

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Managing Differences - Die Kunst, die Vielfalt zu nutzen!

Roland Engel: Diversity Management – Entstehung und Nutzen
Einführung und grundlegende Thesen

Karl Toifl: Die Kunst, Mehrdimensionalität in Diagnose und
Therapie zu integrieren – Ergebnisse der Komplexitätsforschung
und deren Konsequenzen für das Gesundheitssystem

Sabine Scheffler: Patientenverhalten von Frau und Mann
als soziales Konstrukt, Strukturmerkmal und Verhaltensset –
Ergebnisse der Geschlechterforschung und ihre Bedeutung für
beraterische Interventionssysteme

Ulrich Schnyder: Therapie gewinnt durch Vielfalt – Evidenz
versus Kreativität

Anton Leitner: „Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, vom
INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION
MAKING“

Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper: Psychotherapie
und „spirituelle Interventionen“? – Differentielle Antworten
aus integrativer Sicht für eine moderne psychotherapeutische
Praxeologie auf „zivilgesellschaftlichem“ und „emergent-
materialistisch - monistischem“ Boden

Buchbesprechungen



Roland Engel

Diversity Management - Entstehung und Nutzen Einführung und grundlegende Thesen

1. Einleitung

Der Begriff „Diversity Management“ bzw. „Managing Diversity“ tritt im deutschsprachigen Raum seit einigen Jahren verstärkt in den unterschiedlichsten Bereichen auf, unter anderem auch seitdem die EU den Begriff zur „Causa Prima“ ihrer Sozialagenda erklärt hatte. Unterschiedliche, teils widersprüchliche Definitionen und Ansätze lösten aber einige Verwirrungen bei Interessierten aus und führten zu Missverständnissen, da unterschiedliche Diversity Schulen oder Ansätze den Diversity Begriff und dessen Interpretation für sich reklamierten. Dieser Artikel versucht einen Überblick über diese drei bis vier unterschiedlichen Schulen und Ansätze mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen, eingebettet in ihren historischen Kontext zu geben. Im Weiteren werden die wichtigsten allgemeinen Diversity Thesen und deren praktische Anwendung in der Supervision, Therapie und Beratung im Kontext der zukünftigen Herausforderungen eines europäischen Diversity Managements kurz diskutiert¹. Ziel dieser Einführung ist auch der Versuch, durch die systematische Aufzählung möglichst aller Ansätze und Perspektiven einen Beitrag zur Bewahrung dieser Vielfalt innerhalb des Diversity Management-Zeltes zu leisten.

2. Definition

Diversity Management bedeutet in der wörtlichen Übersetzung die (konstruktive) Handhabung von Vielfalt zwischen und innerhalb Personen oder Personengruppen. In seinem Ursprungsland USA unterscheidet sich Diversity Management sinngemäß nicht von der Bezeichnung „Managing Diversity“. Letzterer Begriff wird im deutschsprachigen Raum allerdings gerne vorgezogen, um das Missverständnis zu vermeiden, den Begriff „Management“ hier fälschlicherweise auf Führung oder Führungskräfte zu beziehen. Im deutschsprachigen Raum wird seit 2001 unter anderem auch der Begriff

„Managing Gender & Diversity“ (vgl. *Koall* 2001, 5) verwendet, um zu betonen, dass die Dimension Gender die am stärksten wirksame aller Unterschiedskategorien ist. Im Zuge der Einführung des Diversity Konzeptes U.S.-amerikanischer Firmen in Europa hat sich der marktwirtschaftlich orientierte Ansatz schnell verbreitet, der eine Betonung auf die Dimension Kultur hat und daher oft mit interkulturellem Management verwechselt wird.

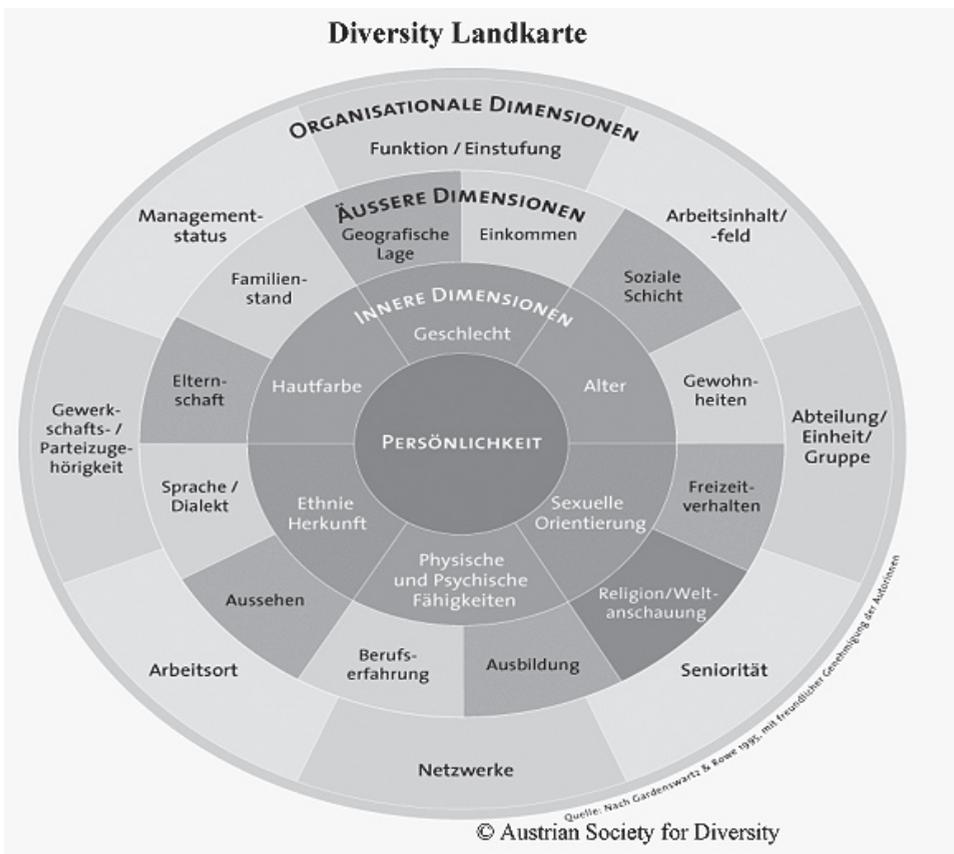
¹ Eine ausführliche Beschäftigung zum Thema Diversity und Supervision/Coaching findet sich in „*Abdul-Hussain, Surur/Baig, Samira* (Hg.) „Diversity in Supervision, Coaching und Beratung. Wien: facultas WUV, 2009.

Das Charakteristische am Diversity Management-Ansatz aller Richtungen und Schulen ist die Auseinandersetzung nicht nur mit einer Unterschiedsdimension, sondern mit der „intersektionalen“ Schnittmenge mehrerer Dimensionen (z.B. Gender/Alter/soziale Schicht/Kultur/Beruf) innerhalb einer Person, Gruppe, Organisation oder Gesellschaft.

Der „Management“-Teil des Begriffs bezieht sich auf die Schaffung von strukturellen und sozialen Bedingungen, um die beiden wesentlichen Diversity-Ziele zu erreichen:

1. die Förderung und Nutzung des Vielfaltspotentials aller Beteiligten („celebrating the value of diversity“ vgl. *Roosevelt* 1996) und
2. den Aufbau von Chancengleichheit und den Schutz vor Diskriminierung durch das Bewusstwerden von Ausschlussmechanismen und dem Aufbau von Toleranz (*Seashore, Cross* 1994, 11)

3. Die Diversity Landkarte: Welcher Unterschied macht einen Unterschied?



Die Diversity Landkarte oder das Diversity Rad (engl.: „the four Layers of Diversity“) ist das am meisten verwendete Modell in allen Diversity Ansätzen und dient als Orientierungshilfe für die wesentlichen Differenzierungsmerkmale und Gruppenzugehörigkeiten von Menschen in sozialen Systemen, aber auch zur Verortung von gesellschaftlichen Einflüssen auf das Individuum, was wiederum für die Arbeit in therapeutischen und supervisorischen Arbeitsbereichen hilfreich sein könnte. In der historischen Entwicklung wurden ursprünglich nur die Dimensionen Hautfarbe und Gender behandelt, jedoch bis Ende der 80er Jahre entwickelte das NTL-Institute die sechs Kerndimensionen (*Seashore, Cross* 1994, 21), 1991 erweiterten *Marilyn Loden* und *Judy Rosner* diese mit einer den äußeren Dimensionen (*Loden, Rosner* 1991), 1995 ergänzten *Lee Gardenswartz* und *Anita Rowe* schließlich die „Organisationalen Dimensionen“ (*Gardenswartz, Rowe* 1996).

Diese Landkarte kann sowohl auf der Individualebene wie auch auf der Gruppen- und Organisationsebene angewendet werden, als wesentliches Kriterium gilt der Grad der individuellen Veränderung: je näher sich die jeweilige Dimension in Richtung Zentrum befindet, desto weniger veränderbar ist die Dimension, desto schwieriger ist es, sich in die jeweils „andere“ Person hineinzusetzen, desto größer sind die Missverständnisse, desto stärker wirkt die Diskriminierung und die damit einhergehende Tabuisierung.

3.1. Im Zentrum steht die **Persönlichkeit** mit ihren individuellen psychologischen Unterschieden. Diese Position im Zentrum soll auch dem „Schachteldenken“ und verallgemeinerndem Kategorisieren von Menschen entgegenwirken: zwei Menschen können z.B. die zehn gleichen prägenden Dimensionen teilen, ja sogar fast identische Biographien besitzen, und können trotzdem völlig unterschiedlich und individuell mit diesem „Mix“ an Zugehörigkeiten umgehen.

3.2. Die **Diversity Kerndimensionen** umfassen die für das Individuum willentlich unveränderbaren Kategorien Geschlecht/Gender, Alter (bzw. Generationen), Herkunft/Ethnie (umfasst das gesamte Thema Interkulturalität), Hautfarbe (der im Englischen verwendete Begriff „race“ wird oft fälschlicherweise mit dem nationalsozialistisch geprägten pseudo-wissenschaftlichen Begriff „Rasse“ übersetzt), sexuelle Orientierung und physische und psychische Beeinträchtigung/Behinderung (englisch „abilities“). Diese sechs Dimensionen sind auch in allen EU-Staaten über diverse Gleichbehandlungsgesetze vor Diskriminierung geschützt.

3.3. Die „**äußeren Dimensionen**“, die stark durch Sozialisation geprägt sind, können durch bewusste oder strategische Entscheidungen verändert werden, was aber zum Beispiel bei Dimensionen wie sozialer Schicht oder Dialekt/Sprache nur wenigen gelingt. Als Ausnahme gilt die Dimension „Religion/Weltanschauung“ (im Diagramm daher anders gefärbt), die nur in einigen Kulturen und ab einer bestimmten Bildungsschicht veränderbar ist, daher wird diese Dimension auch von der EU wie die Kerndimensionen gesetzlich geschützt.

3.4. Die „**organisationalen Dimensionen**“ gelten als die entscheidenden Differenzkriterien innerhalb Organisationen, die im Vergleich zu den anderen Diversity Dimensionen noch am ehesten veränderbar sind.

3.5. Die praktische Anwendung in der Psychotherapie und Supervision

Grundsätzlich vertritt Diversity Management die Grundannahme, dass das persönliche Befinden, die Selbstwahrnehmung und das daraus resultierende Selbstbewusstsein sehr stark (und vor allem stärker als bisher angenommen) von gesellschaftlichen Einflüssen geprägt und gesteuert werden. Die Diversity Landkarte hilft, diese gesellschaftlichen Einflüsse zu benennen und dadurch den eigenen mehr oder weniger begrenzten Spielraum besprechbar zu machen, sowie die eigene komplexe Person im Spannungsfeld sozialer Kräfte zu verdeutlichen. Um die Komplexität zu reduzieren, wird im konkreten Fall mit Hilfe der Landkarte eruiert, welche drei bis vier Unterschiedsdimensionen die Person momentan am meisten prägen oder beschäftigen, zum Beispiel die Dimensionen Alter-Geschlecht-Managementstatus und Familienstand. Innerhalb jeder dieser Dimensionen wird nun besprochen wie weit die Person Veränderungsmöglichkeiten besitzt, oder wieweit Akzeptanz der Bedingtheiten der Dimensionen im Vordergrund stehen beziehungsweise, ob diese Unterschiedsdimension der Person gesellschaftlich eher einen Vor- oder Nachteil bringt. Als nächstes wird das Zusammenspiel dieser wesentlichen vier Dimensionen betrachtet: in welchen Alltagssituationen wird dieses Zusammenspiel sichtbar, wo gibt es Interessenskonflikte, wie gehen andere Personen mit denselben vier Dimensionen in vergleichbaren Situationen damit um, und wie zeigt sich dadurch die jeweilige Individualität der einzelnen Personen? Der Diversity-Fokus liegt immer wieder auf der Interaktion zwischen Person und ihren jeweiligen Bedingtheiten oder Möglichkeiten innerhalb ihrer sozialen Systeme durch die Thematisierung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden.

4. Die Vielfalt der Diversity-Ansätze in ihrem historischen Kontext

4.1. Entstehungsgeschichte des Diversity Managements in den USA

Der Diversity Management-Ansatz begann ursprünglich als sozialpolitische „Grass Roots“-Bewegung in einer dezentralen Immigrationsgesellschaft. In den 1930er Jahren gründete die Diversity-Pionierin *Mary McLeod Bethune* das NCNW (National Council of Negro Women), um sowohl die Forderungen der U.S. Bürgerrechtsbewegung, als auch der Amerikanischen Frauenbewegung für Gleichberechtigung am Arbeitsplatz und Gesellschaft in einer Organisation zu vereinen. Die legislative Reaktion auf diese beiden Strömungen war der Civil Rights Act von 1964, mit dessen Hilfe gegen Diskriminierung zu Gunsten der/des AnklägerIn geklagt werden konnte (vgl. *Davis* 1981, 67-82). Anfang der 70er Jahre wurde vielen OrganisationsberaterInnen jedoch klar, dass sich das Thema Vielfalt in sozialen Systemen und der ungleichen Verteilung von Entscheidungsressourcen nicht mit

jeweils einer Dimension (Gender oder Hautfarbe) zufriedenstellend behandeln lässt, es brauchte einen neuen „intersektionalen“ Ansatz (ein Begriff, der von der Juristin *Kimberle Crenshaw* geprägt und seitdem auch wissenschaftlich untersucht wird), um die verschiedenen Dimensionszugehörigkeiten und deren Zusammenspiel innerhalb einer Person wie auch einer Organisation zu erfassen. Organisationsberaterinnen des NTL Institute's for Applied Behavioral Science (der Gründungsorganisation der Gruppendynamik und Organisationsberatung) wie *Eddie Seashore*, *Kaleel Jamesion* und *Judith Katz* entwickelten 1972 aus diesen Erkenntnissen die ersten Diversity Trainings. Der offizielle Titel lautete „Managing & Working in a diverse Workplace Environment“, und die ersten KundInnen waren bereits große Konzerne wie Polaroid, Exxon, Xerox und IBM. Damit wurde der Startschuss für die erste Schule oder den ersten Ansatz („Fairness und Antidiskriminierung“ des Diversity Managements gegeben (vgl. *Kleiner* 1996, S.132-137).

4.2. Der „Fairness & Anti-Discrimination“-Ansatz

Wie im oberen Absatz beschrieben, begann dieser Ansatz in den 60er und 70er Jahren in den USA und ist seitdem in veränderter Form dort wie auch in ganz Europa sehr verbreitet. Bei der *Herangehensweise* lautet das Stichwort „normativ“: es geht darum, in kurzer Zeit Verhaltensänderungen und Normen in Richtung Antidiskriminierung zu schaffen. Der Vorteil dieser Herangehensweise für Trainings und Implementierungsberatungen liegt in ihrer Kurzfristigkeit. Vor allem bei Organisationen und Teams, wo es schon zu belastenden Diskriminierungsfällen gekommen ist, geht es um das „Feuerlöschen“, um ähnliche Fälle zu verhindern und das Image der Organisation wieder aufzubessern. Weitere Produkte dieses Ansatzes sind Quotensysteme („Affirmative Action“), top-down vorgegebene Verhaltensregeln („Code of Conduct“) und rasche Implementierung von Antidiskriminierungsgesetzen (in den USA als verpflichtende „Anti-Harassment“-Trainings in Organisationen bekannt.)

In der Therapie und Supervision liegt der Fokus in diesem Ansatz auf Ausschluss- und Diskriminierungsmechanismen, an denen die Person beteiligt oder denen sie ausgeliefert ist, beziehungsweise auf den Auswirkungen dieser Mechanismen in Gruppensupervisionen (Siehe auch 5.4.: Umgang mit Statusunterschieden).

4.3. Der „Zugangs- und Legitimitäts“-Ansatz

Dieser auch als „marktwirtschaftlich“ bekannte Ansatz hat sich als kritische Reaktion auf den normativen Fairness & Antidiskriminierungsansatz entwickelt. 1985 prognostizierte der „Workforce 2000 Bericht“ (vgl. *Workforce* 2000, 1985, S.5) der renommierten Wirtschaftsforschungseinrichtung Hudson Institute, dass bis zum Jahr 2050 der Anteil von Frauen und sogenannten Minoritätsgruppen 75% der U.S.-amerikanischen Gesellschaft ausmachen würde, also genau umgekehrt zur aktuellen Situation der Beschäftigten. Als Reaktion wurde Diversity Management

in diesem neuen Ansatz (im Englischen auch als „market based view“ benannt) rein funktional als Kapitalertragssteigerungs-Strategie verstanden. Im Vordergrund steht der (auch finanzielle) Nutzen von angewandtem Diversity Management für die jeweilige Organisation oder Gruppe. Es geht um Sicherung von Marktanteilen durch hohe interne Organisationsdiversität, um Zielgruppen besser ansprechen zu können. Dieser Ansatz fand und findet vor allem bei Organisationen, die dem Thema Diversity mit viel Skepsis begegnen, guten Anklang. In den USA und der EU handelt es sich dabei meistens um größere Wirtschaftskonzerne, Amtsorganisationen und oft auch internationale Universitäten.

Der Hauptfokus dieses Ansatzes liegt auf dem Image-Gewinn und der wirtschaftlichen Ressourcenorientierung. Allerdings verhindere dieser Fokus, so die KritikerInnen dieses Ansatzes, meistens einen Diskurs über Statusunterschiede und Ausschlussmechanismen innerhalb des Systems. *Regine Bendl* sieht die Hauptgefahr dieses Ansatzes in einer Verstärkung neoliberalistischer Tendenzen in der Organisationsführung, die langfristig die Ausnutzung derjenigen verstärkt, die nicht zur momentanen Dominanzkultur gehören (*Bendl* 2004, 156-8).

In der supervisorischen/therapeutischen Anwendung liegt der Fokus bei diesem Ansatz darin, die Vorteile der eigenen Multidimensionalität/Intersektionalität der unterschiedlichen Dimensionszugehörigkeiten innerhalb der Person sichtbar und bewusst zu machen („celebrating diversity“), um dadurch die Möglichkeiten für einen Perspektivenwechsel zu erleichtern.

4.4. Der „Lern & Effektivitäts“-Ansatz

Dieser Ansatz entwickelte sich in den 90er Jahren parallel in den USA wie in Großbritannien und gilt auch in Europa unter BeraterInnen und Coaches als der am stärksten verbreitete Diskurs. Ziel ist die Synthese und Erweiterung der vorigen beiden Ansätze: Auf der einen Seite der Abbau von Dominanzkulturen und Verhinderung von Diskriminierung, auf der anderen Seite geht es darum, dass die genutzte Vielfalt der MitarbeiterInnen für die Organisation auch eine wirtschaftliche Ressource darstellt. Das neue Paradigma lautet: kein Entweder-oder, sondern der Balance-Akt des Sowohl-als-auch, je nachdem, was die Organisation braucht. Auf der Makroebene wird Diversity Management als ganzheitliches organisationales Lernen interpretiert, und es kommt zur Entstehung von Metatheorien über Unterschiedlichkeitsdynamiken in Organisationen allgemein.

4.5. Konstruktivistische und systemtheoretische Managing Gender & Diversity-Ansätze

Diese Variante des Lern- und Effektivitäts-Ansatzes entwickelte sich ab der Jahrtausendwende vor allem im deutschsprachigen Raum, aber auch vereinzelt den USA, wo er als „Whole Systems Approach to Diversity Management“ bekannt ist.

In diesem Ansatz werden zentrale systemtheoretische Themen (Konstruktivismus, Autopoiesis & Interaktion) mit dem Einfluss sozial determinierten Leitdifferenzen der „Umwelt“ (in diesem Fall der Gesellschaft) in Organisationen/Gruppen & Personen sowie den daraus resultierenden Handlungsmustern und Kommunikationsformen ergänzt (Aretz, Hansen 2002, 78).

5. Grundsätzliche Thesen in der Anwendung von Diversity

Wie können die in der Definition erwähnten zwei Diversity-Hauptziele, die konstruktive Nutzung von Vielfaltpotentialen und die Verhinderung von Diskriminierung in der praktischen Anwendung umgesetzt werden? Im Folgenden werden die wichtigsten Grundannahmen und Thesen des „Managing Diversity“ erläutert, die Erklärungshypothesen über die Systemdynamiken im Umgang mit Vielfalt auf der Metaebene liefern, die in allen Dimensionen wirksam werden. Sie bauen aufeinander auf und helfen die überpersönlichen Systemkräfte bewusst zu machen, um daraus konkrete Handlungsanleitungen zu formulieren.

5.1. „It's not about „them“, it's about us“ (Gardenswartz, Rowe 1996, 23)

Bei Managing Diversity geht es nicht (nur) darum, wie mit den „Anderen“ umzugehen ist, sondern zuerst darum, bewusst zu werden, wann und wie wir kognitiv einen Unterschied kreieren. Die Grundhypothese lautet hier, dass die Perspektive auf die „Anderen“ vom eigenen bewussten oder unbewussten „Vorurteilsmanagement“ und biographisch geprägten Sympathien oder Antipathien geprägt werden. In Konsequenz steht die persönliche Selbsterfahrung und Bewusstwerdung über das eigene Einordnen in Kategorien und Präferenzen am Anfang jeder Auseinandersetzung mit Diversity-Themen.

In der therapeutischen und supervisorischen Anwendung bedeutet diese These eine möglichst wertneutrale Untersuchung des (meist unbewussten) eigenen „Vorurteilsmanagements“: In welchen Dimensionen hat die Person ein Unbehagen, wenn sie jemandem begegnet, die/der in dieser Dimension am anderen Ende des Spektrums positioniert ist, in welchen Dimensionen wird dieser Unterschied wiederum als reizvoll und positiv erlebt? Woher kommen die Bilder und Vorannahmen, und auf welchen biographischen Erlebnissen beruhen Sie?

5.2. Menschen und Gruppen sind ethnozentrisch und befangen (vgl. Koall; Bruchhagen 2002)

Die Grundannahme hier lautet, dass es uns tendenziell eher zu Menschen hinzieht, die Gemeinsamkeiten in den Diversity-Dimensionen besitzen, die uns individuell und persönlich wichtig sind, und die konstruierten Perspektiven der jeweiligen Gruppe innerhalb dieser Dimensionen werden als solches nicht wahrgenommen, sondern gelten mit ihren Werten als „Wahrheiten“.

Sehr augenscheinlich wird dieses Phänomen z.B. in der Dimension „Kultur“: in allen Kulturen auf der Welt ist z.B. das Zeigen von Wertschätzung und Respekt universal ein essentieller Bestandteil des sozialen Miteinanders. Regional unterschiedlich ist jedoch die Interpretation, welches Verhalten als „respektvoll“ angesehen wird, und die meisten Menschen, die innerhalb einer Kultur aufwachsen, tun sich daher schwer, die Respektsinterpretation der jeweiligen anderen Kulturen auch emotional zu verstehen oder anzuerkennen. Indem die eigenen drei relevanten Dimensionen, die den eigenen Alltag beeinflussen, und diejenigen der ArbeitskollegInnen bewusst gemacht und ausgetauscht werden, kann verhindert werden, unabsichtlich anderen „auf die Füße zu treten.“

Diese These untermauert die Annahme, dass es sehr schwer ist, sich vor allem emotional in die jeweils anderen innerhalb einer Dimension hineinzusetzen, da der Ethnozentrismus dazu tendiert, die eigene Diversity-Gruppe über die andere zu werten, was wiederum die Empathie erschwert.

In der Einzelarbeit erklärt diese These auch, warum die begleitende Person (TherapeutIn/Coach/SupervisorIn) dieselben oder ähnlichen Dimensionen abdecken sollte, falls diese für die/den KlientIn gerade in der momentanen Lebensphase eine wichtige Rolle spielen, da es sonst ohne persönliche Betroffenheit sehr schwer ist, sich emotional in Situation hineinzufühlen. Das mag eine Abweichung zu einigen traditionellen Abstinenz-Ansätzen in der Psychotherapie und Supervision darstellen, hier geht das Diversity-Paradigma allerdings von der Grundannahme aus, dass diese Abstinenz vor allem in den Diversity Kerndimensionen sowieso von vorne herein kaum möglich ist. Wir kommen sozusagen „nicht aus unserer Haut heraus“ und behalten immer einen Rest von Befangenheit und blinden Flecken in Bezug zu unseren jeweiligen Dimensionszugehörigkeiten (Vor allem bei den Kerndimensionen Geschlecht/Alter/Kultur/Behinderung/Religion/Hautfarbe, sozialer Schicht und sexueller Orientierung).

5.3. Die Funktion von Ethnozentrismus

Homogene Gruppen und Organisationen sind kurzfristig effizienter, langfristig führen sie jedoch zu mehr Gruppendruck, Machtmissbrauch durch starke Hierarchisierung und geringeren kreativen Ergebnissen, da der Perspektivenwechsel innerhalb der Gruppe stark reduziert ist. Heterogene Gruppen und Organisationen wiederum haben langfristig ein höheres Potential für Motivation, Kreativität und Veränderungsbereitschaft, aber nur, wenn ihre Unterschiedlichkeiten „besprechbar“ werden (vgl. *Bradford, Leeland* 1975, 196).

Diese Grunderkenntnis der Gruppendynamik erklärt auch, warum sehr heterogen zusammengesetzte Teams, in denen sich die Personen nicht kennen, aber die schnell handlungsfähig sein müssen, oft anfangs weniger effizient sind als homogene Teams, in denen alle die gleichen Diversitätszugehörigkeiten haben. Dieses Phänomen

kann verhindert werden, indem heterogenen Teams mehr Zeit und Gelegenheit zum persönlichen „Aufwärmen“ gewährt wird und das Vertrauen auf gemeinsame Identitäten gestärkt werden, bevor die (potentiell trennenden) Unterschiede besprochen werden. In der praktischen Anwendung erklärt das auch, warum Organisationen mit hoher Diversität sehr stark in eine gemeinsam gelebte „Corporate Identity“ investieren, oft in starker Abgrenzung zu anderen ähnlichen Organisationen („wir sind etwas Besonderes“, „nur bei uns wird...“), um den gemeinsamen „Boden“ zur notwendigen Thematisierung der internen Unterschiede zu schaffen.

5.4. Der Umgang mit Statusunterschieden und den daraus resultierenden Ausschlussmechanismen

Das ist wahrscheinlich die am meisten verwendete These im Diversity Management: wie kommt es zu Diskriminierungs- und Ausschlussphänomenen: Sobald in einem sozialen System eine Unterschiedsdimension relevant wird, schafft dieser Unterschied auch einen „Statusunterschied“ zwischen den unterschiedlichen Gruppen. Wesentliche Theorien, die sich mit diesem Thema beschäftigen wie die Social Identity Theory (vgl. *Tajfe, Turner* 1986) und das Diversity Konfliktlösungsmodell Theory of Difference (vgl. *Kathrine Royal* 1995, 35; erweitert *Überacker, Engel* 2002) formulieren die Essenz dieser Dynamik im Wesentlichen so:

Innerhalb jeder Unterschiedsdimension bilden sich generell zwei oder mehrere Gruppen mit fallendem Status: eine, die generell einen leichteren Zugang zu Entscheidungsressourcen hat („Macht“), wird „In-Group“ oder Dominanzkultur genannt, und eine Gruppe, die unter hohem Anpassungsdruck steht und nur auf Grund des (oft konstruierten) Unterschieds einen erschwerten Zugang zu Ressourcen hat, als „Out-Group“ oder minorisierte Kultur bezeichnet wird. Die wesentliche Herausforderung besteht darin, dass Personen, die in der jeweiligen Dimension Angehörige der Dominanzkultur sind, sich nicht als solche erleben, sondern als Individuen und sich dadurch auch der Privilegien der In-Group-Zugehörigkeit nicht im vollem Maße bewusst sind.

Das führt dazu, dass sich die In-Group der Ausschlussmechanismen und der daraus resultierenden Diskriminierung gegenüber der Out-Group und vor allem der eigenen Beteiligung nicht bewusst ist und daher das Feedback von Out-Group Angehörigen benötigt, um diese Systemdynamik für sich selbst sichtbar zu machen.

Die Out-Group wird wiederum von diesem System meistens zwischen den beiden extremen Polen, der völligen Anpassung und Identifizierung mit den Werten der In-Group („verinnerlichte Unterdrückung“) und der verinnerlichteten Opferdynamik (engl.: „self-victimization“) gespalten, was wiederum eine für die Aufhebung/Erleichterung dieser Dynamik notwendigen Solidarisierung aller Out-Group-Angehörigen verhindert. Die Zugehörigkeit zu In- und Out-Group kann situativ und auch innerhalb einer Person durch die Intersektionalität der Dimensionszugehörigkeiten

wechseln („multiple In- und Out-Groupzugehörigkeiten“), daher ist eine punktgenaue Analyse jeder sozialen Situation notwendig, um pauschale und normative Dogmatik zu verhindern.

Diese Analyse steht auch am Anfang der praktischen Anwendung: je mehr Mitglieder einer Gruppe oder Organisation sich ihres In- und Out-Group-Status in unterschiedlichen Lebenssituationen und Dimensionen bewusst sind und auf einer abstrakten Ebene die Dynamiken dieser sozialen Statustheorien durch ihre eigenen Erfahrungen bestätigt finden, desto leichter ist es, diese Modelle als Mediationswerkzeug bei Diversity-Konflikten als „gemeinsamen Verständnisboden“ zu nutzen. Dieser gemeinsame Referenzrahmen hilft beim gegenseitigen Feedback und dämpft persönliche Schuldzuweisungen ein, da die überpersönliche Systemdynamik auch im eigenen Erleben erkannt wird.

6. Ausblick: zukünftige Diversity Management Herausforderungen in Europa

6.1. Problematik des Methodentransfers aus den USA

Seit der Rezeption von Diversity Management Konzepten Anfang der 90er Jahre in Europa zeigten sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen mit diesem Kulturentransfer. Die einen plädierten für eine völlige Neugestaltung des Diversity Management Konzeptes, da es in Europa andere demographische und gesellschaftspolitische Herausforderungen gäbe als in den USA, und damit Ansätze und Methoden nicht übertragbar seien. Damit liefen sie aber Gefahr, „das Rad neu zu erfinden“ und auf die 30-jährige Implementierungserfahrung und die bewährten Methoden zu verzichten. Andere wiederum übernahmen einzelne Methoden und Ansätze ohne Kenntnisse und Berücksichtigung der unterschiedlichen Kulturkontexte und ohne Implementierungsberatung amerikanischer KollegInnen. Diese mangelnde Kenntnis des spezifischen, amerikanischen Sozialkontextes führte auch dazu, dass oft nur ein Ansatz missverständlich importiert wurde, nicht wissend, dass es völlig unterschiedliche, oft widersprüchliche Diversity Management Ansätze gibt.

Eine große Zukunftsherausforderung wird sicher das Ausbalancieren zwischen diesen zwei Extremen sein. Im intensiven Austausch mit KollegInnen in den USA und anderen europäischen Ländern könnte vermieden werden, dass weder Diversity Management neu erfunden werden muss (und damit auf hilfreiche Erfahrungen/Methoden aus den USA und Großbritannien zu verzichten), noch, dass ein unkritischer Transfer ohne Beachtung der jeweiligen, unterschiedlichen Kulturkontexte und der damit unterschiedlichen Herausforderungen bei der Anwendung passieren.

6.2. „Allrounderwissen“ auf Kosten von Spezialkompetenz

Eine der größten Herausforderungen für ExpertInnen, die mit dem Diversity Paradigma arbeiten, ist die Intersektionalität der verschiedenen Diversity-Dimensionen. Wissend, dass diese alle miteinander verbunden sind (Ethnizität,

Gender, Alter und Hierarchie z.B. müssen immer in gegenseitiger Abhängigkeit betrachtet werden), bedeutet Diversity-Kompetenz unter anderem auch idealerweise eine gewisse „Allrounderkompetenz“ zu besitzen. Die Schattenseite dieser „Allrounderkompetenz“ ist eben ihr mangelnder Fokus: von jedem Bereich ein bisschen allgemeines Wissen, aber auf keinen wirklich spezialisiert zu sein. Es scheint daher sinnvoll wie in Großbritannien und den USA, ein Netzwerk von Diversity ExpertInnen aufzubauen, wo jede/r die Spezialisierungen der anderen kennt und damit auch innerhalb eines laufenden Prozesses die geeignete KollegIn und ihre/seine Kompetenz mit einbeziehen kann.

6.3. „Verwässerung von Gendermainstreaming“

Auch innerhalb der meisten Diversity-Ansätze in Europa ist die Dimension Gender nach wie vor die wichtigste Dimension, da sie die alle Menschen betrifft. Egal wie konstruktivistisch und nicht-normativ das Thema angegangen wird, gerade weil Geschlechter(rollen)bilder so lange unhinterfragt und tief im gesellschaftlichen Alltag verwurzelt sind, birgt die direkte Thematisierung über unser „doing gender“ ein Sprengpotential für viele Gruppen und Organisationen. Kein Thema geht so unter die Haut und polarisiert nicht nur, aber meistens zwischen den Geschlechtern. Die Erweiterung auf das Thema Diversity Management wird dann meistens von TeilnehmerInnen und vor allem von Männern mit Erleichterung aufgenommen. Der Vorteil des Wechsels von Gendermainstreaming zu Diversity Management wird von vielen als erfrischendes Weggehen von der Polarisierung Frau-Mann zu einem Kaleidoskop von Gruppenzugehörigkeiten erlebt. Das muss nicht immer nur ein Nachteil sein, gerade Männern hilft es oft, sich selbst auch in unterschiedlichen, anderen Dimensionen als Teil einer minorisierten oder nicht-dominanten Kultur gegenüber der Dominanzkultur (In-Group) zu erleben, und diese Dynamik lässt sich in Grenzen auf die Dimension Gender übertragen, um die Dynamik zwischen den Geschlechtern besser verstehen zu können. Auf der anderen Seite zeigt sich eine Tendenz, Gender von Anfang an bei Diversity Management-Prozessen nicht mehr als die Hauptdifferenz, sondern nur mehr als „eine unter vielen“ relevanten Diversity-Dimensionen zu sehen, und das Thema wird auch später im Prozess nur am Rande gestreift. Stattdessen geht der Trend zu einem stärkeren Fokus auf interkulturelle Unterschiede als Hauptfokus im Diversity-Auseinandersetzungsprozess. Wie oben beschrieben, ist dabei die Gefahr, dass, nur weil die Thematisierung von Gender schwierig und „heikel“ ist, sie oft im Gesamtprozess zufälligerweise immer irgendwie unter den Tisch fällt. Es besteht eine Kritik an vielen Diversitykonzepten oft zurecht, dass Gendermainstreaming und/oder die Thematisierung von Gender dadurch verwässert oder gar abgelöst wird.

6.4. „Managing our Diversity means also facing our History with Diversity“

Aus der deutschsprachigen Perspektive lässt sich von außen leicht erkennen, warum ein amerikanisches Diversity Management nicht umhinkommt, die Auswirkungen

der Sklaverei und des Genozids an den UreinwohnerInnen auf heutige Diversity-Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Gleichwohl lässt sich der Umgang mit den „anderen“ in Großbritannien und den Niederlanden nicht ohne die Geschichte und Folgen des Kolonialismus erklären.

So lautet die Hypothese: unsere jüngere Geschichte im Umgang mit „der/dem anderen“ beeinflusst unser jetziges Diversity Management. In Österreich heißt das konkret: wie hängt unsere nationalsozialistische „Vergangenheitsbewältigung“, beziehungsweise der Mangel an bisheriger Aufarbeitung mit unserem heutigen Umgang mit Vielfalt und Unterschieden zusammen?

Die Phase des Nationalsozialismus hat den Umgang mit allen sechs Kerndimensionen wesentlich beeinflusst, und die Bilder über die jeweiligen Angehörigen der minorisierten Gruppen (Outgroup) nachhaltig und tief geprägt. Erst in jüngster Zeit werden auch die soziologischen Auswirkungen der NS-Ära auf das kollektive gesellschaftliche Unbewusste untersucht. Wie können daraus Rückschlüsse auf unseren heutigen Umgang mit gesellschaftlichen Unterschieden und heutigen Diversity-Herausforderungen wie z.B. Immigration, Gender und dem Umgang mit Hierarchie- und Statusunterschieden gezogen werden?

7. Resümee: Nutzung der Vielfalt

Wie schon erwähnt zeichnet sich Diversity Management durch eine besonders heterogene Vielfalt der unterschiedlichen Ansätze und Methoden aus. Jedes Land hat aufgrund seiner demographischen Struktur und Geschichte eigene Perspektiven entwickelt, und es ist verständlich, wenn jede Kultur, aber auch jede Schule oder jeder Ansatz den eigenen Zugang zu diesem Thema als den einzig gangbaren Weg vermittelt.

Die bewusste Nutzung der Vielfalt unterschiedlicher Diversity Management Diskurse in einer integralen-eklektischen Herangehensweise könnte dazu führen, die „blinden Flecken“ des eigenen ethnozentrischen und oft auch selbstgefälligen Zugangs zu erforschen und dadurch neue Impulse für praktische Problemstellungen durch einen länder- und diskursübergreifenden Austausch zu erlangen. Das verhindert langfristig, dass das „Diversity-Rad“ immer wieder irgendwo anders neu erfunden wird und hilft bei der Vermeidung einer Diversity-Dominanzkultur, welche der Ursprungsidee aller Diversity Ansätze, nämlich Vielfalt als Ressource zu nutzen, grundsätzlich widersprechen würde.

Zusammenfassung: Diversity Management - Entstehung und Nutzen.**Einführung und grundlegende Thesen**

Dieser Beitrag beginnt mit einem Überblick über die Definition, Geschichte und die unterschiedlichen Ansätze und Schulen des Diversity Managements in den USA und Europa.

Durch die Diversity Landkarte werden die wesentlichen Diversity Unterschiedsdimensionen und deren jeweilige Gewichtung vorgestellt, um zu verdeutlichen, wann sie für eine Person in einem sozialen System einen Unterschied macht. Anhand grundlegender Thesen, die für alle Dimensionen zutreffen, werden die generellen Herausforderungen der Thematisierung von Unterschieden, des Umgangs mit Ausschlussmechanismen und der resultierenden Diskriminierung und der Nutzung von Vielfaltspotentialen für die praktische Anwendung diskutiert. Zuletzt wird noch auf die zukünftigen Herausforderungen des Diversity Managements in Europa eingegangen.

Schlüsselwörter: Diversity Management, Ausschlussmechanismen, Intersektionalität, Gesellschaft

Summary: Diversity Management - The Formation and Benefit of. Introduction and General Theses

This paper begins with an overview of the definition, the history, and the different schools of thought on Diversity Management in the United States and Europe. The main dimensions of diversity and their various impacts on society are presented with the “Four Layers of Diversity” model to illustrate how and when interpersonal difference matters within social systems. The following topics are discussed for practical application with the help of fundamental diversity theses, which apply to all dimensions: the general challenges of bringing up “difficult” differences for discussion, handling exclusion mechanisms and their resulting discrimination, and how to make use of the potentials of diversity. The paper ends with an outlook on future challenges of Diversity Management in Europe.

Keywords: Diversity Management, exclusion mechanisms, intersectionality, society

Literatur

- Aretz, Jürgen; Hansen, Katrin (2002): Diversity und Diversity-Management im Unternehmen – Eine Analyse aus systemtheoretischer Sicht. Münster: LIT Verlag.
- Bendl, Regine; Hanappi-Egger, Edeltraud; Hofmann, Roswitha (Hg.) (2004): Interdisziplinäres Gender- und Diversitätsmanagement. Einführung in Theorie und Praxis. Wien: Linde Verlag.
- Bradford, Leeland (1975): History of NTL Institute. Bethel: NTL Publication.
- Davis, Angela Y. (1981): Women, Race and Class. New York: Random House Publication.
- Engel, Roland (2006): Die Vielfalt der Diversity Management Ansätze: Geschichte und praktische Anwendung in Organisationen. In: Koall, Iris; Bruchhagen, Verena; Friederike Höber (Hg.) (2007):

- Diversity Outlooks- Managing Diversity zwischen Ethik, Business Case und Antidiskriminierung. Münster: LIT – Verlag.
- Elmes, Michael B.* (1997): *Managing the Organizational Melting Pot: Dilemmas of Workplace Diversity*. London: Sage Publication.
- Gardenswartz, Lee; Rowe, Anita* (1996): *The Diversity Tool Kit*, New York: McGraw Hill Companies.
- Hirsch, Jerrold* (1986): *The History of NTL 1947-1986*. New York: Lang Publication.
- Hudson Institute* (1985) (Hg.): *Workforce 2000*. New York: Eigenverlag.
- Loden, Marilyn; Rosener, Judy B.* (1991): *Workforce America: Managing Employee Diversity as a Vital Resource*. Los Angeles: Homewood Publication.
- Kleiner, Art* (1996): *The Age of Heretics: the Forerunners of Corporate Change*. New York: Currency Publication.
- Koall, Iris; Bruchhagen, Verena* (2002) (Hg.): *Vielfalt statt Lei(d)tkultur – Managing Gender & Diversity in Theorie und Praxis*. Münster: LIT – Verlag.
- Koall, Iris* (2001): *Managing Gender & Diversity - von der Homogenität zur Heterogenität in der Organisation der Unternehmung*. Münster: LIT – Verlag.
- Seashore, Edith; Cross, Elsie Y.* (1994) (Hg.): *The Promise of Diversity*. Bethel: NTL Institute Publication.
- Tajfel, Henri; Turner, John C.* (1986): *The Social Identity Theory of Inter-Group Behavior*. In: *Worchel, Stephen; Austin, William G.* (Hg.) *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall Publication.
- Turner, John C.* (1982): *Towards a Cognitive Redefinition of the Social Group*. In: *Tajfel, Henri* (Hg.), *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roosevelt, Thomas R., Jr.* (1996): *Redefining Diversity*. New York: Currency Publication.
- Roosevelt, Thomas R.* (2001): *Management of Diversity – Neue Personalstrategien für Unternehmen*. Wie passen Giraffe und Elefant in ein Haus? Wiesbaden: Galber Verlag.

Korrespondenzadresse:

Roland Engel
Austrian Society for Diversity

Müllnergasse 5/15
1090 Wien
Österreich

E-Mail-Adresse:

roland.engel@societyfordiversity.at

Web-Adresse:

www.societyfordiversity.at

Karl Toifl

Die Kunst, Mehrdimensionalität in Diagnose und Therapie zu integrieren – Ergebnisse der Komplexitätsforschung und deren Konsequenzen für das Gesundheitssystem

In der modernen Medizinphilosophie werden zwei unterschiedliche Konzepte von Gesund – Krank unterschieden, ein reduktionistisches und ein relatives. In der entwickelten Welt dominiert derzeit im medizinischen Alltag der reduktionistische Ansatz. Dieses Modell basiert auf zwei zentralen Begriffen, der „biologischen Funktion“ und der „statistischen Normalität“. Krankheit aus reduktionistischer Sicht bedeutet Abwesenheit von Krankheit und eine Art innerer krankhafter Zustand, hervorgerufen durch eine Beeinträchtigung der normalen funktionellen Fähigkeit oder eine, durch Umwelteinflüsse bedingte Begrenzung funktioneller Fähigkeiten.

1946 definierte die World Health Organization (WHO) auf eine relativistische Weise „Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Schwäche“. Diese Definition war die Basis für das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Gleichzeitig kann diese Definition, basierend auf dem Begriff Wohlbefinden, aber kritisch hinterfragt werden, da man sich einerseits zum Beispiel „wohlbefinden“ kann, obwohl in einem bereits das Karzinom wächst und man sich andererseits sehr schlecht fühlt, weil man einen sehr nahen Menschen verloren hat, und aufgrund dieser normalen Trauer nicht als krank zu bezeichnen ist. Da diese Definition aber keine praktikable Handlungsrelevanz aufwies, erarbeitete die WHO 1986 die so genannte „Ottawa Charta“(1986). Darin wird detailliert sowohl auf die vielfältigen Einflüsse bei der Krankheitsentstehung als auch auf vielfältige Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Gesundheitsförderung, besonders auch im sozialen Bereich eingegangen.

Das in den entwickelten Teilen der Welt hauptsächlich praktizierte medizinische Modell basiert auf dem naturwissenschaftlichen Ansatz. Das traditionelle naturwissenschaftliche Modell konzentriert sein wissenschaftliches Interesse, wie auch die daraus abgeleitete diagnostische und therapeutische Vorgangsweise, auf reduzierte und lineare Fragestellungen. Wissenschaftlich analysiert wird anhand eines Experiments oder einer klinischen Studie. Die gewonnenen Ergebnisse sind die Basis für das Treffen von Vorhersagen. Vorteil dieses reduzierenden Ansatzes ist einerseits eine reduzierte Informationsmenge, mit der man konfrontiert ist, andererseits eine reduzierte, lineare Fragestellung, basierend auf einem linearen Ursache – Wirkungsschema (*Fasching* 1999). Nachteil eines reduzierenden Ansatzes ist der Ausschluss von Information, die trotz bestehender realer Komplexität und dynamischer Entwicklung nicht in den Bereich wissenschaftlichen oder diagnostischen Interesses integriert wird.

Die medizinische Alltagssituation konfrontiert im diagnostischen und therapeutischen Prozess das medizinische Personal mit individuellen Menschen, die den Anspruch haben, als komplexe und dynamisch sich verändernde Persönlichkeiten wahrgenommen zu werden. Diese Menschen sind in Teilbereichen Ihres Mensch-Seins mehr oder weniger gesund, beziehungsweise krank. Diese reale Gegebenheit wird sowohl von den Patienten wie deren Betreuern subjektiv und individuell erlebt.

Der Mensch als komplexes und dynamisches System ist durch einen eindimensionalen, reduzierenden Ansatz nur reduziert zu erfassen, wissenschaftlich wie diagnostisch.

Innovation durch Ergebnisse der Komplexitätsforschung: Chaostheorie oder Synergetik brachten in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Erkenntnisse über die Charakteristika dynamischer, komplexer Systeme und der Selbstorganisation ihrer Ordnungszustände (*Küppers 1987; Cramer 1989; Goodwin 1994; Haken 1977, 1991; Haken, Schiepek 2006; Mandelbrot 1989*).

Diese Ergebnisse der Komplexitätsforschung ermöglichen die Entwicklung und Etablierung innovativer wissenschaftlicher, diagnostischer und therapeutischer Ansätze, um die Probleme eines reduzierenden Vorgehens zu überwinden (*Mainzer 2007; Toifl 1995, 2004*).

Charakteristika komplexer Systeme: Komplexe Systeme, sei es eine Zelle, ein Mensch, eine Familie, ein Ökosystem oder ein Planet, weisen immer eine offene Begrenzung auf. Sie stehen in Kontakt mit ihrer Umgebung, Diese Offenheit ist unbedingt notwendig für den Austausch von Energie und Information. Diese Begrenzung ist strukturell wie bei einer Zelle durch die Zellwand oder funktionell wie bei einer Gruppe, die durch eine gemeinsame Aufgabenstellung miteinander für eine bestimmte Zeit verbunden ist.

Energieungleichgewicht: Komplexe Systeme befinden sich fern von einem thermodynamischen Gleichgewicht, was bedeutet, dass sie von einem laufenden Durchfluss von Energie, beziehungsweise Materie und Information abhängig sind. Weil innerhalb der bestehenden Systemgrenzen für den Aufbau von Struktur und Funktion ein hoher Bedarf an Energie und Information besteht, müssen diese in großer Menge aufgenommen werden, wodurch naturgemäß ein Energieungleichgewicht zwischen Innen und Außen entsteht und besteht. Solange dieses Energieungleichgewicht besteht, solange besteht auch das System. Das Sterben eines Systems beendet dieses Energieungleichgewicht (*Glansdorff, Prigogine 1971*).

Bedarf an Energie, Materie und Information: *Norbert Wiener* (1948), der Begründer der Kybernetik, betonte das grundlegende Zusammenspiel dieser drei physikalischen Größen folgendermaßen: "Information ist Information, weder Materie noch Energie. Kein Materialismus, der dies nicht berücksichtigt, kann heute überleben." Information ist etwas anders als Energie und Materie. Ob

Information eine eigene physikalische Größe darstellt neben Energie und Materie, oder eine Eigenschaft von Energie und Materie – wozu ich neige – ist derzeit noch nicht geklärt. Auf jeden Fall benötigt jedes komplexe System davon eine adäquate Quantität und Qualität. Eine Zelle benötigt zum Beispiel eine qualitativ anders aufbereitete Energie als eine Pflanze oder ein Mensch. Je nachdem, wie gut dieser energetische Anspruch eines Systems befriedigt werden kann, es wird dadurch die Qualität des Systemzustandes wesentlich mitbestimmt. Der Bedarf an Information für das menschliche System wird einerseits durch die materiell codierte genetische Information und andererseits durch Information befriedigt, welche aus der sozialen Umgebung aufgenommen wird. Eine, für eine bestimmte Systemart qualitativ hochwertige Information fördert den qualitativen Zustand des Systems. Das heißt, ein solcher qualitativer Zustand ermöglicht dem System eine befriedigende Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen. Bezogen auf das menschliche System würde das bedeuten, dass durch entsprechend qualitative Information das Strategierepertoire eines Menschen gefördert und entwickelt, und das eines anderen Menschen gehemmt und beeinträchtigt werden kann (Toifl 2004).

Sensible Abhängigkeit von den Anfangsbedingungen: Die dynamische Entwicklung in komplexen Systemen hängt sehr empfindlich von den Anfangsbedingungen ab, weil sich kleine Abweichungen im Lauf der Zeit exponentiell verstärken, so dass deren langfristiges Verhalten nicht vorhersagbar ist. Dieses, von *Edward Lorenz* (1976) entdeckte Prinzip, das als „Schmetterlingsphänomen“ bekannt wurde, besagt, dass eine minimale Änderung einer Anfangsbedingung in einem komplexen Geschehen grundsätzlich zu einer völlig anderen Entwicklung führt. Dieser Zustand kann sich so verstärken, besonders, wenn sich ein Systemzustand in einer fragilen, instabilen Situation befindet, dass ein instabiler Systemzustand in einen neuen Zustand kippt. Das bezeichnet man als Phasenübergang. Wenn zum Beispiel ein sehr depressiver Mensch vor der Entscheidung steht, Selbstmord zu begehen, dann kann ein bestimmter Satz oder Blick dazu beitragen, dass er sich suizidiert und ein anderer Satz oder Blick, dass er es nicht tut.

Nichtlinearität: In komplexen Systemen wirken Systemparameter nicht linear aufeinander (*Poincare Henri* 1892). Im Gegensatz zu linearen Ursache–Wirkung Prozessen, wo Proportionalität besteht – zum Beispiel: je stärker der Schlag, umso stärker die Verletzung – wirken bei nicht linearen Bedingungen die Systemparameter nicht proportional aufeinander. Das heißt, dass sich, wenn sich ein Systemparameter verändert, automatisch die anderen Parameter mit verändern, dass das Ausmaß der Änderung aber vom jeweiligen aktuellen Zustand dieser Parameter abhängt. Das heißt, dass bei jedem Menschen der Einfluss einer bestimmten Noxe, eines Virus, eines Medikaments oder eines Wortes, eine individuell unterschiedliche Reaktion hervorruft, je nach dem Zustand der Systemparameter. Beim Menschen als Ganzes kann man drei wesentliche Systemparameter unterscheiden, den organischen Bereich,

den psychischen und den sozialen Bereich. Eine Veränderung im sozialen Bereich hat automatisch eine Veränderung im psychischen und organischen zur Folge oder auch umgekehrt.

Ständige Rückkopplung (Iteration): Das Ergebnis jeder nicht linearen Wechselwirkung ist automatisch Ausgangsbasis für die nächste nicht lineare Interaktion. Die nächste nicht lineare Wechselwirkung bezieht sich damit immer auf das bis dahin Erreichte. Dadurch nimmt alles bisher Geschehene automatisch Einfluss auf die gegenwärtige und zukünftige Entwicklung und bestimmt deren Verlauf mit (Lorenz 1976; Ebeling 1990; Goodwin 1994; Schuster 1999; Toifl 1999). Dies bedeutet damit auch, dass ein gegenwärtiger Krankheitszustand durch vergangene Einflüsse auf dem organischen, psychischen und sozialen Bereich wesentlich mitbestimmt wurde und wird. Um die Entstehung einer Krankheit möglichst umfassend diagnostisch verstehen zu können, ist demnach nicht nur die Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Komplexität, sondern auch der dynamischen Entwicklung über die Zeit erforderlich (Toifl, Gössler 1999b). Das bedeutet auch, dass alle Lebensprozesse, ob im Mikro- oder Makrobereich, einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen sind. Jede Entscheidung, die ein Mensch bewusst oder meist unbewusst trifft, führt zu einer Veränderung und hat damit Konsequenzen für die zukünftige Entwicklung. Diese Individualität von Erfahrung und Entscheidung führt bei festgelegter Regelmäßigkeit des Ablaufs in allen komplexen Systemen zu individuellen Entwicklungen mit offenem Ausgang, auch im Krankheitsverlauf (Haken, Schiepek 2006; Toifl 1995, 1999, 2004).

Einfluss von Fluktuationen: Eine Fluktuation ist eine Unregelmäßigkeit, eine Störung von innerhalb oder außerhalb der Systemgrenzen. Fluktuationen treten spontan und unvorhersagbar zufällig auf. Sie stellen dadurch einerseits ein Prinzip der Veränderung dar, sind aber gleichzeitig wichtig für die Aufrechterhaltung von Systemstabilität. Dies geschieht durch die enge Verflechtung von Fluktuationen mit dem Prozess der Selbstorganisation in komplexen Systemen (Nicolis, Prigogine 1971).

Bedeutung von Fluktuationen für den Prozess der Selbstorganisation: Der bisherige Ordnungszustand wird in dem sich selbst organisierenden Prozess von nicht linearer Wechselwirkung und ständiger Rückkopplung bestätigt, wenn die auftauchenden Fluktuationen zurück gedämpft werden. Wenn eine Fluktuation in dem Prozess der Selbstorganisation aber zunehmend verstärkt wird oder von Beginn an bereits sehr groß ist, dann kann ein neuer Ordnungszustand entstehen (Prigogine 1995). Eine solche Fluktuation kann zum Beispiel der unerwartete Tod eines geliebten Menschen oder ein plötzliches Trauma darstellen. Fluktuationen haben den positiven Effekt, dass sie die flexible Anpassungsfähigkeit eines komplexen Systems an innere wie äußere Anforderungen stimulieren. Diese ständige, sich selbst organisierende Erfahrung eines komplexen Systems ist für sein Überleben zentral wichtig. Sie fördert auch den Aufbau und Ausbau eines Strategierepertoires.

Selbstorganisation qualitativer Systemzustände: Durch die nicht lineare Dynamik der Selbstorganisation entstehen laufend qualitative Systemzustände, weil Information, getragen von Materie und Energie, laufend auf vielfältigste Weise – beinahe spielerisch – miteinander verknüpft wird. Dadurch entstehen ständig neu qualitative Zustände, die aber gleichzeitig wiederum einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen sind. Jeder Systemparameter weist immer einen bestimmten qualitativen Zustand auf, der sich aber wiederum ständig verändert. So lässt das nicht lineare Zusammenwirken zum Beispiel von Zellorganellen mit ihrem aktuellen qualitativen Zustand den qualitativen neuen Zustand einer Zelle entstehen; das nicht lineare Zusammenwirken von Zellen wiederum mit ihrem aktuellen qualitativen Zustand den qualitativ neuen Zustand eines Organs. Dieses Phänomen, dass durch das sich selbst organisierende Zusammenwirken von Elementen etwas qualitativ Neues entsteht, wird als Emergenz bezeichnet (*Krohn 1992*).

Bedeutung für das komplexe System Mensch: Jeder Mensch ist ein sich selbst organisierendes komplexes System, in dem laufend qualitative Systemzustände entstehen. Diese sind gleichzeitig wiederum einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen. Der qualitative Zustand eines Menschen als Ganzes entsteht ständig neu durch das nicht lineare Zusammenführen qualitativer Information aus dem organischen, dem psychischen und dem sozialen Bereich (*Toifl 1995, 1999, 2004*). Der organische Bereich stellt die biologische Seite der menschlichen Existenz. Die in den Chromosomen lokalisierte genetische Information ermöglicht sowohl den Aufbau von Struktur und Information des menschlichen Organismus als auch dessen Erhalt bis zu seinem Tod. Auf diese materiell codierten Gene wird aber in einem, sich wiederum selbst organisierenden Prozess durch Information von außerhalb des Zellkerns eingewirkt, um ganz speziell die Aktivität der Gene zu regulieren und für ihre Tätigkeit zu aktivieren. Erst dieses epigenetische Phänomen ermöglicht die komplexe Ausbildung und Funktion des menschlichen Körpers (*Bauer 2002*). Zusätzlich zu dieser genetischen Information erhält der Körper aus dem sozialen Umfeld sowohl die für seine Existenz notwendige energetische Versorgung, als auch laufend Information, damit sich eine individuelle Realität entwickeln kann, in der jeder Mensch seinen Lebensverlauf gestaltet.

Aus dem sozialen Umfeld kommt notwendige Energie und Information. Die Energie wird benötigt für Struktur und Funktion des Organismus. Ohne Energie kein Wachsen und Existieren des körperlichen Bereiches. Die, über die Sinnesorgane aufgenommene und letztlich im Gehirn gespeicherte Information ermöglicht die Entstehung eines individuellen Bildes von der Welt und von sich. Auf Basis dieser Information wirkt jeder Mensch über sein Planen, Reden und Tun in seine soziale Umgebung hinein. Durch die laufend neu aufgenommene Information wird die bisher gespeicherte Information bestätigt oder verändert. Ohne diese Information aus dem sozialen Umfeld gäbe es kein Bild von der Welt, noch von sich. Es gäbe auch kein Wahrnehmen, kein Fühlen, kein Denken und kein Handeln.

Der psychische Bereich gibt der Information bei Wahrnehmen, Denken, Planen, Reden und Tun eine emotionelle Bedeutung. Neue emotionelle Bedeutung kann die bisherige Bedeutungsgebung verstärken, abschwächen oder zu einer Neubewertung führen.

Diese drei Bereiche entwickeln und verändern sich einerseits selbst organisierend über die Zeit, gleichzeitig wirken sie ständig nicht linear aufeinander und ermöglichen dadurch die Entwicklung eines jeden individuellen Menschen.

Diese nicht lineare Interaktion zwischen dem biologischen, psychischen und sozialen Bereich wird durch zahlreiche wissenschaftliche Forschungsergebnisse belegt (*Schiepek* 2003). Aktuelle wissenschaftliche Literatur über diese komplexe Thematik kann über folgende medizinische Bereiche – Anästhesie, Hals-Nasen-Ohren Fachgebiet, Multimorbidität, Augenheilkunde, Immunologie, Neurologie, Bio-Psycho-Soziale Therapiemodelle, Infektion, Onkologie, Chronobiologie, Informationsfluss über Generationen, Orthopädie, Endokrinologie und Stoffwechsel, Kardiologie, Pädiatrie, Epigenetik, Kinderpsychiatrie, Psychiatrie, Frauenheilkunde, Kranke Gesellschaft, Rheumatologie, Gastroenterologie, Lungenheilkunde – auf der Homepage über mehrdimensionale Diagnose und Therapie (www.m-d-t.eu/?Literatur:Bio-Psycho-SozialeInteraktion) nachgelesen werden.

Definition von Gesund – Krank: Eine Definition von Gesund – Krank auf Basis der Ergebnisse der Komplexitätsforschung erfordert unbedingt die Berücksichtigung der nicht linearen Interaktion des organischen, psychischen und sozialen Bereichs, der ständigen Rückkopplung auf die Vorgeschichte, der sensiblen Abhängigkeit von den Anfangsbedingungen sowie die Einbettung dieser Charakteristika im Prozess der Selbstorganisation qualitativer Zustände. Dieser sich selbst organisierende Zustand bewegt sich immer zwischen den Polen von mehr oder weniger gesund beziehungsweise krank. Eine solche Definition würde demnach nicht nur für das menschliche System gelten, sondern für jedes komplexe System, sei es biologisch, ökologisch oder sozial.

Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit – nie mit Sicherheit – in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von Krank - Sein, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen in den bio-psycho-sozialen Bereichen zur Verfügung stehen, relativ wenige, relativ starre, beziehungsweise relativ insuffiziente sind, im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.

Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit – nie mit Sicherheit – in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von Gesund - Sein, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen zur Verfügung stehen, möglichst viele, möglichst flexible und möglichst zielführende sind, im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.

Der eine wesentliche Faktor ist die Quantität und Qualität des Strategierepertoires. Der zweite entscheidende Faktor ist das Ausmaß an Anforderungen, denen sich ein individueller Mensch gegenüber sieht (Toifl 1995, 1999, 2004).

Je nach Lebenssituation können die Anforderungen an das individuelle Strategierepertoire eines Menschen sehr unterschiedlich sein. Zeiten, in denen die organischen, psychischen und sozialen Anforderungen relativ gering sind, können durch plötzlich auftretende, unerwartete Ereignisse – Fluktuationen – zu Situationen werden, in denen die individuellen Anforderungen zum Beispiel durch Unfälle, Infektionen, Verlust von Arbeit, Menschen oder Beziehungen oder anderen persönlichen und beruflichen Anforderungen sehr hoch werden und das zur Verfügung stehende Strategierepertoire sehr fordern bis überfordern.

Strategien sind definitionsgemäß alle Aktions- und Reaktionsmöglichkeiten, die prinzipiell zur Bewältigung von Aufgaben oder Problemstellungen möglich sind. Strategien gibt es sehr viele und sie sind an sich neutral. Erst durch ihre Verwendung in einer spezifischen Situation erhalten sie ihre jeweilige Bedeutung. Dies betont neuerlich die zentrale Bedeutung von Relativität in diesem Zusammenhang (Toifl 2004).

Modell mehrdimensionaler Diagnose und Therapie: Mehrdimensionale und integrative Ansätze wurden bereits wiederholt in verschiedenen Bereichen vorgeschlagen und zur Diskussion gestellt (Mingers, Gill 1997; Osten 2000; Petzold 2004; Petzold et al. 2007; Sieper et al. 2007).

Ein innovatives Modell mehrdimensionaler Diagnose und Therapie wurde an einer Station der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie an der Universität Wien mit herkömmlicher Ressourcenausstattung innerhalb von dreizehn Jahren im medizinischen Alltag entwickelt und erprobt (Toifl 1995, 1999, 2004). Diese Entwicklung war möglich, weil sie von der ärztlichen und pflegerischen Stationsleitung gewollt und gefördert wurde, und weil der Klinikvorstand dieses Vorhaben voll unterstützte und beschützte. Das Modell selbst wurde gemeinsam mit einem sehr motivierten, multiprofessionalen Personal entwickelt und erprobt. Dies geschah dadurch, dass in Teamsitzungen alle bestehenden, arbeitsrelevanten Probleme in offener Diskussion gesammelt wurden. Gemeinsam ausgewählte Probleme wurden dann, in zweimal jährlich stattfindenden, selbst organisierten Wochenendseminaren ausführlich in Klein- und Großgruppe diskutiert und praktikable Lösungsmöglichkeiten – neue innovative Strategien – entwickelt. Diese Strategien wurden dann im klinischen Alltag auf ihre Tauglichkeit überprüft, um einen möglichst effektiven diagnostischen und therapeutischen Prozess für jeden individuellen Patienten zu etablieren. Dabei wurde erkannt, dass es sowohl für das Team an sich, als auch für die tägliche diagnostische und therapeutische Anforderung sehr sinnvoll ist, jeden Patienten mit seinen individuellen diagnostischen und therapeutischen Anforderungen wie ein Projekt zu sehen, welches vom Team

selbstorganisatorisch in Absprache mit dem Patienten und seinem System geplant und durchgeführt wird. Der diagnostische und therapeutische Erfolg oder Misserfolg dieses Bemühens ist ein gemeinsamer.

Nach Beendigung dieses Prozesses wurde und wird dieser Ansatz nun seit etwa zehn Jahren in einem ganz anders organisierten ambulanten Setting auf seine Alltagstauglichkeit hin überprüft.

Parallel dazu wurde ein innovatives Modell entwickelt und befriedigend erprobt, wie dieser Ansatz effektiv gelehrt und vermittelt werden kann (Toifl 1999b, 2004). Derzeit läuft ein Pilotprojekt, um anhand von individuellen Patienten diesen mehrdimensionalen diagnostischen und therapeutischen Ansatz zu evaluieren.

Wie kann man effektiv mehrdimensional diagnostizieren und therapieren?

Ein mehrdimensionaler diagnostischer Prozess will Information sowohl aus der bio-psycho-sozialen Komplexität als auch aus dem Informationsfluss über die Zeit sammeln, um möglichst gut die Krankheitsentstehung nachvollziehen zu können. Mehrdimensionale Diagnostik erfordert die Verwendung von drei unterschiedlichen, theoretisch begründeten Sichtweisen für die Bewertung der Information aus dem biologischen, psychischen und sozialen Bereich. Eine eindimensionale, theoretisch begründete Sichtweise ermöglicht die Informationsbewertung für einen von drei Bereichen. Eine solche Vorgangsweise ist grundsätzlich möglich und akzeptabel, nur wird dadurch auch klargemacht, dass die Information aus den beiden anderen Bereichen für das diagnostische Gesamtbild keine Berücksichtigung findet. Es wird also nur ein Teilbereich des gesamten Menschen im diagnostischen Prozess beleuchtet, und damit die Information aus den beiden anderen Bereichen als nicht wichtig für das Verstehen einer Krankheitsentwicklung zum Ausdruck gebracht.

In diesem innovativen, mehrdimensionalen diagnostischen Modell werden drei unterschiedliche Sichtweisen dafür eingesetzt, um der erhobenen Information eine nachvollziehbare Bedeutung zu geben. Eine solche Bedeutung muss theoretisch begründbar und dementsprechend auch lehrbar sein. Die in diesem Modell vorgestellten drei Sichtweisen werden einerseits parallel nebeneinander und zur gleichen Zeit integrierend eingesetzt, um die gesammelte Information Schritt für Schritt zu einem diagnostischen Mosaikbild zusammenzufügen.

Für die Bewertung der Information aus dem organischen Bereich wird in diesem Modell die traditionelle naturwissenschaftlich ausgerichtete Sichtweise angewandt. Für die Bewertung der Information aus dem sozialen Bereich wird eine an der Systemtheorie orientierte Sichtweise eingesetzt und für den individuellen psychischen Bereich eine an der Tiefenpsychologie orientierte Sichtweise (Toifl 2004, 2006).

Grundsätzlich könnten auch andere, theoretisch begründete Sichtweisen zur Anwendung kommen. Die drei verwendeten Sichtweisen stellten sich bei der

Praxiserprobung des Modells als sehr hilfreich heraus. Jede der drei Sichtweisen bringt den ihr zugänglichen Teil des Erkennens ein, ohne dass eine Wertung über mehr oder weniger „wahr“ stattfindet. Dadurch entsteht ein diagnostisches Mosaikbild, welches sowohl Komplexität wie auch Dynamik der Entwicklung integriert.

Ohne mehrdimensionale Diagnostik ist keine befriedigende, mehrdimensionale Therapie möglich. Das diagnostische Mosaikbild ist die Basis für individuelles, mehrdimensionales therapeutisches Planen und Handeln. Ist das diagnostische Ausleuchten ungenügend, dann ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch das therapeutische Planen und Handeln unbefriedigend.

Es gibt in diesem Modell zwei Aufgabenstellungen für eine mehrdimensionale Therapie. Die erste Aufgabe ist eine individuell abgestimmte, pragmatisch orientierte Erweiterung des therapeutischen Strategierepertoires, um möglichst befriedigend mit den „krank machenden“ Anforderungen und Problemen umgehen zu können. Die zweite Aufgabe ist eine Veränderung oder Reduzierung „krank machender“ Anforderungen.

Generell ist das Ziel mehrdimensionaler Therapie das Erreichen eines Systemzustandes, der sich in möglichst vielen Bereichen, möglichst weit im Bereich von „Gesund-Sein“ befindet und möglichst lang in diesem Zustand verbleibt (Toifl 1999b, 2004, 2006).

Folgerung für die Organisation mehrdimensionaler Diagnose und Therapie:

Ein solcher mehrdimensionaler Ansatz hat Konsequenzen für den organisatorischen Ablauf, weil die Definition von Gesund und Krank nicht nur für jeden individuellen Patienten gilt, sondern in gleicher Weise für jedes einzelne Mitglied des medizinischen Personals, beziehungsweise des gesamten Teams. Patienten wie Personal bewegen sich laufend zwischen den Polen von mehr oder weniger gesund, beziehungsweise krank (Toifl 1995, 2004).

Das derzeitige Organisationsmodell im klinischen Alltag basiert auf einem standeshierarchischen Modell. Mehrdimensionale Diagnose und Therapie erfordert aber multiprofessionale Teamarbeit mit funktionell bedingter hierarchischer Verantwortung. Eine traditionelle Standeshierarchie verhindert einen mehrdimensionalen Ansatz, da dieser gleichwertige Kooperation erfordert. Bei einer mehrdimensionalen Vorgangsweise ist Diagnose und Therapie jedes individuellen Patienten wie eine Projektaufgabe für das gesamte Team. Das Team bestimmt selbstorganisatorisch in enger Abstimmung mit dem Patienten die individuelle diagnostische und therapeutische Vorgangsweise.

Eine Klärung der Zielvorstellungen des Teams für die beiden Hauptaufgaben medizinischen Handelns, nämlich Diagnose und Therapie ist unbedingt erforderlich. Folgende Fragen muss sich ein Team stellen und nach geeigneten Antworten suchen: Auf welcher Definition von gesund und krank basieren diese Ziele? Folgen sie einem

ein- oder mehrdimensionalen Ansatz? Es ist ganz wichtig, dass diese gemeinsamen Zielvorstellungen allen Mitarbeitern nicht nur bekannt sind, sondern dass sie auch von allen Mitarbeitern akzeptiert und im Alltag gelebt werden. Weitere Fragen, die unbedingt einer befriedigenden Klärung durch das Team bedürfen, sind alle Fragen bezüglich der Umsetzung im medizinischen Alltagsleben.

Ist das diagnostische und therapeutische Strategierepertoire ausreichend vielfältig, flexibel und zum Ziel führend? Wie kann das diagnostische und therapeutische Strategierepertoire des Teams bei Bedarf erweitert und verbessert werden?

Zentrale Notwendigkeit für die Etablierung eines solchen Modells ist die Unterstützung und Förderung durch übergeordnete Verantwortliche. Ohne diese Unterstützung kann ein solches Modell im klinischen Alltag nicht etabliert werden (Toifl 2004),

Anforderungen an das Team: Die Teamleitung muss die gemeinsame Aufgabe glaubwürdig leben und voll unterstützen. Das heißt, sie muss einerseits die professionelle Qualifikation und die Eigenverantwortlichkeit der einzelnen Mitarbeiter fördern, andererseits auch die partnerschaftliche Kooperation bei der Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe. Für die Teamleitung besteht, je nach Anforderung im medizinischen Alltag, die Notwendigkeit, kreative Diskussionen über Möglichkeiten innovativer therapeutischer Problemlösung zu stimulieren und zu koordinieren, aber auch, wenn erforderlich – klare Entscheidungen in Eigenverantwortlichkeit zu treffen.

Anforderungen an Mitarbeiter in einem solchen Team sind sowohl professionelle wie auch persönliche Fähigkeiten, besonders soziale Kompetenz für zielorientierte Kooperation im Team, um mehrdimensionale Diagnostik und Therapie möglichst befriedigend mitgestalten zu können. Wenn es Mitarbeitern nicht möglich ist, mehrdimensional auch auf die eigene Lebensgeschichte zu schauen, dann wird es ihnen schwer möglich sein, sich mehrdimensional mit den Lebensgeschichten der Patienten auseinander zu setzen, da deren Geschichten immer auch die Geschichten der medizinischen Betreuer berühren und entsprechende Fragen aufwerfen (Toifl 2004).

Es ist keine Kunst, mehrdimensional zu diagnostizieren und zu therapieren, aber es bedarf eines grundlegenden Hinterfragens des traditionellen Ansatzes, einer geistigen Öffnung für einen mehrdimensionalen Ansatz und einen neuen organisatorischen Rahmen, welcher Teamstruktur mit fachlich begründeter hierarchischer Verantwortung ermöglicht.

Zusammenfassung: Die Kunst, Mehrdimensionalität in Diagnose und Therapie zu integrieren - Ergebnisse der Komplexitätsforschung und deren Konsequenzen für das Gesundheitssystem

Die Ergebnisse der Komplexitätsforschung können auch auf das komplexe System Mensch übertragen werden. Charakteristika komplexer Systeme wie Offenheit der Systemgrenzen, Energieungleichgewicht, sensible Abhängigkeit von den Anfangsbedingungen, nicht lineare Wechselwirkung und Rückkopplung, Fluktuationen und der Prozess der Selbstorganisation ermöglichen ein innovatives Verständnis der Entstehung von Gesund und Krank. Dies ermöglicht auch eine praxisrelevante Definition von Gesund und Krank. Um den qualitativen Zustand von Gesund – Krank im biologischen, psychischen und sozialen Bereich diagnostisch und therapeutisch erfassen zu können, bedarf es eines mehrdimensionalen Ansatzes. Ein eindimensionaler Ansatz kann nur Information von einem Teilbereich des Ganzen erfassen. Um Komplexität zu erfassen, bedarf es mehrerer gleichwertiger Sichtweisen. Für einen solchen diagnostischen Ansatz wird parallel nebeneinander und gleichzeitig integrierend die naturwissenschaftlich orientierte Sichtweise der Schulmedizin, eine an der Tiefenpsychologie und eine an der Systemtheorie orientierte Sichtweise verwendet, um ein diagnostisches Mosaikbild zusammenzufügen. Der therapeutische Prozess braucht ebenfalls eine mehrdimensionale, individuelle und pragmatisch auf die Probleme des Patienten ausgerichtete Vorgangsweise. Für die Organisation eines solchen Modells bedarf es einer Teamstruktur mit fachlich begründeter Verantwortung.

Schlüsselwörter: Mehrdimensionalität, Diagnose, Therapie, Komplexität, Nichtlinearität

Summary: Art to integrate multidimensionality in diagnosis and therapy - Results of complexity research and their consequences for health care system

The results of complexity research can be transmitted to the complex human system. Characteristics of complex systems like openness of structural and functional boundary, energy imbalance, sensibility of initial conditions, nonlinearity and iterative feedback, fluctuations and the process of self organization make an innovative understanding of the genesis of illness and health possible. This also makes a practice relevant definition possible of healthy and ill. To be able to grasp the qualitative condition of healthy and ill in the organic, psychic and social area, a multidimensional approach is needed. One way of looking at a situation may give us information, but it can only include a partial aspect of the whole. We need more equally valuable ways of looking at a situation. They can be applied simultaneously and exert an integrating effect at the same time, in order to produce the most comprehensive picture possible. To assess the total physical area we use a biologically oriented point of view. To assess the psychological area we use a depth - psychology oriented point of view. To assess the social area we use a systemically oriented point of view. The

goal of this diagnostic process is to collect the individual pieces of information to form a „diagnostic mosaic picture“. The diagnostic picture is the basis for developing an individual multi-dimensional therapeutic concept. For the organization of such a model it requires a team structure with technically well-founded responsibility.

Keywords: multidimensionality, diagnosis, therapy, complexity, nonlinearity

Literatur

- Bauer, J. (2002): Das Gedächtnis des Körpers: wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn, *Constitution of the World Health Organisation*. http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf. (06.01.2009).
- Cramer, F. (1989, 3. Auflage): Chaos und Ordnung. Die komplexe Struktur des Lebendigen. Deutsche Verlags-Anstalt.
- Ebeling, W., Engel, H., Herzel, H. (1990) (Hg): Selbstorganisation in der Zeit. Akademie Verlag.
- Fasching, G. (1999): Das Kaleidoskop der Wirklichkeiten. Über die Relativität naturwissenschaftlicher Erkenntnis. Springer.
- Glansdorff, P., Prigogine, I. (1971) (Hg): Thermodynamic Theory of Structure, Stability and Fluctuations. Wiley – Interscience.
- Goodwin, B. (1997). Der Leopard, der seine Flecken verliert. Evolution und Komplexität. Piper.
- Haken, H. (1977): Synergetik, eine Einführung: Nichtgleichgewichts Phasenübergänge und Selbstorganisation in Physik, Chemie und Biologie. Springer.
- Haken, H. (1991): Die Selbststrukturierung der Materie: Synergetik in der unbelebten Welt. Vieweg.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006): Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Hogrefe.
- Küppers, B. (1987) (Hg): Ordnung aus dem Chaos. Prinzipien der Selbstorganisation und Evolution des Lebens. Piper.
- Krohn, W., Küppers, G. (1992) (Hg): Emergenz: die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Suhrkamp.
- Lorenz, E. (1976): Deterministic Nonperiodic Flow. *J Atmospheric Sciences*, 20, 69-75.
- Mainzer, K. (2007): Thinking in Complexity. Springer.
- Mandelbrot, B. (1989): Die fraktale Geometrie der Natur. Birkhäuser Verlag.
- Mingers, J., Gill, A. (1997) (Eds): Multimethodology. The Theory and Practice of Combining Management Science Methodologies. John Wiley & Sons.
- Nicolis, G., Prigogine, I. (1971): Fluctuations in Non-Equilibrium Systems. *Proc natn Acad Sci*, 68, 2102-2107.
- Osten, P. (2000, 2. Auflage): Die Anamnese in der Psychotherapie. UTB.
- Ottawa Charta (1986): www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_2.
- Petzold, H. (2004, 2. Auflage): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden in einer schulübergreifenden Psychotherapie. Junfermann.
- Petzold, H., Schay, P., Ebert, W. (2007): Integrative Suchttherapie. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Poincare, H. (1892): Les Me'thodes nouvelles de la me'canique celeste. *Acta Mathematica*, 13.
- Prigogine, I. (1995): Die Gesetze des Chaos. Campus.
- Schiepek G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer Verlag.
- Schuster, P. (1999): Grundprinzipien der Selbstorganisation in komplexen Systemen. In: *Toifl, K.* (Hg) Chaostheorie und Medizin. Selbstorganisation im komplexen System Mensch. Maudrich. 9-28.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, W. (Hg.) (2007): Neue Wege integrativer Therapie. Aisthesis Verlag.
- Toifl, K. (1995): Chaos im Kopf. Chaostheorie – ein nicht linearer Weg für Medizin und Wissenschaft. Maudrich.

- Toifl, K. (Hg) (1999): Chaostheorie und Medizin. Selbstorganisation im komplexen System Mensch. Maudrich.
- Toifl, K. (1999a): Selbstorganisation von Gesundheit und Krankheit im komplexen System Mensch. In: Toifl, K. (Hg) Chaostheorie und Medizin. Selbstorganisation im komplexen System Mensch. Maudrich, 109-132.
- Toifl, K., Gössler, R. (1999b): Lehrbeispiel für die Selbstorganisation eines mehrdimensionalen diagnostischen und therapeutischen Prozesses. In: Toifl, K. (Hg) Chaostheorie und Medizin. Selbstorganisation im komplexen System Mensch. Maudrich, 133-151.
- Toifl, K. (2004): Lebensfluss zwischen Gesund und Krank. Facultas.
- Toifl, K., Kimmel, B., Mayring, Ph., Mörtl, M. (2006): Psychose aus Sicht der Komplexitätsforschung. – Ein Modell zur Untersuchung der Selbstorganisation eines psychotischen Selbst. *Neuropsychiatrie*, 20, 2, 275-283.
- Wiener, N. (1948): *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machines*. MIT Press.
- World Health Organization (1946): Preamble of the Constitution, adopted by the International Health Conference held in New York 19 June to 22 July 1946. In: *The First Ten Years of the World Health Organization*, WHO, 1958. www.m-d-t.eu/?Literatur:Bio-Psycho-SozialeInteraktion.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Karl Toifl
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich

E-Mail-Adresse:

Karl.Toifl@meduniwien.ac.at

Web-Adresse:

www.m-d-t.eu