

handlung aller Bewerber und Bieter, an befugte, leistungsfähige und zuverlässige Unternehmer zu angemessenen Preisen vergeben werden (§ 16 Abs. 1 BVergG).

Neben den bereits angeführten Zahlen der Erfolgsstatistik wird dies auch dadurch belegt, dass trotz des umfangreichen, für Bieter bzw. Bewerber leicht zugänglichen und durchsetzbaren Rechtsschutzinstrumentariums des europäischen und österreichischen Vergaberichtes (Unterbrechung der Vergabeverfahren bzw. Unterbindung des Auftragsbeginnes durch einstweilige Verfügungen, Schadenersatz bis hin zum entgangenen Gewinn) gerade bei den europaweit ausgeschriebenen Großvergaben bis heute von keinem Bieter oder Bewerber eine Beschwerde bei den für die FW zuständigen gesetzlichen Vergabekontrollinstanzen (Bundesvergabekontrollkommission bzw. Bundesvergabeamt) ange droht bzw. erhoben wurde.

Gegenäußerung des Kontrollamtes:

Trotz der von der FW dargestellten Erfolgsstatistik und des Umstandes eines bislang von keiner Beschwerde bei einer Kontrolleinrichtung behafteten Ablaufes der Vergabeverfahren sieht das Kontrollamt anhand der aufgezeigten Mängel beim gegenständlich betrachteten Verfahren über die Kontrahentenleistungen einen erhöhten Schulungsbedarf bei den zuständigen Mitarbeitern der FW. Die Unterschreitung geschätzter Kostenansätze kann nur dann als Erfolg betrachtet werden, wenn diese Ansätze von der FW auf der Basis von der jeweiligen Marktlage entsprechenden Preise kalkuliert wurden, was in Anbetracht der Fülle der Vergaben wohl kaum möglich gewesen sein konnte. Der Spielraum für zu erzielende Preisreduktionen in Vergabeverhandlungen wird auch davon abhängen, inwieweit die Bieter ihre Angebote zu angemessenen Preisen einreichen oder ob sie – in Erwartung der Usance der FW, eingereichte Preise prinzipiell zu verhandeln – mit dementsprechend hohen Preisen anbieten.

Derartige Überlegungen sind insbesondere bei dem in Rede stehenden Vergabeverfahren über die Kontrahentenleistungen anzustellen, bei dem die fünf Firmen der Interessensgemeinschaft hochpreisige Angebote legten und dann unter dem Druck eines Außenseiterangebotes zu nicht unbeachtlichen Preisreduktionen bereit waren.

Fonds „Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien“, Prüfung der Medikamentengebarung

Dem Kontrollamt gingen Hinweise zu, dass vom Fonds „Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien“ (PSD) einerseits Medikamente ohne entsprechende Aufzeichnungen ausgegeben werden würden und andererseits eine Medikamentenmitgabe an Patienten für eine Woche erfolge. Das Kontrollamt hat daher sowohl die Medikamentengebarung als auch die Gebarung mit Suchtgiften des Jahres 2000 einer stichprobenweisen Prüfung unterzogen.

1. Allgemeines

1.1 Vom PSD wurden Arzneimittel im Jahr 2000 ausschließlich in den acht regionalen sozialpsychiatrischen Ambulatorien, von der als dislozierte Einrichtung des Ambulatoriums für den 2. und 22. Bezirk eingerichteten Beratungsstelle in der Donaustadt, im Sozialpsychiatrischen Notdienst (SND) – der die Aufgaben der Ambulatorien in den Nachtstunden, an Wochenenden und an Feiertagen wahrnimmt – sowie im Ambulatorium für Suchtkranke (SKH) ausgegeben. Arzneimittel, die

dem Suchtmittelgesetz unterliegen, waren ausnahmslos nur im SKH in Verwendung.

1.2 Der Arzneimittelbezug der Ambulatorien erfolgte zentral, d.h. dass diese den Einkauf nicht in Eigenkompetenz abwickelten, sondern dass die Ärztlichen Leiter – nach Vorbereitung durch befugtes diplomiertes Krankenpflegepersonal – mehrmals pro Jahr Bestellungen an die Geschäftsstelle richteten, welche sich ein Prüf- und Genehmigungsrecht vorbehielt. Nach Genehmigung wurden die Medikamente (mit einer Ausnahme bis September 2000, auf die im Pkt. 6.1 eingegangen wird) gemäß den Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) im Wege inländischer Apotheken eingekauft und direkt an die Ambulatorien geliefert. Die Rechnungsbehandlung erfolgte in der Geschäftsstelle.

1.3 In den Ambulatorien erfolgte die Überprüfung der Arzneimittellieferungen durch diplomierte Krankenpflegepersonen, im SKH mangels Bediensteter dieser Berufsgruppe durch Ärzte. Diesen oblag auch die fach- und sachgemäße Handhabung und Lagerung der Arzneimittelvorräte. Nach Einordnen der Präparate in die versperrbaren Arzneimittelschränke erfolgte eine Entnahme nach ärztlicher Verordnung durch befugte Personen. Die Anzahl der jeweils verabreichten Medikamente wurde in den Krankengeschichten der betreffenden Patienten vermerkt. Die Führung einer zusätzlichen Aufzeichnung, welche die Medikamentenausgabe dokumentiert, wurde von der Geschäftsstelle des PSD nicht verlangt, in drei Ambulatorien aber auf Anordnung der dortigen Ärztlichen Leiter vorgenommen. Was die Administration der Suchtmittelausgabe an Patienten im SKH betraf, galten dort besondere zusätzliche Regelungen.

2. Arzneimittelvorrat

2.1 Bei den Ambulatorien des PSD handelt es sich um nicht-bettenführende private Krankenanstalten. Da diese über keine eigene Anstaltsapothek ver verfügen, muss gem. § 34 iVm § 62 Wr. KAG ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, der nach Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich ist, angelegt sein. Dieser hat mindestens einmal in zwei Jahren vom Amtsarzt des Magistrats hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel überprüft zu werden. Ebenfalls ist ein Konsiliarapotheker zu bestellen, der den Arzneimittelvorrat der Ambulatorien einmal vierteljährlich auch hinsichtlich der genannten Kriterien zu überprüfen und allfällige Mängel dem Ärztlichen Leiter zu melden hat. Ferner obliegt dem Konsiliarapotheker auch die fachliche Beratung und Unterstützung des Ärztlichen Leiters in allen Arzneimittelangelegenheiten.

Bei der gegenständlichen Einschau des Kontrollamtes konnte in allen Ambulatorien festgestellt werden, dass im Jahr 2000 die geforderten Prüfungen durch den Konsiliarapotheker und gegebenenfalls durch den Amtsarzt stattgefunden haben. Die Prüfberichte des Konsiliarapothekers und des Amtsarztes bestätigten einen sauberen und ordentlichen Zustand der Medikamentendepots. Weiters wurde regelmäßig die Raum- und Kühlschranktemperatur geprüft und überwiegend in Ordnung befunden. In seltenen Fällen wurden abgelaufene Arzneimittel vorgefunden, die aus dem Bestand zu entfernen waren.

2.2 Die Beratungsstelle Donaustadt wurde am 5. November 1996 lt. Angabe des PSD deshalb als dislozierte Einrichtung des im 2. Bezirk gelegenen Ambulatoriums für den 2. und 22. Bezirk eingerichtet, um nach Übersiedlung der sechsten Psychiatrischen Abteilung des ehemaligen Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe in das Sozialmedizinische Zentrum-Ost, Donaospital, einer gemeinde- und patienten-

tennahen ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Behandlung und Betreuung besser Rechnung tragen zu können.

Im Zuge seiner Einschau stellte das Kontrollamt fest, dass für die Beratungsstelle Donaustadt weder die Niederschriften des Amtsarztes über die Prüfungen des Arzneimittelvorrates noch die erforderlichen Prüfberichte des Konsiliarapothekers vorgelegt werden konnten, obwohl auch hier Medikamente gelagert und verabreicht wurden. Die genannten Überprüfungen fanden deshalb nicht statt, weil die Einrichtung im 22. Bezirk zunächst als Beratungsstelle geplant war und Behandlungen, die eigentlich einem Ambulatorium vorbehalten sein sollten, sich erst allmählich auf Grund des Bedarfes entwickelten.

Ein Ansuchen um Einbeziehung der Räumlichkeiten der „Expositur“ in die Krankenanstaltgenehmigung des Ambulatoriums für den 2. und 22. Bezirk gem. § 7 Abs. 2 Wr. KAG wurde erst am 20. Juni 2001 gestellt. In diesem Ansuchen wurde die zeitliche Verzögerung mit einer „Beobachtungsphase“ begründet, deren „Erfahrungen die Richtigkeit der Maßnahmen bestätigt haben“.

Die Magistratsabteilung 15 – Amt der Wiener Landesregierung erwiderte daraufhin dem PSD mit Schreiben vom 11. Juli 2001, dass sie den Antrag auf Änderung einer Krankenanstalt hinsichtlich der Einbeziehung einer „Expositur“ – entsprechend einem diesbezüglichen Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes – nicht genehmige, da der räumliche Zusammenhang mit der bestehenden Betriebsanlage nicht gegeben sei. Es wäre vielmehr davon auszugehen, dass § 4 Abs. 2 Wr. KAG (Errichtung eines eigenen selbstständigen Ambulatoriums) Anwendung finde, und ein Bedarfsprüfungsverfahren durchzuführen sei. Bei Vorliegen eines entsprechenden Antrages des Fonds würde die Magistratsabteilung 15 diesen prüfen und gegebenenfalls ein Verfahren durchführen.

Hiebei galt es allerdings zu bedenken, dass die vom PSD beabsichtigten Maßnahmen nicht zur Errichtung eines neunten regionalen Ambulatoriums führen sollten, da dies nach Ansicht des Kontrollamtes den Intentionen des vom Gemeinderat am 2. April 1979, Pr.Z. 799, genehmigten Zielplanes für die „Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ widerspräche, der Wien in acht psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsregionen einteilte, in denen je eine „Psychosoziale Station“ errichtet werden sollte. Der zur Umsetzung des extramuralen Teiles des Zielplanes geschaffene PSD kam dieser Forderung bereits durch Errichtung und Betreibung von acht Sozialpsychiatrischen Ambulatorien nach. Wiewohl eine eventuelle Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Änderungen der Gegebenheiten, eventueller neuer psychiatrischer Denksätze und sich wandelnder Bevölkerungsstrukturen in künftigen gesundheitspolitischen Überlegungen nicht ausgeschlossen werden kann, erschien – solange keine neue politische Willensbildung erfolgt – eine Erweiterung der regionalen Angebotspalette nach Ansicht des Kontrollamtes nicht zielplankonform.

Es wurde daher empfohlen, die Geschäftsführung des PSD möge dem gegenwärtigen Tätigkeitsprofil der Einrichtung im 22. Bezirk einen adäquaten rechtlichen Rahmen geben.

Stellungnahme der Geschäftsführung des Fonds „Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien“:

Die Geschäftsführung des PSD hat durch entsprechende Anweisungen veranlasst, dass im Rahmen der „Beratungsstelle Donaustadt“ solche Tätigkeiten unterbleiben, die einem Ambulatorium vorbehalten sind. Solche Tätigkeiten werden ab sofort solange vom Sozialpsychiatrischen Ambulatorium für den

2. und 22. Bezirk wahrgenommen, bis der rechtliche Rahmen eine Ambulatoriumstätigkeit auch an der Beratungsstelle zulässt. Ein entsprechender Antrag ist in Bearbeitung durch die Behörde.

Dabei wird durch innerbetriebliche Regelungen sichergestellt bleiben, dass die Stelle Donaustadt organisatorisch weiterhin als Außenstelle (bzw. Dependance) des Ambulatoriums für den 2. und 22. Bezirk geführt wird und die Versorgung der beiden Bezirke im Verbund erfolgt.

3. Medikamentenaufwand

3.1 Im Jahresabschluss 2000 des PSD wurde als so genannter „Ambulanzaufwand“ für den gesamten Fonds ein Betrag von rd. S 2.162.000,- (*entspricht 157.118,67 EUR*) ausgewiesen. Dieser setzte sich wie folgt zusammen:

Betrag	Positionen lt. Jahresabschluss 2000	Positionsgegenstand
rd. S 1.859.000,— (<i>entspricht 135.098,80 EUR</i>)	„Medizinischer Aufwand“	ausschließlich Arzneimittel, die in den Ambulatorien und der Beratungsstelle Donaustadt benötigt werden
rd. S 159.000,— (<i>entspricht 11.554,98 EUR</i>)	„Ordinationsbedarf“	z.B. Verbandsmaterial, Akupunkturnadeln
rd. S 144.000,— (<i>entspricht 10.464,89 EUR</i>)	„Sonstiges“	z.B. Methadonflaschen, Drogenschnelltests, Klebeetiketten

Zur Verdeutlichung der Größenordnung des im Jahr 2000 für Arzneimittel aufgewendeten Betrages sei erwähnt, dass er rd. 1% der betrieblichen Gesamtaufwendungen des PSD ausmachte.

Bereinigt um den periodenfremden Aufwand war der Arzneimittelaufwand des Jahres 2000 um rd. S 642.000,- (*entspricht 46.655,96 EUR*) oder rd. 26% niedriger als im Jahr 1999 und um rd. S 1.343.000,- (*entspricht 97.599,62 EUR*) oder rd. 42% niedriger als im Jahr 1998.

3.2 Auf die Gründe für den massiven Rückgang beim Medikamentenaufwand angesprochen, erläuterte der Chefarzt des PSD, dass – abgesehen von regelmäßigen Aufforderungen der Geschäftsstelle zur Sparsamkeit – eine Zunahme von im Umgang mit Medikamenten verlässlicheren Patienten (was eine vermehrte Verschreibung von Rezepten – ohne Ausgabe von Medikamenten – möglich machte) zu den rückläufigen Aufwendungen geführt hätte.

Eine auf Kostenstellen bezogene 3-Jahresanalyse der Medikamentenaufwendungen der Jahre 1998 bis 2000 aller Ambulatorien und der Beratungsstelle Donaustadt (mit Ausnahme des SND, der medikamentenverbrauchsmäßig als nicht repräsentativ angesehen wurde, da er seine Aufgabe nur außerhalb der Öffnungszeiten der übrigen Ambulatorien erfüllt) zeigte, dass in allen drei Jahren fünf der zehn Einrichtungen

einen so niedrigen Jahres-Medikamentenaufwand aufwiesen, u.zw. zwischen rd. S 45.000,- (*entspricht 3.270,28 EUR*) und rd. S 152.000,- (*entspricht 11.046,27 EUR*) im Jahr 1998 bzw. zwischen rd. S 54.000,- (*entspricht 3.924,33 EUR*) und rd. S 117.000,- (*entspricht 8.502,72 EUR*) im Jahr 2000, dass Einsparungen kaum noch zu erzielen waren. Ein Ambulatorium wies mit etwa S 300.000,- (*entspricht 21.801,85 EUR*) Jahres-Medikamentenaufwand sowohl im Jahr 1998 als auch im Jahr 2000 keine nennenswerte betragsmäßige Veränderung auf, was auf eine Beibehaltung der Gepflogenheiten bei der Medikamentenabgabe schließen ließ. Der Rückgang um insgesamt rd. S 1.343.000,- (*entspricht 97.599,62 EUR*) gegenüber 1998 war – wie aus nachfolgender Tabelle zu ersehen ist – beinahe ausschließlich auf massive Rückgänge in den ursprünglich ausgabenstärksten Ambulatorien, nämlich Favoriten, Meidling, Ottakring und dem SKH zurückzuführen:

Ambulatorium	Medikamentenaufwand 1998 in S (in EUR)	Medikamentenaufwand 2000 in S (in EUR)	Abweichung absolut in S (in EUR)	Abweichung in %
Favoriten	584.000,— (42.440,94)	97.000,— (7.049,26)	- 487.000,— (- 35.391,67)	- 83%
Meidling	656.000,— (47.673,38)	263.000,— (19.112,96)	- 393.000,— (- 28.560,42)	- 60%
Ottakring	680.000,— (49.417,53)	416.000,— (30.231,90)	- 264.000,— (- 19.185,63)	- 39%
SKH	423.000,— (30.740,61)	251.000,— (18.240,88)	- 172.000,— (- 12.499,73)	- 41%
Gesamt	2.343.000,— (170.272,45)	1.027.000,— (74.635,—)	- 1.316.000,— (- 95.637,45)	- 56%

Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

3.3 Die Analyse der Jahres-Medikamentenaufwendungen zeigte, dass sich diese je Ambulatorium im Jahr 1998 zwischen Werten von rd. S 45.000,- (*entspricht 3.270,28 EUR*) und rd. S 680.000,- (*entspricht 49.417,53 EUR*) und im Jahr 2000 zwischen rd. S 54.000,- (*entspricht 3.924,33 EUR*) und rd. S 416.000,- (*entspricht 30.231,90 EUR*) bewegten.

Für das Kontrollamt hatte es nach Gesprächen mit den einzelnen Ärztlichen Leitern den Anschein, dass diese weit auseinanderliegenden Werte – wie schon im Zusammenhang mit den auffälligen Abweichungen bei den Hausbesuchsfrequenzen im Bericht des Kontrollamtes über die Prüfung von Anzeigen ausgeführt – mit den unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsphilosophien und -methoden zusammenhängen.

Zum einen wurde die Meinung vertreten, dass den Patienten eine möglichst hohe Autonomie einzuräumen sei, zu der auch der Umgang mit Rezepten, die Medikamentenbeschaffung und -einnahme zähle, sodass vom PSD bezahlte Medikamente hauptsächlich bei Neueinstellungen, Akut- bzw. Notfällen, als Überbrückung bis zur Rezepteinlösung oder bei nichtversicherten Patienten ausgegeben würden. In jenen Fällen, in denen z.B. eine regelmäßige Medikamenteneinnahme durch den Patienten nicht gewährleistet erscheine oder ein Depotpräparat zu verabreichen sei, würden die auf Rezept ausgestellten und vom Patienten besorgten Medikamente als so genannte „patienteneigene Medikamente“

im Arzneimittelschrank des Ambulatoriums aufbewahrt und bei Bedarf ausgegeben.

Die Ambulatorien mit hohen Medikamentenaufwendungen hingegen gaben in der Vergangenheit entsprechend der fachlichen Sicht ihrer Ärztlichen Leiter die jeweils für Patienten als notwendig erachteten Medikamente grundsätzlich ohne Einschränkung aus. Nicht zuletzt auch auf Grund des zunehmenden Kostendruckes sahen sie sich jedoch seit 1999 dazu veranlasst, vermehrt Rezepte an Patienten auszustellen. Wiewohl das Kontrollamt nicht verkannte, dass auch andere Faktoren den Rückgang bei den Medikamentenaufwendungen mitbewirkten, gelangte es dennoch zu der Ansicht, dass das Abgehen von der bisher üblichen Medikamentenaus- und -mitgabepraxis entscheidenden Einfluss darauf hatte.

Abgesehen von der grundsätzlich begrüßenswerten Entwicklung erschienen dem Kontrollamt allerdings die unterschiedlichen Ausmaße an Einsparungen der Medikamentenaufwendungen auffällig, die sich zwischen 39% im Ambulatorium Ottakring und 81% im Ambulatorium Favoriten bewegten. Aus einer von der Geschäftsstelle des PSD für das Jahr 2000 erstellten Übersicht der zehn in den Ambulatorien des PSD umsatzstärksten Arzneimittel ging hervor, dass, bis auf die Suchtmittel, die ausschließlich im SKH Verwendung fanden, praktisch alle anderen Arzneimittel – wenn auch in unterschiedlicher betragsmäßiger Höhe – von den einzelnen Ambulatorien jeweils beansprucht wurden; lediglich der Medikamentenaufwand 2000 des Ambulatoriums Favoriten war nahezu ausschließlich auf den Einkauf eines einzigen Präparates zurückzuführen. Dabei handelte es sich um das im Pkt. 6.1 erwähnte, direkt vom Hersteller bezogene Depot-Neuroleptikum.

3.4 Bei einer vom Kontrollamt vorgenommenen Einschau im Ambulatorium Favoriten fanden sich in den Arzneimittelschränken allerdings nicht nur die wenigen vom PSD finanzierten Präparate, sondern eine Vielzahl von Packungen verschiedenster Medikamente. Auf Befragen wurde dem Kontrollamt mitgeteilt, dass es sich dabei um „patienteneigene Medikamente“ handle. Im Gegensatz zu den anderen Ambulatorien, in denen diese deutlich mit den Patientennamen gekennzeichnet und getrennt vom vorschriftsmäßigen Arzneimittelvorrat gelagert wurden, waren diese im Ambulatorium Favoriten als solche nicht erkennbar. Eine Zuordnung der einzelnen Packungen zu den entsprechenden Patienten war nicht möglich, die Bestände vermittelten vielmehr den Eindruck eines „normalen“ Medikamentenvorrates.

Der verantwortliche Ärztliche Leiter teilte hiezu mit, dass für die in seinem Ambulatorium betreuten Patienten, somit auch für die von der Rezeptgebühr befreiten und unversicherten Personen, seit Abgehen von der bis 1998 gepflogenen Medikamentenausgabe aus PSD-Beständen die Arzneimittelbeschaffung generell über Rezeptverschreibungen erfolge, die durch Mitarbeiter des Ambulatoriums organisiert werde. In der Regel werde einmal im Monat anhand der Verschreibung des Vormonats der neuerliche Bedarf bestimmt und gegebenenfalls ein neues Rezept ausgestellt. In der Folge werde der gesamte administrative Weg inklusive des Umschreibens der Privatrezepte, der Einholung chefärztlicher Genehmigungen, der allenfalls erforderlichen Ansuchen auf Übernahme der Medikamentenkosten bei der Magistratsabteilung 12 bis zur Abholung der Medikamente von der Apotheke durch Mitarbeiter betreut.

Da aus den Krankengeschichten zwar die individuellen Medikationen hervorgingen, aber keine geeigneten Aufzeichnungen über Zeitpunkt der Verschreibungen, den Eingang und die Ausgabe der „patienteneige-

nen“ Medikamente geführt wurden, war für das Kontrollamt – in Anbetracht der produktbezogenen Lagerhaltung – nicht nachvollziehbar, wie im Einzelfall eine korrekte, auf den Patienten bezogene Nachbeschaffung von Medikamenten erfolgte. Hiezu vertrat der Ärztliche Leiter die Ansicht, dass er auf Grund der Tatsache, dass der Wiener Gebietskrankenkasse eine über den jeweiligen Bedarf hinausgehende Medikamentenverschreibung bei Langzeitpatienten im Zuge der von ihr durchgeführten Kontrollen auffiele, eine von den Erfordernissen abweichende Verschreibepaxis durch seine Mitarbeiter ausschließe.

Wiewohl das Kontrollamt die Bemühungen des Ambulatoriums Favoriten um Sparsamkeit bei den Medikamentenausgaben nicht verkannte, musste es dennoch kritisch anmerken, dass den stark gesunkenen Medikamentenaufwendungen angesichts der institutionalisierten Rezeptadministration und Medikamentenbeschaffung durch Mitarbeiter des Ambulatoriums ein damit verbundener Personalaufwand gegenüberstand, der die Einsparungen zumindest zum Teil wieder wettmachte. Unabhängig davon konnte bei Vorhandensein von nahezu ausschließlich „patienteneigenen Medikamenten“ in einigen Monaten der Jahre 2000 und 2001 nicht von einem gemäß Wr. KAG geforderten, von Krankenanstalten anzulegenden, ausreichenden Vorrat an Arzneimitteln gesprochen werden. Immerhin musste der Ärztliche Leiter einräumen, dass er z.B. bei Akut- oder Notfällen auf die Bestände der „patienteneigenen Medikamente“ überbrückungsweise zurückgreife, wenn keine aus dem Budget des PSD finanzierten Medikamente vorhanden seien. Weiters erschien dem Kontrollamt die Handhabung der „patienteneigenen Medikamente“ verbesserungsbedürftig; gerade aus der besonderen Verantwortung im Umgang mit den von Patienten zur Aufbewahrung anvertrauten Medikamenten müssten diese nachvollziehbar verwaltet werden.

3.5 Auch im Ambulatorium Ottakring konnte der Medikamentenaufwand durch den personellen Einsatz einer Mitarbeiterin, die sowohl die Rezeptadministration als auch die Medikamentenbeschaffung für einige Patienten übernahm, um rd. 39% vermindert werden. Allerdings war dieser Aufwand im Jahr 2000 mit rd. S 416.000,- (*entspricht 30.231,90 EUR*) – auch bezogen auf die Patientenzahl – im Vergleich zu den anderen Ambulatorien noch immer überproportional hoch.

3.6 Angesichts der auch noch im Jahr 2000 auffälligen Unterschiede beim Medikamentenaufwand je Ambulatorium und der aufgezeigten Probleme im Zusammenhang mit „patienteneigenen Medikamenten“ im Ambulatorium Favoriten empfahl das Kontrollamt – ungeachtet des nicht außergewöhnlich hohen Gesamtaufwandes an Arzneimitteln –, die Vorgangsweisen der einzelnen Ambulatorien abzustimmen und eine wirtschaftliche und zweckmäßige Medikamentenbeschaffung zu gewährleisten.

4. Medikamentenabgabe und -mitgabe

Bevor das Kontrollamt auf den Hinweis näher eingeht, dass Medikamente ohne entsprechende Aufzeichnungen ausgegeben werden würden, soll – wie unter Pkt. 1.3 bereits dargelegt – noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es bezüglich der Medikamentenausgabe verschiedene Regelungen gab, je nachdem, ob es sich um ein konventionelles, regionales Ambulatorium oder das SKH handelte, für das auf Grund des Umganges mit Suchtgiften besonders strenge Vorschriften galten. Da sich das Kontrollamt eingehend mit der Arzneimittelgebarung im SKH befasste, wurde der anstehende Vorwurf für diesen speziellen Bereich in einem eigenen Punkt des vorliegenden Berichtes abgehandelt.

Die Handhabung der „patienteneigenen Medikamente“ im Ambulatorium Favoriten wurde bereits an jene in den anderen Ambulatorien angeglichen. Die „patienteneigenen Medikamente“ sind nunmehr auch dort mit den Patientennamen gekennzeichnet. Das Ambulatorium Favoriten wurde weiters angehalten, für die ständige Vorhaltung eines ausreichenden Medikamentenvorrates gemäß dem Wr. KAG Sorge zu tragen.

Eine Arbeitsgruppe wurde beauftragt, eine für alle Ambulatorien verbindliche Vorgangsweise zu erarbeiten, die die Zweckmäßigkeit bei der Beschaffung der Medikamente besser sicherzustellen vermag.

4.1 Wie die Einschau in den Ambulatorien ergab, erfolgte die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten grundsätzlich nach ärztlicher Verordnung, die in den jeweiligen Krankengeschichten vermerkt wurde. Die Führung einer zusätzlichen Aufzeichnung, aus der z.B. die Summe der ausgegebenen Arzneimittel zu errechnen wäre, um sie den eingekauften Mengen gegenüberzustellen, wurde von der Geschäftsführung des PSD deshalb nicht verwirklicht, weil sie sich an der Vorgangsweise der Medikamentenausgabe in den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) orientierte. Dort werden nämlich nach erfolgter Bestellung Medikamente von den Anstaltsapotheken oder Medikamentendepots an die einzelnen Betriebsstellen ausgeliefert, worüber auch Aufzeichnungen existieren, die Abgaben an die Patienten erfolgen jedoch (abgesehen von den Aufzeichnungen in den Krankengeschichten) ohne gesonderte Dokumentationen. Eine Kontrolle erfolgt in der Regel global über den Medikamentenverbrauch durch Anstaltsapotheken, Abteilungsvorstände oder Controllingabteilungen.

Auf die Frage, welche Maßnahmen gegen eine unbefugte Medikamentenentnahme in den Ambulatorien des PSD getroffen würden, teilten die Ärztlichen Leiter mit, dass ein überproportionales Ansteigen des Verbrauchs von Medikamenten, der ihnen auf Grund der regelmäßigen Bestellvorgänge bekannt sei, auffallen würde. In drei Ambulatorien des PSD (einschließlich SKH) wurden über die Richtlinien des PSD hinaus auf Anordnung der Ärztlichen Leiter „Medikamentenausgabebücher“ geführt. Solche Aufzeichnungen waren nach Ansicht des Kontrollamtes wegen der Präventivwirkung und des informativen Charakters auch zwecks stichprobenweiser Kontrollen von Verbräuchen zu begrüßen, wegen des Fehlens eines anfänglichen und schließlichen Lagerstandes allerdings zur regelmäßigen Ermittlung eventueller Bestandsdifferenzen am Ende des Jahres nicht geeignet.

Weiters wurde in einigen Fällen erklärt, dass lediglich Ärzte und Pflegepersonal über einen Schlüssel zum Medikamentenschrank verfügten und die Ausgabe ausschließlich durch das dafür bestimmte Pflegepersonal auf Anweisung und im Beisein des behandelnden Arztes erfolge. Auch wurde dem Kontrollamt mitgeteilt, dass es sich bei den in den Ambulatorien vorhandenen Medikamenten im Wesentlichen um Neuroleptika handle, die sich nur bedingt für eine missbräuchliche Verwendung eignen würden. Darüber hinaus bestünde ein fortlaufendes Monitoring des Verbrauches durch Überprüfung und Dokumentation der Arzneimittelbestellungen durch die Geschäftsstelle.

Wenngleich die vorgebrachten Argumente Anlass zu kritischen Anmerkungen gegeben hätten, war der Vorwurf einer freien Entnahme von Medikamenten anhand der aufliegenden Unterlagen nicht unmittelbar überprüfbar. Ein Vergleich der lt. Krankengeschichten verabreichten Präparate mit den Bestellungen bzw. Lieferungen war allein auf Grund des nicht bekannten anfänglichen Lagerstandes wenig sinnvoll.

Um die Höhe des Medikamentenverbrauchs 2000 der Ambulatorien des PSD zumindest auf seine Plausibilität zu überprüfen, ermittelte das Kontrollamt daher den Medikamentenaufwand je Ambulanzkonsultation und stellte diesen einer vergleichbaren Zahl im Bereich des KAV gegenüber. Dabei ergab sich, dass der PSD in seinen regionalen Ambulatorien im Jahr 2000 pro Patient und Ambulanzbesuch zwischen S 6,- (*entspricht 0,44 EUR*) und S 33,- (*entspricht 2,40 EUR*), durchschnittlich S 21,- (*entspricht 1,53 EUR*) für Medikamente aufwendete, womit keine signifikante Auffälligkeit gegenüber den Medikamentenausgaben 2000 einer psychiatrischen Ambulanz des KAV von rd. S 26,- (*entspricht 1,89 EUR*) pro Besuch gegeben war.

Auch wenn eine missbräuchliche Entnahme von Medikamenten im Einzelfall nie ausgeschlossen werden kann, kam das Kontrollamt zur Ansicht, dass infolge des teilweise über Jahre festgestellten extrem niedrigen Medikamentenaufwandes in einzelnen Ambulatorien bzw. des stagnierenden oder sogar stark rückläufigen Medikamentenaufwandes, der im Durchschnitt auch mit jenem im Bereich des KAV vergleichbar war, für das Jahr 2000 der Verdacht der missbräuchlichen Medikamentenentnahme nicht angebracht war.

4.2 Was den Hinweis betraf, Medikamente würden den Patienten teilweise für eine Woche mitgegeben werden, musste festgestellt werden, dass dem Kontrollamt keine Bestimmung bekannt ist, die einer solchen Praxis widerspräche. Seitens des PSD wurde festgehalten, dass die Mitgabe jedenfalls dann erforderlich sei, wenn anderenfalls der Genesungsfortschritt gefährdet wäre. Unabhängig davon wird auf die im Pkt. 3 geschilderte Änderung in der Medikamentenmitgabep Praxis durch Forcierung der Rezeptausstellung in einigen Ambulatorien hingewiesen.

Den Zeitraum der Medikamentenmitgabe bei jenen Patienten, denen aus den bereits geschilderten Gründen kein Rezept ausgestellt wurde bzw. bei denen eine Mitgabe unerlässlich war, konnte das Kontrollamt nur durch Befragen der Ärztlichen Leiter in Erfahrung bringen. Hiezu wurde grundsätzlich der den medizinischen Notwendigkeiten angemessene Zeitraum genannt und überwiegend mit bis zu einer Woche (bis zum nächsten Ambulanztermin) angegeben; in extrem seltenen Fällen wurde die Möglichkeit der Mitgabe eines Depotpräparates für den Zeitraum bis zu einem Monat eingeräumt.

5. Ambulatorium für Suchtkranke

5.1 Suchtgifte, die entweder der Entzugs- oder der Substitutionsbehandlung dienen, waren – wie bereits erwähnt – im Rahmen des PSD ausnahmslos nur im SKH in Verwendung. Für deren Handhabung gelten besondere Vorschriften, von denen insbesondere das Suchtmittelgesetz (SMG) und die Suchtgiftverordnung (SV) anzuführen sind. Bezüglich der Substitutionspräparate ist weiters der seinerzeitige Erlass des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales aus dem Jahr 1998 betreffend die „Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken“ („Methadon-Erlass“) zu erwähnen. Von suchtgifthaltigen Arzneimitteln wurden seitens des SKH lediglich „Methadon“ und das Präparat „Codidol“ direkt im Ambulatorium an Patienten abgegeben. Während über den Bezug und die Verwendung von Methadon genaue, in der SV angeführte Vormerkmale zu führen sind, ist Codidol dem Anhang III der SV zuzuordnen und daher von den strengen Aufzeichnungsverpflichtungen ausgenommen. Andere suchtgifthaltige Medikamente wurden nicht aufbewahrt, sondern im Bedarfsfall mittels Suchtgifteinzel- oder -dauerrezept verschrieben.

5.2 Beim umsatzstärksten Medikament des SKH im Jahr 2000 handelte es sich mit rd. S 94.000,- (*entspricht 6.831,25 EUR*) um das Präparat Methadon, das gemäß dem „Methadon-Erlass“ zur Substitutionsbehandlung bei opiatabhängigen Patienten eingesetzt wird, bei denen eine Entzugsbehandlung nicht Erfolg versprechend oder aus anderen Gründen nicht indiziert ist.

Auf Grund des Hinweises, dass im PSD Arzneimittel „zur freien Entnahme“ stünden, die Abgabe von Suchtmitteln aber lt. § 8 Abs. 5 SV genauen Vormerkmale unterliegt, unterzog das Kontrollamt die Handhabung von Methadon im Ambulatorium einer eingehenden Prüfung. Die Prüfhandlungen wurden dabei so angelegt, dass die Wahrung der Anonymität der Patienten gewährleistet blieb.

5.2.1 Am Beginn einer Substitutionstherapie wird vom SKH gem. Pkt. IV des „Methadon-Erlasses“ ein schriftlicher „Betreuungsvertrag“ mit dem jeweiligen Patienten abgeschlossen und eine entsprechende Meldung an die Suchtmittelüberwachungsstelle des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen abgegeben. Die stichprobenweise Prüfung von Krankengeschichten anhand der dokumentierten Ausgaben von Methadon ergab eine konsequente Einhaltung dieser Vorgehensweise.

5.2.2 Der Bezug des zur Patientenbehandlung notwendigen Methadons erfolgt im Wege einer öffentlichen Apotheke. Wie in der SV vorgesehen, wurden fortlaufend nummerierte, dreiteilige, vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen aufgelegte und über die Magistratsabteilung 15 bezogene Suchtgiftrezepte (Einzelrezepte) ausgestellt, die im SKH in einem Einzelrezeptbuch vermerkt wurden, wobei eine Durchschrift in diesem Buch verblieb.

In der Regel lauteten die Rezepte auf 20 Liter gebrauchsfertige Methadonlösung, in welcher Methadon im Verhältnis 1:1.000 in einer Wasser-Sanostolmischung, die eine intravenöse Verabreichung verhindert, gelöst ist. Die rezeptierte Menge wird in der Apotheke hergestellt und in einem für das SKH eingerichteten Depot aufbewahrt. Das Präparat wird in Teilmengen von zwei bis drei Litern von jeweils zwei Mitarbeitern des Ambulatoriums aus der Apotheke geholt und dort in der Folge in einem eigens dafür bestimmten Safe gelagert. Die genannten Teilmengen werden in ein Apothekenabholungsbuch unter Angabe des Datums, der Menge und der zugehörigen Rezeptnummer eingetragen und vom abgebenden Apotheker unter Beifügung einer Stampiglie gekennzeichnet.

Zunächst überzeugte sich das Kontrollamt davon, dass die Rezeptnummern der im Jahre 2000 von der Magistratsabteilung 15 an das SKH ausgegebenen Suchtgiftrezepte dort als eingelangt dokumentiert waren. Die daraufhin vorgenommene Abstimmung aller für die Methadonabgabe im SKH ausgestellten Suchtgiftrezepte des Jahres 2000 mit dem Apothekenabholungsbuch ergab ebenfalls die völlige Übereinstimmung.

5.2.3 Der Wareneingang der Methadonlösung wurde weiters, wie das Kontrollamt für die Monate Jänner und Juni 2000 lückenlos nachvollzog, im Methadon-Abgabeverzeichnis (Bilanzbuch) ebenfalls unter Hinweis auf die dazugehörige Rezeptnummer dokumentiert und dort auch den täglichen Gesamtausgabemengen gegenübergestellt.

5.2.4 Die tägliche Abgabe von Methadon an die Patienten wurde in einem als Tagesjournal bezeichneten Methadonabgabebuch chronologisch und patientenbezogen nachgewiesen und erfolgte – ohne dass dafür eine gesetzliche Verpflichtung bestand, jedoch im Hinblick auf die besondere Sensibilität der Suchtgiftthematik – lt. Auskunft des Ärztlichen Leiters auf seine Anordnung hin grundsätzlich durch zwei Mitarbeiter, von denen mindestens einer dem ärztlichen Berufsstand angehören musste.

Diese Handhabung schien durch Nennung des verantwortlichen Teams im Ambulanz-Konsultationsbuch 2000 – mit Ausnahme weniger Tage, an denen die personelle Besetzung dies unmöglich machte – auch belegt; aus den Paraphen, mit denen im Methadonabgabebuch die tatsächliche Suchtgiftausgabe bestätigt wurde, war diese Vorgangsweise jedoch nicht ersichtlich, da dort die Bestätigung der abgegebenen Dosis grundsätzlich nur durch eine Person, überwiegend durch einen Arzt, in den übrigen Fällen durch eine Verwaltungskraft, erfolgt war.

Das Vidieren einzelner Methadonabgaben ausschließlich durch eine Verwaltungskraft erschien dem Kontrollamt insofern problematisch, als daraus auch auf eine Ausgabe des Methadons durch diese geschlossen werden könnte. Die Verabreichung von Arzneimitteln im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches dürfte nur durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Da im SKH kein diplomiertes Krankenpflegepersonal beschäftigt war, war es dort ausnahmslos nur Ärzten gestattet, Medikamente auszugeben.

Der Ärztliche Leiter erklärte, dass die Dosierung und Verabreichung von Methadon generell durch ärztliches Personal vorgenommen werde und lediglich die Dokumentation der Ausgabe gelegentlich durch Verwaltungskräfte erfolgt sei. Er veranlasste umgehend, dass die Eintragungen im Methadonabgabebuch – zum Nachweis des Vieraugenprinzips – von beiden Ausgabeteammitgliedern paraphiert werden, wodurch auch die ärztliche Verabreichung des Methadons lückenlos dokumentiert ist.

5.2.5 Die Dosierung der abzugebenden Methadonmenge erfolgt gemäß ärztlicher Verordnung mittels einer skalierten, einstellbaren Handpumpe, welche auf die Vorratsflasche aufgesteckt wird. Die jeweiligen Tagesmengen pro Patient werden während der Ausgabe nicht nur im Methadonabgabebuch eingetragen, sondern auch unter Angabe der dort vermerkten Patientennummer mittels eines Tischrechners aufgezeichnet und zu einer Gesamttagesmenge summiert. Die auf diese Weise täglich erstellten Rechenstreifen wurden in chronologischer Reihenfolge in das Bilanzstreifenbuch eingeklebt.

5.2.5.1 Um die Übereinstimmung der verschiedenen mit der Methadonabgabe im Zusammenhang stehenden Aufzeichnungen zu überprüfen, wurden in einer die Monate Jänner und Juni 2000 umfassenden Stichprobe sämtliche Methadonabgaben auf deren Nachvollziehbarkeit (ausgehend von der jeweiligen Tagesgesamtmenge lt. Methadon-Abgabeverzeichnis anhand des Methadonabgabebuches und des Bilanzstreifenbuches) untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass von 646 Methadonausgaben, die in diesen Zeitraum fielen, nur in fünf Fällen (< 1%) Eintragungen in einer der Detailaufzeichnungen fehlten. Diese Unstimmigkeiten waren jedoch aufklärbar und wurden umgehend anhand der anderen bestehenden Aufzeichnungen ergänzt.

5.2.5.2 Das Kontrollamt überprüfte auch für zwei stichprobenweise ausgewählte Tage des Jahres 2000 anhand von 30 Patientenfällen, ob die jeweils abgegebenen Methadondosierungen den ärztlichen Verordnungen in den Krankengeschichten entsprachen.

Dabei wurde festgestellt, dass der Behandlungs- und Betreuungsverlauf in den Krankengeschichten sehr ausführlich dokumentiert und die Begleitmedikation detailliert angeführt wurde; die für die Tage der Stichprobe zutreffenden Methadondosierungen waren in rd. 83% der Fälle entweder am selben Tag oder zu einem früheren Zeitpunkt als Dauerverordnung vermerkt. In den anderen Fällen konnte die Dosierung ausgehend von der im Betreuungsvertrag vermerkten Initialdosis unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes und der aktuellen Umstände plausibel gemacht werden.

Der § 17 Wr. KAG über die Führung von Krankengeschichten sieht vor, dass diese die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Verordnungsform) zu enthalten haben. Dies ist u.a. deshalb von Bedeutung, weil

Das SKH wurde nochmals angewiesen sicherzustellen, dass die Vidierung einzelner Methadonausgaben ausnahmslos durch befugte Ärzte erfolgt.

Das SKH wurde angewiesen, die lückenlose Dokumentation der ärztlichen Verordnungen auch in der Krankengeschichte sicherzustellen und in kurzen Abständen zu überprüfen.

auch im Nachhinein jederzeit medizinische Handlungsabläufe zwecks Rückschlüsse auf fortzusetzende oder neu einzuleitende Therapien aus der Krankengeschichte feststellbar sein müssen. Da die Beschaffung der umfassenden Information in 17% der der Stichprobe unterliegenden Fälle nur in Verbindung mit dem Methadonabgabebuch möglich war, empfahl das Kontrollamt, die Mitarbeiter erneut auf die Wichtigkeit der lückenlosen Dokumentation der ärztlichen Verordnung der Methadondosierung in der Krankengeschichte hinzuweisen.

5.2.6 Nach Beendigung der täglichen Methadonabgabe wird der Bestand bilanziert. Hiefür wird zunächst im Methadon-Abgabeverzeichnis zum gemessenen Restbestand des Vortages ein etwaiger Wareneingang hinzugerechnet. Um einen aktuellen Sollbestand zu ermitteln, wird die Summe der täglichen Methadonabgaben lt. Bilanzstreifenbuch von der zuvor ermittelten Menge subtrahiert. Dieser rechnerisch ermittelte Sollbestand wird täglich mit dem gemessenen Istbestand der Methadonlösung verglichen.

Dabei ergaben sich durch die Ungenauigkeit des Ausgabegerätes in der Regel kleinere Abweichungen. Seitens der Suchtmittelüberwachungsstelle wurde mit Schreiben vom 15. Juli 1992 festgestellt, dass Abweichungen von mehr als 5% nicht tolerabel erscheinen. Der mittels Messung festgestellte Istbestand gilt als Rest des Vortages und bildet somit die Basis des Sollbestandes des nächsten Abgabetales. Eine Kumulierung der Abweichungen ist durch diese Bilanzierungsmethode ausgeschlossen.

5.2.6.1 Um die Einhaltung der Toleranzgrenzen zu überprüfen, wurden vom Kontrollamt die Abweichungen der gemessenen Istbestände von den rechnerisch ermittelten Sollwerten für den Zeitraum des ersten Halbjahres 2000 einer näheren Betrachtung unterzogen.

Von 236 im Methadon-Abgabeverzeichnis während dieses Zeitraums eingetragenen Bilanzierungen überschritten zwei den von der Suchtmittelüberwachungsstelle definierten Grenzwert von 5%. Beide Abweichungen betrafen einen Methadonüberschuss. Die durchschnittliche tägliche Fehlmenge (bezogen auf den Zeitraum des halben Jahres 2000) lag mit 0,3% weit unter der Toleranzgrenze.

5.2.6.2 Bei der im Pkt. 4.2.4.1 genannten, die Monate Jänner und Juni betreffenden Stichprobe, waren vom Kontrollamt drei offensichtliche Rechen- bzw. Schreibfehler im Methadon-Abgabeverzeichnis festgestellt worden, die zwar aufgeklärt und berichtigt werden konnten, aber in diesen Fällen die lückenlose Messung des Istbestandes in Frage stellten. Vom Ärztlichen Leiter wurde dazu ausgeführt, dass durch die unterdurchschnittliche Zuverlässigkeit mancher Patienten Methadonabgaben auch außerhalb der dafür vorgesehenen Zeiten stattfinden müssten, und es daher, wie das Kontrollamt auch anhand der Eintragungen im Methadon-Abgabeverzeichnis und im Bilanzstreifenbuch feststellen konnte, an etlichen Tagen zu mehreren Abgabezyklen komme. Da diese zusätzlichen Methadonabgaben oftmals erst kurz vor dem Ende der Betriebszeit des Ambulatoriums stattfänden und in der Regel nur Einzeldosen betrafen, würde manchmal auf eine zweite oder dritte Messung an den betreffenden Tagen verzichtet. Das Kontrollamt regte an, die vorgesehenen Messungen zur Sicherung der Gebarung konsequent und lückenlos durchzuführen.

Sollten in Notfällen Methadonabgaben außerhalb der hierfür vorgesehenen Zeiten unerlässlich sein, wird nunmehr ausnahmslos eine neuerliche Messung vorgenommen werden, auch wenn es sich dabei um eine zweite oder dritte Messung an diesem Tag handelt.

5.2.7 Zusammenfassend war zu bemerken, dass sich bei der umfangreichen Stichproben basierenden und alle Arbeitsabläufe umfassenden Prüfung der Methadongebahrung herausstellte, dass diese im SKH aufwändig dokumentiert war und eine weitestgehend lückenlose

Nachvollziehbarkeit der Methadonabgabe von der Apothekenabholung bis zur Ausgabe an den Patienten festgestellt werden konnte.

Um den hohen administrativen Aufwand der mit der Führung der Krankengeschichten und der zahlreichen anderen mit der Methadonabgabe in Verbindung stehenden händischen Aufzeichnungen zu verringern, sollten nach Meinung des Kontrollamtes Überlegungen im Hinblick auf eine integrierte EDV-Lösung angestellt werden, die u.a. die elektronische Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten – wie dies lt. Wr. KAG möglich bzw. vorgesehen ist – und die in der SV geforderten Vormerkungen beinhalten sollte.

5.2.8 Zum Vorwurf der Medikamentenmitgabe an Patienten für eine Woche war zunächst grundsätzlich anzumerken, dass, wie verschiedentlich geregelt ist, Ausnahmen von der täglich kontrollierten Methadoneinnahme möglich sind. Im Interesse einer ausreichenden Schmerzbehandlung kann einem Patienten die notwendige Menge an Suchtgift für einen kurzen Zeitraum mitgegeben werden. Auch die Vorkehrungen, die bei einem Inlands- oder Auslandsurlaub eines Suchtkranken zu treffen sind, sind geregelt. Die Mitgabe des Substitutionsmittels z.B. in Form von Einzel-Tagesdosen sollte für diese Zeit nur in besonders begründeten Fällen und bei entsprechender sozialer Stabilität des Suchtkranken überlegt werden.

Die Durchsicht des Methadonabgabebuches des gesamten Jahres 2000 ergab, dass im Regelfall eine Mitgabe von Methadon über das Wochenende bzw. über Feiertage erfolgte, in wenigen Fällen für eine Woche. In den sechs Fällen des Jahres 2000, in denen dem Kontrollamt eine länger als sieben Tage (zwischen acht und zwölf Tage, einmal 28 Tage) dauernde Methadonmitgabe auffiel, war in fünf Fällen diese Maßnahme durch entsprechende Eintragungen in der Krankengeschichte begründet.

5.3 Das zweite suchtgifthaltige Arzneimittel, das im SKH zur Entzugsbehandlung eingesetzt wurde, war Codidol. Mit Aufwendungen von rd. S 66.000,- (*entspricht 4.796,41 EUR*) war es nach Methadon das Medikament mit dem zweithöchsten Umsatz des SKH im Jahr 2000. Es unterliegt – wie bereits erwähnt – auf Grund seiner Zugehörigkeit zum Anhang III der SV nicht den strengen Aufzeichnungsverpflichtungen (wie z.B. Methadon) und wurde daher wie andere nicht-suchtgifthaltige Medikamente beschafft und administriert. Das heißt, die Verordnung bzw. Abgabe von Codidol – wie auch die der übrigen im SKH als Begleitmedikation erforderlichen Medikamente – war lediglich aus den Krankengeschichten zu ersehen. Auch wenn auf Anordnung des Ärztlichen Leiters die Abgaben zusätzlich in einem Medikamentenausgabebuch zu dokumentieren waren, um ihm stichprobenweise Verbrauchsprüfungen zu ermöglichen, war dieses für die Beurteilung des Vorwurfes der freien Medikamentenentnahme nicht geeignet. Daher blieben die anhand des Medikamentenausgabebuches und der Lieferantenrechnungen ermittelten Differenzen zwischen den im Jahr 2000 ausgegebenen Codidol 120 mg bzw. Codidol 90 mg und den in diesem Zeitraum jeweils gelieferten Tabletten mangels Kenntnis des anfänglichen und schließlichen Lagerstandes ohne Relevanz. Schlüsse über die widmungsgemäße Abgabe von Codidol wären nur durch eine lückenlose Einsicht in sämtliche Krankengeschichten möglich gewesen, was allerdings – angesichts eines Jahresaufwandes 2000 von rd. S 66.000,- (*entspricht 4.796,41 EUR*) – einen unvermeidbaren Prüfaufwand verursacht hätte. Auch in diesem Fall würde künftig eine integrierte EDV-Lösung in Verbindung mit der bereits unter Punkt 5.2.7 erwähnten elektronischen Führung der Methadondokumentation einschließlich

Zur Installation einer EDV-gestützten Dokumentation wurden vorbereitende Schritte eingeleitet.

der Krankengeschichten eine sinnvolle und zweckmäßige Vorgangsweise gewährleisten.

Zum Vorwurf der Mitgabe von Medikamenten über einen längeren Zeitraum wurde festgestellt, dass entsprechend den Aufzeichnungen im Medikamentenausgabebuch die höchste, einem Patienten im Jahr 2000 mitgegebene Codidolmenge 36 Stück Codidol 120 mg betraf, die (wie aus der Krankengeschichte hervorging) für 6 Tage bestimmt war.

6. Arzneimittelbeschaffung

Abschließend ging das Kontrollamt noch auf die Art und Weise der Beschaffung von Arzneimitteln beim PSD ein.

6.1 Für die im Erhebungszeitraum liegende Beschaffung von Arzneimitteln führte der PSD im Jahr 1997 eine von ihm als „beschränkte Ausschreibung“ bezeichnete Angebotseinholung durch. Im Zuge der Vorbereitung der Angebotseinholung wurde von der Geschäftsstelle eine Aufstellung der für die Ambulatorien des PSD benötigten Arzneimittel erarbeitet, die lt. einer dem Kontrollamt übergebenen Firmenvorschlagsliste zusammen mit einem Einladungsschreiben an sieben potenzielle Bieter übermittelt worden war. Das Einladungsschreiben enthielt auch den Hinweis, dass die Lieferungen im Wege einer „Konsiliarapotheke“ abzuwickeln seien.

Bei Durchsicht der Aufstellung der in den Ambulatorien benötigten Arzneimittel stellte sich heraus, dass sie das im Jahr 2000 umsatzstärkste Medikament nicht enthielt. Wie die Prüfung ergab, wurde dieses bis September 2000 nicht über eine öffentliche Apotheke, sondern direkt beim Hersteller bezogen, obwohl Arzneimittel gem. § 57 Abs. 1 Z. 1 Arzneimittelgesetz vom Hersteller, Depositeur oder Arzneimittel-Großhändler nur an öffentliche Apotheken, Anstaltsapotheken und tierärztliche Hausapotheken abgegeben werden dürfen. Bei dem betreffenden Arzneimittel handelte es sich um ein Depot-Neuroleptikum, das – als im Jahre 1981 die Frage einer möglichen karzinogenen Wirkung des Präparates auftrat – von der ausländischen Erzeugerfirma bis zur Klärung der Problematik vom österreichischen Markt genommen worden war. Der damit befasste Ausschuss für Arzneimittelsicherheit des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen hob zwar die Zulassung des Präparates nie auf, beließ den Handel aber bis heute in eingeschränkter Form. Das bedeutet, dass in jenen Fällen, in denen das Medikament als unverzichtbar für bestimmte Krankheitsfälle gilt, ein Antrag auf Einfuhr beim o.a. Bundesministerium mit ärztlicher, fachlich begründeter Anforderung gestellt werden muss.

Auf Grund des medizinischen Bedarfes wurde das Präparat vom PSD – jedoch ohne Einfuhrbewilligung – direkt vom Hersteller bezogen. Ab September 2000 wurde dessen Einkauf über die mit der Lieferung der übrigen Arzneimittel des PSD betraute Apotheke abgewickelt.

6.2 Aus dem von der Geschäftsstelle vorgenommenen Vergleich der fünf eingelangten Angebote ging hervor, dass der später mit der Gesamtleistung beauftragte Bieter 137 von 143 nachgefragten Produkten anbot und bei 128 Positionen am billigsten war. Die Entscheidung, alle Produkte im Wege dieses Lieferanten zu beziehen, traf der PSD auch deshalb, weil die von ihm nicht angebotenen Positionen zumeist nur andere Verpackungseinheiten eines ohnehin lieferbaren Produktes betrafen und die Beauftragung mehrerer Bieter einen höheren Verwaltungsaufwand verursacht hätte.

Die vom PSD für Zwecke der gegenständlichen Prüfung erstellte Liste der zehn umsatzstärksten Medikamente des Jahres 2000 zeigte zwar,

dass die beauftragte Lieferfirma bei einigen Produkten bzw. Verpackungseinheiten, die in vergleichsweise großen Mengen beschafft wurden, nicht der Billigstbieter war, was aber zu keinem Reihungssturz führte. Um den Angebotsvergleich künftig aussagekräftiger zu gestalten, wurde empfohlen, die Ausschreibungsunterlagen um die voraussichtlichen Verbrauchsmengen zu ergänzen und die Bieter zur Angabe eines zivilrechtlichen Gesamtpreises zu veranlassen.

6.3 Weiters konnte der Liste der zehn umsatzstärksten Medikamente entnommen werden, dass Arzneimittel im Jahr 2000 zu anderen Preisen, als sie im Zuge des Angebotes bekannt gegeben worden waren, eingekauft wurden. Da bei der Angebotseinholung keine detaillierten Vertragsinhalte bedungen worden waren, gab es auch keine vereinbarte Vorgangsweise im Fall von Preisänderungen. Die Preise 2000 hatten sich, wie die Prüfung zeigte, auf Grund der im Angebotsschreiben bekannt gegebenen Kalkulation des Lieferanten, nämlich Fabriksabgabepreis zuzüglich 8% Zuschlag, durch Änderungen der Erzeugerpreise ergeben. Insbesondere im Hinblick auf die während der Vertragslaufzeit eintretenden Preisänderungen wurde angeregt, wesentliche Vertragsinhalte, welche die Rechte und Pflichten von Auftraggeber und Auftragnehmer regeln und bestimmte Verfahrensweisen bei der Abwicklung determinieren, der Einladung zur Angebotslegung beizufügen und für den Fall der Auftragserteilung verbindlich zu erklären.

6.4 Um die Angemessenheit der vom PSD für Medikamente bezahlten Preise beurteilen zu können, wurde vom Kontrollamt bezüglich der umsatzstärksten Medikamente des PSD ein Vergleich mit den entsprechenden Einkaufspreisen zweier Anstaltsapotheken des KAV angestellt. Dabei ergab sich, dass die untersuchten Arzneimittel seitens des KAV, mit Ausnahme von zwei Medikamenten, bei denen zusätzlich ein Naturalrabatt gewährt wurde, zum Fabriksabgabepreis eingekauft wurden, während der PSD – wie bereits erwähnt – Medikamentenpreise in Höhe des Fabriksabgabepreises zuzüglich 8% bezahlte. Um den Preisvorteil des KAV eventuell auch beim PSD lukrieren zu können, wurde der Frage nachgegangen, ob eine Anstaltsapotheke eines Krankenhauses des KAV den Medikamenteneinkauf für die Ambulatorien des PSD übernehmen könnte. Dabei wurde festgestellt, dass das Apothekengesetz und das Wr. KAG eine solche Möglichkeit zwar vorsehen, eine tatsächliche Beschaffung aber nicht sinnvoll wäre, weil der von den Krankenanstalten zu verrechnende Verwaltungskostenzuschlag den Preisvorteil wieder wettmachen würde.

Da die Preise der vom PSD im Jahr 2000 bezogenen Arzneimittel im Wettbewerb zu Stande kamen, unter dem Apothekeneinstandspreis lagen und nur einen geringen Zuschlag zum Fabriksabgabepreis aufwiesen, waren sie als angemessen zu betrachten.

Fonds „Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien“, Prüfung von Anzeigen

Dem Kontrollamt wurden mehrere Schreiben über angebliche Missstände im Fonds „Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien“ („PSD“) übermittelt. Die Hinweise richteten sich im Wesentlichen gegen Ärzte in Ambulatorien des PSD. Die stichprobenweise Prüfung hinsichtlich deren Tätigkeit und Entlohnung führte zu folgendem Ergebnis:

Die Geschäftsführung hat veranlasst, dass den Empfehlungen des Kontrollamtes hinsichtlich der Ergänzung der Formalkriterien bei der nächsten Angebotseinholung soweit wie möglich Rechnung getragen wird.