheiden?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Soziale Verantwortung | ☐ Führung von Mitarbeitern | ☐ gutes Arbeitsklima | ☐ Interesse an Menschen |
| ☐ Anerkennung | ☐ gute Bezahlung | ☐ Aufstiegsmöglichkeiten | ☐ Vielseitigkeit |

Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Wer oder was motiviert Sie persönlich in Ihrem Beruf?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Freunde | ☐ Kollegen | ☐ meine Aufgabe | ☐ Führungsperson |
| ☐ Patienten(-Wohlergehen) | ☐ Partner/Familie | ☐ ich mich selbst | ☐ Geld |

Freuen Sie sich täglich darauf in die Arbeit zu gehen?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ definitiv ja | ☐ ja | ☐ eher ja | ☐ eher nein | ☐ nein | ☐ definitiv nein |

Bitte geben Sie an, wie wichtig folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten bei einer Führungsperson sind.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an und versuchen Sie die gesamte Skala von sehr wichtig bis völlig unwichtig auszunutzen.

| | | **SOLLTE ein Vorgesetzter sein/ haben/leben/darauf achten …** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 1 | Die Führungsperson geht gerne auf Menschen zu und kommuniziert mit Ihnen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | Die Führungsperson drückt sich klar und verständlich aus. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Mitarbeiter können Probleme der Führungsperson anvertrauen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 | Die Führungsperson fördert die Kommunikation unter den Mitarbeitern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Die Führungsperson fördert den Teamgeist der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 | Die Führungsperson informiert über Neuigkeiten ausreichend. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Die Führungsperson kann sich gut in ein bestehendes Team integrieren. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 | Die Führungsperson löst Probleme schnell und effektiv. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 | Die Führungsperson kann aktiv zuhören. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | Die Führungsperson hat Vorbildcharakter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | Die Führungsperson ist teamfähig. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 | Die Führungsperson zeigt Interesse an beruflichen Problemen und sucht mögliche Lösungsansätze. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 | Die Führungsperson erledigt ihre Kernaufgaben gewissenhaft. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | **SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten …** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 14 | Die Führungsperson bezieht Mitarbeiter in den Entscheidungsprozess mit ein. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15 | Die Führungsperson kann Mitarbeiter für ihre Tätigkeit begeistern und motivieren. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16 | Die Führungsperson hat die Abteilungsziele klar formuliert und klar kommuniziert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17 | Die Führungsperson zeigt Interesse für das persönliche Befinden der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18 | Die Führungsperson ist offen für Kritik. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19 | Die Führungsperson steht zu ihrem Wort. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20 | Die Führungsperson vermittelt bei Konfrontationen zwischen den Mitarbeitern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21 | Die Führungsperson erkennt die Stimmung und die Gefühle ihrer Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22 | Die Führungsperson ist in der Lage sich in seine Mitarbeiter hineinzuversetzen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23 | Die Führungsperson fragt nach, wenn es Unklarheiten gibt. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24 | Die Führungsperson kann mit Gefühlen und Ängsten der Mitarbeiter gut umgehen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25 | Die Führungsperson ist konfliktfähig und lösungsorientiert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | **SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten …** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 26 | Der Führungsperson ist Mitarbeiter – Entwicklung ein Anliegen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27 | Die Führungsperson informiert über Hintergründe von Entscheidungen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28 | Die Führungsperson bittet die Mitarbeiter um Feedback. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29 | Die Führungsperson nimmt bei der Durchsetzung der Ziele Rücksicht auf die Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30 | Die Führungsperson gibt den Mitarbeitern Feedback zu ihren Leistungen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31 | Die Führungsperson überträgt bewältigbare Aufgaben an ihre Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 32 | Die Führungsperson unterstützt die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 33 | Die Führungsperson erkennt Probleme in z.B. Arbeitsabläufen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 34 | Die Führungsperson genießt hohes Ansehen innerhalb der Organisation. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 35 | Die Führungsperson geht aktiv auf Konflikte zu. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36 | Die Führungsperson ist selbstsicher und durchsetzungsstark. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 37 | Die Führungsperson hat Vertrauen in die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 38 | Die Führungsperson überträgt Aufgaben an jene Personen, die über die entsprechenden Kompetenzen verfügen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | **SOLLTE eine Führungsperson sein/ haben/leben/darauf achten ...** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sehr wichtig | Wichtig | Eher wichtig | Eher unwichtig | Unwichtig | Völlig unwichtig |
| 39 | Die Führungsperson weist Mitarbeiter angemessen auf ihrer Fehler hin. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 40 | Die Führungsperson erklärt an Mitarbeiter delegierte Aufgaben konkret. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 41 | Der Führungsperson fällt es leicht Entscheidungen zu treffen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Kreuzen Sie bitte in folgenden Aussagen die Zu-Stimmigkeit dieser Aussagen an, denken Sie dabei an Ihre Mitarbeiter mit denen Sie täglich zusammenarbeiten.

| | | Trifft völlig zu | Trifft zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft nicht zu | Trifft überhaut nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 42 | Ich habe das Gefühl, dass meine Mitarbeiter gerne mit mir zusammenarbeiten. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 43 | Ich habe innerhalb der Mitarbeiter Freunde. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 44 | Ich habe das Gefühl meine Mitarbeiter vertrauen mir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 45 | Meine Mitarbeiter unterstützen mich. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 46 | Ich kann mich auf meine Mitarbeiter verlassen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 47 | Ich vertraue meinen Mitarbeitern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 48 | Ich fühle mich als vollwertiges Teammitglied. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 49 | Ich bin bei meinen täglichen Aufgaben sehr engagiert. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Was verstehen Sie unter Führungsqualitäten? Gute Führung ist...
(Kreuzen Sie bitte die 3 Wichtigsten an.)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ... aus Fehlern lernen | ☐ | … Aufgaben delegieren können | ☐ | ... die Mitarbeiterentwicklung fördern |
| ☐ | ... objektiv handeln | ☐ | ... Mitarbeiter motivieren | ☐ | ... Mitarbeiter in Entscheidungen mit einbeziehen |
| ☐ | ... die Mitarbeiter verstehen | ☐ | ... die Mitarbeiter respektieren | ☐ | … Fehler zugeben können |
| ☐ | ... den Überblick behalten | ☐ | ... Verantwortung übernehmen | ☐ | ... Entscheidungen treffen |
| ☐ | ... Druck standhalten | ☐ | ... sich um das Team zu kümmern | ☐ | ... klare Zielvorgaben kommunizieren |
| ☐ | ... Ergebnisverantwortung tragen | | | | |

Wie wird in Ihrer Abteilung mit Konflikten umgegangen?

| | **Zwischen Ihnen als Führungskraft und Ihren Mitarbeitern** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein |
| Es gibt Konflikte und diese werden offen angesprochen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt Konflikte, doch diese werden nicht angesprochen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es wird versucht Konflikte mit aller Kraft zu vermeiden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt aktuell keine Konflikte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Konflikte werden zwischen den betroffenen Personen lösungsorientiert bearbeitet. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich traue mich nicht, Konflikte anzusprechen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | **Zwischen Ihnen als Führungskraft und Ihren Mitarbeitern** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe** | | | | | | **Zwischen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein | Definitiv Ja | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein | Definitiv nein |
| Es ist völlig sinnlos Konflikte anzusprechen, daher tue ich es auch nicht. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt unterschwellig Konflikte, doch das würden die Betroffenen niemals offen zugeben. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Über Konflikte „darf" nicht gesprochen werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Falls es Konflikte gibt, dann sind diese kurz und heftig. Nach einem reinigenden Gewitter sind sie schnell wieder vorbei. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Konflikte dauern sehr lange und werden nicht gelöst. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich wünsche mir, dass Konflikte angesprochen und gelöst werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es gibt derzeit Konflikte und diese belasten mich sehr. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Wie hoch schätzen Sie Ihre momentane Arbeits-Motivation ein?

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ eher hoch ☐ eher niedrig ☐ niedrig ☐ ganz niedrig

Wie sicher fühlen Sie sich bei der Ausführung nachstehender Führungs- und Managementaufgaben?

| | **Gehört nicht zu meinen Aufgaben** | **Bei der Ausführung fühle ich mich** | | | | | | **In der Ausbildung wurde ich ausreichend vorbereitet** | | **Die Kenntnisse musste ich mir selbst aneignen** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | sehr sicher | sicher | eher sicher | eher unsicher | unsicher | sehr unsicher | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Mitarbeiter-Führung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mitarbeiter-Entwicklung auf fachlicher Ebene | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mitarbeiter-Entwicklung auf sozialer Ebene | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mitarbeiter-Motivation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Konfliktmanagement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Qualitätsmanagement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fehlermanagement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Budgetierung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kennzahlen-Management | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Strategisches Management | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

# ANHANG B

## Tabellen

Legende:

MA = MitarbeiterInnen

FK = Führungskräfte

Tabelle B1: Abteilungsgröße

| Abteilungsgröße | Häufigkeiten | Prozent | Kumulative Prozent |
|---|---|---|---|
| 1 bis 5 | 12 | 7,7 | 8,1 |
| 6 bis 10 | 31 | 20,0 | 29,1 |
| 11 bis 15 | 32 | 20,6 | 50,7 |
| 16 bis 20 | 31 | 20,0 | 71,6 |
| 21 bis 30 | 19 | 12,3 | 84,5 |
| 31 bis 40 | 12 | 7,7 | 92,6 |
| 41 bis 50 | 2 | 1,3 | 93,9 |
| mehr als 50 | 9 | 5,8 | 100,0 |
| Total | 148 | 95,5 | |
| Missing | 7 | 4,5 | |
| Total | 155 | 100,0 | |

Tabelle B2: Deskriptive Statistik der Sozialen Kompetenzen (MA+FK)

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kommunikationsfähigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,3107 | ,80983 | ,656 |
| Konfliktfähigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,2105 | ,78217 | ,612 |
| Soziale Kompetenz GESAMT | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,1547 | ,73035 | ,533 |
| Teamfähigkeit | 117 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,1496 | ,99409 | ,988 |
| Kritikfähigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,0650 | ,83519 | ,698 |
| Empathiefähigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,0367 | ,79711 | ,635 |
| Valid N (listwise) | 117 | | | | | | |

Tabelle B3: Deskriptive Statistik der Führungskompetenz (MA+FK)

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Verantwortungsbewusstsein | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,4407 | ,85777 | ,736 |
| Problemlösefertigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,2754 | ,79510 | ,632 |
| Delegationsfähigkeit | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,2415 | ,88577 | ,785 |
| Führungskompetenz GESAMT | 119 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,1842 | ,75137 | ,565 |
| Mitarbeiterentwicklung | 119 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,1597 | ,94291 | ,889 |
| Entscheidungsfähigkeit | 119 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,1254 | ,73003 | ,533 |
| Durchsetzungsfähigkeit | 119 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 5,0588 | ,96370 | ,929 |
| Vorbildfunktion | 118 | 6,00 | ,00 | 6,00 | 4,9619 | ,89406 | ,799 |
| Valid N (listwise) | 118 | | | | | | |

Tabelle B4: Deskriptive Statistik der Sozialen Kompetenzen (FK)

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kommunikationsfähigkeit | 34 | 2,00 | 4,00 | 6,00 | 5,4588 | ,44184 | ,195 |
| Konfliktfähigkeit | 34 | 2,28 | 3,68 | 5,96 | 5,1337 | ,45517 | ,207 |
| Soziale Kompetenz GESAMT | 34 | 2,33 | 3,67 | 6,00 | 5,1275 | ,56267 | ,317 |
| Teamfähigkeit | 34 | 2,33 | 3,67 | 6,00 | 5,0980 | ,58907 | ,347 |
| Kritikfähigkeit | 34 | 2,67 | 3,33 | 6,00 | 5,0539 | ,69959 | ,489 |
| Empathiefähigkeit | 34 | 2,83 | 3,17 | 6,00 | 4,9304 | ,62503 | ,391 |
| Valid N (listwise) | 34 | | | | | | |

Tabelle B5: Deskriptive Statistik der Führungskompetenz (FK)

| | N | Range | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | Variance |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Verantwortungsbewusstsein | 34 | 2,00 | 4,00 | 6,00 | 5,6029 | ,57445 | ,330 |
| Problemlösefertigkeit | 34 | 2,67 | 3,33 | 6,00 | 5,4608 | ,58034 | ,337 |
| Delegationsfähigkeit | 34 | 2,75 | 3,25 | 6,00 | 5,4191 | ,53556 | ,287 |
| Führungskompetenz GESAMT | 34 | 2,50 | 3,40 | 5,90 | 5,2518 | ,43878 | ,193 |
| Mitarbeiterentwicklung | 34 | 2,00 | 4,00 | 6,00 | 5,2157 | ,45603 | ,208 |
| Entscheidungsfähigkeit | 34 | 2,75 | 3,25 | 6,00 | 5,1324 | ,54784 | ,300 |
| Durchsetzungsfähigkeit | 34 | 3,00 | 3,00 | 6,00 | 5,0343 | ,64063 | ,410 |
| Vorbildfunktion | 34 | 3,00 | 3,00 | 6,00 | 4,8971 | ,61274 | ,375 |
| Valid N (listwise) | 34 | | | | | | |

# ANHANG C

## Abstract

# *Sozial- und Führungskompetenz als interne Kommunikationsinstrumente im intramuralen Bereich*

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Forschungsprojektes „Führungsverhalten und Kommunikation in Krankenhäusern" in Kooperation mit der FH Wien, Institut für Unternehmensführung verfasst. Das Hauptinteresse des Forschungsprojektes stellt die qualitative und quantitative Untersuchung der Kommunikation und des Verhaltens von Personen im intramuralen Bereich dar.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt speziell auf der Sozialen- und Führungskompetenz als interne Kommunikationsinstrumente, um die Art und Weise der Kommunikation, die Wichtigkeit bzw. auch die Diskrepanzen zwischen dem IST- und SOLL- Zustand der Sozialen- und Führungskompetenzen untersuchen. Besondere Berücksichtigung fand dabei auch der Zusammenhang mit verschiedenen Kontextvariablen, um die Rahmenbedingungen von KrankhausmitarbeiterInnen näher zu beleuchten.

Die Zielgruppe der Untersuchung stellten MitarbeiterInnen und Führungskräfte aus den Bereichen Medizin, Pflege und Verwaltung aus allen Abteilungen in zwei Wiener Krankenanstalten dar. Der Erhebungszeitraum wurde in der Zeit von Mitte November 2008 bis Ende Januar 2009 gewählt, um den möglichst größten Teil der MitarbeiterInnen zu erreichen.

Der komplexe Aufbau des Fragebogens ermöglichte die Untersuchung der Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Mitarbeiternnen und der Führungskräfte bzw. den Diskrepanzen zwischen den Einschätzung des real-gelebten und auch des ideal- erwünschten Verhaltens von Führungskräften aus MitarbeiterInnen-, sowie Führungskraftperspektive. Zusätzlich wurden mittels Fragebogen auch soziodemographische Angaben der MitarbeiterInnen und Führungskräfte, sowie diverse Kontextvariablen, wie z.B. die Arbeitszeit, die Verweildauer, die Karrierewünsche, die Erwartungen der MitarbeiterInnen und deren Arbeitszufriedenheit bzw. -motivation erhoben.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Daten von insgesamt 155 MitarbeiterInnen aufgenommen.

Den Ergebnissen der Rahmenbedingungen zufolge, arbeitet die Mehrheit der MitarbeiterInnen zwischen 36 und 45 Stunden die Woche, lebt größtenteils in Partnerschaften und ist zwischen 36 und 45 Jahren alt. Der größte Anteil der MitarbeiterInnen arbeitet zwischen 1 und 5 Jahren in ihrem derzeitigen Beruf und ist in Abteilungen mit 6 bis 20 Personen tätig.
Die Wichtigkeit der Karriere, das Ausmaß der Erfüllung der Erwartungen im Bezug auf die Arbeit, das Arbeitsumfeld und die Arbeitsmotivation und -freude wurden von den MitarbeiterInnen sehr hoch bzw. positiv eingeschätzt. Parallel hierzu gaben sich die MitarbeiterInnen bei der Frage nach dem Wunsch mehr Führungsverantwortung übernehmen zu wollen jedoch eher neutral. Geschlechtsunterschiede konnten nur im Bezug auf die Arbeitzeit (in der Hinsicht, dass Männer öfter über höhere und Frauen öfter über niedrige Arbeitszeiten aufweisen) festgestellt werden. Unterschiede in den Berufsfeldern ließen sich bei den Variablen: Arbeitszeit, Verweildauer und Abteilungsgröße nachweisen.

Hinsichtlich der Sozialen Kompetenz zeigte sich, dass die Stärken der Führungskräfte in den Bereichen der Kommunikationsfähigkeit und der Teamfähigkeit liegen. Erst danach folgen die Empathie, Kritik- und Konfliktfähigkeit. Zudem zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die Führungskräfte der Pflege die Sozialkompetenz als wichtiger erachten als dies ihre KollegInnen in den anderen Berufsfeldern tun.

Hinsichtlich der Führungskompetenz zeigte sich, dass die Stärken der Vorgesetzten in den Bereichen Delegationsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein liegen. Danach folgen die Mitarbeiterentwicklung, die Entscheidungs-, Problemlöse-, Durchsetzungsfähigkeit und die Vorbildfunktion.

Zudem stellten sich in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung bedeutende Unterschiede zwischen den real- gelebten und den ideal- erwünschten Sozialen-, aber auch Führungskompetenzen heraus.

# ANHANG D

## Lebenslauf

# LEBENSLAUF

## PERSÖNLICHE DATEN

**Name:** Lilian Konicar

**Geburtsdatum:** 12.02.1984

**Geburtsort:** Wien

**Eltern:** Mag. Sylvia Konicar, Mag. Wolfgang Konicar

**Familienstand:** ledig

**Staatsangehörigkeit:** Österreich

## AUSBILDUNG

| | |
|---|---|
| September 1990 - Juni 1994 | Volksschule Ettenreichgasse, Wien |
| September 1994 - Juni 2002 | BG & BRG Ettenreichgasse, Wien |
| Oktober 2002 - März 2008 | Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien |
| Oktober 2003 - Sept. 2007 | Bakkalaureatsstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien |
| Seit September 2007 | Magisterstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien |