

Gesundheits- und Sozialpolitik

Heft 5 • August 2009 • 63. Jahrgang • ISSN 1611-5821

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin • Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Siegburg • Klaus Kirschner, ehemaliger Vorsitzender des Bundestagsausschusses Gesundheit • Dr. Volker Leienbach, PKV-Verbandsdirektor, Köln • Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt • Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, Technische Universität Darmstadt • Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse – GEK, Schwäbisch-Gmünd • Fritz Schösser, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes, Berlin • Wolfgang Schmeinck, ehemaliger Vorsitzender des BKK Bundesverbandes, Essen • Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster • Andreas Storm, MdB, Parlamentarischer Staatssekretär, Bundesministerin für Bildung und Forschung, Berlin • Dr. Thomas Werner, Geschäftsführender Vorstand Glaxo-Smith-Kline, München • Dr. Manfred Zipperer, Min. Dir. im Bundesgesundheitsministerium a.D., St Augustin

Herausgeber: Franz Knieps • Karl-Heinz Schönbach, E-mail: Karl-Heinz.Schoenbach@gmx.de

Verantwortlicher Redakteur: Erwin Dehlinger (ViSdP)

Soziale Reformpolitik

Arbeitslosenversicherung in der Wirtschaftskrise – braucht es eine Reform der Reform?	10
<i>Ulrich Walwei</i>	
Gesundheitspolitik in Großbritannien – Die Reformen der Labour-Regierung	18
<i>Susanne Gasde</i>	
Alternative Verfahren zur Abschätzung der Wirkvergleichbarkeit am Beispiel der Festbetragsgruppe der ACE-Hemmer	28
<i>Helge K. Schumacher, Wolfgang Greiner</i>	
Versorgungsverbesserung in der Onkologie durch kosteneffektiv eingesetzte Innovationen – Das Potenzial der Kostenträger am Beispiel CyberKnife	38
<i>Magnus Stüve, Eva-Julia Weyler, Volker Budach, Harun Badakhshi</i>	
Persönliches Budget in Werkstätten für behinderte Menschen – Voraussetzungen für eine gelingende Einführung aus ökonomischer Sicht	48
<i>Michael Weber</i>	
TRENDS & FACTS	6
REZENSIONEN	60
IMPRESSUM	62

Persönliches Budget in Werkstätten für behinderte Menschen

– Voraussetzungen für eine gelingende Einführung aus ökonomischer Sicht

Von der Einführung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX wird ein Effizienzzuwachs im institutionellen System der Behindertenhilfe in Deutschland erwartet. Dies trifft auch auf Werkstätten für behinderte Menschen zu, für die gegenwärtig ein praktikables Konzept für die organisatorische Umsetzung Persönlicher Budgets noch aussteht. Ausgehend von Erfahrungen im englischen und deutschen Gesundheitswesen zeigt der vorliegende Beitrag auf, dass eine Steigerung der allokativen Effizienz mittels Einführung marktförmig-wettbewerblicher Prozesse an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist: einen funktionierenden Markt, die Bereitstellung geeigneter Informationen insbesondere für Nachfrager, niedrige Transaktionskosten und marktconforme Motivations- und Anreizstrukturen. Von einer Realisierung dieser Voraussetzungen ist der Markt für rehabilitative Dienstleistungen derzeit noch weit entfernt.

■ Michael Weber

Seit dem ersten Januar 2008 haben Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets. Bei Persönlichen Budgets handelt es sich im Grundsatz um Geldleistungen, die den behinderten Menschen und/oder ihren Betreuern zur Verfügung gestellt werden, um Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, wie sie in § 5 SGB IX aufgeführt sind (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft), selbstbestimmt und eigenverantwortlich „einzukaufen“. Die gesetzlichen Regelungen finden sich in § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX. Eine Budgetverordnung regelt darüber hinaus administrative Details und Einzelheiten zum Verfahren.

Mit der Einführung Persönlicher Budgets verbinden sich hohe Erwartungen an die Verbesserung der Versorgungsqualität für behinderte Menschen. In der heil- und sonderpädagogischen Diskussion wird das Persönliche Budget als Beitrag zu einer gelingenden *Inklusion* behinderter Menschen in die Gesellschaft zumeist positiv gewürdigt (vgl. z.

B. Fesca 2006, kritisch Schäper 2006, S. 259 f). Die auch in der Gesetzesbegründung genannten Ziele der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, der Eigenverantwortung und der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben korrespondieren mit einem behindertenpolitischen Leitbild, das für behinderte Menschen die vollständige Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bezügen einfordert. Damit wird zugleich ein paradigmatischer Wandel des traditionellen Systems der Behindertenhilfe anvisiert: von der beschützenden Versorgung hin zu einer individuellen Lebensführung.

Von diesem Wandel potentiell betroffen sind auch „organisationale Sonderformen“ – wie es in der Diktion von Heil- und Sonderpädagogen bisweilen heißt (vgl. Wansing 2005, S. 154) – nämlich Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die, so Wansing, strukturell die Realisierung lebensweltorientierter und partizipativer Konzepte einer inklusiven Behindertenhilfe verhindern.

Nun ist der Beitrag von Werkstätten für behinderte Menschen für eine gelingende oder misslingende Inklusion behinderter Menschen ein Thema, das durchaus kontrovers abgehandelt werden könnte (vgl. Weber 2009). Eines ist immerhin festzustellen: Obwohl Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben und hier insbesondere der Besuch einer

*Dr. Michael Weber
Geschäftsführer des Heilpädagogischen Zentrums Krefeld –
Kreis Viersen gGmbH*

WfbM grundsätzlich budgetfähig sind, existiert zurzeit noch kein Konzept, wie die Leistungen der Werkstätten auf der Grundlage der §§ 136 ff. SGB IX in Verbindung mit der Werkstattverordnung (§§ 3 f. WVO) „personenorientiert und passgenau dem individuellen Bedarf der Anspruchsberechtigten entsprechend erbracht werden (...) Der Realisierung bei Teilhabeleistungen am Arbeitsleben behinderter Menschen, die einen Anspruch auf Leistungen in einer Werkstatt haben, stehen bislang ungelöste Rechtsfragen, ein fehlendes Konzept zur Modularisierung der Leistungen und damit ein Mangel an praktischen Umsetzungsmöglichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie fehlende Alternativen zur „klassischen Werkstatteleistung“ entgegen“ (BMAS 2009, S. 1). Aus diesen organisatorischen und rechtstechnischen Unzulänglichkeiten resultiert eine bis heute festzustellende geringe Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets für Werkstattleistungen. Mit einem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten und bis Februar 2010 laufenden Modellprojekt sollen Lösungen gefunden werden.

Die aktuellen Umsetzungsprobleme des Persönlichen Budgets bei der Inanspruchnahme von Werkstattleistungen kann man auch als Chance verstehen, sich die *Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementation* dieses Instruments in die sozialpolitische Praxis vor Augen zu führen. Im vorliegenden Beitrag soll es dabei nicht um die genannten Ziele der Selbstbestimmung, der Eigenverantwortung und der gleichberechtigten Teilhabe gehen, die sich allesamt auf die Person des Leistungsempfängers beziehen. Stattdessen steht die *Steigerung von Effizienz und Effektivität aus ökonomisch-institutioneller Sicht* im Vordergrund, die mit der Einführung Persönlicher Budgets ebenfalls einhergehen soll. Für die öffentlichen Träger der Leistungen verbindet sich damit zum einen die Möglichkeit einer Kostendämpfung, die eintritt, wenn es nicht nur in Einzelfällen gelingt, durch ein Persönliches Budget die kostenintensive Unterbringung in einer Einrichtung zu vermeiden. Darüber hinaus soll sich auch die Strukturqualität der Einrichtungen verbessern: „Die Budgets sollen durch eine Veränderung der Nachfragesituation mit dazu beitragen, eine Infrastruktur zu entwickeln, die ein breiteres Spektrum und qualitativ verbesserte ambulante Leistungsangebote bereithält“ (Rothenburg 2009, S. 50).

Typisch sind hier die Argumente, die ein Ökonom wie der Generalsekretär des Deutschen Caritasverbandes, *Georg Cremer*, in die Diskussion einbringt. Das Persönliche Budget ermögliche autonome Entscheidungen der Hilfsbedürftigen und nähere daher deren Stellung der des Nachfragers in „normalen“ Märkten an (vgl. Cremer 2009, S. 14). Es könne erweiterte Wahlrechte schaffen, den Hilfesuchenden mehr Einfluss auf den Inhalt der Dienstleistungserbringung ermöglichen, zu mehr Innovation und neuen Angeboten führen und einen Markt von Dienstleistern befördern, die miteinander hinsichtlich Qualität und Preis im Wettbewerb stehen (vgl. Cremer 2006, S. 10).

Analysiert man die Einführung des Persönlichen Budgets mit ökonomischen Kategorien, so fällt die Bewertung in der Tat zumeist positiv aus. Um die Gründe für diese

positive Bewertung nachvollziehen zu können, bedarf es zunächst einiger begrifflicher Vorklärungen (meritorische Güter, Quasimarkt, allokativer Effizienz). Danach komme ich auf die Argumente zu sprechen, die Ökonomen für gewöhnlich ins Spiel bringen, um die Überlegenheit der Geld- bzw. Gutscheinelösung Persönliches Budget gegenüber der traditionellen Sachleistung „Werkstattplatz“ zu belegen. Die Argumente mögen in idealtypisch-modellhafter Zuspitzung stimmig sein. Sie treffen aber nur unter bestimmten Voraussetzungen zu. Führt man sich diese Voraussetzungen – Marktstruktur, Information, Transaktionskosten und Motivation – vor Augen, wird man feststellen, dass die Einführung des Persönlichen Budgets in der sozial- und werkstattpolitischen Realität Gefahr läuft, mehr Kosten zu erzeugen als Nutzen zu erbringen.

Meritorische Güter

Bei rehabilitativen Leistungen für Menschen mit Behinderungen, wie sie in Werkstätten oder in anderen Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden, handelt es sich in der Sprache der Ökonomie zunächst einmal um private Güter. Im Unterschied zu vielen anderen Gütern des privaten Konsums ergibt sich für diese Leistungen ohne politisches Zutun allerdings kein Markt. Das freie Spiel der Kräfte zwischen Angebot und Nachfrage würde aufgrund der *mangelnden Zahlungsfähigkeit der Nachfrager*, also der behinderten Menschen und der überwiegenden Zahl ihrer Angehörigen, nicht zu einem entsprechenden Angebot führen. Hinzu kommt, dass den potentiellen Nachfragern nach rehabilitativen Leistungen, also geistig behinderten Menschen, die Fähigkeit abgeht, rationale Entscheidungen zu treffen. Es fehlt ihnen das, was die Ökonomen Konsumentensouveränität nennen. Selbst wenn finanzielle Mittel in ausreichender Zahl bei einem potentiellen Käufer vorhanden wären, ist nicht davon auszugehen, dass diese für den Einkauf rehabilitativer Leistungen genutzt werden. Neben der Zahlungsfähigkeit wird daher auch die *Zahlungsbereitschaft* zum Problem. Resultat ist ein Marktversagen, zumindest dann, wenn der Markt rehabilitativer Dienstleistungen ausschließlich privaten Akteuren überlassen würde.

Man begegnet bisweilen dem Argument, dass es sich bei der Bereitstellung rehabilitativer Leistungen um *öffentliche Güter* handeln würde, die der Staat selbst anbieten müsste, wie er dies auch im Falle der Landesverteidigung, der inneren Sicherheit oder des Umweltschutzes tut. Auch bei öffentlichen Gütern ergibt sich ein Marktversagen, wenn man lediglich auf das Zusammenspiel von privater Nachfrage und privatem Angebot setzen würde. Die Gründe hierfür ergeben sich aus den spezifischen Merkmalen von öffentlichen Gütern: der Konsumrivalität und der Ausschließbarkeit von Konsum. Sobald ein Anbieter dieses Gut auf den Markt bringt, profitieren alle, ohne dass ihr individueller Nutzen in Rechnung gestellt werden könnte. Nur der Staat kommt daher als derjenige Akteur in Frage, der diese Leistungen bereitstellt oder doch zumindest

gewährleistet, indem er Steuern oder Beiträge erhebt. Das kann und darf ein privater Anbieter nicht.

Anders liegen die Dinge im Falle rehabilitativer Dienstleistungen. Hier sind die beiden zentralen Merkmale öffentlicher Güter, Ausschließbarkeit von Konsum und Konsumrivalität, sehr wohl gegeben. Dies kann man sich am Beispiel der Wartelisten für Menschen mit psychischen Erkrankungen für Werkstattplätze bzw. der Notwendigkeit von Personalschlüsseln für die Betreuung und Förderung behinderter Mitarbeiter leicht vor Augen führen. Rehabilitative Dienstleistungen sind daher keine öffentlichen, sondern *meritorische Güter*. Eine moderne Gesellschaft kann bestimmte geäußerte Präferenzen einiger ihrer Bürger nicht ohne weiteres hinnehmen. Sie kann es nicht zulassen, dass ein Marktversagen auftritt, obwohl aus Anbieter-sicht ein Geschäft organisierbar wäre. Das Problem sind aber die Nachfrager. Wenn trotz Aufklärung bestimmte Präferenzen und entsprechende Verhaltensweisen bleiben, geht man davon aus, dass die Bedürfnisstruktur dieser Menschen irgendwie verzerrt wurde, z. B. durch Versäumnisse bei der Sozialisation, wie bei Obdachlosen oder schwer erziehbaren Jugendlichen, oder eben durch angeborene oder erworbene Behinderungen. Der Staat muss hier korrigierend eingreifen, Anreize setzen oder gar Gebote und Verbote aussprechen. Er bewertet dabei private Güter höher als andere und fördert deren Konsum oder Nutzung, wie zum Beispiel Plätze in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Er kann dabei solche Einrichtungen selbst anbieten oder sie – wie im Fall der WfbM – subventionieren, entweder im Sinne der Objektförderung oder im Sinne der Subjektförderung, eben durch Persönliche Budgets, die behinderte Menschen präferenzgerecht einsetzen. Der Konsum dieser Güter ist in doppeltem Sinne „verdienstvoll“ (meritorisch): zum einen aus Sicht einer sich als „sozial“ verstehenden Gesellschaft, die sich um ihre „schwächeren“ Mitglieder kümmert; zum anderen aber auch deshalb, weil Dritte von solchen Angeboten profitieren, z. B. von der Vermeidung hoher betriebswirtschaftlicher Kosten für die Integration behinderter Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt. Ökonomen sprechen in diesem Zusammenhang auch von *externen Effekten*, da Dritte von den Folgen der Tauschhandlungen betroffen sind, ohne in die Handlung selbst involviert gewesen zu sein. Es bedarf dann wiederum politischer Entscheidungen, die Höhe des Nutzens dieser externen Effekte einzuschätzen und sie qua Zwangsabgaben zu internalisieren, also denen in Rechnung zu stellen, die profitieren. Im Falle der Behindertenhilfe erfolgt die Rechnung in Form der Schwerbehindertengebühr, die im SGB IX gesetzlich geregelt ist.

Halten wir also zunächst fest: Meritorische Güter sind private Güter, deren Nachfrage auf Nutzenvorstellungen und Präferenzen beruhen, die politisch nachgeschärft werden müssen. Der Konsum meritorischer Güter ist im öffentlichen Interesse. Meritorische Güter sind öffentlich sicherzustellende Güter, ohne dass es sich um öffentliche Güter handelt.

Die Pointe dieser begriffsstrategischen Intervention – Meritorik – besteht aus Sicht der Ökonomie darin, an der

Fiktion der Konsumentensouveränität festzuhalten, diese aber sozusagen zeitlich versetzt zu betrachten. Staatliche Eingriffe auf sozialpolitischen Feldern stehen in der Ökonomie wegen ihrer präferenzverzerrenden Auswirkungen zwar unter Generalverdacht. Sie sind aber normativ dann zu rechtfertigen, „wenn die tangierten Individuen diese Eingriffe *im Nachhinein* billigen würden, wenn sie durch diese Eingriffe also zur Wahl einer solchen Handlungsalternative veranlasst werden, die sie retrospektiv gleichermaßen wählen würden“ (Wüstenbecker 1999, S. 299 mit Bezug auf Basu 1975).

Quasimärkte

Hält man mit diesem methodischen Trick der Antizipation retrospektiver Goutierung an der Fiktion der Konsumentensouveränität auch im Falle meritorischer Güter fest, ist der Weg frei für die Etablierung von Marktmechanismen und damit all ihrer Effizienz verheißenden gesellschaftlichen Zielzustände.

In der Politikwissenschaft spricht man schon seit längerem von einer qualitativen Veränderung der Sozialpolitik. „Gemeint ist die Schaffung von Märkten innerhalb und mit Mitteln der Sozialpolitik, Marktlichkeit gerade nicht als das Gegenüber der staatlichen Sozialpolitik, sondern als Instrument und Regelungsform innerhalb einer weiterhin öffentlich verfassten und parlamentarisch entschiedenen Sozialpolitik. Dadurch wird jedoch eine grundlegende Umstellung der Sozialpolitik und ihrer inneren Logik erzeugt“ (Nullmeier 2002, S. 270).

Diese neue Logik hat nicht mehr den Fokus auf den Ausgleich sozialer Risiken, die durch Marktprozesse ausgelöst wurden und durch Instrumentarien staatlicher Politik in redistributiver Weise kompensiert werden sollen. Vielmehr sollen die vom Markt erzeugten sozialen Risiken durch marktförmige Mechanismen ausgeglichen werden. „Märkte werden innerhalb staatlich-sozialpolitischer Regularien aufgebaut, sozialpolitische Aufgaben der Bereitstellung von Wohlfahrt, sei es durch Einkommensvorsorge oder soziale Dienstleistungen, werden auf Märkte übertragen. Der Redistributionscharakter der Sozialpolitik wird reduziert, soziale Leistungen nähern sich privaten Gütern an“ (Nullmeier 270, S. 270).

Die politische Idee einer internen Umstellung auf Marktsteuerung wurde Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre in England unter der Regierung Thatcher geboren. Anwendungsfall war der *National Health Service*, das staatliche Gesundheitssystem in England. Die Diagnose der Schwachstellen des NHS fiel verheerend aus: lange Patientenwartelisten, Ressourcenverschwendung (leer stehende Krankenhausbetten), fehlende Innovationskraft bei der medizinischen Versorgung, Indifferenz und Unempfänglichkeit des medizinischen Fachpersonals gegenüber den Bedürfnissen der Patienten, diskriminierende Ungleichheitbehandlung zwischen Patientengruppen. Die Lösung all dieser Probleme wurde in einem inszenierten Markt gesehen, einem staatlich geschaffenen Wettbewerb

zwischen den Akteuren und Organisationen eines nach wie vor staatlichen Systems (vgl. LeGrand 1993, 2007). Der britische Gesundheitsökonom *Julian LeGrand* führte in diesem Zusammenhang den Begriff des *Quasimarktes* ein, innerhalb dessen die Finanzierung der sozialpolitischen Unterstützungssysteme weitgehend in Händen staatlicher Institutionen bleibt. Zusätzlich bereitgestellt wird ein wettbewerblicher Rahmen, der den Versorgungssystemen eine effizientere Ressourcenallokation ermöglichen und der die betreffenden Einrichtungen offener für die Bedürfnisse ihrer Nutzer machen soll.

Im *deutschen Gesundheitswesen* wurde beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 die Einspeisung marktlicher Elemente zwischen den korporativen Akteuren der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“, also zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbänden, gesetzlich inszeniert und mit dem Gedanken von Einkaufsmodellen der Krankenkassen verknüpft (vgl. Weber 2001). Eine strukturpolitisch vergleichbare Entwicklung fand in der *deutschen Kommunalpolitik und -verwaltung* statt, für die das so genannte „Neue Steuerungsmodell“ der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST) die konzeptionelle Richtschnur abgab. Ein zentraler Kerngedanke dieses Modells besteht darin, durch die Etablierung von Wettbewerb die zu modernisierende Verwaltung „unter Strom“ zu setzen. Die einzelnen Behörden haben sich hinsichtlich bürgerorientierter Qualität und Kosten ihrer Leistungen in regelmäßigen Abständen Vergleichen innerhalb und außerhalb ihrer jeweiligen Kommunalverwaltung zu unterziehen und entlang vorweg vereinbarter Ziele und Qualitätsstandards zu berichten. In ein solches „Benchmarking“ sind dann im Bereich kommunaler Sozialpolitik auch die vormals Freien Träger der Wohlfahrtspflege einbezogen, die über Instrumente des Kontraktmanagements in die politischen Planungsprozesse der kommunalen und staatlichen Finanziere eingegliedert werden. Damit einher geht eine bis heute andauernde systematische Entprivilegierung der Freien Wohlfahrtspflege sowohl bei der Feststellung sozialer Bedarfslagen wie auch bei der fachlichen Abwicklung der entsprechenden Aufgaben (vgl. Hermsen/Weber 1998).

Es ist die Tradition dieses ökonomischen Denkens, in dem die hier thematisierte Einführung eines Persönlichen Budgets in der Behindertenhilfe steht. Denn mit Persönlichen Budgets sollen auch im Bereich der Behindertenhilfe Quasimärkte entstehen, die bedürfnisgerechtere Angebote mit Kostenersparnis verbinden sollen.

Allokative Effizienz

Den letztgenannten Zusammenhang muss man sich noch einmal genau vor Augen führen, wenn man die ökonomische Begründung für die positive Bewertung einer Einführung des Persönlichen Budgets nachvollziehen will. Das Kriterium, auf das sich die Bewertung bezieht, ist die *allokative Effizienz*. Wenn Ökonomen von der allokativen Effizienz sprechen, dann geht es ihnen um den subjektiven

Nutzen, den die Menschen aus dem Konsum von Gütern ziehen. Der dabei zugrunde gelegte Effizienzbegriff unterscheidet sich von der (technischen) Produktions- bzw. der (betrieblichen) Kosteneffizienz, die im Kern darauf abheben, dass bei einem gegebenen Ressourceneinsatz die maximale Menge eines Gutes produziert bzw. eine bestimmte Menge mit minimalem Kostenaufwand hergestellt wird. Wenn ein Ökonom von allokativer Effizienz spricht, zielt sein Anliegen auf den größtmöglichen Nutzen jedes Einzelnen und, nach erfolgter Nutzenaggregation, auf die Gesamt-Wohlfahrt der Gesellschaft. Es geht ihm – erstens – um die Bestimmung des Wohlfahrtsmaximums der Gesellschaft und – zweitens in praxeologischer Wendung – um die Frage, welche Institutionen die Wohlfahrtsentwicklung besonders befördern.

Zur ersten Frage: Das Wohlfahrtsmaximum einer Gesellschaft ist im Rahmen ökonomischer Modellbildung in einem technisch-mathematischen Sinne bestimmbar. Eine gesellschaftliche Wohlfahrtssteigerung liegt nämlich dann vor, wenn sich der Nutzen mindestens eines Bürgers, z. B. eines behinderten Menschen, erhöht hat, ohne dass ein anderer Bürger *dadurch* eine Nutzeneinbuße erfahren hat. Das Maximum dieser Steigerung und damit die optimale Allokation von Ressourcen in einer Gesellschaft sind erreicht, wenn keine Nutzensteigerung mehr zulasten irgendeines Individuums mehr möglich ist. Die Ökonomie spricht dann von einer pareto-optimalen Verteilung der gesellschaftlichen Ressourcen, die sich mathematisch in einer Nutzenmöglichkeitskurve abbilden lässt.

Bei der Bestimmung der Institutionen, die eine pareto-optimale Wohlfahrtsentwicklung befördern – Frage zwei –, ist die Lösung modellhaft vorgezeichnet. Es kommen bevorzugt solche Institutionen in Frage, die dem nachfragenden und konsumierenden Individuum einen möglichst großen Spielraum bei dessen präferenzgerechter Entscheidungsfindung bieten. Auf freien Märkten stiften unter Effizienzgesichtspunkten reine Geldleistungen den höchsten Nutzen.

Auf Quasimärkten, auf denen meritorische Güter gehandelt werden und deren Funktionieren auf staatlich gewährleistete Transferleistungen an Bedürftige angewiesen ist, geht es nicht ganz ohne Einschränkung der Konsumentensouveränität. Beim Persönlichen Budget handelt es sich daher um gebundene Geldleistungen oder um Gutscheine. Beide Ausführungsformen sind in § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX vorgesehen. Persönliche Budgets sind Gelder, die direkt an einen leistungsberechtigten Menschen ausgezahlt werden, um von diesem *zweckgebunden* eingesetzt zu werden. Gutscheine stellen eine Mischform zwischen reinen Geld- und reinen Sachleistungen dar und verringern den Dispositionsspielraum des Leistungsempfängers. Die Unterscheidung zwischen Geldleistung und Gutschein ist freilich nur ein gradueller. In beiden Fällen wird die Gewährung einer Leistung an den Konsum eines bestimmten Gutes gekoppelt, dem Empfänger bleibt jedoch die Wahlfreiheit erhalten, souverän zwischen den angebotenen Varianten auszuwählen. Das Persönliche Budget erlaubt es daher dem Individuum, seinen Nutzen relativ unmittelbar und un-

verfälscht zu artikulieren, ohne dass der Staat die Kontrolle darüber verliert, dass die verausgabten finanziellen Mittel zweckfremd eingesetzt werden.

Hieraus entsteht wiederum ein direkter ökonomischer Nutzen, diesmal aber nicht auf Nachfrager-, sondern auf Anbieterseite. Die allokativen Effizienz steht nämlich in einem direkten Zusammenhang mit der Produktions- und Kosteneffizienz der Anbieter sozialer Dienstleistungen. Unter den Bedingungen eines möglichst großen Freiraums individueller Nutzenvorstellungen wird nicht mehr das gekauft und konsumiert, was Anbieter in paternalistischer und zugleich diskriminierender Pose als notwendig und bedürfnisgerecht etikettieren, sondern nur noch das, was die Nachfrager gemäß ihrer individuellen Nutzenfunktion auch wirklich konsumieren wollen. Überdies werden durch die Stärkung der Nachfragemacht Wettbewerbsprozesse zwischen den Anbietern in Gang gesetzt, die dafür sorgen, dass die präferierten Mengen zu minimalen Kosten bereitgestellt werden. Die Preise, die dabei im neu justierten Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage entstehen, spiegeln nicht nur die „echten“ Bedürfnisse der Konsumenten wider und führen daher zu einer entsprechend hohen Konsumentenrente. Sie sorgen auch dafür, dass die Anbieter keine überhöhte Produzentenrente abschöpfen können, weil der Wettbewerb eine kosteneffiziente Produktion notwendig macht. Dabei spielt es im Prinzip keine Rolle, ob die Nachfrager tatsächlich zahlungsfähig sind. Auf dem Markt sozialer Dienstleistungen sind sie es ja in der Tat ganz häufig nicht. Deshalb ist der Staat aufgerufen, für entsprechende finanzielle Ausgleichsmaßnahmen zu sorgen und die Konsumenten mit entsprechender Kaufkraft – wie z. B. Persönliche Budgets – auszustatten. Geschaffen wird damit ein Quasimarkt, in dem Preise dieselbe Signal- und Steuerungsfunktion wahrnehmen können, wie dies auch auf echten Märkten der Fall ist. In dem Maße, wie die Tauschhandlungen zwischen den Anbietern sozialer Dienstleistungen und den Nachfragern marktähnlicher werden, geht die effiziente Allokation der knappen Ressourcen einher mit der Bereitstellung von Gütern zu minimalen Kosten. Im Ergebnis entsteht das, was Ökonomen als *vollkommene Effizienz* bezeichnen (vgl. Mühlenkamp 2005, S. 7), sozusagen der Garten Eden der Ökonomie...

Marktstruktur

Nun sind paradiesische Zustände bekanntlich nur schwer zu erreichen. Märkte rehabilitativer Dienstleistungen, auf denen sich Anbieter und Nachfrager auf der Grundlage Persönlicher Budgets begegnen, machen da keine Ausnahme. *Julian LeGrand* hatte in seiner damaligen Analyse der Reformvorhaben im englischen Gesundheitswesen darauf aufmerksam gemacht, dass es mehrere Bedingungen gibt, die erfüllt sein müssen, damit Quasimärkte tatsächlich allokativ effizient sind bzw. werden können (vgl. LeGrand 1993, 2007). Diese Bedingungen lassen sich auch auf unseren Untersuchungsgegenstand anwenden.

Die erste Voraussetzung betrifft die *Struktur der Märkte*. Ein Markt muss wettbewerbsorientiert sein, damit die dort gehandelten Dienstleistungen allokativ effizient sind. Zumindest müssen die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass sich Wettbewerbsprozesse über die Zeit entfalten können. Sind hier institutionelle Sperren vorhanden, läuft die Freisetzung individueller Nachfragemacht ins Leere.

Wettbewerbsorientierung bedeutet auf der *Anbieterseite*, dass es einigen wenigen Monopolanbietern nicht möglich sein darf, preis- und qualitätsbeeinflussend zu wirken. Das Geld darf nur der Leistung folgen. Ein Markt muss also umstritten sein, und zwar bis hin zum institutionellen Exitus der Anbieter. Für sie muss das Risiko eines Konkurses bestehen. Hinzu kommt, dass die Marktzutrittsbarrieren für neue Anbieter nicht zu hoch sein dürfen.

Dies sind Bedingungen, die heutzutage in der sozialpolitischen Landschaft Deutschlands für Träger und Einrichtungen durchaus Realität geworden sind. Werkstätten für behinderte Menschen sind aufgrund ihrer in der Regel privatrechtlichen Organisationsstruktur als eingetragene Vereine oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung nicht nur rechtlich gesehen konkursfähig, sie sind es auch tatsächlich, nicht zuletzt in strukturschwachen Gebieten, wie z. B. den neuen Bundesländern. Im Berufsbildungsbereich wird über das politische Programm der *Unterstützten Beschäftigung* der Markteintritt von Trägern gefordert und gefördert, die gerade keine Werkstätten sind. Die Bemühungen des Kostenträgers Bundesagentur für Arbeit, eine Marktausgrenzung des Anbieters WfbM über das Instrument des Vergaberechts zu erreichen, offenbaren freilich ein ordnungspolitisches Dilemma: Zwar ist das politische Bemühen um eine Pluralisierung der Angebote und damit die Schaffung eines Quasimarktes auf Anbieterseite unverkennbar und im Sinne der allokativen Effizienz auch konsequent. Geschaffen wird aber lediglich ein Wettbewerb zwischen den Anbietern *um* den Markt, nicht hingegen ein Wettbewerb *im* Markt. Der Einkauf wird vom Kostenträger BA selbst erledigt, nicht von den eigentlichen Nachfragern, nämlich den behinderten Menschen und ihren Betreuern.

Der Schaffung wettbewerbsorientierter Märkte auf Anbieterseite dient auch die politische Forderung nach einer *Aufhebung der Mindestgröße von Werkstätten*, die derzeit noch bei 120 Plätzen liegt. Eine solche Maßnahme ist im Sinne allokativer Effizienz funktional, um Markteintrittsbarrieren für neue Anbieter zu beseitigen oder sie doch zumindest zu verkleinern.

Was im Sinne der Wettbewerbsorientierung auf Anbieterseite ebenfalls noch aussteht, ist die *Beseitigung regionaler Versorgungsmonopole*. Die Forderungen hierfür sind freilich bereits politisch artikuliert, wie z. B. seitens Bündnis 90/ Die Grünen, die in ihrem im Bundestag diskutierten Gesamtkonzept zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen vorschlagen, Leistungsart und -intensität der entsprechenden Dienstleistungen einrichtungsübergreifend und überregional zu beschreiben (vgl. Deutscher Bundestag 2008, S. 4). Auch die Förderung einer Inanspruchnahme alternativer Werkstatteleistungen in Form

eines *dauerhaften Minderleistungsausgleichs*, der an integrationsbereite Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes zu zahlen ist, entspricht einer Stärkung der Wettbewerbsorientierung, weil sie den Kreis möglicher Anbieter rehabilitativer Dienstleistungen vergrößert.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kann man auf der Anbieterseite zur der Einschätzung kommen, dass die institutionellen Sperren für die Entfaltung allokativer Effizienz entweder bereits beseitigt oder doch zumindest als problematisch erkannt sind. Anders verhält es sich auf der *Nachfrageseite*. Zwar wird über Persönliche Budgets auch der Wettbewerb unter Menschen mit Behinderungen als Nachfragern in Gang gesetzt, allerdings in einem qualitativ und quantitativ sehr begrenzten Maße. Denn letztlich sind es die großen kommunalen, überörtlichen und parafiskalischen Kostenträger rehabilitativer Leistungen, die Art und Ausmaß der Nachfrage behinderter Menschen entscheidend bestimmen. Sie treten im ökonomischen Sinne als Monopolnachfrager, als Monopson, auf. Sie präformieren die Struktur des meritorischen Gutes Reha-Leistung inhaltlich – über die Festlegung von Qualitätskriterien – und finanziell – über die Festlegung der Budgethöhe. Strukturell weist daher die Einführung Persönlicher Budgets Ähnlichkeiten mit der Einführung eines zentralistischen Einkaufsmodells der großen Kostenträger auf, die sich zur dezentralen Abarbeitung der anfallenden operativen Einkaufsprozesse behinderter Menschen und deren Betreuungspersonen bedienen, sozusagen als freie Mitarbeiter im Außendienst. Im Falle der Anwendung öffentlicher Ausschreibungen nach Vergaberecht, wie es die Bundesagentur für Arbeit im Berufsbildungsbereich verstärkt praktiziert, fällt sogar die freie Mitarbeiterschaft behinderter Menschen weg. Hier kauft dann die Zentrale selbst ein.

Das Ganze wird unter dem Gesichtspunkt allokativer Effizienz deshalb zum Problem, weil es in keiner Weise klar ist, woher Kostenträger wissen, was denn „das Interesse“ behinderter Menschen ist. Reine Marktprozesse sind es jedenfalls nicht, die diese Interessen zum Vorschein kommen lassen. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass die schiere Behauptung, im Sinne behinderter Menschen zu handeln und deren Budgets so zu bemessen, dass Nachfrage-Exzesse vermieden werden, fiskalische Interessen eines Cut-back-Managements der Kostenträger kaschieren soll. Der Jurist und Verwaltungswissenschaftler *Rainer Pitschas* zieht hier den Vergleich zu Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen: „Persönliche Budgets müssen nach dem Willen des Gesetzgebers so bemessen sein, dass die Deckung des individuellen Bedarfs unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit möglich ist. Allerdings erinnern diese limitierenden Voraussetzungen sehr stark an den Versuch, in der gesetzlichen Krankenversicherung bedarfsdeckende Leistungen in den Rahmen einer vorrangigen Wirtschaftlichkeitsverpflichtung zu ´pressen´, wodurch dann ´budgetierte Qualitätsprobleme´ auftreten. Möglicherweise verbirgt sich hinter der vom Gesetzgeber gewählten Formulierung doch bloß ein versteckter Sparzwang. Ihm sollte aber entgegenwirken, dass die Leistungsträger nach § 20 SGB IX die Qualität der

Hilfeanstrengungen sichern. Hierfür ist ein entsprechendes Qualitätsmanagement bereitzuhalten“ (*Pitschas* 2009, S. 256).

Das von *Pitschas* zu Recht eingeforderte Qualitätsmanagement mag im Falle defekter, weil monopsonlastiger Marktstrukturen einen Lösungsweg darstellen. In jedem Fall verursacht es aber Transaktionskosten, die zu bilanzieren sind, wenn es darum geht, den Saldo allokativer Effizienz zu bilden. Hierauf wird noch zurückzukommen sein.

An diesem Punkt bleibt zunächst festzuhalten, dass eine zentrale Voraussetzung allokativer Effizienz, eine wettbewerbsorientierte Struktur des Marktes rehabilitativer Dienstleistungen, nicht erfüllt ist, weil die Kostenträger zugleich als große Käufer bzw. als Monopolnachfrager fungieren.

Information

Eine zweite Bedingung, die Märkte erfüllen müssen, wenn sie Effizienz fördern sollen, betrifft Information. In Märkten, und so auch in staatlich gewährleisteten Quasimärkten, sollen genaue Informationen über Kosten, Preise und vor allem über die Qualität von Gütern für alle Beteiligten verfügbar sein. Dies ist im Sozial- und Gesundheitsbereich sehr häufig ein Problem, das auf die „Natur“ der auf diesen Märkten gehandelten Güter zurückzuführen ist. Die hier gehandelten Dienstleistungen sind im ökonomischen Sinne Güter mit hoher *Integrativität*, was den Prozess der Leistungserstellung betrifft, und hoher *Immaterialität*, was das Ergebnis der Leistungserstellung betrifft. Rehabilitative Leistungen setzen die unmittelbare Mitwirkung des Kunden, also des behinderten Menschen, voraus und machen es aufgrund ihrer Intangibilität, also ihrer Nicht-Fassbarkeit, schwer, die Qualität der Leistung und damit den Nutzen für den Nachfrager zu messen und zu bewerten.

Der letztgenannte Güteraspekt ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil mit der Einführung Persönlicher Budgets die Definitionsmacht über die Merkmale, welche insbesondere die Ergebnisqualität ausmachen, auf den Budgetnehmer übergehen (vgl. *Welti* 2007, S. 27). Der Mess- und Bewertungsvorgang des meritorischen Gutes Reha-Leistung bleibt im Hinblick auf das zu realisierende Ergebnis aber nichtsdestoweniger komplex und konfliktbehaftet. Denn zwischen den Nutzenvorstellungen des Kunden „Kostenträger“ und des Kunden „behinderter Mensch“ können weiterhin Abweichungen vorliegen. Die viel beschworene Integration des behinderten Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt mag gesellschaftspolitisch (Stichwort: Inklusion) und nicht zuletzt finanziell aus Sicht staatlicher und parafiskalischer Akteure nutzbringend erscheinen. Für viele behinderte Menschen und deren Angehörige ist eine Überleitung auf den ersten Arbeitsmarkt aber das exakte Gegenteil dessen, was sie sich als „Dienstleistung“ von einer WfbM erwarten.

Ökonomen sprechen in sozialwirtschaftlichen Kontexten auch von *Kontraktgütern*, womit insbesondere die Integrativität, also der Prozessaspekt der Qualitätsdimension, angesprochen wird. Im Gegensatz zu Austauschgütern, die im Moment des Kaufes bereits existieren, handelt es sich bei Kontraktgütern um ein Leistungsversprechen, das noch der Spezifizierung und der anschließenden Mitwirkung durch den Kunden bedarf. Zudem haben Kontraktgüter einen hohen Anteil an Erfahrungs- und Vertrauenselementen, so dass die Nachfrager auch aus diesem Grund die Qualität der Leistung nicht ex ante, sondern nur während des Prozesses der Erstellung (ex nunc) oder erst danach (ex post) beurteilen können. Auf bestimmte zugesicherte Eigenschaften der Leistung, wie z. B. die Anstrengung und die Einsatzbereitschaft des Produzenten, muss schlichtweg vertraut werden, weil hier objektive Messungen nicht möglich sind.

Typisch für Kontraktgüter der geschilderten Art sind ein hoher Unsicherheitsfaktor und in der Folge ein vergleichsweise hoher Informationsbeschaffungsaufwand. Diese Merkmale liegen unabhängig davon vor, ob die Güterproduktion in hierarchischen oder in marktförmigen Prozessen erbracht wird. Unsicherheit und Aufwand bestehen auf Anbieterseite darin, zutreffende und vollständige Informationen über die Bedürfnisse und Erwartungen der Nachfrager zu erhalten. Auf Nachfragerseite bestehen die Unsicherheit und der Aufwand darin, zutreffende und vollständige Informationen über die Leistungen, Qualitäten und Preise der Anbieter zu bekommen.

Aus der Informationsunsicherheit und dem Informationsaufwand resultieren gleich in dreifacher Weise Probleme für ein reibungsloses Funktionieren von Marktprozessen und in der Folge für die alloкатive Effizienz. Bei den Problemen handelt es sich um ein Moral-hazard-Verhalten der Anbieter, um Prozesse der adversen Selektion und um das Problem steigender Werbungskosten (Signalling).

Die Informationsunsicherheit bezüglich der Dienstleistungsqualität auf Seiten der Nachfrager können die Anbieter durch opportunistisches Verhalten ausnutzen. Sie setzen weniger Ressourcen für die Vorhaltung und Durchführung einer Dienstleistung ein, als dies in den Vertragsbedingungen festgelegt wurde. Kosten werden zuungunsten der Qualität reduziert. Ökonomen sprechen hier von einem *Moral-hazard-Verhalten*. Im Falle rehabilitativer Dienstleistungen sind die Spielräume für ein „moralisches Wagnis“ aus Anbietersicht groß. Der einzelne Kunde kann insbesondere hinsichtlich der Strukturqualität der Leistung nur sehr schwer kontrollieren und nachweisen, ob bestimmte Leistungsmerkmale – seien es Personalschlüssel, Personalqualifikation oder bestimmte infrastrukturelle Merkmale einer Einrichtung – tatsächlich erbracht werden oder nicht. Und selbst wenn seine Kontrolle erfolgreich wäre und ein Defizit aufgezeigt wurde, ist die mittlerweile hergestellte Beziehung zu den Dienstleistungserbringern unter Umständen für ihn selbst ein zu großes moralisches Hindernis, um den Prozess abubrechen und aus dem Dienstleistungsvertrag auszusteigen.

Nun wird man rasch einwenden können, dass zur systematischen Vermeidung von Qualitätsmängeln in sozialen Einrichtungen, die durch informationelle Defizite der Nachfrager und opportunistisches Verhalten der Anbieter verursacht werden, eine kontinuierliche Überwachung der Leistungsqualität durch staatliche Instanzen oder durch Prüfstellen der Kostenträger stattfinden müsse – so wie dies schon gegenwärtig erfolgt. Die Einführung marktlicher Prozesse via Persönliches Budget könne von vornherein kein Substitut für eine Leistungsüberwachung durch unabhängige Dritte sein, zumindest dann nicht, wenn die Konsumentensouveränität so stark eingeschränkt ist wie im Falle behinderter Menschen. Aus der Notwendigkeit einer Qualitätskontrolle würde also noch keine Einschränkung des Beitrages von Quasi-Märkten zur Effizienzerhöhung folgen.

Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass die Ressourcen für die Leistungsüberwachung systematisch ansteigen, wenn die zu erbringende Leistung modularisiert, d. h. individualisiert und entstandardisiert wird. Genau dies ist bei der Einführung Persönlicher Budgets der Fall. Es macht eben einen großen Unterschied für die Effizienzbetrachtung aus, ob die Einhaltung individueller Verträge mit auf die Einzelperson zugeschnittenen Leistungsmodulen zu kontrollieren ist oder ob lediglich gruppenbezogene und damit standardisierte Leistungen nachzuhalten sind. Der höhere Kontrollaufwand wird zwangsläufig zulasten der Bemessungshöhe des Persönlichen Budgets gehen und damit die alloкатive Effizienz negativ beeinträchtigen. Dasselbe gilt natürlich auch für den Produktionsprozess selbst (vgl. hierzu den Abschnitt Transaktionskosten).

Findet eine Ausweitung des Ressourceneinsatzes für eine externe Qualitätskontrolle aus welchen Gründen auch immer nicht statt, besteht die Möglichkeit, dass sich „der Markt“ selbst hilft. Leider kann auch dies zu suboptimalen Verhältnissen führen, nämlich zu einer *adversen Selektion* qualitativ guter Anbieter, wie dies der amerikanische Ökonom *Georg Akerloff* schon in den siebziger Jahren am Beispiel von Gebrauchtwagenmärkten nachwies (vgl. Akerloff 1970). Wenn die Käufer eines Gutes, im Beispiel *Akerloffs* eines Gebrauchtwagens, gute Qualität nicht erkennen können und – wie man ergänzen muss – auch keine externe Institution hinsichtlich dieses Informationsdefizits in ausreichendem Maße unterstützend wirkt, führt dies auf mittlere Sicht dazu, dass Güter unterschiedlicher Qualität nicht mehr zu unterschiedlichen Preisen gehandelt werden. Die Zahlungsbereitschaft der Käufer in Höhe des nur durchschnittlichen Preises führt dazu, dass Verkäufer guter Autos nicht mehr bereit sind, ihr Fahrzeug zu diesem aus ihrer Sicht zu niedrigen Preis auf dem Markt anzubieten. Es werden folglich nur noch schlechte Autos, die „lemons“, gehandelt, die guten werden aus dem Markt gedrängt. Dass eine unkontrollierte asymmetrische Informationsverteilung zwischen Käufer und Verkäufer unter Umständen gar zu einem völligen Zusammenbruch von Märkten führen kann, ist derzeit in der Finanzindustrie zu beobachten, nämlich beim Handel für strukturierte Finanzprodukte.

In der meritorischen Güterwelt sind Hinweise auf adverse Selektion zugegebenermaßen weniger dramatisch. Erste Symptome einer Qualitätsverschlechterung sind aber im Bereich der Altenpflege zu erkennen. Die in der Aussage „Wir holen uns für Oma eine Polin!“ zum Ausdruck kommende Präferenzorientierung von Angehörigen mag zwar für einen liberalen Ökonomen noch als Beleg für eine gestiegene Konsumentensouveränität durchgehen. Ob die damit einhergehende Dequalifizierung des Berufsstandes der Pflegefachkräfte tatsächlich im Sinne alter und pflegebedürftiger Menschen ist, kann man zumindest anzweifeln – vom Aspekt der Ausbeutung von Frauen mit osteuropäischen Migrationshintergrund, die den deutschen Pflege- notstand „bekämpfen“ sollen, gar nicht zu reden.

Im Bereich der *Unterstützten Beschäftigung* machen die Werkstattträger derzeit ähnliche Erfahrungen mit den Qualitäts- und Kostenvorstellungen des Zentraleinkäufers Bundesagentur für Arbeit wie vor ihnen Bildungsträger und Beschäftigungsgesellschaften. Wenn Stellen für Sozialpädagogen und Psychologen mit 1.600 EUR monatlich zu kalkulieren sind, um in Ausschreibungsverfahren die Chance auf einen Zuschlag zu erhalten, werden sich qualitätsbewusste Anbieter künftig aus diesen Arbeitsbereichen verabschieden – und den Prozess adverser Selektion in Gang setzen.

Akerloffs Analyse von Zitronenmärkten und des Prozesses adverser Selektion hat dafür gesorgt, dass Ökonomen in der Folge nach marktkonformen Wegen suchten, um dem Problem der Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern entgegenzuwirken. *Michael Spence* zeigte am Beispiel des Arbeitsmarktes auf, wie eine Überwindung der Asymmetrie seitens der besser informierten Seite ablaufen kann (vgl. Spence 1973). Diese sendet glaubhafte *Signale* über die „wahre“ Qualität der Leistung, um der Asymmetrie entgegenzuwirken. Im Falle des Arbeitsmarktes legen Stellenbewerber Bildungszertifikate vor, um ihre voraussichtliche Eignung für die zu besetzende Stelle signalisieren zu können. Institutionelle Arrangements wie Produktgarantien, Beteiligungsverträge oder Markennamen sind funktionale Äquivalente eines Market-Signalling im Sinn von *Spence* (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 103).

Bei den für uns relevanten Quasi-Märkten für meritokratische Güter ist davon auszugehen, dass die unter Konkurrenzdruck gesetzten Anbieter, also die Werkstätten für behinderte Menschen, verstärkt daran gehen werden, mit Marketingstrategien und höheren Werbebudgets an ihrer Qualitätsreputation zu arbeiten. Eine Affinität zu diesen Themen ist ohnehin gegeben, weil Werkstätten zur Bewältigung ihres Rehabilitationsauftrages kontinuierlich an der Akquisition von Aufträgen aus Wirtschaft und Verwaltung arbeiten und dabei entsprechende Marketinginstrumente einsetzen. Die Kosten für die Aufbereitung werbender Informationen, die auf die Klienten, also die behinderten Menschen, abzielen, könnten auf diesen Erfahrungen aufbauen und sind im Übrigen auch keineswegs verschwendet. Ausgaben für Werbung können mehr Informationen für den mit einem Budget ausgestatteten Käufer bedeuten

und daher letztlich effizientere Entscheidungen bedingen. Inwieweit die Effizienzgewinne aber die Kostennachteile überwiegen, bleibt völlig offen. In jedem Falle werden die Anbieter rehabilitativer Dienstleistungen Teile des persönlichen Budgets für Werbemaßnahmen verwenden und damit die Ressourcen für die operativen Dienstleistungen verringern. Politische und rechtliche Auseinandersetzungen über das Ausmaß werbender Aktivitäten der Anbieter sind damit vorprogrammiert.

Transaktionskosten

Die dritte Bedingung für allokativer Markteffizienz betrifft die relative Höhe der *Transaktionskosten*. Hier gilt dasselbe wie im Falle der Bewältigung von Informationsasymmetrie: Der dafür zu betreibende Aufwand sollte zumindest nicht höher sein als die Kostenersparnisse, die durch die Kräfte des Wettbewerbs im Quasi-Markt erzielt werden. Transaktionskosten treten immer auf, wenn die Resultate komplexer und anspruchsvoller Dienstleistungen, wie z. B. von Kontraktgütern, im vorhinein vertraglich fixiert und im nachhinein kontrolliert werden sollen.

Es liegt auf der Hand, dass die beabsichtigte Modularisierung von Werkstattleistungen zu einem erheblich *höheren Personal- und Finanzaufwand für die individualisierte Vertragsabfassung* auf Seiten der Werkstätten führen wird. Dieser erhöhte Aufwand ist – einmal mehr – aus den Budgetmitteln der behinderten Menschen zu bestreiten. Die Durchführung rehabilitativer Dienstleistungen wird eine andere, nämlich höhere Bepreisung erfordern, wenn sich die Vertragsverhältnisse individualisieren und Betreuungsrelationen aus organisatorischen Gründen nicht mehr mit *Personalschlüsseln* von eins zu zwölf bewältigt werden können, wie dies zurzeit noch in der Werkstattverordnung vorgesehen ist (§ 9 Abs. 3 Satz 2 WVO; im Berufsbildungsbereich liegt der Schlüssel bei 1:6).

Ein *hoher Umstellungsaufwand* ergibt sich aus der Tatsache, dass Budgetnehmer und Leistungserbringer künftig keine sozialrechtlichen, sondern zivilrechtliche Verträge abschließen, für die andere Grundsätze gelten (vgl. Schick 2009). *Offene Rechtsfragen* zu der Beziehung zivilrechtlicher Vertragsverhältnisse und öffentlich-rechtlicher Zielvereinbarungen, die ihrerseits zwischen Leistungsträger und Budgetnehmer abzuschließen sind, dürften zu einem kostspieligen Übungsfeld für juristische Gutachter und Rechtsanwältinnen werden. Dies lässt wiederum Rückschlüsse auf die voraussichtlich *steigenden Ex-post-Kosten* dieser vertraglichen Arrangements zu, nämlich die zeit- und kostenintensive juristische Bewältigung von Meinungsverschiedenheiten über die Einhaltung von Vertragskonditionen.

Mit der Individualisierung von Vertragsverhältnissen einher geht der *Bedeutungsrückgang kollektivvertraglicher Regelungen*. Hiervon sind in erster Linie die Spitzenverbände auf Seiten der Anbieter negativ betroffen. Dies hat zum einen Auswirkungen auf die Verhandlungsstrukturen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern, die nunmehr individualisiert und damit aufwändiger gestaltet

werden müssen. Hinzu kommt, dass auch die Versuche politischer Einflussnahme der Anbieter, also das, was Ökonomen *Rent-seeking* nennen (vgl. Krueger 1974), einem Dezentralisierungs- und Individualisierungsprozess unterzogen werden – zulasten des Wertschöpfungsprozesses in den Einrichtungen und damit zulasten der allokativen Effizienz des Gesamtsystems. Das deutsche Gesundheitswesen bietet mit dem Bedeutungsrückgang der öffentlich-rechtlichen Ärztekörperschaften und der Neugründung ärztlicher Lobbyorganisationen, die auch vor parteipolitischen Einflussnahmen im Wartezimmer nicht zurückschrecken, ein anschauliches Beispiel für aus dem Ruder laufende *Rent-seeking*-Prozesse.

Ein *höherer Aufwand für die Verwaltung des Persönlichen Budgets* entsteht aber nicht nur auf Seiten der Anbieter, sondern vor allem *auf Seiten der behinderten Menschen*. Ohne die verstärkte Hilfestellung seitens der rechtlichen Betreuer werden insbesondere geistig behinderte Menschen – immer noch die Kernklientel von Werkstätten – keine Budgets zusammenstellen, beantragen, verwalten und abrechnen können. Zwischenzeitlich stand schon eine Reihe von interessierten und zweifellos kompetenten Akteuren auf Seiten der Freien Wohlfahrtspflege in den Startlöchern, um die rechtlichen Betreuer fachlich, im Sinne eines Budgetmanagements, betreuen zu können. Angesichts dieser „Betreuungsbetreuer“ drängen sich Assoziationen zu dem auf, was *Michel Crozier* vor vielen Jahren einmal als bürokratischen Teufelskreis beschrieben hat (vgl. Crozier 1963, S. 277-288). Die Akteure müssen sich aber wohl mit der Tatsache abfinden, dass die Kosten für externe Budgetberatung im Budget selbst nicht eingepreist werden. Diesbezügliche Finanzierungen wurden lediglich im Rahmen von Modellprojekten bis zum Abschluss der Erprobungsphase des Persönlichen Budgets im Jahr 2008 gewährt.

Mit dieser zukünftig geltenden, politisch motivierten Deckelung der Budgets und der Nichtberücksichtigung von Beratungskosten verschwindet aber nicht das Problem steigender Transaktionskosten. Es verschiebt sich nur, und zwar zulasten derer, die sich diese Beratung nicht leisten können oder wollen. Es entstehen mit anderen Worten Probleme der *selektiven Inanspruchnahme* von Leistungen und damit *Gerechtigkeitsdefizite*. Behinderte Menschen, deren Angehörige über einen hohen sozialen Status, hohe Bildung und ein hohes Informationsbeschaffungs- und Durchsetzungspotential verfügen, werden in den bevorstehenden Aushandlungsprozessen mit den Werkstätten bessere Ergebnisse erzielen. Für den Fall, dass Persönliche Budgets noch durch Privatleistungen aufgestockt werden können, dürften sich Ungleichheitsbehandlungen noch verstärken. Dies ist die logische, verteilungspolitisch aber nicht unbedingt intendierte Folge höherer Konsumentensouveränität auf dem entstehenden Markt rehabilitativer Dienstleistungen.

Man kann in diesem Zusammenhang auf Erfahrungen in Bereichen verweisen, wo meritorische Güter mittels Gutscheinelösungen allokiert werden. So kam es z. B. bei der Einlösung von Bildungsgutscheinen, die von der Bundes-

agentur für Arbeit als Instrument aktiver Arbeitsmarktpolitik ausgegeben wurden, zu nicht intendierten Selektionsprozessen. Als einschränkend für die Inanspruchnahme erwiesen sich Faktoren wie geringe Qualifizierung, Sprachschwierigkeiten und Behinderung (!) (vgl. Kruppe 2008, S. 29). Der Selektionseffekt war dabei ein doppelter: „Zum einen haben Personen ohne Schul- und/oder Berufsausbildung wesentlich seltener Bildungsgutscheine erhalten als höher qualifizierte Arbeitslose, zum anderen ist die Wahrscheinlichkeit, die Gutscheine einzulösen bei gering qualifizierten Arbeitslosen signifikant niedriger“ (Burmeister 2009, S. 90).

Ein anderes Beispiel ist das Hamburger Kita-Gutschein-System, dem zwar von liberalen Ökonomen insgesamt ein positives Zeugnis ausgestellt wird (vgl. Ernste/Flüter-Hoffmann 2008, S. 48), das aber nichtsdestoweniger ebenfalls problematische Selektionseffekte aufweist. „So kommen in Hamburg bevorzugt Erwerbstätige in den Genuss verlängerter Kinderbetreuung, was tendenziell zulasten von Kindern aus Stadtteilen mit sozialen Problemlagen gegangen ist“ (Burmeister 2009, S. 90 mit Verweis auf Bange/Arlt 2008, S. 410 f.).

Diese Selektionseffekte können auch als Resultat eines *Cream skimming* seitens der Anbieter verstanden werden, also als Rosinenpickerei bevorzugter, weil weniger Aufwand erzeugender Klienten oder Patienten. Bislang spielt ein *Cream skimming* in der Behindertenhilfe keine Rolle. Dass dies nicht so bleiben muss, zeigt der Blick auf das deutsche Gesundheitswesen mit seiner Parallelstruktur von GKV- und Privatleistungen. Die Motivation der ärztlichen Kleinunternehmer wird mehr und mehr durch den Anreiz geprägt, Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung, die trotz budgetierter Leistungen eine teure Behandlung benötigen, zu meiden und ein *Cream skimming* zugunsten von Privatpatienten zu betreiben, für die Einzelleistungen liquidiert werden können. Das *Cream skimming* ist ökonomisch gesehen nichts anderes als die Kehrseite der adversen Selektion. In beiden Fällen reagieren die Marktteilnehmer auf die aus ihrer Sicht mangelhafte Informationslage. Wenn Nachfragern Informationen über die Dienstleistungsqualität der Anbieter fehlen, orientieren sie sich in der Folge nur noch am Mittelmaß. Fähige Anbieter steigen aus und setzen den Prozess der adversen Selektion in Gang. Umgekehrt versuchen Anbieter die aus ihrer Sicht lukrativen Kunden herauszu-„picken“, um Aufwand und Ertrag in ein ökonomisch attraktives Verhältnis zu setzen. In der Versicherungswirtschaft werden seit den grundlegenden Arbeiten von *Joseph Stiglitz* und *Michael Rothschild* Screening-Verfahren analysiert, mit Hilfe derer eine uninformierte Seite, hier also die Anbieter, versuchen, gute und schlechte Risiken auf Nachfrageseite voneinander zu unterscheiden (vgl. Rothschild/Stiglitz 1976). Immer dann, wenn Wettbewerbsprozesse initiiert werden, werden Anreize gesetzt, dass konkurrierende Unternehmen auf solche selektierenden Verfahren zurückgreifen, um „am Markt zu bestehen“ und betriebswirtschaftlich sinnvolle Entscheidungen zu treffen. Die hieraus resultierenden Qualitäts- und Gerechtigkeitsprobleme können ihrerseits nur mit hohem administrativem Aufwand in Form einer

vorgesetzten, kontrollierenden Instanz reduziert werden, die ein Cream skimming unterbindet. Der so genannte Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, für den ein eigener GKV-Spitzenverband gegründet wurde, ist ein Beleg für Transaktionskosten, die entstehen, wenn Ungleichheits- und Gerechtigkeitsdefizite im Marktgeschehen bewältigt werden müssen.

Auch im Falle der Transaktionskosten fällt das *Zwischenfazit* bezüglich der allokativen Effizienz Persönlicher Budgets nicht positiv aus. Es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt mehr als fraglich, ob die Kosten der neu abzuschließenden Individualverträge einschließlich ihrer ex post und ex ante anfallenden Transaktionskosten niedriger sind, als die Kosten der bisherigen sozialrechtlich-administrativen Systeme, die sie substituieren sollen. Ungeklärt sind ebenfalls Selektionseffekte, wie sie in vergleichbaren Leistungsbereichen zu Problemen der Verteilungsgerechtigkeit geführt haben.

Motivation

Die vierte und letzte Bedingung, die erfüllt sein muss, damit Märkte effizient funktionieren, betrifft die Motivation der Anbieter und Käufer. „Alle Anbieter sollen bestrebt sein, ihren Profit zu maximieren oder ihre Kosten zu minimieren. Sind sie nicht in dieser Weise motiviert, reagieren sie nicht angemessen auf Marktsignale“ (LeGrand 1993, S. 239). Der Markt rehabilitativer Dienstleistungen wird nur dann in Gang kommen und effizient funktionieren, wenn die Kunden Preisvergleiche anstellen und auf dieser Grundlage wirtschaftliche Entscheidungen treffen. Wenn also eine Einrichtung bei höheren Preisen eine bestenfalls gleichwertige Qualität abliefert, dann sollte der Kunde dieser Einrichtung den Rücken kehren. Dies setzt natürlich voraus, dass er das auch kann, dass also alternative Anbieter vorhanden und die institutionellen Regeln im Hinblick auf Marktbarrieren und vertragliche Konditionen möglichst flexibel ausgestaltet sind. Die Marktstruktur darf – wie bereits dargelegt – keine Defekte aufweisen. In Bereichen, in denen über einen langen Zeitraum hinweg monopolartige Versorgungsstrukturen herrschten – Beispiel: Strom- und Gasmarkt – fällt es den Marktteilnehmern trotz politisch initiiertem Marktöffnung offensichtlich besonders schwer, entsprechende Lernprozesse einzuleiten und sich so zu verhalten, wie Ökonomen es von ihnen erwarten. Vielleicht ist die Entscheidung der Versorgungskunden auf diesen Märkten aber auch rationaler, als es auf den ersten Blick erscheint. Denn es nicht nur der schiere Änderungsaufwand, Transaktionskosten also, die eine Abkehr vom bisherigen Lieferanten verhindern. Es ist auch die Unsicherheit über die Fragen von Qualität, Liefertreue und langfristiger Bestandsgarantie, die den rationalen Marktteilnehmer von einer Kündigung des bestehenden Vertragsverhältnisses abhält.

Was für die privaten Güter Strom und Gas gilt, gilt umso mehr für das Kontraktgut rehabilitative Dienstleistung. Gewachsene und bewährte Beziehungen zum Personal

einer Einrichtung zu beenden, bloß weil Leistungen beim Konkurrenzunternehmen preiswerter einzukaufen sind, dürfte nicht der Motivation eines großen Teils der behinderten Mitarbeiter in Werkstätten entsprechen.

Darüber hinaus ist die Motivationskomponente als Voraussetzung für allokativen Effizienz auch deshalb problematisch, weil nicht von vornherein klar ist, um wessen Motivation es bei der Nachfrageorientierung im Einzelfall geht. Geistig behinderte Menschen, die Kernklientel der Werkstätten, benötigen für ihre Entscheidungen Betreuungspersonen. Dies können Angehörige oder andere, von Gesetzes wegen bestellte Betreuer, sein. Nicht jeder dieser Agenten handelt im Interesse seines Prinzipals. Die Spanne von völliger Vernachlässigung bis hin zu unrealisierbaren Ansprüchen an Betreuungsqualität ist hier sehr weit. Von einer einheitlichen und dazu noch rationalen, sich an Preissignalen orientierenden Nachfragemotivation kann jedenfalls keine Rede sein.

Bislang wurde das Problem einer unklaren oder gar unzureichenden Motivation für effizientes Verhalten beim Erwerb des meritorischen Gutes rehabilitative Dienstleistung dadurch gelöst, dass die Anbieter in die Rolle des Agenten versetzt werden. Sie werden vom Konsumenten als Prinzipal beauftragt, in seinem Interesse tätig zu werden und Art und Ausmaß der in Anspruch zu nehmenden Dienstleistungen zu bestimmen. In der praktischen Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen führt dies in der alltäglichen Arbeit bisweilen zu Auseinandersetzungen zwischen dem Fachpersonal der Werkstätten und den Betreuern. Die Konflikte resultieren letztlich aus der Konkurrenz der beiden Agenten um den Prinzipal behinderter Mitarbeiter. Diese Konkurrenz ist aber nicht das eigentliche Problem, zumal es im Arbeitsalltag ausreichende institutionelle Regelungen gibt, wie Angehörige behinderter Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligt werden können. Was sich aber mit der Einführung Persönlicher Budgets und marktförmig-wettbewerblicher Prozesse ändern muss, ist die *Motivation des Fachpersonals* in den Werkstätten. Das neue Leitbild, das mit der Einführung Persönlicher Budgets einhergeht, ist die individuelle, selbstbestimmte Lebensführung des behinderten Menschen. Er ist nicht mehr betreuungsbedürftiger Klient, sondern zahlungskräftiger Kunde, dessen Wünsche präferenzgerecht zu erfüllen sind.

Die Interaktionsmuster zwischen Reha-Fachkräften auf der einen und behinderten Werkstatt-Mitarbeitern auf der anderen Seite sehen aber bis heute anders aus. Sie weichen signifikant von der Logik des Marktaustauschprinzips ab. „Die dienstleistungsökonomische Relation ist personengebunden und kommunikationsorientiert; sie ist eine sozial-integrative Beziehung, somit immer auch pädagogischer Natur, wodurch Präferenzen und Nachfragemuster einem endogenisiertem Wandel unterliegen“ (Schulz-Nieswandt 1992, S. 13).

Was Schulz-Nieswandt unter Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis feststellt, gilt auch für professionelle Verhaltensmuster in der Behindertenhilfe. Es ist gerade nicht die Aufgabe des dort beschäftigten Fachpersonals, ohne weiteres den Wünschen und Präferenzen ihrer „Kunden“

nachzukommen, auch und gerade dann nicht, wenn diese Präferenzen mit den entsprechenden Preissignalen versehen werden. Der Kunde ist in einer WfbM kein König, dessen Wünsche man nicht in Frage stellt. Die Präferenzen behinderter Mitarbeiter sind keine externen Phänomene, die von außen an die soziale Einrichtung herangetragen werden und in der weiteren Beziehungsarbeit unveränderlich vorgegeben sind. Vielmehr sollen diese Präferenzen in einem pädagogischen Prozess erst ausgebildet und gegebenenfalls auch verändert werden. Dies betrifft junge behinderte Menschen im Berufsbildungsbereich der Werkstätten, deren Eignung für den allgemeinen Arbeitsmarkt zu prüfen ist und deren Fähigkeiten entsprechend zu entwickeln sind. Es betrifft aber auch Mitarbeiter mittleren Alters im Arbeitsbereich, die durch Trainingsmaßnahmen auf die Tätigkeit auf Außenarbeitsplätzen vorbereitet werden sollen und ebenso ältere Menschen, deren stagnierende oder schrumpfende Leistungsfähigkeit durch aktivierende Maßnahmen entgegen gewirkt wird. In all diesen Fällen kann das Fachpersonal nicht von vorgegebenen und mit Preissignalen versehenen Präferenzen der Klienten ausgehen, sondern muss an der Modifikation dieser Präferenzen zusammen mit dem Klienten, zuweilen sogar gegen dessen Willen, arbeiten. Dieser endogenisierte Wandel der Präferenzen, wie *Schulz-Nieswandt* es nennt, ist letztlich die Kernaufgabe des Fachpersonals in Werkstätten.

Wahrscheinlich ist die Bewältigung des Widerspruchs zwischen den betriebswirtschaftlichen Anforderungen im Rahmen wettbewerblicher Prozesse und den pädagogischen Anstrengungen, die auf das Wohl einzelner Personen abstellt, das Haupthindernis für die Umsetzung des Persönlichen Budgets in der Behindertenhilfe. Das Anreizsystem für professionelles Handeln gestaltet sich alles andere als eindeutig. Zurzeit sind lediglich Appelle erkennbar, dem Widerspruch und den daraus resultierenden Zielkonflikten „irgendwie“ entgegenzuwirken. „Es gilt zu verhindern, dass die Mitarbeiter der Behindertenhilfe in Doublebind-Situationen geraten (...) Je nach Perspektive lautet die Botschaft entweder: Du arbeitest zwar mit Menschen mit Behinderung, willst aber damit Geld verdienen. Oder aus ökonomischer Perspektive: Einige deiner Projekte und Betreuungen waren wirtschaftlich erfolgreich. Du hast Dich aber auch um Probleme und Menschen gekümmert, an denen Du nichts verdient hast“ (Kolhoff 2008, S. 13).

Fazit und Ausblick

Von der Einführung eines Persönlichen Budgets in der Behindertenhilfe versprechen sich Politik und Fachöffentlichkeit nicht nur einen positiven Beitrag für eine gelingende Inklusion behinderter Menschen in die Gesellschaft. Auch die allokative Effizienz der Versorgungsstruktur steigt nach Meinung von Ökonomen an, wenn marktkonforme Instrumente, wie das Persönliche Budget, eingesetzt werden. Der vorliegende Beitrag zeigte auf, dass diese Erwartungen an die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen geknüpft ist: eine auf Wettbewerb ausgerichtete Marktstruktur, die Vermeidung von Moral-hazard-Verhal-

ten, adverser Selektion, überzogener Werbeausgaben oder eines Cream skimming als unerwünschte Konsequenzen von Informationsasymmetrien, die Reduzierung von Transaktionskosten als Konsequenz individualisierter Vertragsbeziehungen und die marktkonforme Motivation von Nachfragern und Anbietern. Fehlt es an der Realisierung auch nur einer dieser – anspruchsvollen – Voraussetzungen, dürfte der politisch angezielte institutionelle Wandel im System der Behindertenhilfe scheitern. Die Kosten wären dann höher als der Nutzen. Als *Julian LeGrand* eineinhalb Jahrzehnte nach seiner Analyse der Voraussetzungen für effiziente Quasi-Märkte die Verhältnisse im National Health Service im Vereinigten Königreich untersuchte, fiel sein Urteil ambivalent aus (vgl. Legrand 2007, S. 103 ff). Steigende Transaktionskosten und Cream skimming waren zwar – obwohl befürchtet – nicht zu verzeichnen. Allerdings fielen insbesondere das Ausmaß an Wettbewerb innerhalb des Quasi-Marktes und die daran gekoppelten Anreize für wirtschaftliches Handeln der Akteure zu schwach aus, um Effizienzvorteile in erheblichem Maße zu generieren.

Dass stets auch Fragen einer gerechten Verteilung von Ressourcen mit ins Spiel kommen, wenn man auf die Effizienz von Quasimärkten vertraut, wurde im vorliegenden Beitrag – wenn auch nur am Rande – mit dem Hinweis auf selektive Effekte angemerkt. Die Einsicht ist nicht neu, dass ein Allokationsoptimum kein soziales Optimum ist, denn jedes Allokationsoptimum basiert auf einer gegebenen Ausgangsverteilung, die ihrerseits einer politischen Bewertung unterliegt (vgl. Buchanan 1985). Allokativ effizient ist in weiten Bereichen auch das fast gänzlich auf Marktprozesse vertrauende amerikanische Gesundheitswesen, auch wenn 45 Millionen Einwohner dieses Landes ohne Krankenversicherungsschutz davon wenig spüren. Was die Reichen dort für ihre Gesundheitsversorgung ausgeben, ist eben ungleich mehr als das, was den Armen vorenthalten wird. Es bleibt zu hoffen, dass uns in der Behindertenhilfe und möglichst auch in allen anderen sozialpolitischen Feldern in Deutschland solche Effizienzexzesse erspart bleiben.

Literatur

- Akerloff, Georg A.* 1970: The Market for 'Lemons': Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics 84, S. 488-500
- Bange, Dirk / Alt Sören* 2008: Das Hamburger „Kita-Gutscheinsystem“. Eine erste Bilanz, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 10, S. 409-414
- Buchanan, Allen E.* 1985: Ethics, Efficiency, and the Market, Oxford
- Burmester, Monika* 2009: Verbraucherschutz auf dem Sozialmarkt. Die Nutzung marktwirtschaftlicher Instrumente setzt bei den Leistungsberechtigten Kompetenzen voraus, über die sie möglicherweise gar nicht verfügen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 156, S. 89-91
- Basu, Kaushik* 1976: Retrospective Choice and Merit Goods, in: Finanzarchiv 34, S. 220-225
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2009: Zwischenbericht WerkstattBudget Stand Juni 2009
- Deutscher Bundestag* 2008: Gesamtkonzept zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen, Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bundestagesdrucksache 16/11207
- Cremer, Georg* 2009: Die Wahlrechte Hilfsbedürftiger sichern, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 09.04.2009, S. 14

- Cremer, Georg* 2006: Selbstbestimmte Teilhabe sichern – Märkte ordnen – im Wettbewerb bestehen, Vortragsmanuskript, Augsburg
- Crozier, Michel* 1963: Le phénomène bureaucratique, Paris
- Erlei, Mathias / Leschke, Martin / Sauerland, Dirk* 1999: Neue Institutionenökonomik, Stuttgart
- Ernste, Dominik H. / Flüter-Hoffmann, Christiane* 2008: Gutscheine als Instrument einer effizienten und effektiven Sozialpolitik sowie betrieblicher Personalpolitik. Bestandsaufnahme und Analyse von betrieblichem Nutzen und volkswirtschaftlichen Effekten verschiedener Gutscheinsysteme, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln
- Fesca, Marc* 2006: Das Persönliche Budget gemäß § 17 SGB IX – Neue Kundenrolle der Menschen mit Behinderungen, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 57, S. 22-27
- Hermesen, Thomas / Weber, Michael* 1998: Die Freie Wohlfahrtspflege im Spannungsfeld einer Sozialpolitik zweiter Ordnung und Neuer Steuerungsmodelle in Kommunen, in: Arbeit und Sozialpolitik 52, S. 61-68
- Kollhoff, Ludger* 2008: Marketing gefragt, in: Sozialwirtschaft 18, S. 11-13
- Krueger, Anne O.* 1974: The Political Economy of the Rent-Seeking Society, in: American Economic Review 64, S. 291-303
- Kruppe, Thomas* 2008: Selektivität bei der Einlösung von Bildungsgutscheinen, IAB-Discussion Paper 17/2008
- LeGrand, Julian* 1993: Ein Wandel in der Verwendung von Policy-Instrumenten: Quasimärkte und Gesundheitspolitik, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, Sonderheft 24 der Politischen Vierteljahresschrift, Opladen, S. 225-244
- LeGrand, Julian* 2007: The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition, Princeton/New Jersey
- Mühlenkamp, Holger* 2005: Wege zur Wirtschaftlichkeit (Effizienz), Qualität und niedrigen Preisen bei der Leistungserstellung durch öffentliche Unternehmen, Vortragsmanuskript, Berlin/Speyer
- Nullmeier, Frank* 2002: Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten?, in: Süß, Werner (Hrsg.): Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung, Opladen, S. 269-281
- Rothenburg, Eva-Maria* 2009: Das Persönliche Budget. Eine Einführung in Grundlagen, Verfahren und Leistungserbringung, Weinheim und München
- Pitschas, Rainer* 2009: Behinderte Menschen in der kommunalen Sozialpolitik, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 56, S. 253-260
- Rothschild, Michael / Stiglitz, Joseph* 1976: Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Imperfect Information, in: Quarterly Journal of Economics 95, S. 629-649
- Schäper, Sabine* 2006: Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes, Münster
- Schick, Stefan* 2009: Verträge im freien Markt. Die Auswirkungen des Persönlichen Budgets auf die Vereinbarungen zwischen Budgetnehmern und Leistungserbringern, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 156, S. 111-113
- Schulz-Nieswandt, Frank* 1992: Bedarfsorientierte Gesundheitspolitik. Grundfragen einer kritizistischen Lehre meritorischer Wohlfahrtspolitik, Regensburg
- Spence, Michael* 1973: Job Market Signalling, in: Quarterly Journal of Economics 87, S. 355-374
- Weber, Michael* 2001: Wettbewerb im Gesundheitswesen – oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden?, in: Sozialer Fortschritt 50, S. 254-260
- Weber, Michael* 2009: „Negativwachstum“ der Werkstätten für Behinderte – ein politischer Paradigmenwechsel?, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 60, S. 294-300
- Wansing, Gudrun* 2005: Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion, Wiesbaden
- Wüstenbecker, Michael* 1999: Zwischen marktlichem Wettbewerb und zentraler Steuerung: Wie werden soziale Dienstleistungen „richtig“ allokiert?, in: Sozialer Fortschritt 48, S. 297-303