

Regionale Unterschiede in Arzneimittelverbrauch und -kosten

Bei den Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen innerhalb Deutschlands deutliche regionale Unterschiede. Diese Tatsache ist immer wieder Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte. In den neuen Bundesländern etwa liegen die Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten höher als in den alten Ländern. Daneben stechen besonders die Stadt-Staaten Berlin, Hamburg und Bremen mit ihren hohen Pro-Kopf-Ausgaben hervor. Als Ursache dieser regionalen Unterschiede wird oft ein unwirtschaftliches Ordnungsverhalten niedergelassener Ärzte in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) angeführt.

■ Bertram Häussler, Elke Hempel, Martin Albrecht und Silvia Klein

1. Ausgangslage

Die regionalisierte Betrachtung von Arzneimittelausgaben spielt in der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle, weil zahlreiche Instrumente zur Kontrolle der Ausgaben auf regionaler Ebene eingesetzt werden. Zum Beispiel werden im Rahmen der so genannten Bonus-Malus-Regelung, die mit dem Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) eingeführt wurde, KV-spezifische „Benchmarks“ gesetzt, mit der Empfehlung für andere KVen, sich an diesen Vorgaben zu orientieren. Ein weiteres Beispiel für die regionalisierte Betrachtung von Arzneimittelausgaben ist die Anpassung der Ausgabenvolumina nach § 84 SGB V.

Die Ursachen der regionalen Unterschiede werden jedoch nur selten beleuchtet. Häussler, Bentz und Nolting haben 1998 die Arzneimittelausgaben dahin gehend untersucht, ob sie auf Unterschiede der Morbidität, des subjektiven Krankheitsempfindens, Strukturen des Gesundheitswesens oder Zuzahlungsbefreiungen von Versicherten zurückzuführen sind. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass bei Berücksichtigung der Unterschiede in den Alters- und Geschlechtsstrukturen die Ausgaben in den östlichen Bundesländern nur 2,5 Prozent über jenen in den westlichen Ländern lagen. Auffällige Mehrausgaben wurden bei Herz-Kreislauf-Medikamenten und Antidiabetika ermittelt. Nicht ohne Grund: Bei den Indikationen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus besteht in den neuen Bundesländern eine deutlich höhere Sterblichkeit und ein erhöhtes Vorkommen der klassischen Risikofaktoren. Bereinigt um diese Morbiditätsunterschiede wiesen die östlichen Bundesländer sogar niedrigere Arzneimittelausgaben auf¹.

2002 schlossen Bohm et al. eine weitere Untersuchung zum Thema Benchmarking von Arzneimittelausgaben an, in der verzerrende Einflussfaktoren dargestellt und quantifiziert wurden. Demnach müssen die Effekte aus der Umlandversorgung, demografische Unterschiede, der Morbiditätsfaktor *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* sowie weitere Effekte beim Vergleich der Arzneimittel-Kennziffern zwischen verschiedenen Regionen berücksichtigt werden². Die Ergebnisse dieser Studie wurden jedoch auf Grund des Mangels aussagekräftiger Daten kritisiert³. Die Datenlage erlaube „es nicht, alle Einflussfaktoren in einer multifaktoriellen Studie zu berechnen.“ In der Tat basieren die beiden beschriebenen Untersuchungen auf Großhandelsdaten, die auch jene Arzneimittel enthalten, die Privatpatienten verordnet wurden. Seit Kurzem stehen nun Daten zur Verfügung, die nur die zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel enthalten. Für jedes Fertigarzneimittel kann mit Hilfe der Pharmazentralnummer (PZN) die Anzahl der Verordnungen, der Umsatz in Apotheken-Verkaufspreisen (AVP; brutto) und die Information, ob es sich um Parallelimporte, Generika oder Originalprodukte handelt, bestimmt werden. Diese Datenbasis erlaubt die Betrachtung einzelner Umsatzkomponenten.

Mit dem Arzneimittel-Atlas 2006 analysierten Häussler et al. erstmalig auf dieser Datenbasis die bundesweiten GKV-Arzmittelausgaben. Für zehn Komponenten lassen sich mit Hilfe des Arzneimittel-Atlas differenzierte Aussagen zu Umsatzveränderungen machen. In fast allen Indikationsgruppen nahm der Verbrauch 2005 gegenüber dem Vorjahr zu. Für die meisten Indikationen können im Arzneimittel-Atlas dafür medizinische Gründe ausgemacht werden⁴. Für 2007 ist ein neuer Atlas auf Basis der Daten von 2006 geplant.

Die unlängst durchgeführten regionalen Arzneimittelauswertungen basieren auf der gleichen Datenbasis wie der Arzneimittel-Atlas; sie berücksichtigen Verordnungen bis September 2006 und sind auf das ganze Jahr hochge-

Bertram Häussler, Elke Hempel, Martin Albrecht und Silvia Klein, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, 10787 Berlin

rechnet. Die Arzneimittel-Daten werden mit regionalen Informationen verknüpft, beispielsweise dem Body-Mass-Index, der neuerdings auf Länder-Ebene zur Verfügung steht. Dies ermöglicht eine deutlich differenziertere Darstellung des Verordnungsgeschehens als dies bei den vorausgegangenen regionalen Untersuchungen der Fall war. Zudem werden die Arzneimittel erstmals einzelnen Versorgungssegmenten zugeordnet.

2. Ausgaben der GKV für Arzneimittel in den KVen

Der Arzneimittelumsatz in den einzelnen KVen schwankt im Jahr 2006 durchschnittlich zwischen 338 Euro und 431 Euro je GKV-Versicherten (Abb. 1). Die KV Berlin und die KV Mecklenburg-Vorpommern haben mit etwa 430 Euro die höchsten Ausgaben; Bayern und Schleswig-Holstein mit weniger als 340 Euro die niedrigsten. Bei diesen Beträgen handelt es sich um die Summe aller Verordnungen eines Arztes innerhalb einer KV unabhängig vom Wohnort der Versicherten. Besonders die Ärzte der KVen in Stadt-Staaten versorgen aber auch Patienten aus anderen KV-Einzugsbereichen, wodurch es zu Mehrumsätzen dieser KVen kommen kann.

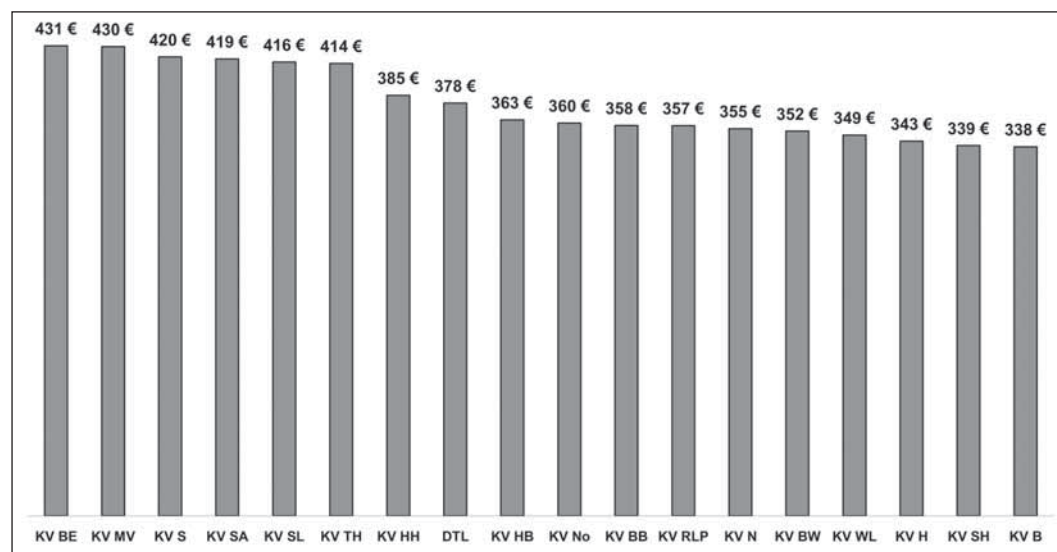
Für einen sinnvollen Vergleich der Arzneimittelumsätze der KVen – insbesondere zwischen Stadt-Staaten und Flächenländern – wurden die Versorgungssegmente Grund-, Spezial-, Supportiv- und HIV-Versorgung getrennt voneinander betrachtet (Die Zuordnung der einzelnen Wirkstoffe zu den Versorgungssegmenten zeigt Tabelle 1 am Ende des Artikels). Die Grundversorgung wird im Wesentlichen von hausärztlich tätigen Ärzten und häufig vertretenen Fachärzten erbracht. Die Spezialversorgung wird von hoch spezialisierten Fachärzten

durchgeführt, die sich meist in Ballungsgebieten niederlassen. Die Spezialversorgung greift häufig auf kostenintensive Arzneimitteltherapien zurück. In diesem Segment spielt die Verlagerung von Versorgungsanteilen vom Krankenhaus auf die ambulante Versorgung eine Rolle. Ebenfalls bei schweren Erkrankungen kommt die Supportiv-Versorgung zum Einsatz (Opioid-Analgetika, Antiemetika etc.). Arzneimittel dieses Segments werden nicht nur von Spezialisten verordnet. Sie werden aber häufig im Kontext einer das Krankenhaus ersetzenden ambulanten Behandlung eingesetzt. Die HIV-Versorgung wird dagegen von hoch spezialisierten Ärzten durchgeführt. Da HIV und Aids jedoch in einigen großen Städte wie Berlin konzentriert auftreten, sind dort die Pro-Kopf-Umsätze für dieses Arzneimittel-Segment besonders hoch.

Der Umsatz einer KV ist im Durchschnitt zu über 70 Prozent durch die Grundversorgung bestimmt, die im Durchschnitt 271 Euro pro Versicherten beträgt (Abb. 2). Abbildung 2 zeigt ebenfalls große regionale Unterschiede bei den Pro-Kopf-Ausgaben in der Grundversorgung. Die KV Mecklenburg-Vorpommern ist – gefolgt von Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt – mit 319 Euro Spitzenreiterin. Die niedrigsten Werte haben die KVen in Bayern (243 Euro), Bremen (242 Euro) und Schleswig-Holstein (239 Euro).

Die Umsätze in der Spezial-Versorgung betragen gut 20 Prozent der gesamten Umsätze (durchschnittlich 78 Euro je Versicherten); wobei auch der absolute Unterschied zwischen der KV mit dem höchsten Wert (Berlin: 100 Euro) und der mit dem geringsten Wert (Brandenburg: 61 Euro) mit 39 Euro deutlich geringer ist als bei der Grundversorgung.

Abbildung 1: Arzneimittel-Umsätze pro Versicherten nach KV für das Jahr 2006 (hochgerechnet aus den ersten neun Monaten)



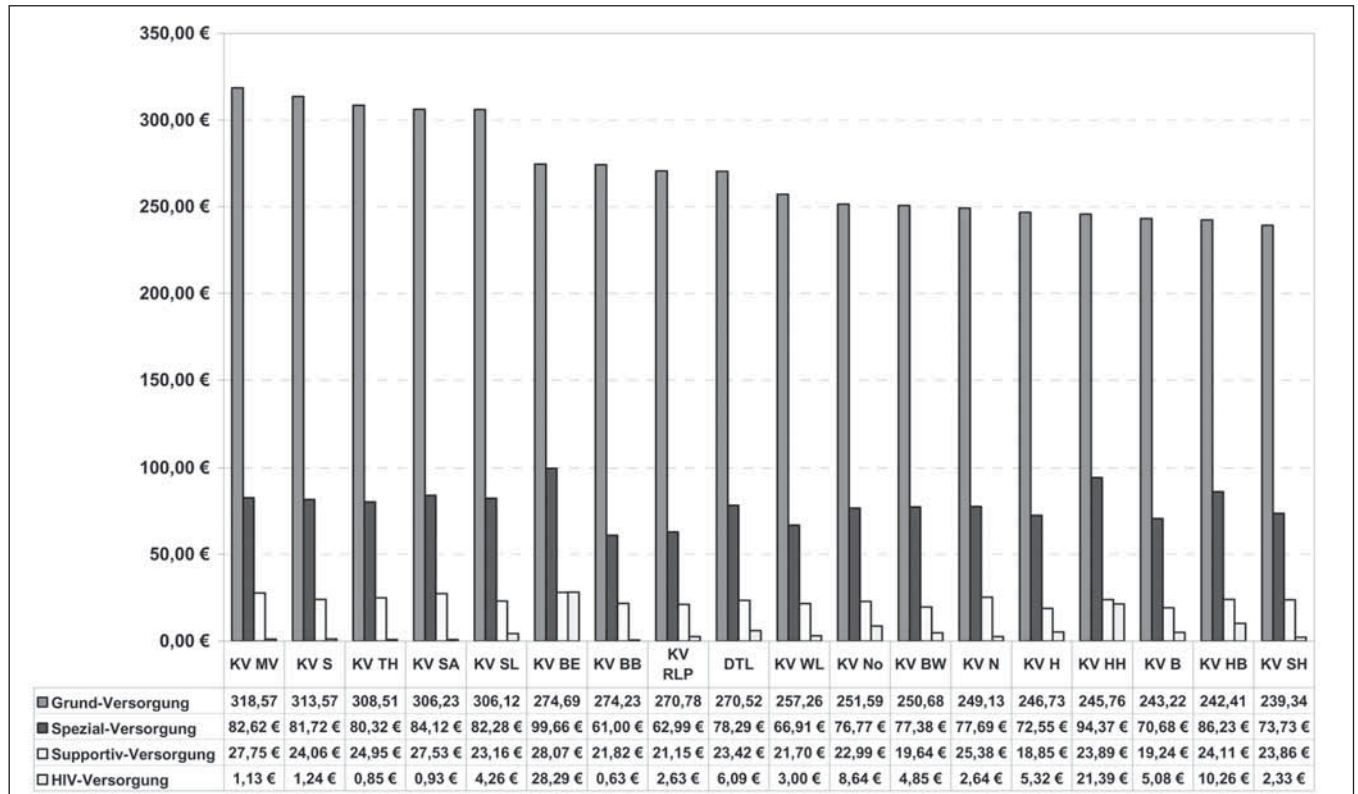
B – Bayern, BB – Brandenburg, BE – Berlin, BW – Baden-Württemberg, DTL – Deutschland, HB – Bremen, HH – Hamburg, H – Hessen, MV – Mecklenburg-Vorpommern, N – Niedersachsen, No – Nordrhein, RLP – Rheinland-Pfalz, S – Sachsen, SA – Sachsen-Anhalt, SH – Schleswig-Holstein, SL – Saarland, TH – Thüringen, WL – Westfalen-Lippe

Quelle: IGES – eigene Berechnungen

Die Supportiv-Versorgung hat einen Anteil von etwa 6 Prozent (durchschnittlich ca. 23 Euro je Versicherten). Der Umsatzunterschied zwischen der KV Berlin mit dem höchsten Wert (28 Euro) und der KV Hessen mit dem niedrigsten Wert (19 Euro) beträgt knapp 10 Euro.

Die HIV-Versorgung hat zwar nur einen durchschnittlichen Umsatzanteil von weniger als 2 Prozent (durchschnittlich 6 Euro je Versicherten), aber sie weist zwischen den KVen einen Unterschied von 28 Euro auf. Die

Abbildung 2: Pro Kopf-Umsätze in verschiedenen Versorgungssegmenten nach KV-Regionen



B – Bayern, BB – Brandenburg, BE – Berlin, BW – Baden-Württemberg, DTL – Deutschland, HB – Bremen, HH – Hamburg, H – Hessen, MV – Mecklenburg-Vorpommern, N – Niedersachsen, No – Nordrhein, RLP – Rheinland-Pfalz, S – Sachsen, SA – Sachsen-Anhalt, SH – Schleswig-Holstein, SL – Saarland, TH – Thüringen, WL – Westfalen-Lippe

Quelle: IGES – eigene Berechnungen

KVen Berlin, Hamburg und Bremen haben die höchsten Werte (28, 21 und 10 Euro).

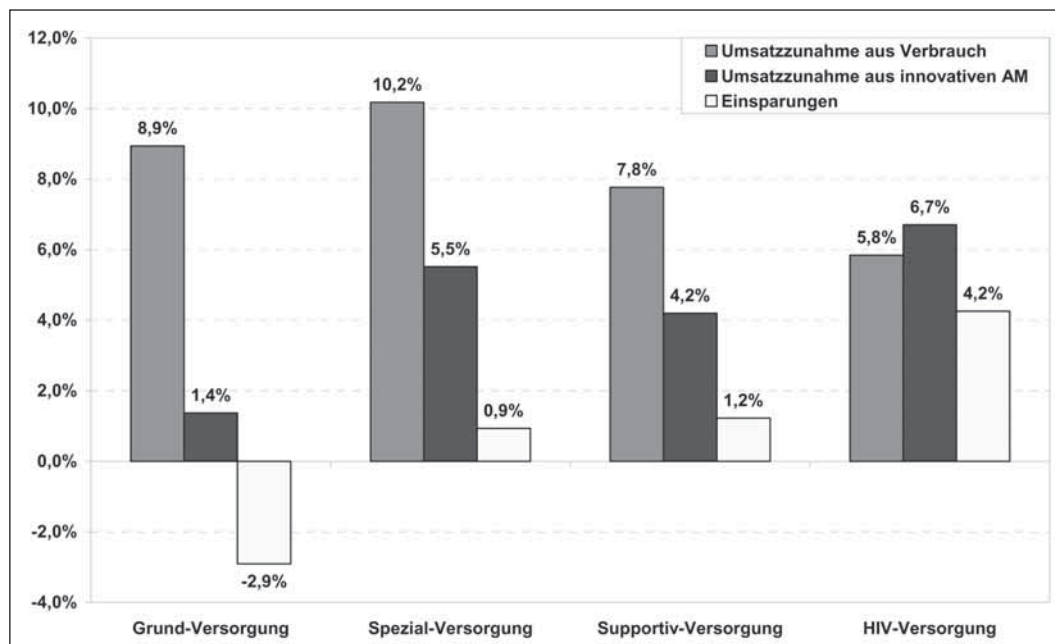
Um die Umsatzsteigerungen im Detail zu analysieren, wurden die einzelnen Versorgungssegmente in die wichtigsten Komponenten des Arzneimittel-Atlas zerlegt: die *Verbrauchskomponente*, die *Einsparungskomponente* – zusammengesetzt aus den Atlas-Komponenten *Verschiebungen zwischen Darreichungsformen*, *Verschiebungen zwischen Wirkstärken*, *Verschiebungen zwischen Packungsgrößen*, *Substitution durch Parallelimporte*, *Substitution durch Generika*, *Substitution von Präparaten unterschiedlicher Hersteller* (in der Regel Generika-Hersteller), *Preisänderungen* – und die *Innovationskomponente*, die sich aus den Atlas-Komponenten *therapeutischer Ansatz* und *Analog-Wettbewerb* zusammensetzt. Auf diese Weise ergeben sich deutlich sichtbar unterschiedliche Ursachen für die Umsatzveränderungen (Abb. 3): Die Grundversorgung hat mittlere Steigerungsraten beim Verbrauch und die höchste Rate bei den Einsparungen. Die Innovationskomponente ist relativ gering. Die Spezialversorgung hat die höchste Verbrauchszunahme und eine relativ hohe Innovationskomponente, aber keine Einsparungen. Bei der Supportiv-Versorgung ist dies ähnlich. Die HIV-Versorgung zeichnet sich besonders durch “negative Einsparungen“ aus, denen im Wesentlichen Preiserhöhungen zu Grunde liegen.

Für die Segmente Grund- und Spezial-Versorgung wurden im Rahmen einer multiplen linearen Regression ermittelt, welche Faktoren die Arzneimittelkosten beeinflussen. Die erheblichen Unterschiede in der Grundversorgung sind vor allem auf demografische Faktoren (Anteil der über 55-Jährigen) und die unterschiedliche Mortalität in den einzelnen KV-Regionen zurückzuführen. Der Anteil der über 55-jährigen Versicherten reicht von 30,4 Prozent in Baden-Württemberg bis 37,8 Prozent in Sachsen. Der beste Indikator für Gesundheitsausgaben und damit auch für die Morbidität ist nach Sturm (2002) die Prävalenz von Adipositas (Body-Mass-Index ≥ 30)⁵. Der Anteil Adipöser liegt etwa in Hamburg bei 9,6 Prozent und in Sachsen-Anhalt bei 16,0 Prozent.

Unterschiede in der Spezial-Versorgung ergeben sich vor allem durch die Verfügbarkeit von Fachärzten (Fachärztdichte), insbesondere solchen mit einer Subspezialisierung. Solche Ärzte lassen sich eher in Ballungsgebieten nieder, sodass KVen in Stadt-Staaten wie Berlin, Hamburg und Bremen deutlich höhere Pro-Kopf-Umsätze aufweisen als KVen in Flächenländern. Weiterhin spielt auch hier der Anteil Übergewichtiger eine entscheidende Rolle.

Unter der Annahme, die Verteilung von Body-Mass-Index (BMI) und der Altersstruktur bzw. der Fachärztdichte über die einzelnen KVen wäre innerhalb Deutschlands

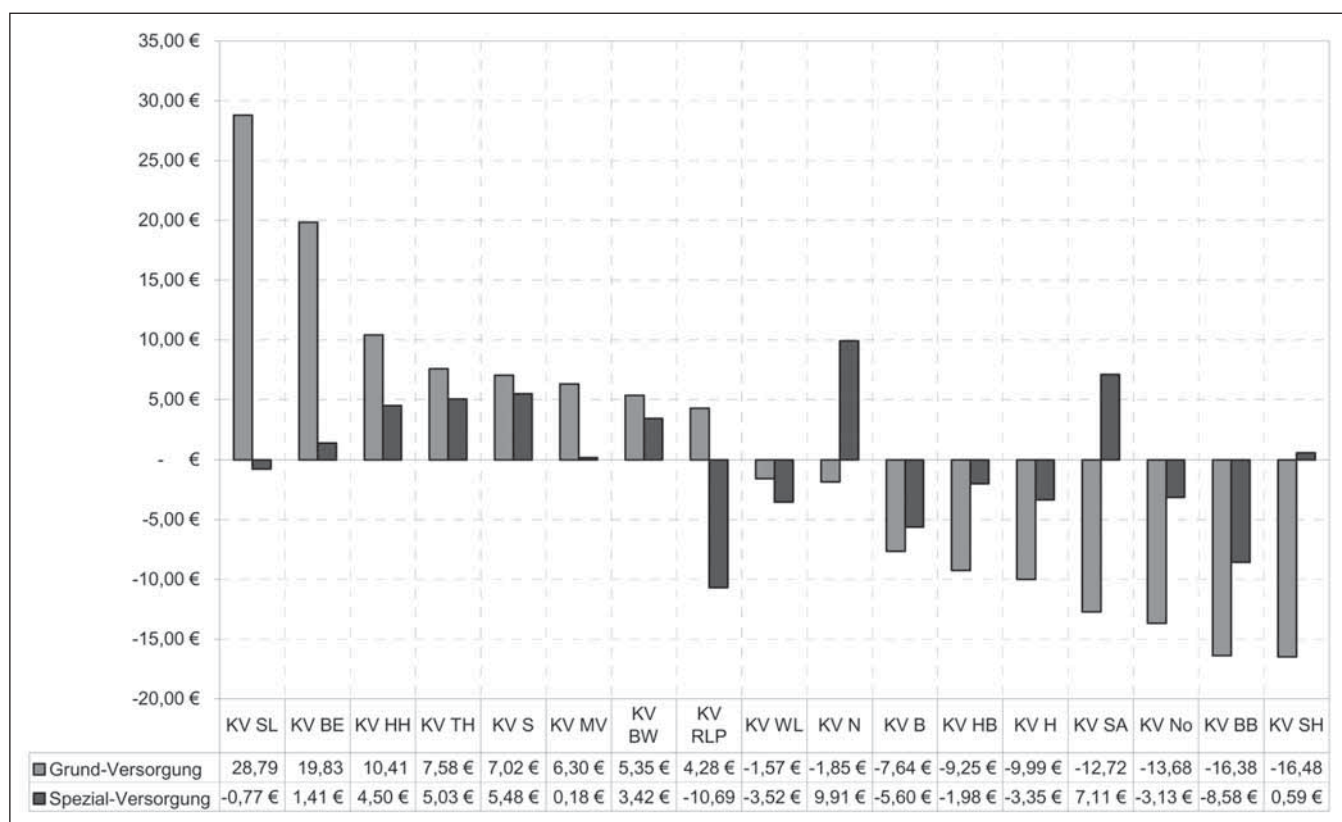
Abbildung 3: Wichtige Komponenten zur Umsatz-Entwicklung im Jahr 2005 nach Versorgungssegmenten



Quelle: IGES – eigene Berechnungen

ausgeglichen, erscheint der Pro-Kopf-Umsatz nach KV-Regionen in einem anderen Bilde (Abb. 4). Demnach lagen beispielsweise die Pro-Kopf-Arzneimittelumsätze in der Grund-Versorgung im Saarland tatsächlich um knapp 30 Euro höher, als man aufgrund der Altersstruktur und der Morbidität gemessen am BMI erwartet hätte. Im Gegensatz dazu waren die Pro-Kopf-Arzneimittelumsätze in der Grund-Versorgung in Schleswig-Holstein um etwa 16 Euro niedriger als erwartet.

Abbildung 4: Abweichung der beobachteten von den adjustierten Pro-Kopf-Umsätzen (Residuen) für die einzelnen KV-Regionen, differenziert nach Grund- und Spezial-Versorgung (2005)



B – Bayern, BB – Brandenburg, BE – Berlin, BW – Baden-Württemberg, DTL – Deutschland, HB – Bremen, HH – Hamburg, H – Hessen, MV – Mecklenburg-Vorpommern, N – Niedersachsen, No – Nordrhein, RLP – Rheinland-Pfalz, S – Sachsen, SA – Sachsen-Anhalt, SH – Schleswig-Holstein, SL – Saarland, TH – Thüringen, WL – Westfalen-Lippe

Quelle: IGES – eigene Berechnungen

Für diese Abweichungen zwischen den beobachteten und den nach Adjustierung erwarteten Umsatzwerten müssen andere Erklärungsfaktoren herangezogen werden. Das Verordnungsverhalten ist nur einer von vielen möglichen. Sehr deutlich zu sehen ist, dass die Nachbarländer Berlin und Brandenburg sowie Hamburg und Schleswig-Holstein sich jeweils an den gegenüberliegenden Seiten der Abbildung befinden. Die Flächenländer werden bekanntermaßen von den nahe liegenden Städten mitversorgt.

3. Diskussion

Regionale Unterschiede bei den Arzneimittelausgaben sind auch in anderen Ländern nichts Unbekanntes. In den USA gab es 1998 Ausgaben zwischen 355 \$ in Kalifornien und 562 \$ in New Jersey⁶. In England hat es gleich mehrere Untersuchungen zur Erklärung der dortigen Unterschiede im Verordnungsverhalten der Ärzte gegeben: Morton-Jones und Pringle veröffentlichten 1993 Ergebnisse, die zeigten, dass die Anzahl der Rentner, die Bevölkerungsfuktuation, die standardisierte Mortalitätsrate und die Anzahl von „prepayment certificates“, die häufig an chronisch kranke Menschen ausgegeben werden, geeignete Erklärungsfaktoren für regionale Ausgabenunterschiede sind. Sie konnten mit ihrem Modell 81 Prozent dieser Unterschiede erklären⁸. Die gleichen Autoren identifizierten in einer weiteren Veröffentlichung die Arbeitslosenquote als starken Einflussfaktor⁹. Rice et al.

fanden 1997 ebenfalls in England einen Zusammenhang zwischen den Kosten der Arzneimittelverordnungen einzelner Distrikte einerseits und „Angebots- und Nachfrage“-Faktoren andererseits heraus: Lang andauernde Erkrankungen und niedriges Geburtsgewicht wirken sich steigernd aus; der Anteil an Ärzten, die eine Weiterbildung absolvieren, wirkt dagegen kostensenkend. Mit einer Kombination dieser Faktoren konnten sie bis zu 61 Prozent der Unterschiede bei den Arzneimittelkosten erklären¹⁰.

Für Deutschland ist zu hoffen, dass weiterhin kleinräumige Analysen der GKV-Arzneimittel-Daten möglich bleiben. Eine weitere Einschränkung des § 305a SGB V würde auf lange Sicht wieder zu einem Datenmonopol der Krankenkassen führen.

Die regionalen Arzneimittelauswertungen können den Vertragspartnern eine gute Grundlage zur Anpassung der Ausgabenvolumina nach § 84 (2) SGB V bieten: Neben bundesweiten Faktoren (Nr. 2–8), dem Alter und der Versichertenanzahl (Nr. 1) sollten weitere versichertenbezogene Faktoren, die regional differieren, hinzugezogen werden. So könnten regionale Morbiditätsunterschiede ein sehr viel stärkeres Gewicht bei der Anpassung der Ausgabenvolumina erhalten.

Adipositas ist ein entscheidender und dabei beeinflussbarer Faktor für die Höhe der Arzneimittelausgaben und anderer Gesundheitsausgaben. Die Altersstruktur der Versicherten in einer KV-Region ist dagegen nicht leicht be-

Tabelle 1: Die jeweils zehn umsatzstärksten ATC Gruppen (7-Steller) in den einzelnen Versorgungs-Sektoren für das Jahr 2006 in Deutschland (hochgerechnet aus den ersten neun Monaten)

| Rang | Grund-Versorgung | | | Spezial-Versorgung | | | Supportiv-Versorgung | | | HIV-Versorgung | | |
|------|------------------|------------------------------------|----------|--------------------|--------------------|----------|----------------------|-----------------------|----------|----------------|-----------------------|----------|
| | ATC-Code | ATC-Gruppe | Pro Kopf | ATC-Code | ATC-Gruppe | Pro Kopf | ATC-Code | ATC-Gruppe | Pro Kopf | ATC-Code | ATC-Gruppe | Pro Kopf |
| 1 | V04CA02 | Glucose-Teststreifen | 9,18 € | L03AB07 | Interferon-beta-1a | 4,59 € | N02AB03 | Fentanyl | 4,63 € | J05AF30 | Kombinationen | 2,09 € |
| 2 | A02BC01 | Omeprazol | 6,26 € | B03XA01 | Erythropoietin | 3,45 € | N02AX51 | Tilidin-Kombinationen | 2,32 € | J05AE06 | Lopinavir | 0,44 € |
| 3 | C10AA01 | Simvastatin | 5,40 € | L04AA11 | Etanercept | 2,68 € | N02AX02 | Tramadol | 2,04 € | J05AE | Andere Proteasehemmer | 0,39 € |
| 4 | B01AC04 | Clopidogrel | 5,31 € | L01XX28 | Imatinib | 2,58 € | N02AA05 | Oxycodon | 1,94 € | J05AG03 | Efavirenz | 0,38 € |
| 5 | C07AB02 | Metoprolol | 4,61 € | L03AB08 | Interferon-beta-1b | 2,45 € | N02BB02 | Metamizol-Natrium | 1,70 € | J05AF07 | Tenofvir disoproxil | 0,37 € |
| 6 | A02BC02 | Pantoprazol | 4,23 € | H01AC01 | Somatropin | 2,43 € | A07EC02 | Mesalazin | 1,30 € | J05AG01 | Nevirapin | 0,31 € |
| 7 | R03AK06 | Salmeterol u. w. | 3,76 € | L04AA17 | Adalimumab | 1,99 € | N02AE01 | Buprenorphin | 1,19 € | J05AF05 | Lamivudin | 0,25 € |
| 8 | A10AB01 | Insulin, schnell wirkendes (human) | 3,36 € | B03XA02 | Darbepoetin alfa | 1,99 € | J06BA02 | Immunglobuline | 1,10 € | J05AF08 | Adefovir dipivoxil | 0,22 € |
| 9 | N05AX08 | Risperidon | 3,17 € | L02AE02 | Leuprorelin | 1,91 € | N02AA01 | Morphin | 1,04 € | J05AE01 | Saquinavir | 0,15 € |
| 10 | N05AH03 | Olanzapin | 3,13 € | L03AX13 | Glatirameracetat | 1,77 € | N02AA03 | Hydromorphon | 0,85 € | J05AE07 | Fosamprenavir | 0,15 € |

Quelle: IGES – eigene Berechnungen

einflussbar. Sie wird in starkem Maße von der Binnenwanderung von Arbeitskräften in Deutschland bestimmt. KV-Regionen, die eine starke Abwanderung von GKV-Versicherten im Alter von 20 bis 50 Jahren erfahren haben, zeichnen sich auch durch einen höheren Anteil an älteren Versicherten über 55 Jahren aus. Darüber hinaus stehen Binnenwanderung und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von KV-Regionen in einem engen Zusammenhang. Daraus ergibt sich, dass wirtschaftlich eher schwache KV-Regionen einen überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Versicherter haben. Zur Zeit profitieren Bayern und Baden-Württemberg am meisten von der Binnenwanderung.

Werden die Arzneimittelausgaben der Länder unabhängig von Morbidität, Demografie und Versorgungsstruktur betrachtet, ergibt sich ein homogeneres Bild. Sie sind also stark von diesen Faktoren abhängig und nur in verhältnismäßig geringem Maße von der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verschreibungen.

Fußnoten

- 1 Häussler B, Bentz J, Nolting HD (1998) Arzneimittelverbrauch und Morbiditätsunterschiede (Teil I). In: Laukant A (Hg.) Arzneimittelverbrauch in Ost- und Westdeutschland. Nürnberg: Novartis Pharma Verlag: 9–109
- 2 Bohm S, Gothe H, Häussler B, Reschke P, Sperzel G, Matteucci Gothe R (2002) Benchmarking von Arzneimittelausgaben: Systematische Darstellung und Quantifizierung verzerrender Einflussfaktoren. Berlin: IGES-Eigenverlag
- 3 Schröder H, Nink K (2002) Stochern im Nebel. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 4: 38–41
- 4 Häussler B, Hörer A, Hempel E, Storz P (2007) Arzneimittel-Atlas 2006. Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV. München: Urban und Vogel
- 5 Sturm R: The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. Health Affairs 2002; 21(2): 245–253
- 6 Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, National Health Accounts, 'State Health Expenditures. www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/state-estimates-residence/. Request of 01/24/07
- 7 Morton-Jones T, Pringle M: Explaining variations in prescribing costs across England. BMJ 1993;306: 1731–1734
- 8 Pringle M, Morton-Jones T: Using unemployment rates to predict prescribing trends in England. British Journal of General Practice 1994;44: 53–56
- 9 Rice N, Carr-Hill R, Roberts D, Lloyd D (1997) Informing prescribing allocations at district level in England. Journal of Health Services Research and Policy, Vol. 2, No. 3: 154–159

Die Grundlagen für Ihre Beratungspraxis



Handbuch Sozialrechtsberatung – HSRB

Von Prof. Dr. Albrecht Brühl,
Hochschule Darmstadt, u. a.

2. Auflage 2007, ca. 700 S.,
brosch., ca. 45,- €,
ISBN 978-3-8329-2382-2
Erscheint Mai 2007

Nach dem Erfolg der 1. Auflage erscheint nun eine aktualisierte und erweiterte Neuauflage des Handbuchs der Sozialrechtsberatung. Mit Hilfe des Handbuchs können Sie überblicken, welche Leistungen dem Betroffenen in seiner jeweiligen Situation zustehen. Das HSRB ist wieder topaktuell, es berücksichtigt bereits das SGB II-Fortentwicklungsgesetz, die Einführung des Elterngeldes und die anstehende Reform des Ausländerrechts.

Stimmen zur Voraufgabe:

»... ein wertvolles Arbeitsmittel in neuartiger und informativer Form.«
Rainer Viergtz, RV aktuell 2/06

»Ein gelungenes und den Bedürfnissen der Beratungspraxis voll gerecht werdendes Werk, das in seiner Art der Darstellung derzeit ziemlich einzigartig sein dürfte.«
Christop Waibel, Die Rentenversicherung 9/05

»Ein außerordentlich nützliches Buch für die Beratungspraxis.«
Rolf Winkel, Soziale Sicherheit 10/05



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos ☎ 07221/2104-37 | 📠 -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de