

Rainer Müller: „Entwicklung der Erwerbsarbeit – Eine Herausforderung für die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin“, in: H.-U. Deppe, W. Burkhardt (Hg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg 2002: VSA-Verlag, S. 136-144

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach G 20 "Lärm" sind seit 1992 von 740.000 auf über 900.000 pro Jahr angestiegen. Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten wegen Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) hat sich im selben Zeitraum von weniger als 4.000 auf knapp 7.000 fast verdoppelt. Die Kosten für diese Berufskrankheit haben sich von 240 Mio. (1992) auf mehr als 400 Mio. DM erhöht. Diese Tatsachen verleiten den stellvertretenden Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., das deutsche System des Arbeitsschutzes auf "seine Notwendigkeit und Wirksamkeit" hin zu befragen; denn Berufskrankheiten wegen Lärm sind beim heutigen Stand der technischen und organisatorischen sowie persönlichen Arbeitsschutzmöglichkeiten "völlig vermeidbar" (Eichendorf 2000: 35-37).

Ein Hochschullehrer für Arbeitsmedizin sieht "erhebliche Probleme in der flächendeckenden Qualitätssicherung, der effektiven Nutzung der Untersuchungsergebnisse" der Betriebsmedizin und "für die gesundheits- und leistungsrelevanten Wirkungen moderner Arbeit ein erhebliches Defizit in der Methodik" der Arbeitsmedizin (Scheuch 2000: 260).

Wenn an Effektivität und Effizienz der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin selbst bei völlig vermeidbaren Gefährdungen wie Lärm gezweifelt wird, wo also Wissen, methodische Kompetenz und präventive Handlungsfähigkeit hinreichend gegeben ist, um wie viel mehr begründet ist ein Zweifel an der Kompetenz und Qualifikation der Arbeitsmedizin bzw. der Betriebsärzte und Betriebsärztinnen hinsichtlich der Wahrnehmung, Bewertung und präventiven Intervention von Belastungen bzw. Gefährdungen, die nicht mit dem naturwissenschaftlichen Modell der Klinik, der Physiologie bzw. Toxikologie angehbar sind. Dies ist ja auch der Hintergrund der Frage von Scheuch.

Das Arbeitsschutzgesetz hat folgendes Verständnis von Gefährdung: Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben

1. durch die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. durch physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. durch die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. durch die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. durch unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

Das Arbeitssicherheitsgesetz verlangt ähnliche umfangreiche Kompetenzen von den Betriebsärzten und -ärztinnen. Nach § 3 gehört es zu ihren Aufgaben, den Arbeitgeber in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen, insbesondere mitzuwirken bei der Planung, Ausführung, Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen, bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen, bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln, bei arbeitsphysiologischen, -psychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, bei der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung, bei der Organisation der Ersten Hilfe und bei

Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behindter in den Arbeitsprozess.

Die staatliche Sozialpolitik mit diesen gesetzlichen Verpflichtungen und damit das öffentliche Interesse am „Gemeinwohl“ stellt die Betriebsmedizin als Institution wie auch die einzelnen Betriebsärzte und Betriebsärztinnen vor hohe Herausforderungen. Die Anforderungen an ihre Kompetenz bei der Arbeitsanalyse, bei der menschengerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen und bei der Beratung von Management bzw. Betriebsrat und die Untersuchung sowie Beratung von einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind von einem Betriebsarzt bzw. einer Betriebsärztin als Einzelperson nicht zu erfüllen. Betriebsärzte sind somit strukturell überfordert.

Die Frage ist nun, wie die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin als Institution bzw. Profession mit diesem Widerspruch umgeht. Welche Diskurse und Debatten werden in den Verbänden, wissenschaftlichen Einrichtungen und betriebsärztlichen Diensten dazu geführt? Wie ist die personelle, inhaltliche, qualifikatorische und arbeitsrechtliche Ausstattung, wie die organisatorische betriebliche und überbetriebliche Einbindung bzw. Kooperation mit anderen Disziplinen des arbeitsweltlichen Gesundheitsschutzes, um diesen Ansprüchen wohlfahrtsstaatlicher Sicherungspolitik Genüge zu tun (Müller/Schulz 1994).

Für die Arbeitsmedizin gilt nun Folgendes: Die komplexen Belastungs- und Beanspruchungssituationen, mit dem besonderen Gewicht der psychosozialen Beanspruchungen, sind nicht mit den Modellen der klinischen Arbeitspathologie, Arbeitsphysiologie und Toxikologie analytisch zu erfassen und von daher ergeben sich daraus nur eingeschränkt präventive Strategien. Die Arbeitsmedizin hat sich, wie die Medizin generell, um eine psychosomatische Krankheitslehre zu bemühen und in diesem Krankheitsmodell sind die modernen Erkenntnisse der Stressforschung und der Ressourcenforschung, einschließlich der biographischen Medizin, zu integrieren. Hierzu liegen entsprechende Konzeptionen vor. Allerdings geht es nicht mehr nur um Risiko und Krankheit bzw. gesundheitliche Schädigung, sondern um die Frage, was hält Menschen gesund auch in schwierigen Situationen. Zu dieser Frage wurden salutogenetische Konzeptionen als komplexe Modelle der Stressforschung, der Psychoimmunologie und der Soziologie entwickelt. In präventive und rehabilitative Konzepte der Gesundheitsförderung sind sie zum Teil eingeflossen (Müller 2001).

Für die Betriebsmedizin lässt sich aus dieser Bilanzierung schließen, dass der Rückzug auf Diagnostik am Menschen auch mit der Perspektive der Früherkennung von Krankheitszeichen nicht mehr ausreicht, sondern Arbeitsanalyse und Beratung der Akteure im Betrieb eine Erweiterung des Wissenskanons und der Sichtweise sowie eine Kompetenz zur Kooperation mit anderen Experten der Ingenieurwissenschaft, Arbeitspsychologie und -soziologie ansteht. Die Notwendigkeit zur Kooperation ist gegeben wegen der komplexen Situationen in der Arbeitswelt, die sich aus der dynamischen Entwicklung der durch Ökonomie und Technologie bestimmten kapitalistischen Arbeitswelt ergeben. Diesem kapitalistischen Prozess mit seinen negativen Wirkungen auf Umwelt und Humanvermögen und den dabei anfallenden finanziellen und sozialen Kosten sollen die sozialstaatlichen Regulierungen und Steuerungen entgegenwirken bzw. dieser Dynamik vielleicht eine präventive und ökologische Wende geben. Die Herausforderungen erwachsen auch aus den Ansprüchen an eine sinnvolle, qualifikationsangemessene, familiengerechte und existenzsichernde Arbeit seitens der Erwerbsbevölkerung.

Zu dem ersten Komplex der Herausforderungen, nämlich der technologisch-ökonomischen Entwicklung, sollen einige schlaglichtartige Charakterisierungen genannt werden: Rückgang der Industrie, Ausweitung des 3. Sektors, also Zunahme von Dienstleistungsarbeitsplätzen in den verschiedenen Sparten in der Bandbreite

von akademischen Berufen über Bankkauffrau, Krankenschwester, Verkäuferinnen, bis hin zu Putzfrau (Tertiarisierung, Subjektivierung von Arbeit, Ökonomisierung der "Ressource Ich"); wachsender Anteil von Frauen im Erwerbsleben; Flexibilisierung von Arbeitszeit (Teilzeitarbeit, Heimarbeit, Schichtarbeit, Nachtarbeit, kapazitätsorientierte Arbeitszeit, Entgrenzung von Arbeitszeit); Flexibilisierung der Erwerbsverläufe mit Unterbrechungen wegen zum Teil Arbeitslosigkeit bzw. Kindererziehung; Internationalisierung/Globalisierung der Märkte mit Konsequenzen des verschärften Wettbewerbs; rasante Ausbreitung der modernen Informations- und Kommunikationstechniken, damit zunehmende inner- und überbetriebliche Vernetzung (just in time, massenhafte „Computerarbeit“); Chemisierung der Produktion; modernes Management (lean production mit modernen Führungs- und Planungskonzepten); Entstandardisierung des Normalarbeitsverhältnisses, d.h. weniger beamten- bzw. facharbeitermäßige, sondern befristete Arbeitsverträge, Leiharbeit, geringfügig bezahlte Arbeit, neue Selbständigkeit; Segmentierung des Arbeitsmarktes in gute Jobs mit Forderungen nach Hoch- und Höchstqualifikation und schlecht bezahlte Gelegenheitsjobs auf der anderen Seite; strukturelle Arbeitslosigkeit faktischer Art bzw. drohender Arbeitsplatzverlust; demographische Entwicklung bzw. Gesellschaft mit langem Leben; (der Anteil der unter dreißigjährigen Erwerbspersonen in Deutschland ist mittlerweile geringer als der Anteil der über fünfzigjährigen; im Jahre 2020 wird das Verhältnis 20 % zu 40 % sein); Migration, legale bzw. illegale Zuwanderung aus anderen Ländern.

Diese Prozesse bzw. darauf reagierende Verhaltensweisen der Unternehmen lassen sich unter dem Begriff Rationalisierung zusammenfassen. Man kann eine technische, ökonomische und soziale Rationalisierungsstrategie unterscheiden, allerdings werden sie immer zusammen angewandt, sowohl in den Betrieben als auch zwischen den Betrieben bzw. Selbständigen. Man spricht deshalb auch von einer systemischen Rationalisierung zur Steigerung von Profitabilität, Produktivität und Effektivität und dies in einer betriebswirtschaftlichen und weniger nationalökonomischen, erst recht nicht in einer gemeinwirtschaftlichen Bilanzierung.

Welche Gefahren für Leben und Gesundheit, welche Belastungen und Beanspruchungen ergeben sich aus diesen Entwicklungen an den je konkreten Arbeitsplätzen, Tätigkeiten in kurz- bzw. langfristiger Perspektive bei den je konkreten Arbeitspersonen?

Wir wissen darüber systematisch und differenziert eher wenig. Die arbeitsweltbezogene Gesundheitserhebung ist hoch defizitär. Die für den betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutz zuständigen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen haben bislang keine entsprechenden Anstrengungen zum Monitoring, Controlling, d.h. zur Transparenz unternommen. Die arbeitsmedizinischen Institute der Universitäten, erst recht die betriebsmedizinischen Großeinrichtungen fallen auch nicht als Innovationsträger auf. Arbeitsmedizinische Dienste der Berufsgenossenschaften üben sich erst im Aufbau einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung. Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin hat 1996 eine zweite europäische Umfrage über Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme an 1.000 ArbeitnehmerInnen je Mitgliedsstaat durchgeführt. 30 % klagen über arbeitsbedingte Rückenschmerzen und psychosozialen Stress. 37 % führen repetitive und 45 % monotone Tätigkeiten aus. Körperliche Risiken, wie Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe, Heben und Tragen schwerer Lasten sind sehr verbreitet (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1997).

Diese Ergebnisse decken sich mit den repräsentativen Befragungsdaten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit und des Bundes-

instituts für Berufsbildung aus dem Jahre 1991/92 und 1996 sowie mit den neueren Daten dieses Instituts aus den Jahren 1998/99. Etwa 20 bis 30 % von allen Beschäftigten klagen über klassische Belastungen wie Heben und Tragen schwerer Lasten (20 kg), Lärm, Gase, Stäube, Dämpfe, klimatische Belastungen, Zwangshaltung und Schichtarbeit. Die psychisch-sozialen Belastungen werden deutlich häufiger genannt; so wird Zeitdruck, Stress, Monotonie, starke Konzentration von rund 50 bis 60 % der Befragten artikuliert (Jansen 2000: 5-30).

Als Fazit lässt sich festhalten, es bestehen die klassischen Belastungen und Beanspruchungen fort, zu denen die Arbeitsmedizin als Pathologie, Physiologie und Toxikologie entsprechende Aussagen gemacht und präventive Praxis entwickelt hat. Weiterhin sind und werden in einer beträchtlichen quantitativen und qualitativen Größenordnung die psycho-sozialen Belastungen und Beanspruchungen relevant.

Was wissen wir über die Ansprüche an die Qualität der Erwerbsarbeit, über die gestiegenen kulturellen und sozialen Ansprüche an die Qualität der Arbeit? Demoskopische Umfragen und Studien zeigen, dass eine emotional positiv gefärbte Erfahrung der Arbeitstätigkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat. Andererseits wird aber auch sichtbar, dass die Anspruchs- und Interessensprioritäten in den letzten 15 Jahren relativ konstant geblieben sind und arbeitsinhaltliche Aspekte auch in Relation zu materiellen und konsumptiven Ansprüchen nach wie vor überwiegen. Auf die Frage, „Würden sie eine interessante, aber nicht so gut bezahlte Arbeit oder eine uninteressante, aber gut bezahlte Arbeit vorziehen?“, antworteten 1990 60 %, sie würden eine interessante und nicht gut bezahlte Arbeit präferieren. Die Bedeutung von Erwerbsarbeit als zentraler Wertorientierung liegt immer noch hoch und ist in den mittleren Lebensjahren am höchsten, allerdings abhängig von Niveau der Ausbildung. Beruf und Erwerbsarbeit haben nach wie vor einen hohen Stellenwert in den Lebensentwürfen junger Menschen. Insbesondere bei jungen Frauen hat deren Bedeutung noch zugenommen. Allerdings haben die Ansprüche nicht mehr den Ausschließlichkeitscharakter wie in früheren Jahrzehnten. Arbeit und Beruf sind ein gleichberechtigter Lebensbereich wie Familie, Freizeit und Konsum (Marstedt, Mergner 1995: 102).

Von erheblicher Bedeutung ist in den letzten Jahren der Wunsch nach mehr Zeitsouveränität, d.h. also nach betrieblichen Arbeitszeitregelungen gewachsen, die im Einklang mit familiären und sozialen Interessen stehen. Die Ansprüche hoch qualifizierter Arbeitsnehmergruppen waren schon immer in sehr starkem Maße auf inhaltlich anspruchsvolle, selbstverantwortliche und entscheidungskompetente Tätigkeiten gerichtet. Seit einigen Jahren wird jedoch deutlich: Interessen an arbeitsplatznaher Mitbestimmung und Partizipation, ebenso wie Erwartungen im Hinblick auf einen demokratischen Führungsstil und eine soziale Anerkennung von Leistungsbereitschaft haben ihren elitären Charakter weitgehend verloren. Sie sind inzwischen bei allen Beschäftigtengruppen verbreitet und dort auch als vorrangige Veränderungsprioritäten in der Arbeitswelt maßgeblich (Marstedt/Mergner 1995: 104, 105).

In den letzten Jahren hat die Orientierung an Gesundheit und gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen ebenfalls eine starke Aufwertung erfahren. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren unterliegen nicht mehr ohne weiteres einem Verdrängungs- oder Bagatellisierungsmechanismus.

Zum dritten Komplex, den sozialstaatlichen Anforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin, wie sie sich aus den neuen, der Public-Health-Tradition verpflichteten, Konzeptionen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes ergeben und welche durch die Regelungen der europäischen Union im Wesentlichen geprägt sind, ist Folgendes zu sagen:

Arbeits- und Betriebsmedizin ist beteiligt an den drei Funktionen sozialstaatlicher Aufgabenstellungen:

- In der Schutzfunktion hat Arbeits- bzw. Betriebsmedizin bei der Prävention und Rehabilitation gegenüber arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Schädigungen mitzuwirken.
- Bei der Verteilungsfunktion hat die Arbeits- und Betriebsmedizin zum Ausgleich zwischen Leistungsfähigen und Leistungsbeeinträchtigten in den Betrieben ausgleichend beizutragen.
- Bei der Förderung der Produktivität der Beschäftigten, ist sie aufgefordert mitzuwirken, die Gesundheit und damit das Arbeitsvermögen zu erhalten, zu steigern bzw. wiederherzustellen.

Das Wirken von Betriebsmedizin als Teil des Arbeitsschutzes im Betrieb kann also unter der Denkfigur "Public Health in Private Company" diskutiert werden. Arbeitsschutz soll insofern eine wohlfahrtsstaatliche Funktion erfüllen, indem die sozialen Kosten dadurch minimiert werden, dass ein sozialer Schutz des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin mit entsprechender rechtstaatlicher Gewährung zur Verfügung gestellt wird. Arbeitsschutz als Aktion von Public Health sichert in dieser Sichtweise die Individualrechte des einzelnen Arbeitnehmers/der einzelnen Arbeitnehmerin in Bezug auf das grundgesetzlich garantierte Recht auf Unversehrtheit des Körpers, also Gesundheit.

Allerdings kann die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin diese drei sozialstaatlichen Funktionen effektiv und effizient nur dann mitgestalten, wenn sie in einer integrativen und kooperativen Weise mit anderen Fachvertretern innerhalb von Kompetenzzentren zusammenarbeitet. Hauptgegenstand einer derartig angelegten Arbeitsschutzberatung ist die gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung, selbstverständlich unter Einschluss der klassischen arbeitsmedizinischen Fragestellungen. In einer derart gestalteten Organisationsberatung sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitsnehmer keine Patienten mehr, sondern die arbeits- und sozialmedizinische Einzelberatung ist einzubetten in ein Gesamtkonzept der Organisationsberatung. Neben den fachlichen, sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Kompetenzen sind auch solche der soziologischen, psychologischen und pädagogischen Art gefragt. Anstatt einer an starren Einsatzzeiten orientierten Regelbetreuung, ist eine problemgerechte Bedarfsbetreuung zu entwickeln. Präventionsberatung meint in einem solchen Verständnis mehr als Informationsvermittlung. Das zu beratende System Betrieb ist in seinen soziökonomischen, soziokulturellen und psychologischen Dimensionen wahrzunehmen und zu beraten. Eine komplexe Beratung kann umso eher gelingen, wenn sie eingebettet ist in multidisziplinäre arbeitswissenschaftliche Teams, die in regionalen Kompetenzzentren angesiedelt sind. Ein multidisziplinär organisiertes Kompetenzzentrum wäre geeignet, im regionalen Umfeld unter Wahrnehmung des dort herrschenden arbeitskulturellen Milieus in einen Dialog mit regionalen Repräsentanten des Arbeitsmarktes, also Unternehmern, Gewerkschaftern, Kammern wie auch Vertretern von Krankenkassen, Unfallversicherungen und Rentenversicherungen einzutreten. Sie könnten beteiligt sein an Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen sowie Kampagnen zur Stärkung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung. Solche Empowerment-Kampagnen richten den Blick eher auf die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschäftigten sowie ihre Interessen an Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit. Das kreative Wissen der Beschäftigten und ihre Interessen an der humanen Gestaltung der Arbeitsbedingungen werden genutzt. Eingebettet in eine derartig sensibilisierte Wirtschaftsregion, könnten Betriebsberatungen im Sinne des umfassenden Gesundheits- und Arbeitsschutzes fruchtbare und effektiver gestaltet werden. Gesundheit im Betrieb würde in diesem Zusammen-

hang auch zu einem neuen Verständnis von Management führen. Gerade für Klein- und Mittelbetriebe können derartige arbeitswissenschaftliche regionale Kompetenzzentren von hoher Relevanz sein, da sie sich eindeutig den Fragen von Effektivität und Effizienz der Beratungsleistung stellen. Es muss nämlich die Frage gestellt werden, ob durch die Ausweitung der sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Beratung durch die neuen gesetzlichen Regelungen mit einer einher gehenden Verwettbewerblichkeit und Verbetriebswirtschaftlichung der expertlichen Unternehmensberatung in puncto Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin die notwendige Qualität, Seriosität gegeben ist und auch dadurch Nutzen gestiftet wird. Ähnlich sind die Erwartungen der IG Metall an die zukünftige betriebsärztliche Betreuung, wenn sie schreibt: "Um eine flächendeckende Betreuung kleinerer und mittlerer Betriebe auf einem hohen Niveau erreichen zu können, sind auf regionaler und branchenspezifischer Ebene solche Betreuungsformen zu fördern, die nach den Prinzipien von arbeitswissenschaftlichen interdisziplinären Beratungs- und Betreuungsteams arbeiten" (IG Metall-Vorstand 2000: 9).

Literatur

Eichendorf, Walter (2000): Grußwort auf der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. vom 15. bis 18. Mai 2000 in Berlin. In: Schäcke, Gustav, Lüth, Peter (Hg.): Arbeitsmedizin im Wandel - bewährte Strategien und Herausforderungen. Rindt-Druck, Fulda

Europäische Stiftung zur Verbesserung und Lebens- und Arbeitsbedingungen (1997): 2. Europäische Umfrage über Arbeitsbedingungen, Dublin/Irland

IG Metall-Vorstand, Abteilung Sozialpolitik (2000): Eckpunkte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebsärztliche Betreuung, Frankfurt

Jansen, Rolf (2000): Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In: Badura, Bernhard, Litzsch, Martin, Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 1999 - Zahlen, Daten, Fakten aus allen Bereichen der Arbeitswelt, Heidelberg

Marstedt, Gerd, Mergner, Ulrich (1995): Gesundheit als produktives Potential, Berlin: 102

Müller, Rainer (2001): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes, Bremerhaven

Müller; Rainer, Thomas Schulz (1994): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken. Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz, Bremerhaven: 191-220

Scheuch, Klaus (2000): Arbeitsmedizin im Wandel - bewährte Strategien und neue Herausforderungen. In: Schäcke, Gustav, Lüth, Peter (Hg.): Arbeitsmedizin im Wandel - bewährte Strategien und Herausforderungen. Dokumentationsband über die 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Fulda: 254-268