

Bedarfe und Umsetzungswege des Entlassmanagements in ländlichen Räumen von Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit multidisziplinären Akteur*innen im Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Hintergrund: In ländlichen Regionen ist das Entlassmanagement eine Herausforderung. Trotz der thematischen Relevanz liegen nur wenig Forschungsergebnisse zu Umsetzungsweisen und Präferenzen der Beteiligten vor. In Mecklenburg-Vorpommern haben sich vier Runde Tische mit dem Ziel gebildet, die lokale Gesundheitsversorgung nachhaltig zu gestalten. In diesen regionalen Netzwerken arbeiten multidisziplinäre Akteur*innen an der Akut- und Nachsorge von Patient*innen zusammen. Der vorliegende Beitrag untersucht Umsetzungswege des Entlassmanagements in ländlichen Räumen von Mecklenburg-Vorpommern, analysiert Herausforderungen und identifiziert Präferenzen von Akteur*innen.

Methodik: Es wurden leitfadenbasierte Gruppendiskussionen an Runden Tischen in Demmin, Pasewalk und Ueckermünde durchgeführt. Die Auswertung erfolgte nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: Es wurden drei Gruppendiskussionen mit insgesamt 30 Personen durchgeführt. Zentrale Herausforderungen im ländlichen Raum sind die Sicherung der Tagespflege, der Mangel an ausreichender und wohnortnaher Kurzzeitpflege, stationärer Langzeitpflege sowie Reha-Plätzen. Das führt dazu, dass Patient*innen teils länger im Krankenhaus verbleiben als notwendig oder in entfernte Nachsorgeeinrichtungen verlegt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung: Ein zentraler Aspekt ist, traditionelle Denkweisen wie die strikte Trennung von Zuständigkeiten zu hinterfragen und gemeinsame Verantwortlichkeiten stärker in den Fokus zu rücken. Ziel ist es, Synergien zu schaffen und eine effizientere Versorgung zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Entlassmanagement, Überleitungsmanagement, Pflegeüberleitung, Versorgungsmanagement, Anschlussversorgung

Jann Niklas Vogel¹

Jaqueline Letzin¹

Hanna Hilgenhof¹

Ivonne Honekamp²

Chiara Kleinschmidt²

Anne Petereit²

Stefan Schmidt¹

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

2 Hochschule Stralsund,
Fakultät für Wirtschaft,
Stralsund, Deutschland

1 Hintergrund

Das Entlassmanagement (EM) ist eine zielgerichtete und systematische Überleitung aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld beziehungsweise in die ambulante oder stationäre Nachsorge [1]. Ziel ist es, eine nahtlose Fortsetzung einer medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität von Patient*innen zu verbessern. Das EM kann eine eigenständige Intervention sein [2], eine Unterstützung nach der Entlassung beinhalten [3], [4] oder in eine andere Maßnahme integriert sein [5], [6], [7]. Je nach medizinischem Fachbereich existieren verschiedene, individuell zugeschnittene EM-Interventionen. Das EM gewinnt an Bedeutung, da Gesundheitssysteme effiziente Versorgungsprozesse

anstreben, die Patient*innensicherheit und -zufriedenheit verbessern sowie Kosten reduzieren. Seit den 1990er Jahren existieren in Deutschland Ansätze zur Entlassplanung [8]. Die Details des EM gemäß § 39 Abs. 1a SGB V wurden vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Rahmenvertrag festgelegt, der am 1. Oktober 2017 in Kraft trat und seither mehrfach angepasst wurde [1]. Ziel ist eine nahtlose Weiterversorgung durch enge Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen sowie die Einbindung von Zugehörigen und Pflegeangeboten.

Besonders ländliche Räume stellen die Umsetzung eines bedarfsgerechten und effektiven EM vor Herausforderungen, da Versorgungsstrukturen und spezialisierte Einrichtungen häufig mit längeren Anfahrtswegen verbunden

sind. (Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) definiert ländliche Räume als Gebiete mit einer niedrigen Bevölkerungsdichte von unter 150 Einwohner*innen pro Quadratkilometer, in denen mehr als zwei Drittel der Bevölkerung in Städten mit weniger als 20.000 Einwohner*innen sowie in ländlichen Siedlungen wohnen.) Mit einer Bevölkerung von 70 Einwohner*innen pro Quadratkilometer weist das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (MV) die niedrigste Bevölkerungsdichte in Deutschland auf [9]. Durch den Rückgang der Bevölkerungszahl seit 1990 um 15 Prozent [10] und die Verdopplung des Anteils der über 65-Jährigen [11] wird der Druck auf die Daseinsvorsorge erhöht. Die Gestaltung eines effektiven EM ist für MV relevant. Jedoch liegen aktuell nur begrenzte Forschungsergebnisse zu Umsetzungswegen und den Präferenzen von Beteiligten im ländlichen Raum vor.

Das Forschungsverbundprojekt NAHVERSORGT der Hochschulen Stralsund und Neubrandenburg nimmt sich dieser Problematik an, indem es die bestehende Praxis des EM am Beispiel von MV evaluiert und systematische Schlussfolgerungen für ländlich geprägte strukturschwache Räume zieht. Die vorliegende Studie widmet sich folgenden Fragestellungen:

1. Wie erfolgt die Umsetzung des EM in den ländlichen Regionen von MV?
2. Welche Bedarfe und Ressourcen haben gesundheitsberufliche Akteur*innen in Bezug auf das EM in ländlichen Regionen?
3. Welche Maßnahmen haben sich im EM bewährt?

2 Methode

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um subjektive Erfahrungen von gesundheitsberuflichen Akteur*innen, die in den Prozess des EM eingebunden sind und an den Runden Tischen (RT) teilnehmen, sichtbar zu machen und konkrete Empfehlungen für das EM in ländlichen Regionen herauszuarbeiten. Das Studiendesign verfolgt einen partizipativen Ansatz und beteiligt explizit die für das EM zuständigen Akteur*innen in MV. Das Format der Gruppendiskussion (GD) dient dazu, Perspektiven und Meinungen zu einem Thema zu sammeln und zu vergleichen [12] sowie gemeinsame Lösungsansätze für komplexe Fragestellungen zu entwickeln [13]. Zur Strukturierung der GD wurde ein Diskussionsleitfaden konzipiert. Dieser greift Ergebnisse aus einem vorangegangenen Scoping Review (Petereit et al., im Review) auf und unterteilt sich in fünf Dimensionen (s. Tabelle 1). Für jede Dimension wurden offene Fragen und Stichpunkte für Nachfragen formuliert, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Vor der Datenerhebung erfolgten Pretests; anschließend wurde der Leitfaden redaktionell überarbeitet. Seit 2019 wurden in vier ländlichen Gemeinden in MV mit jeweils unter 10.000 Einwohner*innen RT eingerichtet. Die Auswahl erfolgte im Rahmen der Strategiegruppe „Gesundes Altern“ des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft MV. An jedem RT engagieren sich

rund 15 Akteur*innen aus verschiedenen Berufsgruppen, die sich freiwillig zusammengeschlossen haben, um sektorenübergreifende Ansätze für eine verbesserte Gesundheitsversorgung vor Ort zu entwickeln. Die Herausforderungen des EM im ländlichen Raum waren bereits vor Einrichtung der RT bekannt und wurden früh als zentrales Thema aufgegriffen. Die Datenerhebung erfolgte von Juni bis Juli 2024 im Rahmen dieser seit 2019 bestehenden regionalen Netzwerke. Die Teilnehmenden wurden zunächst über die Forschungsintention, die Datenverarbeitung, Maßnahmen zur Sicherstellung der Pseudonymität sowie das Widerrufsrecht informiert. Die Teilnahme an der GD konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Datenauswertung

Die Daten wurden pseudonymisiert und anschließend kategorienorientiert aufbereitet und ausgewertet. Es wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse [14] angewandt, die ein deduktiv-induktives Vorgehen ermöglicht. Alle Schritte der Datenauswertung erfolgten elektronisch gestützt über die Software MAXQDA (Release 24.2.0). Die Auswertung erfolgte durch zwei Forschende, welche die Kodierungen und das Kategoriensystem gemeinsam abglichen (konsensuelles Kodieren).

3 Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum wurden an drei RT in MV (Demmin, Pasewalk, Ueckermünde) GD durchgeführt, die im Durchschnitt 71,35 Minuten dauerten. Insgesamt nahmen 30 Personen an der Datenerhebung teil (s. Tabelle 2). Alle Beiträge wurden in die Datenanalyse einbezogen. Im Rahmen der Datenauswertung wurden acht Oberkategorien (OK) mit insgesamt 56 Unterkategorien herausgearbeitet (s. Tabelle 3). Im Folgenden werden die OK2 bis OK7 dargestellt, da sie die zentralen Themenfelder (s. Tabelle 3) abbilden.

OK2: Zusammenarbeit im EM

Im Rahmen des EM arbeiten die Teilnehmenden mit verschiedenen Berufsgruppen sowie nichtberuflichen Akteur*innen wie Nachbarschaftshelfenden und örtlichen Vereinigungen wie den Landfrauen zusammen. Die Intensität der Zusammenarbeit variiert je nach Tätigkeitsfeld und zielt im Kern darauf ab, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und besser zu organisieren. Daneben wird Zusammenarbeit auch genutzt, um mangelnde Handlungsbefugnisse zu kompensieren:

„[...] wir haben ja hier Wartelisten von teilweise einem Jahr. Wenn ich jetzt aber einen Akutfall habe, den ich ins Heim bringen möchte, muss ich akut ins Krankenhaus einweisen, damit da der Sozialdienst nen schnelleren Heimplatz organisieren kann, was mir jetzt in der normalen Praxis überhaupt nicht möglich ist.“ (H105, Pos. 4).

Tabelle 1: Dimensionen des Diskussionsleitfadens

Nr.	Dimension	Erläuterung
1	Persönlicher Kontext zum EM	Diese Frage soll die Gesprächssituation eröffnen und einen Redefluss generieren.
2	Akteur*innen des EM	Dient der Identifikation relevanter Akteur*innen des EM
3	Bedarfe für beteiligte Personen im EM	Dient dazu, Bedarfe der beteiligten Personen (Patient*innen, Zugehörige, Gesundheitsberufe u.a.) zu sammeln
4	Ressourcen im EM	Soll förderliche Faktoren im EM bestimmen
5	Best Practices	Dient der Identifikation bewährter Verfahren des EM

Tabelle 2: Sample

Alter	
Min	25
Max	79
Mittelwert	48,33
Standardabweichung	13,44
Tätigkeitsfeld	
Öffentlicher Dienst und Verwaltung	• Bürgermeister/Bürgermeisterin • Mitarbeitende der Stadt
Wohnungsbau und Immobilien	• Wohnungsbaugesellschaft • Wohnungsbaugenossenschaft
Gesundheitswesen und Pflege	• HaffNet¹ • VERAH² • Geschäftsführung Wohlfahrtsverband • Krankenhausgesellschaft • Deutsche Alzheimergesellschaft • Pflegeberater*in (Pflegestützpunkt) • Gemeindegewerkschaft • Pflegefachkraft • Medizinische Fachangestellte • Pflegemanagement • Inhaber*in ambulanter Pflegedienst
Soziale Arbeit und Projekte	• Sozialarbeiter*in • Projektmitarbeiter*in • Senioren- und Behindertenbeirat • Volkssolidarität

¹ Freiwilliger Zusammenschluss von hausärztlichen und fachärztlichen Praxen in der Region Vorpommern-Greifswald

² Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis (VERAH)

Die Zufriedenheit über interprofessionelle Zusammenarbeit variiert je nach Berufsgruppe. So berichten beruflich Pflegende einerseits über eine gute Zusammenarbeit mit dem HaffNet oder dem SAPV-Team, andererseits wird die Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken als unzufriedenstellend empfunden.

OK3: Bedarfe im EM

In ländlichen Regionen haben Palliativpatient*innen, neurologische Patient*innen, Menschen mit Demenz und ältere Menschen aufgrund eines eingeschränkten Zugangs zu gesundheitlichen Versorgungsangeboten ein erhöhtes Risiko einer unzureichenden Versorgung. Diese Gruppen gelten generell als vulnerabel, wobei sich ihre Vulnerabilität durch strukturelle Versorgungsdefizite in ländlichen Regionen weiter verstärken kann. Es besteht ein hoher Bedarf an therapeutischen Leistungen:

„[...] Palliativpatienten, die von einer Klinik entlassen werden [...], die bekommen [...] überhaupt keine Therapeuten, die mobil sind. Das heißt, [...] der hat überhaupt keine Chance, in den letzten wenigen Wochen eine Lymphdrainage zu bekommen, weil es so wenig Physiotherapeuten gibt.“ (S103, Pos. 62).

Weiterhin besteht ein Bedarf an weiteren Reha-Plätzen, da Ressourcen bestehender Reha-Kliniken oftmals nicht ausreichen und häufig nicht wohnortnah verfügbar sind:

„Das Problem sind die neurologischen Früh-Reha-Kliniken. [...] der Patient kriegt einen Schlaganfall, wird gut [...] akut versorgt im Krankenhaus. Und dann ist unsere Lösung, dass die eigentlich nur noch ins Pflegeheim verlegt werden können.“ (H107, Pos. 72).

Tabelle 3: Hauptkategorien der Datenauswertung

Kategorienbezeichnung	Definition	Ankerbeispiel
OK1: Teilnehmendenprofil und Kontext zum Entlassmanagement	Aussagen zu soziodemographischen Aspekten sowie dem persönlichen Bezug zum EM	„[...] ich bin Pflegeberaterin im Pflegestützpunkt (...) und ja, natürlich kommen bei uns auch die Älteren zur Pflegeberatung hauptsächlich und wir haben mit dem Entlassmanagement durch das Krankenhaus zu tun mit der Überleitung.“ (S101, Pos. 9)
OK2: Zusammenarbeit im EM	Thematisierung von Zusammenarbeit im Kontext des EM	„Und darf man auch nicht vergessen, die Ärzte. Mit den Ärzten wird ja auch zusammengearbeitet, die rufen ja in der Regel auch mal durch, wie sieht es aus, habt ihr da noch was oder der kann definitiv nicht mehr zu Hause.“ (T107, Pos. 68)
OK3: Bedarfe im EM	Bedarfe im Bereich des EM und der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	„Wenn wir Gesundheitsmanagement wollen und wenn wir die Nahversorgung organisieren wollen, müssen wir auch diesen Faktor der Finanzierung mit als Hauptbestandteil dieses Projektes betrachten und auch alle die ins Boot holen, die da eine Verantwortung tragen.“ (H103, Pos. 36)
OK4: Ressourcen	Ressourcen für das EM oder zum Thema „Älter werden in der Region“	„Wir haben ja auch so ein integriertes Stadtentwicklungskonzept. Da sehen wir ganz viele Bausteine, die wir als Ressourcenbildung nehmen können.“ (H108, Pos. 114)
OK5: Probleme	Probleme im Bereich des EM und der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	„Also die können hier nicht in ihrer Umgebung bleiben. [...] wir haben jetzt aktuell Patienten, die liegen seit nem Dreivierteljahr auf der Station, weil wir keine Lösung finden.“ Ja. (.) Also das ist so ein Riesenthema.“ (H107, Pos. 70)
OK6: Das funktioniert gut – Best Practices	Positive Aussagen über aktuelle Versorgungsstrukturen und/oder Best Practices des EM und/oder der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	„Ich glaube, das Netzwerk hat sich sehr gut aufgebaut. Ich glaube, die Kommunikation untereinander, Hausarztpraxen, ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen. Dadurch, dass man sich kennt, dass man seit vier Jahren miteinander gut zusammenarbeitet. [...] Ich glaube, das ist etwas, was eher der Vorteil ist im ländlichen Raum, dass man sich kennt und dass dieser Austausch gut funktioniert.“ (S105, Pos. 67)
OK7: Lösungen und Lösungsvorschläge	Lösungen oder Lösungsvorschläge für das EM und/oder die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	„Ein schöner Ansatz fand ich [...] dass wir dann gleich den Weg zu der Wohnungsbaugenossenschaft schließen und sagen, wir hätten da die Möglichkeit, jetzt sofort reinzukommen, die Schwellen abzubauen. Wir wissen, dass ein Oberschenkelhalsbruch passiert ist, er wird mit einem Rollator zurückkommen oder eben mit anderen Hilfsmitteln und somit könnte er wenigstens in die Häuslichkeit sich wenigstens nochmal fortbewegen, ne.“ (H104, Pos. 40)
OK8: Blumen am Wegesrand	Aussagen, die sich nicht auf Aspekte des Diskussionsleitfadens beziehen, aber dennoch für die Studie als relevant erachtet werden	„Wir sehen schon, dass Pflege und Versorgung mit Verantwortung in der Kommune eine sorgende Gemeinschaft ist und deswegen brauchen wir funktionierende Quartiere [...]. Und ich bin für eine tiefere Vernetzung.“ (S111, Pos. 37)

In Betreuungseinrichtungen von Menschen mit Demenz besteht ein erhöhter Personalbedarf, welcher aktuell nur teilweise gedeckt werden kann. In der Folge werden Betroffene in Pflegeeinrichtungen verlegt, welche nicht in ihrem Wohnumfeld liegen:

„Wir bringen die inzwischen auch schon nach Polen in Pflegeeinrichtungen, weil die auch mit einem ganz anderen Betreuungsschlüssel agieren können. [...] Also die können hier nicht in ihrer Umgebung bleiben.“ (H107, Pos. 70).

Es braucht leicht zugängliche Beratungsstellen zu Hilfsmitteln und Versorgungsmöglichkeiten sowie eine barrierefreie Infrastruktur, etwa im Nahverkehr und Wohnraum.

OK4 + OK6: Ressourcen und Best Practices

Für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum werden alle Akteur*innen (z.B. Gesundheitspersonal, Angehörige) als soziale und personale Ressource in Form einer sorgenden Gemeinschaft betrachtet, deren Ausprägung regional variiert. Zu den Ressourcen zählen zudem innovative Versorgungsmodelle wie Hausbesuche von Fach- und Zahnärzt*innen in Pflegeeinrichtungen sowie individuelle Beratungen durch spezialisierte Demenzcare oder Senior-Trainer*innen. Etablierte Netzwerke sind in ländlichen Regionen essentiell und gelten zugleich als Best Practice für das EM:

„Ich glaube, das Netzwerk hat sich sehr gut aufgebaut. Ich glaube, die Kommunikation untereinander, Hausarztpraxen, ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen. [...] Ich glaube, das ist etwas, was eher der Vorteil ist im ländlichen Raum, dass man sich kennt und dass dieser Austausch gut funktioniert.“ (S105, Pos. 67).

Ein weiteres erfolgreiches Beispiel ist das Ärzt*innennetzwerk HaffNet, dass eine Vernetzung der Ärzt*innen in der Region fördert und so eine koordinierte und umfassende medizinische Versorgung ermöglicht. Finanzielle Ressourcen spielen ebenfalls eine Rolle, wurden in den GD jedoch wenig genannt. Als materielle Ressource verfügt der ländliche Raum zunehmend über barrierefreie und altersgerechte Wohnungen. Darüber hinaus fördern integrierte Stadtentwicklungskonzepte eine ganzheitliche und nachhaltige Stadtplanung, indem sie Aspekte wie Wohnen, Verkehr, Umwelt und Soziales in einem Konzept zusammenführen.

OK5: Probleme

Zentrale Herausforderungen bilden die Sicherung der Tagespflege, der Mangel an wohnortnahen Kurzzeitpflegeplätzen sowie stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und Reha-Kliniken. Dieser Mangel führt dazu, dass Patient*innen teils länger im Krankenhaus verbleiben als medizinisch notwendig oder in weit entfernte Nachsorgeeinrichtungen verlegt werden: *„[...] wir haben jetzt aktuell Patienten, die liegen seit nem Dreivierteljahr auf der*

Station, weil wir keine Lösung finden.“ (H107, Pos. 70). Es liegt zudem ein Mangel an (Fach-)Ärzt*innen sowie therapeutischer Weiterbetreuung wie Physiotherapie und Ergotherapie vor: *„[...] aber auch da haben wir große Probleme. Ergotherapie haben wir in unserem Bereich fast gar keine. Da haben wir ganz, ganz lange Wartelisten.“* (S105, Pos. 58). Darüber hinaus haben die Digitalisierung, gesetzliche Anforderungen sowie bürokratische Hürden die Prozesse im EM weiter verkompliziert. Weiterhin besteht zwischen Nachbarschaftshelfenden und ambulanten Pflegediensten im Zusammenhang mit dem Entlastungsbeitrag von 125 Euro eine finanzielle Konkurrenz: *„Aber oftmals sind diese 125 Euro, die hat der Pflegedienst schon. Und das ist das Problem.“* (T106, Pos. 143). Ein weiteres Problem betrifft die Nachhaltigkeit sowie die Inanspruchnahme von Ressourcen und Unterstützungsangeboten, was neben Finanzierungsproblemen auch auf mangelnde Transparenz zurückzuführen ist: *„Dieser [...] Rufbus, das ist eine tolle Sache, aber das wissen viele gar nicht, wie sie damit umgehen.“* (T106, Pos. 244). Im Gegensatz dazu übersteigt die Nachfrage nach Wohnraum in manchen Regionen das vorhandene Angebot: *„Also wir haben [...] 36 Wohnungen [...] neu gebaut. Wir hatten dafür 120 Anträge, die wir gar nicht bedienen können.“* (H106, Pos. 30). Entsprechende Lücken im Wohnungsbau lassen sich unter anderem aufgrund aufwendiger Genehmigungsverfahren für Zuschüsse, Wartezeiten bei Handwerksbetrieben sowie Organisationskapazitäten der Betroffenen nicht kurzfristig schließen; Anpassungen in Altbauten sind oft nur eingeschränkt möglich. Schließlich tragen soziale Faktoren erheblich zu den Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung und im EM bei. Häufig wohnen Angehörige in weiter Entfernung, was ihre Möglichkeit zur Unterstützung erheblich einschränkt.

OK7: Lösungen und Lösungsvorschläge

„[...] die Bündelung der Struktur, die Analyse, was an Bereichen schon da ist, das sichtbar zu machen [...]“ (S111, Pos. 107) bildet einen wesentlichen Ansatz, um die komplexen Herausforderungen der ländlichen Gesundheitsversorgung in MV zu handhaben und zu verbessern. Auf diese Weise können Synergien genutzt und Parallelstrukturen abgebaut werden. Für den ländlichen Raum sehen die Diskussionsteilnehmenden ein großes Potential für einen Informationsbus:

„[...] um die Gemeinden, um den ländlichen Raum zu kriegen, wäre [...] so ein Infobus nicht schlecht [...], der dann wirklich zu bestimmten Terminen dort in den Dörfern steht. Und dann zweimal die Woche.“ (T106, Pos. 133).

Zudem sollte frühzeitige Aufklärung, etwa zu den Themen Patient*innenverfügung, Vorsorgevollmacht, Pflegegrad und barrierefreier Wohnungsanpassung, erfolgen. Aus den Herausforderungen lässt sich ein hoher Bedarf an mobiler Gesundheitsversorgung, wie Hausbesuchen von Ärzt*innen oder therapeutischen Berufsgruppen, ableiten. Diesbezüglich könnten auch Spezialisierungen von Pfl-

gefachkräften, wie Gemeindeschwestern, Community Health Nurses, ErwiN oder VERAH, zu einer Vermeidung von Versorgungslücken sowie einer besseren Schnittstellenarbeit beitragen. Digitale Versorgungsmodelle wie Telemedizin können den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern und die Teilhabe an medizinischen Angeboten erleichtern.

4 Diskussion

Im Folgenden werden die Studienergebnisse anhand der eingangs genannten Fragestellungen betrachtet und kritisch diskutiert:

1. Wie erfolgt die Umsetzung des EM in den ländlichen Regionen von MV?

Die Umsetzung des EM in ländlichen Regionen MVs wird durch strukturelle Hürden erschwert. Es fehlen wohnortnahe Nachsorgeeinrichtungen, einschließlich Reha-Kliniken und Kurzzeitpflegeplätze sowie ausreichend Fachärzt*innen und Therapeut*innen, was vor allem vulnerable Gruppen benachteiligt. Ähnliche Herausforderungen bestehen in den USA, wo eine „Urban-Rural-Divide“ den Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Fachkräftemangel, unzureichende Infrastruktur und begrenzte digitale Angebote einschränkt [15]. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen, dass der Zugang zu weiterführenden Versorgungsangeboten durch strukturelle Defizite eingeschränkt wird. In einigen ländlichen Regionen mildern Netzwerke und Alltagshilfen diese Defizite bereits ab. Regionale Konzepte zur besseren Vernetzung könnten Versorgungslücken schließen und Best Practices auf weniger entwickelte Regionen übertragen.

2. Welche Bedarfe und Ressourcen haben gesundheitsberufliche Akteur*innen in Bezug auf das EM in ländlichen Regionen?

Gesundheitsakteur*innen in ländlichen Regionen MVs fordern besser koordinierte und erreichbare Versorgungsangebote. Fachkräftemangel und strukturelle Engpässe erschweren die Versorgung. Hansen et al. untermauern diese Perspektive, indem sie auf die Herausforderungen in der Versorgung aufgrund des Fachkräftemangels und der hohen Arbeitslast in ländlichen Gebieten hinweisen [16]. Pohontsch et al. verweisen zudem auf die wichtige Rolle der Hausärzt*innen in ländlichen Gebieten, die sich nicht nur als medizinische Dienstleister, sondern als langfristige Begleiter der Patient*innen sehen [17]. Diese enge Beziehung kann eine wertvolle Ressource für das EM darstellen, indem sie die Bindung der Patient*innen an die Versorgung stärkt und potenziell die Kontinuität der Nachsorge sicherstellt. Um Personalstrukturen zu sichern, sind neue Finanzierungsmodelle und bedarfsgerechte Strukturen, etwa Kurzzeitpflegeplätze und spezia-

lisierte Reha-Angebote, nötig. Parallelstrukturen sollten vermieden, vorhandene Ressourcen effizient genutzt und innovative Versorgungsformen wie Nachbarschaftshilfe gezielt ergänzt werden. Digitale Angebote und Telemedizin könnten die medizinische Betreuung verbessern. Dabei stellt die begrenzte Internet-Bandbreite, welche insbesondere in ländlichen Regionen MVs vorherrscht [18], eine Hürde dar.

3. Welche Maßnahmen haben sich im EM bewährt?

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein besserer Zugang zu spezialisierten Versorgungsangeboten, etwa wohnortnahe Therapien oder Rufbusse, sowie eine stärkere Koordination der Gesundheitsakteur*innen im EM besonders effektiv sind. Wie Hengel et al. aufzeigen, bestehen regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung vor allem im Zugang und der Qualität der Versorgung, was auch für das EM relevant ist [19]. Lokale Netzwerke zur verbesserten Zusammenarbeit können den Entlassprozess optimieren. Besonders in ländlichen Gebieten erfordert der Mangel an Nachsorgeeinrichtungen eine engere Vernetzung und Koordination von Krankenhaus, Hausärzt*innen und ambulanten Diensten.

Limitationen und Implikationen

Die Studie orientierte sich an den Gütekriterien qualitativer Forschung nach Steinke [20], [21]. Zur Wahrung intersubjektiver Nachvollziehbarkeit erfolgte die Dokumentation der Datenauswertung über MAXQDA und die Inhaltsanalyse über zwei Forschende sowie unter Anwendung eines kodifizierten Verfahrens. Die empirische Verankerung [21] ist über das kodifizierende Verfahren, Bezug zum Scoping Review (Petereit et al., im Review) und damit zu vorherigen Forschungen, das deduktiv-induktive Vorgehen sowie die Ableitung von Erkenntnissen gewährleistet. Darüber hinaus sind die Abschnitte der durchgeführten Studie kohärent und die Studie als Gesamtkonstrukt relevant [21], da sie Einblicke in das EM in ländlichen Regionen ermöglicht.

Dennoch weist die Studie Limitationen auf. In der Stichprobe befanden sich nur Teilnehmende der RT aus MV. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere GD mit gesundheitsberuflichen Akteur*innen zu anderen Erkenntnissen und Schwerpunktsetzungen geführt hätten. Auch die freiwillige Teilnahme an den RT und der GD könnte zu einer Verzerrung geführt haben, da insbesondere engagierte und motivierte Personen vertreten waren, die tendenziell eine aktivere Rolle im regionalen EM einnehmen. Die Auswahl der Teilnehmenden schränkt die Übertragbarkeit auf andere Regionen oder das allgemeine EM in Deutschland ein. Ursprünglich waren vier RT für die Datenerhebung vorgesehen, jedoch konnte an einem der RT aufgrund organisatorischer Herausforderungen keine GD realisiert werden. Auch bei den übrigen drei RT war die Beteiligung am Tag der Datenerhebung teilweise

geringer als erwartet, sodass jeweils nur ein Teil der ursprünglich vorgesehenen Akteur*innen vertreten war. Der Diskussionsleitfaden wurde vom Projektteam erstellt und vom Expert*innenbeirat überprüft, um Verzerrungen zu minimieren. Dennoch könnten Fragestellungen, Körpersprache oder Reaktionen der diskussionsleitenden Person die Antworten beeinflussen [22].

Im Rahmen des Forschungsverbundprojektes bilden die Studienergebnisse die Grundlage für eine quantitative Krankenhausbefragung in MV sowie weiterer qualitativer Erhebungen. Ziel ist die Vertiefung der Erkenntnisse und die Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen für das EM in MV.

5 Schlussfolgerung

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass das EM in den ländlichen Regionen MVs vor spezifischen Herausforderungen steht. Ein deutlicher Bedarf besteht an wohnortnahen Nachsorgungsangeboten wie Reha-Kliniken, Kurzzeitpflege sowie ausreichendem Fachpersonal, um eine lückenlose und zeitnahe Versorgung von Patient*innen zu gewährleisten. Die in den GD beschriebenen regionalen Defizite beeinträchtigen vor allem vulnerable Patient*innengruppen, wie Menschen mit Demenz, neurologisch Erkrankte und ältere Menschen. Zur Schließung dieser Lücken sind Versorgungsansätze wie mobile Dienste und flexible telemedizinische Angebote zentrale Maßnahmen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtern und bestehende Kapazitäten besser ausschöpfen können. Diese Ansätze stärken die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und verbessern die regionale Koordination, wie die positiven Erfahrungen mit den RT in MV bereits zeigen. Langfristig wird empfohlen, Finanzierungsmöglichkeiten für innovative Versorgungsmodelle zu prüfen, um eine vernetzte, nachhaltige Versorgung in ländlichen Gebieten sicherzustellen.

Abkürzungsverzeichnis

- EM=Entlassmanagement
- GD=Gruppendiskussion
- MV=Mecklenburg-Vorpommern
- OK=Oberkategorie
- RT=Runde Tische

Anmerkungen

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich 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.

Ethikvotum

Für die vorliegende Studie liegt ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Hochschule Neubrandenburg vor (Reg.-Nr.: HSNB/216/24).

Interessenkonflikte

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

Literatur

1. Lingnau R, Blum K, Willms G, Pollmann T, Gohmann P, Broge B. Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, editors. Krankenhaus-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 83-98.
2. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Feb 24;2(2):CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6
3. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, Wilson A, Lindesay J, Parker G, Jones DR. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess.* 2002;6(4):1-183. DOI: 10.3310/hta6040
4. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA.* 2004 Mar 17;291(11):1358-67. DOI: 10.1001/jama.291.11.1358
5. Langhorne P, Ramachandra S; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Apr 23;4(4):CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4
6. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 12;9(9):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3
7. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 23;8(8):CD010791. DOI: 10.1002/14651858.CD010791.pub2
8. Schröder D. Entlassungsmanagement bei ambulanten endoskopischen Untersuchungen. *Endo-Praxis.* 2008;3(2):14-23. DOI: 10.1055/s-2008-1079323
9. Destatis. Bevölkerungsdichte in Deutschland nach Bundesländern zum 31. Dezember 2023 (Einwohner je km²). Statista; 2024. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1242/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>

10. Demografieportal. Bevölkerungszahl in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; 2025. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungszahl-mecklenburg-vorpommern.html#:~:text=Der%20Bev%C3%B6lkerungs%C3%BCckgang%20beruht%20darauf%20dass,in%20den%20letzten%20Jahren%20stabilisiert>
11. Demografieportal. Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; 2025. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>
12. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung. 6th ed. Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2016.
13. Benighaus C, Benighaus L. Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In: Schulz M, Mack B, Renn O, editors. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 111-32.
14. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative content analysis: Methods, practice and software. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2023.
15. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. Public Health. 2015 Jun;129(6):611-20. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.04.001
16. Hansen H, Pohontsch NJ, Bole L, Schäfer I, Scherer M. Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients - an exploratory focus group study in urban and rural regions of northern Germany. BMC Fam Pract. 2017 May 25;18(1):68. DOI: 10.1186/s12875-017-0637-x
17. Pohontsch NJ, Hansen H, Schäfer I, Scherer M. General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany - A focus group study. Fam Pract. 2018 Mar 27;35(2):209-15. DOI: 10.1093/fampra/cmz083
18. BMDV. Breitbandatlas Karte. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV). Available from: <https://gigabitgrundbuch.bund.de/GIGA/DE/Breitbandatlas/Vollbild/start.html>
19. Hengel P, Nimptsch U, Blümel M, Achstetter K, Busse R. Regional variation in access to and quality of acute stroke care: results of Germany's Health System Performance Assessment pilot, 2014-2020. Res Health Serv Reg. 2024 Jul 2;3(1):9. DOI: 10.1007/s43999-024-00045-x
20. Steinke I. Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa Verlag; 1999.
21. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, editors. Qualitative Forschung. 12th ed., original ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p. 319-31. (rororo Rowohlt's Enzyklopädie)
22. Häder M. Empirische Sozialforschung: Eine Einführung. 4th ed. Wiesbaden: Springer VS; 2019.

Korrespondenzadresse:

Jann Niklas Vogel, M. Sc.
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, 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. GMS Ger Med Sci. 2025;23:Doc14. DOI: 10.3205/000350, URN: urn:nbn:de:0183-0003504

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/000350>

Eingereicht: 27.02.2025

Überarbeitet: 06.06.2025

Veröffentlicht: 14.11.2025

Copyright

©2025 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/>.

Needs and implementation pathways of discharge management in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania: Findings from focus group discussions with multidisciplinary healthcare stakeholders

Abstract

Background: In rural areas, discharge management presents a significant challenge. Despite its relevance, there is limited research on implementation strategies and the preferences of the involved parties. In Mecklenburg-Western Pomerania, four round tables have been established with the goal of promoting sustainable local healthcare. These regional networks involve multidisciplinary stakeholders working together on acute care and follow-up care for patients. This paper examines the implementation strategies of discharge management in rural areas of Mecklenburg-Western Pomerania, analyses associated challenges, and identifies stakeholder preferences.

Methodology: Semi-structured group discussions were conducted at the round tables in Demmin, Pasewalk, and Ueckermünde. The data was analysed using qualitative content analysis, with a focus on structuring the content.

Results: Three group discussions with a total of 30 participants were held. Key challenges in rural areas include securing day care services, the lack of sufficient and locally accessible short-term care, long-term inpatient care, and rehabilitation placements. As a result, patients often remain hospitalized longer than necessary or must transfer to distant follow-up facilities.

Discussion and conclusion: A key aspect is questioning traditional approaches, such as the strict separation of responsibilities, and focusing more on shared accountability. The goal is to create synergies and enable more efficient care delivery.

Keywords: discharge management, care transition, care coordination, healthcare management, follow-up care

Jann Niklas Vogel¹

Jaqueline Letzin¹

Hanna Hilgenhof¹

Ivonne Honekamp²

Chiara Kleinschmidt²

Anne Petereit²

Stefan Schmidt¹

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

2 Stralsund University of Applied Sciences, School of Business Studies, Stralsund, Germany

1 Background

Discharge management (DM) refers to a structured and goal-oriented process facilitating the transition from hospital care to a patient's home environment or to appropriate outpatient or inpatient follow-up services [1]. Its primary aim is to ensure continuity of medical and nursing care, prevent complications, and enhance patients' quality of life. DM can be implemented as a standalone intervention [2], include post-discharge support [3], [4], or be embedded within broader care strategies. Tailored interventions have been developed for various medical specialties to address specific needs. As healthcare systems strive for greater efficiency, safety, and patient satisfaction while reducing costs, DM has gained increasing importance. In Germany, discharge planning approaches have been in place since the 1990s

[8]. The legal framework for DM, as stipulated in § 39 (1a) of the German Social Code Book V (SGB V), was formally established through a joint agreement between the National Association of Statutory Health Insurance Funds, the National Association of Statutory Health Insurance Physicians, and the German Hospital Federation. This framework came into force on 1 October 2017 and has since undergone several revisions [1]. It aims to ensure seamless care transitions through close collaboration between hospital and community-based services, as well as through the involvement of family members and care providers.

Rural areas face particular challenges in implementing effective and needs-oriented discharge processes, due to limited healthcare infrastructure and longer travel distances to specialised services. (The Federal Institute for Research on Building, Urban Affairs and Spatial Development (BBSR) defines rural areas as regions with a population density of fewer than 150 inhabitants per

square kilometre, where more than two-thirds of the population live in towns with fewer than 20,000 residents or in rural settlements.) The federal state of Mecklenburg-Western Pomerania (MV), with only 70 inhabitants per square kilometre, has the lowest population density in Germany [9]. Since 1990, its population has declined by 15% [10], while the proportion of residents over the age of 65 has doubled [11], placing additional strain on essential public services. Designing an effective DM approach is therefore of particular relevance for MV. However, research on implementation strategies and stakeholder preferences in rural settings remains limited. The collaborative research project NAHVERSORGT, conducted by the Universities of Applied Sciences Stralsund and Neubrandenburg, addresses these challenges by evaluating current DM practices in MV and deriving systematic recommendations applicable to other rural and structurally weak regions. The present study focuses on the following research questions:

1. In what ways is DM currently organised and implemented within rural regions of MV?
2. What specific needs, challenges, and resources do healthcare professionals perceive in relation to the delivery of DM in rural contexts?
3. Which strategies and practices within DM have demonstrated effectiveness, and under what conditions?

2 Methods

A qualitative research design was selected to explore the subjective experiences of healthcare professionals involved in DM and participating in regional round table discussions (RTs). The aim was to generate context-specific insights and formulate practical recommendations for improving DM in rural settings. The study followed a participatory research approach, actively involving key stakeholders responsible for DM in MV. Group discussions (GDs) were chosen as the primary data collection method, as they allow for the gathering and comparison of diverse perspectives [12] and support the co-construction of potential solutions to complex challenges [13]. A semi-structured discussion guide was developed to structure the group sessions. It was informed by findings from a prior scoping review (Petereit et al., under review) and organised into five thematic dimensions (see Table 1). Each dimension included open-ended questions and prompts to facilitate deeper inquiry and ensure consistency across sessions. The guide was pretested and subsequently revised to enhance clarity and usability. Since 2019, RTs have been established in four rural municipalities in MV, each with fewer than 10,000 residents. These sites were selected in coordination with the “Healthy Ageing” strategy group of the MV Health Economy Advisory Board. Each RT comprises approximately 15 voluntarily participating stakeholders from various professional backgrounds, working collaboratively to develop cross-sectoral solutions for improving local health-

care delivery. Challenges related to DM had been identified as a key issue early in the formation of the RTs. Data collection took place between June and July 2024 within these existing regional networks. Participants were fully informed in advance about the study’s objectives, data handling, pseudonymity measures, and their right to withdraw at any time without providing a reason. Participation in the GD was entirely voluntary.

Data analysis

All data were pseudonymised and subsequently processed and analysed using a category-based approach. The analysis followed the principles of qualitative content analysis with a structured, thematic orientation, as described by Kuckartz [14], allowing for a combined deductive–inductive procedure. Data analysis was conducted using MAXQDA software (Release 24.2.0). Two researchers independently coded the data and collaboratively reconciled the coding framework and category system through consensual coding to ensure reliability and inter-subjective agreement.

3 Results

During the data collection period, GDs were conducted at three RTs in MV – specifically in Demmin, Pasewalk, and Ueckermünde. The average duration of each session was 71.35 minutes. A total of 30 participants took part in the study (see Table 2), and all contributions were included in the analysis. The data analysis resulted in the identification of eight main categories (MC) comprising a total of 56 subcategories (see Table 3). The following section presents MC2 to MC7, as these reflect the central thematic areas of the study (see Table 3).

MC2: Collaboration in DM

Within the framework of DM, participants reported cooperation with a range of professional groups as well as non-professional actors, such as neighbourhood volunteers and local associations (e.g. rural women’s organisations). The intensity and structure of collaboration varied depending on the participants’ professional context, but the overarching aim was to ensure and improve access to healthcare services. Collaboration also served as a key strategy for participants to navigate restricted individual authority and structural rigidity:

“We currently have waiting lists of up to a year. But if I have an urgent case that needs a care home placement, I have to admit the person to hospital so that the hospital social services can organise a place more quickly – which is simply not possible through my regular practice.” (H105, Pos. 4)

Table 1: Dimensions of the discussion guide

No.	Dimension	Description
1	Personal context of DM	Designed to open the conversation and encourage the flow of discussion
2	Stakeholders involved in DM	Aims to identify key stakeholders involved in discharge management
3	Needs of individuals involved in DM	Focuses on gathering the needs of those involved (patients, relatives, healthcare professionals, etc.)
4	Resources within DM	Aims to identify enabling or supportive factors within DM
5	Best practices	Seeks to identify proven and effective approaches in DM

Table 2: Sample

Age	
Min	25
Max	79
Mean	48.33
Standard deviation	13.44
Professional field	
Public administration and local government	• Mayor • Municipal employee
Housing and real estate	• Housing association • Housing cooperative
Healthcare and nursing	• HaffNet¹ • VERAH² • Executive of a welfare organisation • Hospital association • German Alzheimer's Association • Care advisor (Care Support Centre) • Community nurse • Qualified nursing professional • Medical assistant • Nursing management • Owner of an outpatient care service
Social work and community projects	• Social worker • Project staff member • Senior citizens' and disability advisory board • Volkssolidarität (German welfare organisation)

¹ Voluntary association of general practitioner and specialist practices in the Vorpommern-Greifswald region

² Care assistant in general practice (VERAH)

Satisfaction with interprofessional collaboration differed across professions. For example, nurses reported positive working relationships with local palliative care services (SAPV) and the regional care network "HaffNet", but noted less satisfactory cooperation with rehabilitation clinics.

MC3: Needs in DM

In rural regions, patients receiving palliative care, individuals with neurological conditions, people living with dementia, and older adults face an elevated risk of inadequate care due to limited access to healthcare services. These groups are already considered vulnerable, and this vulnerability is further exacerbated by structural deficits in rural healthcare provision. There is a particularly high demand for therapeutic services:

"Palliative patients discharged from hospital – they simply don't have access to mobile therapists. Which means they stand no chance of receiving something like lymphatic drainage during their final weeks, because there are so few physiotherapists." (S103, Pos. 62)

Availability of rehabilitation services is limited. Existing rehabilitation clinics are frequently overburdened or located far from patients' homes:

"The problem is the early neurological rehab clinics. A patient has a stroke, receives good acute care in hospital, and then the only option we have is to transfer them to a nursing home." (H107, Pos. 72)

Due to a shortage of qualified personnel in dementia care settings, individuals are frequently relocated to facilities distant from their familiar surroundings:

Table 3: Main categories of data analysis

Category	Definition	Anchor example
MC1: Participant profiles and context of DM	Statements relating to sociodemographic background and personal involvement in DM	"I work as a care advisor at the Care Support Centre, and yes, most of the people who come to us for counselling are older adults. We also deal with discharge management from hospitals, helping with the transition." (S101, Pos. 9)
MC2: Collaboration in DM	Discussion of collaborative practices within the context of DM	"And let's not forget the doctors. We work with them as well. They usually call to ask, 'What's the situation? Do you still have something available? This patient definitely can't go home.'" (T107, Pos. 68)
MC3: Needs in DM	Identified needs within DM and rural healthcare provision	"If we want effective healthcare management and local provision, we also need to treat financing as a central aspect of the project and bring on board all those responsible." (H103, Pos. 36)
MC4: Resources	Resources relevant to DM or to ageing in place within the region	"We have an integrated urban development concept. It includes a lot of building blocks that we can use to develop resources." (H108, Pos. 114)
MC5: Problems	Challenges in DM and rural healthcare provision	"They simply cannot stay in their local environment. We currently have patients who have been on the ward for three quarters of a year because we cannot find a solution. It's a huge issue." (H107, Pos. 70)
MC6: What works well – best practices	Positive accounts of existing care structures and/or successful DM or rural healthcare practices	"I think the network has developed very well. The communication between general practitioners, outpatient care services, and residential facilities works because we know each other and have collaborated successfully for four years. That's an advantage in rural areas – people know each other and the exchange works well." (S105, Pos. 67)
MC7: Solutions and proposals	Concrete solutions or suggestions for improving DM and/or rural healthcare	"A great idea was to immediately involve the housing cooperative and say, 'We have a place available, let's remove the thresholds now.' We know the person had a hip fracture and will return with a walker or other aids, and this way they can already start moving around in their home." (H104, Pos. 40)
MC8: Additional reflections	Statements not directly related to the discussion guide but considered relevant to the study	"We do see that care and support are part of a shared responsibility within the municipality – a caring community. That's why we need functioning neighbourhoods. I advocate for deeper networking." (S111, Pos. 37)

"We're now even sending people to care homes in Poland, because the staffing ratios are completely different there. [...] They can't stay in their local community." (H107, Pos. 70)

There is a clear need for accessible counselling centres that offer guidance on assistive devices and care options, as well as for a barrier-free infrastructure, particularly in terms of public transport and age-appropriate housing.

MC4 and 6: Resources and best practices

In rural healthcare contexts, all actors involved such as healthcare professionals and informal caregivers are regarded as valuable social and personal resources contributing to what can be described as a caring community. The strength and structure of such community support varies across regions. Additional resources include innovative service models such as home visits by medical and dental practitioners to care facilities, as well as individual counselling provided by professionals specialised in dementia care or by trained senior advisors. Well established local care networks are seen as essential to effective healthcare delivery in rural settings and are widely considered examples of best practice in the field of DM:

"I think the network has developed really well. Communication between general practices, outpatient nursing services, and residential facilities works smoothly. [...] I believe that is one of the advantages of rural areas—you know each other, and that exchange functions well." (S105, Pos. 67)

Another successful example mentioned was the HaffNet network, a regional association of physicians that supports cooperation among medical professionals and facilitates more coordinated and comprehensive patient care. Although financial resources were only rarely mentioned in the GDs, material resources in rural regions include an increasing availability of accessible and age-appropriate housing. In addition, integrated urban development strategies are seen as a key factor for sustainable planning, as they combine elements such as housing, mobility, environmental concerns, and social infrastructure within a single coherent approach.

MC5: Problems

Key challenges identified include securing access to day care services, the shortage of short-term care places close to home, and limited availability of long-term residential care and rehabilitation clinics. These shortages often lead to patients remaining in hospital longer than medically necessary or being transferred to follow-up care facilities far from their home region:

"Right now, we have patients who have been in hospital for three quarters of a year because we simply cannot find a solution." (H107, Pos. 70)

There is also a significant lack of general practitioners and specialists, as well as ongoing therapeutic support, such as physiotherapy and occupational therapy:

"We also have major problems there. In our area, we barely have any occupational therapists. The waiting lists are extremely long." (S105, Pos. 58)

Moreover, the ongoing digitalisation process, legal requirements, and bureaucratic barriers have further complicated DM processes. A specific financial challenge arises from competition between neighbourhood helpers and outpatient care services for the €125 monthly relief contribution: *"Often, the care service already claims the €125. And that's the problem."* (T106, Pos. 143). Further issues relate to sustainability and the utilisation of support services, which are hindered not only by funding problems but also by a lack of public awareness and transparency: *"This community transport service is a great idea, but many people have no idea how to use it."* (T106, Pos. 244). In contrast, in some areas demand for age-friendly housing exceeds supply: *"We built 36 new apartments [...] and received 120 applications, which we simply couldn't meet."* (H106, Pos. 30). Such housing shortages cannot be addressed quickly due to lengthy funding approval processes, limited availability of skilled trades, and organisational limitations on the part of those affected. Modifications to older buildings are often only partially feasible. Finally, social factors play a substantial role in shaping access to care and effective DM. As relatives often live at a distance, their ability to provide support is significantly reduced.

MC7: Solutions and recommendations

One key approach identified for addressing the complexity of rural healthcare provision in MV is the mapping and consolidation of existing services, as this helps to uncover synergies and reduce duplication: *"Pooling structures and analysing what's already in place, making that visible [...]"* (S111, Pos. 107). Participants saw high potential in mobile information services, such as a travelling information bus, for reaching out to rural populations:

"To really reach the rural communities, an info bus wouldn't be a bad idea [...] that would stop in villages at set times, say twice a week." (T106, Pos. 133)

There was also a strong call for early counselling and education on topics such as advance directives, power of attorney, care levels, and accessible housing adaptations. The discussions revealed a significant need for mobile healthcare services, including home visits by doctors and allied health professionals. Specialised roles in nursing—such as community health nurses, ErWiN nurses, or VERAHS—were highlighted as potential solutions to bridge gaps in service provision and improve interface coordination. Finally, digital healthcare models such as telemedicine were considered a promising way to improve access to care and enable greater participation in healthcare services for people in remote areas.

4 Discussion

The following section discusses the study's findings in light of the initial research questions:

1. How is DM implemented in rural regions of MV?

The implementation of DM in rural regions of MV is significantly constrained by structural barriers. There is a lack of nearby follow-up care services, including rehabilitation clinics, short term care placements, and long-term residential care facilities, as well as an overall shortage of medical specialists and therapists. These deficiencies particularly disadvantage vulnerable groups. Comparable challenges have been documented in the United States, where an urban rural divide restricts access to healthcare due to staffing shortages, inadequate infrastructure, and limited digital services [15]. The findings of the present study confirm that access to continuing care is hindered by systemic shortcomings. However, some rural areas have managed to alleviate these deficits through informal support structures and locally embedded care networks. Strengthening regional coordination models could help address these gaps, enabling the transfer of successful practices to less developed regions.

2. What needs and resources do healthcare professionals identify in relation to DM in rural regions?

Healthcare professionals in rural MV highlight the need for better coordinated and more accessible healthcare services. They describe persistent personnel shortages and structural bottlenecks as major obstacles to care provision. Hansen et al. [16] reinforce this perspective, noting that workforce scarcity and excessive workload are key factors limiting rural healthcare delivery. Pohontsch et al. [17] emphasise the important role of general practitioners in rural areas. These professionals often see themselves not only as providers of medical care, but also as long-term companions to their patients. This close and continuous relationship may be a valuable resource in DM, enhancing patient engagement and supporting the continuity of follow-up care. To address workforce challenges, new financing schemes and demand-based care structures are required, such as locally available short-term care and specialised rehabilitation services. Redundant systems should be avoided and existing resources used more efficiently. Community-based support models can provide targeted supplements. Digital healthcare innovations and telemedicine hold potential to improve service access, though this is hindered by limited internet infrastructure, which remains a challenge in many parts of rural MV [18].

3. Which measures have proven effective in DM?

The findings suggest that improved access to specialised services, such as local therapy options or community transport, combined with stronger coordination among healthcare professionals, are particularly effective in supporting DM. Hengel et al. [19] highlight how regional inequalities in healthcare largely concern access and quality—factors that directly affect the effectiveness of DM. Well-functioning local networks can optimise the discharge process by fostering closer collaboration. In rural regions with few follow-up services, this requires robust coordination between hospitals, general practitioners, and community-based care providers.

Limitations and implications

The study was conducted in accordance with the quality criteria for qualitative research by Steinke [20], [21]. To ensure transparency and reproducibility, all steps of data analysis were documented using MAXQDA software. The coding was conducted by two researchers using a standardised procedure and a combination of deductive and inductive reasoning. Empirical grounding [21] was ensured through the coding structure, the link to a prior scoping review (Petereit et al., under review), and the systematic derivation of findings from the data. The study demonstrates internal coherence and is of practical relevance [21], as it provides insight into the implementation of DM in rural regions.

Nonetheless, several limitations must be considered. The sample consisted solely of participants involved in RTs in MV. It cannot be ruled out that additional group discussions with healthcare professionals in other regions might have produced different findings or emphases. The voluntary nature of participation may also have introduced selection bias, as more motivated and engaged individuals were likely overrepresented. These participants may already play an active role in shaping regional DM. This limits the transferability of the findings to other regions or to DM across Germany. Although four RTs were originally planned, one had to be excluded due to organisational issues. In the three remaining RTs, participation on the data collection days was lower than anticipated, meaning that not all planned stakeholder groups were represented. The discussion guide was developed by the project team and reviewed by an expert advisory board to minimise bias. However, the phrasing of questions, body language, or reactions from the discussion facilitator may still have influenced participant responses [22]. The findings from this study provide the foundation for further research within the broader research consortium, including a quantitative hospital survey in MV and additional qualitative studies. The overarching aim is to deepen understanding and develop practice-oriented recommendations for DM in rural MV.

5 Conclusion

The findings of this study indicate that DM in the rural regions of MV faces specific structural challenges. There is a clear need for local follow-up services such as rehabilitation clinics, short term care facilities, and sufficient specialised staff to ensure continuous and timely care for patients. The regional deficits described in the GDs disproportionately affect vulnerable patient groups, including people living with dementia, individuals with neurological conditions, and older adults. To address these gaps, care models involving mobile services and flexible telemedicine solutions are essential. These approaches have the potential to improve access to healthcare and make more efficient use of existing resources. Furthermore, they support cross sector collaboration and strengthen regional coordination structures, as demonstrated by the positive experiences with the RTs in MV. In the long term, it is recommended that funding opportunities for innovative care models be explored in order to support integrated and sustainable healthcare provision in rural areas.

Abbreviations

- DM=discharge management
- GD=group discussion
- MV=Mecklenburg-Western Pomerania
- MC=main category
- RT=round table

Notes

Acknowledgements

We would like to express our sincere thanks to the members of the round tables for their participation in the voluntary group discussions.

Funding

This work is part of the collaborative research project “NAHVERSORGT – Regionally Integrated Care”. The project underlying this publication was funded by the Innovation Fund of the Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss) under funding code 01VSF23038.

Ethics statement

Ethical approval for the study was granted by the Ethics Committee of Neubrandenburg University of Applied Sciences (Ref. No.: HSNB/216/24).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Lingnau R, Blum K, Willms G, Pollmann T, Gohmann P, Broge B. Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, editors. Krankenhaus-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 83-98.
2. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Feb 24;2(2):CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6
3. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, Wilson A, Lindesay J, Parker G, Jones DR. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess*. 2002;6(4):1-183. DOI: 10.3310/hta6040
4. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004 Mar 17;291(11):1358-67. DOI: 10.1001/jama.291.11.1358
5. Langhorne P, Ramachandra S; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 23;4(4):CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4
6. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 12;9(9):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3
7. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 23;8(8):CD010791. DOI: 10.1002/14651858.CD010791.pub2
8. Schröder D. Entlassungsmanagement bei ambulanten endoskopischen Untersuchungen. *Endo-Praxis*. 2008;3(2):14-23. DOI: 10.1055/s-2008-1079323
9. Destatis. Bevölkerungsdichte in Deutschland nach Bundesländern zum 31. Dezember 2023 (Einwohner je km²). Statista; 2024. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1242/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>
10. Demografieportal. Bevölkerungszahl in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; 2025. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungszahl-mecklenburg-vorpommern.html#:~:text=Der%20Bev%C3%B6lkerungs%C3%BCckgang%20beruht%20darauf%2C%20dass,in%20den%20letzten%20Jahren%20stabilisiert>
11. Demografieportal. Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; 2025. Available from: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html>
12. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung. 6th ed. Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2016.
13. Benighaus C, Benighaus L. Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In: Schulz M, Mack B, Renn O, editors. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 111-32.
14. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative content analysis: Methods, practice and software. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2023.
15. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*. 2015 Jun;129(6):611-20. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.04.001

16. Hansen H, Pohontsch NJ, Bole L, Schäfer I, Scherer M. Regional variations of perceived problems in ambulatory care from the perspective of general practitioners and their patients - an exploratory focus group study in urban and rural regions of northern Germany. *BMC Fam Pract.* 2017 May 25;18(1):68. DOI: 10.1186/s12875-017-0637-x
17. Pohontsch NJ, Hansen H, Schäfer I, Scherer M. General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany - A focus group study. *Fam Pract.* 2018 Mar 27;35(2):209-15. DOI: 10.1093/fampra/cmz083
18. BMDV. Breitbandatlas Karte. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV). Available from: <https://gigabitgrundbuch.bund.de/GIGA/DE/Breitbandatlas/Vollbild/start.html>
19. Hengel P, Nimptsch U, Blümel M, Achstetter K, Busse R. Regional variation in access to and quality of acute stroke care: results of Germany's Health System Performance Assessment pilot, 2014-2020. *Res Health Serv Reg.* 2024 Jul 2;3(1):9. DOI: 10.1007/s43999-024-00045-x
20. Steinke I. Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa Verlag; 1999.
21. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung*. 12th ed., original ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p. 319-31. (rororo Rowohlt's Enzyklopädie)
22. Häder M. *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung*. 4th ed. Wiesbaden: Springer VS; 2019.

Corresponding author:

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

Please cite as

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. *GMS Ger Med Sci.* 2025;23:Doc14. DOI: 10.3205/000350, URN: urn:nbn:de:0183-0003504

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/000350>

Received: 2025-02-27

Revised: 2025-06-06

Published: 2025-11-14

Copyright

©2025 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/>.