Zbl Arbeitsmed 2014 · 64:305–308
DOI 10.1007/s40664-014-0037-1
Online publiziert: 8. August 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

E.-M. Backé¹ · U. Latza¹ · U. Wegewitz² · A. Seidler³

¹ FG 3.1 Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen,
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

² FG 3.3 Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebsärztliche Tätigkeit,
Sozialer Arbeitsschutz, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

³ Medizinische Fakultät, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden

Workshop „Risikokommunikation im Setting Betrieb“

Eine Herausforderung für Betriebsärzte

Risikokommunikation – ein Thema für die Arbeitsmedizin

Am 12. November 2013 fand in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ein Workshop zum Thema Risikokommunikation statt. Der Workshop wurde zusammen mit der Arbeitsgruppe (AG) Epidemiologie in der Arbeitswelt geplant, die von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und 3 weiteren Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie sowie der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, getragen wird. Das Thema Risikokommunikation schließt an verschiedene andere Aktivitäten der BAuA und der AG Epidemiologie in der Arbeitswelt zum Thema Risikobewertung und Risikokommunikation an, z. B. an das gemeinsame Symposium bei der Jahrestagung der DGAUM 2012 in Göttingen [6] und an die Mitarbeit der BAuA in der Ad-hoc-Kommission zur „Neuordnung der Verfahren und Strukturen zur Risikobewertung und Standardsetzung im gesundheitlichen Umweltschutz der BRD“ [3].

Die BAuA, als eine Ressortforschungs-einrichtung des Bundes, unterstützt durch

ihre Forschungsprojekte die Entwicklung einer evidenzbasierten Risikokommunikation, z. B. durch ätiologische Forschung zu Ursache-Wirkung-Beziehungen zwischen beruflicher Belastung und Auswirkungen auf die Gesundheit. Dabei wird das Anliegen verfolgt, Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen transparent und systematisch aufzuarbeiten, beispielsweise durch systematische Reviews und Meta-Analysen, und für die arbeitsmedizinische Praxis nutzbar zu machen. Beispiele dafür sind die Mitarbeit an der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien, z. B. der S3-Leitlinie Beryllium [2], und ein Forschungsprojekt zu evidenzbasierten Informationen für Arbeitnehmer [4].

Risikokommunikation im Setting Betrieb

Eine Herausforderung für Betriebsärzte

Risikokommunikation hat die Aufgabe, Risiken und deren Ausmaß zu benennen, zielgruppengerecht zu kommunizieren und den angemessenen Umgang mit diesen Risiken zu unterstützen [1]. Risikokommunikation zielt auch darauf ab, Unterschiede in der Bewertung von Risiken zu minimieren und eine Konflikt-

eskalation bei der Auseinandersetzung über Risiken zwischen den Beteiligten zu vermeiden [5]. In der Arbeitswelt müssen Daten zur Einschätzung gesundheitlicher Risiken am Arbeitsplatz an verschiedene Zielgruppen (v. a. Arbeitgeber, Arbeitnehmer und deren Vertreter, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) mit heterogenem Vorwissen adäquat vermittelt werden. Darüber hinaus müssen Daten zu gesundheitlichen Risiken in präventive Regelwerke „übersetzt“ werden.

Der im Folgenden dokumentierte Workshop richtete sich vor allem an interessierte Betriebsärzte¹ und Sicherheitsfachkräfte, aber auch an Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftler, die im Bereich Arbeitsmedizin/Arbeitsschutz arbeiten.

Beschäftigte haben den berechtigten Wunsch nach Sicherheit und Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz und wollen wissen, wie sie ein eventuelles Risiko kontrollieren können. So können sie zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen, indem sie Schutzmaßnahmen, z. B. das Tragen von Atemschutzmasken, umsetzen und Regeln befolgen. Die Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, den Arbeitsschutz

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form im Plural gewählt, gemeint sind hier Betriebsärzte und Betriebsärztinnen.

und die Arbeitssicherheit zu gewährleisten, indem sie die Gefährdungsbeurteilung durchführen und dementsprechende Maßnahmen wie Schutzvorkehrungen, Formulieren von Regeln und Schutzmaßnahmen in die Betriebsanweisung aufnehmen.

Betriebsärzten kommt bei der Kommunikation der gesundheitlichen Risiken eine zentrale Rolle zu. Sie müssen sich zunächst selbst über Risiken bzw. die wissenschaftlichen Nachweise für den Zusammenhang einer Exposition am Arbeitsplatz und der Erkrankung oder auch über den Nutzen einer Vorsorgeuntersuchung informieren. Im Rahmen ihrer Aufgaben und Tätigkeiten klären sie andere Personen zu den gegebenen Risiken auf. Sie beraten einerseits den Arbeitgeber, der aufgrund der Informationen gegebenenfalls Veränderungen einleiten muss. Zum anderen beraten sie die Beschäftigten im Hinblick auf Gesundheitsrisiken. Das beinhaltet sowohl Risiken, die vom Arbeitsplatz ausgehen, als auch Risiken, die durch ein bestimmtes Gesundheitsverhalten entstehen. Risikokommunikation spielt deshalb sowohl für die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen als auch für die Gesundheitsförderung im Setting Betrieb eine Rolle.

Die Art und Weise der Kommunikation über Risiken beeinflusst neben dem Ausmaß des möglichen Schadens und der Wahrscheinlichkeit, dass dieser Schaden eintritt, ganz entscheidend, wie die Risiken von den Beschäftigten wahrgenommen und beurteilt werden (Anmerkung: Manchmal führt jedoch auch eine Kommunikation über Risiken erst dazu, dass dieses Risiko überhaupt wahrgenommen wird).

Eigene Entscheidungen als Antwort auf die Kommunikation von Risiken setzen sowohl Risikomündigkeit, d. h. das Verständnis der dargebotenen Informationen und Zahlenwerte, als auch den Wunsch selbst entscheiden zu wollen, voraus. Das Verständnis und auch der Wunsch, eigene Entscheidungen zu treffen, sind in der Bevölkerung und somit auch bei Beschäftigten unterschiedlich ausgeprägt². Hinzu kommt, dass Beschäf-

tigte bezüglich der Risikofaktoren am Arbeitsplatz von der Gewährleistung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ausgehen können sollten.

Die neue Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbmedVV) [7] geht mehr als zuvor von der Risikomündigkeit der Beschäftigten aus. Ein Beschäftigter kann heute im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge stärker mitentscheiden, an welchen Untersuchungen er teilnehmen möchte, nachdem er zu Gefahren für die Gesundheit beraten wurde. In dieser Situation müssen Betriebsärzte über Inhalt, Zweck und Risiko einer Untersuchung adäquat aufklären, damit die Beschäftigten eine informierte Entscheidung treffen können. Auch außerhalb der gesetzlichen Vorsorge werden Beschäftigte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Möglichkeiten der Teilnahme an Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge (z. B. Screening-Untersuchungen wie Blutzucker- und Blutdruckmessungen) und zu gesundheitsbewusstem Verhalten in der Freizeit hingewiesen.

In allen Zusammenhängen müssen Betriebsärzte auf Fragen und Sorgen der Arbeitnehmer bei befürchteten Gefährdungen mit daraus folgenden Risiken für die Gesundheit antworten. Die Beschäftigten erwarten eine Stellungnahme auch bei Risiken, deren Einschätzung aufgrund fehlender Daten noch sehr unsicher ist oder die durch die Presse als unklar und daher besorgniserregend dargestellt wurden.

Ziel des Workshops war es, über Erkenntnisse aus der Forschung zur Risikowahrnehmung und Risikokommunikation zu informieren und darüber zu diskutieren, wie die Erfahrungen aus anderen Bereichen/Ressortforschungseinrichtungen für die Arbeits- und Betriebsmedizin nutzbar gemacht werden können.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die referierten Themen und Aspekte gegeben. Schriftliche Ausarbeitungen der Beiträge finden Sie in der vorliegenden Ausgabe des *Zentralblatts für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*.

Die Referenten und ihre Themenschwerpunkte

Prof. Dr. Peter Wiedemann vom Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) führt in das Thema ein und benennt die 2 wesentlichen Punkte für gute Risikokommunikation.

- Die sachlich richtige, objektive und auf wissenschaftlichen Belegen beruhende Information (Evidenzbasierung) und
- die Aufarbeitung der Information in einer Form, wie sie von Adressaten und Nutzern mit sehr unterschiedlicher Risikomündigkeit verstanden werden kann.

Er weist darauf hin, dass Informationen zu Risiken oft nur als Information über die Gefährdung („hazard“) oder die Exposition gegeben werden, die dann zwar als Warnung wahrgenommen werden, aber risikokompetente Entscheidungen nicht fördern. Schwierig wird Risikokommunikation durch moralische Bewertungen oder auch irrationale Ängste der Nutzer, da sie die Aufnahme von Informationen, die Zugänglichkeit zu Argumenten und ein Verständnis für die Wahrscheinlichkeit eines Schadens erschweren. Für die Arbeitsmedizin sieht er als Herausforderung, wie Beschäftigte trotz intuitiver und moralisch bewerteter Risikowahrnehmung mit Zahlenangaben adäquat informiert und erreicht werden können. In diesem Zusammenhang stellt er auch die Frage, wie der Erfolg der Risikokommunikation evaluiert werden kann.

PD Dr. Gaby-Fleur Böl vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), einer Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft, stellt die Abteilung Risikokommunikation des BfR vor und berichtet über verschiedene Formate der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. An konkreten Beispielthemen, beispielsweise die enterohämorrhagischen Bakterien EHEC, Dioxin in Eiern sowie Nanotechnologie, zeigt sie, wie Risiken vom Verbraucher wahrgenommen werden und wie Informationen über Risiken anhand von Bildern klar und trotzdem inhaltlich richtig kommuniziert werden können. In diesem Zusammenhang

² Siehe auch der Beitrag von Frau Dr. Böl in diesem Heft

ist das Identifizieren verschiedener Risikowahrnehmungstypen wichtig. Risikokompetenz und Risikomündigkeit sind individuell verschieden; konkrete Handlungsanweisungen bzw. Empfehlungen müssen jedoch alle erreichen. Interessant und möglicherweise auf die Arbeitsmedizin übertragbar ist die Darstellung von Gefährdungen in komprimierter und einfach zu überblickender Form, dem sogenannten Risikoprofil, das Aussagen über Wahrscheinlichkeit und Schwere einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die Qualität der dazu vorliegenden Daten und die Möglichkeit, das Risiko zu kontrollieren, trifft.

Dr. Odette Wegwarth vom Harding Zentrum für Risikokompetenz des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung Berlin stellt anhand des Beispiels von Früherkennungsuntersuchungen wie der Mammographie und der HIV-Diagnostik vor, wie schwer es selbst lange tätigen Ärzten fällt, Angaben zum tatsächlichen Vorliegen einer Erkrankung nach Erhalt eines positiven Tests richtig zu bestimmen. Die Ursache liegt ihrer Meinung nach u. a. in einem Medizinstudium, in dem Wissensvermittlung zum sicheren Umgang mit statistischen Angaben fehlt. Durch eine demzufolge mögliche falsche Risikokommunikation kann es oft zu Ängsten der Betroffenen und nachteiligen Folgen wie z. B. unnötigen medizinischen Eingriffen kommen. Eine in wissenschaftlichen Studien oder auch Patienteninformationen häufig verwendete Form der Darstellung von Nutzen oder Schaden anhand relativer Risiken birgt aus ihrer Sicht die Gefahr der Manipulation, da eine Vielzahl von Menschen den Unterschied zwischen relativen und absoluten Risiken nicht kennt.

Prof. Dr. Andreas Seidler vom Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden beschäftigt sich mit der Ableitung von Grenzwerten aus epidemiologischen Studien. Er geht auf Probleme der „Übersetzung“ der ermittelten Risikoschätzer in präventive Grenzwerte ein. Lösungsansätze werden zur Diskussion gestellt. Das Risikoakzeptanzkonzept bzw. Ampelkonzept des Ausschusses für Gefahrstoffe akzeptiert eine definierte Zahl von Krebserkrankungsfällen durch berufliche Risiken (4 zusätzliche Krebs-

fälle bei 1.000 Personen). Neben Problemen dieses Ansatzes (u. a. Kontextabhängigkeit, eingeschränkte Kompatibilität mit den Grenzwerten des Berufskrankheitsrechts, fragliche Eignung zur Grenzwertsetzung bei Gefahrstoffen, die Risiken für sehr seltene Krebserkrankungen beinhalten) wird auf die Bedeutung einer offenen und transparenten Diskussion und Festlegung der gesellschaftlichen Präventionsbedarfe wie auch der Kompensationsbedarfe hingewiesen. In einem zweiten Themenkomplex geht er auf Implikationen der gängigen „Übersetzung“ epidemiologisch ermittelter Risikoschätzer (Stichwort Verdopplungsrisiko) in kompensatorische Grenzwerte des Berufskrankheitsrechts ein.

Dr. Christoph Oberlinner, Betriebsarzt der BASF Ludwigshafen, schildert Aspekte des betriebsärztlichen Alltags, in dem Risikokommunikation täglich mit unterschiedlichen Gesprächspartnern notwendig ist. Betriebsärzte werden mit Ängsten der Mitarbeiter konfrontiert. Ängste treten vor allem dann auf, wenn es um neue risikoreiche Expositionen wie z. B. Nanotechnologie geht, die in den Medien unterschiedlich sachkompetent dargestellt werden, oder wenn deren wissenschaftliche Bewertungen von den Beschäftigten nicht eingeordnet werden können. Prominentes Beispiel ist die von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) der Weltgesundheitsagentur vorgenommene Einstufung von Schichtarbeit, die mit zirkadianen Störungen einhergeht, als „wahrscheinlich krebserregend beim Menschen“. Der Betriebsarzt muss dann auf die Fragen und Ängste Antworten geben können, die sowohl wissenschaftlich richtig, aber auch verständlich sind. Hier muss er selbst sachkompetent sein oder zumindest transparent sein Wissen bzw. Nichtwissen darstellen, um das Vertrauen der Mitarbeiter nicht zu verlieren.

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser vom Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg erläutert Kriterien für gute Praxis in der evidenzbasierten Gesundheitsinformation. Dazu gehört eine adäquate Darstellung der Inhalte, die Angabe von Metainformationen (von wem kommt die Information und auf welchen Zeitraum bezieht sie sich) sowie die Beschreibung der derzeitigen

Evidenz und deren Qualität. Von Bedeutung sind Aspekte der Darstellung, d. h. das Verwenden von Zahlen, Diagrammen, Sprache, Fotos und Abbildungen. Es ist aus ihrer Sicht wichtig, dass die Betroffenen, deren Sicht oft eine andere als die der Experten ist, beteiligt sind. Sie benennt auch die Notwendigkeit einer Evaluation der gegebenen Informationen. Hierbei ist es wichtig zu überprüfen, inwieweit die Informationen bei den Betroffenen ankommen. Anhand mehrerer Beispiele, unter anderem der Prävention von Diabetes, wird die Praxis von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Blutzuckermessung), wie sie auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden, und deren wissenschaftliche Rechtfertigung kritisch hinterfragt.

Prof. Dr. Ralf Schwarzer vom Institut für Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin stellt anhand des Modells „health action approach“ (HAPA) vor, wie Menschen im Verlauf des Prozesses einer möglichen bzw. erwünschten Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens unterschiedliche Phasen durchlaufen. Er beschreibt hier die Phase der Intentionsbildung (die Person bildet eine Absicht und setzt sich Ziele) und die Phase der Zielverfolgung (die Person setzt das Ziel in Handeln um und hält dieses neue Gesundheitsverhalten aufrecht). Auf der Grundlage dieser Phasen lassen sich die Adressaten einer Maßnahme der Gesundheitsförderung in die 3 Gruppen Unmotivierte, Motivierte und Handelnde unterscheiden. Für jede dieser Gruppen kann eine maßgeschneiderte Intervention entwickelt werden. Er geht davon aus, dass die Berücksichtigung des Prinzips der stadienspezifischen Interventionen auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung den Erfolg von Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge, beispielsweise Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme, Impfungen, am Arbeitsplatz unterstützen kann.

Insgesamt spiegeln die vorliegenden Beiträge ein breites Spektrum der Konzeptualisierung von Risiken wie auch der konkreten Kommunikation von Risiken im betrieblichen bzw. betriebsärztlichen Alltag. Sie machen deutlich, dass es oft keine einfachen Antworten auf Fragen wie „Können mich die Gefahr-

stoffe /Bedingungen im Betrieb krank machen?“ oder „Nützt mir diese Vorsorgeuntersuchung?“ gibt. In mehreren Beiträgen wird deutlich, dass es bei der Risikokommunikation nicht nur darum geht, wie tatsächliche oder vermeintliche Risiken kommuniziert werden, sondern auch darum, welche Verhältnisse am Arbeitsplatz und welches Gesundheitsverhalten wie ausgeprägt als risikobehaftet angesehen werden und auf welcher wissenschaftlichen Grundlage das vorgestellt wird. Eine Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse dieses Workshops finden Sie im Anschluss an die Beiträge der Referenten.

E.-M. Backé

Korrespondenzadresse

Dr. E.-M. Backé

FG 3.1 Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Nöldnerstraße 40-42, 10317 Berlin
backe.eva-maria@baua.bund.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Backé, U. Latza, U. Wegewitz und A. Seidler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Fischhoff B (2011) Duty to Inform. In: Food and Drug Administration (Hrsg) Communicating Risks and Benefits: An Evidence-Based User's Guide. US Department of Health and Human Services, Silver Spring, S 19–29
2. Gesundheitsüberwachung bei Beryllium-Exposition und diagnostisches Vorgehen bei beryllium-assoziiierter Erkrankung (2012) S3 Leitlinie, AWMF Registernummer 002/023, ISBN-Nr.: 978-3-9811784-7-0 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/002-032L_S3_Beryllium-Exposition_Gesundheits%C3%BCberwachung_Beryllium_assoziierter_Erkrankungen_2012-11_01.pdf. Zugriffen: 27.06.2014
3. Risikokommission (Hrsg) (2003) ad hoc-Kommission „Neuordnung der Verfahren und Strukturen zur Risikobewertung und Standardsetzung im gesundheitlichen Umweltschutz der Bundesrepublik Deutschland“. Abschlussbericht der Risikokommission. Limbach Druck- und Verlag GmbH, Braunschweig http://www.apug.de/archiv/pdf/RK_Abschlussbericht.pdf. Zugriffen: 27.06.2014
4. Wegewitz U, Weikert B (2014) Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen in der Arbeitswelt (Abstract). 54. Wissenschaftl Jahrestagung der Dt Ges Arbmed Umweltmed (DGAUM), 2.-4. April 2014, Dresden. Umweltmed Hygiene Arbeitsmed 19(2):127–128 http://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Jahrestagungen/2014/Programme/DGAUM_2014_UHA_2_2014_neu.pdf. Zugriffen: 27.06.2014
5. Wiedemann M, Mertens J (2005) Sozialpsychologische Risikoforschung. TATuP 3:38–45. http://www.tatup-journal.de/downloads/2005/tatup053_wi-me05a.pdf. Zugriffen: 27.06.2014
6. Wriedt H (2012) Schritte zur Anwendung des AGS-Konzeptes zur Minimierung krebserzeugender Stoffe. Seminare – BAuA-Symposium „Das Risikoakzeptanzmodell als Instrument für die Prävention bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden Gefahrstoffen“ S13. 52. Jahrestagung Dt Ges Arbmed Umweltmed (DGAUM), 14.-17. März 2012, Göttingen. ISBN: 978-3-9811784-6-3, S654-656 http://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Tagungsbaende/DGAUM_Tagungsband_2012.pdf. Zugriffen: 27.06.2014
7. Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3882) geändert worden ist. <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>. Zugriffen: 02.06.2014

DFG-Senatskommission legt 50. MAK- und BAT-Werte-Liste vor

Die Ständige Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe am Arbeitsplatz der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) legt zum 50. Mal die MAK- und BAT-Werte-Liste vor. Sie enthält 65 Neuaufnahmen und Änderungen und ist neben der gedruckten Form auch digital im Open Access abrufbar. Unter anderem enthält die aktuelle Liste wichtige Änderungen für Dichlormethan. Für diese Verbindung hat die Kommission einen MAK-Wert von 50 ml/m³ festgelegt. Schwangere sollten den Stoff ganz meiden. Erstmals einen MAK-Wert erhalten hat Tetrafluorpropen, das in Klimaanlage von Autos zum Einsatz kommen könnte. Auch für Diacetyl hat die Kommission einen MAK-Wert erarbeitet. Der Stoff wird in der Produktion von Mikrowellenpopcorn verwendet und greift die Lunge an. Auf Basis eines 2010 etablierten Verfahrens zur Übertragung von Tierversuchsergebnissen auf den Menschen zur Ableitung von MAK-Werten hat die Kommission die letzten zwei von insgesamt 37 Stoffen überprüft und diesen Prozess damit abgeschlossen: So wurde der Wert für Diethylhexylphthalat (DEHP) auf 2 mg/m³ gesenkt und der für Diazinon beibehalten. Zu allen überprüften Stoffen liegen ausführliche wissenschaftliche Begründungen vor, die die Entscheidungsprozesse der Kommission transparent darlegen. Vorschläge für Änderungen und Neuaufnahmen stehen bis zum 31. Dezember 2014 zur Diskussion. Bis dahin können dem Kommissionssekretariat neue Daten oder wissenschaftliche Kommentare vorgelegt werden.

Quelle: DFG, www.dfg.de