

Kranke



Häuser

Gesundheit besser organisieren

Sisyphos im Krankenhaus

Management am Rande des Möglichen

Im Dauerspagnet

Polaritäten als permanente Begleiter der Organisation

Nicht zu kompliziert

Führung im Krankenhaus

2

Gute Kommunikation im Wandel

Einflüsse der digitalen Arbeitswelt

25

Ethik der Selbstbestimmung

Leitbildprozesse in Organisationen

Sisyphos im Krankenhaus

Management am Rande des Möglichen

Werner Vogd

Das Management von Krankenhäusern befindet sich in einem Dilemma. Auf der einen Seite steht der Druck, effizient zu wirtschaften und knappe Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Auf der anderen Seite erwartet die Gesellschaft mit ihren immer älter werdenden Patient*innen eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung. Krankenhäuser gelten daher als «permanently failing organizations», da jedes gelöste Problem nur neue Herausforderungen nach sich zieht. Nicht zuletzt das Fallpauschalensystem (DRGs) zwingt die Krankenhäuser in ein ökonomisches Hamsterrad, das bei knapper werdendem Personal und Ressourcen immer mehr Bürokratie und Reformdruck erzeugt. Das Management muss die Balance zwischen wirtschaftlichem Erfolg, gesetzlichen Vorgaben und menschlicher Zuwendung halten, ohne Aussicht auf nachhaltige Lösungen. Der Beitrag empfiehlt, das Unvermeidliche zu akzeptieren und innezuhalten, um das System nicht durch hilflose Interventionen weiter zu destabilisieren.

Literatur

- **Blum, K., Filser, M., Heber, R., Levsen, A., Löffert, S., Parloh, A. K. & Steffens, P. (2023).** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2023. Düsseldorf
- **Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffens, P. (2014).** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Retrieved from Düsseldorf.
- **Brunsson, N. (2006).** Mechanisms of Hope. Maintaining the Dream of the Rational Organization. Copenhagen Business School Press.
- **Camus, A. (1995).** Der Mythos von Sisyphos. Rowohlt.
- **Heath, C. & Luff, P. (1996).** Documents and Professional Practise: «bad» organisational reasons for «good» clinical records. Proceedings of the Conference on Computer Supported Cooperative Work. ACM Press, 354-363.
- **Luhmann, N. (1983).** Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In P. Herder-Dorneich & A. Schuller (Hrsg.), Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Kohlhammer, 28-49.

(Fortsetzung der Literaturhinweise auf Seite 10)



Dr. Werner Vogd

Lehrstuhlinhaber Fakultät für Gesundheit
(Department für Humanmedizin), Lehrstuhl
für Soziologie, Universität Witten/Herdecke

Kontakt:
werner.vogd@uni-wh.de

Das Krankenhaus erscheint bei Rohde (1974, S. 181ff.) als zweckgebundene Institution der Diagnostik, Therapie, Pflege und Isolierung. Es ist der Ort, der in der Regel aufgesucht wird, wenn das Leben oder die Gesundheit eines Menschen existentiell bedroht ist und daher die dort vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen in besonderem Maße gefordert sind. Bereits Luhmann (1983) hat in einem wenig beachteten Beitrag mit dem Titel «Anspruchsinflation im Krankheitssystem» darauf hingewiesen, dass die Eigenlogik des Medizinsystems auf unbegrenztes Wachstum ausgerichtet ist. Es gibt keinen inneren Grund, nicht noch mehr Krankheiten zu heilen, noch präziser zu diagnostizieren und noch aufwändiger zu behandeln. Grenzen werden nur von außen gesetzt – durch begrenzte Ressourcen, z. B. technischer, finanzieller und personeller Art – und dadurch, dass diese Ressourcen dann anderen gesellschaftlichen Bereichen nicht mehr zur Verfügung stehen.

Damit droht der Erfolg der Medizin unweigerlich zu einem Problem für die Organisationen zu werden, die ihre Leistungen erbringen: Die Fähigkeit, akute Krankheiten zu heilen, führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten. Die Möglichkeit, chronische Krankheiten zu behandeln, führt zu einer alternen Gesellschaft mit erhöhtem Pflegebedarf. Der medizinisch-technische Fortschritt erweitert ständig die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten – und damit auch die Kosten und den Personalbedarf. Die Erwartung, die Probleme des Gesundheitswesens durch «Rationalisierung» statt durch «Rationierung» zu lösen (Porzolt, 1996), erweist sich als trügerisch, zumal die zunehmende fachliche Ausdifferenzierung der Medizin neue Schnittstellenprobleme schafft (z. B. in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen, die wiederum bewältigt werden müssen und zusätzlichen Aufwand verursachen). Zudem werden die erhofften Rationalisierungsgewinne durch die Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten mehr als ausgeglichen.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass bereits Meyer und Zucker (1989) das Krankenhaus als Paradebeispiel einer «permanently failing organization» betrachteten: Auch wenn es ökonomisch und funktional zu scheitern scheint, bleibt es als Organisationsform stabil. Denn gegen das Versprechen von Gesundheit und Heilung lässt sich kaum etwas einwenden. In einer Gesellschaft, deren Verfassung das «Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit» garantiert, müssen Kranke behandelt werden.

Schon deshalb kann das Krankenhaus sein Leistungsangebot nicht einfach reduzieren, auch wenn die Ressourcen begrenzt sind. Defizite, Dauerstress, unbezahlte Mehrarbeit, Schnittstellenprobleme, Personalmangel und in der Folge Behandlungsfehler und Pflegemängel gehören daher zum Alltag. Angesichts des übergeordneten Ziels, die Bedrohung von Gesundheit und Leben abzuwenden, erscheint vieles davon hinnehmbar.

Ungeachtet der Überforderung der Beschäftigten steht das Krankenhaus immer auf der Seite des Überlebenskampfes seiner Patient*innen – auch wenn der «medizinische Idealismus», wie Peter Sloterdijk (Sloterdijk, S. 490) formulierte, «zu den zynischsten Verschraubungen der absurden Kämpfe der Medizin um das Leben längst zerfallener, moribunder Körper» führt.

Trotz all dieser Probleme erschweren rechtliche, kulturelle und gesellschaftliche Erwartungen eine Reform des Organisationstyps Krankenhaus. Kritik kann das Kritisierte nicht ersetzen. Es bleibt dabei: Wer im Krankenhaus als Arzt, Ärztin oder Pflegekraft arbeitet, agiert in einem Ausnahmezustand, der nie endet – es sei denn, man kündigt und verlässt das Feld.

Solange die damit verbundenen kulturellen Erwartungen dominieren, muss das Krankenhaus an den in es gesetzten Hoffnungen und Erwartungen scheitern. Jeder Problemlösungsversuch wird schon deshalb nicht gelingen, weil das Problem des Alterns, der Krankheit und des Todes letztlich nicht lösbar ist. Wer mit wissenschaftlichen, technischen und organisatorischen Mitteln gegen den natürlichen Verfall anzukämpfen versucht, kann dies nur vorübergehend und nur dadurch erreichen, dass er an anderer Stelle die Entropie erhöht, also Chaos und Unordnung schafft.

Insofern wir aus den dargelegten prinzipiellen Gründen bereit sind, das Krankenhaus als «permanently failing organization» zu betrachten – wofür auch spricht, dass viele Probleme von Krankenhäusern unabhängig von Finanzierungsmodell und Versorgungsstruktur im internationalen Vergleich recht ähnlich sind –, stellt sich die Frage, was dies für die Steuerung bzw. Führung bzw. das Management solcher Organisationen bedeutet.

Gesundheitspolitik in der Sackgasse

Werfen wir einen kurzen Blick auf die Steuerungsversuche der Gesundheitspolitik, auch wenn dies hier nicht im Vordergrund steht. Die Krankenhäuser in Deutschland unterliegen einem komplexen Rechtsrahmen, der durch das Sozialgesetzbuch (SGB V) und die Krankenhausgesetze der Bundesländer geregelt wird. Sie sind Teil eines dualen Finanzierungssystems, in dem die Investitionen von den Ländern und die Betriebskosten von den Krankenkassen getragen werden. Mindestanforderungen an Qualität, Personal und Ausstattung werden durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erarbeitet Richtlinien zur Qualitätssicherung.

Die Finanzierung der Krankenhausbehandlung erfolgt seit 2003 über das Fallpauschalensystem (DRG; Diagnosis Related Groups), das für jede Behandlung eine feste Vergütung vorsieht. Das DRG-System ist als Nullsummenspiel konzipiert, bei dem die Krankenhäuser entweder über oder unter den festgelegten Durchschnittswerten liegen. Eine Verbesserung bestimmter Kostenparameter, wie z. B. der Verweildauer, führt zu einer Anpassung der DRGs und erfordert eine noch schnellere Bearbeitung.

So geraten die Krankenhäuser zunehmend in ein «Hamsterrad». Neben der durch das DRG-System ausgelösten Dynamik tragen Tarifierhöhungen sowie steigende Energie- und Rohstoffpreise zum Kostendruck bei.

Das DRG-System sollte, flankiert durch die Qualitätssicherung, Anreize für wirtschaftliches Arbeiten schaffen. Die gesundheitspolitische Erwartung, dass etwa 20 bis 25 Prozent der unwirtschaftlichen Krankenhäuser schließen und der stationäre Sektor insgesamt wirtschaftlicher arbeitet, hat sich jedoch nicht erfüllt. Stattdessen haben die Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum ausgeweitet, Abrechnungen optimiert und lukrative Krankheitsbilder kodiert. Dies hat den bürokratischen Aufwand deutlich erhöht und Ressourcen von der direkten Patientenversorgung abgezogen. Zudem konzentrierte sich die Abrechnung zunehmend auf medizinische Prozeduren, während die Pflege benachteiligt wurde.

Da die Fehlanreize des DRG-Systems inzwischen offensichtlich geworden sind, hat das Bundeskabinett 2024 das Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung beschlossen. Es soll die negativen Effekte durch Vorhaltepauschalen abmildern, ohne jedoch das ökonomische Anreizsystem grundsätzlich zu verändern. Mindestvorhaltezahlen und Ausstattungsmerkmale für bestimmte Versorgungsstufen setzen die Krankenhäuser jedoch ihrerseits unter starken Druck. Im Jahr 2022 verzeichneten 54 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten Verluste, für 2025 wird erwartet, dass bis zu 78 Prozent der Häuser in die Verlustzone rutschen (Blum, Filser et al., 2023; Blum, Löffert et al., 2014).

Auch gesetzliche Vorgaben zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität setzen das Krankenhaus unter Druck. Ein Beispiel ist das im Jahr 2022 verabschiedete Krankenkassen-Stabilisierungsgesetz. Da nur noch examinierte Pflegekräfte in die Personalbemessung einfließen, führte dies zu erheblichen Ent-

lassungen von nicht ausreichend qualifiziertem Personal und in der Folge zu einem verstärkten Einsatz von teuren Fachkräften über Zeitarbeitsfirmen.

Die stetig steigenden Ausgaben bei gleichzeitig wachsenden Defiziten und der anhaltende Reformdruck wecken wenig Hoffnung auf eine Verbesserung der Lage. Wie bereits von Rüegg-Stürm (2007, S. 3464ff.) prognostiziert, führt die Ressourcenverknappung zu einer weiteren «Traumatisierung» der Organisationskulturen in Pflege und Medizin, was wiederum zu Personalfluktuation und einer Verschärfung der Probleme führt.

Systemische Paradoxien

Treten wir einen Schritt zurück, um die unterschiedlichen Systemrationalitäten zu betrachten, die die Gesundheitsversorgung prägen. Die Politik versucht, das auf unbegrenztes Wachstum ausgerichtete System durch ökonomische Anpassungen und rechtliche Regelungen zu steuern.

Verrechtlichung und Ökonomisierung führen aber nicht automatisch zu einer besseren oder effizienteren Medizin. Beide folgen ihrer eigenen Systemrationalität, die nicht per se mit einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung einhergeht.

Vielmehr verstärken sich Gesundheitspolitik, Recht und Ökonomie gegenseitig im Bedarf an Steuerung und Regelung. Der Verdacht, dass medizinische Leistungen nur aus ökonomischen Gründen erbracht werden, führt zu weiteren rechtlichen Regulierungen und mehr Bürokratie, die den Kostendruck erhöhen und das Controlling zu kreativen Lösungen herausfordern, während die Medizin als System auf Fortschritt und Wachstum ausgerichtet bleibt. Die Komplexität nimmt zu, ohne die eigentlichen Probleme einer ihrerseits auf Wachstum ausgerichteten Gesundheitsversorgung zu lösen.

Ein wesentlicher Katalysator dieser Entwicklung war die Einführung des DRG-Systems, das die medizinische Praxis in kalkulierbare Produkte verwandelte und damit das Krankenhaus aus systemtheoretischer Sicht mit weiteren Paradoxien konfrontierte: Für die Ökonomie gilt, dass ihre Abbildungen den Wert einer Leistung bestimmen, die Abbildung und das Medium, in dem sie erfolgt, aber keinen intrinsischen Wert haben (in unserem Fall: die Abrechnung einer DRG macht nicht gesund); dennoch müssen zur Aufrechterhaltung des Wirtschaftskreislaufs immer mehr Leistungen erbracht und abgerechnet werden, was aber gerade den Mangel an personellen und anderen Ressourcen weiter vorantreibt. Das Recht bringt u. a. die Paradoxie von Legalität und Legitimität mit sich, so dass z. B. im Krankenhaus eine rechtskonforme Dokumentation manchmal nur durch Weglassen problematischer, aber medizinisch durchaus relevanter Details erreicht werden kann (vgl. Heath & Luff, 1996).

Die Verrechtlichung und Ökonomisierung des Krankenhauses hebt also den Status der Permanently Failing Organization nicht auf, sondern verschärft bzw. akzentuiert ihn noch.



«Und die Politiker müssen den Leuten endlich wieder sagen, am Ende werden die Probleme viel größer sein als jetzt. Denn wir haben keine Problemlösungskompetenz, sondern nur Problemschaffungskompetenz. Alles andere ist angemäht. Unter Menschen wurden Probleme bisher nur gelöst durch die Schaffung neuer Probleme.» Bezon Brock

(Aus einem Interview aus der Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 20.4.2014)

«The Health System is a big swamp.» Eliot Freidson
(Persönliche Mitteilung im Rahmen einer Konferenz)

Unlösbare Konflikte im Krankenhausmanagement

Typen der Krankenhausgeschäftsführung im Spannungsfeld der Systemrationalitäten

Damit sind wir bei der Frage, wie ein Krankenhaus unter den heutigen Bedingungen geführt werden kann. Was bedeutet das für das Management? Wie kann ein Krankenhaus angesichts der inneren und äußeren Spannungen geführt werden, die sich mit den oben genannten Ansätzen nicht auflösen lassen? Diesen Fragen sind wir in einer umfassenden Studie nachgegangen (Vogd, Feißt et al., 2018).

Bei den **kaufmännischen Geschäftsführer*innen** lassen sich drei idealtypische Typen unterscheiden. Der erste Typ repräsentiert den klassischen «Bwler mit Tunnelblick». Dieser blendet das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Medizin aus oder negiert es. Dies führt zwangsläufig dazu, dass die Probleme an anderer Stelle deutlicher zu Tage treten, z. B. durch hohe Personalfuktuation oder schleichenden Professionalitätsverlust bei Ärzt*innen und Pflegepersonal.

Der zweite Typ ist sich der schwierigen Situation bewusst und versucht, die Spannungen abzufedern. Das Management verzichtet bewusst darauf, den Ärzt*innen ständig die wirtschaftlichen Kennzahlen vor Augen zu führen, sondern geht unternehmerische Risiken ein, um neue Einnahmequellen zu erschließen, auch wenn dies scheitern kann.

Der dritte Typ erkennt die systemischen Zwänge an, fühlt sich aber als Opfer der Umstände. Diese Geschäftsführer*innen entwickeln oft eine zynische Haltung und glauben, sich dem ökonomischen Druck beugen zu müssen, obwohl sie diese Rationalität eigentlich ablehnen.

Die von uns befragten **ärztlichen Direktor*innen** sehen ihre Position durch «viele Pflichten, aber keine Rechte» geprägt. Sie haben nicht die Macht, in die Abteilungen anderer Chefärzt*innen einzugreifen oder über Ressourcen zu entscheiden. Auch bei ihnen lassen sich drei Typen unterscheiden: Der erste Typ versucht aktiv zu führen, scheitert aber häufig an der mangelnden Unterstützung durch Chefärzt*innen und Geschäftsführung. Der zweite Typ setzt auf ein zahlenbasiertes «Management auf Distanz», ohne die Auswirkungen in der Praxis zu berücksichtigen. Der dritte Typ agiert als Moderator, um einen Ausgleich zwischen ökonomischen und medizinischen Anforderungen zu schaffen. Dabei erkennt er das Leiden an den Verhältnissen, ohne den Kontakt zum Personal zu meiden.

Unabhängig von ihrer Position wird es für alle Führungskräfte immer schwieriger, mit den bestehenden Verhältnissen umzugehen. Ob öffentliche, freigemeinnützige oder privatwirtschaftlich geführte Einrichtungen – die gesetzlichen Vorgaben und der wirtschaftliche Druck sind überall sehr ähnlich. Die damit verbundenen Zielkonflikte sind so groß, dass keine befriedigenden Lösungen mehr möglich sind. Ökonomische Ziele, Arbeits-



zeitgesetze, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenorientierung, medizinische Exzellenz, Kooperation, Qualitätsmanagement und Dokumentation sind nicht mehr unter einen Hut zu bringen.

Die Spannungen, die sich aus diesen Konflikten ergeben, sind, wie gesagt, nicht auflösbar. Es gibt keine Führung, der die Quadratur des Kreises gelingt. Da aber die Probleme und die Systemdynamiken, die zu ihnen führen, auf absehbare Zeit nicht verschwinden werden, stellt sich die Frage, welche Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmale eine Person mitbringen muss, um an der Führungsaufgabe nicht zu zerbrechen. Unsere Untersuchungen deuten darauf hin, dass einerseits Zyniker*innen und andererseits Manager*innen, die einfach ignorieren oder ausblenden, mit ihrer Rolle einigermaßen zurechtkommen. Es ist also zu vermuten, dass gerade Menschen, deren Persönlichkeitsmerkmale sich um die sogenannte Dark Triade gruppieren, angezogen werden (O'Boyle Jr, Forsyth et al., 2012). Doch obwohl allgemein bekannt ist, dass Unternehmen, die von Menschen mit psychopathischen Zügen geführt werden, eine toxische und eher unproduktive Arbeitskultur haben und auch in Qualität und Leistung eher schlecht abschneiden, scheint dies gerade in Organisationen, die sich in einer Dauerkrise befinden, nicht so sehr aufzufallen. Denn hier wird das Scheitern weniger den Führungskräften als den Verhältnissen zugeschrieben. Dies entlastet die Führungskräfte und lädt sie ein, ihr destruktives Verhalten fortzusetzen.

Mechanismen der Hoffnung

Was heißt das für Beratung und Organisationsentwicklung? Wie bereitet man z. B. Führungskräfte auf eine Organisation vor, die systematisch zum Scheitern verurteilt ist? Auf welche Persönlichkeitsmerkmale ist bei der Einstellung zu achten?

Formulieren wir das Bezugsproblem noch einmal um: Wenn Krankenhäuser «permanently failing organizations» sind, dann gleichen die Führungskräfte in gewisser Weise Sisyphos, der seinen Felsbrocken immer wieder den Berg hinauf schleppt, nur um ihn wieder hinunter rollen zu sehen.

Auch wenn es nicht offen ausgesprochen wird, folgen viele Beratungsansätze einer Strategie, die Nils Brunsson (2006) als «Mechanisms of Hope» bezeichnet. Es wird so getan, als könnten Probleme gelöst werden. Irgendwann laufen diese Initiativen jedoch ins Leere und verlieren ihre Bedeutung.

Soll man also den Manager*innen raten, sich zynisch aus der Verantwortung zu ziehen, oder gar bewusst psychopathisch veranlagte Menschen einstellen, denen das alles egal ist? Das hieße aber, Scheitern und Versagen (was nicht schlimm ist) mit psychologischer und sozialer Destruktivität, also menschenverachtendem Verhalten (was hochproblematisch ist, weil es die Organisationskultur eines Krankenhauses zerstört) zu verwechseln.

Eine bisher wenig beachtete Alternative formuliert Camus in «Der Mythos des Sisyphos». Endlose Anstrengung und Scheitern stehen einerseits als Sinnbild für die Absurdität des Lebens – andererseits aber auch als Ausdruck für den Wert des Lebens. Gerade deshalb fordert uns Camus auf, uns Sisyphos als glücklichen Menschen vorzustellen. Denn trotz der Sinnlosigkeit seiner Aufgabe nimmt er sein Schicksal an und schöpft daraus sein eigenes Glück. Übertragen auf den Krankenhaussektor bedeutet dies: Trotz der Herausforderungen können Führungskräfte und Mitarbeitende Erfüllung in ihrer Arbeit finden, wenn sie sich auf die menschlichen Aspekte konzentrieren – die Fürsorge für die Patient*innen sowie die Unterstützung der Kolleg*innen und der Mitarbeitenden, die sie führen. Dazu gehört auch ein Umdenken in den Erwartungen an unsere Krankenhäuser: Sie können zwar auf Dauer weder Altern, Krankheit noch Tod verhindern, aber sie bleiben ebenso wichtige wie wertvolle Orte für die Krisen des Lebens.

Das ist das genaue Gegenteil von Zynismus, und die damit verbundene Haltung ist allemal besser als eine entmenslichte Systemrationalität, die nur auf Zahlen, Machbarkeit und Effizienz setzt. Denn sie eröffnet auch in der Krankenbehandlung mehr Mitgefühl mit dem menschlichen Leben, das seiner Natur nach begrenzt ist. So wie Camus Sisyphos mit Akzeptanz den Stein den Berg hinauf rollt, so müssten auch Führungskräfte zunächst ihr Scheitern akzeptieren, um erst dann mit einer positiven Einstellung an ihre täglichen Aufgaben herangehen zu können.

Gerade der Blick auf das Krankenhaus als Beispiel einer immer wieder scheiternden Organisation könnte so den Blick dafür öffnen, dass der Mensch außerhalb der sozialen Systeme steht

– also nicht zwangsläufig in den Systemrationalitäten von Medizin, Ökonomie und Recht aufgehen muss. Das Bewusstsein des Scheiterns würde damit die Chance eröffnen, trügerische Hoffnungen auf Steuerung und Kontrollierbarkeit aufzugeben und sich auf die Realität der gegenwärtigen Lage zu konzentrieren, anstelle der Illusion zu verfallen, durch mehr Organisation, Rationalisierung und Kontrolle die Probleme lösen zu können.

Eine intelligente Führung würde darüber hinaus erkennen, wann es besser ist, nichts zu tun, also das unvermeidliche Scheitern in Bezug auf die an sie gestellten Ansprüche zu akzeptieren, anstatt das Hamsterrad durch nutzlose Aktivitäten noch schneller drehen zu lassen.

Die hiermit einhergehende Weisheit zu entwickeln, könnte sich als eine wichtige Aufgabe von Beratung und Organisationsentwicklung erweisen.



Literatur

(Fortsetzung von Seite 6)

- **Meyer, M. W. & Zucker, L. G. (1989).** Permanently Failing Organizations. Sage.
- **O'Boyle Jr, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C. & McDaniel, M. A. (2012).** A meta-analysis of the dark triad and work behavior: A social exchange perspective. *Journal of Applied Psychology*(3), 557-579.
- **Porzsolt, F. (1996).** Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 138, 608-611.
- **Rohde, J. J. (1974).** Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. (2. Aufl. ed.) Enke.
- **Rüegg-Stürm, J. (2007).** Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(50), A 3464-3467.
- **Sloterdijk, P. (1983).** Kritik der zynischen Vernunft. Band 1 & 2. Suhrkamp.
- **Vogd, W., FeiBt, M., Molzberger, K., Ostermann, A. & Slotta, J. (2018).** Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Springer VS.