

Die ambulante berufliche Rehabilitation flexibel und zukunftsfähig gestalten: Lerneffekte aus der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus

Marie Heide, Dr. Jana Bauer und Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Köln, und Björn Hagen und Manfred Otto-Albrecht, Ratzeburg

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie haben in der ambulanten beruflichen Rehabilitation zu Veränderungen geführt, die auf operativer Ebene durch neue Lösungsansätze bewältigt wurden. Im Rahmen des COVaRe-Projekts wurde die Gelegenheit genutzt, aus den Erfahrungen der Pandemie zu lernen, um die Leistungserbringung in der postpandemischen Zeit flexibler und zukunftsfähiger zu gestalten. In drei aufeinander aufbauenden Erhebungen wurden die entwickelten Lösungsansätze zunächst in ihren Voraussetzungen und Auswirkungen beschrieben, aus verschiedenen Perspektiven in Bezug auf Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken bewertet und anschließend auf strategischer Ebene diskutiert. Die Ergebnisse zeigen, dass für eine Flexibilisierung der Leistungserbringung eine stärkere Verschränkung der operativen mit der strukturellen Ebene nötig ist, um Handlungsspielräume, vernetzte Strukturen, Entwicklungs- und Lernprozesse sowie individualisierte Rehabilitationsleistungen etablieren zu können.

1. Einleitung

Schon seit einigen Jahren erfährt die Arbeitswelt im Rahmen der sogenannten vierten industriellen Revolution (Arbeit 4.0) einen gravierenden Wandel. Mit diesem Wandel sind vielfältige Herausforderungen verbunden, die einer aktiven Gestaltung bedürfen. Dass dies auch die berufliche Rehabilitation betrifft, zeigen unter anderem Diskussionen zur digitalen Transformation von Dienstleistungen in der Rehabilitation (Pfanstiel et al. 2019) sowie Daten aus dem Monitor zum Stand des digitalen Lernens in der beruflichen Bildung (Schmid et al. 2016) und insbesondere die Erkenntnisse aus dem Anwendungsprojekt „Implementierung einer digitalen Lernkultur und Stärkung der Medienkompetenz in Berufsbildungswerken“ (Kretschmer und Pfeiffer 2020).

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie und spätestens dem ersten Lockdown ab März 2020 verschärfte sich der Veränderungsdruck und Prozesse der Digitalisierung wurden zwangsweise beschleunigt, wobei die

unzureichende Infrastruktur beispielsweise in Bezug auf die technische Ausstattung in einigen Bereichen ein Hemmnis darstellte (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2021). Auch für die (ambulante) berufliche Rehabilitation führten die Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen dazu, dass zwangsläufig operative Lösungsansätze für eine flexibilisierte Form der Leistungserbringung entwickelt werden mussten, um die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹ weiterhin mit passenden und zielführenden Leistungen versorgen zu können. Allerdings fehlte aufgrund des akuten Handlungsdrucks die Zeit, solche Konzepte parallel zum operativen Arbeitsalltag strategisch zu entwickeln und zu evaluieren. An verschiedenen Orten wurden Individuallösungen gefunden. Die Möglichkeit, voneinander zu lernen und gute Praxisbeispiele zu teilen, drohte aufgrund der hohen Mehrarbeit, die ohnehin schon

¹ Je nach Perspektive werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch Teilnehmende genannt.

durch die Umstellungsprozesse resultierte, ungenutzt zu bleiben.

Mit dem durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geförderten Projekt „Lernen von der SARS-CoV-2 Pandemie: Lektionen für die Zukunft der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation (COVaRe)“ (Laufzeit: 10/2020 bis 11/2022) sollte daher die Chance ergriffen werden, von den erzwungenen Veränderungsprozessen und gefundenen Lösungen zu lernen, um die Leistungserbringung in der postpandemischen Zeit flexibler und zukunftsfähiger zu gestalten. Denn es war bereits zu Beginn der Pandemie klar, dass auch nach ihrem Ende dauerhafte Veränderungen bestehen bleiben würden, denen sich Rehabilitation und Teilhabeförderung anpassen müssen. Das Projekt wurde in Kooperation zwischen der Universität zu Köln und der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gemeinnützige GmbH umgesetzt. Am Beispiel der FAW, als Leistungserbringer der ambulanten beruflichen Rehabilitation, wurden die im Kontext der Pandemie entwickelten alternativen Lösungsansätze zunächst in ihren Voraussetzungen und Auswirkungen beschrieben und anschließend in Bezug auf Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken bewertet. Zielsetzung war es dabei herauszuarbeiten, welche Lösungen sich hinsichtlich Machbarkeit, Akzeptanz und Nutzen in der aktuellen Situation aus Sicht der verschiedenen Akteurinnen und Akteure bewähren und welche übertragbaren Erfahrungen für eine zukünftige, flexible Form der Leistungserbringung in der beruflichen Rehabilitation zielführend genutzt werden können. Zentral für das Projekt war die Einbeziehung der verschiedenen Perspektiven unterschiedlicher Akteursgruppen, um ein umfassendes Bild von notwendigen Veränderungen und möglichen Herausforderungen gewinnen zu können. Neben Veränderungen auf der operativen Ebene sollten so auch Qualifizierungsbedarfe und notwendige Rahmenbedingungen (zum Beispiel vonseiten des Leistungsträgers) abgeleitet und Nutzen auf allen Ebenen generiert werden.

Im vorliegenden Beitrag werden das Vorgehen und die Ergebnisse des COVaRe-Projektes dargestellt. Um den Kontext des Projektes verständlich zu machen, wird zunächst das Setting der ambulanten beruflichen Rehabilitation mit seinen Spezifika beschrieben.

Anschließend wird das Vorgehen im Projekt erläutert und es wird dargestellt, wie durch die verschiedenen aufeinander aufbauenden Erhebungs- und Auswertungsschritte Erkenntnisse aus verschiedenen Perspektiven und auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen und Handlungsfelder für die Praxis abgeleitet werden konnten.

Die folgende Ergebnisdarstellung fokussiert erstens auf die Herausforderungen und Chancen, die sich aus verschiedenen Perspektiven im Zuge der Veränderungsprozesse während der COVID-19-Pandemie für die ambulante berufliche Rehabilitation ergeben haben. Zweitens werden diese multiperspektivisch bewerteten Veränderungsprozesse auf struktureller Ebene eingeordnet und relevante Handlungsfelder für eine zukünftige, flexible Gestaltung der ambulanten beruflichen Rehabilitation abgeleitet. In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse mit Blick auf die Zukunft der ambulanten beruflichen Rehabilitation eingeordnet, Fragen nach spezifischen Lerneffekten und notwendigen nächsten Schritten für die Umsetzung und Ausgestaltung der Handlungsfelder auf den verschiedenen Ebenen (Leistungserbringer und -träger sowie Politik) beantwortet sowie Stärken und Limitationen der Ergebnisse aufgezeigt.

2. Spezifika des Settings der ambulanten beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation verfolgt das Ziel, die „Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst

auf Dauer zu sichern“ (§ 49 SGB IX). Hierfür existiert ein breites Leistungsangebot, das Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Anbetracht der individuellen Bedarfe und Voraussetzungen der Einzelnen stationär oder ambulant ermöglicht.

In der ambulanten beruflichen Rehabilitation werden die Leistungen wohnortnah durchgeführt. Dadurch können die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Hause wohnen und die betriebliche Integration wird im regionalen Umfeld umgesetzt. Dabei folgt die ambulante berufliche Rehabilitation dem Grundsatz, dass die LTA so umfangreich wie möglich betrieblich orientiert sind. Alle berufsfachlichen und praxisorientierten Bildungs- und Qualifizierungselemente werden in und gemeinsam mit Betrieben umgesetzt. Dies betrifft die Bereiche Assessment und Erprobung genauso wie Umschulungen und Integrationsleistungen. Um eine größtmögliche betriebliche Orientierung sicherstellen zu können, verfügen die Leistungserbringer der ambulanten beruflichen Rehabilitation über ein intensives und gut ausgebauten Netzwerk aus regionalen Unternehmen. Da die Ausbildung und Qualifizierung im Betrieb erfolgt, ist die Umsetzung vielfältiger Qualifizierungs- und Ausbildungsinhalte möglich. Es kann im Prinzip jedes zugelassene Berufsbild ausgebildet und umgeschult werden. Welche Leistung für die einzelnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zielführend ist, hängt im Wesentlichen von den individuellen Voraussetzungen und den jeweiligen Bedingungen des konkreten Arbeitsmarktes ab.

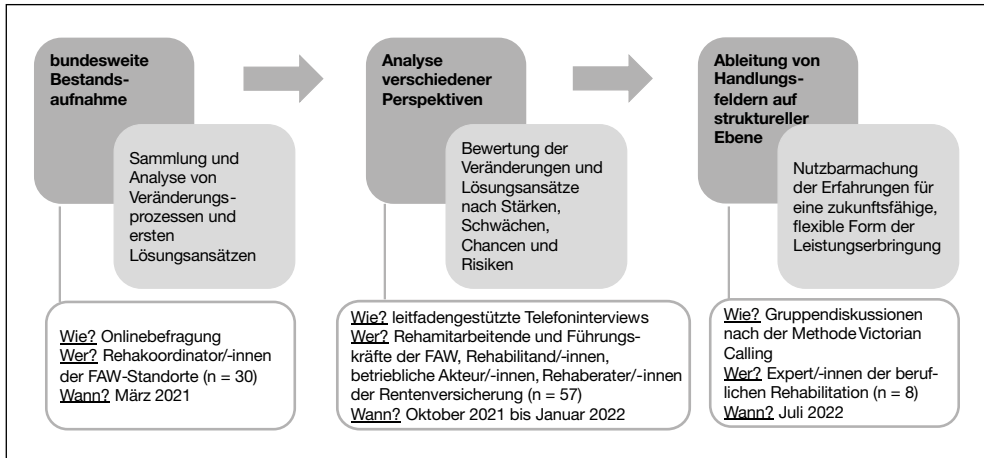
Alle rehabilitationsspezifischen Unterstützungsleistungen, wie sozialpädagogische und psychologische Begleitung sowie Stütz- und Förderunterrichte, werden vom Leistungserbringer sichergestellt. Ein besonderer Fokus liegt auf der Begleitung im betrieblichen Setting. Diese Begleitung betrifft zum einen die Unterstützung der Teilnehmenden selbst, zum anderen gleichermaßen die Zusammenarbeit mit den betrieblichen Akteurinnen und Akteuren, zum Beispiel Ausbilderinnen und Ausbildern, Teamleitungen und Personalverantwortlichen.

3. Vorgehen im Projekt: Verschiedene Akteurinnen und Akteure kommen zu Wort

Als beispielhafter Anbieter der ambulanten beruflichen Rehabilitation wurde für die Datenerhebung im Projekt die FAW gewählt. Durch ihre zahlreichen bundesweiten Standorte und ein vielfältiges ausdifferenziertes Leistungsangebot bildet sie sowohl das Spektrum der ambulanten LTA als auch mögliche regionale Unterschiede gut ab.

Das Vorgehen im Projekt baut in drei Erhebungsschritten aufeinander auf (siehe Abbildung 1). Um einen ersten Überblick über die Erfahrungen mit der Leistungserbringung während der COVID-19-Pandemie zu gewinnen, wurden im März 2021 30 RehaKoordinatorinnen und -koordinatoren (Personen der mittleren Führungsebene der FAW) mithilfe eines Onlinesurveys befragt. Es konnte so eine Bestandsaufnahme an allen bundesweit verteilten Standorten der FAW durchgeführt werden, Veränderungsprozesse und erste Lösungsansätze wurden gesammelt und analysiert. Darauf aufbauend sollten die pandemiebedingten Veränderungen im operativen Arbeitsalltag multiperspektivisch durch alle relevanten Akteursgruppen bewertet werden.

Hierfür wurden im zweiten Schritt im Zeitraum von Oktober 2021 bis Januar 2022 leitfadengestützte Interviews mit Rehafachkräften und Führungskräften des Leistungserbringers, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, betrieblichen Akteurinnen und Akteuren sowie Rehaberaterinnen und -beratern der Rentenversicherung (n = 57) geführt. Um der Vielfalt des ambulanten Settings gerecht werden zu können, wurde darauf geachtet, dass sowohl Teilnehmende aus städtischen als auch aus ländlichen Regionen sowie aus Gegenden mit unterschiedlichen sozialen und ökonomischen Hintergründen einbezogen wurden. Die Auswahl der betrieblichen Akteurinnen und Akteure wurde zudem vor dem Hintergrund einer größtmöglichen Varianz in Bezug auf die Größe und Branche des Unternehmens getroffen.

Abbildung 1: Vorgehen im COVaRe-Projekt

Quelle: eigene Darstellung.

Im dritten und letzten Schritt fanden auf der Grundlage der Ergebnisse der vorherigen Erhebungsschritte im Juli 2022 Gruppendiskussionen nach der Methode des Victorian Calling (Defila et al. 2015) mit Expertinnen und Experten der beruflichen Rehabilitation (n = 8) statt. Da die Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation in die Rahmenbedingungen des Rehasystems insgesamt eingebettet ist, war das Ziel dieses Schrittes, die operativen Erfahrungen für eine zukunftsfähige, flexible Form der Leistungserbringung auf übergeordneter struktureller Ebene nutzbar zu machen und Handlungsfelder für die Gestaltung von Rahmenbedingungen abzuleiten.

3.1 Multiperspektivität und Triangulation verschiedener Daten

Das Vorgehen im Projekt ist geprägt durch Multiperspektivität und die Triangulation verschiedener Daten. Dies bedeutet, dass zum einen in der Erhebung quantitative und qualitative Verfahren gleichberechtigt einbezogen und die Perspektiven verschiedener Akteursgruppen berücksichtigt werden.

Zum anderen wird eine Verbindung zwischen den Ergebnissen der einzelnen Erhebungsschritte hergestellt (Piilz und Göhlich 2018). Der Vorteil liegt darin, dass „Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden [und somit die Ergebnisse] weiter reichen, als es mit [nur] einem Zugang möglich wäre“ (Flick 2004, S. 12). Für das dargestellte COVaRe-Projekt bedeutet das konkret, dass die während der SARS-CoV-2-Pandemie gesammelten Erfahrungen aus verschiedenen Perspektiven und zu unterschiedlichen Zeitpunkten beleuchtet werden können, wodurch ein umfassendes und differenziertes Bild der Veränderungen und entwickelten Lösungsansätze während der Pandemie entsteht (Erhebungsschritte 1 und 2). Darüber hinaus wird es, dadurch, dass die Erhebungsschritte aufeinander aufbauen und die Ergebnisse jeweils als Grundlage für den nächsten Erhebungsschritt dienen, möglich, einander ergänzende Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen zu gewinnen. Dieser Aspekt wird insbesondere dadurch deutlich, dass den Gästen des Victorian Calling (Erhebungsschritt 3) im Vorfeld die aufbereiteten Ergebnisse aus den leitfadengestützten Telefoninterviews (Erhebungsschritt 2) zur

Vorbereitung der Gruppendiskussionen zugänglich gemacht wurden.

3.2 Vorgehen bei der Analyse der verschiedenen Perspektiven und der Ableitung von Handlungsfeldern auf struktureller Ebene

Im vorliegenden Beitrag wird nicht explizit auf die Ergebnisse aus dem ersten Erhebungsschritt eingegangen, da dieser in erster Linie die Grundlage für die weiteren Erhebungsschritte bildete. Die leitfadengestützten Telefoninterviews wurden zweistufig ausgewertet. Die erste Stufe beinhaltete die Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). In einem induktiv-deduktiven Verfahren konnten inhaltliche Kategorien gebildet werden, die stattgefundenen Veränderungen abbilden. In der zweiten Stufe wurden diese Kategorien dahingehend bewertet, ob sie Stärken, Schwächen, Risiken oder Chancen (SWOT-Analyse) repräsentieren (Wollny und Paul 2015). Für alle Veränderungsbereiche beziehungsweise Kategorien konnten so positive und negative Erfahrungen gegenübergestellt werden. In der SWOT-Analyse wurde dabei nach internen Stärken/Schwächen und externen Chancen/Risiken unterschieden. Als interne Kategorien wurden Aspekte klassifiziert, welche die Zielerreichung (als Ziel wurde die erfolgreiche Durchführung der Rehabilitationsleistung definiert) fördern oder gefährden und sich durch Akteure und Akteurinnen der ambulanten beruflichen Rehabilitation beeinflussen lassen. Externe Kategorien umfassen hingegen Aspekte, die sich stärker auf die Rahmenbedingungen der ambulanten beruflichen Rehabilitation (zum Beispiel gesellschaftliche oder technologische Faktoren) beziehen und damit übergeordnet sind und für deren Beeinflussung gegebenenfalls weitere Akteurinnen und Akteure hinzugezogen werden müssen (Wollny und Paul 2015). Die internen Kategorien zielen stärker auf Aspekte ab, die die Gegenwart betreffen, während die externen Kategorien stärker auf Aspekte fokussieren, die in der

Zukunft liegen. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Differenzierung nach internen und externen Aspekten nicht immer ganz trennscharf möglich, aber dennoch sinnvoll ist, da ein Überblick darüber entsteht, wie Stärken genutzt und Schwächen minimiert werden können und wo Potenziale für die zukünftige Gestaltung liegen und gegebenenfalls noch weitere Akteurinnen und Akteure einbezogen werden müssen.

Die Ziele der auf den Telefoninterviews aufbauenden Gruppendiskussionen waren schlussendlich: (1) relevante strategische Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Gestaltung der Rahmenbedingungen (ambulanter) beruflicher Rehabilitation zu ermitteln und (2) Lernchancen zur Ausgestaltung der jeweiligen Handlungsfelder abzuleiten. Dabei lag der Fokus darauf, die Erkenntnisse aus den Erfahrungen im operativen Arbeitsalltag auf die strukturelle Ebene zu bringen. Die Gruppendiskussionen wurden nach der Methode des Victorian Calling (Defila et al. 2015) durchgeführt. Das Victorian Calling ist eine transdisziplinäre Methode zur Gestaltung von Gruppendiskussionen. Dabei steht der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis im Vordergrund. Das Ziel ist es, auf Basis von Forschungsergebnissen gemeinsam Wissen zu generieren, das anschlussfähig an die Praxis ist und somit praxisrelevante Wirkung erzeugen kann. Die Teilnehmenden sind daher relevante Akteurinnen und Akteure aus dem jeweiligen Praxisfeld, die als Gäste eingeladen werden. Insgesamt beteiligten sich am Victorian Calling acht Akteure und Akteurinnen aus verschiedenen Bereichen der beruflichen Rehabilitation mit unterschiedlichen Blickwinkeln auf die Ergebnisse. Sie stammten aus den folgenden Institutionen:²

- Bundesagentur für Arbeit,
- Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation e. V. (BAG abR),

² Eingeladen, aber an der Teilnahme verhindert, waren außerdem Akteurinnen und Akteure der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA).

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) e. V.,
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR),
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV),
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR),
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH.

Die Gruppendiskussionen wurden anschließend mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet, um auf struktureller Ebene Handlungsfelder mit Relevanz für eine zukunftsfähige Gestaltung der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation identifizieren zu können.

4. Ergebnisse aus dem Projekt COVaRe

Die Ergebnisdarstellung ist in zwei Teile untergliedert. Im ersten Teil werden die Ergebnisse der leitfadengestützten Telefoninterviews dargestellt. Der Fokus liegt auf Herausforderungen und Chancen, die sich durch die Veränderungen während der COVID-19-Pandemie ergeben haben. Auf dieser Grundlage werden im zweiten Teil die Ergebnisse der Gruppendiskussionen präsentiert. An dieser Stelle ist es das Ziel, die multiperspektivisch bewerteten Veränderungen auf struktureller Ebene einzuordnen.

4.1 Multiperspektivische Bewertung der Veränderungsprozesse während der COVID-19-Pandemie

Auf Grundlage der leitfadengestützten Telefoninterviews konnten vier übergeordnete Bereiche identifiziert werden, in denen sich im Zuge der Pandemie und ihrer Auswirkungen Veränderungen für die ambulante berufliche Rehabilitation ergeben haben:

- Digitalisierung,
- psychische Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,
- Betrieb und Arbeitsmarkt,
- System der beruflichen Rehabilitation.

Im Folgenden werden diese Veränderungsbereiche aus Perspektive der fünf befragten Personengruppen beleuchtet und die verschiedenen Teilaspekte jeweils als Chancen/Stärken beziehungsweise Risiken/Schwächen (SWOT) eingeordnet. Die SWOT-Analysen werden im Anhang mit wörtlichen Zitaten veranschaulicht.

4.1.1 Digitalisierung

Die zeitweise Schließung von Einrichtungen und Betrieben während der COVID-19-Pandemie führte in der ambulanten beruflichen Rehabilitation zu einer vermehrten Nutzung digitaler Arbeits-, Lern- und Beratungsprozesse. Es ergaben sich aus didaktischer und organisatorischer Perspektive sowohl positive als auch negative Erfahrungen hinsichtlich der Umsetzung von Lern- und Beratungsangeboten auf Distanz (Tabelle 1, siehe Anhang). Es wird als Chance gesehen, dass durch die Möglichkeit des Onlineunterrichts eine größere Flexibilität gegeben ist, da beispielsweise der Arbeitsort variiert werden kann. Für die Vermittlung mancher Inhalte, für die nicht unbedingt ein Austausch mit der Gruppe nötig ist, wird außerdem ein Vorteil durch mögliche Zeitersparnisse und Effizienzsteigerungen wahrgenommen. Gleichzeitig wird auf das Risiko hingewiesen, dass digitale Infrastruktur nicht überall gegeben ist und besonders ländliche Regionen nicht immer über eine gute Internetverbindung verfügen. Zwar brachte das Arbeiten und Lernen auf Distanz eine flexiblere Arbeitssituation für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit sich, mit der jedoch auch negative Aspekte, wie eine Überforderung mit der dafür notwendigen Selbstständigkeit, einhergingen. Eine Rehabilitandin berichtet zum Beispiel

von der Herausforderung, mit der fehlenden festen Tagesstruktur zu Hause umzugehen. Im Umgang mit den digitalen Medien spielen die digitalen Kompetenzen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine besondere Rolle (Tabelle 2, siehe Anhang). Es wird deutlich, dass bei einigen Angst vor (neuer) Technik besteht. Um Ängste und Unsicherheiten zu nehmen und den Umgang mit Technik zu erlernen, sind (niedrigschwellige) Angebote zur Förderung der digitalen Kompetenzen wichtig. An dieser Stelle wird auch auf die Herausforderung hingewiesen, diese Zielsetzung zusätzlich zu den weiteren Zielen der Rehabilitationsleistung erreichen zu müssen. Gleichzeitig ist bei einigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine neue Offenheit gegenüber Technik und digitalen Möglichkeiten entstanden, da deren Nutzung durch die Pandemie relevanter geworden ist und einen größeren Stellenwert im Alltag einnimmt.

4.1.2 Psychische Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die COVID-19-Pandemie hat auch Einfluss auf die psychische Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden genommen. Zum einen wirkten sich die Rahmenbedingungen wie Lockdown oder Quarantänepflicht auf die psychische Gesundheit aus, zum anderen konnten Rehabilitationsleistungen nicht wie gewohnt stattfinden. Hier gab es sowohl Veränderungen hinsichtlich Modus und Ort der Durchführung von Leistungen als auch bezüglich der Begleitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Mit der Flexibilisierung der Rehabilitationsleistungen und dem Arbeiten und Lernen auf Distanz wurden mit Bezug zur psychischen Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht (Tabelle 3, siehe Anhang).

Als Schwäche wurde angegeben, dass der Kontakt zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verringert war. Damit ging einher, dass sich einige Rehabilitandin-

nen und Rehabilitanden zurückzogen und sozialen Kontakten aus dem Weg gingen, was ein Risiko für die psychische Gesundheit darstellen kann. Der veränderte Kontakt zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde vonseiten der Rehamitarbeitenden des Leistungserbringers in Teilen auch insofern als positiv eingeschätzt, als dass sich die Beziehung zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den Rehamitarbeitenden durch vermehrte Einzelbetreuungssituationen verbessert hatte. Als Chance gesehen wurde der Aspekt, dass die psychische Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rehabilitationsprozess einen höheren Stellenwert bekommen hat und alle Beteiligten stärker für dieses Thema sensibilisiert wurden. Weiter wurde in den Interviews erwähnt, dass die Möglichkeit zur Individualisierung von Leistungen, zum Beispiel im Hinblick auf Teilzeitangebote, weiter vorangebracht werden sollte, um insbesondere auch die psychische Gesundheit zu schützen und zu fördern.

4.1.3 Betrieb und Arbeitsmarkt

Die ambulante betrieblich orientierte berufliche Rehabilitation ist in besonderem Maße geprägt durch eine intensive Verknüpfung mit Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes. In den Unternehmen finden wesentliche Teile der Teilhabeleistungen mit Unterstützung durch den Leistungserbringer statt. Insofern ist ein besonderer Blick auf die spezifische Situation an der Schnittstelle zwischen Leistungserbringer, Rehabilitandin beziehungsweise Rehabilitand und Unternehmen relevant. Im Folgenden werden zuerst die Situation der betrieblichen Praktika während der Rehabilitation und daran anknüpfend die Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Unternehmen beleuchtet. Weiter wird dargestellt, welche Veränderungen sich in verschiedenen Branchen und auf dem Arbeitsmarkt allgemein ergeben haben.

4.1.3.1 Situation betriebliche Praktika

Mit Bezug zu den betrieblichen Praktika (Tabelle 4, siehe Anhang) wurde benannt, dass in der akuten Pandemiesituation das Praktikum beziehungsweise der Arbeitsplatz durch die Schaffung einer Tagesstruktur für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Fluchtweg aus dem Lockdown gesehen wurde. Risiken zeigten sich in dem Umstand, dass sich teilweise die Zielsetzungen der Maßnahme verschoben, da Gesundheit und psychische Stabilisierung wichtiger wurden und das Eröffnen beruflicher Perspektiven in den Hintergrund rückte.

Die Möglichkeit, teilweise im Homeoffice zu arbeiten, wurde einerseits positiv gesehen, da eine größere Flexibilität gegeben war und das Arbeiten im eigenen Tempo möglich wurde. Andererseits wurde auch berichtet, dass für einige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden das Arbeiten im Homeoffice zu Überforderungen geführt hat. Aufseiten der Betriebe ergab sich eine weitere Herausforderung durch das mobile Arbeiten, indem die Kapazitäten für die Betreuung von Praktikantinnen und Praktikanten eingeschränkt waren, da die Mitarbeitenden in den Betrieben nicht vor Ort waren.

4.1.3.2 Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Betrieb

Ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Veränderungsprozesse während der Pandemie war die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und den Betrieben (Tabelle 5, siehe Anhang). Vonseiten der betrieblichen Akteurinnen und Akteure wurde insbesondere Wert auf eine unkomplizierte und kurzfristige Kommunikation gelegt. Diesbezüglich wurden räumliche Nähe und kurze Wege als förderlich gesehen. Ergänzend wurde der konkrete Vorschlag gemacht, dass ein Onlinetool hilfreich wäre, welches den Austausch zwischen Leistungserbringern, den Betrieben und den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterstützen

könnte. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass explizit datenschutzrechtliche Vorgaben berücksichtigt und eingehalten werden. Es wurde aber auch hervorgehoben, dass der persönliche Kontakt zwischen den Akteurinnen und Akteuren des Leistungserbringers und der Betriebe nicht ersetzt werden darf.

4.1.3.3 Veränderungen in verschiedenen Branchen und auf dem Arbeitsmarkt allgemein

In den Interviews wurden auch Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt insgesamt und in einzelnen Branchen angesprochen (Tabelle 6, siehe Anhang). Im Zuge der Pandemie hat sich der Arbeitsmarkt (zeitweise) verändert: Zum einen haben einzelne Berufszweige und bestimmte Tätigkeiten an Bedeutung gewonnen und der Bedarf an Arbeitskräften ist gestiegen. Genannt wurden hier Tätigkeiten in der Pflege sowie Tätigkeiten, die mit der fortschreitenden Digitalisierung zusammenhängen. Zum anderen hat sich der Arbeitsmarkt in anderen Bereichen, wie beispielsweise im Hotel- und Gastronomiegewerbe, (zeitweise) verschlechtert und in akuten Phasen der Pandemie war es schwierig, in diesem Bereich Praktikums- oder Arbeitsplätze anzubieten, da die Betriebe vor wirtschaftlichen Herausforderungen standen.

Weiterhin wurden die Umstellung auf flexible Arbeitsstrukturen und die zunehmende Digitalisierung angesprochen. Digitale Kompetenzen werden für die Arbeitsmarktpassung relevanter und es ist sinnvoll, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in diesem Bereich frühzeitig zu schulen.

4.1.4 System der ambulanten beruflichen Rehabilitation

Unter den Bedingungen der Pandemie entstanden mit Blick auf die Durchführung und Steuerung von Rehabilitationsleistungen auf der einen Seite zwar neue Ideen für eine

stärkere Flexibilisierung, gleichzeitig wurden aber die Herausforderungen und Hürden in der Umsetzung flexibler Bedingungen deutlich (Tabelle 7, siehe Anhang). So wurden im Zuge der Pandemie bestehende Strukturen und Prozesse hinterfragt und es wurde mit Blick auf die Modernisierung von bestehenden Rahmenbedingungen diskutiert, inwiefern zum Beispiel Vollzeitmaßnahmen oder Anwesenheitspflichten vor Ort noch zeitgemäß sind. Damit geht einher, dass bürokratische Strukturen durch den Handlungsdruck, der durch die Auswirkungen der Pandemie entstanden ist, teilweise aufgeweicht werden konnten und schnelles Handeln möglich wurde. In diesem Zusammenhang wurde auch die Offenheit des Kostenträgers gegenüber neuen Ansätzen positiv hervorgehoben. Gleichzeitig wurde aber auch die fehlende Flexibilität des Kostenträgers kritisiert, die dadurch bedingt ist, dass sich Strukturen bei großen Trägern nicht schnell und einfach ändern lassen. Weiter wurde angemerkt, dass es für die tatsächliche Umsetzung flexibler Angebote andere finanzielle Spielräume sowie eine stärkere Unabhängigkeit von den Vorgaben der Kostenträger bezüglich der Rahmenkonzepte bräuchte.

4.2 Handlungsfelder für eine zukunftsfähige, flexible Form der Leistungserbringung

Die im vorherigen Abschnitt dargestellten Ergebnisse der SWOT-Analysen der operativen Erfahrungen aus Erhebungsschritt 2 bildeten die Grundlage und den Ausgangspunkt für die Gruppendiskussionen auf strategischer Ebene in Erhebungsschritt 3.

Auf Basis der Gruppendiskussionen konnten vier strategische Handlungsfelder mit Relevanz für eine zukunftsfähige Gestaltung der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation identifiziert werden, die an die Chancen/Stärken beziehungsweise Risiken/Schwächen im operativen Alltagsgeschäft anknüpfen:

- Ausbau der Digitalisierung,
- Einbezug und Vernetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,
- Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren und Institutionen,
- Erhöhung der Flexibilität und Abbau von Bürokratie.

Alle Handlungsfelder wurden in den Diskussionsrunden mehrfach aufgegriffen und aus den verschiedenen Perspektiven der Teilnehmenden beleuchtet. Die dort behandelten Themen wurden bereits vor der Pandemie diskutiert, jedoch haben die Pandemie und ihre Auswirkungen die Handlungsfelder weiter spezifiziert und die Notwendigkeit verdeutlicht, flexible Formen der Leistungserbringung zu ermöglichen.

4.2.1 Handlungsfeld 1: Ausbau der Digitalisierung

Insbesondere während der akuten Pandemiephasen, in denen die Angebote der ambulanten beruflichen Rehabilitation ins Digitale verlagert werden mussten, wurde deutlich, dass Digitalisierung weiter umgesetzt und vorangebracht werden muss. Für das Erbringen digitaler Leistungen wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt, wie beispielsweise Online- und Blended-Learning-Plattformen, persönliche Betreuung und Begleitung per Videotools, Austausch von Dokumenten und Unterlagen per sicherer Cloud-Lösung.

In den Gruppendiskussionen wurde herausgestellt, dass Digitalisierung sowohl als Lerninhalt als auch als didaktische Kompetenz gesehen werden sollte. Digitalisierung als Lerninhalt meint: Damit die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sinnvoll auf den beruflichen Alltag vorbereitet werden, müssen sie lernen, mit digitalen und technischen Möglichkeiten umzugehen. Digitalisierung als didaktische Kompetenz meint: Durch den Einsatz digitaler Elemente wie Onlinesitzungen oder digitale Lernplattformen kann die am-

bulante berufliche Rehabilitation flexibler und den individuellen Bedingungen besser angepasst organisiert werden. Es wurde beispielsweise möglich, dass die Aufnahme von Lerninhalten – je nach eigenem Bedarf – zeitlich und örtlich entkoppelt realisiert werden kann. Damit Digitalisierung sinnvoll umgesetzt und genutzt werden kann, müssen vor allem digitale Kompetenzen der Rehaberaterinnen und -berater der Kostenträger, der Refachkräfte der Leistungserbringer und der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgebaut werden:

„Also, ich denke, ein Stichwort ist Kompetenz, die es für Digitalisierung braucht. Sowohl bei denen, die Reha betreiben als Profis, als auch bei denen, die rehabilitiert werden sollen. [...] Und beide Seiten brauchen da sozusagen das geeignete Ausmaß an Unterstützung, Beratung, denke ich.“ (TN VC 1_1)

Damit einher geht auch, dass es eine Offenheit gegenüber den digitalen Veränderungen braucht, damit digitale Kompetenzen gelernt und gelehrt, Vorbehalte überwunden und Prozesse der Digitalisierung vorangebracht werden können.

Weiter wurde diskutiert, dass der Einsatz digitaler Instrumente zwar Vorteile mit sich bringt, es aber wichtig ist, dass persönlicher Austausch auch weiter in Präsenz stattfindet. Digitale Möglichkeiten sollten eher als eine Ergänzung zu Angeboten in Präsenz gesehen werden. Insbesondere muss berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sehr heterogen ist und es Unterschiede in den persönlichen Voraussetzungen, den Lebensumständen sowie möglichen Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen gibt. In den Gruppendiskussionen wurde darauf hingewiesen, dass ein

„Weg für den einzelnen Rehabilitanden gefunden werden [muss]. Also, das Individuelle muss im Rehasystem ganz großgeschrieben werden [...] – dass wir den ein-

zelnen Menschen genau betrachten und genau für ihn eine Lösung finden.“ (TN VC 2_1)

In Bezug auf die Ausgestaltung von digitalen Angeboten wurde außerdem angesprochen, dass es eine angemessene Finanzierung braucht und die Kostensätze angepasst werden müssen:

„Es muss dann eben akzeptiert werden, dass die digitalen Ausgaben dafür sorgen, dass man die Kostensätze pro Teilnehmer um soundsoviel erhöht, oder Ähnliches.“ (TN VC 3_1)

4.2.2 Handlungsfeld 2: Einbezug und Vernetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Für das Gelingen einer flexibilisierten Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation sind der Einbezug der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und die Beachtung ihrer individuellen Bedingungen von besonderer Bedeutung. Als eine Möglichkeit zum Einbezug und zur Vernetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde der Ausbau einer einrichtungsübergreifenden Rehabilitandenvertretung (kurz: Rehavertretung) gesehen. Gemeint ist, dass sich einzelne Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Vertreterinnen und Vertreter wählen lassen können, auf überregionaler Ebene die Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vertreten und eine Vermittlungsposition zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Leistungserbringer und Leistungsträger einnehmen. Es wird als Vorteil gesehen, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Expertinnen und Experten in eigener Sache sowohl die Prozesse beim Leistungserbringer und in den Betrieben als auch die Zusammenarbeit mit dem Kostenträger kennen. Die Rehavertretung hätte so zum einen eine beratende und unterstützende Funktion für die Reha-

bilitandinnen und Rehabilitanden und zum anderen eine vernetzende Funktion, in der sie die Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an Leistungserbringer und Kostenträger weitergibt.

Außerdem wurde die Relevanz der „Förderung informeller Kontakte zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ (TN VC 2_1) für das ambulante Setting hervorgehoben. Die Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kann sich im Austausch gegenseitig unterstützen und weiterbringen. Zum Aufbau eines „sozialen Geflechts und Hilfesystems unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ (TN VC 4_2) wurde die Etablierung von Patenschaften vorgeschlagen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die sich schon länger in einer Rehabilitationsleistung befinden, könnten so unterstützend für neue Rehabilitandinnen und Rehabilitanden agieren und Austauschtreffen zwischen allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden initiieren. Im Zuge der Diskussion wurde vermutet, dass eine limitierte Dauer der Patenschaften womöglich von Vorteil sein könnte, um die Akzeptanz und Bereitschaft von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Übernahme einer Patenschaft zu erhöhen. Es wird als Möglichkeit in Betracht gezogen, eine Patenschaft für die ersten Wochen der Rehabilitationsleistung zu etablieren.

4.2.3 Handlungsfeld 3: Verbesserung der Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren und Institutionen

Die Realität der ambulanten beruflichen Rehabilitation ist vielfach durch fehlende Zusammenarbeit und unterschiedliche institutionelle Logiken der am Prozess beteiligten Akteurinnen und Akteuren und Institutionen geprägt. Die Zielsetzungen „trägerübergreifende Zusammenarbeit“ und „Leistungen wie aus einer Hand“ können nicht durchgängig eingehalten werden. Die Notwendig-

keit von Abstimmung und Zusammenarbeit wurde in der Pandemie noch einmal verstärkt deutlich.

In den Gruppendiskussionen wurden übergreifende Kriterien für eine gute Zusammenarbeit präzisiert. Hier wurde vor allem das Thema Vertrauen angesprochen:

„Die Leistungserbringer erwarten, dass die Leistungsträger ihnen ein Stück weit vertrauen. Wenn die Leistungserbringer etwas ändern wollen, [...] dass sie es ausprobieren können und der Leistungsträger dann vertraut.“ (TN VC 4_2)

Weiter wurde diskutiert, dass es sinnvoll wäre, eine gelingende Zusammenarbeit „vom notwendigen Ergebnis her zu denken“ (TN VC 4_1). Das heißt, dass gefragt werden sollte, wann die beteiligten Personen und Akteursgruppen eine Zusammenarbeit als gelungen empfinden. In Bezug auf die Zusammenarbeit und den Austausch in Gruppen wurde außerdem hervorgehoben, dass die Personen, die zusammenkommen, auch „sprechfähig“ sein sollten und die Interessen anderer nicht anwesender Personen und Akteursgruppen mit vertreten können. Des Weiteren wurde betont, dass eine gelingende Kooperation verlässliche Grundlagen haben muss – auch oder gerade, weil sich vertragliche Bedingungen immer wieder ändern. Als Beispiel wurde das Projekt des gemeinsamen Grundantrags für Reha- und Teilhabeleistungen genannt. Ein gemeinsamer Grundantrag kann

„eine große Chance bieten, den Zugang zur Reha deutlich zu vereinfachen, allein dadurch, dass dann eben nur noch an einer Stelle ein Antrag gestellt wird und an die passenden Instanzen weitergeleitet wird.“ (TN VC 2_1)

Vor diesem Hintergrund wurden weitere Spezifika für die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Kooperationspartnerinnen und -partnern beleuchtet, auf die im Weiteren genauer eingegangen wird.

4.2.3.1 Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Kostenträger

Die Pandemiesituation hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ausgebaut und insgesamt flexibler gestaltet werden muss. Insbesondere sollte dabei auch die Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stärker in den Fokus genommen werden. Dazu braucht es Kommunikation, um gemeinsame Handlungsspielräume auszuloten.

Darüber hinaus wurde diskutiert, dass die Anforderungen an die Leistungserbringer flexibler an die sich verändernden Bedingungen angepasst werden müssen – dazu gehören auch die Finanzierung von Leistungen und die Definition von Kostensätzen:

„Ich finde ganz klar, die Einrichtung und die Träger müssen sich zusammensetzen. Das ist einfach die Stelle, an der darüber debattiert werden muss, wie Kostensätze potenziell neu erhoben werden. Was daran geändert wird. Und inwiefern bestimmte Rahmenanforderungen an die Leistungserbringer geändert werden müssen, um den geänderten Bedingungen angepasst zu sein.“ (TN VC 1_1)

4.2.3.2 Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und verschiedenen Standorten

Ein guter Austausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern untereinander und auch zwischen den verschiedenen Standorten wurde als förderlich für die passgenaue Gestaltung von Angeboten angesehen. Lösungen sollten gemeinsam entwickelt und geteilt werden. Hierfür könnten digitale Austauschplattformen genutzt werden, die beispielsweise von den Bundesverbänden der Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden könnten:

„[...] der Austausch zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen über bereits erarbeitete Konzepte müsste größer sein. [...] da sollte jetzt die Arbeit gebündelt werden, damit nicht jede Instanz da nur ihr Eigenes macht, sondern man voneinander vielleicht stärker profitiert.“ (TN VC 2_2)

4.2.3.3 Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Betrieben

Die Pandemie hat auch in den Betrieben Veränderungen der Rahmen- und Arbeitsbedingungen angestoßen. Die ambulante berufliche Rehabilitation ist eng mit der jeweiligen betrieblichen Situation verbunden und im stetigen Austausch mit den Betrieben. In diesem Zusammenhang wurde der Aspekt einer Unterstützung der Kommunikation mit den Betrieben durch eine digitale Plattform angesprochen. So könnten zum Beispiel Anwesenheitszeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Betrieben vor dem Hintergrund mobiler und hybrider Beschäftigungskonzepte leichter kommuniziert werden. Diesbezüglich wurde auch das Thema Datenschutz diskutiert: Wie kann man in einer stärker digitalisierten Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Arbeitgeber den Datenschutz wahren?

4.2.4 Handlungsfeld 4: Erhöhung der Flexibilität und Abbau von Bürokratie

Die Pandemiesituation hat Spielräume in der Zusammenarbeit und Möglichkeiten höherer Flexibilität sichtbar gemacht. Die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen äußerten, dass diese weiter genutzt werden sollten, die Realität aber aktuell häufig noch anders aussähe. In diesem Kontext wurde auch angesprochen, dass bürokratische Hürden die flexible Anpassung von Rehabilitationsleistungen nicht blockieren sollten. Insbesondere

re wurde auf die Relevanz von Teilzeitangeboten hingewiesen:

„Das ist auch schräg, dass man so eine Erwartung hat, jemand soll [sich] dann in Vollzeit auf den Weg in die berufliche Reha machen, obwohl eigentlich absehbar ist, der wird später nicht Vollzeit arbeiten, weil dann wäre er nämlich kurz darauf wieder da, wo er mal angefangen hatte.“ (TN VC 4_1)

Damit die Möglichkeiten von höherer Flexibilität und größeren Handlungsspielräumen wirklich genutzt werden, bedarf es zudem einer anderen Fehlerkultur:

„[...] mehr Spielräume bedeuten auch, dass potenziell mehr Fehler gemacht werden. Und diese Fehler dürfen nicht bösartig aufgenommen werden, sondern dazu muss es dann auch eine andere Art von Fehlertoleranz geben, damit das überhaupt stattfindet, dass so was gemacht wird.“ (TN VC 2_2)

In Bezug auf den Wunsch nach einer größeren Flexibilität wurde auch die gegliederte Struktur des Rehabilitationssystems mit den vielen unterschiedlichen Zuständigkeiten kritisch diskutiert. Dabei wurde ein Spannungsverhältnis deutlich: Einerseits besteht immer wieder das Bedürfnis nach einer stärkeren Einheitlichkeit, andererseits kann eine starke Vereinheitlichung die stärkere Flexibilisierung von Strukturen und Maßnahmen auch beeinträchtigen, da hierdurch „möglicherweise auch weniger Neues ausprobiert wird“ (TN VC 1_1) und „Optionen für Weiterentwicklung“ (TN VC 1_1) ausgebremst werden.

5. Diskussion

Die COVID-19-Pandemie hat die Notwendigkeit verdeutlicht, flexible Formen der Leistungserbringung strukturell zu ermöglichen und operativ bereitzustellen. Die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews zeigen, welche Veränderungen sich im operativen

Alltagsgeschäft in der ambulanten beruflichen Rehabilitation ergeben haben und welche Chancen und Herausforderungen mit diesen Veränderungen einhergehen. Darauf aufbauend verdeutlichen die Erkenntnisse aus den Gruppendiskussionen, welche Erfordernisse erfüllt werden müssen, um ein zukunftsfähiges flexibles Angebot zur Verfügung stellen zu können.

5.1 Flexibilisierung erfordert eine Verschränkung von operativer und strategischer Ebene

Damit die Veränderungen auf operativer Ebene mittel- und langfristig umgesetzt und die entstandenen Chancen genutzt werden können, müssen entsprechende Rahmenbedingungen auf strategischer Ebene geschaffen werden. Die Verschränkung von operativer und strategischer Ebene wird in den Gruppendiskussionen deutlich, indem auf die Abhängigkeiten der operativen Leistungserbringung von den Kostenträgern sowie von politischen Vorgaben und strukturellen Rahmenbedingungen hingewiesen wird. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Kostenträger ist besonders relevant. Es wird betont, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit nur dann gewährleistet werden kann, wenn eine zuverlässige Basis und gegenseitiges Vertrauen vorhanden sind. Eine offene Fehlerkultur ist ebenfalls unabdingbar, um Innovationen in der Zusammenarbeit zu fördern.

Die Relevanz des Zusammenwirkens der verschiedenen Ebenen wird auch von Reims et al. (2023), die schon vor der COVID-19-Pandemie die Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation untersucht haben, herausgestellt. Es wird festgestellt, dass die Bereitstellung von flexibleren Maßnahmenkonzepten langfristig nur gelingen kann, wenn auch die Kostenträger in die Pflicht genommen werden, den Rehabilitationsprozess weiterzuentwickeln und zu optimieren.

5.2 Flexibilisierung braucht Handlungsspielräume

Damit auf dieser Basis Veränderungen an- gestoßen und beibehalten werden können, brauchen die Leistungserbringer Handlungsspielräume, die auch bedeuten, dass Neuerungen und Änderungen ohne sofortige Begrenzungen durch bürokratische Hürden und strukturelle Vorgaben durchgeführt werden können. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation von Jugendlichen wurde vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie ebenfalls verstärkt nach Handlungsspielräumen gesucht. Um Gestaltungsmöglichkeiten erlangen zu können, werden preisverhandelte Maßnahmen gefordert (Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke 2021). Preisverhandelte Maßnahmen können Planungssicherheit geben – sowohl für die Jugendlichen als auch für die Berufsbildungswerke und die Kostenträger.

Insgesamt stellt sich die Frage, wie eine Kommunikation über Flexibilisierung an- gestoßen und umgesetzt werden kann. Dies kann gelingen, wenn sich zum einen die Kostenträger auf struktureller Ebene gegenüber den nötigen Flexibilisierungsprozessen offen zeigen und möglicherweise etablierte Vorgehensweisen und Vorgaben (zum Beispiel Kostensätze und Vollzeitmaßnahmen) überdenken. Zum anderen können Leistungserbringer notwendige Veränderungsbedarfe sowie deren Gründe strukturiert sammeln, als konkrete Veränderungsideen formulieren und in Gespräche und Diskussionen mit den Leistungsträgern einbringen.

5.3 Etablierte Netzwerke ermöglichen flexibles Reagieren

Für eine effektive Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer und Standorte ist die Etablierung von interdisziplinären Arbeitsgruppen und Allianzen von Bedeutung, um gemeinsam Veränderungsimpulse zu diskutieren und zu evaluieren. Das Ziel ist

es, Bedarfe zu identifizieren, die über Einzelfälle hinausgehen und für die übergreifende Gestaltung der (ambulanten) beruflichen Rehabilitation Bestand haben (siehe dazu auch Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. 2022). Mit der Schaffung regelmäßiger Austauschstrukturen geht gleichzeitig die Chance einher, erfolgversprechende Projekte mit Blick auf zukünftige Entwicklungen und Herausforderungen (zum Beispiel Veränderungen des Arbeitsmarktes) voranbringen zu können. Die Möglichkeit, Vorbereitungen auf nicht direkt vorhersehbare Ereignisse treffen zu können, zeigt sich insbesondere in der Tatsache, dass die Veränderungen, die durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hervorgerufen wurden, für die befragten Akteurinnen und Akteure nicht neu waren. Diese Veränderungen wurden jedoch erst durch den erhöhten Handlungsdruck im Zuge der Pandemie umgesetzt (siehe dazu auch Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. 2020). Eine umfassend vernetzte Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation könnte eine flexiblere Reaktion auf arbeitsmarktbedingte sowie gesellschaftliche und politische Herausforderungen ermöglichen.

5.4 Flexibilisierung erfordert Entwicklungs- und Lernprozesse

Neben den Chancen, die sich aus einer stärkeren Flexibilisierung ergeben, müssen gleichzeitig auch mögliche Risiken berücksichtigt werden. Die Durchführung von Flexibilisierungsprozessen in Organisationen ist ein komplexer Vorgang, der neben einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Veränderung auch entsprechende Kompetenzen erfordert. Diese Kompetenzen befähigen dazu, Veränderungsprozesse aktiv zu unterstützen und mitzugestalten (Busch-Heizmann et al. 2021). Für Organisationen bedeutet das, dass die aktive Partizipation der Organisationsmitglieder frühzeitig zu berücksichtigen ist, um Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft

zu schaffen und zu erhöhen (Schreyögg und Geiger 2016). Veränderungsprozesse sind dabei als fortlaufende Entwicklungs- und Lernprozesse zu verstehen, die durch Austausch- und Weiterbildungsmöglichkeiten unterstützt werden sollten. Im Rahmen der Gruppendiskussionen wurde hervorgehoben, dass Veränderungen in der Leistungserbringung, die sich unter anderem aus der fortschreitenden Digitalisierung ergeben, durch passende Unterstützungs- und Beratungsangebote begleitet werden sollten. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf dem Erwerb von Kompetenzen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Mitarbeitenden der Leistungserbringer und Kostenträger liegen.

Entwicklungs- und Lernprozesse werden gleichermaßen im betrieblichen Setting gebraucht, um Veränderungen wie beispielsweise die Einführung von mobiler Arbeit und Digitalisierung zu bewältigen. Dabei ergeben sich neue Herausforderungen, da die fachliche Begleitung sowie betriebliche Betreuung und Kommunikation durch hybride Arbeitsformen komplexer werden. Insbesondere, da sowohl Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch betriebliche Ansprechpersonen teilweise im Homeoffice tätig sind. Vonseiten der befragten betrieblichen Akteurinnen und Akteure wird berichtet, dass dadurch Kapazitäten für die Aufnahme und Begleitung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geringer werden. Außerdem werden neue Formen der Anleitung und Zusammenarbeit benötigt, um Begleitung auch in digitaler Form angemessen gewährleisten zu können.

5.5 Flexibilisierung bedeutet Individualisierung von Rehabilitationsleistungen

Ein weiterer Aspekt, der sich aus den Ergebnissen in Bezug auf die Flexibilisierung der ambulanten beruflichen Rehabilitation ergibt, ist die Bedeutung der Einbeziehung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

sollten in den Entwicklungs- und Veränderungsprozess aktiv einbezogen werden. Die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stehen dabei im Mittelpunkt, um eine sinnvolle und erfolgreiche Flexibilisierung zu ermöglichen. In den Interviews werden dazu beispielsweise die Bereitstellung hybrider Formen für die Teilnahme an Lernangeboten oder der Wunsch nach individuell anpassbaren Teilzeitmodellen von Rehabilitationsleistungen genannt, um individuellen Lebenslagen flexibel gerecht werden zu können. Die Möglichkeit, Rehabilitationsleistungen individuell anzupassen, ist insbesondere deshalb zu priorisieren, weil die Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sehr heterogen ist. Dies ist unter anderem bedingt durch Unterschiede in den persönlichen Voraussetzungen, den Lebensumständen sowie den gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Mit Bezug zur fortschreitenden Digitalisierung zeigen die Ergebnisse unter anderem, dass nicht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im gleichen Ausmaß vom Arbeiten und Lernen auf Distanz profitieren können. Für einige Personen können die Nutzung von digitalen Angeboten und das Arbeiten und Lernen auf Distanz eine Erleichterung sein, weil sie in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, sich besser konzentrieren, ihre Aufgaben freier einteilen und ihren individuellen Lebensbedingungen besser gerecht werden können (siehe dazu auch Heitplatz et al. 2022). Gleichzeitig kann das vermehrte Arbeiten von zu Hause zu sozialer Exklusion beitragen. So stellte Engels (2016) bereits vor der Pandemie fest, dass die Nutzung von Homeoffice für Menschen mit Behinderungen nicht unbedingt teilhabefördernd ist, da Kontakte zu Kolleginnen und Kollegen und Interessenvertretungen, die Anerkennung persönlicher Leistung und die Vernetzung durch informelle Arbeitsgespräche reduziert werden. Die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichten davon, dass die Leistungserbringung im Homeoffice einen Wegfall der Tagesstruktur und

reduzierte Sozialkontakte zur Folge hatte. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in einer Onlinebefragung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2021) zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie für Empfängerinnen und Empfänger von LTA.

5.6 Flexibles Angebot als Voraussetzung für die Selbstbestimmung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Unter Berücksichtigung der dargestellten Ergebnisse und der Definition von Rehabilitation der DVfR (2020) als ein „an individuellen Teilhabezielen orientierter und geplanter, multiprofessioneller und interdisziplinärer Prozess“ (ohne Seite), der das Recht auf Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen achtet, ist für die Flexibilisierung der ambulanten beruflichen Rehabilitation insbesondere die Orientierung an individuellen Teilhabebedingungen relevant. Um die Teilhabeziele der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden realisieren zu können, sind Handlungsoptionen und Veränderungsbereitschaft sowohl auf operativer als auch auf struktureller Ebene erforderlich. Es ist – wie bereits erwähnt – notwendig, strategische Zielsetzungen und operative Umsetzung aufeinander abzustimmen, um die Strukturen in der (ambulanten) beruflichen Rehabilitation an den Bedürfnissen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszurichten und somit langfristig erfolgreiche Teilhabe an Arbeit zu gewähren. Damit die Bedarfe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigt und ihre Selbstbestimmung gewährleistet werden können, wird in den Gruppendiskussionen die Etablierung einer Rehavertretung vorgeschlagen. Diese könnte die Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gegenüber den Leistungserbringern und Kostenträgern vertreten und so die individuellen Teilhabebedarfe systematisch kommunizieren. Ein entsprechender Einbezug der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde bereits 2009 von der wissenschaft-

lichen Fachgruppe RehaFutur (Riedel et al. 2009) als wichtig für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation erachtet.

5.7 Stärken und Limitationen

Das Vorgehen im Projekt ist geprägt durch Multiperspektivität und die Triangulation verschiedener Daten. Durch die Berücksichtigung einer Vielzahl von Perspektiven, die sowohl Einblicke in die operative Praxis ermöglichen als auch strukturelle Gegebenheiten berücksichtigen, konnten Schnittstellen zwischen der operativen und strukturellen Ebene identifiziert und Handlungsoptionen für beide Ebenen ermittelt werden. Gleichzeitig war es durch das Zusammenführen der verschiedenen Perspektiven und Erkenntnisse möglich, einen gemeinsamen Lernprozess anzustoßen: Die Erfahrungen aus dem operativen Alltagsgeschäft, die als Grundlage für die Gruppendiskussionen mit den Expertinnen und Experten der beruflichen Rehabilitation dienen, konnten auf struktureller Ebene eingeordnet und reflektiert werden. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen konnten in die operative Praxis rückgekoppelt werden, indem sie als systematisch dargestellte Handlungsfelder aufbereitet wurden. Auf Grundlage der gesamten Ergebnisse wurde deutlich, wie stark die operative und strukturelle Ebene miteinander verschränkt sind, welche Relevanz das Zusammenwirken der beiden Ebenen für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation besitzt und wie bedeutsam es ist, die Prozesse in der beruflichen Rehabilitation ganzheitlich zu betrachten. Durch das triangulative Vorgehen im Projekt konnte außerdem ein Reflektionsprozess aufseiten der beteiligten Personen(-gruppen) angeregt werden, in dem Gemeinsamkeiten und Differenzen in den verschiedenen Perspektiven sichtbar und zur Diskussion gestellt wurden.

Neben den Vorteilen, die sich aus dem gewählten Vorgehen ergeben haben, muss als Limitation berücksichtigt werden, dass die

Daten im ersten und zweiten Erhebungsschritt nur bei einem Anbieter der ambulanten beruflichen Rehabilitation erhoben wurden. Allerdings wurde dieser so ausgewählt, dass ein möglichst breites Leistungsspektrum und eine hohe regionale Streuung gewährleistet waren. Zudem konnten mit dem dritten Erhebungsschritt mit Expertinnen und Experten der beruflichen Rehabilitation der Fokus geweitet und die Ergebnisse in einen breiteren Kontext eingeordnet werden. Dementsprechend fokussieren insbesondere die Ergebnisse aus den ersten beiden Erhebungsschritten auf die Spezifika des ambulanten Settings, wie beispielsweise die enge betriebliche Begleitung. Durch die vorangegangene Diskussion und die übergeordneten Gruppendiskussionen konnten auch Aspekte abgeleitet werden, die nicht settingspezifisch sind und somit auch Implikationen für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen haben.

Insbesondere die Forderung nach einrichtungsübergreifenden und übergeordneten Austauschformaten, in denen sowohl Akteurinnen und Akteure aus dem operativen Alltagsgeschäft als auch Vertreterinnen und Vertreter der beruflichen Rehabilitation mit strategischem Fokus (zum Beispiel politische Akteure) zusammenkommen, ist für die berufliche Rehabilitation im Allgemeinen relevant. So empfiehlt beispielsweise auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Austauschformate, in denen die Verbände der beruflichen Rehabilitation als Partner für alle Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation auftreten und konkrete Prozesse aus dem operativen Arbeitsalltag auf struktureller Ebene diskutieren (Schmachtenberg 2022). Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse mit ähnlichen Untersuchungen aus anderen Kontexten werden weitere Schnittmengen ersichtlich. So wurde von ähnlichen Erfahrungen auch in Einrichtungen nach § 51 SGB IX, beispielsweise bei den Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken, berichtet. Hier wird als Chance ergänzend – insbesondere durch die Digitalisierung bei den Lernformaten – auf das „Er-

schließen ganz neuer Zielgruppen“ und auf Hürden bei der Sicherstellung von Barrierefreiheit hingewiesen (Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. 2021). Alle Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation haben aus der Pandemie gelernt, dass die Digitalisierung auf den verschiedenen Ebenen in Strukturen und Prozessen vorangetrieben werden muss und zugleich das Vor-Ort-Setting beziehungsweise die Unterstützung in Präsenz unverzichtbar sind.

6. Fazit

Insgesamt gesehen, sollten die Erfahrungen aus der Zeit der COVID-19-Pandemie differenziert evaluiert und entstandene Chancen für eine zukunftsfähige, flexible Leistungserbringung in der beruflichen Rehabilitation genutzt werden. Dazu gehört es, die berufliche Rehabilitation ganzheitlich zu betrachten und notwendige Veränderungen aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Gerade weil es „kein Patentrezept [gibt], um auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen zu reagieren“ (Reims et al. 2023, ohne Seite), ist das Voranbringen einer flexiblen Leistungserbringung notwendig, damit Handlungsspielräume entstehen und flexibel genutzt werden können. In Anbetracht der aktuellen Situation ist es ein günstiger Zeitpunkt, um notwendige zukunftsweisende Veränderungen in der beruflichen Rehabilitation voranzutreiben. Der durch die Pandemie entstandene Handlungsdruck hat einerseits verdeutlicht, welche Aspekte neu zu überdenken und zu gestalten sind und andererseits erfolgversprechende Lösungsansätze für unterschiedliche Herausforderungen hervorgebracht. Die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sollten genutzt werden, um die Flexibilisierung der beruflichen Rehabilitation und somit die individuellen Teilhabemöglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden am Arbeitsleben zu fördern. Dabei ist es wichtig, dass die Erfahrungen der vergangenen Jahre systematisch aufbereitet und in die konzeptionelle Weiterent-

wicklung der beruflichen Rehabilitation einbezogen werden.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke (BAG BBW) (Hrsg.) (2021): Ausbildung inklusiv weiterentwickeln. Forderungen der BAG BBW zur Bundestagswahl. Die berufliche Rehabilitation. Zeitschrift zur beruflichen und sozialen Teilhabe 02: 52–56.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.) (2020): Reha-Info der BAR, Schwerpunkt: Digitalisierung. Heft 6. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.) (2022): Reha-Info der BAR, Schwerpunkt: Zusammenarbeiten in der Reha. Heft 4. Frankfurt am Main.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.) (2021): Digitalisierung in Deutschland – Lehren aus der Corona-Krise. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Berlin.
- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (Hrsg.) (2021): Digitale Potenziale für berufliche Rehabilitation. Wie die BFW ihre Digitalisierungsstrategien voranbringen. In: RehaVision. Chancen und Perspektiven der beruflichen Rehabilitation, Sonderthema Corona-Pandemie, 3–5.
- Busch-Heizmann, A./Shajek, A./Brandt, A./Nerger, M./Peters, R. und Thomsen, M.* (2021): Fallstudien zu den Auswirkungen der Corona-Krise auf betriebliche Transformationsprozesse: Begleitforschung zur Arbeitsweltberichterstattung im Auftrag des BMAS, Band 3. (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB580/3). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Institut für Innovation und Technik.
- Defila, R./Di Giulio, A. und Kaufmann-Hayoz, R.* (2015): „Victorian Calling“ – eine Tagungsmethode für den transdisziplinären Dialog. In: Niederberger, M. und Wassermann, S. (Hrsg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 141–164.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.) (2020): Reha-Definition der DVfR. Verfügbar unter: <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr/> (abgerufen am 02.05.2023).
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.) (2021): Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. Abschlussbericht. Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen. Verfügbar unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf (abgerufen am 02.05.2023).
- Engels, D.* (2016): Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB467). Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.
- Flick, U.* (2004): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Heitplatz, V./Wilkins, L. und Bühler, C.* (2022): Gestaltungskonzepte und Beispiele zu digitalen Bildungsangeboten für heterogene Zielgruppen. In: Luthe, E. W./Müller, S. V. und Schiering, I. (Hrsg.): Assistive Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 311–335.
- Kretschmer, S. und Pfeiffer, I. (Hrsg.) (2020): Digitalisierung in der beruflichen Rehabilitation. Wie die Implementierung einer

- digitalen Lernkultur gelingen kann. Bielefeld: fbb.
- Kuckartz, U.* (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Pfannstiel, M. A./Da-Cruz, P. und Mehlich, H.* (Hrsg.) (2019): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen V. Wiesbaden: Gabler.
- Pilz, S. und Göhlich, M.* (2018): Multiperspektivität als Forschungsstrategie der Organisationspädagogik, In: Göhlich, M./Schröer, A. und Weber, S. M. (Hrsg.): Handbuch Organisationspädagogik. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 295–306.
- Reims, N./Rauch, A. und Nivorozhkin, A.* (2023): Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt methodische Analyse. Die Rehabilitation (online veröffentlicht). doi: 10.1055/a-2053-6763.
- Riedel, H.-P./Ellger-Rüttgardt, S./Karbe, H./Niehaus, M./Rauch, A./Schian, H.-M./Schmidt, C./Schott, T./Schröder, H./Spijkers, W. und Wittwer, U.* (2009): Die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener gestalten: Acht Handlungsfelder als Ausgangspunkt für einen akteursübergreifenden Innovationsprozess. Die Rehabilitation 48 (06): 375–382. doi: 10.1055/s-0029-1241829.
- Schmachtenberg, R.* (2022): Quantensprung in Sachen Digitalisierung. Interview durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke (BAG BBW): Verfügbar unter: <https://www.bagbbw.de/innovationen/digitalisierung/quantensprung-in-sachen-digitalisierung/> (abgerufen am 02.05.2023).
- Schmid, U./Goertz, L. und Behrens, J.* (2016): Monitor Digitale Bildung. Berufliche Ausbildung im digitalen Zeitalter. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/Studie_Monitor-Digitale-Bildung_Berufliche-Ausbildung-im-digitalen-Zeitalter_IFT_2016.pdf (abgerufen am 02.05.2023).
- Schreyögg, G. und Geiger, D.* (2016): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien, 6. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Wollny, V. und Paul, H.* (2015): Die SWOT-Analyse: Herausforderung der Nutzung in den Sozialwissenschaften. In: Niederberger, M. und Wassermann, S. (Hrsg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 189–211.

Anschrift der Verfasserinnen und Verfasser:

Marie Heide
 Dr. Jana Bauer
 Prof. Dr. Mathilde Niehaus
 Universität zu Köln
 Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation
 Herbert-Lewin-Straße 2
 50931 Köln

Björn Hagen
 Manfred Otto-Albrecht
 Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW)
 gemeinnützige GmbH
 Fachbereich Rehabilitation
 Bahnhofsallee 8
 23909 Ratzeburg

Anhang

Tabelle 1: Auszug aus der SWOT-Analyse zu digitalem Lernen und Arbeiten aus der Distanz mit wörtlichen Beispielszitaten

<p>externe Chancen Flexibilisierung von Strukturen durch Onlineunterricht „Dass gerade die Sache mit dem Homeoffice auch weiter betrieben werden könnte, dass dann an verschiedenen Tagen Homeoffice möglich ist und an bestimmten Tagen Präsenzunterricht möglich ist. Dann sollte das eben auch genutzt werden auch in Zukunft und nicht stur auf Präsenz gepocht werden.“ (Rehabilitand/-in)</p>	<p>externe Risiken fehlende digitale Infrastruktur „Zumal wir ja immer alle von Digitalisierung sprechen, aber so richtig funktioniert es dann doch nicht. Und gerade so in den ländlichen Bereichen ist es oftmals auch schwierig, weil Internetverbindungen nicht stehen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken Erleichterung von Arbeitsprozessen „Dass mehr automatisiert wird auch. Es sind ja doch immer wieder die gleichen Prozesse, wenn wir einen Lebenslauf zum Beispiel erstellen [...]. Es ist dann zeitsparender, wenn sie es effizienter machen, dass zum Beispiel die Teilnehmer [Rehabilitand/-innen] Onlineformulare ausfüllen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>	<p>interne Schwächen fehlende Tagesstruktur „Das war ja auch das, was mir gefehlt hat, weil ich nicht so den geregelten Tagesablauf hatte. Wobei ich brauche niemanden, der mir sagt, wann ich aufstehe, das mache ich schon. Aber es ist trotzdem was anderes, wenn man irgendwie um Punkt acht oder neun auf der Arbeit sein muss.“ (Rehabilitand/-in)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 2: Auszug aus der SWOT-Analyse zu digitalen Kompetenzen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit wörtlichen Beispielziten

<p>externe Chancen neu gewonnene Offenheit gegenüber Technik „Ich denke, dass vielleicht der eine oder andere, der sich vorher nicht mit der digitalisierten Welt beschäftigt hat, dass er jetzt, ich sage mal das nicht ganz abwertend sieht. Dass sie sagen: ‚Ne, das ist einfach so und die Entwicklung geht weiter.‘“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>	<p>externe Risiken Angst vor Technik „Ich arbeite wirklich, wie gesagt, mit Leuten zusammen, für die ist der Computer ein rotes Tuch. Die sagen ‚Hilfe, um Gottes Willen, ich setze mich da nicht dran, mache ich nicht irgendwas kaputt.‘“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken Angebote zum Umgang mit Technik „Ich glaube, dass ich seit der Pandemie tatsächlich bei meinen Teilnehmern, wenn wir vor Ort sind, sehr viel darauf achte, dass sie genug Umgang mit der Technik haben und so ein bisschen die Ängste davor verlieren und sie eben lernen mit der Technik umzugehen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>	<p>interne Schwächen fehlende digitale Kompetenzen „Und der nächste Punkt ist natürlich dann auch, wir haben es nicht mit Digital Natives zu tun. [...] Also es ist eine absolut herausfordernde Situation gewesen und ist es auch gerade wieder, wie man es gut hinkommt, sowohl auf einer persönlichen Ebene, auf einer Vertrauensebene und eben auch auf einer technischen Ebene das Maßnahmenziel zu erreichen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 3: Auszug aus der SWOT-Analyse zur psychischen Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit wörtlichen Beispielszitaten

<p>externe Chancen Individualisierung von Maßnahmen „[...] dass wir auch mehr Teilzeit-Maßnahmen anbieten würden, weil bei uns sehr viel in Vollzeit ist und [...] wir Teilnehmende [haben], die oft sehr schwach sind und eben nicht so belastungsfähig und für die ist es dann gar nicht leicht, acht Stunden am Tag wirklich bei uns zu sitzen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p> <p>verstärkter Fokus auf psychische Gesundheit „Stärker in den Blick nehmen, dass die mentale Gesundheit in einem gesamten Rehaprozess in den Fokus gerät.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>	<p>externe Risiken Rückzug der Teilnehmenden „Und gerade in unserem Bereich Rehabilitation, wo auch bei den psychisch beeinträchtigten Teilnehmenden da ja Problemlagen im zwischenmenschlichen Kontext liegen können, macht es das natürlich nicht einfacher, wenn dann zu viel Distanzbeschulung ist, wo man sich dann halt weiter zurückziehen kann und sozialen Situationen aus dem Weg gehen kann.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken Beziehung Mitarbeitende und Teilnehmende „Der Kontakt zu den Teilnehmern insgesamt die Einzelbetreuung. Die wurden ja in der Phase einzelbetreut per Telefon. Ich konnte viel mehr aus den Teilnehmern rausholen, als wenn das in der Gruppe gewesen wäre.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>	<p>interne Schwächen verringertes Kontakt zu anderen Teilnehmenden „Auch so dieses Untereinander fehlte, dieses in der Gruppe, das Zusammengehörigkeitsgefühl, dieser Austausch untereinander. Die hatten kaum Kontakte zu anderen Teilnehmern in der Gruppe [...].“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 4: Auszug aus der SWOT-Analyse zur Situation in den Betrieben mit wörtlichen Beispielzitate

<p>externe Chancen Arbeit als Fluchtweg aus Lockdown „Wo sich trotz Fernbetreuung die Erwachsenen in ihren eigenen vier Wänden dem Lockdown wirklich einen Fluchtweg nach außen gesucht haben, dem zu entrinnen, in eine feste Tagesstruktur zu kommen, und die Arbeitsaufnahme da ein guter Weg war, weil da gab es ja genügend Arbeitgeber, die nicht mobil gearbeitet haben.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>	<p>externe Risiken Ziele der Maßnahme verschieben sich „Da waren eher diese Stabilisierung und die Gesundheit, dass die nicht komplett wegbrechen, wichtig, als jetzt zu gucken, wie geht es beruflich weiter?“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p> <p>mobiles Arbeiten in den Betrieben „Da natürlich auch viele Betriebe dann auch mit Homeoffice an der Tagesordnung unterwegs waren und es dann schlicht auch keine Kapazitäten gab, um Praktikanten oder Teilnehmer für Erprobungen aufzunehmen, weil dann auch vor Ort niemand war. [...] Kann natürlich dann so eine veränderte Unternehmensstruktur manches in der Arbeit Richtung Praktikumsakquise erschweren, wenn dauerhaft mehr auf Homeoffice gesetzt wird, Kapazitäten dann auch mal knapper werden, um Praktikanten zu betreuen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken Homeoffice ermöglicht Arbeiten im eigenen Tempo „Das ging eigentlich ganz gut. Also, im Gegensatz zu meiner früheren Arbeit, war eben die Möglichkeit von dem sogenannten Homeoffice gegeben. Das wäre bei meinem ehemaligen Arbeitsplatz nicht machbar gewesen [...] Die Möglichkeit, mit dem Homeoffice überhaupt erst mal so eine Maßnahme starten zu können in meinem Tempo.“ (Rehabilitand/-in)</p>	<p>interne Schwächen Homeoffice als Überforderung „Oder die Teilnehmenden wurden im Praktikum ins Homeoffice verbracht, womit die total überfordert waren.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 5: Auszug aus der SWOT-Analyse zur Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Betrieb mit wörtlichen Beispielzitate

<p>externe Chancen Onlinetool zur verbesserten Kommunikation „Ja, tatsächlich würde ich mir vielleicht so ein Organisationstool [...] wünschen, also eine Plattform, wo man schneller und gezielter sich austauschen kann: Erreiche ich jetzt einen Mitarbeiter im Homeoffice, aber auch andersherum [...].“ (betriebliche/-r Akteur/in)</p>	<p>externe Risiken Datenschutz als Hindernis „Wir haben berechtigterweise Anforderungen von unseren Auftraggebern, dafür zu sorgen, dass wenn wir gesundheitliche Daten und persönliche Daten von Menschen verarbeiten, [...] dafür Sorge tragen, dass die entsprechend so gespeichert werden, dass sie vom Zugriff von Dritten geschützt sind [...].“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken gute Zusammenarbeit zwischen Betrieb und Leistungserbringer, besonders durch räumliche Nähe „Grundsätzlich ist die Zusammenarbeit mit [...] [dem Leistungserbringer], in der Absprache was, wann, wie, wo passiert mit Papier Austausch, also mit Unterlagen Austausch, mit Zuarbeiten und so sehr unkompliziert, weil das oftmals durch räumliche Nähe auf kurzem Weg funktioniert.“ (betriebliche/-r Akteur/in)</p>	<p>interne Schwächen fehlender persönlicher Kontakt „Nachteilig finde ich einfach oder was ich nicht gut finde, ja, dass einfach der persönliche Kontakt und Austausch fehlt mit anderen Unternehmen und [...] dem Leistungserbringer, dadurch auch die Qualität irgendwo schwindet. Also wenn man sich mal sieht, ist es einfacher.“ (betriebliche/-r Akteur/in)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 6: Auszug aus der SWOT-Analyse zu Veränderungen in verschiedenen Branchen und auf dem Arbeitsmarkt allgemein

<p>externe Chancen gestiegene Relevanz von Berufszweigen/neue Berufszweige „Ich rechne damit, dass vielleicht der Bedarf an Umschülern noch steigt. Das ist ja, gerade in der Pflege mit einem Berufsausstieg im Mittel nach sieben Jahren ein Thema auf jeden Fall.“ (betriebliche/-r Akteur/in)</p> <p>„Das Digitale führen wir auch weiter. Da brauchen wir immer Leute.“ (betriebliche/-r Akteur/in)</p>	<p>externe Risiken Arbeitsmarktverschlechterung „Aber den einen oder anderen hat es schon getroffen beziehungsweise hat sich vielleicht auch ein bisschen die Richtung verändert. Wir waren vorher sehr tourismuslastig, sprich, sehr viel Gastronomie, Hotellerie. Das hat sich natürlich gänzlich gewandelt.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken Vorbereitung auf digitale Anforderungen des Arbeitsmarktes „Sodass, denke ich, auch in Zukunft viele Anforderungen an unsere Teilnehmer, wenn sie dann wieder Richtung Beruf gehen, auch so aussehen können, dass es extrem wichtig bleiben wird, auch digitale Kompetenzen zu vermitteln, das selbstorganisierte Lernen auch zu Hause.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>	<p>interne Schwächen wirtschaftliche Herausforderungen „Ja, das war dann halt noch mal so ein Faktor und dass dann die Betriebe dann auch durch die teilweise auch Insolvenzgefahr oder kurz vor der Insolvenz standen auch sich neu strukturieren mussten und gesagt haben, wir müssen erst mal hier neu strukturieren, bevor wir überhaupt irgendwie weiterdenken und zum Beispiel Umschüler übernehmen oder Praktikanten nehmen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p>

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 7: Auszug aus der SWOT-Analyse zur Flexibilisierung von strukturellen Rahmenbedingungen mit wörtlichen Beispielzitate

<p>externe Chancen</p> <p>Diskussion zur Modernisierung von Strukturen</p> <p>„Was ich allerdings gut finde, ist tatsächlich, dass da jetzt auch so ein Stück weit Sachen angestoßen werden beziehungsweise geguckt wird, ist dieses Vorgehen, was wir seit Jahren so betreiben, tatsächlich immer noch zeitgemäß? Ist es wirklich notwendig, eine Maßnahme wie unsere als eine Vollzeitmaßnahme zu deklarieren, obwohl vielleicht auch viele Sachen oder einige Sachen von zu Hause abgearbeitet werden können, dass nicht eine permanente Anwesenheitspflicht bei uns in den Räumlichkeiten stattfindet? Das sind solche Sachen, die gerade angeregt wurden, und die tatsächlich auch endlich, auch endlich auf Gehör stoßen.“ (Rehamitarbeitende/-r des Leistungserbringers)</p> <p>Abbau bürokratischer Strukturen</p> <p>„Ich glaube jetzt die Pandemie zum Beispiel, dass man einfach sagen konnte, das geht jetzt nicht anders, wir machen das jetzt so, dass schnell Entscheidungen getroffen werden mussten, unbürokratisch, teilweise ja auch, weil schnell gehandelt werden musste, haben doch auch gezeigt, dass das funktioniert.“ (Rehaberater/-in der Rentenversicherung)</p>	<p>externe Risiken</p> <p>fehlende finanzielle Ausstattung</p> <p>„Da würde ich mir manchmal ein bisschen mehr Spielraum wünschen, aber auch ein bisschen mehr finanzielle Ausstattung, um bestimmte Dinge vielleicht dann zusätzlich tun zu können.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p> <p>Abhängigkeit von den Kostenträgern</p> <p>„Das heißt, konkret müsste mit den großen Rehaträgern dort ein Prozess der qualitativen Weiterentwicklung der Konzepte stattfinden, damit auf dieser Basis die Häuser die Möglichkeit haben, das in ihre kontinuierliche Leistungserbringung mit einzubinden. Und das hängt von den Trägern [...] ab, die diese Leistungsbeschreibung, diese Rahmenkonzepte aktiv unter ihrer Verantwortung haben.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>
<p>interne Stärken</p> <p>Offenheit der Berater/-innen des Kostenträgers</p> <p>„Das war tatsächlich ein Wandel. Und wir haben es auch jetzt noch, dass es auch bei unserem Auftraggeber teils sehr aufgeschlossene Berater gibt, die da auch uns freie Hand geben.“ (Führungskraft des Leistungserbringers)</p>	<p>interne Schwächen</p> <p>fehlende Flexibilität des Kostenträgers</p> <p>„Da würde ich mir wünschen, dass wir als Behörde uns da einfach aktueller aufstellen, also moderner. Das ist aber natürlich schwierig. Tatsächlich verstehe ich auch die Hintergründe, dass bei einer so großen Rentenversicherung das auch einen Wahnsinnsvorlauf braucht, um sich da irgendwie anbinden zu lassen, mit dem Rest der Welt.“ (Rehaberater/-in der Rentenversicherung)</p>

Quelle: eigene Darstellung.