

From bottleneck to efficiency: Key areas for improving discharge management in healthcare – a qualitative study

Abstract

Background: In Mecklenburg-Western Pomerania, multidisciplinary round tables bring together stakeholders from the healthcare sector to jointly develop and advance solutions for regional care challenges on a semi-annual basis. In a sparsely populated state with distinct structural and service-related difficulties, these collaborative formats play a key role in improving discharge management. Against this backdrop, the present study explores the main fields of action required to enhance discharge processes in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania. It aims to prioritise the key challenges, objectives, and measures that can contribute to a more efficient and patient-centred continuum of care following hospital discharge.

Methods: Guideline-based group discussions were conducted at the round tables in Demmin, Pasewalk, Parchim and Ueckermünde and analysed using qualitative content analysis. To prioritise key topics and measures, a dialogue-based structural mapping method (Strukturlegetechnik) was applied. This approach enables the reconstruction of participants' subjective theories through consensus-oriented discussions and visual mapping of conceptual relationships.

Results: In four focus group discussions involving a total of 30 participants, three main areas for action were emphasised: the expansion of networks and binding coordination structures, the use of digital tools such as online platforms and telemedicine, and the development of tailored support services for vulnerable groups. In addition, prevention, health education, citizen participation and public relations were highlighted as essential cross-cutting tasks.

Discussion & conclusion: To ensure sustainable healthcare provision in rural areas, it is essential to establish stable networks that meet on a regular basis and have reliable funding. The targeted expansion of telemedicine, digital communication platforms and capacity monitoring systems should be pursued to strengthen cross-sector collaboration and reduce gaps in service delivery.

Keywords: patient discharge, discharge management, transition management, care transition, care management, follow-up care

Jann Niklas Vogel¹
Hanna Hilgenhof¹
Ivonne Honekamp²
Chiara Kleinschmidt²
Anne Petereit²
Valerie Bühler²
Stefan Schmidt¹

1 University of Applied Sciences Neubrandenburg, Faculty of Health, Nursing, Management, Neubrandenburg, Germany

2 University of Applied Science Stralsund, Faculty of Business Studies, Stralsund, Germany

1 Introduction

Discharge management (DM) comprises a set of coordinated measures designed to facilitate the transition of patients from hospital care to their home environment or to subsequent care services. Its overarching aim is to ensure seamless continuity of medical and nursing care, to prevent complications, and to enhance patients' quality of life. Implementing DM in rural and structurally disadvantaged regions poses particular challenges. Healthcare services are often geographically dispersed, specialised facilities are only partially accessible, and workforce shortages further intensify existing constraints. Mecklenburg-Western Pomerania (MV) is especially affected by these conditions. With 68 inhabitants per square kilometre, it has the lowest population density in Germany [1]. Since 1990, the population has decreased by 15%, while the proportion of residents aged over 65 has doubled [2], [3]. These demographic trends place increasing pressure on local healthcare infrastructures and underscore the need for context-sensitive DM approaches. In response, four regional Round Tables (RTs) have been established in MV with the objective of fostering sustainable healthcare provision at the local level. Within these networks, regional stakeholders from healthcare, social work, politics, civil society, and public administration collaborate in a multidisciplinary manner to develop cross-sectoral strategies for acute and post-discharge care.

The collaborative research project NAHVERSORGT examines how DM is currently being implemented in MV and which structural factors shape this process. International evidence suggests that patients in rural regions face a higher risk of care discontinuities and adverse outcomes following hospital discharge [4], [5]. Building on this evidence, the present study seeks to address the following research questions:

1. How do key stakeholders in structurally weak, rural regions of MV prioritise challenges, objectives, and measures in DM?
2. Which proposals for improving DM are articulated, and which measures are perceived as particularly effective?

The study aims to generate a deeper understanding of the specific requirements of DM in rural contexts. Its findings are intended to provide practical insights and inform the further development of regionally adapted models of care.

2 Methods

A qualitative research design was chosen to capture the perspectives of participants involved in the RTs and to derive concrete recommendations for strengthening DM in rural regions. The group discussion format enables the collection and comparison of different perspectives and opinions on a specific topic [6], while also facilitating the

joint development of solutions to complex challenges [7]. To structure the group discussions, a semi-standardised interview guide was developed based on the findings from the first focus group discussion (FGD) of the collaborative project [8] and the results of a preceding scoping review [9]. The guide was organised into four thematic dimensions (see Table 1), each accompanied by open-ended questions. This approach ensured that all relevant topics were addressed during the discussions and that participants' responses could evolve according to their individual priorities and perspectives.

In addition, the Structural Mapping Technique (SMT) was applied to identify priorities within the thematic areas and to explore regional differences between the RTs. The SMT enables participants to structure complex relationships both visually and cognitively. The resulting structure is shaped partly by formal relations such as "is a prerequisite for", and partly by the spatial arrangement of concept cards, whereby cards positioned higher in the hierarchy are assigned greater importance [10]. The outcome is a structural map that makes reasoning patterns, thought processes, and conceptual linkages explicitly visible [10]. During the FGDs, participants prioritised the measures developed within their respective RT sessions and evaluated their relative significance. This process provided deeper insights into perceptions of key action areas and into regional variations among the RTs in MV. Data collection took place between 1 July 2025 and 22 July 2025 during regular RT meetings held in person. Each discussion lasted approximately 60 minutes. All sessions were moderated by a researcher experienced in qualitative interviewing to ensure methodological consistency and minimise procedural bias.

Data analysis

The FGDs were transcribed, and the data were prepared and analysed using a category-oriented approach in a pseudonymised form. The method of structurally focused qualitative content analysis was applied [11] to organise and interpret the data material. This analytical approach allows for a combination of deductive and inductive reasoning. All steps of data analysis were conducted electronically using MAXQDA software (version 24.2.0). Ethical approval for the study was granted by the Ethics Committee of Neubrandenburg University of Applied Sciences (Ref. No.: HSNB/216/24).

3 Results

During the data collection period, group discussions were conducted across four RTs in MV with a total of 30 participants (n=18 female). Participants represented regional stakeholders from healthcare, social work, politics, civil society, and public administration. On average, the discussions lasted approximately 85 minutes. All contributions were included in the data analysis. The analysis resulted in the development of seven main categories

Table 1: Dimensions of the focus group discussion guide

No.	Dimension	Description
1	Interprofessional collaboration	Exchange and coordination between the actors involved.
2	Needs of vulnerable patient groups	Identification of specific care needs within discharge management as part of overall healthcare provision.
3	Information provision and transparency	Accessibility and comprehensibility of information.
4	Recommendations for action	Development and prioritisation of concrete measures.

Table 2: Overview of main categories with concise definitions

No.	Main category	Concise definition
1	Effective resources and structures	Positive examples and well-functioning processes in discharge management and regional healthcare delivery.
2	Challenges in discharge management and healthcare	Identified shortcomings or barriers within healthcare delivery or discharge management.
3	Strengthening collaboration in discharge management	Approaches to improve coordination and cooperation among key stakeholders.
4	Addressing the needs of vulnerable groups	Measures to enhance care provision for particularly at-risk or disadvantaged patient populations.
5	Information access and transparency in healthcare	Issues related to improving the accessibility, clarity, and visibility of available services.
6	Practical recommendations for action	Specific, actionable measures aimed at improving discharge management and healthcare services.
7	“Flowers along the way”	Additional, unprompted but relevant topics or positive examples mentioned during discussions.

(MCs) comprising a total of 111 differentiated subcategories at various levels (see Table 2). Some categories served as organisational categories in the sense described by Kuckartz [11], structuring the overall category system but not necessarily being used directly for coding. The following section provides a detailed presentation of MC3 to MC6, which represent the core thematic areas of the study.

MC3: Improving collaboration in discharge management

To optimise collaboration, participants primarily emphasised the need to improve interfaces and communication pathways between hospitals, physicians, nursing staff, social services, community coordinators and care support centres. Digital tools such as the Recare portal were described as a means of consolidating capacity requests and transmitting them collectively to potential aftercare facilities while also receiving feedback in return. The introduction of a pseudonymised local health record or the use of the electronic patient record was also mentioned as an option to enhance the flow of information. Regional reporting platforms and cluster models, similar to those established during the COVID-19 pandemic, were viewed as potentially useful for facilitating capacity notifications and needs assessments. Participants further stressed that data protection compliant communication structures were a key prerequisite. In addition, the need for stable personnel and financial support for coordinating roles,

such as community managers or physician assistants, was highlighted:

“[...] There is simply a lack of a manager to guide and coordinate the system. We have separate sectors, and I think there is great potential here that we could make better use of [...]” (H204, para. 7).

MC4: Improving the health situation of vulnerable groups

For vulnerable groups such as palliative care and dementia patients, or older people with multimorbidity, various measures were proposed. These included case management approaches and the deployment of health guides or community health nurses who provide support after discharge, assist with applications and pay attention to barriers within the home environment. Close collaboration with social services and care support centres was described as an important component of this ongoing support. Participants also suggested transitional and short-term housing options to bridge gaps in care provision. Examples included care apartments that can be temporarily shared with family members, cooperation with housing associations and hybrid models such as barrier-free holiday apartments with integrated care options. In this context, participants emphasised the importance of clear structural and architectural guidelines to ensure that housing providers and associations are aware of relevant standards:

“Exactly, there needs to be something like a specification sheet [...] for example, how wide the doors

must be, how bathrooms should be designed, whether there should be separate cooking facilities, wheelchair accessibility, or whether a barrier-reduced or barrier-free design is sufficient.” (S205, para. 68)

In addition, participants proposed the establishment of accessible model apartments to inform and raise awareness. Neighbourhood-oriented care concepts with local contact points, community spaces and the involvement of local networks were repeatedly highlighted as key strategies.

MC5: Information dissemination and transparency in healthcare provision

Participants frequently described access to information about DM and subsequent care services as difficult or unclear. A recurring concern was therefore the establishment of digital platforms that consolidate regional services, contact persons and capacities, and that are regularly maintained:

“My suggestion would be [...] that such information should really be listed, that there is an overview of all services, and perhaps also online [...] so that everyone has access to this overview and that it is continuously updated [...].” (O202, para. 38)

It was emphasised that such transparency would benefit not only patients themselves but also relatives and close contacts, who often provide support from a distance:

“It is not only older people who look for these services, but often their relatives, who may live further away and check whether there is a support group for their father or mother and organise things from afar [...].” (O202, para. 40)

As complementary measures, participants proposed public outreach formats such as health fairs, themed days or community events that bring together the general public and professional stakeholders to promote direct exchange. Suitable venues mentioned included day care facilities, municipal buildings and community centres.

MC6: Concrete recommendations for action

Within the fifth main category, Concrete recommendations for action, the SMT was applied to jointly identify priority measures with the participants. The weighting process illustrated which topics were perceived as particularly urgent and relevant. Overall, there was a strong emphasis on strengthening networking – both among healthcare actors within the region and across regional boundaries. This included the establishment of local physician networks, the closer integration of care support centres and the creation or reinforcement of coordinating roles. Another major focus was the development of digital infrastructures, including regional portals, databases of local service providers and online platforms that consolidate information and facilitate communication between providers. In several groups, the expansion of telemedicine

was highlighted as a key strategy for addressing care gaps, particularly in remote areas. Prevention also emerged as a central area for action. Suggested measures included educational and awareness-raising activities on physical activity, nutrition and dementia, as well as training programmes for community multipliers to promote health literacy and preventive behaviour more widely: *“[...] we need to rethink prevention [...] I think we should train more multipliers who embody prevention and bring it directly to people [...].”* (H208, para. 106) The measures identified through the SMT can be grouped into several overarching thematic fields. Table 3 presents a location-independent overview of the discussed approaches, ordered by their frequency and relevance in the group discussions. Participants repeatedly stressed the importance of rethinking prevention and embedding it more firmly in everyday life to enhance acceptance. Across all FGDs, participants proposed conducting needs assessments to guide targeted service development – for example in respite care, emergency services and home adaptation. As a complementary measure, participatory citizen formats such as a “wish box” survey were mentioned. While participants across regions shared many priorities, differences in emphasis were also evident. Some RTs focused primarily on organisational structures and binding cooperation frameworks, whereas others placed greater emphasis on meeting spaces, educational activities and the expansion of digital tools such as telemedicine. Across all RTs, participants underlined the need for a broader societal shift towards preventive thinking as a long-term goal. Information and counselling services should become accessible earlier and more routinely in everyday life: *“Health literacy and preventive education should start as early as kindergarten and be sustained throughout life.”* (H207, para. 102) Participants also pointed to the importance of reducing existing prejudices towards care support centres and raising their profile as trusted points of contact:

“Care support centres should play a central role. They provide accurate information and real support, but they are still not well known among the public [...] they are truly competent and even visit people at home when needed [...].” (H207, para. 95)

Prevention was thus not regarded as a secondary activity, but as an integral, cross-cutting responsibility that can make a substantial contribution to strengthening regional healthcare systems.

4 Discussion

The findings from the FGDs not only confirm the central challenges and proposed solutions identified in the scoping review but also expand on them by incorporating specific perspectives on the unique structural and social conditions of rural regions in MV. The following section discusses these findings in relation to MC2 to MC5.

Table 3: Overview of discussed themes and measures by level of prioritisation

Theme	Examples of discussed measures/suggestions	Level of prioritisation
Strengthening regional cooperation and commitment	<ul style="list-style-type: none"> Regular, structured round tables Clear definition of goals and responsibilities Inclusion of key stakeholders (health insurance funds, districts, general practitioners) Establishment of working groups 	Very frequent (4/4)
Digital networking and telemedicine	<ul style="list-style-type: none"> Use of digital tools for coordination Development of information and exchange platforms Further development of existing digital projects (e.g. FIN) 	Very frequent (4/4)
Prevention and health literacy	<ul style="list-style-type: none"> Awareness campaigns and health action days Training of community multipliers Increasing the visibility of care support centres 	Frequent (3/4)
Structuring and institutionalising the round tables	<ul style="list-style-type: none"> Definition of responsibilities, scheduling and record keeping More flexible meeting times Institutional anchoring and long-term continuation 	Frequent (3/4)
Strengthening social and spatial infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> Creation or enhancement of community meeting places Neighbourhood development initiatives Promotion of joint community activities 	Mentioned several times (2/4)
Resources and workforce development	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation of academically trained nursing competencies Support and recognition of volunteer engagement Delegation of tasks to qualified nursing professionals 	Rare (1/4)
Financing and sustainability	<ul style="list-style-type: none"> Clarification of funding models Ensuring appropriate allocation of financial resources ("money in the right direction") Consolidation of project structures Integration into municipal budget planning 	Cross-cutting theme (frequently mentioned implicitly)

Note: The levels of prioritisation refer to how frequently each theme was mentioned across the four Round Tables (Demmin, Pasewalk, Parchim and Ueckermünde). "Very frequent" indicates that a theme was mentioned in all four, "frequent" in three, "mentioned several times" in two and "rare" in one focus group discussion. Aspects related to financing were not discussed as a separate field of action but rather as a cross-cutting theme that substantially influences the feasibility of other measures.

MC2: Improving collaboration in discharge management

The results indicate that one of the key areas for action lies in optimising internal collaboration between hospitals, general practitioners, nursing staff, social services, community coordinators and care support centres. The main focus is on improving coordination within professional networks to prevent disruptions in the continuum of care. Participants particularly highlighted digital tools such as the electronic patient record and regional capacity reporting systems, which can help structure information flows between healthcare providers. Research projects in Germany have shown that such platforms can demonstrably improve communication, provided that they are used in a standardised manner [12] and are technically as well as terminologically compatible [13]. In addition, participants emphasised the importance of ensuring adequate staffing and sustainable funding for coordinating roles. The literature similarly highlights that clearly defined responsibilities and mandates are crucial for the success of such positions [14], [15]. Insights from German model projects such as the AGnES concept (Arztentlastende, Gemeindefahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention – “physician-relieving, community-based, eHealth-supported systemic intervention”) further demonstrate that the structured delegation of medical tasks to qualified non-physician professionals can enhance the efficient use of medical resources and strengthen collaboration within regional healthcare networks [16], [17]. These approaches reveal the potential of innovative forms of cooperation but also underline that their success depends on clearly defined responsibilities and sustainable financing mechanisms. Taken together, the findings suggest that effective collaboration in discharge management cannot be achieved through digital tools alone. It requires the interplay of robust technical infrastructures, binding role definitions and reliable financial frameworks to ensure continuity and quality of care across sectors.

MC3: Improving the health situation of vulnerable groups

The FGDs highlighted that vulnerable groups, such as older patients with multimorbidity, require specific and ongoing support. Participants identified case management, health navigator roles and community health nurses as suitable approaches to provide patients and their relatives with cross-sectoral contact points within the healthcare system. Comparable models have already been tested in Germany, for instance the “Pathfinders” within the TIGER project [18], [19] or various case management programmes [20], [21]. These examples demonstrate that such roles can improve orientation and navigation within the care system. However, participants and the literature alike noted that the sustainable funding and integration of these roles into existing structures remain unresolved challenges. Furthermore, participants

emphasised the importance of transitional and short-term housing models, accessible demonstration apartments and cooperative housing arrangements designed to bridge care gaps after discharge and to prevent rehospitalisation. The Innovation Fund project StatAMed provides an illustrative example of how such cross-sectoral models can be implemented [22]. At the same time, the findings underscore the need for systematic evaluation and scaling of these approaches to ensure their long-term effectiveness and sustainability.

MC4: Information dissemination and transparency in healthcare provision

Our findings indicate that a lack of transparency and the limited accessibility of information within DM represent key challenges in regional healthcare provision in MV. Digital platforms such as regional health portals, electronic patient records or aftercare databases were described by participants as promising innovations, as they consolidate information and facilitate faster navigation through the care process. In the literature, such tools are considered crucial for improving cross-sectoral information flows and ensuring continuity of care [23]. However, the effectiveness of these systems depends heavily on standardisation, interoperability and regular maintenance. Moreover, while digital transparency tools hold considerable potential for innovation, they also carry the risk of exacerbating existing inequalities: population groups lacking digital skills or access may be excluded. Against this backdrop, analogue formats such as local health fairs, community information days and outreach events remain highly relevant. A critical shortcoming is that these formats are often implemented sporadically and without systematic coordination. A promising way forward would therefore be to better integrate digital and analogue information channels and embed them more firmly within regional healthcare structures.

MC5: Concrete recommendations for action

The prioritisation of themes within the SMT process showed that structural and organisational measures were considered particularly urgent by the participants. A key concern was to strengthen the formal structure and accountability of the RTs, including clearly defined goals, the allocation of responsibilities and regular meetings. The literature consistently highlights that these factors are critical to the success of interdisciplinary collaboration. Networks can only function effectively and sustainably when roles are clearly defined, communication channels are well established and organisational frameworks are supported at an institutional level [24], [25]. In practice, however, shortcomings in these areas often prevent promising collaborative initiatives from developing beyond the pilot stage. Participants also identified the expansion of digital infrastructure and the wider use of

telemedicine as priority measures. Evidence shows that such technologies can improve access to care and speed up the exchange of information, particularly in regions with limited resources [26]. Participants further emphasised the importance of strengthening prevention and health literacy, including training for multipliers and targeted awareness campaigns, reflecting current national initiatives and programmes [27], [28]. Local assessments of existing services and needs, as well as participatory citizen formats such as “wish box” surveys, were described as essential first steps: *“But I think a kind of market analysis – identifying what is missing and what is already working – would definitely be very important.”* (S202, para. 243) These measures were seen as the foundation for more targeted planning and action. They also highlighted that identified needs can vary considerably between regions, underlining the importance of tailoring implementation strategies to local contexts.

Limitations

This study was guided by Steinke’s core criteria for qualitative research [29]. Intersubjective transparency was ensured through detailed documentation of the analytical process in MAXQDA, independent content analysis by two researchers and the use of a clearly codified procedure. Empirical grounding [29] was achieved through a combined deductive and inductive approach, drawing on insights from the first FGD and the preceding scoping review. Several limitations should be acknowledged. The sample included only participants from the RTs in MV, which means the findings are shaped by the specific structural and social conditions of a rural and economically weaker region. Consequently, their transferability to other contexts is limited. Moreover, certain perspectives particularly those of patients were not represented. Additional FGDs involving further professional groups and affected individuals could therefore yield valuable complementary insights. FGDs may also be influenced by group dynamics and socially desirable responses [30]. The use of the SMT represents an innovative and distinctive element of this study. While the thematic structuring is partly subjective and complex interrelations can only be captured to a limited extent, the method nevertheless enables a systematic prioritisation and hierarchical organisation of topics across multiple sites. In combination with the FGDs, the SMT provided practical, comparable findings that directly supported the study’s objectives.

5 Conclusion

The findings of this study indicate that lasting improvements in DM within rural regions need to be pursued on three interconnected levels: by establishing stable and trustworthy networks, developing digital capacity and information systems, and expanding telemedicine infrastructure. The results also show that community health nurse models and flexible transitional or short-term care options

can play a particularly valuable role in ensuring continuity and security of care for vulnerable groups. Preventive education initiatives and participatory engagement formats should be regarded not as supplementary measures but as essential components of a forward-looking care strategy. Beyond generating practical priorities for action, this study also contributes to a conceptual understanding of how DM in structurally weaker rural settings can be systematically advanced. Further research is needed to evaluate the implementation and effectiveness of the prioritised measures and to assess their transferability to other rural regions.

Abbreviations

- DM: Discharge management
- FGD: Focus group discussion
- MV: Mecklenburg-Western Pomerania
- MC: Main category
- RT: Round Table
- SMT: Structural Mapping Technique

Notes

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants of the Round Tables for their voluntary engagement and valuable contributions to the group discussions.

Funding

This study forms part of the collaborative project “NAHVERSORGT – Na@hversorgt in der Region”. The project on which this publication is based was funded by the Innovation Committee of the Federal Joint Committee (G-BA) under grant number O1VSF23038.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Destatis. Bevölkerungsdichte in Deutschland nach Bundesländern zum 31. Dezember 2024 (Einwohner je km²) [Population density in Germany by federal state as of 31 December 2024 (inhabitants per km²)] [Graph]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1242/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>
2. Demografieportal des Bundes und der Länder. Bevölkerungszahl in Mecklenburg-Vorpommern [Population size in Mecklenburg-Western Pomerania]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungszahl-mecklenburg-vorpommern.html>

3. Demografieportal des Bundes und der Länder. Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern [Age structure of the population in Mecklenburg-Western Pomerania]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>
4. Tsilimingras D, Schnipper J, Duke A, Agens J, Quintero S, Bellamy G, Janisse J, Helmkamp L, Bates DW. Post-Discharge Adverse Events Among Urban and Rural Patients of an Urban Community Hospital: A Prospective Cohort Study. *J Gen Intern Med.* 2015 Aug;30(8):1164-71. DOI: 10.1007/s11606-015-3260-3
5. Anderson MC, Evans E, Zonfrillo MR, Thomas KS. Rural/urban differences in discharge from rehabilitation in older adults with traumatic brain injury. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Jun;69(6):1601-8. DOI: 10.1111/jgs.17065
6. Lamnek S, Krell C. *Qualitative Sozialforschung [Qualitative social research]*. 6th ed. Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2016.
7. Benighaus C, Benighaus L. Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen [Moderation, structure and dynamics in focus groups]. In: Schulz M, Mack B, Renn O, editors. *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft [Focus groups in empirical social science]*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 111-32. DOI: 10.1007/978-3-531-19397-7_6
8. Vogel JN, Letzin J, Hilgenhof H, Honekamp I, Kleinschmidt C, Petereit A, Schmidt S. Bedarfe und Umsetzungswege des Entlassmanagements in ländlichen Räumen von Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit multidisziplinären Akteur*innen im Gesundheitswesen [Needs and implementation pathways of discharge management in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania: Findings from focus group discussions with multidisciplinary healthcare stakeholders]. *GMS Ger Med Sci.* 2025;23:Doc14. DOI: 10.3205/000350
9. Petereit A, et al. Entlassmanagement in Deutschland: Ein Scoping Review [Discharge management in Germany: A scoping review]. Under review; 2026.
10. Kindermann K. Struktur-Lege-Verfahren [Structural mapping method]. In: WiReLex - Wissenschaftlich Religionspädagogisches Lexikon im Internet. 2019 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://cms.ibep-prod.com/app/uploads/sites/18/2023/08/Struktur_Lege_Verfahren__2019-02-05_13_31.pdf
11. Kuckartz U, Rädiker S. *Qualitative content analysis: methods, practice and software*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2023. DOI: 10.4324/9781003213277-57
12. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ePfleger: Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege [eCare: Information and communication technology for nursing care]. 2017 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.dip.de/wp-content/uploads/2025/02/BMG_ePfleger_Abschlussbericht_final.pdf
13. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung [Global action plan for patient safety 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in healthcare]. 2021 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf
14. Braeseke G, Pflug C, Beikirch E. Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten [Study on coordination, networking and quality assurance tasks in care support centres]. Berlin: IGES Institut; 2018.
15. Blum K, Offermanns M. Entlassmanagement im Krankenhaus: Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD) [Discharge management in hospitals: study by the German Hospital Institute supported by GHD Germany]. 2008 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/DKI-Studie_-_Entlassmanagement_im_Krankenhaus_0.pdf
16. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiss T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Hoffmann W, Rogalski H, Oppermann R, Karopka T. AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel: model project evaluation regarding quality and acceptance. *Dtsch Arztebl Int.* 2009 Jan;106(1-2):3-9. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003
17. Droste W, Wiczorek M. Digitalisierungsvorschub für spezialisierte Pflege? Arbeitsbedingungen der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde während der SARS-CoV-2-Pandemie [Advance of digitalization for specialized care? Working conditions of the care experts in ostomy, continence and wounds during the SARS-CoV-2 pandemic]. *Coloproctology.* 2021;43(3):223-8. DOI: 10.1007/s00053-021-00537-1
18. Rimmele M, Wirth J, Britting S, Gehr T, Hermann M, van den Heuvel D, Kestler A, Koch T, Schoeffski O, Volkert D, Wingenfeld K, Wurm S, Freiberger E, Sieber C; TIGER consortium. Improvement of transitional care from hospital to home for older patients, the TIGER study: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2021 Feb 8;11(2):e037999. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037999
19. Wingenfeld K, Freese K. TIGER - Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg: Evaluationsbericht [Transsectoral intervention programme to improve geriatric care in Regensburg: evaluation report]. 2022 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/150/2022-03-02_TIGER_Evaluationsbericht.pdf
20. Boege I, Williams B, Schulze U, Fegert JM. Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern [Discharge management in pediatric and adolescent psychiatry: Expectations and realities from the parental perspective]. *Nervenarzt.* 2021 Mar;92(3):252-8. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1
21. Gaertner B, Herzog A, Holzhausen M, Schmidt S. "Case-management"-Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland: Systematische Übersicht zum aktuell publizierten Forschungsstand [Case management studies for individuals 65 years and older in Germany: Systematic review of the currently published state of research]. *Z Gerontol Geriatr.* 2015 Aug;48(6):529-38. DOI: 10.1007/s00391-014-0839-y
22. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). StatAMed - Transformation des Patientenpfades durch ein sektorenübergreifendes kurzstationäres allgemeinmedizinisch orientiertes Versorgungsmodell [StatAMed - transforming the patient pathway through a cross-sectoral short-stay general-practice-oriented care model]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/statamed.563>
23. Schmitt T. Implementing electronic health records in Germany: lessons (yet to be) learned. *Int J Integr Care.* 2023;23:13. DOI: 10.5334/ijic.6578
24. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, Peytremann-Bridevaux I, Gilles I. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care.* 2021 Jun 22;21(2):32. DOI: 10.5334/ijic.5589

25. Bönisch S. Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen: Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke [The benefits of networking in healthcare]. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. DOI: 10.1007/978-3-658-16003-6
26. Totten A, Womack DM, McDonagh MS, Davis-O'Reilly C, Griffin JC, Blazina I, Grusing S, Elder N. Improving rural health through telehealth-guided provider-to-provider communication. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2022. DOI: 10.23970/AHRQEPCCER254
27. Schaeffer D, Gille S, Vogt D, Hurrelmann K. National Action Plan Health Literacy in Germany: origin, development and structure. *J Public Health (Oxf)*. 2023;31(6):905-15. DOI: 10.1007/s10389-021-01616-9
28. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland [Health promotion through life-skills programmes in Germany]. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2005 [cited 2025 Nov 6]. (Gesundheitsförderung KONKRET; 6). Available from: <https://shop.bioeg.de/pdf/60646000.pdf>
29. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung [Quality criteria of qualitative research]. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung [Qualitative research]*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p. 319-31.
30. Vogl S. Gruppendiskussion [Focus group discussion]. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung [Handbook of empirical social research methods]*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2022. p. 913-9. DOI: 10.1007/978-3-658-37985-8_58

Corresponding author:

Jann Niklas Vogel, MSc
 University of Applied Sciences Neubrandenburg, Faculty of Health, Nursing, Management, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Germany, Phone: +49 395 5693 3209
jvogel@hs-nb.de

Please cite as

Vogel JN, Hilgenhof H, Honekamp I, Kleinschmidt C, Petereit A, Bühler V, Schmidt S. *From bottleneck to efficiency: Key areas for improving discharge management in healthcare – a qualitative study*. *GMS Ger Med Sci*. 2026;24:Doc04. DOI: 10.3205/000357, URN: urn:nbn:de:0183-000357

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/000357>

Received: 2025-11-13

Revised: 2025-12-01

Published: 2026-06-01

Copyright

©2026 Vogel et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Vom Engpass zur Effizienz: Handlungsfelder zur Verbesserung des Entlassmanagements in der Gesundheitsversorgung – eine qualitative Studie

Zusammenfassung

Hintergrund: In Mecklenburg-Vorpommern bestehen Runde Tische, an denen Akteur*innen des Gesundheitswesens multidisziplinär zusammenkommen, um halbjährlich gemeinsame Lösungsansätze für regionale Versorgungsprobleme zu entwickeln und deren Umsetzung zu begleiten. Gerade in einem Flächenland mit geringer Bevölkerungsdichte und spezifischen Versorgungsherausforderungen kommt diesen Strukturen eine zentrale Rolle für die Weiterentwicklung des Entlassmanagements zu. Vor diesem Hintergrund untersucht der Beitrag, welche Handlungsfelder für eine Verbesserung des Entlassmanagements in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns relevant sind, und zielt darauf ab, zentrale Herausforderungen, Zielsetzungen und Maßnahmen zu priorisieren, um eine effizientere und stärker patient*innen-zentrierte Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt zu fördern.

Methodik: Es wurden leitfadensbasierte Gruppendiskussionen an den Runden Tischen in Demmin, Pasewalk, Parchim und Ueckermünde durchgeführt, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Zur Priorisierung zentraler Themen und Maßnahmen wurde die Strukturlegetechnik eingesetzt, ein dialogkonsensbasiertes Verfahren zur Rekonstruktion subjektiver Theorien.

Ergebnisse: In vier Fokusgruppendiskussionen mit insgesamt 30 Teilnehmenden wurden vor allem drei Handlungsfelder betont: der Ausbau von Netzwerken und verbindlichen Koordinationsstrukturen, der Einsatz digitaler Instrumente (z.B. Portale, Telemedizin) sowie passgenaue Unterstützungsangebote für vulnerable Gruppen. Ergänzend wurden Prävention, Aufklärung, Bürgerbeteiligung und Öffentlichkeitsarbeit als zentrale Querschnittsaufgaben hervorgehoben.

Diskussion & Schlussfolgerung: Für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen sind stabile, regelmäßig tagende Netzwerke und eine gesicherte Finanzierung essenziell. Die Integration von Telemedizin, digitalen Kommunikationsplattformen und Kapazitätsmeldesystemen sollte gezielt vorangetrieben werden, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit zu stärken und Versorgungslücken zu schließen.

Schlüsselwörter: Entlassmanagement, Entlassungsmanagement, Überleitungsmanagement, Pflegeüberleitung, Versorgungsmanagement, Anschlussversorgung

Jann Niklas Vogel¹
Hanna Hilgenhof¹
Ivonne Honekamp²
Chiara Kleinschmidt²
Anne Petereit²
Valerie Bühler²
Stefan Schmidt¹

1 Hochschule
Neubrandenburg,
Fachbereich Gesundheit,
Pflege, Management,
Neubrandenburg,
Deutschland

2 Hochschule Stralsund,
Fakultät für Wirtschaft,
Stralsund, Deutschland

1 Hintergrund

Das Entlassmanagement (EM) umfasst koordinierte Maßnahmen, die den Übergang von Patient*innen aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld oder in weiterführende Versorgungsangebote begleiten. Ziel ist eine lückenlose Anschlussversorgung, die sowohl medizinische und pflegerische Kontinuität sicherstellt als auch Komplikationen vorbeugt und die Lebensqualität verbessert. In ländlichen und strukturschwachen Regionen stellt die Umsetzung des EM besondere Anforderungen dar. Versorgungsangebote sind oft räumlich verstreut, spezialisierte Einrichtungen nur eingeschränkt erreichbar, und der Fachkräftemangel verschärft bestehende Engpässe. Mecklenburg-Vorpommern (MV) ist hiervon in besonderem Maße betroffen: Mit 68 Einwohner*innen pro Quadratkilometer weist es die geringste Bevölkerungsdichte Deutschlands auf [1]. Seit 1990 ist die Bevölkerung um 15 Prozent zurückgegangen, während sich der Anteil der über 65-Jährigen verdoppelt hat [2], [3]. Diese Entwicklungen erhöhen den Druck auf kommunale Versorgungsstrukturen und verdeutlichen die Notwendigkeit angepasster EM-Konzepte. In diesem Kontext haben sich in MV vier regionale Runde Tische (RT) etabliert, die das Ziel verfolgen, die Gesundheitsversorgung vor Ort nachhaltig zu gestalten. In diesen Netzwerken arbeiten regionale Akteur*innen aus Gesundheitswesen, Sozialarbeit, Politik, Zivilgesellschaft und Verwaltung multidisziplinär zusammen, um sektorenübergreifende Strategien für die Akut- und Nachsorge von Patient*innen zu entwickeln. Das Verbundprojekt NAHVERSORGT untersucht, wie das EM in MV umgesetzt wird und welche strukturellen Faktoren den Prozess beeinflussen. Internationale Studien weisen darauf hin, dass Patient*innen in ländlichen Regionen nach der Krankenhausentlassung einem erhöhten Risiko für Versorgungslücken und negative Folgen ausgesetzt sind [4], [5]. Aufbauend darauf geht die vorliegende Studie folgenden Fragen nach:

1. Wie priorisieren relevante Stakeholder in strukturschwachen, ländlichen Regionen in MV Herausforderungen, Ziele und Maßnahmen im EM?
2. Welche Vorschläge zur Weiterentwicklung des EM werden formuliert, und welche Maßnahmen gelten als besonders wirksam?

Damit soll ein vertieftes Verständnis für die spezifischen Bedarfe im EM ländlicher Räume gewonnen werden. Die Ergebnisse sollen praxisnahe Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung regional angepasster Versorgungskonzepte liefern.

2 Methode

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die Perspektiven der Teilnehmenden an den RT sichtbar zu machen und daraus konkrete Handlungsempfehlungen für das EM in ländlichen Regionen abzuleiten. Das Format der Gruppendiskussion ermöglicht es, Perspektiven und

Meinungen zu einem Thema zu sammeln und zu vergleichen [6] sowie gemeinsame Lösungsansätze für komplexe Fragestellungen zu entwickeln [7]. Zur Strukturierung der Gruppendiskussionen wurde ein teilstandardisierter Leitfaden entwickelt, der auf den Ergebnissen der ersten Fokusgruppendiskussion (FGD) des Verbundprojekts [8] sowie eines vorangegangenen Scoping Reviews [9] basiert. Der Leitfaden gliederte sich in vier thematische Dimensionen (s. Tabelle 1), zu denen offene Fragen formuliert wurden. Dadurch wurde gewährleistet, dass alle Themenfelder in den Diskussionen adressiert und die Antworten entlang individueller Relevanzsetzungen entfaltet werden konnten.

Ergänzend wurde die Methode der Strukturlegetechnik (SLT) eingesetzt, um Priorisierungen innerhalb der Themenfelder sowie regionale Unterschiede der RT zu identifizieren. Die SLT ermöglicht den Teilnehmenden, komplexe Zusammenhänge visuell und kognitiv zu strukturieren. Die Ordnung entsteht einerseits durch Formalrelationen wie „ist eine Voraussetzung von“ und andererseits durch die optische Vor- und Überordnung der Konzeptkarten, wobei übergeordnet positionierten Karten eine höhere Gewichtung zukommt [10]. Das Ergebnis ist ein Strukturbild, das Argumentationsmuster, Denkwege und inhaltliche Bezüge explizit sichtbar macht [10].

Im Rahmen der FGD priorisierten die Teilnehmenden die während der jeweiligen RT-Sitzung erarbeiteten Maßnahmen und bewerteten deren relative Bedeutung. Dies ermöglichte einen vertieften Einblick in die Wahrnehmung zentraler Handlungsfelder und in regionale Unterschiede zwischen den RT in MV. Die Datenerhebung erfolgte vom 01.07.2025 bis 22.07.2025 in Präsenz während regulärer RT-Treffen. Als Diskussionsdauer wurde ein Zeitraum von 60 Minuten angesetzt. Alle Diskussionen wurden von einer in qualitativer Interviewforschung erfahrenen Person moderiert, um methodische Konsistenz sicherzustellen und Verzerrungen in der Durchführung zu minimieren.

Datenauswertung

Die Gruppendiskussionen wurden transkribiert; die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte kategorienorientiert und in pseudonymisierter Form. Es wurde der methodische Ansatz der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [11] gewählt, um das Datenmaterial aufzubereiten und auszuwerten. Die Methodik ermöglicht ein deduktiv-induktives Vorgehen. Alle Schritte der Datenauswertung erfolgten elektronisch gestützt über die Software MAXQDA (Release 24.2.0). Für die vorliegende Studie liegt ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Hochschule Neubrandenburg vor (Reg.-Nr.: HSNB/216/24).

3 Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum wurden an vier RT in MV Gruppendiskussionen mit insgesamt 30 Teilnehmenden (n=18 weiblich) durchgeführt. Vertreten waren regionale Ak-

Tabelle 1: Dimensionen des Diskussionsleitfadens

Nr.	Dimension	Erläuterung
1	Interprofessionelle Zusammenarbeit	Austausch und Abstimmung zwischen beteiligten Akteur*innen
2	Bedarfe vulnerabler Patient*innen-gruppen	Erhebung besonderer Versorgungsbedarfe im Entlassmanagement als Teil der Gesundheitsversorgung
3	Informationsvermittlung und Transparenz	Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Informationen
4	Handlungsempfehlungen	Entwicklung und Priorisierung konkreter Maßnahmen

Tabelle 2: Übersicht der Oberkategorien mit Kurzdefinitionen

Nr.	Oberkategorie	Kurzdefinition
1	Funktionierende Ressourcen & Strukturen	Positive Beispiele und funktionierende Abläufe im Entlassmanagement bzw. in der regionalen Gesundheitsversorgung
2	Probleme im Entlassmanagement und der Gesundheitsversorgung	Benannte Defizite oder Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung oder im Entlassmanagement
3	Verbesserung der Zusammenarbeit im Entlassmanagement	Vorschläge zur Optimierung der Kooperation zwischen relevanten Akteur*innen
4	Verbesserung der Gesundheitssituation vulnerabler Gruppen	Maßnahmen zur besseren Versorgung besonders schutzbedürftiger Patient*innengruppen
5	Informationsvermittlung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung	Aussagen zu besserem Zugang, Verständlichkeit und Sichtbarkeit von Angeboten
6	Konkrete Handlungsempfehlungen	Genannte, umsetzbare Maßnahmen zur Optimierung von Versorgung und Entlassmanagement
7	Blumen am Wegesrand	Ergänzende, nicht leitfadensbasierte, aber relevante Themen oder Positivbeispiele

teur*innen aus Gesundheitswesen, Sozialarbeit, Politik, Zivilgesellschaft und Verwaltung. Die Diskussionen dauerten im Schnitt rund 85 Minuten. Sämtliche Beiträge flossen in die Datenanalyse ein. Im Zuge der Auswertung wurden sieben Oberkategorien (OK) mit insgesamt 111 differenzierten Ausprägungen auf verschiedenen Unterkategorien-Ebenen herausgearbeitet (s. Tabelle 2). Einige Kategorien dienen dabei als Ordnungskategorien im Sinne von Kuckartz [11], die das Kategoriensystem strukturieren und nicht immer direkt für die Codierung genutzt werden. Im Folgenden werden die OK3 bis OK6 näher dargestellt, da sie die zentralen Themenfelder abbilden.

OK3: Verbesserung der Zusammenarbeit im Entlassmanagement

Zur Optimierung der Zusammenarbeit wurde insbesondere die Verbesserung von Schnittstellen und Kommunikationswegen zwischen Krankenhaus, Ärzt*innen, Pflegefachkräften, Sozialdiensten, Quartiersleitungen und Pflegestützpunkten benannt. Digitale Werkzeuge wie das Portal Recare wurden als Möglichkeit beschrieben, Kapazitätsanfragen gebündelt an potenzielle Nachsorgeeinrichtungen zu übermitteln und Rückmeldungen zu erhalten. Auch die Einführung einer pseudonymisierten lokalen Akte oder die Nutzung der elektronischen Patientenakte wurden als Optionen zur Verbesserung des Informationsflusses genannt. Regionale Meldeplattformen und Cluster-Modelle, wie sie unter der Corona-Pandemie eingerichtet waren, könnten nach Ansicht der Teilnehmenden Kapazitätsmeldungen und Bedarfsabfragen erleichtern. Daten-

schutzkonforme Kommunikationsstrukturen wurden als zentrale Voraussetzung betont. Darüber hinaus wurde auf die Notwendigkeit einer personellen und finanziellen Absicherung koordinierender Rollen, etwa durch City-Manager*innen oder Physician Assistants, hingewiesen: „[...] Es fehlt einfach ein Manager, die das System lenken und leiten und wir haben getrennte Sektoren und da denke ich doch, da haben wir ein gutes Potenzial, um das hier auszuschöpfen [...]“ (H204, Abs. 7).

OK4: Verbesserung der Gesundheitssituation vulnerabler Gruppen

Für vulnerable Personengruppen, wie Palliativ- und Demenzpatient*innen oder ältere, multimorbide Menschen, wurden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen. Dazu zählen Case-Management-Ansätze sowie der Einsatz von Gesundheitslots*innen oder Community Health Nurses, die auch nach der Entlassung in der Häuslichkeit unterstützen, Anträge begleiten und auf Barrieren im Wohnumfeld achten. Die enge Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und Pflegestützpunkten wurde als wichtiger Bestandteil dieser Begleitung beschrieben. Zudem wurden Übergangs- und Kurzzeitwohnformen angeregt, um Versorgungslücken zu überbrücken. Genannt wurden Pflegewohnungen, die zeitweise von Angehörigen mitgenutzt werden können, Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften sowie Mischkonzepte wie barrierearme Ferienwohnungen mit Pflegeoption. In diesem Zusammenhang betonten Teilnehmende auch die Bedeutung klarer baulicher

Richtlinien, damit Wohnungsanbieter und -gesellschaften über entsprechende Standards informiert sind:

„Genau, muss es irgendein wie ein Lastenheft geben [...] also wie breit müssen die Türen sein, wie müssen die Bäder beschaffen sein, eigene Kochgeschichten, rollstuhlgerecht, oder reicht barrierearm oder barrierefrei.“ (S205, Abs. 68)

Ergänzend wurden barrierefreie Musterwohnungen zur Information und Sensibilisierung vorgeschlagen. Quartiersorientierte Versorgungsansätze mit lokalen Anlaufstellen, Begegnungsräumen und der Einbindung lokaler Netzwerke wurden mehrfach betont.

OK5: Informationsvermittlung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung

Die Teilnehmenden beschrieben den Zugang zu Informationen über das EM und weiterführende Angebote häufig als erschwert oder unübersichtlich. Ein wiederkehrendes Anliegen war daher die Einrichtung digitaler Plattformen, die regionale Angebote, Ansprechpartner*innen und Kapazitäten bündeln und regelmäßig gepflegt werden:

„Mein Vorschlag wäre, [...] dass man sowas wirklich auch mal listet, dass es eine Übersicht gibt, überall die Angebote und die auch vielleicht im Internet [...] dass also für alle diese Übersicht zur Verfügung steht und dass die auch kontinuierlich gepflegt wird [...]“ (O202, Abs. 38)

Dabei wurde betont, dass nicht nur Patient*innen selbst, sondern auch An- und Zugehörige, die häufig aus der Ferne unterstützen, von einer solchen Transparenz profitieren würden:

„Also es sind ja nicht nur die älteren Leute, die sich diese Angebote rauspicken, sondern es sind ja oft auch Angehörige, die etwas weiter weg wohnen und schauen, gibt es einen Helferkreis für meinen Vater oder Mutter und dort dann das organisieren aus der Ferne heraus [...]“ (O202, Abs. 40)

Als ergänzende Maßnahmen wurden öffentlichkeitswirksame Formate wie Gesundheitstage, Thementage oder Messen vorgeschlagen, die Bevölkerung und Fachakteur*innen zusammenbringen und den direkten Austausch fördern. Als geeignete Orte hierfür wurden unter anderem Tagespflegen, Stadtgebäude oder Begegnungstätten genannt.

OK6: Konkrete Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der fünften Oberkategorie „Konkrete Handlungsempfehlungen“ wurde die Methode der SLT eingesetzt, um gemeinsam mit den Teilnehmenden prioritäre Maßnahmen zu identifizieren. Die dabei vorgenommene Gewichtung verdeutlicht, welche Themen aus Sicht der Beteiligten als besonders dringlich und relevant erachtet werden. Übergreifend zeigte sich eine hohe Gewichtung auf der Förderung von Vernetzung sowohl zwischen Gesundheitsakteur*innen innerhalb der Region als auch

überregional. Dies umfasste die Etablierung lokaler Ärzt*innennetze, die engere Einbindung von Pflegestützpunkten sowie den Aufbau oder die Stärkung koordinierender Stellen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Weiterentwicklung digitaler Strukturen, darunter regionale Portale, Datenbanken zu regionalen Dienstleistungsunternehmen und weitere Online-Plattformen, die Informationen bündeln und die Kommunikation zwischen Leistungserbringern erleichtern. In mehreren Gruppen wurde zudem der Ausbau der Telemedizin als besonders wichtige Maßnahme benannt, um Versorgungslücken insbesondere in entlegenen Regionen zu schließen. Die Prävention wurde ebenfalls als zentrales Handlungsfeld hervorgehoben. Dies beinhaltete Bildungs- und Aufklärungsmaßnahmen zu Bewegung, Ernährung und Demenzsensibilisierung sowie Multiplikator*innenschulungen zur breiteren Streuung von Gesundheitsinformationen:

„[...] wir müssen Prävention [...] nochmal irgendwie anders denken. [...] Also ich glaube, da müssen wir mehr Multiplikatoren ausbilden, die Prävention dann auch leben und vor allem dann auch an die Menschen bringen [...]“ (H208, Abs. 106)

Die im Rahmen der SLT identifizierten Maßnahmen lassen sich übergreifend in mehrere Themenfelder einordnen. Tabelle 3 zeigt eine standortunabhängige Übersicht der diskutierten Handlungsansätze, geordnet nach ihrer Häufigkeit und Relevanz in den Gruppendiskussionen. Dabei wurde mehrfach die Notwendigkeit betont, Prävention „anders zu denken“ und stärker in alltägliche Kontexte einzubinden, um die Akzeptanz zu erhöhen. Insgesamt fand sich in allen FGD der Vorschlag, Bedarfsanalysen zur gezielten Angebotsentwicklung durchzuführen, beispielsweise im Bereich der Verhinderungspflege, dem Rettungsdienst oder der Wohnraumanpassung. Als ergänzendes Element wurden Bürgerbeteiligungsformate wie eine „Wunschbox“-Umfrage genannt. Neben gemeinsamen Handlungsfeldern zeigten sich auch regionale Unterschiede in der Schwerpunktsetzung. Während an einigen RT vor allem organisatorische Strukturen und die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit betont wurden, lag andernorts der Fokus stärker auf Begegnungsorten, Aufklärungsmaßnahmen sowie dem Ausbau digitaler Lösungen wie Telemedizin. Als langfristige Zielsetzung wurde an allen RT die Bedeutung eines gesellschaftlichen Bewusstseinswandels im Bereich der Gesundheitsprävention hervorgehoben. Informations- und Beratungsangebote sollten künftig früher und selbstverständlicher genutzt werden:

„Also mit Gesundheitskompetenz, Förderprävention, ist ein Thema, das im Kindergarten eigentlich schon anfangen muss, also definitiv langfristig und andauert.“ (H207, Abs. 102) Dazu gehört auch, bestehende Vorurteile gegenüber Pflegestützpunkten abzubauen und deren Rolle als zentrale Anlaufstellen stärker positiv hervorzuheben:

„Die Pflegestützpunkte müssen schon eine große Rolle spielen, da sind die richtigen Informationen, da ist auch Unterstützung da, die sind aber auch immer noch zu wenig bekannt, also in der Bevölkerung [...] die sind wirklich kompetent, kommen nach Hause, wenn da Bedarf ist [...]“ (H207, Abs. 95)

Tabelle 3: Übersicht der diskutierten Themen und Maßnahmen nach Priorisierungsgrad

Themenfeld	Beispiele für diskutierte Maßnahmen / Vorschläge	Priorisierungsgrad
Stärkung der regionalen Kooperation und Verbundlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige, strukturierte Runden Tische • Klare Ziel- und Aufgabenverteilung • Einbindung relevanter Akteur*innen (Krankenkassen, Landkreise, Hausärzt*innen) • Bildung von Arbeitsgruppen 	Sehr häufig (4/4)
Digitale Vernetzung und Telemedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung digitaler Tools zur Abstimmung • Aufbau von Informations- und Austauschportalen • Weiterentwicklung bestehender digitaler Projekte (z.B. FIN) 	Sehr häufig (4/4)
Prävention und Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Aktionstage, Aufklärungskampagnen • Multiplikator*innenschulungen • Sichtbarmachung von Pflegestützpunkten 	Häufig (3/4)
Strukturierung und Verstetigung der Runden Tische	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Zuständigkeiten, Terminplanung und Protokollführung • Flexiblere Sitzungszeiten • Verstetigung und institutionelle Verankerung 	Häufig (3/4)
Stärkung sozialer und räumlicher Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau bzw. Weiterentwicklung von Begegnungsorten • Quartiersentwicklung • Förderung gemeinschaftlicher Aktionen 	Mehrfach genannt (2/4)
Ressourcen und Personalentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung akademisierter Pflegekompetenzen • Förderung und Anerkennung von Ehrenamt • Delegation von Aufgaben an Pflegefachpersonen 	Selten (1/4)
Finanzierung und Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung von Finanzierungsmodellen • Sicherstellung der Mittelverteilung („richtige Richtung des Geldes“) • Verstetigung von Projektstrukturen • Integration in kommunale Haushaltsplanung 	Querschnittsthema (häufig implizit genannt)

Anmerkung: Die Priorisierungsgrade beziehen sich auf die Häufigkeit der thematischen Nennung in den vier Runden Tischen (Demmin, Pasewalk, Parchim und Ueckermünde). „Sehr häufig“=Nennung in allen vier, „häufig“=in drei, „mehrfach genannt“=in zwei und „selten“=in einer Fokusgruppendifkussion. Finanzierungsaspekte wurden dabei nicht als eigenständiges Handlungsfeld, sondern als übergreifendes Querschnittsthema diskutiert, das die Umsetzbarkeit anderer Maßnahmen maßgeblich beeinflusst.

Prävention wird damit nicht nur als ergänzendes Handlungsfeld verstanden, sondern als übergreifende Querschnittsaufgabe, die wesentlich zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen beiträgt.

4 Diskussion

Die Ergebnisse der FGD bestätigen nicht nur zentrale Herausforderungen und Lösungsansätze aus dem Scoping Review, sondern erweitern diese um spezifische Perspektiven auf die besonderen strukturellen und sozialen Bedingungen ländlicher Regionen von MV. Im Folgenden werden diese Befunde entlang der OK2 bis OK5 diskutiert.

OK2: Verbesserung der Zusammenarbeit im Entlassmanagement

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein zentrales Handlungsfeld in der Optimierung der internen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzt*innen, Pflegefachkräften, Sozialdiensten, Quartiersleitungen und Pflegestützpunkten liegt. Im Fokus steht dabei die Abstimmung innerhalb des professionellen Netzwerks, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Genannt wurden vor allem digitale Werkzeuge wie die elektronische Patientenakte oder regionale Kapazitätsmeldesysteme, die den Informationsfluss zwischen Leistungserbringern strukturieren können. Forschungsprojekte aus Deutschland zeigen, dass solche Plattformen die Kommunikation nachweislich verbessern, wenn sie standardisiert genutzt [12] und technisch sowie terminologisch kompatibel sind [13]. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, koordinierende Rollen personell und finanziell abzusichern, wobei die Literatur unterstreicht, dass klar definierte Aufgaben und Verantwortlichkeiten entscheidend für den Erfolg solcher Positionen sind [14], [15]. Ein Blick auf deutsche Modellprojekte wie das AGnES-Konzept („Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention“) verdeutlicht zusätzlich, dass durch die strukturierte Delegation ärztlicher Aufgaben an qualifiziertes nichtärztliches Personal ärztliche Ressourcen effizienter genutzt und die Zusammenarbeit im regionalen Versorgungsnetzwerk gestärkt werden können [16], [17]. Solche Ansätze zeigen das Potenzial innovativer Kooperationsformen, machen aber auch deutlich, dass deren Erfolg an klare Zuständigkeiten und eine nachhaltige Finanzierung gebunden ist. Damit wird erkennbar, dass erfolgreiche Zusammenarbeit im EM nicht allein durch digitale Werkzeuge, sondern durch ein Zusammenspiel von technischer Infrastruktur, verbindlichen Verantwortlichkeiten und verlässlichen Finanzierungsstrukturen gewährleistet werden kann.

OK3: Verbesserung der Gesundheitssituation vulnerabler Gruppen

Die FGD machten deutlich, dass vulnerable Personengruppen wie ältere, multimorbide Patient*innen einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Als geeignete Ansätze wurden Case-Management, Lots*innenfunktionen und Community Health Nurses benannt, die Patient*innen sowie Zu- und Angehörigen als systemübergreifende Ansprechpartner*innen dienen können. Vergleichbare Modelle wurden in Deutschland bereits erprobt, etwa die „Pfadfinder“ im TIGER-Projekt [18], [19] oder Case-Management-Programme [20], [21]. Diese Beispiele unterstreichen, dass solche Rollen eine bessere Orientierung im Versorgungssystem ermöglichen. Kritisch bleibt jedoch, dass ihre nachhaltige Finanzierung und Integration in bestehende Strukturen bislang ungelöst sind. Darüber hinaus betonten die Teilnehmenden die Bedeutung von Übergangs- und Kurzzeitwohnformen, barrierefreien Musterwohnungen und kooperativen Wohnmodellen, die Versorgungslücken nach der Entlassung adressieren und Re-Hospitalisierungen vermeiden sollen. Das Innovationsfondsprojekt StatAMed verdeutlicht exemplarisch, wie solche sektorübergreifenden Modelle ausgestaltet werden können [22]. Gleichzeitig zeigt sich, dass es einer systematischen Evaluation und Skalierung solcher Ansätze bedarf, um ihren Nutzen langfristig abzusichern.

OK4: Informationsvermittlung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass fehlende Transparenz und schwer zugängliche Informationen im EM ein zentrales Problem in der regionalen Gesundheitsversorgung in MV darstellen. Digitale Plattformen wie regionale Gesundheitsportale, elektronische Patientenakten oder Nachsorge-Datenbanken wurden von den Teilnehmenden als vielversprechende Innovationen beschrieben, da sie Informationen bündeln und eine schnellere Orientierung im Versorgungsprozess ermöglichen. In der Literatur gelten solche Lösungen als Schlüssel, um sektorenübergreifende Informationsflüsse zu verbessern und Versorgungskontinuität herzustellen [23]. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Wirksamkeit solcher Systeme entscheidend von ihrer Standardisierung, Interoperabilität und kontinuierlichen Pflege abhängt. Zudem wird deutlich, dass digitale Transparenzlösungen zwar erhebliche Innovationspotenziale bieten, aber zugleich das Risiko bergen, bestehende Ungleichheiten zu verstärken: Bevölkerungsgruppen ohne digitale Kompetenzen oder Zugänge könnten ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund kommt analogen Formaten, wie beispielsweise Gesundheitstagen oder lokalen Begegnungsveranstaltungen weiterhin eine große Bedeutung zu. Kritisch ist, dass solche Formate bislang häufig punktuell und wenig syste-

matisch eingesetzt werden. Eine innovative Perspektive wäre es daher, digitale und analoge Informationskanäle stärker zu verzahnen und verbindlich in regionale Versorgungsstrukturen einzubinden.

OK5: Konkrete Handlungsempfehlungen

Die Priorisierung der Themen im Rahmen der SLT verdeutlicht, dass strukturelle und organisatorische Maßnahmen von den Teilnehmenden als besonders dringlich angesehen werden. Zentral war dabei die stärkere Verbindlichkeit und Organisation der RT, einschließlich klarer Zieldefinitionen, Aufgabenverteilungen und regelmäßiger Treffen. Die Literatur unterstreicht, dass genau diese Faktoren über den Erfolg interdisziplinärer Kooperation entscheiden. Netzwerke können nur dann nachhaltig wirken, wenn Rollen klar definiert, Kommunikationswege verbindlich etabliert und organisatorische Rahmenbedingungen institutionell abgesichert sind [24], [25]. Kritisch ist jedoch, dass gerade an diesen Punkten in der Praxis häufig Defizite bestehen, sodass vielversprechende Kooperationsansätze nicht über Modellcharakter hinauskommen. Weiterhin wurden der Ausbau digitaler Strukturen sowie der verstärkte Einsatz von Telemedizin als prioritäre Maßnahmen benannt. Studien zeigen, dass solche Technologien insbesondere in strukturschwachen Regionen den Zugang zur Versorgung verbessern und den Informationsaustausch beschleunigen können [26]. Ergänzend betonten die Teilnehmenden die Förderung von Prävention und Gesundheitskompetenz, einschließlich Multiplikator*innenschulungen und zielgruppenorientierter Aufklärung, die aktuelle nationale Initiativen und Programme widerspiegeln [27], [28]. Lokale Bestands- und Bedarfsanalysen sowie Bürgerbeteiligungsformate wie ‚Wunschbox‘-Umfragen wurden von den Teilnehmenden als notwendige erste Handlungsschritte beschrieben: *„Aber ich denke, so eine Marktanalyse, was fehlt und was geht, müsste auf jeden Fall, wäre schon sehr wichtig.“* (S202, Abs. 243) Sie bilden die Grundlage für ein gezieltes Vorgehen und machen deutlich, dass die ermittelten Bedarfe je nach Region variieren können, was die Bedeutung einer regional angepassten Umsetzung unterstreicht.

Limitationen

Die Studie orientierte sich an den Kernkriterien qualitativer Forschung nach Steinke [29]. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurde durch die Dokumentation der Datenauswertung in MAXQDA, die Inhaltsanalyse über zwei Forschende sowie ein kodifiziertes Verfahren gewährleistet. Die empirische Verankerung [29] stützt sich auf ein deduktiv-induktives Vorgehen, den Bezug zur ersten FGD sowie zum vorangegangenen Scoping Review. Einschränkungen ergeben sich vor allem aus der Zusammensetzung des Samples, die ausschließlich Teilnehmende der RT in MV umfasste. Damit sind die Ergebnisse stark durch die regionale Spezifität eines ländlich und strukturschwach geprägten Bundeslandes beeinflusst und nur einge-

schränkt auf andere Kontexte übertragbar. Zudem fehlten bestimmte Perspektiven, beispielsweise die der Patient*innen, sodass ergänzende FGD mit weiteren gesundheitsberuflichen Akteur*innen und Betroffenen zu zusätzlichen Erkenntnissen führen könnten. Darüber hinaus sind in FGD gruppenspezifische Effekte und sozial erwünschtes Antwortverhalten möglich [30]. Die eingesetzte SLT ist in diesem Kontext ein innovatives Format und stellt ein Alleinstellungsmerkmal der Studie dar. Zwar ist die thematische Anordnung teilweise subjektiv geprägt und komplexe Zusammenhänge können nur bedingt abgebildet werden, dennoch erlaubt die Methode eine systematische Priorisierung und hierarchische Einordnung von Themenfeldern über verschiedene Standorte hinweg. In Verbindung mit den FGD liefert die SLT damit praxisnahe, vergleichbare Ergebnisse und trägt unmittelbar zur Zielsetzung der Studie bei.

5 Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass nachhaltige Verbesserungen im EM ländlicher Regionen vor allem auf drei Ebenen ansetzen müssen: stabile und verbindliche Netzwerke, digitale Kapazitäts- und Informationssysteme sowie der Ausbau telemedizinischer Strukturen. Darüber hinaus verdeutlichen die Befunde, dass Community-Health-Nurse-Modelle und flexible Übergangs- und Kurzzeitpflegeangebote einen besonderen Beitrag zur Versorgungssicherheit vulnerabler Gruppen leisten. Präventive Bildungsangebote und partizipative Beteiligungsformate erscheinen dabei nicht nur als flankierende Maßnahmen, sondern als zentrale Elemente einer zukunftsfähigen Versorgungsstrategie. Die vorliegende Studie liefert damit nicht nur praxisnahe Priorisierungen, sondern trägt auch zur theoretischen Fundierung der Frage bei, wie EM in strukturschwachen, ländlichen Kontexten systematisch weiterentwickelt werden kann. Weitere Forschung ist notwendig, um die Umsetzung und Wirksamkeit der priorisierten Maßnahmen zu evaluieren und ihre Übertragbarkeit auf andere ländliche Regionen zu prüfen.

Abkürzungen

- EM: Entlassmanagement
- FGD: Fokusgruppensdiskussion
- MV: Mecklenburg-Vorpommern
- OK: Oberkategorie
- RT: Runde Tische
- SLT: Strukturlegetechnik

Anmerkungen

Danksagung

Die Autor*innen bedanken sich bei den Akteur*innen der Runden Tische für ihre Teilnahme an den freiwilligen Gruppendiskussionen.

Förderung

Diese Arbeit ist Teil des Verbundprojektes „NAHVERSORGT – Na@hversorgt in der Region“. Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23038 gefördert.

Interessenkonflikte

Die Autor*innen erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Destatis. Bevölkerungsdichte in Deutschland nach Bundesländern zum 31. Dezember 2024 (Einwohner je km²) [Population density in Germany by federal state as of 31 December 2024 (inhabitants per km²)] [Graph]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1242/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>
2. Demografieportal des Bundes und der Länder. Bevölkerungszahl in Mecklenburg-Vorpommern [Population size in Mecklenburg-Western Pomerania]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungszahl-mecklenburg-vorpommern.html>
3. Demografieportal des Bundes und der Länder. Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern [Age structure of the population in Mecklenburg-Western Pomerania]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>
4. Tsilimingras D, Schnipper J, Duke A, Agens J, Quintero S, Bellamy G, Janisse J, Helmkamp L, Bates DW. Post-Discharge Adverse Events Among Urban and Rural Patients of an Urban Community Hospital: A Prospective Cohort Study. *J Gen Intern Med*. 2015 Aug;30(8):1164-71. DOI: 10.1007/s11606-015-3260-3
5. Anderson MC, Evans E, Zonfrillo MR, Thomas KS. Rural/urban differences in discharge from rehabilitation in older adults with traumatic brain injury. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Jun;69(6):1601-8. DOI: 10.1111/jgs.17065
6. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung [Qualitative social research]. 6th ed. Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2016.
7. Benighaus C, Benighaus L. Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen [Moderation, structure and dynamics in focus groups]. In: Schulz M, Mack B, Renn O, editors. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft [Focus groups in empirical social science]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 111-32. DOI: 10.1007/978-3-531-19397-7_6
8. Vogel JN, Letzin J, Hilgenhof H, Honekamp I, Kleinschmidt C, Petereit A, Schmidt S. Bedarfe und Umsetzungswege des Entlassmanagements in ländlichen Räumen von Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit multidisziplinären Akteur*innen im Gesundheitswesen [Needs and implementation pathways of discharge management in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania: Findings from focus group discussions with multidisciplinary healthcare stakeholders]. *GMS Ger Med Sci*. 2025;23:Doc14. DOI: 10.3205/000350
9. Petereit A, et al. Entlassmanagement in Deutschland: Ein Scoping Review [Discharge management in Germany: A scoping review]. Under review; 2026.
10. Kindermann K. Struktur-lege-Verfahren [Structural mapping method]. In: WiReLex - Wissenschaftlich Religionspädagogisches Lexikon im Internet. 2019 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://cms.ibep-prod.com/app/uploads/sites/18/2023/08/Struktur_Lege_Verfahren__2019-02-05_13_31.pdf
11. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative content analysis: methods, practice and software. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2023. DOI: 10.4324/9781003213277-57
12. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ePflege: Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege [eCare: Information and communication technology for nursing care]. 2017 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.dip.de/wp-content/uploads/2025/02/BMG_ePflege_Abschlussbericht_final.pdf
13. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung [Global action plan for patient safety 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in healthcare]. 2021 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf
14. Braeseke G, Pflug C, Beikirch E. Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten [Study on coordination, networking and quality assurance tasks in care support centres]. Berlin: IGES Institut; 2018.
15. Blum K, Offermanns M. Entlassmanagement im Krankenhaus: Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD) [Discharge management in hospitals: study by the German Hospital Institute supported by GHD Germany]. 2008 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/DKI-Studie_-_Entlassmanagement_im_Krankenhaus_0.pdf
16. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiss T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Hoffmann W, Rogalski H, Oppermann R, Karopka T. AGnES: supporting general practitioners with qualified medical practice personnel: model project evaluation regarding quality and acceptance. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 Jan;106(1-2):3-9. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003
17. Droste W, Wieczorek M. Digitalisierungsvorschub für spezialisierte Pflege? Arbeitsbedingungen der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde während der SARS-CoV-2-Pandemie [Advance of digitalization for specialized care? Working conditions of the care experts in ostomy, continence and wounds during the SARS-CoV-2 pandemic]. *Coloproctology*. 2021;43(3):223-8. DOI: 10.1007/s00053-021-00537-1
18. Rimmele M, Wirth J, Britting S, Gehr T, Hermann M, van den Heuvel D, Kestler A, Koch T, Schoeffski O, Volkert D, Wingenfeld K, Wurm S, Freiberger E, Sieber C; TIGER consortium. Improvement of transitional care from hospital to home for older patients, the TIGER study: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2021 Feb 8;11(2):e037999. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037999

19. Wingenfeld K, Freese K. TIGER - Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg: Evaluationsbericht [Transsectoral intervention programme to improve geriatric care in Regensburg: evaluation report]. 2022 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/150/2022-03-02_TIGER_Evaluationsbericht.pdf
20. Boege I, Williams B, Schulze U, Fegert JM. Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern [Discharge management in pediatric and adolescent psychiatry: Expectations and realities from the parental perspective]. *Nervenarzt*. 2021 Mar;92(3):252-8. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1
21. Gaertner B, Herzog A, Holzhausen M, Schmidt S. "Case-management"-Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland: Systematische Übersicht zum aktuell publizierten Forschungsstand [Case management studies for individuals 65 years and older in Germany: Systematic review of the currently published state of research]. *Z Gerontol Geriatr*. 2015 Aug;48(6):529-38. DOI: 10.1007/s00391-014-0839-y
22. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). StatAMed - Transformation des Patientenpfades durch ein sektorenübergreifendes kurzstationäres allgemeinmedizinisch orientiertes Versorgungsmodell [StatAMed - transforming the patient pathway through a cross-sectoral short-stay general-practice-oriented care model]. 2025 [cited 2025 Nov 6]. Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/statamed.563>
23. Schmitt T. Implementing electronic health records in Germany: lessons (yet to be) learned. *Int J Integr Care*. 2023;23:13. DOI: 10.5334/ijic.6578
24. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, Peytremann-Bridevaux I, Gilles I. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. 2021 Jun 22;21(2):32. DOI: 10.5334/ijic.5589
25. Bönisch S. Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen: Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke [The benefits of networking in healthcare]. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. DOI: 10.1007/978-3-658-16003-6
26. Totten A, Womack DM, McDonagh MS, Davis-O'Reilly C, Griffin JC, Blazina I, Grusing S, Elder N. Improving rural health through telehealth-guided provider-to-provider communication. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2022. DOI: 10.23970/AHRQEPCCER254
27. Schaeffer D, Gille S, Vogt D, Hurrelmann K. National Action Plan Health Literacy in Germany: origin, development and structure. *J Public Health (Oxf)*. 2023;31(6):905-15. DOI: 10.1007/s10389-021-01616-9
28. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland [Health promotion through life-skills programmes in Germany]. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2005 [cited 2025 Nov 6]. (Gesundheitsförderung KONKRET; 6). Available from: <https://shop.bioeg.de/pdf/60646000.pdf>
29. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung [Quality criteria of qualitative research]. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung [Qualitative research]*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p. 319-31.
30. Vogl S. Gruppendiskussion [Focus group discussion]. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung [Handbook of empirical social research methods]*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2022. p. 913-9. DOI: 10.1007/978-3-658-37985-8_58

Korrespondenzadresse:

Jann Niklas Vogel, MSc
Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit,
Pflege, Management, Brodaer Str. 2, 17033
Neubrandenburg, Deutschland, Tel.: +49 395 5693 3209
jvogel@hs-nb.de

Bitte zitieren als

Vogel JN, Hilgenhof H, Honekamp I, Kleinschmidt C, Petereit A, Bühler V, Schmidt S. From bottleneck to efficiency: Key areas for improving discharge management in healthcare – a qualitative study. *GMS Ger Med Sci*. 2026;24:Doc04.
DOI: 10.3205/000357, URN: urn:nbn:de:0183-0003577

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/000357>

Eingereicht: 13.11.2025

Überarbeitet: 01.12.2025

Veröffentlicht: 01.06.2026

Copyright

©2026 Vogel et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.