



Die Dreidimensionalität der Organisationsparadoxie – Prozessstudie eines Krankenhauses im Umgang mit der COVID-19 Pandemie

Harald Tuckermann¹

Angenommen: 13. August 2024
© The Author(s) 2024

Zusammenfassung

Während der COVID-19 Pandemie mussten Krankenhäuser und ihre Mitarbeitenden mit vielfältigen Paradoxien umgehen, die als permanente Widersprüche unterschiedlicher Erwartungen sichtbar wurden. Die systemtheoretisch informierte Analyse der Daten einer longitudinalen Prozessstudie eines Krankenhauses zum Umgang mit der Pandemie fokussiert auf das spannungsreiche Verhältnis zur Erwartung, sowohl COVID-19 als auch möglichst alle anderen Patienten zu behandeln, das die Paradoxie auf Ebene der Organisation als Spannungsfeld zwischen Einheiten illustriert. Die Analyse zeigt auf, dass diese Paradoxie drei zu berücksichtigende Dimensionen aufweist. Sachlich stehen unterschiedliche Alternativen zur Auswahl. Sozial gilt es, zwischen zentralen Vorgaben und dezentraler Akzeptanz von Entscheidungen zu balancieren. Zeitlich geht es um die Berücksichtigung der gegenwärtigen Situation und der künftigen Entwicklung. Diese Dreidimensionalität charakterisiert die praktische Herausforderung im Umgang mit einer Extremsituation wie der Pandemie, deren Beginn, Intensität, Dynamik und Dauer nicht prognostizierbar sind. Neben dieser praktisch relevanten Rekonstruktion liegt der theoretische Beitrag mit Blick auf die englischsprachige Literatur zu organisationalen Paradoxien darin, den dortigen Fokus auf eine Dimension auszudehnen und somit den Erklärungsraum der Forschung zu erweitern.

Schlüsselwörter Paradox · Krankenhäuser · Prozessstudie · Systemtheorie · COVID-19 Pandemie

The three-dimensionality of the organizing paradox – process study of a hospital managing the COVID-19 pandemic

Abstract

During the COVID-19 pandemic, hospitals and their members had to handle multiple paradoxes that surfaced as permanent contradictions between different expectations. Informed by systems theory, the analysis of the data from a longitudinal process study of a hospital managing the pandemic focuses on the relationship between the expectation of treating COVID-19 and all other patients, which illustrates the organizing paradox of part-whole tensions. The analysis shows the three-dimensionality of this paradox. In the factual dimension, there are different alternatives to choose from. The social dimension involves balancing between centralized decision-making of a few actors and broad participation to ensure acceptance. Timewise, managing the pandemic requires to consider the current situation and the future developments. This three-dimensionality characterizes the practical challenge of dealing with an extreme situation such as the pandemic, the onset of which, its intensity, its dynamic and its duration cannot be predicted. In addition to this practically relevant reconstruction, the theoretical contribution for the English-speaking literature on paradoxes in organizations lies in expanding its focus from one to the three dimensions thereby enlarging the explanatory scope of paradox theory.

Keywords Paradox · Hospitals · Process study · Systems theory · COVID-19 pandemic

✉ Harald Tuckermann
harald.tuckermann@unisg.ch

¹ Center for Healthcare (CHC-HSG), School of Management,
University of St. Gallen, St. Gallen, Schweiz

1 Einleitung: Paradoxien im Umgang mit der COVID-19 Pandemie

Paradoxien sind ein integraler Bestandteil von Organisationen (Smith und Lewis 2011). Das trifft besonders auf Krankenhäuser zu, die widersprüchliche Zwecke verfolgen, z. B. eine qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Kosteneffizienz (Koppenberg 2012). Krankenhäuser enthalten zudem vielfältige Perspektiven unterschiedlicher Professionen wie Medizin, Pflege und Management mit ihren je eigenen Erfolgsvorstellungen und Vorgehensweisen, (Glouberman und Mintzberg 2001), die ihrerseits zu unauflösbaren Widersprüchen und damit Paradoxien führen (Iedema et al. 2003). Bei Entscheidungen geht es immer wieder darum, die jeweils legitimen Anliegen und Interessen unterschiedlicher Teilbereiche aufeinander für die Gesamtorganisation zu beziehen, auch wenn dies rational unmöglich ist (Berti und Cunha 2023). Dieser unauflösbare Widerspruch zwischen Teil und Ganzem bezeichnet die englische Paradoxieliteratur, auf die sich dieser Beitrag bezieht, als Organisationsparadoxie (z. B. Putnam et al. 2016; Schad et al. 2016). Diese Paradoxie kam insbesondere mit der COVID-19 Pandemie zum Vorschein. Während Mitarbeitende unterschiedliche Paradoxien erleben (z. B. Chandler-Jeanville et al. 2021) ging es auf Ebene der Gesamtorganisation darum, die Ressourcen zwischen der Behandlung von Pandemie- und den anderen Normalpatienten aufzuteilen sowie für schnelle und akzeptierte Entscheidungen zu sorgen (Tuckermann und Schwaninger 2022).

Die englischsprachige Literatur hat wesentlich zum Verständnis von Paradoxien beigetragen sowie dazu, wie Organisationen, Führungskräfte, Teams und Mitarbeitende erfolgreich mit ihnen umgehen können. Jedoch arbeitet diese Forschung häufig mit der impliziten Annahme einzelner Paradoxien oder mit einem Fokus auf deren Sachdimension. Diese Annahme riskiert, der empirischen Komplexität von Entscheidungen nicht gerecht zu werden und beschränkt den Erklärungsgehalt der Paradoxieforschung (Berti und Cunha 2023; Cunha und Putnam 2017; Fairhurst 2018).

Der vorliegende Beitrag greift diese Annahme mit Hilfe einer systemisch informierten Perspektive auf. Organisationen bestehen aus Entscheidungen, die paradoxe Operationen darstellen (Luhmann 2000, S. 132), die eine sachliche, soziale und zeitliche Dimension aufweisen (Andersen 2003). Entlang dieser Dimensionen erfolgt die Analyse, wie ein Krankenhaus mit der Pandemie und darüber mit der Organisationsparadoxie umgegangen ist. Das Forschungsdesign ist eine longitudinale Einzelfallstudie (Yin 1994) mit qualitativen Daten, die von März 2020 bis Februar 2022 erhoben, mit einem kontextualistischen Zugang ausgewertet (Pettigrew et al. 2001) und in narrativer Form zusammengefasst dargestellt wurden (Langley 1999).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pandemiebewältigung des Krankenhauses vor allem auf die Balancierung der sachlichen und der sozialen Dimension der Paradoxie achtete. In der zeitlichen Dimension stand die unmittelbare Handhabung und weniger deren mittelbare Effekte im Vordergrund. Deshalb geriet die anfänglich erfolgreiche Pandemiebewältigung im Zeitverlauf an ihre Grenzen. Aus dieser empirischen Erkenntnis folgt für die Paradoxieforschung, alle drei anstatt einzelner Dimensionen zu berücksichtigen. Dies erweitert den Erklärungsraum der Forschung und hilft, der Komplexität der Praxis besser gerecht zu werden. Der Text endet mit Vorschlägen für künftige Forschung, um den Einschränkungen der Untersuchung zu begegnen.

2 Hintergrund: Paradoxien in sachlicher, sozialer und zeitlicher Hinsicht

In der englischsprachigen Literatur wird eine Paradoxie in Organisationen definiert als zwei widersprechende, interdependente und fortbestehende Elemente (Smith und Lewis 2011, S. 382), z. B. Autonomie und Kontrolle (Sundaramurthy und Lewis 2003), Profit- und Sozialorientierung (Smith und Besharov 2019), oder „exploration“ künftiger und „exploitation“ gegenwärtiger Optionen (Andriopoulos und Lewis 2009), zum Beispiel im Rahmen von Digitalisierungsinitiativen in Krankenhäusern (Gastaldi et al. 2018).

Im Gegensatz zu Dilemmata oder Widersprüchen sind Paradoxien nicht durch Entscheidungen auflösbar (Putnam et al. 2016) und fordern zu ihrer fortlaufenden Bearbeitung auf, um die damit erlebten Spannungen zu bearbeiten oder die Elemente in ein produktives Verhältnis zu setzen (Beech et al. 2004). Im Umgang mit Paradoxien plädiert die Literatur für sogenannte Sowohl-Als-Auch gegenüber Entweder-Oder-Ansätzen (Clegg et al. 2002; Tsoukas und Cunha 2017). Erstere zielen darauf ab, beiden Elementen einer Paradoxie gerecht zu werden, z. B. durch örtliche Trennung beider Elemente, durch den zeitlichen Wechsel zwischen beiden, oder durch die Entwicklung einer neuen Einsicht, welche die Nützlichkeit von Spannungen zwischen den Elementen hervorhebt. Letztere Ansätze präferieren die Entscheidung für ein Element. Ein solcher Entweder-Oder-Ansatz kann zwar zunächst hilfreich sein, führt aber im Zeitverlauf zu weiteren Spannungen mit dem Risiko von Konflikten und Paralyse, weil das abgewählte Element nach wie vor wirksam ist (Lewis und Smith 2022).

Jedoch fokussiert die bisherige Forschung meist auf die Sachdimension von Paradoxien. So heben die eingangs erwähnten Beispiele die inhaltliche Seite hervor, z. B. widersprüchliche soziale und wirtschaftliche Zwecke (Smith und Besharov 2019), unterschiedliche Erwartungen an den heutigen oder den künftigen Nutzen (Andriopoulos und Lewis 2009), oder die Untersuchung mehrerer Paradoxien entlang

ihrer Sachdimension (Jarzabkowski et al. 2022, 2013). Von der Sachdimension getrennt, fokussieren andere Studien auf die Sozialdimension erlebter Paradoxien beispielsweise mit ihren lähmenden Folgen auf die Beteiligten (Carroll und Arneson 2003) oder untersuchen Paradoxien und deren Umgang im Zeitverlauf (Abdallah et al. 2011). Das Zusammenspiel aller drei Dimension wird kaum erforscht.

Diese Engführung auf eine Paradoxie bzw. auf eine ihrer Dimensionen ist theoretisch und praktisch problematisch. Sie reduziert die Komplexität organisationaler Wirklichkeit, während Organisationen und ihre Leitung bei Entscheidungen neben den sachlichen Aspekten gleichzeitig Fragen nach der Einbindung von Akteuren sowie nach den kurz- und längerfristigen Wirkungen berücksichtigen müssen. Mit anderen Worten birgt die genannte Engführung das Risiko, Zusammenhänge zwischen Paradoxien bzw. ihrer inhaltlichen, sozialen oder zeitlichen Dimension auszublenzen. Dies wiederum begrenzt das Erklärungspotential der Paradoxieforschung (Berti und Cunha 2023). In der Praxis entsteht das Risiko, Wechselwirkungen zwischen den Dimensionen einer Paradoxie zu vernachlässigen, was zu Ergebnissen führen kann, die den Absichten der Akteure widersprechen (Langley 2021).

An dieser Kritik setzt der Beitrag an mit der systemtheoretischen Hintergrundannahme, dass Organisationen paradoxal sind, weil sie aus Entscheidungen bestehen (Luhmann 2000, S. 132). Entscheidungen erfordern in sachlicher Hinsicht paradoxerweise Alternativen, die sie gleichzeitig ausschließen. In den Worten von Heinz von Foerster (1994) geht es dann darum, das (rational) Unentscheidbare zu entscheiden, wohingegen rational entscheidbare Fragen keine Entscheidungen sind. In sozialer Hinsicht entfaltet eine Organisation diese Paradoxie mit der Frage nach den Entscheidungspersonen oder -gremien, um Entscheidungen auszulagern, ohne sie auszulagern (Andersen 2003). In zeitlicher Hinsicht entsteht die Spannung zwischen der unmittelbaren Entscheidungssituation und ihren mittelbaren Wirkungen, die den beabsichtigten Wirkungen zuwiderlaufen können (Langley 2021).

Die nachfolgende Rekonstruktion zum Umgang eines Krankenhauses mit der COVID-19 Pandemie nimmt die Sach-, Sozial- und Zeitdimension gleichermaßen in den

Blick. Sachlich ging es darum, fortlaufend zwischen der Behandlung von Normal- und COVID-Patienten zu entscheiden. Sozial stand im Vordergrund, für schnelle und gleichzeitig von der Organisation akzeptierte Entscheidungen zu sorgen. In zeitlicher Hinsicht lag der Fokus auf der unmittelbaren Situation und weniger auf der mittelfristigen Entwicklung.

3 Methode: Prozessforschung mit einer Einzelfallstudie

Aufgrund des neuartigen Phänomens des Umgangs mit der COVID-19 Pandemie wird eine Einzelfallstudie gewählt (Yin 1994). Wie eingangs erwähnt, bieten sich Krankenhäuser zudem zur Erforschung von Paradoxien an, weil sie konfliktäre Zwecke verfolgen und unterschiedliche Verständnisse von Medizin, Pflege und Management integrieren. Die für ihre Wertschöpfung nötigen Fachpersonen nehmen ihrerseits eine gewisse Autonomie in Anspruch (Denis et al. 2001). In solchen Organisationen erfordern Entscheidungen nicht nur inhaltliche Qualität, sondern auch soziale Akzeptanz, weil das Expertentum der Fachpersonen einen hierarchischen Durchgriff seitens der Krankenhausleitung begrenzt (Lozeau et al. 2002). Weil Krankenhäuser im Zentrum der Pandemie standen, die sofortige Handhabung erforderte, zeigt sich an ihnen die sachliche, soziale und zeitliche Dimension der Organisationsparadoxie.

Das untersuchte Krankenhaus – Spital X – ist eine öffentliche Einrichtung mittlerer Größe mit ca. 6000 Mitarbeitenden und etwa 36.000 stationären und 530.000 ambulanten Fällen und dem Auftrag zur Gesundheitsversorgung der kantonalen Bevölkerung. Der Spitalleiter steht der Geschäftsleitung vor, die sich aus der Leitung der Pflege, mehrerer Administrationsabteilungen sowie aus zwei Vertretern der beiden größten medizinischen Departementen der inneren Medizin und Chirurgie zusammensetzt, die ihrerseits ca. 30 Kliniken beherbergen.

Für die Handhabung der Pandemie setzte der Spitalleiter eine so genannte Taskforce ein (s. Tab. 2). Dieses Gremium war der zentrale Ort von Entscheidungen, neben den wöchentlichen Sitzungen der Klinik für Infektiologie und der

Tab. 1 Teildatensatz für die Analyse ab Schritt 2

| Typ | Quelle | Anzahl |
|--------------------------------------|--|-----------|
| <i>Beobachtungen</i> | Taskforce (Krankenhaus): direkte, Beobachtung der Sitzungen seit März 2020 mit jeweiligen Protokollen und Mitschriften | 36 |
| <i>Interviews</i> (transkribiert) | Serie 1: Alle Mitglieder der Spital-Taskforce und Mitarbeitende von Normal- und Pandemiestationen, zu ihrer Erfahrung mit der Pandemie im Sommer 2020; Dauer, 60–90 min | 26 |
| | Serie 2 Selektion der Mitglieder der Spital-Taskforce und Mitarbeitende von Normal- und Pandemiestationen, zu ihrer Erfahrung mit der Pandemie im Sommer 2021; Dauer, 60–90 min | 17 |
| <i>Kurz-Interviews</i> (Feldnotizen) | Pflege: täglich (März–April, 2020), ab dann bis März 2022 wöchentliche Interviews zur aktuellen Lage mit einer Pflegeleitung, Dauer 30–60 min | 92 |

Spitalhygiene, zuständig für die pandemiebezogenen Richtlinien. Die Beobachtung der Sitzungen dieser Gremien war ein Teil der Datenerhebung durch den Autor. Zusätzlich führte er mit einem Doktoranden zwei Serien semi-strukturierter Interviews mit den Taskforce-Mitgliedern und weiteren Mitarbeitenden zwischen den Pandemiewellen durch. Parallel sprach der Autor zunächst täglich und ab April 2020 wöchentlich mit einem Arzt und einer Pflegeleitung. Weiterhin hatte der Autor freien Zugang zu pandemiebezogenen Dokumenten im Intranet und war über eine hausinterne Emailadresse in die interne Kommunikation eingebunden. Dieser Feldzugang ermöglichte einen tiefgehenden und reichhaltigen Einblick in das organisationale Geschehen.

Die Auswertung erfolgte nach dem in der Prozessforschung üblichen Vorgehen (Langley 1999) eines kontextualistischen Ansatzes (Pettigrew et al. 2001). In einem ersten Schritt wurde mit Hilfe des umfassenden Datensatzes eine dichte Beschreibung erstellt, die das Umfeld des Spitals, Themen zur Handhabung der Pandemie und die Ereignisse im Zeitverlauf umfasst. Die dichte Beschreibung wurde durch parallele Analysen eines Doktoranden und einer Masterstudentin validiert.

Der zweite Analyseschritt diente der Identifikation von Paradoxien mit einem reduzierten Datensatz der in Tab. 1 zusammengefasst ist.

Die Protokolle und die Mitschriften der Taskforce-Sitzungen halfen, die Entscheidungen im Zeitverlauf festzuhalten. Die Interviews und Kurz-Interviews gaben zudem Aufschluss über die Interpretationen der Beteiligten dazu sowie zu weiteren Begebenheiten, Aktivitäten und Zusammenkünften. Die Kurz-Interviews ermöglichten zudem eine enge zeitliche Erfassung, während die Interview-Serien an zwei Zeitpunkten stattfanden.

Bei der Analyse wurde wie in anderen Studien auch (Andriopoulos und Lewis 2009; Jarzabkowski et al. 2013) in

den Interviews und Kurz-Interviews Hinweise zu Spannungen, ungelösten Fragestellungen, Konflikten, und Problemen erfasst, und mit Blick auf die unterschiedlichen Dimensionen aggregiert. In sachlicher Hinsicht stand für die Beteiligten das Verhältnis zwischen Pandemie- und Normalbetrieb im Vordergrund, das der Autor als Illustration der Organisationsparadoxie von Differenzierung und Integration bzw. Teil und Ganzes ansieht (Jarzabkowski et al. 2013). Bei der Handhabung damit verbundener Fragen ging es immer wieder um die Beteiligung an entsprechenden Entscheidungen, um den Umgang miteinander dabei sowie um die verbindliche Umsetzung von Entscheidungen. Die dabei auftretenden Spannungen und Konflikte verwiesen auf die Sozialdimension. Weiterhin enthielten vor allem die Kurz-Interviews und die Interviews mit Pflegenden Hinweise auf die mittelbaren Folgen der Pandemiehandhabung, insbesondere die Personalbelastung. Demgegenüber war der Mangel an Sachmitteln lediglich zu Pandemiebeginn ein Thema. Insgesamt gaben diese Daten Aufschluss zu den drei Dimensionen, welche die Struktur des nachfolgenden Abschnittes bilden.

Zudem ließ sich mit den Interviews das organisationale Muster zum Umgang mit der Pandemie rekonstruieren, weil die Beobachtungen auf die genannten Gremien begrenzt waren und Spital X das Muster nicht explizit definierte oder in den Protokollen festgehalten hatte. Die Rekonstruktionen erfolgte durch die Analyse der berichteten Begebenheiten mit Blick auf Entscheidungsorte (wer) zu Fragen der Ausdehnung oder Reduktion des Pandemiebetriebs (was) in ihrem zeitlichen Rhythmus (wann). Daraus wurde das in Abschn. 4.2 dargestellt organisationale Muster zusammengestellt, das der Autor Kalibrierungsmodus nennt. Dieses Muster wurde mit den Analysen des Doktoranden validiert, der eine andere Theorieperspektive verwendete.

Abschließend wurden das Entscheidungsmuster und die drei Dimensionen der Organisationsparadoxie in einem

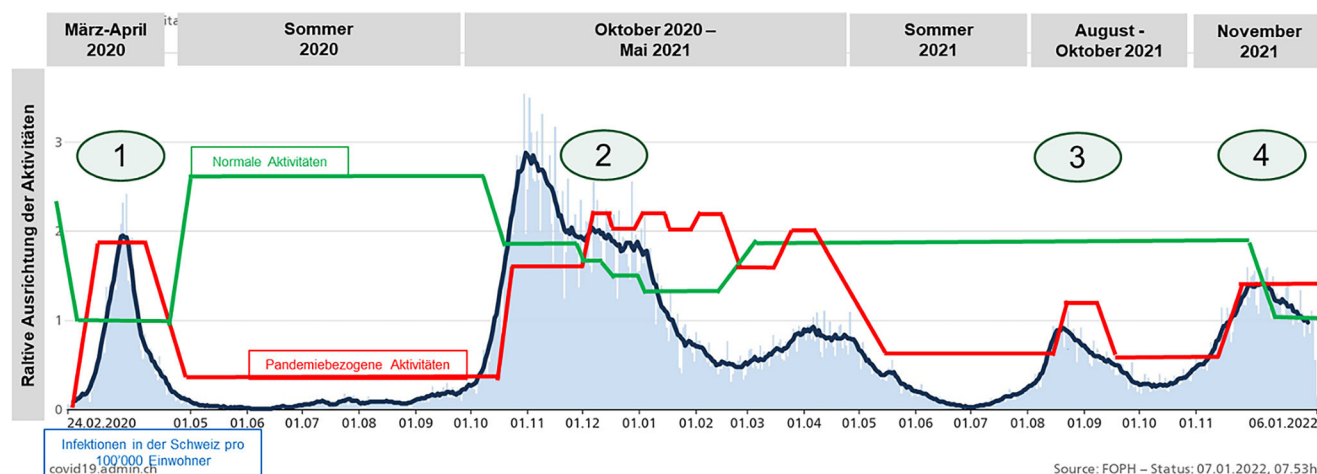


Abb. 1 Pandemieentwicklung mit Normal- und Pandemieaktivitäten

Workshop mit den Mitgliedern der Taskforce im Herbst 2022 plausibilisiert und überprüft.

4 Ergebnisse: Die sachliche, soziale und zeitliche Dimension der Organisationsparadoxie im Umgang mit der Pandemie

Dieser Abschnitt enthält die Analyseergebnisse in einer der kontextualistischen Forschung üblichen narrativen Form. Der Abschnitt zeigt den Umgang des untersuchten Krankenhauses – Spital X – mit der COVID-19 Pandemie. In der Sachdimension geht es um den Widerspruch, zwischen Normal- und COVID-Behandlung zu wählen, was mit dem Anspruch, allen Patienten gerecht zu werden, eine Paradoxie formt. Mit Blick auf die Sozialdimension zeigt der „Kalibrierungsmodus“, wie diese Entscheidungen mit Blick auf Schnelligkeit und auf Akzeptanz erfolgten. Die Zeitdimension beschreibt die Gegenwartsorientierung bei den Entscheidungen, um der Dynamik der Pandemie zu begegnen.

Den Kontext bildet die COVID-19 Pandemie. Sie verlief für Spital X in mehreren Wellen, von März 2020 bis Frühjahr 2022 (Abb. 1). Zunächst bestand das Ziel von Spital X darin, „Zustände wie in Norditalien zu vermeiden“ (Interview, Spitalleiter). Mit dem landesweiten „Shut-down“ reduzierte Spital X von März bis Mai 2020 seine normalen Aktivitäten zugunsten der Entwicklung und Praktizierung des Pandemiebetriebs um etwa 50 % (Interview, Spitalleiter). Der Normalbetrieb umfasst alle Aktivitäten, die Spital X vor der Pandemie erbrachte. Sie reichen von der Patientenbehandlung und den dafür nötigen Unterstützungsprozessen bis hin zu diversen Entwicklungsprojekten wie Umbauten oder die Einbindung von Regionalkrankenhäusern. Mit Pandemiebetrieb sind die diesbezüglichen Aktivitäten zur Diagnostik und Behandlung von COVID-Patienten gemeint, sowie die dafür nötigen Unterstützungsprozesse zur Materialbeschaffung, Maßnahmen zum Schutz von Personal inklusive Impfungen, Umsetzung von behördlichen Vorgaben, oder Unterstützung der Behörden und Fachverbände bei der Maßnahmenentwicklung.

Am Ende der 1. Welle kehrte Spital X zum Normalbetrieb zurück und holte verschobene Behandlungen und Projektarbeiten im Sommer 2020 nach. Ab der 2. Welle konnte Spital X aufgrund der regionalen Vorgaben den Normal- und den Pandemiebetrieb parallel betreiben und situativ anzupassen: „Unsere Prämisse war, dass wir unsere normalen Aktivitäten so weit wie möglich fortsetzen und gleichzeitig die Ressourcen für die COVID-Patienten zur Verfügung haben“ (Klinikleiter Anästhesiologie).

Abb. 1 zeigt eine verdichtete Zusammenfassung des Umgangs von Spital X mit der Pandemie im Zeitverlauf (x-

Achse) anhand der relativen Ausrichtung seiner normalen und pandemiebezogenen Aktivitäten (y-Achse). Die rote Kurve symbolisiert die Aktivitäten zur Handhabung der Pandemie, deren jeweilige Höhe zum einen die Aussagen aus den Interviews zum Verhältnis von pandemiebezogenen Aktivitäten zu den üblichen Aktivitäten widerspiegeln. Zum anderen markieren die jeweiligen Anpassungen in der Abbildung die Entscheidungen aus den Task-Force-Sitzungsprotokollen zur schrittweisen Einschränkung bzw. Wiederaufnahme des Normalbetriebs (grüne Kurve). Gemeinsam symbolisieren die rote und die grüne Kurve die Ausrichtung des Betriebs in Richtung Normal- oder Pandemiebetrieb. Die blaue Kurve gibt den Pandemieverlauf anhand der nationalen Infektionszahlen von COVID-19-Patienten von Februar 2020 bis Januar 2022 an.

Der skizzierte Verlauf illustriert den Umgang von Spital X mit der Pandemie und der Anforderung, über den Zeitverlauf sowohl COVID-19-Patienten als auch alle anderen Patienten zu behandeln. Zudem markiert der niedrigere Stand der grünen Kurve ab dem Ende der 2. Welle eine geringere Behandlungskapazität. Dies lag an personalbedingten Bettenschließungen, die dem Autor in den wöchentlichen Gesprächen mit der Pflegeleitung berichtet wurden und die im Jahresbericht rückblickend mit etwa 10 % Reduktion beziffert wurden.

4.1 Die sachliche Dimension der Paradoxie und ihre Handhabung

Der obige Verlauf zeigt die fortlaufenden Entscheidungen in sachlicher Hinsicht auf. Dabei traten Spannungen zwischen dem Normal- und dem Pandemiebetrieb auf, die ihrerseits auf die Sachdimension der Paradoxie hindeuten. Diese Spannungen fokussierten vor allem auf die Frage nach den Ressourcen. Verschiedene Kliniken wollten ihre Patienten bei zunehmender Dauer der Pandemie verstärkt weiter behandeln, wobei das eigene Personal gleichzeitig von den pandemiebedingten Aktivitäten beansprucht wurde. Der Spitalleiter erklärt: „Du weißt ja nicht, wie sich die Pandemie entwickelt und gleichzeitig kriegst du zunehmend, spürt man zunehmend den Druck, dass Leute sagen, ich brauche mein Personal wieder, das könnt ihr jetzt nicht weiter aufschieben.“ Genauso berichtete die Pflegeleitung in den wöchentlichen Interviews zunehmend von Konflikten mit und zwischen Kliniken über die Frage, welche Betten und damit welches Personal für die Pandemiebehandlung bereitstanden. Die Bereitschaft sank, wie die Pflegeleitung der Intensivstation ausführte: „Wir mussten Stück für Stück Personal aus den verschiedenen Kliniken zusammenkratzen. Das sorgte für zahlreiche Diskussionen. Einige Kliniken führten einfach ihre normale Behandlung fort“. Im weiteren Zeitverlauf deuten die Daten darauf hin, dass sich diese Spannungen vor allem zwischen Pflege und Ärzte-

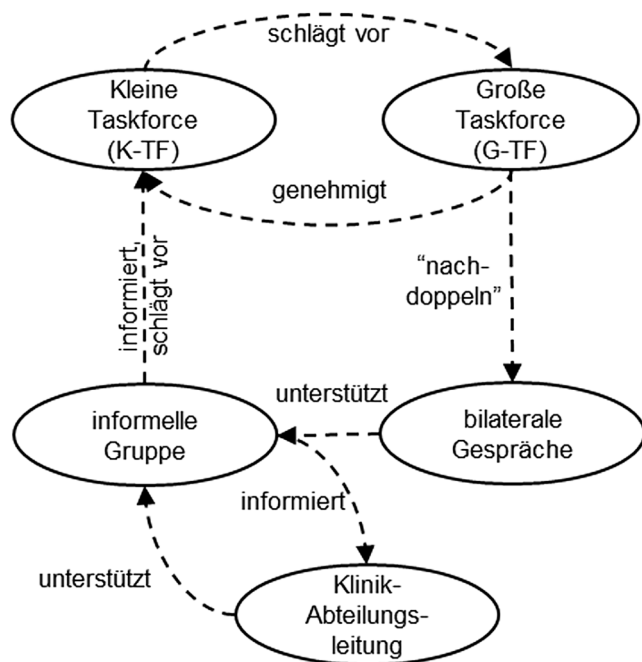


Abb. 2 Kalibrierungsmodus

schaft verschärften. Während erstere den Kliniken vorwarfen, ihr Personal „zu verheizen“ (Pflegeleitung), beklagten Klinikleitende die mangelnde Fähigkeit der Pflegeabteilungen zur Rekrutierung und zur Motivation ihres Personals, eine Zeit hoher Arbeitsbelastung durchzustehen (Pflegeleitung, Kurz-Interviews).

Diese Spannungen verweisen auf die sachliche Dimension, die auf dem Anspruch basiert, alle Patienten trotz begrenzter Ressourcen zu behandeln. Die damit verbundenen Entscheidungen bergen das Risiko gesundheitlicher Schäden für PatientInnen. Die Streichung oder Verschiebung von Behandlungen widerspricht sowohl dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses als auch den normativen Standards der Berufsgruppen. Deshalb handelt es sich bei den Entscheidungen zur Verteilung der Ressourcen auf Normal- und Pandemiebetrieb nicht um einen trade-off mit einer unter den Umständen optimalen Lösung, da diese eine Nicht-Erfüllung des eigenen Auftrags beinhaltet (Berti und Cunha 2023). Um die Sachdimension der Paradoxie bei gleichzeitiger Ungewissheit zum zeitlichen Verlauf der Pandemie zu handhaben, entwickelte Spital X einen Modus des Entscheidens, der das Thema des folgenden Abschnitts ist und der auf die soziale Dimension der Paradoxie verweist.

4.2 Die soziale Dimension der Paradoxie und ihre Handhabung

In sozialer Hinsicht ging es um möglichst schnelle und möglichst akzeptierte Entscheidungen, so der Spitalleiter: „Die außergewöhnliche Situation erfordert schnelle

Entscheidungen“ (Spitalleiter, Taskforce Sitzung im März 2020). Er ergänzte im Interview: „Du brauchst nicht nur inhaltlich gute Entscheidungen, sondern die müssen auch akzeptiert werden. Sonst passiert nicht viel“. Die Schnelligkeit legt einen kleinen Kreis an Beteiligten, die Akzeptanz eine breitere Einbindung nahe. Dafür entwickelte Spital X den vom Autor so bezeichneten Kalibrierungsmodus. In seinem Zentrum stehen zwei Gremien, die große (G-TF) und die kleine Taskforce (K-TF). Die Bezeichnung „Kalibrierungsmodus“ bezieht sich auf die obige Sachdimension, die Kalibrierung des Ressourcenbedarfs für den Normal- und den Pandemiebetrieb (siehe Abb. 1). Abb. 2 stellt eine Zusammenfassung des Kalibrierungsmodus dar:

Die große Taskforce (G-TF) diente der Entwicklung (Welle 1) und der Formalisierung von Entscheidungen zur Umsetzung der von der kleinen Taskforce (K-TF) vorgeschlagenen Intensität der Pandemieaktivitäten. Die G-TF traf sich (ab der 2. Welle) wöchentlich mit über 30 Mitgliedern verschiedener Abteilungen und Kliniken, die aufgrund ihrer Expertise im Umgang mit der Pandemie ausgewählt waren (siehe Tab. 2). Ihr gehörten neben fast allen Geschäftsleitungsmitgliedern weitere Führungskräfte an, deren Fachexpertise der CEO als hilfreich für die Bewältigung der Pandemie ansah, sowie diverse Leitungspersonen von Kliniken, die von den Entscheidungen der G-TF betroffen waren.

Die kleine Taskforce (K-TF) kam zur zeitnahen Lagebesprechung und Festlegung von krankenhausesweiten Reduzierungen der normalen Aktivitäten zusammen. Sie bestand aus ausgewählten G-TF-Mitgliedern – dem CEO, der Pflegedirektorin, dem Leiter der beiden Intensivstationen, dem Leiter der Spitalhygiene und der Infektiologie und dem Klinikleiter für Innere Medizin (siehe Tab. 2). Der Spitalleiter begründete die Gründung der K-TF in der Sitzung der G-TF im März 2020: „Die außergewöhnliche Situation erfordert schnelle Entscheidungen, die wir mit Engagement umsetzen. Dafür [...] werden wir die kleine Task Force installieren, die täglich die Lage beobachtet und operative Entscheidungen trifft.“

Zur Umsetzung der Entscheide waren die Task Forces mit weiteren Entscheidungsgremien verknüpft, den bestehenden Klinik- und Abteilungsleitersitzungen und situativ gebildeten Gremien wie den vom Autor so genannten „informellen Gruppen“. Sie bestanden aus den Leitenden der Intensivstationen sowie der Orthopädie und Anästhesiologie (Abteilung für Chirurgie) oder der Kardiologie (Abteilung für Innere Medizin). Diese Personen besprachen die konkreten Anpassungen von normalen und pandemischen Aktivitäten und bewerteten in pandemischen Hochzeiten täglich die benötigten Behandlungskapazitäten, wie der Leiter einer Intensivstation erläuterte: „Wir hatten jeden Morgen um 7 Uhr ein Treffen mit den Kardiologen, und das ist der Moment, bestimmte Behandlungen abubrechen.

Tab. 2 Zusammensetzung der kleinen und der großen Taskforces

| | Welle 2 | |
|-----------------------|---|--|
| | Große Taskforce (G-TF) | Kleine Taskforce (K-TF) |
| Geschäftsleitung (GL) | Geschäftsleiter Stellvertreter alle bis auf 2 GL-Mitglieder | Geschäftsleiter |
| Medizinbereiche | Leiter beider Intensivstationen Leiter Innere Medizin Chefarzt Pneumologie, Chefarzt Notfall Leiter Chirurgie Leiter Infektiologie Leiter Spitalhygiene <i>Zusätzlich zu Welle 1:</i> Chefarzt Kardiologie Chefarzt Anästhesie Chefarzt HNO Chefarzt Transplantationsmedizin Chefarzt Radio-Onkologie Chefarzt Augenklinik | Chefarzt Chirurgie Chefarzt Kardiologie Chefarzt Infektiologie Leiter Spitalhygiene |
| Pflege | Pflegedirektorin Leiterin Pflege innere Medizin Leiterin Pflege Chirurgie Leiterin Pflege Notfall Leitung der Intensivstation | Pflegedirektion Leiterin innere Medizin (Gast) Leiterin Chirurgie (Gast) |
| Para-medizin | Leiter Apotheke Kordinatorin für Pflegeheime, Reha Leiter Krankenhaus-Labor | |
| Administration | Leiter Kommunikation Leiter Logistik und Gastronomie Leiterin Personal Leiter Unternehmensentwicklung Leiter Finanzen | |
| Größe | 32 | 8 |
| Rhythmus | 1 wöchentlich für 1 h | 3–5 wöchentlich, je ca. 1 h |
| Funktion | Entscheidungen über Eskalationsstufe, Hygiene, Besucher und Schutz, Genehmigung von Entscheidungen durch die kleine Arbeitsgruppe, Erstellung von Protokollen | Überwachung und Entscheidung über Kapazitäten, die von ICUs ausgelöst werden |

Wir hatten sehr kurze Kommunikationswege und konnten so die Kapazitäten sicherstellen, die wir auf der Intensivstation brauchten.“ Anforderungen zur Reduktion des Normalbetriebs aus diesen Treffen lösten Sitzungen der K-TF aus und wurden auch in Sitzungen der Klinikleiter eingebracht, bevor sie von der G-TF genehmigt wurden. Im Kalibrierungsmodus ging es daher um Folgendes: „Wenn die Zahlen wieder steigen, dann müssen wir den Kliniken sagen: ‚Schaut mal, ihr müsst wieder Betten und Personal freimachen‘“. (leitende Ärztin). Darüber hinaus waren laut der leitenden Ärztin bilaterale Gespräche mit bestimmten Klinikleitern nötig, um die Reduktion ihrer normalen Behandlungsaktivitäten sicherzustellen. „Es musste schon mit einigen regelmäßig nachgedoppelt werden, damit sie auch wirklich ihre Behandlungen reduzierten.“ „Nachgedoppelt“ bezeichnet die erneute Ermahnung, die getroffene Entscheidung einzuhalten.

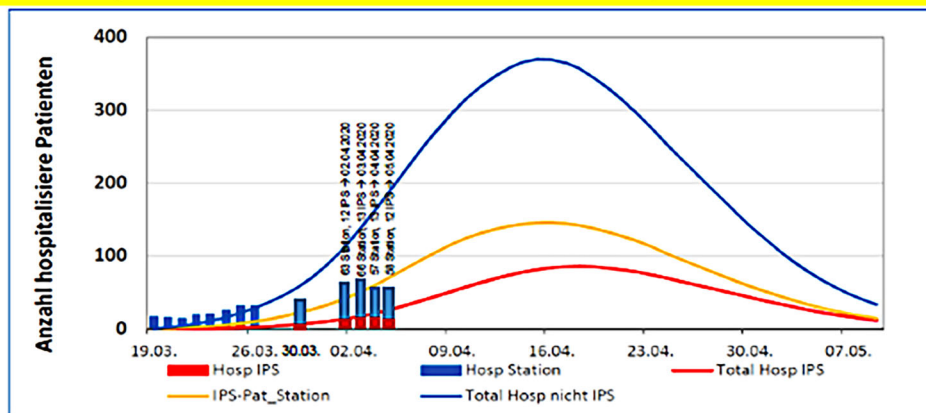
Mit diesem Muster, dem Kalibrierungsmodus, handhabte Spital X die Pandemie und die Sachdimension der Paradoxie. Gleichzeitig wurde am Kalibrierungsmodus die Sozialdimension der Paradoxie sichtbar. Die Sozialdimension der Paradoxie ergibt sich zum einen aus dem Entscheidungszwang: „Während der Pandemie kann man sich nicht nicht entscheiden. Auch wenn Du nicht antwortest oder sagst, dass ich es nicht weiß, ist es eine Entscheidung“ (leitender Arzt der Infektiologie). Zum anderen bezieht sich die Paradoxie auf die Partizipationserwartung der Akteure. So beschreibt der Leiter der Spitalhygiene: „Es gab eine ganze Reihe Leute, die dachten, sie seien jetzt Experten für Infektiologie und Krankenhaushygiene. Ich meine, wenn ich einen Gallenstein habe, dann gehe ich auch nicht zum Gynäkologen“. Gleichzeitig erforderte die Pandemie eine engagierte Umsetzung, wie der Spitalleiter wie oben erwähnt ausdrückte.

Zusammenfassend ergibt sich die Sozialdimension der Paradoxie daraus, dass einerseits die Anzahl der Beteilig-

Abb. 3 Wuhan-Modell, Protokoll Taskforce 22.04.2020

Prognosen auf Basis Wuhan 130%

Prognose Hospitalisierte Patienten Kt SG / Beobachtet (IPS / Normalstation)



ten an der Spitze reduziert werden muss, um schnelle Entscheidungen herbeiführen zu können. Andererseits braucht es eine breite Einbindung auch der von Entscheidungen betroffenen Einheiten für die Akzeptanz zur Umsetzung der Entscheidungen. Diese besondere Dynamik auf der Sozialdimension ist typisch für Krankenhäuser, deren Akteure aufgrund ihrer Expertise Autonomie beanspruchen (Denis et al. 2001). Gleichzeitig gilt das Zusammenspiel von zentraler und dezentraler Entscheidungsfindung als förderlich für die Entscheidungsqualität (Sundaramurthy und Lewis 2003). Zentrale Entscheidungsfindung bietet Orientierung, Verbindlichkeit und Schnelligkeit. Dezentrales Entscheiden erfüllt dagegen die Partizipationserwartung zur Steigerung der Akzeptanz, die oft mit verlangsamen Abstimmungen einhergeht (Lozeau et al. 2002).

4.3 Die zeitliche Dimension der Paradoxie und ihre Handhabung

Die zeitliche Dimension verweist insbesondere auf die Widersprüchlichkeiten zwischen den Anforderungen an die gegenwärtige Situation und die in der Zukunft (Lewis und Smith 2022). In diesem Fall ging es vor allem darum, mit der zeitlichen Dynamik der Pandemie umzugehen, um die Entscheidungen in der Sachdimension zu ermöglichen.

Zur Handhabung der zeitlich ungewissen Pandemieentwicklung nutzte das Spital in der ersten Welle zunächst ein selbst erarbeitetes Prognose-Modell (siehe Abb. 3). Dieses Modell wurde „Wuhan-Modell“ genannt aufgrund der dortigen Pandemiezahlen, die dem Modell zugrunde lagen. Diese Daten wurden mit den lokalen Daten von Spital X mit den Balken ergänzt, deren blauer Teil die Hospitalisierung von COVID-19 Patienten auf den Pandemiestationen umfasste. Der rote Teil eines Balkens zeigt die Anzahl der COVID-19 Patienten der Intensivstation. Auf Basis der lokalen Daten prognostizierte das Modell mit Hilfe des Pandemieverlaufs in Wuhan den weiteren Verlauf für das Spi-

tal X. Diese Prognose ist in der blauen Kurve (hospitalisierte Patienten auf den Pandemiestationen), der gelben Kurve (Intensivpatienten, die auf Pandemiestationen betreut werden) und der roten Kurve (COVID-19 Patienten auf der Intensivstation) dargestellt.

Die Prognosefähigkeit dieses Instruments war jedoch beschränkt, wie sich ansatzweise auf der linken Seite der Abbildung erkennen lässt. Die realen Daten von Spital X (blau-rote Balken) deuteten einen dramatischeren Verlauf als in Wuhan an, der aber nicht eintrat. Daher wechselte Spital X ab der zweiten Welle in den Taskforce-Sitzungen auf eine Betrachtung der aktuellen nationalen und regionalen Daten, im Verhältnis zur Auslastung des eigenen Hauses, wie sie in Abb. 1 dargestellt sind. Diese aktuellen Daten wurden zu Beginn jeder Sitzung gezeigt, und mit den Beteiligten wurde deren Einschätzung zur weiteren aktuellen Entwicklung ausgelotet. Entsprechend war in den Sitzungen der großen Task-Force regelmäßig von „Bauchgefühl“, „Gefühl“ oder „Eindruck“ die Rede, was der Ungewissheit der Situation Rechnung trug. Nach diesem Austausch und einem Kurzbericht von Intensiv-, Notfall- und Pandemiestationenvertre-

| Stufe | Notfall | Intensiv | Massnahmen (gemäss BAG) |
|--|---------------|---|---|
| A: Aktuelle Situation | Alle Fälle | MIPS | K/T-Isolation* |
| B: Ressourcen DIM reichen nicht mehr aus | Schwere Fälle | MIPS/CHIPS | K/T-Isolation*, Kapazität erhöhen durch Reduktion elektiver Eintritte |
| C: Höchste Eskalationsstufe | Schwere Fälle | MIPS/CHIPS, plus OP-Säle H03, Aufwachraum H03, ...) | K/T-Isolation*, auch geplante elektive Eintritte stoppen |

| IPS Plätze | Stufe A | Stufe B | Stufe C1 | Stufe C2 |
|----------------------|---------|---------|----------|----------|
| Medizin IPS Plätze | 12 | 12 | 16 | 18 |
| Chirurgie IPS Plätze | 24 | 32 | 32 | 40 |
| Totale IPS Plätze | 36 | 44 | 48 | 58 |

Abb. 4 Eskalationsstufenplan, Protokoll Taskforce 05.11.2020

tungen zu deren Auslastung folgte der Entscheidungsvorschlag des Spitalleiters mit Blick auf die Verlagerung der Kapazitäten auf den Normal- oder Pandemiebetrieb. Dieser Entscheidung orientierte sich am so genannten „Eskalationsstufenplan“, den die Geschäftsleitung zu Beginn der ersten Welle entwickelt (oberer Teil Abb. 4) und im weiteren Verlauf anpasste (unterer Teil, Abb. 4).

Der Eskalationsstufenplan definiert grob die Behandlungskapazitäten für die COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen (MIPS/CHIPS) und gibt eine Einschränkung bei der Notfallbehandlung und der elektiven Behandlungen vor. Die jeweiligen Reduktionen im Normalbetrieb wurden den Departementen Innere Medizin (DIM) und Chirurgie mit ihren Kliniken überlassen.

Die Kombination von Einschätzung der aktuellen Pandemie und der eigenen Situation bildete die Grundlage für die Entscheidung zu etwaigen Anpassungen. Darin kommt eine Ausrichtung an der gegenwärtigen Lage zum Ausdruck, die der Ungewissheit der Pandemie Rechnung trägt. Sie basierte auf zwei Erkenntnissen der Beteiligten. Erstens ließ sich der Pandemieverlauf nicht abschätzen. Zweitens brauchte es ca. 10 Tage, bis die Infektionszahlen sich in Hospitalisa-

tionen niederschlugen, ein für Spital X ausreichender Zeitraum für die nötigen Anpassungen. Gleichzeitig wurden Folgen der jeweiligen Eskalationsstufen auf die Personalsituation in den Taskforce-Sitzungen kaum thematisiert. So rapportierten die entsprechenden Abteilungen regelmäßig, sie seien personell „kompensiert“, was einen ausreichenden Personalbestand signalisierte, auch wenn sie mit deren Belastung konfrontiert waren. Mehrfach erwähnte beispielsweise die Pflegeleitung in den Kurz-Interviews ab der zweiten Welle, wie „müde“ ihre Mitarbeitenden seien, während ihre Kollegin im Interview die zunehmenden Ausfälle und offenen Stellen benannte, ohne dass diese Beobachtungen systematisch in den Sitzungen zur Sprache kamen. Diese weiteren Effekte des Umgangs mit der Pandemie blieben im Hintergrund der auf die gegenwärtige Situation fokussierten Entscheidungen in der großen Task Force.

Zusammenfassend standen im Umgang mit der Pandemie vor allem die Sach- und die Sozialdimension der Organisationsparadoxie im Vordergrund. Sachlich ging es um die Abstimmung zwischen dem Normal- und dem Pandemiebetrieb, um möglichst alle Patienten zu behandeln. In der Sozialdimension galt es, für schnelle und akzeptierte Ent-

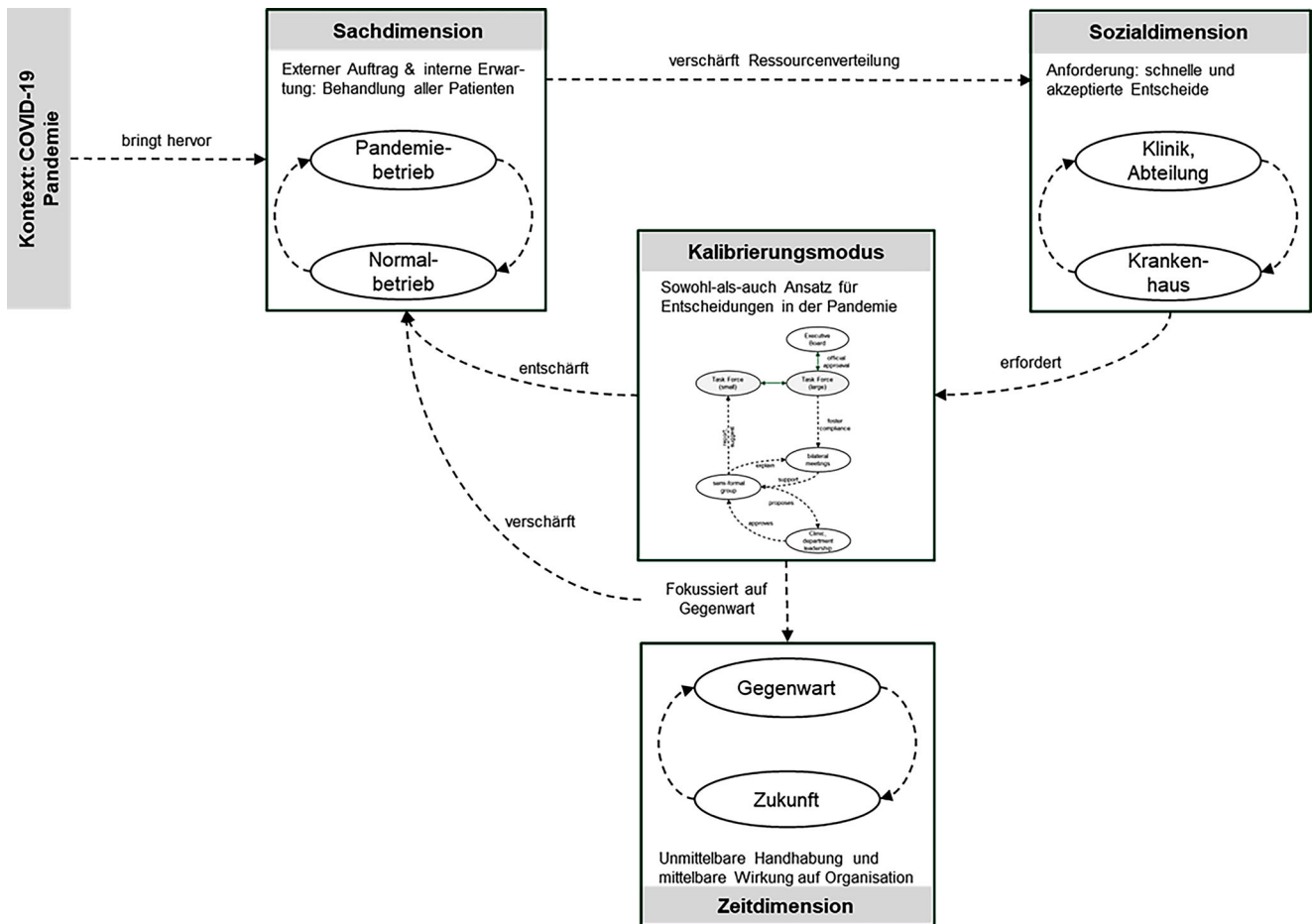


Abb. 5 Die Dreidimensionalität der Organisationsparadoxie und ihre Handhabung über den Kalibrierungsmodus

scheidungen zu sorgen. Zeitlich lag der Fokus auf der unmittelbaren Handlungssituation und weniger auf den mittelbaren Folgen insbesondere für das Personal. Der Anspruch zur Behandlung aller Patienten bei begrenzten Ressourcen riskierte eine Überbeanspruchung, die sich in Abb. 1 anhand der reduzierten Behandlungskapazität ab der 2. Welle zeigt, weshalb der Spitalleiter im Nachgespräch zur Pandemie von einem „brutalen“ Effekt auf das Personal sprach.

5 Diskussion und Konklusion: Die Dreidimensionalität der Organisationsparadoxie

Die dargestellten Analyseergebnisse zeigen auf, dass das untersuchte Krankenhaus im Zuge der Pandemiebewältigung mit der Sach-, Sozial- und Zeitdimension der Organisationsparadoxie umgehen musste, wofür es den Kalibrierungsmodus nutzte (siehe Abb. 5).

Die in Abb. 5 zusammengefassten Ergebnisse enthalten alle drei Dimensionen der Organisationsparadoxie. Demgegenüber werden in der englischsprachigen Paradoxieliteratur diese Dimensionen als separate Paradoxien isoliert untersucht, sachlich (z. B. Jarzabkowski et al. 2013), sozial (z. B. Sundaramurthy und Lewis 2003) oder zeitlich (z. B. Lewis et al. 2014). Zwar erforschen neuere Arbeiten auch mehrere Paradoxien, dann aber mit einem Fokus auf die Sachdimension (Jarzabkowski et al. 2022, 2013).

Das Problem einer solchen Trennung für das Verständnis empirischer Fragestellungen liegt darin, dass sie deren Komplexität nur begrenzt gerecht wird und so die Erklärungsreichweite der Paradoxieforschung beschränkt. Zwar erkennt die Literatur beispielsweise bei der Paradoxie von „exploration“ und „exploitation“ die Zeitdimension heutiger und künftiger Wirkungen an (Lewis und Smith 2022), untersucht sie aber aus einer Gegenwartsperspektive anhand künftiger Erwartungen. Nur wenige Arbeiten erforschen mittelbare Wirkungen, die in so genannte „outcome ironies“ münden können, bei denen Wirkungen eintreten, die im Gegensatz zu den ursprünglichen Absichten stehen (Langley 2021). Beispielsweise wird die Paradoxie des Erfolgs so erklärt, dass eine zunächst erfolgreiche Vorgehensweise oder Strategie zum Misserfolg führen kann, wenn sich die Organisation zusehends darauf konzentriert und erforderliche Korrekturen ausblendet (Miller 1993). Trotz Verweis auf die mittelbaren Folgen und damit auf die Zeitdimension fokussiert diese Erklärung auf die Sachdimension. Die obige Dreidimensionalität erweitert diese Erklärung, indem sie beispielsweise mittelbare Wirkungen in der Sozialdimension in Form zunehmender Spannungen und Konflikte berücksichtigt, welche die sachliche Dimension bei Entscheidungen untergraben können. Auf diese Weise kann die Paradoxieforschung von der dreidimensionalen

Betrachtung profitieren und ihren Erklärungsraum erweitern.

Dafür bietet sich der hier gewählte systemisch orientierte Zugang an. Er geht von einer Paradoxie aus, weil Entscheidungen, aus denen Organisationen bestehen, eine paradoxe Operation darstellen (Luhmann 2000, S. 132). Diese Paradoxie entfaltet sich in unterschiedlichen Dimensionen. In der Sachdimension geht es darum, fortwährend zwischen rational unentscheidbaren Alternativen zu wählen, wie in diesem Fall bei Fragen der Verteilung vorhandener Ressourcen auf Normal- und Pandemiebetrieb. In der Sozialdimension geht es um die Akteure, also wer entscheidet, was seinerseits eine Entscheidung ist. Wie für Expertenorganisationen typisch (Denis et al. 2001), galt auch im untersuchten Krankenhaus, sowohl von der Organisationsspitze für schnelle Entscheidungen als auch auf Ebene der Einheiten für akzeptierte Entscheidungen mit Hilfe des Kalibrierungsmodus zu sorgen. In der Zeitdimension geht es schließlich um unmittelbar gegenwärtige und mittelbar künftige Wirkungen von Entscheidungen. Erstere betreffen die Ereignisse – Entscheidungen – aus denen Organisationen bestehen, während Letztere die dabei emergierenden Muster und Effekte umfassen (Luhmann 2000, S. 223). Im vorliegenden Fall stand die unmittelbare, gegenwärtige Handlungssituation im Vordergrund, aufgrund der mangelnden Planbarkeit der pandemischen Entwicklung und der ausreichend schnellen Reaktionsfähigkeit der Organisation. Dies unterstützte die Handhabung der Paradoxie in der Sachdimension, vernachlässigte aber gleichzeitig deren mittelbaren Wirkungen auf die eigene Organisation. Das hier untersuchte Beispiel zeigt auf, dass der Umgang mit Paradoxien alle drei Dimensionen berücksichtigen sollte.

Die Dreidimensionalität von Paradoxien ist auch für die Literatur zum Umgang mit Extremsituationen relevant (Williams et al. 2017). Diese Literatur versteht den Umgang mit Krisen oft als Sequenz, einem Wechsel von Normalbetrieb zu Krisenbetrieb, gefolgt von der Rückkehr zum Normalbetrieb (siehe Abb. 1, 1. Welle). Diese Umgangsform hilft bei zeitlich begrenzten Krisenereignissen wie bestimmten Naturkatastrophen. Demgegenüber erfordert eine potenziell andauernde Krise wie die COVID-19-Pandemie, dass Organisationen im Zeitverlauf Krisen- bzw. in diesem Fall Pandemie- und Normalbetrieb parallel betreiben (siehe Abb. 1, ab 2. Welle), weshalb, die Sach-, Sozial- und Zeitdimension der Paradoxie erfolgskritisch werden.

Methodisch war eine Einzelfallstudie mit Echtzeit-Datenerhebung im vorliegenden Fall hilfreich. Dieser Ansatz unterliegt gleichzeitig den Limitationen eines einzelnen Falls und seines Kontextes. Damit ist die Verallgemeinerung entsprechend begrenzt, weshalb weitere Studien in Krankenhäusern und darüber hinaus in anderen Organisationen die Ergebnisse bestätigen oder weiter entwickeln

können. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit sich die Erkenntnisse im Umgang mit anderen gesellschaftlichen Herausforderungen reproduzieren lassen oder auch bei schleichend verändernden Organisationsumwelten. Schließlich tritt mit dem Fokus auf die Gesamtorganisation in den Hintergrund, wie Paradoxien auf der Ebene von Teams oder für Einzelpersonen bearbeitet werden. Derartige Untersuchungen können das Verständnis für den Umgang mit dynamischen Umwelten und Krisenfällen weiter stärken. Gerade wenn diese zeitlich andauern, geht es für Einzelne, Teams und Organisationen darum, mit den dann sichtbaren Paradoxien umzugehen, um sowohl die außergewöhnliche Situation als auch den Normalbetrieb weiter zu verfolgen. Beides zu gewährleisten scheint ein zentrales Moment des „new normal“ zu sein, das mit der COVID-19 Pandemie aufkam und womit wir wohl in Zukunft häufiger lernen müssen umzugehen.

Funding Open access funding provided by University of St.Gallen

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Abdallah, C., Denis, J.-L., & Langley, A. (2011). Having your cake and eating it too. Discourses of transcendence in organizational change dynamics. *Journal of Organizational Change Management*, 24(3), 333–348.
- Andersen, N. (2003). The undecidability of decision. In T. Bakken & T. Hermes (Hrsg.), *Autopoietic organization theory* (1. Aufl. S. 235–258). Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Andriopoulos, C., & Lewis, M. W. (2009). Exploitation-exploration tensions and organizational ambidexterity: managing paradoxes of innovation. *Organization Science*, 20, 696–717.
- Beech, N., Burns, H., de Caestecker, L., MacIntosh, R., & MacLean, D. (2004). Paradox as invitation to act in problematic change situations. *Human Relations*, 57(10), 1313–1332.
- Berti, M., & Cunha, M. (2023). Paradoxes, Dialectics or Trade-offs? A double loop model of paradox. *Journal of Management Studies*, 1–47. forthcoming.
- Carroll, L. A., & Arneson, P. (2003). Communication in a shared governance hospital: Managing emergent paradoxes. *Communication Studies*, 54(1), 35–55.
- Chandler-Jeanville, S., Nohra, R. G., Loizeau, V., Lartigue-Malgouyres, C., Zintchem, R., Naudin, D., & Rothan-Tondeur, M. (2021). Perceptions and experiences of the COVID-19 pandemic amongst frontline nurses and their relatives in France in six paradoxes: a qualitative study. *International Journal of Research in Public Health*, 18(13), 1–14.
- Clegg, S., Vieira da Cunha, J., & Pina e Cunha, M. (2002). Management paradoxes: A relational view. *Human Relations*, 55(5), 483–505.
- Cunha, M., & Putnam, L. L. (2017). Paradox theory and the paradox of success. *Strategic Organization*, 1–12.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 800–837.
- Fairhurst, G. T. (2018). Reflections: return paradox to the wild? Paradox interventions and their implications. *Journal of Change Management*. <https://doi.org/10.1080/14697017.2018.1552505>.
- von Foerster, H. (1994). *Wissen und Gewissen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gastaldi, L., Appio, F. P., Corso, M., & Pistoria, A. (2018). Managing the exploration-exploitation paradox in healthcare. *Business Process Management*, 24(5), 1200–1234.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and cure of disease—part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–70.
- Iedema, R., Degeling, P., Braithwaite, J., & White, L. (2003). ‘It’s an interesting conversation I’m hearing’: The doctor as manager. *Organization Studies*, 25(1), 15–33.
- Jarzabkowski, P., Lê, J. K., & van de Ven, A. H. (2013). Responding to competing strategic demands: how organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve. *Strategic Organization*, 11(3), 245–280.
- Jarzabkowski, P., Bednarek, R., Chalkias, K., & Cacciatori, E. (2022). Enabling rapid financial response to disasters: knotting and re-knotting multiple paradoxes in interorganizational systems. *Academy of Management Journal*, 65(5), 1477–1506.
- Koppenberg, J. (2012). Patientensicherheit – Definition und Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern, und Schaedten. *Therapeutische Rundschau*, 69(6), 335–340.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691–710.
- Langley, A. (2021). Paradox as irony: inspirations from jazz, linguistics, mathematics, poetry and other stories. In R. Bednarek, M. Cunha, J. Schad & W. K. Smith (Hrsg.), *Research in the sociology of organizations on both/and-ing paradox theory: interdisciplinary dialogues on organizational paradox* (S. 1–16).
- Lewis, M. W., & Smith, W. K. (2022). Reflections on the 2021 AMR Decade Award: Navigating paradox is paradoxical. *Academy of Management Review*, 47(4), 528–548.
- Lewis, M. W., Andiopoulos, C., & Smith, W. K. (2014). Paradoxical leadership to enable strategic agility. *California Management Review*, 56(3), 58–77.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial technologies by organizations. *Human Relations*, 55(5), 537–564.
- Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. Wiesbaden: Opladen.
- Miller, D. (1993). The architecture of simplicity. *Academy of Management Review*, 18(1), 116–138.
- Pettigrew, A., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697–713.
- Putnam, L. L., Fairhurst, G. T., & Banghart, S. (2016). Contradictions, dialectics and paradoxes in organizations: a constitutive approach. *Academy of Management Annals*, 10(1), 1–107.

- Schad, J., Lewis, M. W., Raisch, S., & Smith, W. K. (2016). Paradox research in management science. *The Academy of Management Annals*, 10(1), 5–64.
- Smith, W. K., & Besharov, M. L. (2019). Bowing before dual gods: how structured flexibility sustains organizational hybridity. *Administrative Science Quarterly*, 64(1), 1–44.
- Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2011). Towards a theory of paradox: a dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review*, 36(2), 381–401.
- Sundaramurthy, C., & Lewis, M. W. (2003). Control and Collaboration: paradoxes of convergence. *Academy of Management Review*, 28(3), 397–415.
- Tsoukas, H., & Cunha, M. (2017). On organizational circularity: vicious and virtuous cycles in organizing. In W. K. Smith, M. W. Lewis, P. Jarzabkowski & A. Langley (Hrsg.), *The Oxford handbook of organizational paradox* (1. Aufl. S. 393–412). Oxford: Oxford University Press.
- Tuckermann, H., & Schwaninger, M. (Hrsg.). (2022). *Steuerung in der Pandemie – Wege aus der COVID-Krise* (1. Aufl.). Bern: Haupt.
- Williams, T. A., Gruber, D. A., Sutcliffe, K. M., Shepherd, D. A., & Zhao, E. Y. (2017). Organizational response to adversity: fusing crisis management and resilience research streams. *Academy of Management Annals*, 11(2), 733–769.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research. Designs and methods*. Thousand Oaks, London, New Dehli: SAGE.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



Harald Tuckermann ist Professor für das Management pluralistischer Organisationen an der Universität St. Gallen, Schweiz, und leitet dort das Center for Healthcare sowie das Masterprogramm Management, Organisation und Kultur. In seiner empirischen untersucht Harald Tuckermann organisationale Entscheidungsprozesse in pluralistischen Organisationen wie Krankenhäusern. Mit Hilfe der neueren Systemtheorie, Dialog und Prozessforschung liegt sein Hauptinteresse auf der Dynamik von organisationalen Paradoxien. Zu diesen Themen ist Harald Tuckermann in der universitären Lehre und in der Weiterbildung von Führungskräften im Gesundheitswesen zu Management, Veränderungsprozessen und Organisation seit über zehn Jahren engagiert. Seine Veröffentlichungen spiegeln diese Interessen einer praktisch relevanten Forschung in akademischen und praktisch relevanten Fachzeitschriften sowie Monographien.