Vom Reflex zur bewussten Entscheidung. Die Wirkung eines Dilemma-Kompetenz-Trainings für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus

Marieke Born · Antonia Drews · Ulrike Bossmann · Julika Zwack ·
Jochen Schweitzer

Online publiziert: 23. Juli 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung Wie Führungskräfte mit alltäglichen Dilemmata umgehen, hat Auswirkungen auf die individuelle und organisationale Ressourcenbilanz. Der Artikel untersucht Umgangsstrategien von mittleren Führungskräften mit Zwickmühlen im Krankenhaus, wie sich diese durch ein Dilemma-Kompetenz-Training verändern und wie sich dies wiederum organisational auswirkt. Die $N=69$ befragten Führungskräfte wendeten reflexhafte und reflexive Strategien zur Bewältigung von Dilemmata oder daraus resultierenden Belastungen an. Die Evaluation des Trainings zeigt, dass es einen reflexiven Umgang mit Dilemmata fördert. Organisational wirkte sich dies positiv z. B. auf das Arbeitsklima und die Entscheidungsfähigkeit aus.

Schlüsselwörter Dilemma · Intervention · Führungskräfte

M. Born, M.Sc. (✉) · A. Drews · U. Bossmann · Prof. Dr. rer.soc. J. Schweitzer (✉)
Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer
Straße 20, 69115 Heidelberg, Deutschland
E-Mail: marieke.born@med.uni-heidelberg.de; Jochen.Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de

M. Born, M.Sc. · A. Drews · Prof. Dr. rer.soc. J. Schweitzer
Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg, Deutschland

From impulsive to deliberate management strategies.

The effect of a Dilemma-Competency-Training for mid-level executives in hospitals

Abstract The way mid-level executives deal with everyday dilemmas, impacts the individual and organizational level of available resources. The study aims at identifying executives' strategies to cope with dilemmas in hospitals. Further, it evaluates the change in strategies throughout the attendance of a Dilemma-Competency-Training and its organizational consequences. The $N=69$ interviewed executives applied impulsive and deliberate strategies to confront the dilemma or its resulting strain. The evaluation of the training revealed that the use of deliberate strategies was fostered among the participants. Positive organizational impact on e.g. the working climate and the ability to decide was observed.

Keywords Decision · Training · Management

1 Einleitung

Krankenhäuser dienen der Heilung und Versorgung von Krankheiten. Spätestens seit den gesundheitsökonomischen Reformen der 1990er Jahre sollen sie aber zugleich effizient wirtschaften und zumindest Verluste vermeiden (Simon 2013c). Eine strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen erzwingt Leistungssteigerungen und Kosteneinsparungen, die die Belegschaft an und über ihre Belastungsgrenze bringen (Höhmnn et al. 2016; Iseringhausen 2010). Die angespannte Arbeitsmarktlage erhöht zusätzlich die Komplexität.

Spannungsfelder wie diese finden in der täglichen Entscheidungswelt von Führungskräften aller Hierarchieebenen Ausdruck: Wie gelingt es etwa, den Bedürfnissen der eigenen Mitarbeitenden und zugleich den Kostensenkungsstrategien des Krankenhaus-Managements gerecht zu werden? Wie können eine innovative Versorgung von zunehmend älteren und multimorbiden Patienten sichergestellt werden und gleichzeitig Erträge gesteigert werden? Bei solchen ambigen Entscheidungssituationen handelt es sich um Dilemmata. Die Führungskraft wird vor die Wahl zwischen mindestens zwei einander widersprechenden Handlungslogiken gestellt, wobei beide gleichzeitig zu erfüllen sind und für beide gute Gründe sprechen (Müller-Stewens und Fontin 1997; Groth und v. Schlippe 2016).

Untersuchungen im Krankenhaus zeigen, zu welchen unterschiedlichen Erstreflexen dilemmatische Spannungsfelder einladen: Die Kommunikation mit Patient/innen und Kolleg/innen wird verknappt, das eigene Subsystem wird auf Kosten von abteilungs- oder professionsübergreifender Kooperation optimiert, Leistungen am Patienten werden rationiert, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden wird auf Kosten des Privatlebens oder der psychischen Gesundheit ausgereizt, ein innerlicher oder beobachtbarer Rückzug „passiert“ (Starystach und Bär 2019; Zwack et al. 2009a). Dilemmatische Entscheidungen werden, sofern sie häufig getroffen werden müssen oder viel auf dem Spiel steht, zu einem erheblichen Belastungsfaktor, insbesondere für mittlere Führungskräfte in ihrer Sandwich-Position (Pangert und Schüpbach 2011; Prognos 2011). Auch die Handlungsfähigkeit der ganzen Organi-

sation wird in Mitleidenschaft gezogen, wenn Entscheidungen nicht oder zu starr getroffen werden (Ortmann 2016). Deshalb ist es notwendig, dass Führungskräfte einen bewussten Umgang mit Dilemmata praktizieren: sich der dilemmatischen Situation bewusst sein, sie aushalten und trotzdem eine Entscheidung herbeiführen sowie ihre Umsetzung begleiten (Simon 2013b).

Ulrike Bossmann und Julika Zwack (2017) entwickelten ein Dilemma-Kompetenz-Training, das Führungskräfte darin unterstützt, solche Entscheidungssituationen weniger reflexhaft, sondern bewusster zu bewältigen. Sie machten in mittelständischen Industriebetrieben die Erfahrung, dass Kompetenzerwerb im Umgang mit beruflichen Dilemmata resilienzfördernd wirkt. Das Training wurde auf den Betrieb Krankenhaus angepasst (Bossmann 2020; Schweitzer et al. 2019) und erprobt.

Die vorliegende Studie liefert (1) eine Bestandsaufnahme: Wie bewältigen mittlere Führungskräfte im Krankenhaus dilemmatische Entscheidungssituationen? Sie analysiert (2), ob und ggf. wie ein Dilemma-Kompetenz-Training speziell für diese Zielgruppe Umgangsstrategien verbessert. Dabei untersucht die Studie (3), welche Auswirkungen ein bewusster Umgang auf das organisationale Umfeld hat.

2 Dilemmata in Organisationen und ihre Bewältigung

Die Frage nach den Auswirkungen von paradoxen Handlungsaufforderungen wird in der systemischen Beratung seit ihren Anfängen diskutiert (vgl. *double bind theory*, Bateson et al. 1956). Wenn Menschen sich mindestens zwei für sie wichtigen, aber einander widersprechenden Anforderungen gegenübersehen, denen sie weder meta-kommunikativ noch physisch entkommen können, fordert sie dies psychisch enorm heraus.

Führungskräfte im Krankenhaus sind aufgefordert, zahlreichen Ansprüchen gleichzeitig zu entsprechen: den eigenen Bedürfnissen bzw. den Bedürfnissen der Mitarbeitenden (z.B. nach Ruhe), Klinik- oder Abteilungsinteressen (z.B. Rentabilität) sowie Patienteninteressen (z.B. hochwertige Versorgung), den Ansprüchen an ihre eigene Arbeit oder an ihre Rolle (z.B. hohe Führungs- und Pflegequalität) (Birke 2020; Hilz-Ward 2019). Eine Leitungskraft in der Verwaltung muss entscheiden, ob sie einer fleißigen, aber gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeiterin einen entfristeten Vertrag anbietet oder ob sie eine neue, zuverlässige Mitarbeiterin sucht, um sicherzustellen, dass die ohnehin schon überlastete Abteilung reibungslos funktioniert. Diese widersprüchliche Handlungsaufforderung kann als singuläres Event wahrgenommen werden und ist durch eine einmalige Entscheidung zu bewältigen. Es ergeben sich aber auch organisationsimmanente paradoxe Handlungsaufforderungen, wenn von einer Oberärztin viele und hervorragende Operationen gefordert werden, bei denen sie zugleich Assistenzärzte sorgfältig ausbilden soll. Diese Situation wird als wiederkehrend und dauerhaft ambivalent erlebt, weil die Entscheidung für den einen Dilemmapol (Durchführung vieler Operationen) die Notwendigkeit erhöht, auch dem anderen Dilemmapol (Gewährleistung sorgfältiger Ausbildung) gerecht zu werden.

Während es für einzelne Menschen unmöglich ist, sowohl das eine als auch das andere Ziel gleichzeitig zu verfolgen, besteht die Daseinsberechtigung von Organi-

sationen darin, paradoxen Handlungsaufforderungen gleichzeitig gerecht zu werden (Simon 2013a, b). Organisationen entfalten Paradoxien (Luhmann 2019), indem sie sich in Abteilungen und Rollen ausdifferenzieren. Innerhalb dieser in sich geschlossenen Einheiten gelingt es, widerspruchsfrei zu handeln: Die Pflege sorgt sich um das Patientenwohl, das Controlling um die Kostendeckung. Im Zusammenspiel der Einheiten entstehen jedoch Dauerkonflikte. Ergänzt werden diese durch konfligierende Ziele der Organisation mit denen der Organisationsumwelten (z.B. Work-Life-Balance). Führungskräfte erleben diese Konflikte im Alltag als dilemmatische Entscheidungssituationen, in denen es keine objektiv richtige Lösung gibt, weil alle Ziele überlebensnotwendig für die Organisation sind. Wenn es eine objektiv richtige *Be*-antwortung dieser logisch *unentscheidbaren* Fragen (v. Foerster 2003) nicht geben kann, braucht es eine subjektive *Ver*-antwortung der Entscheidung. Darin liegt die Aufgabe von Führungskräften: in der Bewältigung organisationaler Dilemmata.

Aus der Perspektive der systemischen Organisationstheorie gelingt dies, indem die sich ausschließenden Handlungsaufforderungen bewusst immer wieder neu balanciert werden (Simon 2013a, b). Als illusorisch werden aus dieser Warte Management-Konzepte kritisiert, nach denen solche Dilemmata grundständig aufzulösen seien – etwa indem eine die beiden Pole verbindende Option aufgetan wird (z.B. Müller-Stewens und Fontin 1997) oder indem die das Dilemma konstituierenden Merkmale beseitigt werden (z.B. Lebreuz 2018; Neuberger 1995).

Das Bestreben, die Widersprüchlichkeit zu überwinden, ist nachvollziehbar, mündet allerdings häufig in einen „Kampf gegen Windmühlen“ mit hohen Preisen. Intuitiv versucht die Führungskraft, im Sinne eines „sowohl-als-auch“ individuell das Unmögliche zu ermöglichen, etwa durch Überstunden oder Missachtung von Vorgaben (Zwack und Bossmann 2017). Umgekehrt kann eine Lähmung zu „weder-noch“-Strategien führen. Die Entscheidung wird vermieden, indem sie etwa verschoben wird (z.B. durch „Temporalisieren“; Ortman 2016). Die fehlende Verantwortungsübernahme hat meist ein „still-schweigendes“ Oszillieren zwischen den Alternativen zur Folge. Dies geschieht im Untergrund auch dann weiterhin, obwohl Führungskräfte starr prinzipiengeleitet oder dauerhaft zwischen „dem Einen“ und „dem Anderen“ entschieden haben.

All das sind „verstehbare Lösungen mit ungunstigen Auswirkungen“ (Zwack und Bossmann 2017). Sie werden im Folgenden als *reflexhafte* (lat. *reflexus*: unwillkürliche Bewegung) Umgangsstrategien benannt und beschreiben automatische Reaktionen ohne bewusste Abwägungsprozesse über Vor- und Nachteile des eigenen Verhaltens. Dem gegenüber sind *reflexive* (lat. *reflexio*; franz. *réflexion*: Nachdenken, Rücksicht) Umgangsstrategien solche, die auf eine Reflexion folgen und somit bewusst gewählt sind. Charakteristisch ist, dass sie in echten Dilemmasituationen wahrscheinlicher zu intra- und interpersonellen Aufwärtsspiralen (Hobfoll 2001) einladen, während reflexhafte Umgangsstrategien eher Abwärtsdynamiken fördern.

Gelingt es, darüber zu reflektieren und zu meta-kommunizieren, dass die Situation eigentlich unlösbar ist, „ist [man] schon nicht mehr ganz in der Paradoxie gefangen.“ (Groth und v. Schlippe 2016). So können Strategien, wie etwa zu delegieren, zu priorisieren, zu sequenzieren oder zu segmentieren (Müller-Christ 2007; Ortman 2016) – sofern sie einem bewussten Abwägungsprozess folgen –, zu persönlich verantworteten Entscheidungen in einem gut begründeten Zick-Zack-Kurs

werden (Zwack et al. 2009b, 2010, 2016, 2017), auch wenn sie die zugrundeliegende Paradoxie nie vollständig auflösen.

Bei einer empirischen Untersuchung von Führungsfähigkeit im Umgang mit Dilemmata (Kemether 2016) wurden häufig Strategien berichtet, die darauf abzielten, es allen recht zu machen, z. B. durch kommunikative Vermittlung. Mittlere Führungskräfte in der Industrie (Bossmann et al. 2016) bewahrten innere Freiheitsgrade mit Hilfe von einstellungsbasierten (z. B. akzeptanzbasierten Einstellungen, Geduld und Ausdauer) sowie handlungsbasierten Strategien (z. B. sich Verbündete zu suchen oder eigene Grenzen zu wahren). Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus benannten Resilienz-Strategien, wie sich bewusst abzugrenzen oder persönlich zu reflektieren (Zwack und Schweitzer 2013). Welche Strategien mittlere Führungskräfte unterschiedlicher Professionen im Krankenhaus zeigen, wird im Folgenden untersucht.

3 Methode

Durchgeführt wurde die Studie an vier öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern eines Klinikverbundes mit mittleren Führungskräften, die operative (Personal-) Verantwortung tragen. Zur Rekrutierung der angestrebten 60 Teilnehmenden wurden alle ca. 230 Führungskräfte per Mail und Informationsveranstaltungen adressiert. Vor Studienbeginn erfolgten eine mündliche und schriftliche Aufklärung sowie die Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung.

Gefördert wurde dieses Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01GL1752A. Das BMBF hat und hatte keinen Einfluss auf das Design der Studie, die Datenerhebung, Datenanalyse, Interpretation oder Dissemination der Ergebnisse.

Die Studie beinhaltete ein 8-moduliges Training (insgesamt 24h), das innerhalb von etwa zehn Monaten in professionsgemischten, etwa gleich großen Trainingsgruppen durchgeführt wurde. Im Verlauf der Studie meldeten sich $n = 13$ der $N = 69$ Studienteilnehmenden ab (19 % der Stichprobe).

Alle Teilnehmenden wurden mithilfe eines theoretisch und empirisch hergeleiteten Leitfadens problemzentriert vor und nach dem Training (Interviewlänge in Min.: $\bar{x}_{\text{Prä}} = 55.55; \sigma = 9.55; \bar{x}_{\text{Post}} = 34.53; \sigma = 8.22$) im Einzelsetting interviewt. Das Prä-Interview fokussierte die Konstruktion eigener Dilemmata und Bewältigungsstrategien. Mit den Post-Interviews wurden im Anschluss an die Intervention u. a. die Veränderung der Strategien sowie erlebte Auswirkungen des Trainings erfragt. Damit die Sinnstruktur bestmöglich rekonstruiert werden konnte (Helfferich 2019), wurden die Interviews teilstrukturiert und dialogisch geführt. Sie wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen pseudonymisiert. Die Auswertung wurde als strukturierende Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018; Mayring 2015) unterstützt durch MAXQDA durchgeführt. Das Kategoriensystem wurde in der Grundstruktur deduktiv entwickelt und in einem schrittweisen Prozess in einem Team aus Qualifikantinnen und Projektmitarbeiterinnen induktiv erweitert. In beiden Interviewkohorten wurden anhand von 20 % des Datenmaterials Intercoderreliabilitäten bestimmt, die zwischen $\kappa = 0,71$ und $0,83$ lagen und somit mindestens als „gut“ anzusehen sind (Kuckartz 2018). Zur Beant-

wortung der Forschungsfragen wurden nur Textpassagen ausgewertet, die inhaltlich von Interesse waren. Die Subgruppen-Auswertung durch Qualifikantinnen wurde in der für diese Studie durchgeführten Gesamtauswertung verfeinert und an das Studieninteresse angepasst. So wurden insgesamt 2095 Codes in 34 Unterkategorien vergeben.

4 Umgangsstrategien von Führungskräften im Krankenhaus

Die folgenden Auswertungsergebnisse beruhen auf Prä-Interviews mit $N=69$ mittleren Führungskräften ($n=8$ Verwaltung, $n=10$ Service, $n=24$ Funktions- bzw. Stationsleitungen und $n=27$ Oberärzt/innen). Sie waren im Durchschnitt für 27 ($SD=32,14$) Mitarbeitende verantwortlich und arbeiteten durchschnittlich 41,58 ($SD=8,39$) Stunden pro Woche. Das Durchschnittsalter betrug 47,41 ($SD=8,06$) Jahre. Etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden (49 %) war männlich und zwei Drittel (66 %) waren Eltern. Höchster Bildungsabschluss war bei 45 % ein Studienabschluss, bei 52 % eine Berufsausbildung.

Anhand der beiden Hauptkategorien *reflexive Umgangsstrategien* und *reflexhafte Umgangsstrategien* wurde untersucht, welche Strategien Führungskräfte anwenden,

- um mit den Belastungen von nicht bewältigten Dilemmata umzugehen,
- um mit den Auswirkungen von bewältigten Dilemmata umzugehen,
- um Dilemmata (für sich) zu bewältigen bzw. aufzuheben.

Fast alle Studienteilnehmenden (93 %, $n=64$) beschrieben, auf *reflexhafte Umgangsstrategien* im Dilemma zurückzugreifen. Der häufigste Reflex (62 %, $n=43$) bestand darin, auf Kosten eigener oder fremder Ressourcen oder durch Missachtung von Regeln und Standards allen Aufträgen weiterhin gleichzeitig gerecht zu werden: „Ok, dann probieren wir es jetzt halt zu dritt und hoffen, es klappt. [...] und versuchen dann vielleicht auch noch vorzuarbeiten, länger zu bleiben.“ (XZ2426, Stationsleitung). Reflexhafte Abgrenzung und entsolidarisierendes Verhalten waren von 46 % ($n=32$) der Befragten Versuche, das Dilemma zu lösen oder mit der Belastung zurechtzukommen. Diese beinhalteten, andere abzuwerten, Kooperationen zwischen Abteilungen abubrechen oder unfaire Entscheidungen zu fällen. So berichtete eine Stationsleitung: „Ich habe kein Problem, alle Viertelstunde anzurufen, ihn aus dem Bett zu schmeißen. [...] Ich revanchiere mich dann schon. Ich krieg sie schon dahin, wo ich sie haben will.“ (VY2225).

Emotionen entweder reflexhaft zu unterdrücken, zu verbergen oder ihnen ungesteuert Ausdruck zu verleihen (z.B. in verbalen Beleidigungen), wurde von 42 % ($n=29$) als Reaktion auf dilemmatische Situationen benannt. $N=26$ Studienteilnehmende (38 %) berichteten, sich auf zynische oder resignative Weise aus dem Dilemma zurückzuziehen. Wenn dieser Rückzug nicht im Verborgenen vollzogen wurde, war die Kommunikation darüber oft destruktiv (z.B. harsche Zurückweisung). Bei Entscheidungen, reflexhaft auf Prinzipien wie etwa Standards zurückzugreifen, beschrieben 20 % ($n=14$) als Lösungsversuch: „Naja, sinnvoll ist es vielleicht nicht, aber es soll halt so gemacht werden.“ (IL912, Stationsleitung).

Nur zwei Teilnehmende (3 %) versuchten, dem Dilemma zu entkommen, indem sie die zugrundeliegende Entscheidung aufschoben. Ebenso selten wurden körperlich schädigende Selbstregulationshandlungen wie etwa Rauchen geschildert.

Alle Studienteilnehmenden berichteten auch schon vor dem Training, *reflexive Umgangsstrategien* im Dilemma anzuwenden. Am häufigsten versuchten sie (83 %, $n=57$), Dilemmata zu bewältigen, indem sie sich explizit für oder gegen die Erfüllung bestimmter Aufträge, für eine Reihenfolge der Bearbeitung oder für eine bestimmte Arbeits(-kraft)verteilung entschlossen.

Ich rede auch mit meinen Mitarbeitern ganz ehrlich darüber und sage: „Selbst, wenn wir eine ganz, ganz schlimme Situation haben, dann möchte ich, dass wir die Patienten versorgen. Alles [...] [andere] ist für mich dann vernachlässigbar.“ [...] Ich möchte nicht, dass wir Dokumentationen erfüllen, um wirtschaftlich zu sein [...]. Natürlich werden wir diesen Schwerpunkt auch setzen, immer dann, wenn wir auch die Manpower dazu haben. (NO1415, Stationsleitung)

Explizit in Kommunikation zu gehen, benannten 71 % der Führungskräfte ($n=49$) als eine hilfreiche Strategie, um eine dilemmatische Situation zu bewältigen oder um einen Umgang mit den Auswirkungen einer gefällten Entscheidung zu finden. So schilderten sie, sie hätten Transparenz über die (Nicht-)Machbarkeit von Aufträgen sowie über gute Gründe ihrer Entscheidungen hergestellt oder sie hätten gemeinsame Lösungsfindungsprozesse initiiert. Sich zu solidarisieren (sich gegenseitig zu beraten, auszuhelfen und zusammenzuschließen), stellte ebenso einen hilfreichen Weg dar (70 %, $n=48$). Etwa die Hälfte (52 %, $n=36$) entschied sich, mit Anspruchstellern in eine Nachverhandlung zu treten – sei es über (Arbeits-) Bedingungen oder zur Kompromissfindung bei der Auftragsumsetzung. Hierbei handelt es sich um einen bewussten Versuch, die widersprüchlichen Pole des Dilemmas in Einklang zu bringen. Emotionen zu nutzen und zu offenbaren, wurde von $n=28$ Führungskräften (41 %) als hilfreiche Strategie benannt: Eigene negative Emotionen seien wahrgenommen, reguliert oder mitgeteilt sowie negative Emotionen anderer antizipiert worden. Ebenso häufig schilderten Führungskräfte, dass sie die unangemessene Zuschreibung von Verantwortung für unverantwortbare Situationen an die eigentlich zuständigen Personen (z.B. Vorgesetzte) zurückgewiesen hätten. $N=24$ Führungskräfte (35 %) traten einen bewussten Rückzug an. Sie suchten etwa Umgebungen auf, in denen die Widersprüchlichkeit nicht oder weniger spürbar gewesen sei. Schließlich wurde immer wieder erläutert, Belastungen über Selbstregulierung wie etwa ein körperlich und psychisch wohltuendes Verhalten auszugleichen.

5 Intervention zur Förderung von Dilemma-Kompetenz

Fast alle Führungskräfte nutzten sowohl reflexive als auch reflexhafte Umgangsstrategien. Ein reflexhafter Umgang mit Dilemmata wirkt sich auch auf das organisationale Umfeld aus, wenn Führungskräfte etwa partiell entscheidungsunfähig, unberechenbar oder initiativlos werden (Müller-Christ 2007; Simon 2013b). Untersuchungen im Krankenhaus zeigen, dass Belastungen hierarchie- und abteilungs-

übergreifend weitergeschoben und Konflikte mit struktureller Ursache auf persönlicher Ebene ausgetragen werden (Bergmann 2012).

Werden Dilemmata nutzbar gemacht, können sie Motor von Veränderung werden (Fischer 2012). So lohnt es sich, Führungskräfte in einem reflexiven Umgang mit Dilemmata zu schulen. Führungskräfteentwicklung – insbesondere zum Umgang mit alltäglichen Dilemmata – wird in Krankenhäusern bisher vernachlässigt und das, obwohl Führungskräfte ohnehin eher die Bewältigung der alltäglichen Arbeitslast als Führungsaufgaben fokussieren (Dall’Agnol et al. 2013; Dellve und Wikström 2009; Prognos 2011). Aus Beratungsangeboten zum Umgang mit organisationalen Dilemmata ist bekannt, dass Reflexionsräume für konkrete Alltagssituationen zur Erarbeitung der eigenen Bewältigungsstrategien hilfreich sind (Berkel 2005; Schöber-Ehmer et al. 2016). Eine systemische Grundhaltung hat sich dabei bewährt (vgl. etwa Plate und Groth 2007). Ein systemisches Training zur Dilemma-Kompetenz bei mittleren Führungskräften im Krankenhaus müsste also einen reflexiven Umgang fördern, was sich positiv auf das organisationale Umfeld auswirken könnte. Dies wird im Folgenden untersucht.

5.1 Konzept des Trainings

Die Grundannahmen und Inhalte des Trainings dieser Studie basieren auf Überlegungen von Zwack et al. (2016) und Zwack und Bossmann (2017). Von unproduktiven Reflexen zu einer bewussten und innerlich stimmigen Positionierung zu gelangen, ist das zentrale Anliegen des Trainings. Dazu ist das übergeordnete Ziel, zu lernen, sich im eigenen Verhalten zu beobachten und Reaktionen im Dilemma in Entscheidungen für eine Reaktion zu überführen.

Zu Beginn des Trainings steht eine „Ent-Täuschung“ der Trainingsteilnehmenden: Dilemmata sind der Normalfall in Organisationen, und es wird keine Lösung ohne Preis geben. Außerdem wird die „Unmöglichkeit“ der individuellen, alltäglichen Anforderungslagen vergegenwärtigt. Ein Schwerpunkt des Trainings besteht darin, eigene Wirklichkeitskonstruktionen (wie z.B. organisationskulturelle Regeln „Der Chef hat immer recht“), die die Führungskraft im Dilemma gefangen halten, zu beobachten und dann in Frage zu stellen, um wieder neue Handlungsmöglichkeiten zu entdecken. Auch durch die Erkundung des eigenen Werte-Kompass und der eigenen Gefühle im Dilemma wird Handwerkszeug zur kraftvollen und nachhaltigen Positionierung angeboten. Um den eigenen Standpunkt zu vertreten, vermittelt das Training kommunikative Strategien, mit deren Hilfe Gehör und Verständnis für den eigenen Standpunkt erzeugt und Verantwortungen geklärt werden können.

Das Training zielt darauf ab, individuelle und organisationale Aufwärtsspiralen zu fördern. Dazu wird ein bewusster Umgang mit den eigenen negativen Emotionen geschult. Außerdem wird die Ausrichtung an „Sein“-Werten („Wie möchte ich als Mensch sein?“) als ein alternatives Erfolgskriterium zur Bewertung des täglichen Handelns angeboten, wenn das, wofür die Person gerade kämpft, nicht zu haben sein wird (z.B. das Abwenden der täglichen Überlastung des OP-Plans). Da Dilemmata in der Zusammenarbeit zu entsolidarisierenden Überlebensstrategien einladen, wird erkundet, wie das „Wir“ helfen kann, die gemeinsame Herausforderung im Dilemma zu bewältigen. Ebenso werden Handlungen des Selbstmitgefühls für den

Umgang mit einem „emotionalen Rest“ nach einer getroffenen Entscheidung eingeübt. Abschließend arbeiten die Teilnehmenden alle bisher erlernten Reflexionshilfen an Stationen anhand eines eigenen Dilemmas durch und vertiefen jeweilige Wunschthemen der Trainingsgruppe.

5.2 Idealtypische Veränderung der Strategien

Wie von Born (2020) ausführlich theoretisch hergeleitet, setzen die Trainingsinhalte an den Umgangsstrategien an, die vor dem Training beobachtet wurden. So lässt sich idealtypisch beschreiben, wie reflexhafte Strategien im Training durch reflexive Strategien ersetzt worden sein könnten. Wird vor dem Training z. B. berichtet, dass reflexhafte Abgrenzung oder Entsolidarisierung Lösungsversuche in Dilemma-Situationen darstellten, könnte das Trainingsmodul zur Solidarisierung eine Strategieveränderung bewirkt haben. So könnte nach dem Training in Drucksituationen eine bewusste Investition in das Miteinander im Sinne der reflexiven Strategie, sich zu solidarisieren, häufiger geworden sein.

Auch bereits vor dem Training angewendete reflexive Strategien müssten durch das Training beeinflusst worden sein. So könnte z. B. die Strategie des Solidarisierens in manchen Situationen durch eine neuartige reflexive Strategie abgelöst worden sein, wenn Führungskräfte etwa im Training lernten, so zu kommunizieren, dass ein gegenseitiger Perspektivwechsel im Dilemma erleichtert wurde. Ebenso könnten reflexive Strategien, die vor dem Training bereits genutzt wurden, durch das Training modifiziert und ausgeweitet worden sein. So könnte eine Führungskraft, die bereits vor dem Training in dilemmatischen Situationen explizit in Kommunikation getreten ist, während des Trainings idealtypisch hinzugelernt haben, dass es hilfreich sein kann, Bedürfnisse oder Auswirkungen von Entscheidungen bewusst in Kommunikation zu bringen. Dies könnte im Post-Interview als neue Facette der gleichen reflexiven Strategie benannt worden sein.

Auch das Spektrum an verfügbaren reflexiven Strategien könnte sich erweitert haben. Wenn eine Führungskraft z. B. vor dem Training häufig in die Nachverhandlung von Aufträgen gegangen ist, um doch noch für eine perfekte Lösung zu kämpfen, könnte sie im Training idealtypisch als alternative reflexive Strategie den bewussten Rückzug hinzugewonnen haben. Sie könnte sich nun in manchen Situationen dazu entschieden haben, sich stärker auf ihre „Sein“-Werte zu konzentrieren.

6 Veränderung der Umgangsstrategien im Krankenhaus

Der Vergleich der verwendeten Umgangsstrategien vor und nach dem Training (s. Abb. 1 und 2) beruht auf allen Teilnehmenden, die das Training abschlossen ($N=56$; $n=6$ Verwaltung, $n=7$ Service, $n=18$ Funktions- bzw. Stationsleitungen und $n=25$ Oberärzt/innen). 61 % ($n=34$) haben mindestens 6 Module besucht und 16 % ($n=9$) haben nur 2 oder 3 Module besucht.

Nur noch 34 % ($n=19$) der Gesamtstichprobe berichteten reflexhaft auf Dilemmata zu reagieren. Alle reflexhaften Umgangsstrategien wurden nach dem Training

Abb. 1 Veränderung der reflexhaften Umgangsstrategien zwischen Prä- und Post-Interview. *Anm.:* Jeweils an der Gesamtstichprobe der Trainingsteilnehmenden ($N = 56$) prozentuiert; (+) = Zunahme der Strategie in der Gesamtstichprobe; (-) = Abnahme der Strategie in der Gesamtstichprobe

Abb. 2 Veränderung der reflexiven Umgangsstrategien zwischen Prä- und Post-Interview. *Anm.:* Jeweils an der Gesamtstichprobe der Trainingsteilnehmenden ($N = 56$) prozentuiert; (+) = Zunahme der Strategie; (**) = neue Strategie; (-) = Abnahme der Strategie. Die Auswertung zu Subfacetten der Unterkategorie *Explizit Entscheiden* wird im Fließtext differenzierter dargestellt

seltener benannt, mit Ausnahme eines minimalen Anstiegs der *Vermeidung von Entscheidungen*. Am stärksten sank die Strategie der *Ermöglichung des Unmöglichen*.

Alle Trainingsteilnehmenden berichteten davon, vor und nach dem Training reflexive Umgangsstrategien zu nutzen. *Explizites Entscheiden* wurde nach dem Training von fast allen Trainingsteilnehmenden als hilfreiche Strategie benannt. Häufiger wurden solche expliziten Entscheidungsweisen, die eine Positionierung für oder gegen die Erfüllung von Handlungsaufforderungen implizierten (82 %; $n = 46$ statt 59 %; $n = 33$), indem z.B. eigene Prämissen hinterfragt werden konnten: „Ich sage nicht zu allem ‚Ja, ich mache es‘ [...], wenn dann jemand ausfällt, dann bin ich jetzt auch nicht mehr die Erste, die sagt ‚okay, ich springe ein‘“ (IL912, Stationsleitung). Seltener wurden explizite Entscheidungen, die der Priorisierung oder Delegation der Handlungsaufforderungen dienten (34 %; $n = 19$; statt 66 %; $n = 37$).

Emotionen nutzen/offenbaren wurde nach dem Training facettenreicher genutzt. Emotionen konnten z.B. als Informationsquelle dienen, was neue Wahlfreiheiten im Dilemma eröffnete:

Gefühle benennen, habe ich gelernt, [...] [das] ist manchmal jetzt einfacher zu sagen: „Du reagierst gerade so, weil du sauer bist.“ Dann kann ich mir überlegen: „Kann mein Gegenüber etwas dafür?“ Und wenn es nichts dafür kann, dann braucht er meine Wut nicht abzubekommen. (QS1719, Oberarzt).

Nach dem Training wurden außerdem vier neue reflexive Strategien benannt: zu *reflektieren* und sich so im Dilemma-Erleben und -Handeln zu beobachten; die *Perspektive zu wechseln* und so gute Gründe des Gegenübers anzuerkennen; *präventiv zu handeln* und so das Dilemma und daraus resultierende Belastungen frühzeitig zu verhindern (z.B. frühzeitig Kapazitäten klären oder für negative Emotionen gewappnet sein); die *Unlösbarkeit zu kommunizieren* und so Transparenz gegenüber dem Auftragsteller herzustellen. Eine Leitung in der Verwaltung berichtete etwa: „Dem habe ich erklärt, dass der Mitarbeiter einmal in der Woche kommt und seine Aufgaben erledigt. Der kann nicht auch noch Zusatzaufgaben machen an dem einen Tag, [...] mehr Personalressourcen haben wir halt einfach nicht.“ (OQ1517).

Insgesamt zeigten Globalbewertungen der Post-Interviews bei 87 % ($n = 49$) der Teilnehmenden eindeutige oder tendenzhafte positive Veränderungen im Umgang mit und im Erleben von Dilemmasituationen an. Von den 66 % ($n = 37$) derjenigen, die im Post-Interview keine reflexhaften Strategien benannten (siehe Abb. 1), kann bei 61 % ($n = 34$) der Teilnehmenden die vom Training intendierte Veränderung festgestellt werden: Vor dem Training gaben sie an, reflexhaft auf Dilemmata zu reagieren, nach dem Training jedoch nicht mehr. 5 % ($n = 3$) benannten zu keinem Zeitpunkt reflexhafte Strategien.

7 Auswirkungen auf die Organisation

Die Trainingsteilnehmenden nahmen positive Veränderungen in ihrem Arbeitsumfeld wahr, wenn sie andere Umgangsstrategien als bisher nutzten. Am häufigsten (77 %, $n = 43$) wurden Auswirkungen auf das Arbeitsklima benannt: Gegenseitige Wertschätzung im Umgang mit den eigenen Mitarbeitenden und gegenseitiges Verständnis zwischen anderen Professionen und Abteilungen hätten sich indirekt

verbessert. Teams seien häufiger vor zu hoher Arbeitsbelastung geschützt worden. Auch das Commitment gegenüber der Organisation (23 %; $n = 13$) sei durch erhöhte Dilemma-Kompetenz gestiegen, da die wahrgenommene Handlungsfähigkeit und folglich Handlungsmotivation gefördert worden sei:

Ich lasse mich überhaupt nicht mehr hetzen. [...] und sage: „Ok, sehe ich ein. Jetzt brauchen alle erstmal eine Mittagspause. Dann bleibt eben jetzt der OP stehen.“ Sodass dann auch am nächsten Tag freiwillig von der OP-Pflege kam: „Ja, wir können das doch noch bestellen. Machen wir doch noch.“ (LO1215, Oberärztin)

Außerdem hätten sich ein erhöhtes Entscheidungstempo bzw. -fähigkeit (34 %; $n = 19$) sowie eine höhere Berechenbarkeit der Führungskräfte (25 %; $n = 14$) auf die Arbeitsweise und -prozesse der anderen Organisationsmitglieder positiv ausgewirkt:

Der zentrale Punkt ist, dass ich jetzt nicht mehr nach der perfekten Lösung suche, sondern dass ich sage: „Wir machen das halt so! Weil ich eh weiß, dass das falsch sein kann.“ Eine gute Lösung versucht man natürlich schon. Aber man grübelt dann nicht mehr so sehr rum. Ich glaube, dass das gegenüber anderen eine Wirkung hat. Weil man halt mehr dasteht und die Sache voranbringt. (PS1619, Oberarzt)

Ein veränderter Umgang mit Dilemmata wirkte sich selten (9 %; $n = 5$) unmittelbar auf die Patientenversorgung aus. Berichtete Innovationen, die durch Dilemma-Kompetenz befördert wurden, ließen sich nur in Bezug auf Erneuerungen im Arbeitsprozess beobachten (7 %; $n = 4$), nicht jedoch im direkten Patientenkontakt. Eine Oberärztin (QT1720) berichtete, dass sie eine wöchentliche Kurvenvisite mit der Pflege eingeführt habe, um Prozesse transparenter zu machen und Kommunikationsprobleme zu reduzieren.

8 Diskussion

8.1 Stärken und Limitationen der Studie

Die Studie lieferte eine Bestandsaufnahme, wie mittlere Führungskräfte im Krankenhaus mit Dilemmata umgehen. Dabei liegt der Fokus auf konkreten internalen oder externalen Handlungen, die als unmittelbare Umgangsstrategien einzeln oder in Kombination gezeigt werden, – nicht aber auf längerfristigen Managementstrategien oder hilfreichen Einstellungen. Während bisherige Forschung im Krankenhaus meist dysfunktionale Strategien fokussierte, konnte die vorliegende Studie zeigen, dass Führungskräfte bereits ohne Intervention viele funktionale Strategien im Dilemma anwenden.

Eine Stärke der Studie liegt in der Fülle des Datenmaterials (Fallzahl und Interview Intensität), die eine hohe Variabilität und Genauigkeit sicherstellt. Jedoch basiert sie auf Selbstberichten gegenüber Projektmitarbeiterinnen, die teilweise auch als Trainerinnen mitwirkten. Die Einschränkungen der Validität (z.B. soziale Erwünschtheit) konnte mit überprüfendem Nachfragen im Interview minimiert, jedoch

nicht ausgeschlossen werden. Dadurch und durch eine eingeschränkte Neutralität der Forschenden gegenüber den Ergebnissen ist eine Verzerrung der Evaluationsergebnisse möglich. Zudem fokussierten die Post-Interviews auf Veränderungsbeschreibungen. Zwar wurden Prä-Strategien explizit in Erinnerung gerufen und überprüft. Fragen nach Nicht-Veränderung hätten einer Verzerrung jedoch noch stärker entgegenwirken können. Da der Rückgang einzelner Strategien sehr heterogen war, bliebe der berichtete Trend der Ergebnisse trotz einer Korrektur der Verzerrung jedoch bestehen. Auch die Globaleinschätzung von unabhängigen Raterinnen unterstreicht, dass der Großteil der Trainingsteilnehmenden positive Veränderungen zeigte. Dennoch ist weder eindeutig nachzuweisen, dass die beobachteten Veränderungen auf das Training zurückgehen, noch, dass sie nachhaltig verankert sind, auch wenn die hohe Trainingsintensität und die Teilnahmequote dies nahelegen. Organisationale Auswirkungen zusätzlich über Befragungen des Umfelds zu evaluieren, könnte die Ergebnisse anreichern. Die Studie wurde in kleinen öffentlich finanzierten Krankenhäusern durchgeführt. Weitere Forschung ist notwendig, um die Ergebnisse auch in größeren oder privaten Krankenhäusern zu überprüfen.

Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen kann festgehalten werden, dass das Training auch im Krankenhaus eindeutig zur Stärkung der Dilemma-Kompetenz beiträgt. Eine große Mehrheit der Teilnehmenden berichtete nach dem Training, nur noch reflexiv auf Dilemmata zu reagieren. Führungskräfte konnten im Training eigene Handlungs- und Gedankenmuster beobachten lernen, neue Handlungsspielräume erkunden, die innere Positionierung fördern, sich in individuellen und interaktionellen Aufwärtsspiralen üben und diese Erfahrungen bereits im beruflichen Alltag anwenden. Dies erweitert das Verständnis darüber, wie es gelingen kann, mittlere Führungskräfte im Umgang mit alltäglichen Dilemmata zu stärken.

8.2 Implikationen für die Praxis

Die Trainingsbedarfe mittlerer Führungskräfte wurden deutlich. Fast alle Führungskräfte berichteten vor dem Training, reflexhaft auf Dilemmata zu reagieren, etwa indem sie weiterhin versuchten, das Unmögliche zu ermöglichen oder sich zu solidarisieren, obwohl damit häufig erhebliche Preise einhergingen. Nach dem Training gelang es fast allen, bewusste Entscheidungen zu fällen und eine Position zu beziehen. Aus einer Belastungssituation, die zuvor oft als (mit)verschuldet begriffen worden war, wurde eine zu *ver*-antwortende Entscheidungssituation – ohne verantwortlich für das Entstehen des Dilemmas zu sein. Wie im Job-Demand-Control-Modell (JDR; Karasek 1979) postuliert, ist ein wichtiger Präventionsfaktor für psychische Beeinträchtigung durch Anforderungen (z. B. Arbeitsdruck) ein ausreichender Handlungsspielraum. Wenn es im Coaching oder Training von Führungskräften gelingt, diesen durch die Aneignung von reflexiven Strategien im Dilemma zurückzugewinnen, müsste sich dies förderlich auf die Resilienz der Klient/innen auswirken. Das legen auch die Ergebnisse der quantitativen Begleitforschung des Trainings nahe (Born 2020).

Auch das organisationale Umfeld profitiert von einem Paradoxie-sensiblen Beratungsansatz. In der Weiterentwicklung des JDR Modells argumentieren Craw-

ford et al. (2010), dass Arbeitsanforderungen je nach Bewertung der vorhandenen Ressourcen entweder als Herausforderung oder als Bedrohung eingeschätzt werden können und davon abhängig Engagement fördern oder behindern. Dies legt auch die vorliegende Untersuchung in Bezug auf die Bewältigung von herausfordernden Dilemmata nahe: Gelingt es in der Führungskräfteberatung, die individuellen und kollektiven Ressourcen zur Bewältigung von dilemmatischen Entscheidungen zu stärken, steigert dies das Commitment gegenüber der Organisation und erhöht die Entscheidungsfähigkeit und damit auch das -tempo. Für Organisationen bedeutet eine Investition in eine solche Beratung also auch eine Investition in eine motiviertere und effektivere Mitarbeit an einem gemeinsamen Ziel. Wird die Führungskraft ermächtigt, dilemmatische Organisationsstrukturen zu erkennen, gelingt es ihr auch, innovative Prozesse zum expliziten und gemeinschaftlichen Umgang mit Dilemmata zu implementieren. Dass Führungskräfte, die Dilemma-sensibel führen, zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas beitragen, spezifiziert den gut beforschten Effekt von Führungsqualität auf das Wohlbefinden des Teams (Kuoppala et al. 2008).

9 Schlussbemerkung

So macht die Studie deutlich, dass ein Training zur Dilemma-Kompetenz bei mittleren Führungskräften einen Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung leisten kann. Starke und nachhaltige Effekte von Interventionen sind aber besonders dann zu erwarten, wenn gleichzeitig verhältnispräventive Maßnahmen ergriffen werden (Goldgruber und Ahrens 2009). In Branchen, in denen ein strukturelles Missverhältnis zwischen Leistungsfinanzierung und -anforderungen herrscht, wie das z. B. im Gesundheitswesen häufig der Fall ist, gilt deshalb: Soll die Prävention psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz wirksam werden, braucht es neben solchen Interventionen eine *ver-*antwortete Entscheidung im unlösbaren Gesamtauftrag (Schweitzer et al. 2019). Aus Beratungsperspektive ist hier ein Wechsel der Interventionsebene (Dinius 2013) angesagt. Möglicherweise gilt es, sich nämlich auf Geschäftsführungsebene mutig nach einem neuen „Wofür?“ auszurichten, wenn in der betriebswirtschaftlichen Bilanz ohnehin Verluste zu erwarten sind. Werden keine Rahmenbedingungen geschaffen, in denen das Personal Freiheitsgrade hinzugewinnen kann, droht ein Schauspiel des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit schlechten Rezensionen. Häufig gewinnen Führungskräfte im Training nämlich eine Gewissheit über ihre verzwickte Lage – für ein nachhaltiges Übertragen des Gelernten in den Alltag bräuchte es jedoch mehr zeitliche Ressourcen.

Funding Open Access funding provided by Projekt DEAL.

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 betref-

fende 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

- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–264.
- Bergmann, B. (2012). Führungskräfte in der Zwickmühle: Effizienz oder Substanzerhaltung in Krankenhäusern. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 12–14.
- Berkel, K. (2005). Wertekonflikte als Drama – Reflexion statt Training. *Wirtschaftspsychologie*, 4, 62–70.
- Birke, L. (2020). *Zur Dilemma-Kompetenz von Oberärzten: Inhaltsanalysen ausführlicher Einzelinterviews*. Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Born, M. (2020). *Zur Bewältigung von Dilemmasituationen im Krankenhaus. Wie gehen mittlere Führungskräfte mit Ambiguitäten um und lässt sich der Umgang trainieren?* Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Bossmann, U. (2020). *Seelische Gesundheit im Dilemma. Eine explorative Studie zur Förderung der psychischen Gesundheit mittlerer Führungskräfte*. Dissertation, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Bossmann, U., Ditzen, B., & Schweitzer, J. (2016). Organizational stress and dilemma management in mid-level industrial executives: an exploratory study. *Mental Health and Prevention*, 4(1), 9–18.
- Crawford, E.R., LePine, J.A., & Rich, B.L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834–848.
- Dall'Agnol, C.M., d. Moura, G.M.S.S., d. Magalhaes, A.M.M., Falk, M.L.R., d. Oliveira Riboldi, C., & d. Oliveira, A.P. (2013). Motivations, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1172–1178.
- Dellve, L., & Wikström, E. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations: leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 931–941.
- Dinius, S. (2013). Das Team in der Ohnmacht. Was kann Supervision in ausweglosen Situationen leisten? *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 20(2), 217–230.
- Fischer, H.R. (2012). Paradoxien als Quelle von Kreativität. Von Double Binds und Double Minds. *Familiendynamik*, 37(4), 244–257.
- v. Foerster, H. (2003). Ethics and second-order cybernetics. In *Understanding understanding: essays on cybernetics and cognition* (S. 287–304). New York, NY: Springer.
- Goldgruber, J., & Ahrens, D. (2009). Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(1), 83–95.
- Groth, T., & v. Schlippe, A. (2016). Vexierbilder ... Paraxodien in Organisationen als Ausgangspunkt für Konflikte. *Konfliktdynamik*, 5(1), 6–9.
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Wiesbaden: Springer.
- Hilz-Ward, C. (2019). *Dilemmata mittlerer Führungskräfte in den Bereichen Service und Verwaltung in Krankenhäusern*. Masterarbeit, Universität Heidelberg.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421.
- Höhmanc, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016* (S. 73–89). Stuttgart: Schattauer.
- Iseringhausen, O. (2010). Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 117–127). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24, 285–308.

- Kemether, K. (2016). *Herausforderungen an Führungskräfte aus systemtheoretischer Sicht. Eine qualitative Studie zu Bewältigungsstrategien in der Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(8), 904–915.
- Lebreinz, C. (2018). *Das Dilemma mit den Dilemmas*. Regensburg: metropoliten.
- Luhmann, N. (2019). Die Rolle von Organisationen in der industriellen Gesellschaft. In E. Lukas & V. Tacke (Hrsg.), *Theorie organisierter Sozialsysteme*. Schriften zur Organisation, (Bd. 2, S. 435–449). Wiesbaden: Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Müller-Christ, G. (2007). *Formen der Bewältigung von Widersprüchen. Die Rechtfertigung von Trade-Offs als Kernproblem*. Münster: LIT.
- Müller-Stewens, G., & Fontin, M. (1997). *Management unternehmerischer Dilemmata: ein Ansatz zur Erschließung neuer Handlungspotentiale*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Neuberger, O. (1995). *Führen und geführt werden* (5. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ortmann, G. (2016). Von der Kunst des Unmöglichen. Paradoxien in Organisationen und anderswo. *Konfliktdynamik*, 5(1), 10–21.
- Pangert, B., & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit* (S. 71–79). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Plate, M., & Groth, T. (2007). Beratung von Familienunternehmen als permanentes Entfalten von Paradoxien. *Psychotherapie im Dialog*, 8(3), 262–266.
- Prognos (2011). *Das mittlere Management im Krankenhaus – Verortung, Problemfelder und Lösungsansätze*. Köln: Dr. Jürgen Meyer Stiftung.
- Schober-Ehmer, H., Czeija, G., Ehmer, S., & Krejci, G.P. (2016). Manager im (Wunder)Land der Paradoxien. *Konfliktdynamik*, 5(1), 22–32.
- Schweitzer, J., Born, M., Drews, A., Zwack, J., & Bossmann, U. (2019). Dilemmaerleben und Dilemma-kompetenz mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus. In P. Angerer, H. Gündel, S. Brandenburg, A. Nienhaus, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Arbeiten im Gesundheitswesen* (S. 290–300). Landsberg am Lech: ecomed Medizin.
- Simon, F.B. (2013a). *Einführung in die systemische Organisationstheorie* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F.B. (2013b). *Wenn rechts links ist und links rechts: Paradoxienmanagement in Familie, Wirtschaft und Politik*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, M. (2013c). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Starystach, S., & Bär, S. (2019). Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 71, 1–25.
- Zwack, J., & Bossmann, U. (2017). *Wege aus beruflichen Zwickmühlen: Navigieren im Dilemma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zwack, J., & Pannicke, D. (2010). „Surviving the Organisation“. Einige Landkarten zur Navigation im ganz normalen organisationalen Wahnsinn. In A. Schreyögg & C. Schmidt-Lellek (Hrsg.), *Die Organisation in Supervision und Coaching* (S. 111–125). Wiesbaden: VS.
- Zwack, J., Nöst, S., & Schweitzer, J. (2009a). Zeitdruck im Krankenhaus. *Arzt und Krankenhaus*, 3, 68–75.
- Zwack, J., & Schweitzer, J. (2009b). Bausteine systemischer Führungskräfte trainings. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 16(4), 399–411.
- Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382–389.
- Zwack, J., Bossmann, U., & Schweitzer, J. (2016). Navigieren im Dilemma. Landkarten für die gesund (Selbst-) Führung. In M. Hänsel & K. Kaz (Hrsg.), *CSR und gesunde Führung: Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung* (S. 137–152). Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Marieke Born Studium der Psychologie (B.Sc., M.Sc.), Politik & Soziologie (B.A.). Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2017–2019) und Doktorandin am Institut für Medizinische Psychologie/ Sektion Medizinische Organisationspsychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg/Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Systemische Therapeutin und Beraterin im Einzel-, Team- und Organisationssetting.

Antonia Drews Studium der Psychologie (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2017–2019) und Doktorandin am Institut für Medizinische Psychologie/ Sektion Medizinische Organisationspsychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg/Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Systemische Therapeutin und Beraterin im Einzel-, Team- und Organisationssetting.

Ulrike Bossmann Dipl.-Psych., Dipl.-Betriebswirtin (BA), selbstständig tätig als Systemischer Coach und Trainerin. Arbeitsschwerpunkte: Führungskräftecoaching, Gesunde Führung, Burnoutprophylaxe, Dilemmamanagement. Bloggt auf soulsweet.de zu Resilienzförderung und Positiver Psychologie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2012–2019) und Doktorandin in der Sektion Medizinische Organisationspsychologie.

Dr. Julika Zwack Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin und Coach in eigener Praxis in Heidelberg und Lehrtherapeutin am Helm Stierlin Institut. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Resilienzförderung und Burnoutprävention im Beruf, Dilemmamanagement, zahlreiche Publikationen in den Bereichen Resilienzförderung, systemische Therapie, Teamberatung und Coaching.

Prof. Dr. rer.soc. Jochen Schweitzer Dipl.-Psych., Sektionsleiter Medizinische Organisationspsychologie im Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Heidelberg. Aktuelle Schwerpunkte: Systemische Beratung in Krankenhäusern, Hochschulen und sozialen Diensten; Familienorientierte Psychiatrie.