

Working Paper des Instituts für Facility Management

Modell für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen

Nicole Gerber
nicole.gerber@zhaw.ch

August 2020

Keywords: Dienstleistungserstellung in Gesundheitsorganisationen, Kundenorientierung, Patientenerlebnis, Line of visibility, line of interaction

IFM – Institut für Facility Management
Departement Life Sciences und Facility Management
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Campus Grüental
CH-8820 Wädenswil
Schweiz

ISSN Number: 1662-985X

Online abrufbar auf <https://www.zhaw.ch/de/lsfm/forschung/facility-management/working-papers/>

Die Forschungsgruppe FM in Healthcare

Die Forschungsgruppe FM in Healthcare (FM in HC) am Institut für Facility Management (IFM) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) erforscht und bearbeitet – auf strategischer, taktischer und operativer Ebene – Themen der personenbezogenen Dienstleistungen im und für das Gesundheitswesen. Gemeinsam mit Wirtschaftspartnern und anderen Wissensinstitutionen werden Analysen vorgenommen, praxistaugliche Lösungen entwickelt und deren Umsetzung begleitet. Dabei wird auf internationale Best Practice sowie auf wissenschaftlich fundierte Grundlagen aufgebaut.

Weitere Informationen: <https://www.zhaw.ch/de/lsvm/institute-zentren/ifm/ueber-uns/hospitality-management-und-consumer-fm/fm-in-healthcare/>

Die Autorin

Dr. Nicole Gerber ist Betriebsökonomin und Wirtschaftsinformatikerin. Sie leitet, berät und begleitet unterschiedliche Projekte insbesondere im Bereich der nicht-medizinischen Leistungen im Gesundheitswesen, doziert Projektmanagement in verschiedenen Institutionen und führt in diesem Kontext mehrere Fachgruppen. Sie ist Mitglied in diversen Gremien, publiziert regelmässig und tritt national und international als Referentin auf.

Kontakt

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Life Sciences & Facility Management

Institut für Facility Management, Kompetenzgruppe Hospitality Management

Dr. Nicole Gerber

Seestrasse 55 / RA / 8820 Wädenswil, Schweiz

+41 (0)58 934 53 91

nicole.gerber@zhaw.ch

<http://www.zhaw.ch>, www.zhaw.ch/ifm, www.zhaw.ch/=geri

Abstract

In diesem Working Paper wird ein «Modell für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen» präsentiert. Es basiert auf Prinzipien wie Patienten-/Kundenorientierung, Patienten-/Kundenerlebnis, unterschiedliche Leistungsbeiträge, Sichtbarkeit der Leistungserstellung vs. Nicht-Sichtbarkeit, Interaktionsgrad mit Patienten/Kunden, medizinischer und nicht-medizinischer Beitrag zur Genesung. Ziel ist das Schaffen einer Basis hin zu einem neuen, gemeinsamen Verständnis der Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen.

Keywords:

Dienstleistungserstellung in Gesundheitsorganisationen, Kundenorientierung, Patientenerlebnis, Line of visibility, line of interaction

1. Ausgangslage

In der klassischen Management-Literatur wird oft unterschieden zwischen primären Leistungen/Kernprozessen, sekundären Leistungen/Supportprozessen und Management-Leistungen/-prozessen (Porter, 1985; Rüegg-Stürm, 2003). Dass sich diese Unterscheidung für das Gesundheitswesen nur bedingt als passend erwiesen hat, wurde mit dem Leistungszuordnungsmodell für nicht-medizinische Leistungen in Spitälern – LemoS (Gerber & Kuchen, 2019) – bereits thematisiert und eine entsprechend passendere Zuteilung zu medizinischen Kernleistungen, strategischen Managementleistungen und medizinischen, nicht-medizinischen und Management-Supportleistungen vorgeschlagen. Ein etwas anderer Ansatz wird im Kontext Service Management von Fliess (2009, S. 194) gewählt. Sie unterscheidet Aktivitäten z. B. nach Potenzial-Aktivitäten, sekundären Support-Aktivitäten, unsichtbaren Backstage-Aktivitäten, sichtbaren Onstage-Anbieteraktivitäten sowie Kundenaktivitäten und separiert sie mit Implementierungs-, Vorplanungs-, internen Interaktions-, Sichtbarkeits- und Kundeninteraktionslinien. Die Idee, mit einer «line of visibility» (Sichtbarkeitslinie) für die Kundschaft sichtbare und unsichtbare Leistungen abzugrenzen wird auch im Kontext des Blueprintings eingesetzt (Bornewasser, 2013; Braun von Reinersdorff, 2007; Schubert, 2013; von Felten, Coenen, & Schmid, 2012).

In Projekten mit dem Ziel, insbesondere auch die nicht-medizinische Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen systematisch und ganzheitlich weiterzuentwickeln, hat sich allerdings gezeigt, dass die oben beschriebenen Modelle der komplexen Praxis nur bedingt gerecht werden. Insbesondere wurden bisher die zunehmende Patientenzentrierung und das Ineinanderfließen verschiedener Disziplinen kaum abgebildet. In Bezug auf ein gemeinsames Verständnis der unterschiedlichen Patienten- und Kunden-Rollen für Menschen, die sich zur Genesung in einer Gesundheitsorganisation behandeln lassen (müssen) und den entsprechend unterschiedlichen Bedarfen an Leistungserstellungen wurde bereits ein entsprechender Vorschlag gemacht (Gerber, 2020). Was nun aber weiterhin fehlt, ist ein gemeinsames, disziplinen- und berufsgruppenübergreifendes Leistungserbringungsverständnis in Bezug auf die «line of visibility» im Verlauf der Patientenreise.

2. Zielsetzung des Working Papers

Die Autorin plädiert dafür, dass die Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen in Zukunft anders als bisher ausgerichtet werden soll. Die Digitalisierung führt bereits in einigen Bereichen zu einer zunehmenden Vermischung der Disziplinen. Der Trend zu mehr Kooperation sollte nicht nur im Hinblick auf eine zielführende Behandlung zum Wohle aller Menschen weiter verfolgt werden, die sich in eine

Gesundheitsorganisation begeben (müssen), sondern auch mit der Prämisse, effektiver zu werden, damit weniger Ressourcen (menschlicher, materieller, zeitlicher und auch finanzieller Art) verschwendet werden.

Mit der Präsentation eines für Gesundheitsorganisationen passenden Modells für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung will das Working Paper dazu beitragen, dass die Basis gelegt ist für Diskussionen hin zu einem solchen zukünftigen Verständnis von Leistungserstellungen in Gesundheitsorganisationen und zwar für alle – direkt oder indirekt – an der Genesung von Menschen Beteiligten.

3. Modell für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen

Bevor das Modell für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen vorgestellt wird, werden die ihm zugrundeliegenden Prinzipien vorgestellt.

3.1 Prinzipien / Grundverständnisse

Dem Modell für eine ganzheitlich ausgerichtete, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen liegen folgende Grundverständnisse und Prinzipien zugrunde:

Patienten-/Kundenorientierung bei Gesundheitsleistungen

Leistungen in Gesundheitsorganisationen werden zunehmend patienten-/kundenorientiert, mit aktiver Beteiligung und auf das Gesamterlebnis ausgerichtet erbracht, wobei dies eine vermehrte Kundenorientierung zur Folge hat (Ernst, Brähler, & Weissflog, 2014; Fancott, 2011; Fischer, 2017; fmc, 2015; Gatterman, 2012; Gerber, 2020; Ghafur & Schneider, 2019; Immohealthcare, 2019; Health Quality Ontario, no date; Parzer-Epp, Cosandey, & Dümmler, 2019; Passoth, 2018; Pfister & Steiger, 2014; Schüpfer, 2015; Vahlensieck, 2018; Vetterli, 2017; Vogel, 2006). Menschen, die sich zwecks Genesung in eine Gesundheitsorganisation begeben (müssen) können je nach Situation die Rolle von Patienten und/oder Kunden einnehmen (vgl. Abbildung 1).

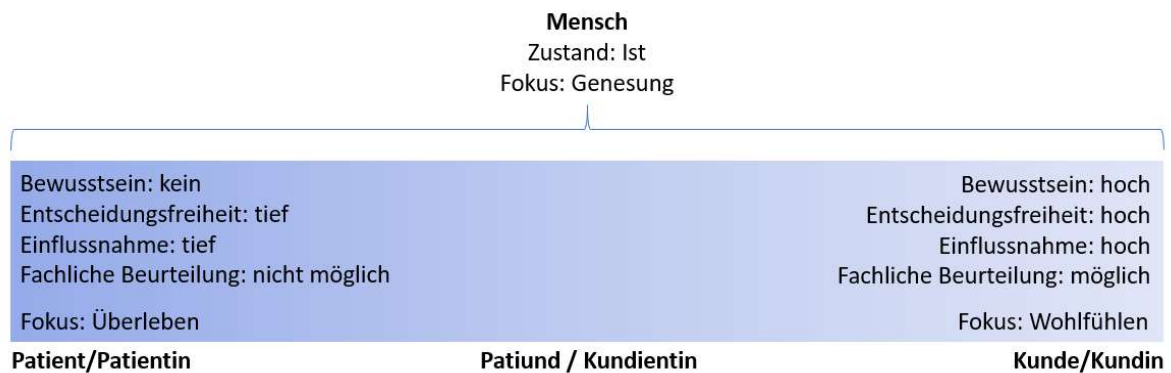


Abbildung 1: Ausprägungen der Rollen von Menschen, die sich in einer Gesundheitsorganisation behandeln lassen (müssen) (Quelle: Gerber, 2020, S. 3)

Unterschiedliche Leistungsbeiträge in Gesundheitsorganisationen

In Gesundheitsorganisationen sind zur Zweckerfüllung der Genesung von Menschen eine Vielzahl an unterschiedlichen Leistungen erforderlich. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, haben Gerber & Läubli (2014) auf Basis der gängigen Managementlehre mit Kern-, Management- und Supportleistungen eine Erweiterung vorgenommen, indem die Supportleistungen in Management-Supportleistungen, Nicht-medizinische Supportleistungen und Medizinische Supportleistungen aufgeteilt wurden (s. Abbildung 2).

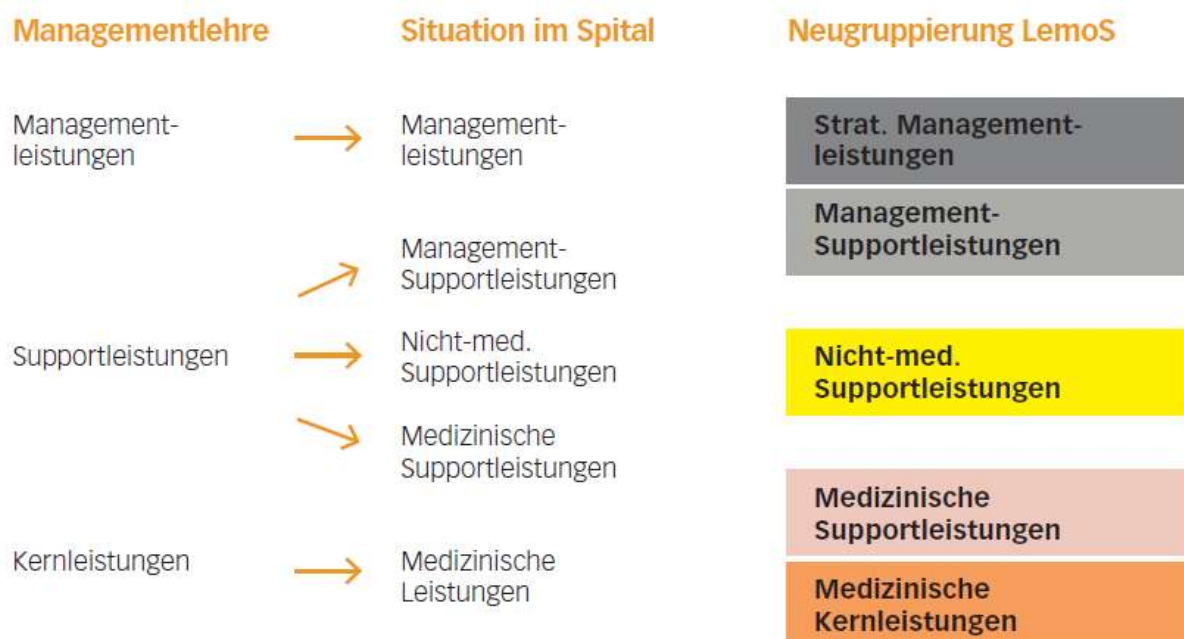


Abbildung 2: Illustration der unterschiedlichen Leistungsgruppierungen (Quelle: Gerber & Läubli, 2014, S. 68)

Auf dieser Grundlage wurden die entsprechenden Leistungen im Leistungskatalog für nicht-medizinische Leistungen (LekaS) im Detail beschrieben (Gerber & Kuchen, 2019) – Abbildung 3 fasst den Inhalt zusammen.

Strategische Managementleistungen				Projektmanagement
Nachhaltigkeit Qualitätsmanagement Risikomanagement Corporate Identity Ressourcen-/Sourcingmanagement Asset-/Portfoliomanagement ICT-Management				
Management Supportleistungen				
Finanzen & Controlling Personalwesen/HRM Rechtsberatung & Vertragsmanagement Marketing & Kommunikation Sekretariatsdienstleistungen ICT-Services				
Nicht-medizinische Supportleistungen				
Taktisches Ressourcenmanagement				
Logistik Beschaffung Lager Transportleistungen & Bereitstellung Entsorgung & Recycling	Infrastruktur Betrieb & Instandhaltung Flächenmanagement & -bereitstellung Energieversorgung & Wasserver- / -entsorgung	Hygiene, Safety & Security Reinigung & Desinfektion Aufbereitung von Medizinprodukten Safety Security	Hotellerie Verpflegung Textilversorgung Unterkunftsverwaltung & Betrieb Liegenschaften Hotelleriedienstleistungen Divers	
Medizinische Supportleistungen				
Apotheka, Labor, Seelsorge & Sozialdienst, Forschung & Lehre, Patientendispositions-Dienstleistungen (inkl. Patientenadministration, Betten- & Patientendisposition)				
Medizinische Kernleistungen (nach DIN 13080:2016-06)				
Diagnostik und Therapie: Notfallaufnahme, Klinische Ambulanzen, Arztdienst, Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Laboratoriumsmedizin, Bildgebende Diagnostik und interventionelle radiologische Verfahren, Nuklearmedizin, Operation, Entbindung, Strahlentherapie, Unterstützende Behandlungen, Prosekur/Pathologie				
Pflege: Allgemeinpflege, Wöchnerinnen- und Neugeborenenpflege, Intensivmedizin, Dialyse, Säuglings-/ Kinder- und Jugendkrankenpflege, Isolationskrankenpflege, Pflege psychisch Kranker, Pflege - Nuklearmedizin, Aufnahme- und Pflege - Geriatrie, Tagesklinik, Palliativmedizin, Rehabilitation, Komfortstation				

Abbildung 3: Leistungszuordnungsmodell medizinische und nicht-medizinische Leistungen im Spital (LemoS), Version 4.0 (Quelle: Gerber & Kuchen, 2019, S. 10)

Komplexe Dienstleistungserstellung allgemein und speziell in Gesundheitsorganisationen

Die Produktion von Dienstleistungen wird generell als komplex eingestuft (Bullinger & Meiren, 2001; Corsten & Gössinger, 2007; Corsten & Stuhlmann, 2001; Fliess, 2009; Kleinaltenkamp, 2001; Maleri & Fritzsche, 2008; Sampson, 2012). Dies gilt insbesondere für die Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen (Corsten & Salewski, 2013; Darzentas & Petrie, 2019; Malmberg, et al., 2019; Palozzi, Falivena, & Chirico, 2019; Prendiville, 2019; Rise Fry, 2019; Romm & Vink, 2019; Rygh & Clatworthy, 2019; Vink, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Hier verschwimmen die Beiträge zur Gesamtleistung in mehrfacher Hinsicht:

- Sichtbarkeit der Leistungserstellung vs. Nicht-Sichtbarkeit:

Im Dienstleistungsengineering wird unterschieden zwischen Leistungen, die für die Kund- resp. Patientenschaft sichtbar sind und solchen, die es nicht sind. Dafür wird die «line of visibility» eingesetzt – die Sichtbarkeitslinie, die die beiden Kontexte trennt (Fliess, 2009). In Gesundheitsorganisationen können dabei medizinisch-pflegerisch-therapeutische Beiträge sichtbar sein (z. B. Arztvisite, Therapie, Wundbehandlung), aber auch nicht-medizinische (z. B. Verpflegung, Reinigungs- oder Instandhaltungsaktivitäten im Patientenzimmer, Logistikaktivitäten auf der Station) oder Management-Leistungen (z. B. Administration/Korrespondenz, Imagegestaltung). Demgegenüber werden gewisse Beiträge zur Leistungserstellung für den Kunden resp. Patienten

unsichtbar erbracht, und zwar sowohl für den medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Kontext (z. B. Vorbereiten der Operationsinstrumente, Rüsten der Medikamente, Abstimmung der Rapporte) als auch für den nicht-medizinischen (z. B. Zubereiten von spezifischen Mahlzeiten, Materiallogistik) oder den Management-Kontext (z. B. Ressourcen- und Nachhaltigkeitsmanagement).

- **Interaktion mit Patienten/Kunden**

Fliess (2009) unterscheidet Dienstleistungserstellungsbeiträge auch in Bezug auf Interaktion mit dem Kunden und verwendet dafür die «line of interaction»: Dienstleistungen können also zusammen mit der Kundschaft oder auch ohne Kundschaftsinteraktion erbracht werden. In Gesundheitsorganisationen sind Interaktionen mit dem Patienten/Kunden sowohl in der medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Leistungserstellung als auch in nicht-medizinischen resp. Management-Aktivitäten möglich (z. B. Menüwahl, Auswahl von Hotellerieleistungen, Abrechnungskklärungen). Auch Leistungserstellungen ohne Interaktion mit der Kundin/Patientin sind im medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Kontext möglich (z. B., Laborauswertungen interpretieren, Patientenadministration) wie auch im nicht-medizinischen Kontext (z. B. Reparatur von defekten Geräten, Zubereitung von Mahlzeiten).

- **Medizinischer und nicht-medizinischer Beitrag zur Genesung**

Nicht nur medizinisch-therapeutisch-pflegerische Leistungen können zur Genesung von Menschen beitragen, sondern auch nicht-medizinische Leistungen (Andrede, Lima, Sloan Devlin, & Hernandez, 2016; Reymond & Manz, 2020; Riefenstahl, 2015; Vollmer & Koppen, 2015). Während es medizinische Leistungen gibt, die klar zu den Kernprozessen im klassischen Sinne gehören, indem sie nach medizinischen Prinzipien zur Genesung von Menschen beitragen, gibt es nicht-medizinische Leistungen, welche die Genesung von Menschen begünstigen können (z. B. Farbgebung von Materialien, Raumgestaltung, Ernährung, Hygiene, Gastfreundschaft resp. empathische Kommunikation aller beteiligter Personen). Demgegenüber gibt es Leistungen mit Supportcharakter im medizinischen (z. B. OP-Materialbereitstellung, medizinische Literaturverwaltung) sowie im nicht-medizinischen resp. Management-Bereich (z. B. Raummanagement, Beschaffungslogistik, Personalmanagement).

Insgesamt muss festgehalten werden: Die Zuteilung der Leistungserstellungsaktivitäten in Gesundheitsorganisationen kann nur sehr bedingt eindeutig vorgenommen werden. Sehr oft ergeben sich «Graubereiche»: Während eine Leistung für eine Patientin sichtbar ist, ist sie es je nach Zeitpunkt der Erstellung für eine andere nicht resp. nimmt ein anderer Patient eine gewisse Leistung gar nicht wahr. Zudem werden in unterschiedlichen Gesundheitsorganisationen unterschiedliche Leistungen angeboten und je nach Organisationsform unterschiedlich erbracht resp. sind die Leistungserstellenden unterschiedlich verfügbar. Ein Modell muss dieser Grundvoraussetzung Rechnung tragen.

3.2 Modellkonzeption

Mit den oben genannten Aspekten

- Patienten-/Kundenorientierung / Patienten-/Kundenerlebnis
- unterschiedliche Leistungsbeiträge
- Sichtbarkeit der Leistungserstellung vs. Nicht-Sichtbarkeit
- Interaktion mit Patienten/Kunden
- medizinischer und nicht-medizinischer Beitrag zur Genesung

als Basis, zeigt Abbildung 4 das entsprechend vorgeschlagene Modell für eine ganzheitliche, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen mit dem gemeinsamen Ziel, unabhängig von bisherigen Berufsgruppen- und Disziplinenzugehörigkeiten zur Genesung von Menschen beizutragen.

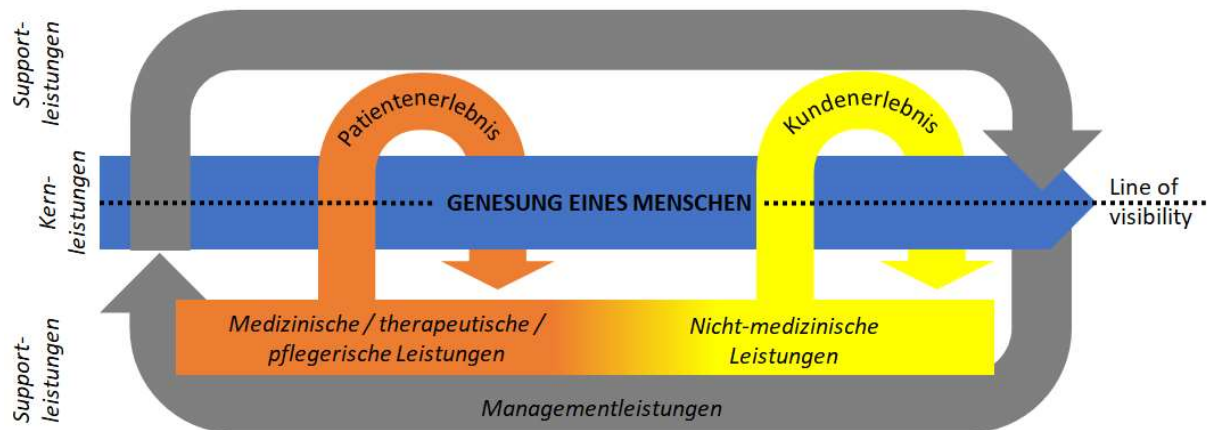


Abbildung 4: Modell für eine ganzheitliche, disziplinen- und berufsgruppenübergreifende, an der Genesung von Menschen ausgerichtete Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen

Erklärung der Modellinhalte:

- Die **Genesung von Menschen** ist die **zentrale Ausrichtung** aller beteiligten Leistungserbringenden – dieser Tatsache wurde auch visuell Rechnung getragen.
- Zur Leistungserstellung gehören **medizinisch-therapeutisch-pflegerische, nicht-medizinische und Management-Leistungen** - die Farbgebung lehnt an das Leistungszuordnungsmodell für nicht-medizinische Leistungen in Spitälern – LemoS 4.0 (Gerber & Kuchen, 2019) an.
- Leistungen, die für den Patienten/Kunden **sichtbar** sind, sind oberhalb der «line of visibility». Sichtbar können medizinisch-therapeutisch-pflegerische, nicht-medizinische wie auch Management-Leistungen sein.

- Leistungen, die für den Patienten/Kunden **nicht sichtbar** sind, sind unterhalb der «line of visibility». Es gibt medizinisch-therapeutisch-pflegerische, nicht-medizinische wie auch Managementleistungen, welche für Patientinnen/Kundinnen nicht sichtbar sind.
- Je mehr eine Leistung konkret zur Genesung eines Menschen beiträgt, desto mehr ist eine solche Leistung als **Kernleistung** einzustufen.
- Je weniger eine Leistung direkt zur Genesung eines Menschen beiträgt, desto mehr ist eine solche Leistung als **Supportleistung** einzustufen. Supportleistungen können im medizinisch-therapeutisch-pflegerischen, nicht-medizinischen oder im Management-Kontext erbracht werden.
- Je mehr die Leistung für den Menschen, der sich zwecks Genesung in ein Spital begibt, beurteil- und wählbar ist, desto mehr soll sie mit Blick auf das **Kundenerlebnis** erbracht werden. Kern- wie auch Supportleistung in Bezug auf das Kundenerlebnis können im medizinisch-therapeutisch-pflegerischen, nicht-medizinischen wie auch im Management-Leistungserstellungskontext erbracht werden.
- Je weniger die Leistung für den Menschen, der sich zwecks Genesung in ein Spital begibt, beurteil- und wählbar ist, desto mehr wird sie im Sinne des **Patientenerlebnisses** erbracht. Kern- wie auch Supportleistungen in Bezug auf das Patientenerlebnis können im medizinisch-therapeutisch-pflegerischen, nicht-medizinischen wie auch im Management-Leistungserstellungskontext erbracht werden.
- Die einzelnen Leistungserbringungskontexte sind nicht immer scharf trenn- und unterscheidbar. Die Übergänge sind manchmal fließend, die Leistungserstellung eventuell überlappend.

4. Ausblick

Mit dem Modell und den entsprechenden Ausführungen soll klar gemacht werden, dass die Leistungserstellung in Gesundheitsorganisationen neu ausgerichtet werden muss. Die in der Vergangenheit oft scharfe Abtrennung zwischen Berufsgruppen und Disziplinen muss durch eine gemeinsame Ausrichtung der Leistungserstellungs-Zielsetzung neu überdacht und der Leistungserbringungsprozess neu gestaltet werden. Gerade die aktuelle digitale Transformation des Gesundheitswesens (wie auch der Gesellschaft insgesamt) mit den entsprechenden Veränderungen in Arbeitsabläufen, Rollenverständnissen und Tätigkeitsgebieten sollte zu dieser Neuausrichtung und zum Dialog genutzt werden. Dafür ist ein entsprechender Kulturwandel der gesamten Organisation und aller Beteiligten nötig.

Mittelfristig sollte eine entsprechend abgestimmte Überprüfung der Zufriedenheitsmessung von Patienten- und Kundschaft ins Auge gefasst werden als Grundlage für eine kontinuierliche Überprüfung und Diskussion der Leistungserstellungsprozesse.

Literaturverzeichnis

- Andrede, C. C., Lima, M. L., Sloan Devlin, A., & Hernandez, B. (2016). Is it the Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environment and Behavior*, 48(29), 200 - 323.
- Bornewasser, M. (2013). Prozessreorganisation im Krankenhaus: Lassen sich auch logistische Konzepte der Industrie im Krankenhaus umsetzen? In R. Bouncken, M. Pfannstiel, & A. Reuschl (Hrsg.), *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I - Prozesse, Produktivität und Diversität*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Braun von Reinersdorff, A. (2007). *Strategische Krankenhausbeführung - Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management*. 2., unveränderte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bullinger, H.-J., & Meiren, T. (2001). Service Engineering – Entwicklung und Gestaltung von Dienstleistungen. In M. Bruhn, & H. Meffert (Hrsg.), *Handbuch Dienstleistungsmanagement - Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 149 – 175). Wiesbaden: Gabler.
- Corsten, H., & Gössinger, R. (2007). *Dienstleistungsmanagement*. 5. vollständig überarbeitete und wesentlich erweiterte Auflage. München Wien: R. Oldenbourg.
- Corsten, H., & Salewski, H. (2013). Dienstleistungsmodularisierung im Krankenhaus - Theoretischer Rahmen und Anwendung. In R. Bouncken, M. Pfannstiel, & A. Reuschl, *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I - Prozesse, Produktivität und Diversität* (S. 99 - 100). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Corsten, H., & Stuhlmann, S. (2001). Kapazitätsplanung in Dienstleistungsunternehmen. In M. Bruhn, & H. Meffert, *Handbuch Dienstleistungsmanagement - Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 177 – 192). Wiesbaden: Gabler.
- Darzentas, J., & Petrie, H. (2019). Patient Self-Service Paradigms in Hospital and Healthcare Service Design Settings. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 447 – 462). Springer Nature Switzerland.
- Ernst, J., Brähler, E., & Weissflog, G. (2014). Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. *Gesundheitswesen*, 76: 187 – 192. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1361150>.
- Fancott, C. (2011). *Interventions and measurement tools related to improving the patient experience through transitions in care: A summary of key literature*.
http://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/Care%20Transitions%20Literature%20Review.pdf.
- Fischer, A. (2017). Serviceorientierung: Der Patient im Fokus. In J. F. Debatin, A. Ekkernkamp, B. Schulte, & A. Tecklenburg, *Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden*. 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage (S. 267 - 277). Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Fliess, S. (2009). *Dienstleistungsmanagement - Kundenintegration gestalten und steuern*. Wiesbaden: Gabler.
- fmc. (2015). *Patientenbilder 2024. Denkstoff No 2 – Patientenbilder 2024*. Neuägeri: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung, Neuägerli: fmc.
- Gatterman, M. I. (2012). Whiplash - A Patient-Centered Approach to Management. *St. Louis: Elsevier Mosby*, 1-5.
- Gerber, N. (2020). *Patienten- oder kundenzentrierte Leistungserbringung? Beides – je nachdem!* Wädenswil: Working Papers. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Facility Management.
<https://www.zhaw.ch/storage/lfsf/forschung/ifm/working-paper-patient-kunde.pdf>.
- Gerber, N., & Kuchen, O. (2019). *Leistungskatalog für nicht-medizinische Leistungen in Spitälern (LekaS). Version 2.0*. Wädenswil: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Facility Management. www.zhaw.ch/ifm/fm-healthcare/lekas.
- Ghafur, S., & Schneider, E. C. (2019). Engaging Patients Using Digital Technology — Learning from Other Industries.
<https://catalyst.nejm.org/patients-digital-consumer-focused-industries/>.
- Health Quality Ontario. (no date). *Capturing the Patient Experience*. <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-capturing-patient-experience-instruction-sheet-en.pdf>.

- Immohealthcare. (2019). Technologie allein ist zu wenig. *Clinicum*. 2-19, 57.
- Kleinaltenkamp, M. (2001). Begriffsabgrenzungen und Erscheinungsformen. In M. Bruhn, & H. Meffert (Hrsg.), *Handbuch Dienstleistungsmanagement - Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 27 – 50). Wiesbaden: Gabler.
- Maleri, R., & Frietzsche, U. (2008). *Grundlagen der Dienstleistungsproduktion* (Fünfte, vollständig überarbeitete Auflage Ausg.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Malmberg, L., Rodrigues, V., Lännerström, L., Wetter-Edman, K., Vink, J., & Holmlid, S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 1 – 18). Springer Nature Switzerland.
- Nagel, G. (2015). *Über die Entdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert. Denkstoff No 2 – Patientenbilder 2024*. Neuägeri: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung.
- Palozzi, G., Falivena, C., & Chirico, A. (2019). Designing the Function of Health Technology Assessment as a Support for Hospital Management. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 233 – 258). Springer Nature Switzerland.
- Parzer-Epp, V., Cosandey, J., & Dümmeler, P. (2019). *Klienten statt Patienten*. Von avenir-suisse: <https://www.avenir-suisse.ch/klienten-statt-patienten/> abgerufen
- Passoth, N. (2018). Stärker an Patientenbedürfnissen orientieren. Interview mit Joachim M. Schmitt. *Management & Krankenhaus*. 3/2018. Wiley, 12.
- Pfister, A., & Steiger, T. (2014). Welche strategischen Kompetenzen brauchen Patienten im Gesundheitswesen der Zukunft? Thesenpapier KHM-cap-Zukunftsforum 2014 zu Patientenkompetenzen. *Schweizer Ärztezeitung*. 95: 41, 1546.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage - Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press.
- Prendiville, A. (2019). Service Design Methods: Knowledge Co-production in Health and Social Care. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 359 – 376). Springer Nature Switzerland.
- Reymond, S., & Manz, S. (2020). Küchenpersonal ist Teil der Pflege. *Competence 1-2/2020*, S. 17.
- Riefenstahl, R. (2015). Der Mitarbeiter als entscheidende Ressource im Patientenkontakt. In A. Fischer (Hrsg.), *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus – Konzepte, Methoden, Implementierung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rise Fry, K. (2019). Why Hospitals Need Service Design. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 377 – 400). Springer Nature Switzerland.
- Romm, J., & Vink, J. (2019). Investigating the “In-betweenness” of Service Design Practitioners in Healthcare. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 117 – 136). Springer Nature Switzerland.
- Rüegg-Stürm, J. (2003). *Das neue St. Galler Management-Modell - Grundkategorien einer integrierten Managementlehre. Der HSG-Ansatz*, 2. durchgesehene Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Rygh, K., & Clatworthy, S. (2019). The Use of Tangible Tools as a Means to Support Co-design During Service Design Innovation Projects in Healthcare. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 93 – 116). Springer Nature Switzerland.
- Sampson, S. E. (2012). Visualizing Service Operations. *Journal of Service Research*. 15 (2), 182 - 198.
- Schubert, E. D. (2013). Die Prozessanalyse mittels Service Blueprinting als Grundlage für ein Redesign der Prozesse eines OP-Bereichs. In R. Bouncken, M. Pfannstiel, & A. Reuschl, *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I - Prozesse, Produktivität und Diversität*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schüpfer, G. (2015). Service und Kundenorientierung in der Schweiz – können wir von führenden Krankenhäusern lernen? In A. Fischer, *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus – Konzepte, Methoden, Implementierung* (S. 299 – 304). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Vahlensieck, Y. (2018). Missverständnisse gefährden Patienten. Akademien Schweiz. *Horizonte* Nr. 117. Schweizerischer Nationalfonds, 40 – 42.
- Vetterli, C. (2017). Exkurs: Den Patienten richtig bedienen – egal ob digital oder analog. In A. Angerer, R. Schmidt, C. Moll, L. Strunk, & U. Brügger, *Digital Health - Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens* (S. 24 - 25). Winterthur: ZHAW.
- Vink, J., Prestes Joly, M., Wetter-Edman, K., Tronvoll, B., & Edvardsson, B. (2019). Changing the Rules of the Game in Healthcare Through Service Design. In M. A. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management - Theory, Concepts, Practice* (S. 19 – 38). Springer Nature Switzerland.
- Vogel, S. (2006). Patientenpfade – heute und morgen. In A. Thiede, & H.-J. Gassel, *Krankenhaus der Zukunft*. Heidelberg: Dr. Reinhard Kaden.
- Vollmer, T. C., & Koppen, G. (2015). Architektur hilft heilen. Luxuriöser Wunsch oder beweisbare Wirklichkeit? *Klinik Wissen Management* 02/15, 22-25.
- von Felten, D., Coenen, C., & Schmid, M. (2012). *FM-Blueprinting: Schaffung von interdisziplinärer Transparenz für die Kern- und Unterstützungsprozesse*. Wädenswil: IFM Institut für Facility Management.