

2 PROBLEMSTELLUNG

Diese Arbeit behandelt Anpassungsprobleme der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems an sich wandelnde Anforderungen durch die zunehmende Häufigkeit von chronischen Erkrankungen. Inwiefern die vorhandenen historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen Beharrungstendenzen hinsichtlich der Anpassung an den Bedarf chronisch Kranker aufweisen und welche ordnungspolitischen Versuche zur Annäherung von Strukturen und Bedarfen bereits erfolgten, ist Inhalt von Kapitel 2.1. Daran anschließend wird in Kapitel 2.2 die Versorgung von Diabetikern (Typ 2) [T2D] vertiefend untersucht. Am Beispiel dieses paradigmatischen Bereichs der Behandlung chronisch Kranker wird dargelegt, dass in einzelnen Feldern der Gesundheitsversorgung durchaus Prozesse des institutionellen Wandels bei gleichzeitig hoher Beharrungstendenz des Gesamtsystems zu beobachten sind.

2.1 Das deutsche Gesundheitssystem: Beharrung trotz Wandlungsdruck?

Aus einer langfristigen historischen Perspektive wird dem deutschen Gesundheitssystem in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung „...eine geradezu beharrliche ‚Pfadabhängigkeit‘ unterstellt...“ (Wendt 2003, S. 97). Diese Einschätzung wird gestützt durch die Langlebigkeit institutioneller Strukturen, die vor über 140 Jahren geschaffen wurden und erhebliche politische Umbrüche ‚überlebten‘ [Weimarer Republik 1918, Nationalsozialismus 1933, Neuaufbau nach dem zweiten Weltkrieg 1945, die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten 1989]. In diesem Zeitraum hat sich nichts an dem Prinzip der Selbstverwaltung der Krankenversorgung [Versicherung und Leistungserbringung] geändert (Wendt 2003, S. 97; Hedde 2009, S. 138). Dieses Prinzip beinhaltet die ‚Verhandlung‘ als *Regulierungsinstrument*, welches abzugrenzen ist vom Instrument der ‚Hierarchie‘ [nationales Gesundheitssystem] oder dem des ‚Wettbewerbes‘ [privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitssystem] (Wendt 2005, S. 88). Der institutionalisierten Selbstverwaltung als typischer Ordnungsform im deutschen Gesundheitssystem wohnt ein „...Zwang zur Kompromißbildung...“ (Mayntz 1997, S. 219) zwischen den Interessen der Krankenkassen und denen der kassenärztlichen Vereinigungen inne. Gegen direkte politische Steuerung -

vergleichbar mit einem nationalen Gesundheitssystem [z.B. Großbritannien] - ist eine solche Ordnungsform häufig resistent.

Zwar ist im System der Selbstverwaltung im Vergleich mit den Ordnungsformen ‚Wettbewerb‘ und ‚Hierarchie‘ nicht zwangsläufig die Problemlösefähigkeit der Gesundheitsversorgung eingeschränkt (Mayntz 1997, S. 235). Dennoch verweisen für das deutsche Gesundheitssystem kennzeichnende strukturelle Merkmale auf eine Hyperstabilität, die den Verdacht erweckt, dass die Problemlösefähigkeit doch als verzögert gelten kann. Zu diesen strukturellen Merkmalen gehört u.a. die regelmäßig von Experten beanstandete Entkopplung der ambulanten und stationären Behandlungssektoren (Glaeske et al. 2001, S. 7), sowie die schwach ausgeprägte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer (SVR 2007, S. 29). Mit der seit 1932 bestehenden gesetzlichen Zuweisung der Sicherstellung der ambulanten Versorgung an die kassenärztlichen Vereinigungen und der seit 1945 wirksamen Verantwortungsübergabe der stationären Übergabe an die Länder hat sich die Sektorentrennung institutionell verfestigt (Rosenbrock und Gerlinger 2006, S. 253). Historisch gewachsene institutionelle Strukturen führten auch zu einer geringen Bedeutung von nicht-ärztlichen Berufsgruppen in der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen und so zu einer starken Arztzentrierung (Döhler 1997, S. 167).

Angesichts dieser beobachtbaren strukturellen Hyperstabilität ist das sozialwissenschaftliche Interesse für eine naheliegende Überlegung geweckt: „Löst das älteste System heutige Probleme?“ (Wendt 2009, S. 92). Mit dieser Frage beschäftigen sich die Gesundheitsexperten aus Wissenschaft, Politik und Wirtschaft bereits seit den 70er Jahren. Neue Relevanz gewinnt diese Frage durch das sich rasch wandelnde Krankheitsspektrum, das sich infolge des demografischen Wandels zunehmend von akuten zu chronischen Krankheiten verschiebt (Maaz et al. 2007). Da chronisch Kranke einer spezifischen Gesundheitsversorgung bedürfen und eine ineffektive Versorgung hohe Folgekosten für die Gesellschaft verursacht, steht das Gesundheitssystem in diesem Bereich unter besonderem Anpassungsdruck.

2.1.1 *Der Wandel des Krankheitsspektrums als Herausforderung*

Die Zunahme der chronischen Krankheitslast ist nicht auf Deutschland oder die industriellen Länder beschränkt, sondern ist als weltweites Problem erkannt (Yach et al. 2004). Studien haben gezeigt, dass mit der ökonomischen Entwicklung einer Volkswirtschaft geradezu gesetzesartig die Zunahme von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (z.B. Übergewicht durch Fehlernährung, Tabakkonsum) einhergeht, die chronische Krankheiten (z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen) befördern. (Popkin und Doak 1998; Yach 1990). Ein weiterer Grund für die Zunahme chronischer Krankheitsbilder ist die Umformung bedrohlicher akuter Krankheiten in unheilbare chronische Krankheiten [z.B. onkologische Erkrankungen oder HIV/AIDS], welche durch den medizinischen Fortschritt ermöglicht wurde. (Nolte und McKee 2008a, S. 1–2). Nach Angaben der World Health Organization [WHO] waren 2006 59% aller Todesfälle weltweit durch nicht übertragbare chronische Krankheiten verursacht; dies entsprach einem Anteil von 46% der gesamten Krankheitslast¹ (Maaz et al. 2007, S. 5).

Weltweit fokussieren Gesundheitssysteme eher auf die Behandlung und Versorgung akuter denn chronischer Krankheiten. Dies liegt darin begründet, dass die historische Entwicklung eines Gesundheitssystems typischerweise mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ihren Anfang nahm [World Health Organization 2002, S. 29; Yach et al. 2004, S. 2620–2621]. Die Behandlung chronischer Krankheiten trat erst viel später mit weiteren Fortschritten im Lebensstandard² und mit der Implementierung von medizinischen Innovationen als Anforderung hinzu.

Die Behandlung akuter und chronisch kranker Menschen setzt jeweils unterschiedliche Versorgungsstrukturen und –prozesse voraus. Akute Krankheiten sind zeitlich begrenzt, erfordern aber zugleich häufig unmittelbare Intervention des Gesundheitspersonals. Behandlungsprozesse sind in der Regel linear strukturiert und folgen einem „...sequentiellen Krankheitsverlauf...“ (Schwartz und Helou 2000, S. 134). Dieser besteht aus zeitlich getrennten Phasen, in denen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation oder Pflege in der Logik eines akuten Krankheitsverlaufs ergriffen werden. Die Organisation der Finanzierung von Leistung, Leistungserbringung und die Defi-

¹ Die „Krankheitslast“ ist laut WHO ein Maß für die Lücke zwischen aktuellem Gesundheitsstatus der Bevölkerung und einer idealen Situation, in der alle Menschen bis ins hohe Alter ohne Krankheit und Behinderung leben (World Health Organization 2009, S. 5).

² Dass der Ausbau des Lebensstandards einerseits die Lebenserwartung der Bevölkerung verlängert, aber andererseits auch deren gesundheitsschädliches Verhalten fördert, wirkt dabei wie ein Paradox, dem hier aber nicht weiter nachgegangen wird.

nition von Leistungsansprüchen institutionalisieren sich daher notwendigerweise auch nach diesen getrennten Phasen.

Die Versorgung chronisch Kranker erfordert eine Umformung dieser linear strukturierten Versorgungsprozesse. Die Herausforderung besteht vor allem in der Notwendigkeit eines langandauernden, intensiven und regelmäßigen Versorgungsmanagements zur Verhinderung von Langzeitfolgen. Diese auch als „sekundäre Prävention“³ bezeichnete Art eines Behandlungsprozesses hat das Ziel „... die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Ausbreitung und der Dauer einer bereits eingetretenen Gesundheitsstörung oder Krankheit zu reduzieren.“ (Hurrelmann 2006, S. 148). Verkomplizierend tritt noch die Tatsache hinzu, dass eine chronische Krankheit selten allein auftritt, sondern häufig mindestens zwei Gesundheitsstörungen aufeinander treffen. So hatten im Jahr 2002 zwei Drittel der deutschen Bevölkerung im Alter von über 55 Jahren mindestens zwei chronische Krankheiten [„Multimorbidität“] (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009, S. 57)⁴.

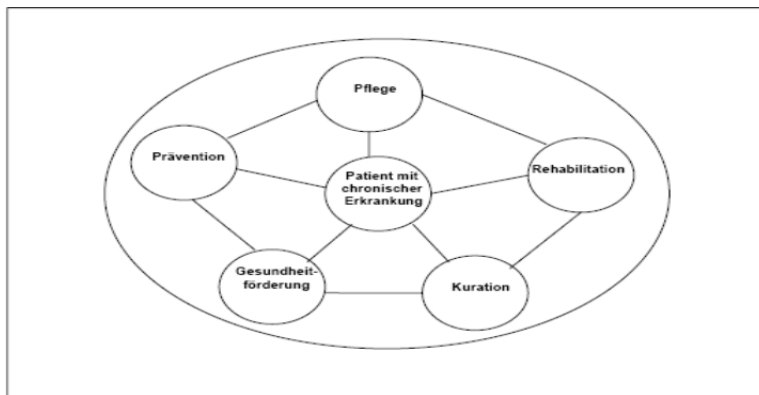
Verschiebt sich die Zahl der Behandlungsfälle von akuten zu chronischen Erkrankungen, so wird das linear strukturierte Versorgungssystem potenziell ineffizient, weil die Krankheitsverläufe zeitgleich verschiedene Maßnahmen erforderlich machen. Dies ist bei chronischen Krankheiten eher die Regel als die Ausnahme, so dass „...die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation oder Pflege...“ (Schwartz und Helou 2000, S. 135) erforderlich werden. Im Mittelpunkt eines solch komplexen Behandlungsprozesses sollte der chronisch kranke Patient stehen (siehe Abbildung 1). Eine zentrale Orientierung am Symptom und an der ärztlichen Leistungserbringung, wie in der Welt der akutmedizinisch orientierten Biomedizin üblich, wird von Experten als nicht zielführend angesehen, weil die hier nachgefragte Leistung in der Verbesserung und Erhaltung der bestehenden Lebensqualität im Zusammenhang mit der dauerhaften Gesundheitsstörung steht (Schwartz und Helou 2000, S. 134–135; Sach-

³ Der Sekundärprävention geht die Primärprävention voraus, also die Vermeidung einer Krankheit durch Reduktion der allgemeinen Risikofaktoren, ein Feld der „Public Health“-Forschung, welches hier nicht näher beleuchtet wird.

⁴Die drei häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland sind: koronare Herzerkrankungen, onkologische Erkrankungen oder Neubildungen und der erworbene Diabetes Mellitus [Typ II] (Maaz et al. 2007, S. 5). Die sehr stark vom Lebensstil beeinflusste koronare Herzerkrankung [Prävalenz: 9,5% bei Männern; 6,5% bei Frauen (Lange und Ziese 2011, S. 83)], machte 2001 20% aller Todesfälle in Deutschland aus, eine Quote, die weit über dem europäischen Durchschnitt liegt (Maaz et al. 2007, S. 8). Auf onkologische Erkrankungen oder Neubildungen [18% bei Männern; 17% bei Frauen] waren 2001 27% aller in Deutschland registrierten Todesfälle zurück zu führen (Maaz et al. 2007, S. 9).

verständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR] 1996, S. 30).

Abbildung 1: Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequentiellen chronischen Krankheitsverläufen (Schwartz und Helou 2000, S. 135)



Quelle: Schwartz, F.W. u. Helou, A. (2000)

Insgesamt verursachten chronische Krankheiten im Jahre 2010 in Deutschland drei Viertel der Todesfälle und hatten einen Anteil von einem Viertel aller Krankheitskosten (Lange und Ziese 2011, S. 54). Der Handlungsdruck zur Umformung der bestehenden Versorgungsstrukturen und -praktiken ist enorm und wird in der Zukunft noch steigen. Diesbezüglich mahnt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR]⁵ bereits seit Längerem [z.B. SVR 1996] notwendige strukturelle Änderungen zur Einstellung auf den Wandel des Krankheitspanoramas an. Ein vielbeachtetes und breit diskutiertes

⁵ Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [KAiG] wurde 1977 auf einer operativen Ebene als Instrument der freiwilligen Verhaltenskoordinierung geschaffen. Dieses Gremium bestand aus sämtlichen Akteuren des Gesundheitswesens. Da die Arbeit der KAiG als nur beschränkt erfolgreich angesehen wurde, berief der Arbeitsminister 1985 den Sachverständigenrat ein, der bis heute aus sieben Experten besteht und mindestens alle zwei Jahre ein Gutachten vorlegt (Frerich und Frey 1993, S. 270–271).

Signal ging vor allem von dem Gutachten von 2000/2001 aus. Es trug die Überschrift „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. In Band drei wurden die in einer aufwendigen Befragung von Mitgliedern der ‚Konzerten Aktion im Gesundheitswesen‘ [KAiG], von Fachgesellschaften sowie Betroffenenorganisationen festgestellten massiven Probleme mit Unter-, Über-, und Fehlversorgung von chronisch Kranken veröffentlicht. Es werden darin zahlreiche Beispiele aufgeführt, welche die „...These [unterstützen], dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst ist.“ (SVR 2002, S. 217–218). Gründe dieser Fehladaptation lägen in der akutmedizinischen und somatischen Orientierung der Leistungserbringung⁶, der Passivierung der Patienten, einem Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungskonzepten, fehlenden Anreizen für Kostenträger⁷ zur Ausweitung der Chronikerversorgung sowie in der unzureichenden Qualifikation von Ärzten und Pflegekräften (SVR 2002).

Insgesamt lassen sich auf der Systemebene der Gesundheitsversorgung institutionelle Strukturen identifizieren, die sich trotz Kenntnis ihrer potenziellen Ineffizienz im Zuge der Veränderung des Krankheitspanoramas gehalten haben. Dazu gehören die strikte Trennung der ambulanten und stationären Behandlungssektoren sowie die nur schwach entwickelte Zusammenarbeit unterschiedlicher ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen. Beide Merkmale führen zur Beibehaltung von primär als ‚linear‘ zu charakterisierende Versorgungsprozessen, welche den Anforderungen einer Versorgung von chronisch Kranken nicht gerecht werden können. Daher soll nun im folgenden Abschnitt interessieren, mit welchen gesundheitspolitischen Aktivitäten in den letzten 20 Jahren versucht wurde, die Anpassung des Versorgungssystems zu erreichen.

2.1.2 Ansätze zur ordnungspolitischen Reformierung der Gesundheitsversorgung

In internationalen Publikationen werden verschiedene Vorschläge diskutiert, wie sich die Rahmenbedingungen in Gesundheitssystemen verändern lassen, um die Qualität und die Kosten bei der Versorgung chronisch Kranker zu optimieren.

⁶ So wurden beispielsweise hohe akutmedizinische Leistungsvolumina [wie Koronarangiographie, PTCA, Stent-Implantationen etc.] bei den Behandlungen der koronaren Herzerkrankungen festgestellt, aber dagegen nur eingeschränkte Aufwendungen in der Prävention und Rehabilitation (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR] 2002, S. 65–66.)

⁷ Fehlende Anreize für Kostenträger tragen unter anderem dazu bei, dass chronische Krankheiten als „schlechtes Risiko“ definiert werden.

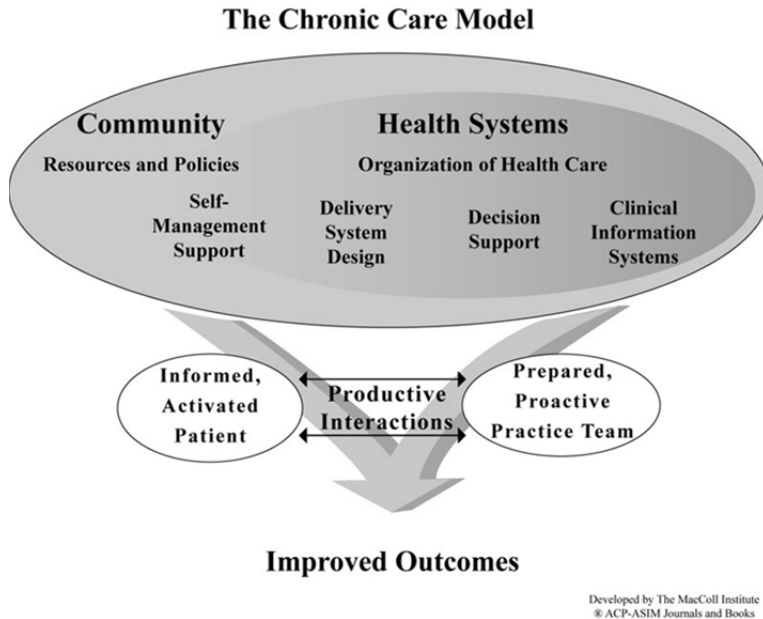
Auffallend ist die vielfältige Terminologie⁸, die auf einen Mangel an kohärenten Definitionen und Konzepten verweist (Nolte und McKee 2008b, S. 65). Je nach Art des Gesundheitssystems und der in Frage stehenden Behandlungssektoren können die strukturellen Ausgangsbedingungen und Ziele der Umgestaltung sehr unterschiedlich sein. Zudem beschäftigen sich verschiedene Disziplinen [z.B. Ökonomie, Medizin, Pflege] mit einer derartigen Modellentwicklung, womit verschiedene Perspektiven und Interessen verbunden sein können.

Übereinstimmung besteht allerdings darin, dass „...the traditional approach to healthcare that focuses on individual diseases and is based on a relationship between an individual patient and a doctor“ (Nolte und McKee 2008a, S. 4) heutzutage nicht mehr angemessen ist. Aus Sicht der Versorgungsforschung müsste bei der Chronikerversorgung viel stärker auf eine patientenzentrierte Versorgung fokussiert werden, in der eine Partnerschaft zwischen Patient und Gesundheitspersonal [jeglicher Disziplin] (Nolte und McKee 2008a, S. 4) angestrebt wird. Der chronisch Kranke sollte im Mittelpunkt eines Versorgungsprozesses stehen, welcher nicht auf das Kurieren der Krankheit abzielt, sondern auf die Verbesserung des funktionalen Status des Patienten, also auf die Verlängerung seiner Lebenszeit bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität (Grumbach 2003, S. 5).

Doch wie könnte eine solche Versorgung aussehen? Das bekannteste generalisierbare Konzept zur Optimierung der Versorgung chronisch Kranker ist das ‚Chronic Care Modell‘ [CCM], entwickelt in den USA von Wagner et al. 1998 [siehe Abbildung 2].

⁸ Die Modellbezeichnungsvarianten reichen von ‘integrated care’, ‘coordinated care’, ‘collaborative care’, ‘managed care’ zu ‘disease management’, ‘case management’, ‘patient-centered care’, ‘seamless care’ usw.

Abbildung 2: Das „Chronic-Care“-Modell nach Wagner et al. (Wagner 1998, S. Figure 1)



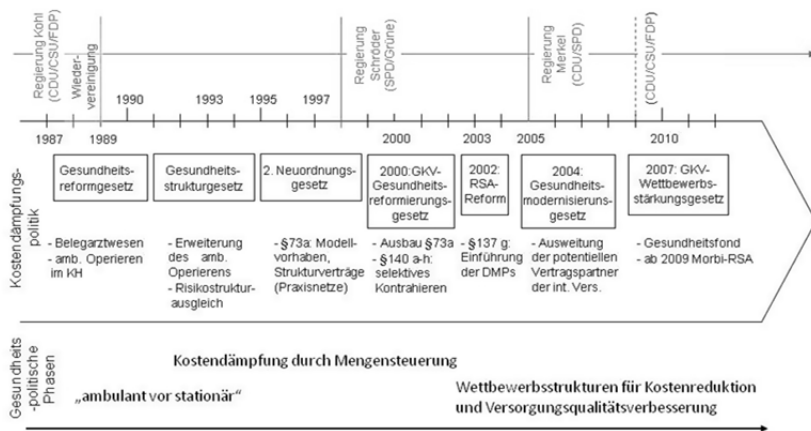
In diesem Modell sind auf *drei Ebenen der Gesundheitsversorgung* die relevanten Aspekte für eine angemessene Chronikerversorgung aufgeführt:

- Die *Mikroebene* der Versorgung betont die Partnerschaft zwischen Patienten, deren Familien, den Versorgungsteams sowie den lokalen Partnern am Wohnort [Sozialarbeiter, Vermieter etc.] (Wagner et al. 2001, S. 69).
- Auf der *Mesoebene* der Chronikerversorgung sind vier Kernelemente bedeutsam, welche die Interaktion zwischen dem aktivierten Patienten und dem proaktiv agierenden Praxisteam unterstützen sollen. Dazu gehören: die Unterstützung des Selbstmanagements des Patienten [z.B. durch Schulungen], ein vorgestaltetes Leistungserbringungsdesign [z.B. abgebildet in Leitlinien], die Unterstützung von Entscheidungen der Leistungsanbieter (z.B. durch Weiterbildungen) und klinische Informationssysteme (Wagner et al. 2001, S. 69-70).

- Mit der *Makroebene* verbunden sind die jeweiligen gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten, die im gesundheitspolitischen Kontext entschieden werden (Nolte und McKee 2008a, S. 76; Epping-Jordan 2004, S. 301).

Die notwendige ordnungspolitische Umformung der historisch gewachsenen makro-institutionellen Strukturen zu einem im Sinne des ‚Chronic Care Models‘ integrierten Versorgungssystem, gilt unter Gesundheitspolitikern und Wissenschaftlern als die *größte Herausforderung der Reform der Versorgungsstrukturen* (Rosenbrock und Gerlinger 2006, S. 252). Der durch den demografischen Wandel erzeugte Handlungsdruck auf die deutsche Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahrzehnten zu erheblicher ordnungspolitischer Dynamik geführt [siehe Abbildung 3].

Abbildung 3: Gesundheitspolitische Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem 1989-2009, eigene Darstellung



Diese Dynamik lässt sich im Wesentlichen charakterisieren als Übergang von der Phase der an *Kostendämpfung* orientierten Bemühungen der Mengensteuerung zur Phase der Schaffung von *wettbewerbslichen Anreizen*, die vor allem die Leistungserbringer im Sinne stärkerer Kostenkontrolle aber auch Qualitätskontrolle adressierten (Gerlinger 2002, S. 7).

Bis in die frühen 90er Jahre hinein waren ordnungspolitische Initiativen in der deutschen Gesundheitspolitik vom *Primat der ‚Kostendämpfung‘*⁹ geleitet und zielten nur in geringem Umfang auf die Anpassung der Versorgungsstrukturen an das veränderte Krankheitsspektrum. Bereits seit den 70er Jahren wurden Gesundheitsreformen eingeleitet, die vor allem im Sinne von erreichbaren Kosteneinsparungen unter dem Motto „ambulant vor stationär“ (Schaeffer und Ewers 2002) standen. Gleichzeitig erhoffte man sich aus der Verlagerung von stationären Behandlungen in die ambulante Versorgung eine bessere Durchlässigkeit der starren Sektorengrenzen¹⁰. Unter Beibehaltung der bestehenden Strukturen der Selbstverwaltung und des Kollektivvertrages sollten gesetzliche Veränderungen zu *Modellprojekten* für mehr Dynamik auf der Meso- und Mikroebene sorgen, welche sowohl die Sektorentrennung abschwächen [z.B. durch ambulantes Operieren] als auch die Interdisziplinarität stärken [z.B. durch die Gründung von Praxisnetzen] sollten. Damit wurde probiert, die Versorgungsbedingungen für chronisch Kranke anzupassen. Eine erkennbare Strukturreform blieb aber bis Ende der 90er Jahre aus (Gerlinger 2002, S. 11; Rosewitz und Webber 1990, S. 23).

Spätestens seit dem Gesundheitsreformierungsgesetz im Jahre 2000 wird deutlich, dass die Bedingungen der Leistungserbringung und deren Finanzierung stärker mit Hilfe von *wettbewerblichen Instrumenten* gesteuert werden sollen. Wettbewerbliche Strukturen wurden bereits auf der Kostenträgerseite mit der Einführung des freien Kassenwahlrechtes für Patienten ab 1996 implementiert. Für die Leistungserbringung traten 2000 wettbewerbliche Instrumente mit der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens¹¹ hinzu. Wettbewerb kann, muss aber nicht, zu einer Verbesserung der Qualität und Effizienz der Leistungserbringung führen¹² (Böckmann 2009, S. 10–11). Insofern wäre nun zu fragen, inwiefern signifikante strukturelle Veränderungen erreicht wurden, die zur Anpassung der Leistungserbringung bei der Versorgung chronisch Kranker geeignet wären.

⁹ Reiners (2009) spricht vom ‚Geist der Kostenexplosion‘, der im Zusammenhang mit einer Zeitreihenstudie von GKV-Ausgaben Geißler 1980, initiiert vom ehemaligen Sozialminister Heiner Geißler in Rheinland-Pfalz, „...aus der Flasche gelassen wurde...“ (Reiners 2009, S. 17). Danach wären nicht steigende Leistungsausgaben für die steigenden Kosten verantwortlich, sondern die schleichende Auszehrung der GKV-Einnahmen (Reiners 2009, S. 14).

¹⁰ Mehr Durchlässigkeit ließe sich beispielsweise durch ein optimiertes ‚Entlassmanagement‘ erreichen (Schaeffer 1993, S. 275).

¹¹ Selektives Kontrahieren bedeutet die vertragliche Vereinbarung der ärztlichen Leistungserbringung jenseits des Kollektivvertrags.

¹² Böckmann (2009) weist darauf hin, dass das Vorhandensein marktwirtschaftlicher Strukturen nicht unbedingt zu Wettbewerb im beabsichtigten Sinne führen muss, da die Ausgangsbedingungen und Problemwahrnehmungen von Akteuren sehr unterschiedlich sein können (Böckmann 2009, S. 10–11).

Ärztliche Verordnungspraktiken

Perspektiven am Beispiel der Diabetikerbehandlung

Reuter, A.

2014, XII, 248 S. 39 Abb., 6 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-04928-7