
3 Ursachen der Minderleistung

Minderleistung beruht in der Regel nicht auf monokausalen Ursachen. Ein Teil der Gründe liegt in den Organisationen und deren Strukturen und Prozessen. Andere Einflüsse entstehen durch Führungsfehler verantwortlicher Führungskräfte und wieder andere Ursachen resultieren aus der Person und/oder dem Verhalten der betroffenen Mitarbeiter. Bei den allermeisten der zugrunde liegenden Defizite ist nicht davon auszugehen, dass sie willkürlichen oder gar bösartigen Ursprungs sind. Vielmehr ergänzen sich die unterschiedlichen Faktoren meist zu einer tragischen Entwicklung oder gar Eskalation, bis das Problem in voller Ausprägung sichtbar wird.

Sucht man in der häufig arbeitsrechtlich orientierten Fachliteratur nach den verschiedenen Formen, Ausprägungen und Ursachen von Minderleistung, so findet sich dort keine systematische Ordnung. Manche Auflistung orientiert sich an Person und Verhalten der Mitarbeiter mit reduziertem Leistungsprofil, andere an biografischen, motivationalen oder organisatorischen Gründen und Auslösern.

Bedingungen für eine gesunde und ausgewogene Arbeitsleistung

Um die verschiedenen Gründe, Anlässe und Auslöser systematisch darzustellen, soll der rote Faden hier nicht der Orientierung am Defizit folgen, sondern umgekehrt den positiven Rahmenbedingungen der Arbeitsfähigkeit und der Performance. Grundlage dafür ist ein von dem finnischen Arbeitswissenschaftler Juhani Ilmarinen entwickeltes Modell. Ilmarinen beschreibt in dem von ihm als „Haus der Arbeitsfähigkeit“¹⁴ genannten System die kausalen Bedingungen für eine gesunde, ausgewogene Arbeitsleistung. Diese Systematik bietet als logische und in ihren Elementen voneinander abhängigen Elementen eine schlüssige Gliederung zur Betrachtung der für Minderleistung ursächlichen Faktoren.

¹⁴ Ilmarinen J., Tempel, J. [2012]: Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen, VSA Verlag, Hamburg.

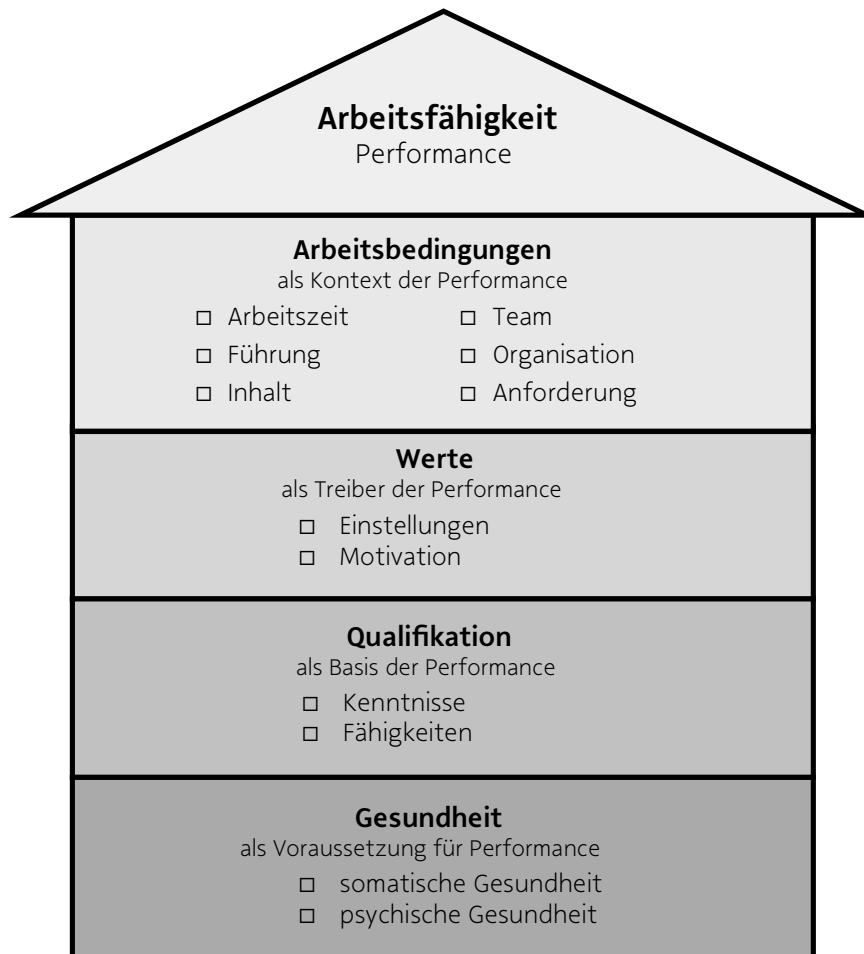


Abb. 2: Das Haus der Arbeitsfähigkeit (variiert nach Juhani Ilmarinen 2012)

3.1 **Gesundheit: physische und psychische Potenziale**

Die Erkenntnis ist ebenso profan wie evident, dass Leistung nur dann erbracht werden kann, wenn die Mitarbeiter mit ihrer körperlichen und psychischen Kondition den Anforderungen gewachsen sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings nicht, dass Menschen mit psychischen

oder somatischen Beeinträchtigungen, Behinderungen oder (chronischen) Erkrankungen keine adäquate Leistung erbringen können. Im Gegenteil zeigen in vielen Unternehmen gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, mit oder ohne den formalen Status als Schwerbehinderte, gute und sehr gute Leistung. Menschen also, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen absolut leistungsbereit und -fähig sind und sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten engagiert am Wertschöpfungsprozess beteiligen.

Gesundheit bedeutet im arbeitsrechtlichen und lebenspraktischen Kontext nicht unbedingt das, was die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als fundamentale Definition von Gesundheit deklariert. Demnach ist Gesundheit „... ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“¹⁵

Im Arbeitskontext ist dagegen nicht erheblich, ob ein Mitarbeiter so absolut gesund ist, wie es der Maximalforderung der WHO entspricht. Entscheidend ist vielmehr, ob er arbeitsfähig ist, d. h. ob er im Rahmen seiner körperlichen und psychischen Konstitution in der Lage ist, seine arbeitsvertraglichen Leistungen hinreichend zu erfüllen. So lange er also weder durch einen Arzt krankgeschrieben, noch im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung als berufsunfähig eingestuft wurde,¹⁶ ist er funktionell – wenn auch nicht gemäß der WHO – „gesund“, also arbeitsfähig.

In Bezug auf das Thema Minderleistung bedeutet dies ferner, dass ein gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter, der seine individuelle, durch gesundheitliche Beeinträchtigungen reduzierte Leistungsfähigkeit ausschöpft, im eigentlichen und im arbeitsrechtlichen Sinne kein Minderleister ist. Das gilt auch dann, wenn seine gesunden Kolleginnen und Kollegen im direkten Vergleich eine höhere oder bessere Leistung erzielen. Wir erinnern uns an die eingangs erwähnte Definition. Hiernach ist ein Minderleister „ein Arbeitnehmer, der seine **persönliche Leistungsfähigkeit** nicht voll ausschöpft ...“¹⁷

¹⁵ Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946 S. 1.

¹⁶ Vgl. § 240 Abs. 2 SGB V.

¹⁷ Schauf, M., Cinar, S. [2011], a. a. O.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Aspekt der psychischen und somatischen Gesundheit nicht handlungsrelevant sei für das Thema Minderleistung – im Gegenteil.

Folgende Aspekte sind von grundlegender Bedeutung:

1. Da objektive Leistungsfähigkeit von gesundheitlichen Konditionen abhängig ist (s. o.), sind Unternehmen gut beraten, dem Thema Gesundheit besondere Beachtung zu schenken und organisatorisch zu verankern. Zahlreiche Instrumente hierfür bietet das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), dem im Abschnitt 6.2. noch besonderes Gewicht eingeräumt werden wird.
2. Beim Auftreten akuter, latenter oder temporärer Leistungseinbrüche betroffener Mitarbeiter sind Führungskräfte und Personalabteilungen gut beraten, gemeinsam mit den betroffenen Mitarbeitern zu klären, ob und inwieweit gesundheitliche Aspekte ursächlich sind und wie diesen abgeholfen werden kann. Auch hierfür stehen zahlreiche praktische Verfahren wie Mitarbeitergespräche, Leistungsfeedbacks oder (im Krankheitsfall) sogenannte Rückkehrgespräche als bewährte Führungsinstrumente zur Verfügung.
3. Sind Mitarbeiter über einen Zeitraum von 12 Monaten zusammengefasst mehr als sechs Wochen jährlich krankgeschrieben, bieten sich im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) Gespräche darüber an, wie dem im einvernehmlichen Zusammenwirken von Arbeitnehmer und Arbeitgeber abgeholfen werden kann. In Kapitel 6.3 „Das Betriebliche Eingliederungsmanagement“ sollen die Potenziale des BEM noch ausführlich dargestellt werden.

Unabhängig von der Frage, ob es sich nun bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen im arbeitsrechtlichen Sinne um eine Minderleistung handelt oder nicht, ist für Führungskräfte und Personalabteilungen das Thema Krankheit wichtig und handlungsrelevant. Nicht primär deshalb, weil der betroffene Mitarbeiter dem Unternehmen gegebenenfalls seine vollständige Leistung im Rahmen seines Arbeitsvertrages schuldig bleibt. Dies wäre eine zu einseitige, formaljuristische und ökonomische Betrachtung. Die Relevanz ergibt sich vielmehr aus gesundheitspolitischen, arbeitsökologischen und -psychologischen Gesichtspunkten:

Ein durch krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in seiner Leistung reduzierter Mitarbeiter — sei es durch somatische und/oder psychische Ursachen — ist darüber hinaus nicht nur von der Chronifizierung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bedroht. Er ist auch gefährdet, in eine Spirale der motivationalen und sozialen Diskriminierung zu geraten.

In Kapitel 2.5 „Das Täter-Opfer-Modell im Kontext der Minderleistung“ haben wir bereits drauf hingewiesen, dass eine, den individuellen Konditionen angemessene Arbeitsleistung einen wichtigen Beitrag liefert — und gleichzeitig Bedingung ist — für:

- **Wertschätzung** durch Vorgesetzte, Kollegen, interne oder externe Kunden,
- **Selbstbewusstsein** durch erlebte Selbstwirksamkeit,
- **soziale Anerkennung** durch das berufliche Umfeld/Team,
- **Wohlstand** und **Sicherheit** durch berufliche Entwicklung und gegebenenfalls Entgeltzuwächse.

Alle diese Leistungserfolge sind Faktoren, die für Motivation, das Engagement, die eigene Zufriedenheit und damit für ein gesundes (Arbeits-) Leben unerlässlich sind. Umgekehrt führen Defizite in diesen Faktoren ihrerseits zu pathogenen Erscheinungen wie Selbstzweifel, Versagensängsten und Isolation. Insofern ist es nicht übertrieben, festzustellen, dass der Aufrechterhaltung und Förderung einer individuellen Leistungsfähigkeit ein gesundheitsfördernder bzw. -erhaltener Effekt zukommt.

Bemühungen um die Erhaltung der Leistungsfähigkeit

Erkrankt also ein Mitarbeiter somatisch und/oder psychisch, so liegt es nicht nur im Eigeninteresse des Arbeitgebers, seiner Führungskraft und des unmittelbaren Arbeitsumfelds, ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung zu unterstützen und ihm die positiven Effekte seiner Leistungsfähigkeit wieder spürbar zu machen. Bemühungen um die Erhaltung der Leistungsfähigkeit bilden damit — diesmal auch im Sinne der anspruchsvollen WHO-Definition — einen wesentlichen Beitrag für das ganzheitlich zu betrachtende Wohlergehen der Mitarbeiter.

Umgang mit vorgetäuschten Erkrankungen

Im Kontext Minderleistung kommt ein weiterer, äußerst heikler Aspekt erschwerend hinzu: Bei nicht wenigen Mitarbeitern mit reduziertem Leistungsprofil entsteht der Verdacht, dass sie sich hinter formalen somatischen oder psychischen Erkrankungen verstecken. So berichten Führungskräfte, dass sich einzelne Mitarbeiter nahezu regelmäßig bei gehäuften Leistungsanforderungen oder vor bzw. nach direkten Gesprächen über eine konkrete Minderleistung mittels einer Krankmeldung entziehen würden. Für manche Führungskraft sind solche Wahrnehmungen ein Grund, entsprechende Gespräche gar nicht mehr zu führen, was keine Lösung sein kann.

Auch unabhängig von aktuell anstehenden Leistungsanforderungen und Feedbackgesprächen steht generell bei Mitarbeitern mit reduziertem Leistungsprofil der Verdacht im Raum, dass Krankmeldungen vorgetäuscht werden. Eine Verdachtssituation, die nicht selten zu einem fatalen Teufelskreis führt: Die Führungskraft verdächtigt den Mitarbeiter der bewussten Täuschung und unterstellt, der Arbeitnehmer wolle sich lediglich unter Fortsetzung der Bezüge seinen arbeitsvertraglichen Verpflichtungen entziehen. Betroffene Mitarbeiter hingegen reagieren auf dieses berechnete oder auch völlig unberechtigte Misstrauen mit weiterem Rückzug in vorgetäuschte oder tatsächliche Krankheitsepisoden und unterstellen der Führungskraft Mobbing oder zumindest das Verwehren ihres Rechtes, im Krankheitsfall der Arbeit fern zu bleiben.

In diesem Kontinuum entstehen Situationen, welche nicht selten die tragische Dynamik eines veritablen Tatort-Krimis entwickeln, wenn auch am Ende offen bleibt, wer Täter und wer Opfer ist und wo genau die Wahrheit liegt. Dieses tragische Spiel wird selten eine Seite gewinnen. Es ist vielmehr ein weiteres Beispiel für ein fatales Täter-Opfer-Dilemma, das in der Regel nur Verlierer kennt.

Natürlich können Führungskräfte — bzw. operativ die Personalabteilung — mit ein paar vermeintlichen Trümpfen zu diesem Spiel beitragen. Der Arbeitgeber kann dem Mitarbeiter auferlegen, statt der üblichen Drei-Tages-Frist bereits vom ersten Krankheitstag an ein schriftliches Attest

vorzulegen, was selbst-attestiertes Kranksein erst einmal verhindert.¹⁸ Die Personalabteilung kann den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einschalten, um angezweifelte Krankenstände validieren zu lassen. Oder sie kann – ganz großes Kino – im begründeten Einzelfall eine Detektei damit beauftragen, Beweise zu sammeln und zu dokumentieren, dass tatsächlich keine Erkrankung vorliegt, die an der Erfüllung der Arbeitspflicht hindert. Eine Option, für die viele Detekteien unter anderem im Internet direkt werben.

Wenn überhaupt sind dies Lösungen, die nur in wenigen extremen Ausnahmefällen opportun sein mögen und erst dann zum Mittel der Wahl werden sollten, wenn das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bereits eindeutig und nachhaltig gestört oder gar zerrüttet ist. In unspektakulären Verdachtsfällen, insbesondere beim erstmaligen oder frühzeitigen Auftauchen serieller oder andauernde Krankheitsepisoden empfehlen sich derartige Eskalationsszenarien nicht.

Jenseits der Täter-Opfer-Logik macht es nämlich keinen Unterschied, ob ein Mitarbeiter tatsächlich erkrankt ist, sich hinter realen somatischen oder psychischen Symptomen versteckt oder ob er eine Erkrankung nur vortäuscht. Welche dieser Optionen im Einzelfall zutrifft, ist selbst von Ärzten oft nicht valide beweisbar, weshalb von medizinischen Gutachten meist keine Lösung des Problems zu erwarten ist. Schließlich gibt es auf dem Buchmarkt¹⁹ und im Internet²⁰ zahlreiche Publikationen, die bei Bedarf helfen, eine Erkrankung nahezu perfekt zu simulieren.

Wer sich auf dieses Katz-und-Maus-Spiel nicht einlassen will, macht deshalb keine Unterscheidung, ob bei krankheitsbedingter Minderleistung eine durch alle Instanzen nachweisbare Erkrankung vorliegt oder nicht. Statt auf den Nebenschauplatz objektiver Wahrheitsfindung auszuweichen, sollten betroffene Mitarbeiter so behandelt werden, wie bei einer objektiv belegbaren Erkrankung.

¹⁸ Eine höchstrichterlich bestätigte Praxis. Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 14.11.2012, AZ 5 AZR 886/11.

¹⁹ Dr. med. Anonymus [2001]: Urlaub auf Krankenschein. Die geheimen Tricks der Blaumacher, Hamburg.

²⁰ Zum Beispiel <http://www.krankheit-simulieren.de/> oder: <http://www.krankmachen.net>.

Praktisch bedeutet dies: Der Mitarbeiter wird nach entsprechenden Fehlzeiten — etwa im Rahmen eines Rückkehrgesprächs — darauf hingewiesen, dass seine (krankheitsbedingte) Abwesenheit registriert wurde. Die verantwortliche Führungskraft vermittelt ihre nach Möglichkeit authentische Anteilnahme bezüglich der Erkrankung und klärt mit dem betroffenen Mitarbeiter, ob und wie die Arbeitssituation mitverantwortlich ist für die Entwicklung und Ausprägung der Erkrankung und wie dem abgeholfen werden kann (Maßnahmen des Arbeitsschutzes, temporäre Entlastung, Optimierung der Zusammenarbeit im Team etc.). Gesucht wird dabei nach pathogenen und demotivierenden Faktoren im Rahmen der Arbeitsbelastung, der Tätigkeit an sich, im Kontext des Arbeitsplatzes oder des Arbeitsklimas. Und mehr noch werden gemeinsam Lösungen erkundet, die diese Motivations- und Leistungsbremsen wirksam und nachhaltig beheben können.

Im Mittelpunkt steht damit nicht mehr die Frage der Wahrheitsfindung rund um die Krankschreibung. Im Fokus steht stattdessen die Frage, durch welche Maßnahmen die Leistungsfähigkeit und bestenfalls die damit verbundene Motivation des Mitarbeiters wieder hergestellt werden kann. Die Herangehensweise entspricht der konsequenten Lösungsorientierung und verlässt die konfliktfördernde Orientierung am Problem. Ziel ist es, betroffene Mitarbeiter wieder einzubinden in das gesundheitsrelevante Kontinuum: Sinnhafte Tätigkeit → Motivation → bestmögliche Arbeitsbedingungen → Leistung → Erfolg → Wertschätzung → Erleben der Selbstwirksamkeit.

3.2 **Qualifikation: Kenntnisse und Fähigkeiten**

Ebenso wie die körperliche und seelische Gesundheit ist die stellenspezifische Kompetenz der Mitarbeiter eine notwendige Voraussetzung, um eine adäquate Leistung erbringen zu können. Da der Begriff Kompetenz in Organisationen oft synonym benutzt wird für „Zuständigkeit“ oder „Befugnis“, sei hier darauf verwiesen, dass die psychologische bzw. pädagogische Definition gemeint ist. Kompetenz im Sinne von Fertigkeit bzw. Fähigkeit.