



VERWALTUNGSGERICHT WIEN

1190 Wien, Muthgasse 62
Telefon: (43 01) 4000 DW 38680
Telefax: (43 01) 4000 99 38680
E-Mail: post@vgw.wien.gv.at
DVR: 4011222

GZ: VGW-172/082/22050/2014-15
Dr. R.

Wien, 24.6.2015

Geschäftsabteilung: K

IM NAMEN DER REPUBLIK

Das Verwaltungsgericht Wien hat durch den Richter Dr. Trefil über die Beschwerde der Dr. M. R., vertreten durch Rechtsanwalts-Partnerschaft, vom 3.2.2014 gegen den ersten und zweiten Spruchpunkt des Bescheids des Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer vom 8.1.2014, Zl. 201307-111, betreffend Erlöschen der Berechtigung zur Berufsausübung und Streichung aus der Ärzteliste zu Recht erkannt:

I. Gemäß § 28 Abs. 1 und 2 VwGVG in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Z 2 und § 59 Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 (in der Fassung des BGBl. I Nr. 82/2014) wird die Beschwerde hinsichtlich der verbleibenden ersten beiden Spruchpunkte als unbegründet abgewiesen und der angefochtene Bescheid mit der Maßgabe bestätigt, dass die Gesetzesverweise im zweiten Spruchpunkt wie folgt geändert werden: Nach dem Hinweis auf "*§ 59 Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998*" wird die Wortfolge "*in der Fassung BGBl I 81/2013*" durch "*insoweit in seiner Stammfassung*" ersetzt, der Verweis auf "*§ 4 Abs 2 Z 3 ÄrzteG 1998*" hat auf "*§ 4 Abs 2 Z 2 ÄrzteG 1998 in der Fassung BGBl I 82/2014*" zu lauten und nach "*§ 59 Abs 3 1. Satz ÄrzteG 1998*" wird die Wortfolge "*in der Fassung BGBl I 144/2009*" ergänzt.

II. Gegen dieses Erkenntnis ist gemäß § 25a VwGG eine ordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof nach Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

I. Gang des Verfahrens:

I.1. Angefochtener Bescheid der belangten Behörde

Der vollständige Spruch des angefochtenen Bescheids der belangten Behörde vom 8.1.2014 lautete:

"Die gegen den gemäß § 57 Abs 1 AVG 1991 in der Fassung BGBl I 33/2013 als Mandat erlassenen Bescheid der Österreichischen Ärztekammer vom 18.7.2013 von Frau Dr. R. erhobene Vorstellung vom 1.8.2013 wird als unbegründet abgewiesen, das mit genanntem Bescheid ausgesprochene Mandat wird bestätigt.

Die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes von Frau Dr. R. ist gemäß § 59 Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998 in der Fassung BGBl I 81/2013 erloschen, da die Vertrauenswürdigkeit im Sinne des § 4 Abs 2 Z 3 ÄrzteG 1998 als eine für die ärztliche Berufsausübung erforderliche Voraussetzung nicht gegeben ist. Gemäß § 59 Abs 3 1. Satz ÄrzteG 1998 wird die mit 18.7.2013 durchgeführte Streichung aus der Ärzteliste aufrecht erhalten; eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes besteht damit nicht mehr.

Die aufschiebende Wirkung einer Berufung bzw. Beschwerde gegen diesen Bescheid ist aufgrund zwingender öffentlicher Interessen und bestehender Gefahr im Verzug gemäß § 64 Abs 2 AVG und § 13 Abs 2 VwGVG ausgeschlossen."

In der Begründung fasste die belangte Behörde den bisherigen Verfahrensgang zusammen, insbesondere die maßgeblichen Feststellungen des im Spruch erwähnten Mandatsbescheids vom 18.7.2013, das Vorbringen der Beschwerdeführerin in ihrer dagegen fristgerecht erhobenen Vorstellung vom 1.8.2013 sowie den Gang des ordentlichen Ermittlungsverfahrens beginnend mit der Anforderung vom 6.8.2013 auf Übermittlung der Abschrift eines die Beschwerdeführerin betreffenden Verwaltungsakts bei der Magistratsabteilung 40 (im Folgenden kurz mit "**MA 40**" abgekürzt), der eine am 16.7.2013 durchgeführte Ordinationsüberprüfung zum Gegenstand hatte, sowie bestehend aus zweie mündlichen Verhandlungen (am 9.10.2013 und am 19.11.2013) vor dem gemäß § 124 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013, eingerichteten Ehrenrat der Österreichischen Ärztekammer (dieser in der Folge kurz als "**Ehrenrat**" bezeichnet).

In rechtlicher Hinsicht führte die belangte Behörde aus, die Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens hätten die rechtliche Beurteilung des Mandatsbescheids bekräftigt. Die Beschwerdeführerin sei Ärztin für Allgemeinmedizin. Sie habe wiederholte und erhebliche Berufspflichtverletzungen zu verantworten, wobei sich sowohl die festgestellten Mängel bei Hygiene und Ordinationsausstattung, die fehlende bzw. unzureichende Aus- und Fortbildung in angewandten medizinischen Methoden und die mangelnde Vorbereitung auf Notfälle und medizinische Krisensituationen als besonders

schwerwiegend erwiesen hätten. Wer sich nicht sachgerecht fortbilde und auf allfällige Notfälle und Gefahren nicht vorbereitet sei, handle nicht vertrauenswürdig, vor allem wenn die medizinische Haupttätigkeit in der Verabreichung von Narkosen liege. Diese Einschätzung werde durch evidente Verletzungen von Aufklärungs- und Dokumentationspflichten sowie Mängel in der Praxisorganisation mit hinzugezogenen Fachärzten verstärkt. Aus der fortgesetzten, fahrlässigen Einlassung der Beschwerdeführerin in medizinische Fachgebiete, die sie nicht oder nicht ausreichend beherrsche, und aufgrund ihrer Verantwortung, sachadäquate Aus- und Fortbildung nicht erfüllen zu müssen, weil das bisher nicht notwendig oder behördlich nicht als zwingend aufgetragen worden sei, lasse sich keine positive Prognose für ihr zukünftiges Wohlverhalten erstellen. Selbst die Durchführung einer erheblichen Anzahl sanitätsbehördlicher Verfahren in den letzten fünf Jahren, die unter anderem vorübergehende Berufsausübungsverbote und Ordinationsschließungen zur Folge gehabt hätten, habe bei der Beschwerdeführerin keine maßgebliche Änderung ihrer grundsätzlichen Haltung gegenüber den ärztlichen Berufspflichten erkennen lassen. Aus diesen Gründen sei die Vertrauenswürdigkeit der Beschwerdeführerin zu verneinen.

1.2. Beschwerde der Beschwerdeführerin

Dagegen richtete sich die fristgerecht eingebrachte Beschwerde der Beschwerdeführerin, mit der sie den angefochtenen Bescheid seinem gesamten Inhalt nach bekämpfte. Nach zusammenfassender Wiedergabe der rechtlichen Beurteilung des angefochtenen Bescheids machte die Beschwerdeführerin das Fehlen von Tatsachenfeststellungen in der gesamten Bescheidbegründung geltend, wendete unter Hinweis auf Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs einen Ermessensexzess bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit mangels Vorliegens solcher mit strafbaren Handlungen vergleichbarer Pflichtverletzungen ein, verwies auf die "mediale Vorgeschichte" des Falles und rügte das "engmaschige Netz der sanitätsbehördlichen Überprüfungen" mit nachfolgenden Ordinationssperren als gegen die Beschwerdeführerin gerichtete willkürliche behördliche Maßnahmen nach Auftreten von Komplikationen in ihrer Ordination.

Schließlich bekämpfte die Beschwerdeführerin den angefochtenen Bescheid mit folgenden Ausführungen (Hervorhebungen im Original nicht wiedergegeben):

"7.

Die belangte Behörde wirft der Beschwerdeführerin vor, dass sie mit den Konsiliarärzten 'keine schriftliche Verträge' abgeschlossen habe. Auf welcher rechtlichen Grundlage die belangte Behörde den Abschluss schriftlicher Verträge einfordert, ist nicht einsichtig. Konsiliarverträge unterliegen nach österreichischem Recht keinem Formgebot und können daher auch mündlich abgeschlossen werden. Das ÄrzteG kennt kein

Schriftformgebot für Konsiliarverträge. Der bloß mündliche Abschluss derartiger Verträge ist weder rechtswidrig, noch in irgendeiner Form vorwerfbar.

...

8.

Gerade wenn die belangte Behörde die Entscheidung des VwGH vom 24.7.2013, 2010/11/0075, zitiert, so wäre ihr anzuraten, diese Entscheidung auch bei ihrer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen: Der VwGH verlangt darin nämlich konkrete Feststellungen, dass die beschwerdeführende Partei Berufspflichten ... [ihren] eigenen Patienten gegenüber verletzt habe (Punkt 2.3 der zitierten Entscheidung). Dazu finden sich auch im gegenständlichen Sachverhalt keine Ausführungen oder gar Feststellungen.

9.

Ebenso fordert der VwGH in der zitierten Entscheidung eine Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der beschwerdeführenden Partei, nämlich dass noch nie ein Mensch aufgrund ihrer Tätigkeit zu Schaden gekommen ist. Auch dieses Vorbringen hat die Beschwerdeführerin gegenständlich erstattet und hat sich die belangte Behörde damit nicht auseinandergesetzt. Insgesamt blendet die belangte Behörde all jene Elemente, die der Beschwerdeführerin zugute zu halten sind, gänzlich aus und scheint auf diesem Auge blind zu sein:

- Bereits oben unter Punkt 6. wurde die Willkür der Sanitätsbehörden aufgezeigt. Dass schon im Jahr 2009 die Sanitätsbehörden die Sedierung mit Propofol durch die Beschwerdeführerin für zulässig erklärt haben, bleibt unberücksichtigt.
- Ebenso bleibt unberücksichtigt, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der – gefühlten – Willkür den immer neuen Auflagen der Sanitätsbehörden gebeugt hat und diesen auch nachgekommen ist. Immer wieder durfte sie – als Rechtsunterworfenen – davon ausgehen, dass der zuletzt von den Sanitätsbehörden abgenommene Stand rechtlich zulässig und *lege artis* ist. Dieses Gesamtverhalten beweist die Rechtstreue der Beschwerdeführerin und nicht, wie von der belangten Behörde 'gewürdigt', das Gegenteil.
- Dass die Beschwerdeführerin Zeit ihres Lebens weder einen Diagnose-, noch ein Behandlungsfehler zu verantworten hatte, ist nach Ansicht des VwGH eben schon zu würdigen.
- Gänzlich ungewürdigt lässt die belangte Behörde auch die Rolle der den Eingriff durchführenden Fachärzte: Diese haben die Eingriffe als behandelnde Ärzte zu verantworten und die hygienischen Bedingungen aus Eigenem zu überprüfen. Offenbar haben diese – zahlreichen – Fachärzte für sich die Ordnungsgemäßheit der Bedingungen erkannt; auch daraus zeigt sich, dass die Bedingungen und auch die Beschwerdeführerin vertrauenswürdig waren.
- Die Beschwerdeführerin hat der belangten Behörde mit Schreiben vom 30.7.2013 Zeugnisse zu den besuchten Fortbildungsveranstaltungen übermittelt. Trotzdem erkennt die belangte Behörde, die Beschwerdeführerin würde sich nicht fortbilden und lässt die vorgelegten Zeugnisse gänzlich ungewürdigt. Nunmehr wird vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin im November 2013 auch noch Fortbildungsmaßnahmen zum Thema 'Gynäkologie' und 'Allgemeinmedizin' gesetzt hat. Entsprechende Zeugnisse werden nunmehr vorgelegt.
- Auch mit den mit der Urkundenvorlage vom 11.10.2013 vorgelegten Gutachten von Dr. W., Doz. Dr. D. und der 'Arztplan' setzt sich die belangte Behörde in keiner Form auseinander. Gerade der Vorwurf, die Beschwerdeführerin müsse *lege artis* Saugcurettagen vornehmen, ist aufgrund des Gutachtens von Dr. W., der gerichtlich beeideter Sachverständiger für Gynäkologie ist, ausgeräumt.

Wäre die belangte Behörde nicht dermaßen einseitig vorgegangen und hätte sie alle vorliegenden Beweisergebnisse gewürdigt, wozu sie verpflichtet wäre, dann hätte sie niemals zu dem Ergebnis einer Vertrauensunwürdigkeit der Beschwerdeführerin kommen

können. Diese rechtliche Würdigung ist das Ergebnis einer nicht ergebnisoffenen Betrachtungsweise.

...

10.

Die belangte Behörde führt aus, dass das Verhalten der Beschwerdeführerin sowohl das Leben, als auch die Gesundheit der PatientInnen zu gefährden vermag. Bei richtiger rechtlicher Beurteilung fehlt dieser Behauptung jede Grundlage. Denn richtigerweise ist davon auszugehen, dass bei jeder ärztlichen Behandlung ein gewisses Behandlungsrisiko besteht und diese Aussage daher auf beinahe jeden ärztlichen Eingriff zutrifft. Richtigerweise hätte die belangte Behörde feststellen müssen, welche Risikoerhöhung durch ein bestimmtes Verhalten der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Dazu finden sich keinerlei Feststellungen im angefochtenen Bescheid.

11.

Bei richtiger rechtlicher Beurteilung hat die belangte Behörde – wenn – erkennen müssen, dass sie ihr ausschließlich Vorwürfe im Zusammenhang mit der von ihr zu verantwortenden Anästhesie macht (den gynäkologischen Eingriff selbst hat ja der durchführende Facharzt zu verantworten). Hätte die belangte Behörde eine aufgrund der Eingriffsgeneigtheit in die Grundrechte angezeigte Interessenabwägung vorgenommen und nach dem gelindesten Mittel gesucht, so hatte sie zu dem Ergebnis kommen müssen, dass der Beschwerdeführerin eine Weisung erteilt wird, keine Anästhesien mehr vorzunehmen. Damit wäre jedenfalls die im Kern erkannte, wenn auch nicht festgestellte Gefahr gebannt worden. Die Beschwerdeführerin ist auch ausdrücklich bereit, eine solche Weisung zu akzeptieren und ihr vollinhaltlich zu folgen.

12.

Ausdrücklich angefochten wird der Bescheid auch in seinem Spruchpunkt 1., soweit der Mandatsbescheid vom 18.7.2013 bestätigt wird. Bei richtiger rechtlicher Beurteilung kann die Erlöschung der Berufsbefugnis bzw. die Streichung aus der Liste der Ärzte nicht auf der Grundlage eines Mandatsbescheides verfügt werden. Bei der Feststellung der Erlöschung der Berufsbefugnis handelt es sich um keine 'unaufschiebbare Maßnahme' im Sinne des § 57 Abs 1 AVG, die zur Verhütung einer Gefahr unaufschiebbar wäre. Denn von der Berufsbefugnis der Beschwerdeführerin geht richtigerweise keine derartige Gefahr aus. Gerade für die vorläufige Untersagung sieht das Gesetz die Spezialbestimmungen des § 62 ÄrzteG für die Sanitätsbehörden und – subsidiär – des § 138 ÄrzteG für den Disziplinarrat vor."

1.3. Verfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien

Die belangte Behörde legte die Beschwerde samt den Akten des Verwaltungsverfahrens dem Verwaltungsgericht Wien vor, die hier am 20.2.2014 einlangten.

Mit Erkenntnis vom 24.4.2014 hat das Verwaltungsgericht Wien die Beschwerde gegen den angefochtenen Bescheid gemäß § 13 Abs. 5 VwGVG teilweise abgewiesen, soweit sie gegen seinen dritten Spruchpunkt betreffend Ausschluss der aufschiebenden Wirkung gerichtet war, weil die Abwägung der berührten Interessen nicht zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausfiel. Die Entscheidung über die in Beschwerde gezogenen übrigen Spruchpunkte des angefochtenen Bescheids wurde einem späteren Zeitpunkt vorbehalten.

Am 17.6.2015 fand eine mündliche Verhandlung beim Verwaltungsgericht Wien statt, an der die Beschwerdeführerin in Anwesenheit ihres anwaltlichen Vertreters sowie ein Vertreter der belangten Behörde teilnahmen (nachfolgend diese Verhandlung beim Verwaltungsgericht Wien am 17.6.2015 als "**Verhandlung beim VGW**" abgekürzt und das in der Verhandlung beim VGW niederschriftlich aufgenommene Protokoll im Folgenden kurz als "**Verhandlungsprotokoll**" bezeichnet).

II. Das Verwaltungsgericht Wien sieht folgenden Sachverhalt als erwiesen an:

II.1. Berufsausübung und öffentliches Auftreten

II.1.1. Berufliche Ausgangslage

Die Beschwerdeführerin war bis zur Streichung aus der Ärzteliste mit am 22.7.2013 zugestelltem Mandatsbescheid der belangten Behörde vom 18.7.2013 als niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin tätig. Ihre Berufsberechtigung in Österreich entstand vor etwa einundvierzig Jahren am ... 1974. Ihre Ordination in der G.-gasse im ... Wiener Gemeindebezirk öffnete sie im Oktober 1975.

Die Beschwerdeführerin sah sich als Ärztin mit sozialer Verpflichtung. Ihr erklärtes Ziel war es, Frauen einen Schwangerschaftsabbruch zu günstigen Preisen zu ermöglichen. In den letzten fünf Jahren verrechnete sie für einen Schwangerschaftsabbruch etwa 250 bis 280 Euro. Im Jahr der Ordinationsschließung waren es zuletzt etwa 300 Euro. Mit diesem Betrag waren sämtliche Kosten für den Eingriff einschließlich Medikamente und konsiliarärztliche Leistungen abgedeckt. Das zweite Motiv der beruflichen ärztlichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin war die Erwerbsabsicht, also die Erzielung von Einnahmen durch Erbringung medizinischer Leistungen und Behandlungen.

Sie war nicht ausschließlich, aber hauptsächlich in einem Bereich tätig, in dem seit Einführung der Fristenlösung in Österreich im Jahr 1975 (Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs durch einen Arzt innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft) eine Nachfrage (auch aus dem Ausland) für nicht indizierte Schwangerschaftsunterbrechungen bestand, die durch das verfügbare Angebot wegen ethischer und religiöser Vorbehalte damals und verbreitet auch heute noch von Ärzten und öffentlichen Spitälern nicht gedeckt wurde.

II.1.2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Für einen Schwangerschaftsabbruch sind heute zwei Methoden gebräuchlich. Die erste ist der chirurgische Abbruch in den beiden Varianten der Kürettage durch Auskratzen der Gebärmutter (Abrasio bzw. Dilatation und Evakuierung, im Folgenden als "**D&E**"

abgekürzt) oder der Saugkürettage durch Absaugen des Fruchtsacks (Vakuumaspiration, im Folgenden kurz als "**Aspiration**" bezeichnet). Der Eingriff kann in Vollnarkose oder unter Lokalanästhesie durchgeführt werden. Die zweite Methode ist der medikamentös induzierte Abbruch durch Mifepriston und Misoprostol bzw. mit dem in Österreich seit über zehn Jahren zugelassenen Medikament Mifegyne (früher als RU 486 bezeichnet und in Frankreich seit ca. 1988 zugelassen). Abhängig von der Schwangerschaftswoche sind nicht immer alle genannten Arten des Abbruchs durchführbar oder empfehlenswert. Zudem weist jeder dieser Eingriffe naturgemäß bestimmte Besonderheiten auf. Die Entscheidung über die Eingriffsart wird häufig von medizinischen Voraussetzungen und Prädispositionen der Frau abhängen (aufgrund unterschiedlicher Risiken und der zu berücksichtigenden typischen Nebenwirkungen), aber auch wesentlich von ihrer psychischen und emotionalen Einstellung zum Abbruch bestimmt sein.

Statistisch kommt heute als Abbruchmethode die Aspiration gegenüber der D&E weitaus häufiger zur Anwendung. Als Vorteil der Aspiration werden der geringere Blutverlust und das kleinere Risiko der Perforation der Gebärmutter angegeben (in den USA dominiert diese Methode beim chirurgischen Abbruch deutlich mit 90% vor der D&E; im deutschen Sprachraum war das Verhältnis D&E zu Aspiration zum Stand März 2009 etwa 1:7 zugunsten der Aspirationsmethode). Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne haben statistisch eine sehr geringe Komplikationsrate, erfordern keinen operativen Eingriff unter Narkose und sind bereits vor der sechsten Schwangerschaftswoche möglich. Andererseits ist der gesamte Vorgang des Abbruchs erst nach mehreren Tagen abgeschlossen und kann in dieser Zeit von mehr oder weniger starken Schmerzen begleitet sein. In ganz wenigen Ausnahmefällen besteht im Anschluss trotzdem die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs. In vielen Ländern Europas ist dieser Abbruch heute die am häufigsten gewählte Form der Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft.

Insgesamt fehlen österreichweite Statistiken über die Anzahl durchgeführter Abtreibungen im Inland und die dafür in Rechnung gestellten ärztlichen Honorare. Schätzungen belaufen sich auf 20.000 bis 30.000 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr. Für eine Abtreibung werden Preise zwischen 275 Euro bis über 800 Euro verlangt. Bei einem bestimmten Grad der Bedürftigkeit der schwangeren Frau kommt heute mittlerweile eine öffentliche Kostentragung oder eine für die Patientin kostenfreie Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in einem öffentlichen Krankenhaus in Betracht.

II.1.3. Schwangerschaftsabbrüche in der Ordination der Beschwerdeführerin

Vorliegend ging es um die Durchführung erwünschter Schwangerschaftsabbrüche, die nicht medizinisch indiziert waren, sondern auf einem fehlenden Kinderwunsch einer Frau beruhten, die ungewollt schwanger geworden war.

In der Ordination der Beschwerdeführerin wurde ausschließlich die Abtreibung über einen chirurgischen Abbruch mittels D&E durchgeführt. Alle Eingriffe erfolgten in Vollnarkose und nicht während einer lokalen anästhetischen Betäubung. Die Aspirationsmethode wurde nicht durchgeführt. Die dafür erforderlichen Instrumente waren in der Ordination der Beschwerdeführerin nicht vorhanden. Medikamentös induzierte Schwangerschaftsabbrüche als Alternative zum chirurgischen Abbruch wurden ebenfalls nicht als alternative Methode angeboten oder ärztlich betreut.

Der Beschwerdeführerin war der Umstand bekannt, dass mit der Erfahrung des Operateurs die Komplikationsrate bei einem D&E-Eingriff sinkt. Ein erfahrener Arzt hat statistisch eine Fehlerrate, die um den Faktor 5,5 geringer ist als ein unerfahrener oder ungeübter Chirurg.

II.1.4. Öffentliches Auftreten

Am 18.7.2013 war die Beschwerdeführerin in der Onlineausgabe der Gelben Seiten unter www.herold.at in der Rubrik "Fachärzte f Gynäkologie im Bezirk Wien ... (...)" eingeordnet. Der Ausdruck der Detailansicht zu dieser Onlineanzeige vom 2.9.2013 zu ihrem Namenseintrag enthält einleitend unter der Überschrift "Allgemeine Firmendaten" folgende Angaben: "Familienplanung / Kinderwunsch", "Narkose: Behandlung in Kurznarkose" sowie "Sonografie (Ultraschalluntersuchung)" und listet zusätzlich weitere Begriffe in folgender Reihenfolge auf: gynäkologische Operationen, Allgemeinmedizinerin, Familienplanung, Familienberatung, Sonographie, Schwangerschaftsunterbrechungen, Schwangerschaftstests, "Abtreibungen in Kooperation mit Gynäkologen", "Schwangerschaftsabbruch in Kooperation mit Gynäkologen".

Auf dem Ausdruck der Anzeige sowie der Anzeigendetails auf der Internetseite www.arztsuche24.at vom 18.7.2013 und vom 2.9.2013 stand unter ihrem Namen in der unmittelbar darunterliegenden Zeile jeweils der Wortlaut "Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde u Geburtshilfe".

An der Eingangstür der Ordination der Beschwerdeführerin waren am 12.7.2011 Schilder angebracht, die an erster Stelle die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bewarben und als weitere medizinische Leistungen "Schwangerschaftstests",

"Krebsabstrich", "Ultraschall" und "Spiralen" anboten. Weiters waren dort an Frauen gerichtete Informationsschaubilder zu Verhütung befestigt.

II.2. Ausbildung und Fortbildung

II.2.1. Ausbildung

Die Beschwerdeführerin hat ihr Medizinstudium in Rumänien im Jahr 1961 abgeschlossen. Ihr rumänisches Doktordiplom betraf das Gebiet primäre und sekundäre Fertilität der Frau. Für die Berufszulassung in Österreich hat sie neuerlich Rigorosen aus dem medizinischen Curriculum abgelegt und den Turnus zur Allgemeinmedizinerin im ...-spital absolviert. Danach war sie in einem Krankenhaus in der Steiermark und im ... Krankenhaus tätig. In Österreich beschränkte sich ihre gynäkologische Ausbildung auf die im Turnus vermittelten Grundkenntnisse. Im Bereich der Anästhesie erwarb sie ebenfalls Basiskenntnisse als Turnusärztin bei der Verabreichung von Narkosen bei etwa halbstündigen Operationen unter Allgemeinanästhesie (als Anästhetikum verwendete sie damals Thiopental und Sauerstoff).

Neben der allgemeinmedizinischen Ausbildung verfügte die Beschwerdeführerin über keine abgeschlossene Sonderfachausbildung oder Diplome über Additivfächer. Sie war zusätzlich weder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, noch für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

II.2.2. Fortbildung

Seit der Öffnung ihrer Ordination in Wien im Jahr 1975 bis September 2011 (Datum der Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung), also über einen Zeitraum von über 37 Jahren, hat die Beschwerdeführerin keine dokumentierten Weiterbildungsmaßnahmen gesetzt. In den zehn Jahren seit Inkrafttreten der 2. Ärztegesetz-Novelle mit 11.8.2001, die die Fortbildungsverpflichtung für Ärzte ausdrücklich ins ÄrzteG 1998 aufnahm, hat sie bis September 2011 keine anerkannten Fortbildungsveranstaltungen besucht und konnte bis dahin keine Nachweise über Weiterbildungsmaßnahmen oder über die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen vorlegen. Die Beschwerdeführerin bildete sich durch Lesen von Fachliteratur in nicht näher feststellbarem Umfang und Inhalt fort, jedoch nicht durch Literaturstudium im Rahmen des E-Learnings als einer mit Kontrollnachweis verbundenen Fortbildungsart des Fortbildungsprogramms der Österreichischen Ärztekammer.

Auf fehlende Fortbildung bzw. auf die diesbezüglichen fehlenden Nachweise wurde die Beschwerdeführerin anlässlich der Sperre des Eingriffsraums und anschließend ihrer Ordination im Jänner 2009 hingewiesen. In der Folge hat der Unabhängige

Verwaltungssenat Wien in seinem am 26.8.2010 mündlich verkündeten Berufungsbescheid vom 18.11.2010 gegen ein damals verhängtes Straferkenntnis vom 25.6.2009 zur Zl. MBA 13/14 - S 246/09, Seite 57 f, ausgesprochen, dass hinreichende Tatsachen hervorgekommen sind, aus denen auf die "Durchführung von Anästhesien ohne laufende Fortbildung im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme" vor oder nach dem 16.1.2009 geschlossen werden kann. Wegen der nicht – mit der erforderlichen Sicherheit – erwiesenen Durchführung von Eingriffen im angelasteten Tatzeitraum wurde die verhängte Verwaltungsstrafe jedoch insoweit nicht bestätigt.

Zweieinhalb Jahre später, bei der Ordinationssperre im Juli 2011, konnte die Beschwerdeführerin unverändert keine Bestätigungen über Fortbildungen vorweisen.

Seit September 2011 bis zur Streichung aus der Ärzteliste im Juli 2013 hat die Beschwerdeführerin Fortbildungsveranstaltungen im Ausmaß von insgesamt 11 Fortbildungspunkten und danach zwei weitere Fortbildungsveranstaltungen mit in Summe 56 Fortbildungspunkten besucht. Nur ein Sechstel der Fortbildung der Beschwerdeführerin entfiel auf Zeiten ihrer aufrechten Berufsberechtigung. Der überwiegende Teil ihrer Fortbildung war der Zeit nach ihrer Streichung aus der Ärzteliste zuzuordnen.

Im Einzelnen hat sie die folgenden Fortbildungsveranstaltungen mit anrechenbaren Fortbildungspunkten auf ihr Fortbildungskonto bei der Österreichischen Ärztekammer besucht: am 14.9.2011 die "Morgenvorlesung, Thema GCP" ("GCP" steht offenbar für "good clinical practice") am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (1 Fortbildungspunkt); am 3.10.2011 die Veranstaltung aus dem Fach Anästhesiologie und Intensivmedizin "Notfallmanagement ... Aufnahmestation/Erstversorgung" in der Krankenanstalt Rudolfstiftung (1 Fortbildungspunkt); am 14.10.2011 die Veranstaltung "Brustkrebstherapie 2011 – Die beste Therapie im zertifizierten Brustzentrum" der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien (3 Fortbildungspunkte); am 28.11.2011 den "14. Wahlärzte – Jour fixe" des Wahlärztereferats der Ärztekammer für Wien (1 Fortbildungspunkt); am 26.9.2012 die "Bezirksärztesitzung f.d. 7 - Bezirk – 2. Vorträge" der Sektion für Allgemeinmedizin der Ärztekammer für Wien (2 Fortbildungspunkte); und schließlich am 12.11.2012 die "Info-Veranstaltung für den Hausärzteverband: 'Abläufe im Rettungsdienst'" des Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes der Magistratsabteilung 70 der Stadt Wien (3 Fortbildungspunkte). Die Fortbildung nach der Streichung aus der Ärzteliste erfolgte durch Teilnahme an zwei weiteren Fortbildungsveranstaltungen des Forums für medizinische Fortbildung zum Thema "Allgemeinmedizin" vom 6.11.2013 bis 9.11.2013

(32 Fortbildungspunkte) und zum Thema "Gynäkologie" vom 28.11.2013 bis 30.11.2013 (24 Fortbildungspunkte) jeweils in der Vortragsreihe "Update Refresher".

II.2.3. Vorbereitung auf Notfälle

Die Beschwerdeführerin hat in den letzten dreißig Jahren (zurückgerechnet vom 16.7.2013) keine Intubation durchgeführt und dazu auch keine theoretischen Nachschulungen belegt oder Übungsveranstaltungen besucht. Kurse für Reanimation wurden von ihr nicht absolviert, jedenfalls nicht in den letzten dreißig Jahren.

Ihre am 1.8.2013 erklärte Ansicht dazu lautete: Dass sie "seit 30 Jahren keine Intubation vorgenommen hat, kann ihr nicht zum Vorwurf gemacht werden. Vielmehr spricht es für ... [sie], dass in 30 Jahren kein Notfall eingetreten ist, der eine Intubation erforderlich gemacht hätte" (Vorstellung vom 1.8.2013 gegen den dem angefochtenen Bescheid zu Grunde liegenden Mandatsbescheid vom 18.7.2013, Seite 3, Punkt 4). Am 9.10.2013 war sie der Ansicht, dass der fehlenden Nachschulung für Reanimation keine "derart große Bedeutung beizumessen [ist], da sich bisher ohnedies nie ein Zwischenfall ereignet hat" (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 9.10.2013, Beilage 16 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 4).

In der Verhandlung beim VGW war ihr jedoch bewusst, dass es für Ärztinnen und Ärzte, die für Patientinnen in Vollnarkose verantwortlich sind, erforderlich ist, eine Intubation und eine Reanimation sattelfest zu beherrschen und diese daher bei fehlender praktischer Anwendung in ausreichendem Umfang laufend zu üben (Verhandlungsprotokoll Seite 6).

Die Beschwerdeführerin ist nicht befähigt, im Notfall eine Intubation oder eine Reanimation fachgerecht durchzuführen.

II.3. Medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten im Einzelnen

II.3.1. Pulsoximeter

Ein Pulsoximeter ist ein medizinisches Gerät zur Überwachung menschlicher Vitalfunktionen. Je nach im Detail unterschiedlichem Funktionsumfang des konkreten Geräts dient es zur nichtinvasiven Messung des Sauerstoffgehalts im Blut kombiniert mit Puls, Blutdruck und Körpertemperatur. Es ist in der Anästhesie Teil des Standardmonitorings von Patienten. Die Allgemeinanästhesie bzw. ihre Überwachung ist eines seiner Haupteinsatzgebiete. Unter Narkose bedarf die Kontrolle der Vitalparameter einer Patientin oder eines Patienten einer ständigen Kontrolle und erhöhter Aufmerksamkeit des zuständigen Arztes. Eine Gefahrensituation, gesundheitliche Schäden oder eintretende Schmerzempfindungen können ohne laufende, aufmerksame

und sachkundige ärztliche Überwachung mit einem Pulsoximeter nicht rechtzeitig erkannt und abgewendet werden.

Die Beschwerdeführerin besaß vor dem Jahr 2009 kein Pulsoximeter und hat ein solches Gerät erst infolge behördlichen Einschreitens nach der Ordinationsprüfung am 16.1.2009 angeschafft. Marke und Typ ihres Geräts konnte die Beschwerdeführerin auf Befragen in der Verhandlung beim VGW auswendig nicht angeben.

In der unangekündigten Ordinationsprüfung am 12.7.2011 war die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, das in ihrer Ordination vorhandene Pulsoximeter bzw. Blutdruckmessgerät in Gang zu setzen oder zu bedienen. Sie war mit dem Umgang des Geräts wenig vertraut. Hinsichtlich der Begleitumstände bei der fünfstündigen Ordinationsprüfung am 12.7.2011 ist nicht hervorgekommen, dass die Beschwerdeführerin in einem beeinträchtigten Gesundheitszustand war oder nur wegen ihrer damaligen momentanen Verfassung an der Vornahme der zu demonstrierenden Behandlungsroutinen mit den eigenen medizinischen Geräten in ihrer Ordination gehindert gewesen wäre.

Bei einer nachfolgenden, von der Beschwerdeführerin zur Aufhebung der Sperre angeregten Ordinationsprüfung am 9.8.2011 konnte sie die Funktion der Sauerstoffsättigungsanzeige des nunmehr betriebsbereiten Pulsoximeters und des Blutdruckmessgerätes zunächst theoretisch und dann praktisch an einer Versuchsperson (ihrem damaligen anwaltlichen Vertreter) nicht demonstrieren. Über eine halbe Stunde versuchte sie vergeblich, die Funktionen der Sauerstoffsättigungsanzeige des Pulsoximeters und des Blutdruckmessgeräts ohne Patient wie auch mit ihrem Rechtsvertreter als Versuchsperson vorzuzeigen, war jedoch nicht fähig, Grenzwerte einzustellen, ihre eigenen Grenzwerte zu definieren, die Warnfunktion des Gerätes zu deuten und andere Gerätefunktionen abzurufen. Ein sicheres Bedienen, Ablesen und Verwerten der Funktionen des Gerätes wie im normalen Ordinationsbetrieb während Narkosen konnte nicht demonstrativ vorgeführt werden. Bei dieser Ordinationsprüfung waren neben der Beschwerdeführerin und ihrem Rechtsvertreter vier weitere Personen anwesend (die Verhandlungsleiterin, eine Schriftführerin, ein Vertreter der MA 15 und Dr. S.).

Am 19.8.2011 gelang es der Beschwerdeführerin, das Pulsoximeter ordnungsgemäß zu bedienen.

Am 19.3.2013 kam es bei der Demonstration des Pulsoximeters neuerlich zu einer Fehlfunktion bei der Verwendung der Funktion zur Blutdruckmessung. Diese Fehlfunktion konnte zunächst nicht behoben werden. Noch im Verlauf der insgesamt vier Stunden dauernden Ordinationsüberprüfung war die Beschwerdeführerin zu einem späteren

Zeitpunkt in der Lage, das Gerät in Betrieb zu nehmen und die Überwachung von Vitalparametern an einer Person zu demonstrieren.

Am 16.7.2013 konnte die Beschwerdeführerin das Pulsoximeter nicht in Gang setzen. Bei einer Blutdruckmessung gelang es der Beschwerdeführerin in mehreren Anläufen kein einziges Mal, die Blutdruckmanschette so anzulegen, dass diese gehalten hätte. Bei dieser Ordinationsprüfung war die Beschwerdeführerin anfänglich mitunter etwas nervös oder gestresst, weil die Prüfung vor Ort durch eine mehr als zehnköpfige Kommission erfolgte und die Amtshandlung unter regem medialem Interesse stand. Das mediale Geschehen spielte sich außerhalb der Ordination auf der Straße ab und beeinträchtigte die Prüfung nicht. Die Ordinationsprüfung dauerte viereinhalb Stunden von 13:00 Uhr bis 17:30 Uhr. Eine durchgehend beeinträchtigende Nervosität der Beschwerdeführerin, die der Demonstration einfacherer Behandlungsabläufe entgegenstand, wie sie in der Ordination laufend erfolgten und eingeübt sein sollten, konnte nicht festgestellt werden.

Zusammengefasst hatte die Beschwerdeführerin wiederholt große Schwierigkeiten bei der Demonstration eines routinierten Umgangs und einer sicheren Bedienung des ordinationseigenen Pulsoximeters sowie bei der behandlungsorientierten Nutzung der Mess-, Beobachtungs- und Alarmfunktionen des Geräts.

Sie ist nicht in der Lage, mithilfe des Pulsoximeters die Anästhesie jeder ihrer Patientinnen während eines Eingriffs bei einer D&E verlässlich zu überwachen und die Angaben und Werte des Gerätes richtig zu deuten. Die Beschwerdeführerin verwendet daher gewöhnlich überhaupt kein Pulsoximeter, um ihre Patientinnen während einer Anästhesie zu überwachen. Dessen ungeachtet hält die Beschwerdeführerin dieses Gerät für zweckmäßig, um Patientinnen in der Anästhesie ausreichend überwachen zu können.

II.3.2. Absauggerät

Die Beschwerdeführerin war am 12.7.2011 nicht in der Lage, die Funktion eines im Eingriffsraum befindlichen Absauggeräts zu demonstrieren. Sie konnte das Gerät nicht in Gang setzen, keinen negativen Druck (Unterdruck) erzeugen und den Apparat insgesamt nicht bedienen. Damit das Gerät einsatzbereit ist, muss ein Hahn an der Sauerstoffflasche geöffnet werden. Das wusste die Beschwerdeführerin nicht.

Die Beschwerdeführerin hat dieses Gerät in ihrer beruflichen Praxis bei Eingriffen nie verwendet. Sie war der Ansicht, dass es zum Absaugen etwa von Blut bei einem Eingriff diene und es daher gar nicht vorgesehen war, von ihr bedient zu werden, sondern vom die D&E durchführenden Gynäkologen (Verhandlungsprotokoll Seite 8).

Diese Einschätzung zur Verwendung des Geräts ist aber nicht zutreffend. Das Gerät unterstützt nicht den operierenden Gynäkologen und wird auch nicht von ihm bedient, sondern ist ein für den Anästhesisten bestimmtes Instrument. Das Absauggerät bestand aus einer Sauerstoffflasche, die einen Druck erzeugte, der in einen Unterdruck umgewandelt werden konnte, um aus den Atemwegen einer Patientin in Narkose Schleim und unter Umständen auch Partikel abzusaugen, die die Atmung behindern können.

II.3.3. Larynxmaske

Die Beschwerdeführerin hatte bis zur Ordinationsprüfung am 16.7.2013 in ihrer Ordination keine Larynxmaske. Sie konnte mit einer Larynxmaske nicht in medizinisch vertrauter Weise umgehen. In einer Notfallsituation wäre sie auch nicht in der Lage, sie rasch und sicher einzusetzen.

Eine Larynxmaske ist ein Notfallinstrument, das in der Anästhesie zum Offenhalten der Atemwege während einer Narkose verwendet wird. Es ist ein Behelf für den Fall, dass ein Patient aus medizinischen Gründen nicht intubiert werden kann. Dann ermöglicht dieses Instrument eine Beatmung bei den meisten Patienten, sofern keine anatomischen Hindernisse vorliegen.

II.3.4. Rotameter

Am 16.7.2013 wurde die Beschwerdeführerin zur Demonstration der Beatmung eines Patienten im Notfall mithilfe eines Ambubeutels ersucht. Die Beschwerdeführerin drehte das in der Ordination vorhandene Sauerstoffgerät an, konnte jedoch nicht erklären, welchen Informationsgehalt ihr das Rotameter dieser Vorrichtung vermitteln sollte.

Ein Ambubeutel bzw. Beatmungsbeutel ist ein Hilfsmittel zur manuellen Beatmung von Patienten mit Atemstillstand oder insuffizienter Atmung, der mit einer Sauerstoffquelle verbunden werden kann, weil eine Beatmung in Notfällen mit einem möglichst hohen Sauerstoffanteil erfolgen sollte. Ganz generell misst ein Rotameter den Volumenstrom von Flüssigkeiten oder Gasen in Rohrleitungen oder Schläuchen.

II.3.5. Beatmung

Die Beschwerdeführerin war in der Sitzung des Ehrenrates am 9.10.2013 der Ansicht, dass sie aufgrund ihrer 47-jährigen Berufserfahrung auch ohne technische Hilfsmittel rechtzeitig erkennen könne, ab wann eine assistierte Beatmung einer unter Narkose stehenden Patientin indiziert sei. Nähere Angaben dazu, woran sie das bei einer Patientin erkenne, wurden nicht gemacht. Sie bestätigte dies in der Verhandlung beim VGW mit dem Hinweis, dass dies erkennbar sei, dazu habe man Medizin studiert. Wenn die "Atmung schlecht" werde, sei ein Eingreifen erforderlich.

Festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage ist, bei ihren Behandlungen rechtzeitig und zuverlässig zu erkennen, ab wann eine assistierte Beatmung bei einer Patientin unter Vollnarkose indiziert ist.

II.3.6. Narkosegerät

In der Ordination der Beschwerdeführerin war kein Narkose- bzw. Anästhesiegerät im Einsatz. Aus anästhesiologischer Sicht wurde der Vorwurf erhoben, dass die Einrichtung der Ordination für Vollnarkosen in der durchgeführten Art nicht geeignet sei, weil weder ein Anästhesiegerät noch eine andere Einrichtung vorhanden ist, die eine manuelle Atemunterstützung oder maschinelle Atemunterstützung zulässt.

Die Beschwerdeführerin war nicht in der Lage eine medizinisch fundierte Antwort auf die Frage zu geben, ob die Notwendigkeit für die Verwendung eines Narkose- oder Anästhesiegeräts für Narkosen zur Durchführung einer D&E gegeben ist oder nicht. Ihr fehlt das dem Bereich der Anästhesie zuzuordnende medizinische Wissen um zu beurteilen, welche medizinische Geräteausstattung sie heute in ihrer Ordination für die von ihr seit Jahrzehnten praktizierte Tätigkeit benötigt.

II.3.7. Arzneimittel

Die Beschwerdeführerin ist mit der Dosierung und Verabreichung von Propofol sowie mit der Wirkungsdauer von Gewacalm nicht vertraut. Obwohl die Beschwerdeführerin Propofol für die Versetzung von Patientinnen in Narkose und Gewacalm seit vielen Jahren laufend verabreicht, weiß sie über die Dosierung und Wirkungsweise dieser Medikamente auf Befragen nicht Bescheid.

II.4. Patientenbetreuung – Aufklärung und Beratung

II.4.1. Aufklärungs- und Informationsunterlagen

Mit Mängelbehebungsauftrag der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) vom 10.8.2011 und abermals vom 5.6.2013 wurde die Beschwerdeführerin zur Umstellung ihres Prozedere bei der Aufklärung, Beratung und Dokumentation der Behandlung ihrer Patientinnen ersucht, weil die bisherige Praxis im Fall von Komplikationen im Interesse der Beschwerdeführerin selbst und ihrer Patientinnen nicht vollständig bzw. hinreichend genau sei.

Die Beschwerdeführerin hat nach der Ordinationssperre am 16.7.2013 mit E-Mail vom 10.10.2013 an die belangte Behörde die von ihr verwendeten Unterlagen und Informationsdokumente zur Durchsicht übermittelt, um für die Zukunft die Erfüllung der gesetzlichen Dokumentationspflicht zu belegen. Die vorgelegten Unterlagen entsprechen

jenen Formularen, die bereits Anfang 2009 in Verwendung waren, wobei ein Aufklärungs- und Zustimmungsf formular betreffend Narkose neu hinzugekommen ist. Die zur Aufklärung vorgesehene Dokumentation gliedert sich in folgende drei Informationsblätter bestehend aus einem zweiseitigen "Fragebogen", einem zweiseitigen "Merkblatt" sowie einer neuen einseitigen Bestätigung mit dem Titel "Narkoseaufklärung – und Einwilligung". Weitere Unterlagen wurden nicht verwendet und sollen auch künftig nicht hinzukommen.

II.4.2. Fragebogen

Der vorgelegte, bisher verwendete und künftig weiterhin auszufüllende "Fragebogen" ist in drei Bereiche untergliedert. Auf der ersten und dem ersten Viertel der zweiten Seite sind personenbezogene und medizinische Angaben zur Patientin und ihrer Schwangerschaft auszufüllen. Der zweite Abschnitt ist mit "Status localis" überschrieben und enthält weitere vorgegebene Felder für Eintragungen. Unterhalb dieser Formularfelder ist eine Viertelseite Platz für Anmerkungen, der für handschriftliche Notizen zur Dokumentation der verabreichten Medikamente und der Narkose gedacht ist und in ausgefülltem Zustand von der Beschwerdeführerin als "Narkoseprotokoll" bezeichnet wurde.

Das unterste Drittel der zweiten Seite bzw. Rückseite des Fragebogens unterhalb des freigelassenen Bereichs beginnt mit dem Wort "Entlassung:" auf der rechten Blattseite. Unmittelbar darunter im letzten Seitenviertel befindet sich der Vordruck einer mit "Bestätigung" übertitelten Abschlusserklärung mit folgendem Inhalt (Hervorhebung nicht wiedergegeben):

"Im Rahmen der Familienplanung wurde ich über alle Möglichkeiten Schwangerschaftserhaltung beraten.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den Hergang und die möglichen Risiken und Folge eines Schwangerschaftsabbruches umfassend informiert werde.

Trotzdem wünsche ich, dass bei mir ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird.

Meine letzte Regel war am: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ "

II.4.3. Merkblatt

Ein "Merkblatt" erläutert, was nach einem Schwangerschaftsabbruch und bei Krämpfen oder Schmerzen zu beachten ist. Es enthält einen Hinweis auf die häufigste Art der Komplikation, die Infektion, und anhand welcher Symptome sie sich bemerkbar macht. Die Rückseite des Merkblatts hat den Titel "Welche Nebenwirkungen können auftreten ?" und fasst diese in kurzen Absätzen gegliedert in fünf Punkte unter "Blutungen",

"Perforation", "Restgewebe", "Infektion" und "Allergie und Überempfindlichkeit" zusammen.

II.4.4. Narkoseaufklärung und Einwilligung

Schließlich beabsichtigt die Beschwerdeführerin künftig, dass ein neues Formular mit einem in vergleichsweise großen Buchstaben vorformulierten Text mit dem Titel "Narkoseaufklärung – und Einwilligung" mit folgendem Inhalt zur Unterschrift durch die Patientin gelangen soll (die Fußzeile enthält den Vermerk "Version vom 10.06.2013 Seite 1 von 1"):

"Aufklärung:

Die Patientin wurde eingehend über die Narkosemaßnahme aufgeklärt. Sämtliche Risiken und mögliche Komplikationen wurden dargestellt.

Eventuelle Allergien und Befunde zur Patientenvorgeschichte wurden besprochen und abgeklärt – Details siehe Merkblatt Seite 1 - 2)

Einwilligung:

Die Patientin erklärt hiermit ausdrücklich über die Narkose sowie den möglichen Risiken ausreichend informiert worden zu sein. Die Patientin hat wahrheitsgemäß über Ihre medizinische Vorgeschichte (Allergien, etc.) Auskunft erteilt.

Mit Ihrer Unterschrift gibt die Patientin Ihre Einwilligung zur (Kurz-)Narkose.

Unterschrift:

(Blockschrift):"

Eine kurze inhaltliche Wiedergabe der im Text erwähnten Aufklärung und Darstellung über "[s]ämtliche Risiken und mögliche Komplikationen" enthält diese vorformulierte Einwilligungserklärung nicht.

II.4.5. Aufklärung über die Methoden einer Schwangerschaftsbeendigung

Die Beschwerdeführerin klärte ihre Patientinnen über die in Betracht kommenden Methoden für einen Schwangerschaftsabbruch systematisch nicht auf.

Insbesondere wurden Patientinnen über jene Arten der Abtreibung nicht informiert, die in der Ordination nicht angeboten wurden. So erfolgte keine Belehrung über die Möglichkeiten einer Lokalanästhesie. Die medizinischen, körperlichen und allenfalls psychischen Aspekte einer Aspiration oder eines medikamentös induzierten Abbruchs (etwa mit dem Medikament Mifegyne) im Vergleich zur allein angebotenen D&E wurden nicht besprochen. Die allgemeinen und konkreten Eigenheiten jeder Methode, die jeweiligen medizinischen Vor- und Nachteile, Risiken und Nebenwirkungen sowie die persönliche Einstellung der Frau zur jeweiligen Eingriffsart nach einer verständlichen Darstellung der Eingriffsmethode und ihrer Risiken wurden zwischen der Beschwerdeführerin als primär konsultierter Ärztin und der Patientin nicht erörtert. Eine

schriftliche Übersicht über die jeweiligen Abtreibungsmethoden mit den oben erwähnten Informationen hatte die Beschwerdeführerin weder in Deutsch noch in einer anderen Sprache vorbereitet und daher auch nicht an Patientinnen ausgegeben.

Es konnte nicht festgestellt werden, dass die Frauen in die Ordination der Beschwerdeführerin kamen, nachdem sie sich bereits über die Arten einer Schwangerschaftsbeendigung ärztlich umfassend informiert und sich vorweg für die von der Beschwerdeführerin ausschließlich angebotene Methode des Abbruchs durch D&E entschieden hatten.

Im Rahmen der arbeitsteiligen Zusammenarbeit (vgl. dazu weiter unten unter Punkt II.6) war der als Operateur beigezogene Facharzt bei der Aufklärung und Beratung der Patientinnen nicht anwesend. Ein kurzes fachärztliches Gespräch zwischen Patientin und ihm konnte allenfalls bei der Untersuchung und beim Ultraschall unmittelbar vor Verabreichung der Anästhesie und vor der Durchführung des Eingriffs erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt kam sinnvollerweise keine allgemeine Aufklärung über Behandlungsmethoden und Behandlungsrisiken durch den operierenden Gynäkologen in Betracht, sondern allenfalls eine Erörterung der letzten Kontrollen und Schritte vor dem zur Verfügung stehenden Eingriff mittels D&E. In der Regel hatten die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt Medikamente in Vorbereitung auf die Durchführung des Abbruchs eingenommen, sodass eine ungetrübte Besprechung mit dem Operateur so knapp vor dem Eingriff für die Patientin keine relevante Entscheidungsgrundlage mehr bilden konnte. Allerdings war dies in diesem Stadium auch nicht bezweckt oder angedacht, weil die Aufklärung von Patientinnen nicht die Aufgabe des Konsiliararztes unmittelbar vor dem Eingriff sondern der Beschwerdeführerin zugewiesen war.

Die Beschwerdeführerin hat über die Risiken einer Anästhesie, konkret jener einer Vollnarkose auch in Gegenüberstellung zu einer von ihr nicht angebotenen Lokalanästhesie, nicht aufgeklärt.

II.4.6. Aufklärung über den operierenden Konsiliararzt

In der überwiegenden Zahl der Fälle erwähnte die Beschwerdeführerin gegenüber einer Patientin mündlich, dass der Eingriff nicht von ihr sondern von einer anderen Person durchgeführt wird. Schriftlich wurde das weder dokumentiert noch durch eine Unterschrift der Patientin genehmigt. Eine Auswahlmöglichkeit des Operateurs wurde den Patientinnen nicht eingeräumt, zumal einige Eingriffe bereits am Tag der Aufklärung erfolgten. Eine ausdrückliche patientenseitige Zustimmung oder Ermächtigung an die Beschwerdeführerin, einen (geeigneten) Konsiliararzt für die Operation selbständig auszuwählen, wurde nicht erteilt.

Die Patientinnen begegneten dem Operateur in der Regel das erste Mal unmittelbar vor dem Eingriff. Die Beschwerdeführerin notierte weder Namen noch Kontaktdaten des Operateurs in einer für die Patientin nachvollziehbaren Weise in den auszufüllenden Unterlagen. Obwohl die Aufklärung und der Eingriff in der überwiegenden Zahl der Fälle jeweils am selben Tag unmittelbar hintereinander stattfanden und der für den Eingriff beigezogene Konsiliararzt daher zu diesem Zeitpunkt bereits feststand, wurde seine Person für die Patientin nicht schriftlich dokumentiert. Auf dem verwendeten und künftig zu verwendenden Fragebogen oder dem bei der Patientin nach der Operation verbleibenden Merkblatt war kein Feld zur Eintragung solcher Angaben vorgesehen. Dieses Vorgehen war darauf zurückzuführen, dass die beigezogenen Konsiliarärzte ihre namentliche Erwähnung vermeiden wollten.

Die Beschwerdeführerin informierte ihre Patientinnen nicht über den Eindruck, den sie sich in der teilweise langjährigen Zusammenarbeit von dem jeweiligen Konsiliararzt gemacht hatte und inwieweit auf seine Zuverlässigkeit und Fähigkeiten als Operateur Verlass war. Eine dahingehende Evidenz führte die Beschwerdeführerin nicht.

II.4.7. Aufklärung und Beratung bei fremdsprachigen Patientinnen

Die Beschwerdeführerin betreute Patientinnen mit keinen oder nur mangelhaften Deutschkenntnissen. Formulare in Fremdsprachen, insbesondere der oben erwähnte Fragebogen und das Merkblatt zur Aufklärung von Patientinnen, waren jedoch nicht vorhanden, obwohl die Beschwerdeführerin auf ihrer Internetseite dafür warb, dass sie einen internationalen Kreis an Patientinnen habe.

Die Beratung und Aufklärung fremdsprachiger Personen, die keine Kenntnisse der deutschen oder rumänischen Sprache hatten, erfolgte im Rahmen der faktisch gegebenen sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten und daher allenfalls nur sehr rudimentär. Fallweise erfolgte die Kommunikation mithilfe einer Übersetzung durch allenfalls anwesende Begleitpersonen der Patientinnen. Für englischsprachige Besprechungen zog die Beschwerdeführerin gelegentlich ihre Tochter bei, wobei ihre Kenntnisse der englischen Sprache nicht festgestellt werden konnten.

Es konnte nicht festgestellt werden, dass für den Regelfall sichergestellt war, dass ein Modus für ausreichende Verständigungsmöglichkeiten gefunden und die Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin den zu vermittelnden Inhalten angemessenen war, wenn eine Verständigung auf Deutsch oder Rumänisch nicht in Betracht kam, was bei einer großen, möglicherweise sogar der überwiegenden Anzahl der Patientinnen zutraf.

Eine Zusammenarbeit mit Dolmetschern spiegelbildlich zur Zusammenarbeit mit den beigezogenen Konsiliarärzten war nicht eingerichtet. Eine schriftliche Informationsgrundlage in einer der jeweiligen Patientin verständlichen Sprache gab es nicht. Weder der "Fragebogen" noch das "Merkblatt" lagen in rumänischer Sprache vor, die die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Herkunft beherrschte.

II.4.8. Dokumentation über Aufklärung und Verzichtserklärungen

Der konkrete Inhalt, genauere Zeitpunkt und der aus Patientensicht jeweils unterschiedlich benötigte oder gewünschte Umfang einer Aufklärung und Beratung wurde schriftlich nicht erfasst und nicht dokumentiert. Verzichtserklärungen im Fall nicht gewünschter Beratung wurden ebenfalls nicht eingeholt.

II.5. Patientenbetreuung – Behandlung

II.5.1. Behandlungsspektrum

In der Ordination der Beschwerdeführerin wurden seit dem Jahr 1975 medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Bei regulärem Ordinationsbetrieb lag die Anzahl der durchgeführten Abtreibungen im Jahresdurchschnitt in einem Bereich von etwa 1.100 Eingriffen. Zumeist waren die Eingriffe auf zwei bis drei Tage pro Woche geblockt und wurden – auch auf Wunsch von Patientinnen – auch an Samstagen durchgeführt. An einem Eingriffstag wurden somit mehrere Eingriffe durchgeführt, die genaue Anzahl war nicht feststellbar, dürfte aber überschlagsmäßig bei etwa 7 bis 10 Eingriffen gelegen haben.

In der Vergangenheit wurden in der Ordination der Beschwerdeführerin mehrere "zig-tausend" D&E vorgenommen. Die Abbrüche wurden in arbeitsteiliger Zusammenarbeit mit zahlreichen Konsiliarärzten vorgenommen, die sich zu diesem Zweck in die Ordination der Beschwerdeführerin begaben.

Für die Durchführung der chirurgischen Eingriffe verfügte die Ordination über einen Eingriffsraum, in dem sich zwei gynäkologische Liegen befanden. Auf einer Liege wurde jeweils der Eingriff durchgeführt, die andere konnte bereits für den nächsten Eingriff gereinigt und vorbereitet werden, damit die terminlich geblockten Behandlungen möglichst rasch hintereinander ohne Verzögerung erfolgen konnten.

Weiters gab es in der Ordination einen sogenannten Ruheraum (teilweise auch als Aufwachraum bezeichnet), in dem sich sieben Betten befanden, die durch Paravents als Sichtschutz voneinander getrennt waren. Dieser Raum war für die weitere Erholung der Patientinnen nach dem Eingriff vorgesehen, nachdem sie aus der Narkose aufgewacht

und selbständig oder mit Unterstützung aus dem Eingriffsraum dorthin hinüberwechseln konnten.

II.5.2. Behandlungstätigkeit

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung von Patientinnen durch die Beschwerdeführerin stand die Vorbereitung, die Unterstützung der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen insbesondere bei der Anästhesie sowie eine allfällige Nachbetreuung und Nachuntersuchung im Vordergrund, wobei der mittels D&E vorgenommene Eingriff ausschließlich durch beigezogene Konsiliarärzte erfolgte.

In Abgrenzung zur Durchführung des konkreten Eingriffs durch den operierenden Konsiliararzt wurden von der Beschwerdeführerin folgende Aufgaben übernommen und folgende medizinische und organisatorische Tätigkeiten besorgt: Sie vereinbarte Termine und kontaktierte einen verfügbaren Konsiliararzt für die D&E. Sie war dann für die "Erstaufnahme" sowie die Beratung und Aufklärung der Patientinnen und die Erhebung der Anamnese zuständig. Es folgte die unmittelbare Vorbereitung auf den Eingriff durch die Beschwerdeführerin. Dabei erhielten die Frauen beruhigende bzw. muskelentspannende Medikamente, in der Regel Gewacalm. Für die Vollnarkose verabreichte die Beschwerdeführerin Propofol. Während des Eingriffs war die Beschwerdeführerin für die Anästhesie verantwortlich. Es kam vor, dass ein Eingriff länger als angenommen oder üblich dauerte. Dann war die Beschwerdeführerin nach Entscheidung und über Aufforderung des Operateurs dafür zuständig, die Narkose zu verlängern. Während der gesamten Dauer der Narkose oblag ihr das Monitoring der Patientin. Sie traf auch die Aufgabe der Überwachung von Patientinnen in der Aufwachphase nach einem Eingriff. Hinzu kam die laufende Aufsicht über jene Patientinnen, die den Eingriff hinter sich hatten, bereits aufgewacht waren und sich zur Erholung im Ruheraum aufhielten. Schließlich machte die Beschwerdeführerin die Abschlussuntersuchung einer Patientin, bevor diese aus der Ordination entlassen wurde.

Charakteristisch für den von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit war, dass sie die Aufsicht über mehrere Patientinnen hatte, die sich teilweise während des Eingriffs in Narkose befanden, oder die den Eingriff gerade hinter sich hatten und in der Aufwachphase waren, oder die sich zur Erholung im Ruheraum befanden und schließlich jene Patientinnen, die gerade aus der Ordination entlassen werden sollten. Sie prüfte und überzeugte sich davon, dass Patientinnen vollkommen bei Bewusstsein waren, dass die Spontanatmung funktionierte und dass sie sich in einem zufriedenstellenden schmerzfreien Zustand befanden. Diese Prüfung erfolgte gewöhnlich dann, wenn die Patientin aus dem Operationsaal wechselte, und ein zweites Mal dann, wenn die Patientin die Ordination verließ.

Ein komplikationsfreier Eingriff konnte mitunter in weniger als zehn Minuten abgeschlossen sein, wobei eine Dauer der D&E von zwanzig bis dreißig Minuten ebenfalls vorgekommen ist.

In einer nicht näher feststellbaren Anzahl von Fällen kam es vor, dass Patientinnen in den diversen Behandlungsstadien (wie oben näher aufgeschlüsselt) während zumindest mehrminütigen Zeiträumen komplett unbeaufsichtigt waren, weil die Beschwerdeführerin gerade mit einer anderen Patientin beschäftigt war. Dies betraf auch Patientinnen, die sich in Vollnarkose befanden.

II.5.3. Konkrete Behandlungsfälle

Ausgehend von der generellen Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen der Beschwerdeführerin und dem rein mit der D&E befassten Konsiliararzt hat die Beschwerdeführerin am 9.7.2013 eine Patientin untersucht, um ihre Entlassung aus der Ordination nach einer D&E zu bestätigen, während ein laufender Eingriff bei einer anderen Patientin in Gang war, bei dem die gerade operierte Patientin in Narkose lag. Dabei wurde bei der operierten Patientin ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt, der etwa gegen 10:21 Uhr begann (Ultraschallbild mit erkennbarer Schwangerschaft) und ca. um 10:42 Uhr dem Ende zuging (Ultraschallbild "postop"). Bei dieser Patientin war handschriftlich und gut leserlich bei "Entlassung:" auf dem Fragebogen die Uhrzeit 12:40 Uhr samt zweier weiterer Angaben (eine davon "RR: 105/68 ...") notiert. Die Uhrzeitangabe war zusätzlich eingekreist. Die Ultraschallbilder einer anderen Patientin an diesem Tag wiesen die Uhrzeit 12:17 Uhr und "postop" 12:35 Uhr aus. Der vorgenannte Entlassungszeitpunkt der erstgenannten Patientin um 12:40 Uhr und das – noch in Vollnarkose erstellte – Ultraschallbild der zweiten Patientin gegen Ende ihrer – anhand der Ultraschallbilder berechneten achtzehnminütigen – Operation um 12:35 Uhr lagen also nur fünf Minuten auseinander. Die Beschwerdeführerin führte somit eine Kontrolluntersuchung an der ersten Patientin durch und hielt dann das Ende des Zeitpunkts dieser Untersuchung sowie der Entlassung mit 12:40 Uhr fest. Während dessen befand sich die zweite Patientin in Narkose, bei der der Operateur mittels Ultraschall die abschließende Kontrolle über die Vollständigkeit der D&E machte. Diese Kontrolle hatte deshalb während der anhaltenden Narkose der Patientin zu erfolgen, weil der Eingriff unter Umständen hätte verlängert werden müssen, um erst im Ultraschall erkennbares, noch verbliebenes Gewebe zu entfernen. Da es physisch nicht möglich ist, dass sich die Beschwerdeführerin bei dieser Tätigkeit und zu diesem Zeitpunkt (konkret zwischen 12:35 Uhr und 12:40 Uhr) mit der von ihr selbst als zu ihren Aufgaben gehörig dargestellten Aufmerksamkeit beiden Patientinnen in unterschiedlichen Räumen hätte widmen können, ist festzustellen, dass die zweite Patientin während zumindest fünf Minuten anästhetisch unbeaufsichtigt war.

Bei einer D&E am 11.6.2013, fünf Wochen vor der Sperre der Ordination am 16.7.2013, kam es bei einer Patientin zu einer Komplikation. Die Patientin hatte zwei Kinder und vor sechs Jahren eine Abtreibung in Rumänien durchführen lassen. Beim beigezogenen Konsiliararzt war es zuvor am 13.8.2012 und am 31.8.2012 bei zwei anderen von ihm operierten Patientinnen zu derselben Komplikation gekommen, was der Beschwerdeführerin bekannt war. Der Eingriff erfolgte knapp vor 14:00 Uhr, wobei Ultraschallbilder von 13:50 Uhr und 13:58 Uhr angefertigt wurden. Die Beschwerdeführerin erkannte in der Folge den Notfall und auch, dass der Verdacht auf eine Perforation der Gebärmutter bei diesem Eingriff bestand. Die Patientin hatte nach der Komplikation Panikattacken. Um etwa 15:00 Uhr verständigte die Beschwerdeführerin den Konsiliararzt, dass bei der Patientin Beschwerden bestünden. Er kehrte daraufhin zu einem nicht bekannten Zeitpunkt in die Ordination zurück. Um 18:15 Uhr wurde der Freund der Patientin verständigt und kam ebenfalls in die Ordination. Gegen 19:00 Uhr wurde entschieden, die Patientin ins ... Krankenhaus zu bringen, wo sie um 21:30 Uhr aufgenommen wurde. Trotz starker Unterbauchschmerzen und innerer Blutungen erfolgte der Transport ins Krankenhaus nicht mit der Rettung, sondern mit dem privaten Fahrzeug der Beschwerdeführerin. Im ... Krankenhaus wurde die Patientin noch in derselben Nacht notoperiert. Die Beschwerdeführerin hat angegeben, der Grund für das Zuwarten mit der Überstellung ins Krankenhaus sei gewesen, dass die Patientin keine Krankenversicherung und kein Geld gehabt und deshalb einen Transport mit der Rettung abgelehnt hätte, sodass ihr Transport mit dem Fahrzeug der Beschwerdeführerin durchgeführt wurde. Der wahre Grund für das Zuwarten war allerdings, dass die Beschwerdeführerin Aufsehen vermeiden wollte und gehofft hatte, die Komplikation in den Griff zu bekommen. Aus diesem Grund erfolgte der Transport nicht mit der Rettung, sondern mit ihrem privaten Auto, damit neuerliches Aufsehen durch einen weiteren Rettungseinsatz bei ihrer Ordination vermieden würde. Durch das lange Zuwarten und den Transport in einem Privat-PKW anstatt einem für Notfälle medizinisch ausgestatteten Rettungswagen kam es zu einer vermeidbaren Verlängerung der Leiden der Patientin. Weiters führte dies zu einer Risikoerhöhung hinsichtlich unmittelbarer Verletzungsfolgen der Patientin, anschließender Behandlungsmaßnahmen und des Verlaufs ihrer Genesung.

II.6. Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten

II.6.1. Umfang der Zusammenarbeit

Die Beschwerdeführerin arbeitete mit einer Vielzahl von Ärzten zusammen. In den letzten drei Jahren vor ihrer Streichung aus der Ärzteliste zog sie für D&E etwa zehn Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als Konsiliarärzte bei. Diese führten in unterschiedlicher Häufigkeit und Regelmäßigkeit (einige mehrmals die Woche, andere

seltener) in der Ordination der Beschwerdeführerin Schwangerschaftsunterbrechungen durch. Die genaue Ärztezahl, der Zeitpunkt bzw. Zeitrahmen ihrer Tätigkeit und die Häufigkeit der von ihnen durchgeführten Eingriffe in der Ordination der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit ließen sich nicht genauer feststellen. Die arbeitsteilige Beiziehung von Konsiliarärzten, die den Eingriff durchführten, erfolgte je nach deren Verfügbarkeit nach kurzfristiger telefonischer Vereinbarung. Wegen anderer beruflicher Verpflichtungen der beigezogenen Ärzte wurden Eingriffe terminlich zusammengefasst und geblockt an bestimmten Tagen einer Woche durchgeführt. Bei tatsächlicher Durchführung einer D&E bezahlte ihnen die Beschwerdeführerin etwa ein Drittel ihres an die Patientin verrechneten Honorars (ca. 100 Euro).

Die beigezogenen Konsiliarärzte hatten häufig ebenfalls eine eigene Ordination in Wien oder Umgebung, manche waren ehemalige Fach- bzw. Oberärzte in Krankenhäusern und einige hatten im Lauf dieser länger bestehenden Zusammenarbeit in den Ruhestand gewechselt, wurden aber weiterhin in der Ordination der Beschwerdeführerin tätig. Nach Möglichkeit wollte keiner mit dieser Tätigkeit namentlich in Verbindung gebracht werden, weil ihnen die Durchführung von Abtreibungen gesellschaftlich wenig bis gar nicht akzeptiert schien.

II.6.2. Dokumentation der Zusammenarbeit

Die Letztfassung der von der Beschwerdeführerin überarbeiteten Dokumentation enthielt keine klare Darstellung oder Hinweise auf die Rollenverteilung der zusammenwirkenden Ärzte bei der arbeitsteiligen Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, etwa dass sich die Tätigkeit der Beschwerdeführerin auf die prä- und postoperative Betreuung und die Anästhesie beschränkte und nicht sie, sondern ein hinzugezogener Arzt die Abtreibung mittels D&E durchführte. Auch in der neu erstellten "Narkoseaufklärung – und Einwilligung" (vgl. Punkt II.4.4) waren dazu keine Erklärungen vorgesehen.

Es war kein ausfüllbares Formularfeld für den schriftlichen Vermerk des Namens des Operators in den von der Beschwerdeführerin verwendeten und auch künftig zur Verwendung geplanten Unterlagen vorgesehen, etwa ein Vordruck für seinen Stempel mit Angaben zu Name und Kontaktmöglichkeit. Kontaktdaten des Konsiliararztes wurden und sollten für die Patientin weder bei der Aufklärung (vgl. dazu Punkt II.4.6) noch bei der Entlassung etwa auf dem zur Mitnahme bestimmten Merkblatt schriftlich notiert oder ersichtlich gemacht werden.

Im Abschnitt über die Dokumentation des Eingriffs im freien Bereich des Fragebogens (der als "Narkoseprotokoll" bezeichnete Bereich) wurde der beigezogene Konsiliararzt, der die D&E durchführte, nicht namentlich genannt. Auf den Ausdrucken der Ultraschallbilder (vor und nach dem Eingriff) wird der Name der Patientin direkt im

Ultraschallbild maschinenschriftlich eingeblendet, das Feld für den Arzt war immer unausgefüllt und leer. Gelegentlich findet sich in der Dokumentation eine schwer erkennbare Paraphe, die jedoch nur dann erkennbar war, wenn der Schriftzug des Arztes aus anderer im Akt einliegender Korrespondenz bereits bekannt war. Auch dies erlaubte aber keine eindeutige oder verlässliche Zuordnung. Allenfalls ließ die Handschrift vage Rückschlüsse auf den beigezogenen Arzt zu. Die Beschwerdeführerin konnte anhand der – insbesondere von ihr selbst vorgelegten – Patientengeschichten und der zugehörigen konkreten Eingriffsprotokollierung den Konsiliararzt nicht identifizieren. Nur in einem Fall war sie in der Lage, den Namen eines Arztes zu nennen, was jedoch daran lag, dass es sich um eine knapp vor der Ordinationsschließung ereignete schwere Komplikation gehandelt hat, die ihr in Erinnerung geblieben war. Ohne Kontaktaufnahme mit der Beschwerdeführerin kann der Konsiliararzt nicht ermittelt werden. Es ist daher festzuhalten, dass im Regelfall der beigezogene Operateur im Nachhinein nicht mehr verlässlich eruierbar war.

Eine Übermittlung allfälliger Berichte der Konsiliarärzte über den Eingriffsverlauf an die Beschwerdeführerin zur Dokumentation und Archivierung erfolgte nicht. Entsprechende Bemerkungen vermerkten die Konsiliarärzte handschriftlich im freien Bereich des Fragebogens nach dem Eingriff.

II.6.3. Regelungen betreffend Komplikationsmanagement

Vorgaben für ein Verhalten im Komplikationsfall und die dadurch ausgelösten Pflichten eines Konsiliararztes wurden auch nach mehreren Komplikationen nicht überdacht und zum besseren Verständnis in schriftliche Vereinbarungen gegossen.

Die Beschwerdeführerin hielt an der eingelebten Übung und bisherigen Praxis der bestehenden arbeitsteiligen Zusammenarbeit mit nicht dokumentierter umfassender Beiziehung ihrer Konsiliarärzte auch nach mehreren Komplikationen unverändert fest. Die Identität des Arztes wurde weiterhin nicht notiert und auch die zuletzt vorgelegten Unterlagen trugen diesem Umstand keine Rechnung, weil keine entsprechenden Rubriken in den Formularen vorgesehen wurden.

Ungeachtet dessen verwies die Beschwerdeführerin in nahezu allen schriftlichen Eingaben und mündlichen Vorbringen im Zusammenhang mit Komplikationen darauf, dass nicht sie, sondern der den Eingriff durchführende Konsiliararzt den ungünstigen Verlauf verursacht und zu verantworten habe. Eine Bereitschaft zur Aufgaben- und Verantwortungsübernahme im Bereich "Komplikationsmanagement" fehlte bei der Beschwerdeführerin zur Gänze.

II.7. Dokumentation der medizinischen Behandlung

II.7.1. Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der Anästhesie

Die Aufzeichnungen der Beschwerdeführerin über den Verlauf der von ihr überwachten Anästhesie erfolgten durch ihre handschriftlichen Eintragungen im dafür vorgesehenen freien Raum auf der Rückseite des ausgefüllten Fragebogens. Dieser freie Bereich begann mit dem ersten auszufüllenden Feld "Narkose-Analgesie", wobei dann eine Viertelseite für handschriftliche Eintragungen leergehalten war. Nach unten war der freie Bereich vom rechts angeordneten Wort "Entlassung:" begrenzt (vgl. dazu oben unter Punkt II.4.2).

Dieser freie Bereich auf dem Fragebogen wurde von der Beschwerdeführerin als "Narkoseprotokoll" bezeichnet. Dort wurden untereinander die verabreichten Medikamente summarisch festgehalten (häufig zu finden war "0,0005 Atropin", "1 A Gewacalm", "15ml" oder "20ml Propofol"), nicht jedoch in einem Zeitraster oder unter Angabe des Zeitpunkts der Verabreichung. Zeitangaben über die einmalige oder sukzessive Verabreichung von Medikamenten wurden generell nicht vermerkt, sodass diese aus der Protokollierung nicht ersichtlich waren. Das Narkosemedikament war mit "Propofol" unter Angabe der Milliliter notiert. Pro Patientin wurde eine Ampulle teilweise oder vollständig verbraucht, deren Inhalt bei vollständiger Verabreichung den notierten 20ml entsprach, wobei rückblickend nicht ersichtlich war, ob sich die Milliliter auf die Größe der Ampulle oder den verabreichten Inhalt bezogen und ob diese Menge auf einmal oder sukzessive verabreicht wurde. Die Konzentration dieses Wirkstoffs im verwendeten Präparat wurde nicht vermerkt.

Auch die Protokollierung der Art und des Umfangs der verabreichten Medikamente ist anhand der handschriftlichen Aufzeichnungen oft gar nicht oder nur mit Mühe erkennbar, weil die Handschrift der Beschwerdeführerin nicht immer lesbar ist, Ausbesserungen häufig die Lesbarkeit beeinträchtigen oder verhindern und die Dokumentation so erfolgte, dass nachträgliche Änderungen und Einfügungen jederzeit möglich waren, ohne dass dies sichtbar wäre.

Die genaue Dauer der Narkose und der Operation waren aus der Dokumentation nicht erkennbar. Eine zeitliche Eingrenzung war allenfalls aus der Uhrzeit des gemachten Ultraschallbilds vor und nach dem Eingriff ableitbar. Das nach dem Eingriff zur Kontrolle erstellte Ultraschallbild wurde in der Regel noch während der Narkose der Patientin, also unmittelbar am Ende des Eingriffs, erstellt, um eine vollständige Durchführung der D&E ohne zurückbleibende Gewebereste zu kontrollieren. Diese Zusatzinformation ging jedoch aus der Dokumentation selbst nicht hervor. Der Aufwachzeitpunkt der Patientin wurde nicht vermerkt. Wenn bei einem problematischen Eingriff kein abschließender Ultraschall

(mehr) möglich war, konnte die Dauer des Operationsverlaufs und seine Beendigung nicht errechnet werden.

Auch bei Vorliegen von Ultraschallbildern jeweils vor und nach dem Eingriff war die Ermittlung der Dauer des Eingriffs nicht sichergestellt. Beispielsweise trägt beim Eingriff vom 30.5.2011 das Ultraschallbild vor dem Eingriff die Urzeit 11:26 Uhr, die beiden nach dem Eingriff "postop" erstellten Ausdrücke aus dem Ultraschall 13:18 Uhr bzw. 13:19 Uhr. Ein fast zweistündiger Eingriff wurde jedoch nicht vorgenommen.

Das Datum eines Eingriffs wurde im Narkoseprotokoll nicht immer vermerkt. Zumeist wurde der Tag des Eingriffs von der Beschwerdeführerin zu der von der Patientin unterschriebenen Zustimmung zum Schwangerschaftsabbruch – mitunter auch erst nachträglich mehrere Tage nach der patientenseitigen Unterzeichnung – hinzugefügt.

Vitalparameter der Patientin während des Eingriffs wurden nicht in jedem Fall protokolliert.

Insgesamt erfolgte die Protokollierung lückenhaft, unvollständig, auch erst nachträglich, aber nicht von Anfang an systematisch und strukturiert mit Sorgfalt und nach vordefinierten Regeln.

II.7.2. Dokumentation des operativen Eingriffs

Der Name des Konsiliararztes wurde in der Dokumentation nicht vermerkt (vgl. bereits Punkt II.6.2).

Berichte über den operativen Eingriff und den Ablauf der D&E existieren in der Dokumentation der Beschwerdeführerin nur in Form handschriftlicher Anmerkungen und Abkürzungen auf dem Fragebogen im Bereich unterhalb der Überschrift "Status localis" und teilweise im freien Bereich darunter. Die von der Beschwerdeführerin als "2 typische Beispiele von Narkoseprotokollen" übermittelten Rückseiten des Fragebogens enthalten zum chirurgischen Eingriffsverlauf keine Informationen. Andere Unterlagen waren nicht verfügbar.

Bei Komplikationen erfolgte keine Erstellung einer detaillierteren Zusammenfassung des Operationsverlaufs mit einer genaueren Beschreibung des Zeitpunkts (der Erkennung) des Komplikationseintritts und der sodann gesetzten Schritte. Der operierende Konsiliararzt erstellte in solchen Fällen ebenfalls keinen (getippten) Bericht für die Dokumentation und Krankengeschichte bzw. den Patientenakt der Beschwerdeführerin. Die aus chirurgischer Sicht wesentlichen Aspekte des Verlaufs des Eingriffs wurden auch in Problemfällen nicht näher dokumentiert.

II.7.3. Zugriff auf frühere Patientengeschichten

Eine Vorlage vergangener Patientengeschichten war teilweise gar nicht und teilweise nicht in vertretbarer Zeit möglich. Die Patientendaten samt medizinisch relevanter Dokumentation wurden nicht automationsunterstützt geführt. Die physisch geführte Patientenkartei war nicht alphabetisch sortiert, sodass sich das Auffinden weiter zurückliegender Patientenunterlagen zeitaufwändig und unsicher gestaltete und auch misslang. Der zur Archivierung verwendete Sortierschlüssel war das Eingriffs- oder Erstuntersuchungsdatum.

Die Beschwerdeführerin erstellte die Dokumentation überwiegend handschriftlich. Sie war mitunter schwer oder gar nicht lesbar. Die Unterlagen bestanden aus Belegen, Rechnungen, Notizzetteln mit zahlreichen handschriftlich angebrachten Vermerken mit und ohne Datums- und Uhrzeitangaben. Änderungen und nachträgliche Eintragungen bzw. Ergänzungen waren nicht unterscheidbar, wiesen keine Chronologie auf und gingen aus dem Aufbau und Erscheinungsbild der urkundlichen Dokumentation nicht hervor. Teilweise wurden etwas bizarr anmutende Abbildungen verwendet (Storcbilder ohne Wickeltuch mit Kind im Schnabel).

Auf das Fehlen von Dokumentationsunterlagen zu Patientinnen wurde die Beschwerdeführerin bei der Ordinationsprüfung am 12.7.2011 und am 16.7.2013 hingewiesen.

II.7.4. Dokumentation von Komplikationsfällen

Die Aufforderung der belangten Behörde zur Vorlage der Unterlagen zu Komplikationsfällen erfolgte am 2.7.2013 und erreichte am 4.7.2013 den anwaltlichen Vertreter der Beschwerdeführerin. Nach Gewährung einer Fristerstreckung war sie erst am 30.7.2013 in der Lage, Dokumente an die belangte Behörde zu übermitteln, die sich auf die Kopie einer einzigen Seite über die Überstellung an ein Krankenhaus aufgrund eines eingetretenen Notfalls beschränkten, deren Herkunft sie sich in der Verhandlung beim VGW anfänglich selbst nicht erklären konnte. Krankengeschichten zu Komplikationsfällen – in der von der Beschwerdeführerin geführten, oben bereits beschriebenen Form – hat sie nicht vorgelegt, obwohl sie selbst in diesem Verfahren mehrmals gefordert hatte, jeden Fall genau daraufhin zu prüfen, dass die Komplikationen vom Konsiliararzt und nicht von ihr verursacht worden waren.

In folgenden zwölf Fällen erfolgte die Zuweisung einer Patientin in ein Krankenhaus nach einer Abtreibung in der Ordination der Beschwerdeführerin: vier Komplikationen im Jahr 2010, fünf im Jahr 2011, zwei im August 2012 und eine am 11.6.2013. Die

Beschwerdeführerin hat zu den einzelnen Fällen aus ihren Unterlagen die folgende Diagnose für die Überstellung ins Krankenhaus angegeben:

- "– 03.02.2010: Hypertonie (akute Kopfschmerzen 220/150)
- 31.03.2010: Verdacht auf Perforation nach versuchter Interruptio, vorgenommen durch Konsiliararzt
- 20.05.2010: Verdacht auf akuten Appendix
- 10.08.2010: Bluthochdruckkrise, Kopfschmerzen
- 08.04.2011: Abortus
- 16.07.2011: fragliche zervikale Gravidität
- 17.10.2011: Verdacht auf akuten Appendix
- 08.11.2011: Verdacht auf Adnexitis Sinistra
- 22.11.2011: Schmerzen nach Interruptio, vorgenommen durch Konsiliararzt
- 13.08.2012: Verdacht auf Perforation nach Interruptio, vorgenommen durch Konsiliararzt
- 31.08.2012: Verdacht auf Perforation nach Interruptio, vorgenommen durch Konsiliararzt
- 11.06.2013: Verdacht auf Perforation nach Interruptio, vorgenommen durch Konsiliararzt"

Die Beschwerdeführerin legte zu allen Fällen als "anonymisierten Auszug aus der jeweils betroffenen Patienten-Dokumentation" nur die bereits erwähnte einseitige Kopie eines handschriftlich ausgefüllten formularartig gestalteten Belegs mit ihrer Unterschrift und ärztlichem Stempel über die Zuweisung an ein Wiener Krankenhaus aufgrund der eingetretenen Komplikation vor. Weitere Unterlagen wurden nicht zur Verfügung gestellt. Die Handschrift auf diesen Belegen bzw. Bestätigungen über die Zuweisung an ein Krankenhaus ist nicht immer vollständig leserlich. Sie weisen einen Vordruck zum Ausfüllen des aktuellen Datums in der rechten oberen Ecke sowie unmittelbar darunter auf der linken Seite das adressierte Krankenhaus aus. Weitere zu ergänzende Felder betreffen Details zur jeweiligen Patientin wie Name, Familienstand, Krankenkasse, Wohnort, Staatsbürgerschaft und Geburtsdatum. Darunter sind ein Datumsfeld mit dem Vordrucktext "ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung" und ein Feld "Diagnose" sowie "Anmerkungen:" zur Ergänzung vorgesehen, wobei die letzten beiden Felder noch schwerer lesbare, verstreute handschriftliche Anmerkungen enthalten.

In den oben genannten Fällen stimmt das aktuelle Datum und das Datum im Feld "ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung" mit drei Ausnahmen stets überein, nämlich außer bei den Bestätigungen vom 3.2.2010 und 16.7.2011 (Feld jeweils nicht ausgefüllt) und vom 13.8.2012 (hier 9.8.2012 eingetragen).

Die Dokumentation des Vorfalls vom 22.11.2011 belegte die Beschwerdeführerin nicht durch das oben genannte Zuweisungsformular, sondern durch Vorlage einer (nicht

anonymisierten) Kopie der unteren Seite der Protokollierung des als "Narkoseprotokoll" bezeichneten Bereichs des Fragebogens (vgl. zum Fragebogen oben unter Punkt II.4.2), ohne jedoch die beiden Seiten des Fragebogens vollständig vorzulegen. Die Zustimmung zum Eingriff wurde nach dem optischen Erscheinungsbild der Urkunde offenbar von der Patientin unterschrieben, das neben der Unterschrift zu vermerkende Datum hat die Beschwerdeführerin ausgefüllt. Das eingetragene Datum ist nicht eindeutig erkennbar, weil der Tag scheinbar von "21." auf "22." ausgebessert wurde (oder umgekehrt). Zu Beginn des für das "Narkoseprotokoll" bestimmten Bereichs des Fragebogens ist missverständlich "7/21-11-2011" zu lesen. Neben dem Vordruck "Entlassung:" ist aufgrund einer Verbesserung nicht erkennbar, ob dort "1045" oder "2045" geschrieben steht, weil an der ersten Stelle der Uhrzeit die Stunde "1" und "2" übereinander geschrieben wurden. Der Name des Konsiliararztes ist nicht ersichtlich, der Name des den Notfall übernehmenden Arztes des aufnehmenden Krankenhauses wurde vermerkt.

Die Bestätigung vom 13.8.2012 enthält eine ähnliche Ausbesserung bei dem in der oberen rechten Ecke einzutragenden Datum, das "12. Aug 2011" lautet und wo an der letzten Stelle der Jahreszahl die Ziffer "1" auf "2" ausgebessert wurde.

Das Bestätigungsformular vom 11.6.2013 enthält beim aktuellen Datum den Text "Wien 11062011", wobei die "1" an der letzten Stelle der Jahreszahl "2011" sichtbar ist und offenbar später mit "3" auf "2013" überschrieben wurde. Zuvor hatte die Beschwerdeführerin am 8.10.2013 diese Bestätigung persönlich bei der Wiener Ärztekammer vorgelegt, in der noch "Wien 11062011" ohne diese Änderung im Datum an der letzten Ziffer geschrieben stand. Das Datum im einzutragenden Textteil "bei mir seit 11062013 in ärztlicher Behandlung" enthält in beiden Fällen keine Korrekturen und die – insoweit zutreffende leserliche – Datumsangabe "11062013". Abweichend von diesem Formular wurde die Patientin bereits am 6.6.2013 vor dem Eingriff erstmals von der Beschwerdeführerin in der Ordination empfangen. Ein Ultraschallbild vom 8.6.2013 war ebenfalls verfügbar. Der Eingriff fand in der Ordination der Beschwerdeführerin am 11.6.2013 statt, den Ultraschallbildern zufolge vor 14:00 Uhr. Die Patientin wurde um 21:30 Uhr im ... Krankenhaus aufgenommen. Die Überstellung dieser Patientin erfolgte mit dem privaten Fahrzeug der Beschwerdeführerin (vgl. zu diesem Fall Punkt II.5.3).

In den Verwaltungsakten fanden sich zur Komplikation am 31.3.2010 zwei unterschiedliche Bestätigungen über die Zuweisung der Patientin in ein Krankenhaus, einmal mit Nennung des Namens des Konsiliararztes und Datumsangabe im Feld "bei mir seit ... in Behandlung" (wie Eingriffsdatum mit 31.3.2010 vermerkt) und einmal ohne diese beiden Angaben. Dieser Patientin mussten nach dem Schwangerschaftsabbruch bei einer Operation im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder am 8.4.2010 ein Eileiter und 8 cm zerstörtes Darmgewebe entfernt werden.

Der Operateur wurde nur in zwei Fällen notiert, nämlich auf den beiden Zuweisungen vom 13.8.2012 und vom 31.8.2012, die einen handschriftlichen Hinweis auf den operierenden Konsiliararzt enthalten (in beiden Fällen dieselbe Person). Wer bei den Perforationen an den übrigen Terminen tätig war, ist anhand dieser Belege und auch sonst anhand der Verwaltungsakten und der vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich und war nicht feststellbar. Von den neun von der belangten Behörde zu Komplikationen bei Tätigkeiten in der Ordination der Beschwerdeführerin angeschriebenen Ärzten hat nur ein einziger auf Komplikationen in drei Fällen hingewiesen (und zwar der auf den beiden zuvor genannten Überweisungsbelegen namentlich erwähnte Konsiliararzt).

Eine Patientin, die am 30.5.2011 eine Abtreibung in der Ordination der Beschwerdeführerin durchführen ließ und die in der oben genannten Auflistung der Beschwerdeführerin nicht genannt wurde (die Beschwerdeführerin hatte spätestens seit 5.2.2012 Kenntnis vom Vorfall), wurde vom 3.6.2011 bis 5.6.2011 im Landesklinikum ... mit Diagnose "Endometritis post Interruptio in der 7. SSW mit anschließender Stressreaktion" stationär aufgenommen. Die zu dieser Patientin vorgelegten Unterlagen (Fragebogen mit handschriftlichen Angaben sowie Ultraschallbilder) enthalten die summarische Aufzählung verabreichter Medikamente wie "1A Gewacalm N", "[...]/2 A [...]" und "20ml PROPOFOL", wobei der Zähler im Bruch bei der zweiten Angabe mehrmals überschrieben wurde, sodass auch bei genauem Hinsehen nicht erkennbar war, welche Dosis zu Verabreichung gelangte. Auch der Name des Arzneimittels kann jedenfalls ohne medizinisches Fachwissen anhand der Handschrift nicht entziffert werden. Die Beschwerdeführerin konnte diese Angabe in der Verhandlung beim VGW als eine halbe Ampulle Nalbuchin 10 mg wiedergeben.

Schließlich wurde bei einer Patientin, die am 6.6.2008 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließ, nach ihrer Entlassung aus der Ordination der Beschwerdeführerin ohne Hinweis auf eine Komplikation eine intakte Schwangerschaft festgestellt. Es konnte nicht festgestellt werden, wieso die Patientin ohne Hinweis auf den misslungenen Abbruch aus der Ordination der Beschwerdeführerin entlassen wurde.

II.8. Ordinationsausstattung

Die Operationsleuchte wurde im Jahr 2009 ohne Notstromversorgung betrieben. Sie war an den Haushaltsstrom angeschlossen, obwohl Eingriffe unter Vollnarkose durchgeführt wurden, in tiefliegende Körperöffnungen eingegriffen wurde und mitunter das durch das Fenster einfallende – für Operationszwecke nicht ausreichende – Tageslicht durch Vorhänge als Sichtschutz zur zweiten Patientenliege behindert wurde. Die Beschwerdeführerin verwies auf den Einsatz einer Taschenlampe bei Stromausfall, die jedoch in der Ordination nicht auffindbar war. Diese Operationsleuchte wurde vor der

Aufhebung der Ordinationssperre am 18.6.2009 durch ein neues Gerät mit Batteriepufferung für netzunabhängigen Betrieb für etwa drei Stunden ersetzt. Bei der Ordinationsprüfung am 19.3.2013 war die geräteeigene Notstromversorgung der Operationsleuchte nicht intakt und nicht in Verwendung, obwohl für den Folgetag Eingriffe geplant waren.

Das in der Ordination verwendete Ultraschallgerät ist technisch nur für die medizinische Abklärung eines Schwangerschaftsabbruchs ausreichend, nicht jedoch für gynäkologische Untersuchungen. Dazu ist es aufgrund seiner Bildschirmgröße nicht geeignet. Am 3.8.2011 fehlte das Gerätehandbuch für das Ultraschallgerät.

In der Ordination war bis zu ihrer Sperre am 16.7.2013 kein "Notfallkoffer" und kein Defibrillator vorhanden. Spekula in verschiedenen Größen, um den individuellen anatomischen Verhältnissen der Patientinnen gerecht zu werden, wurden erst nach einer behördlichen Beanstandung angeschafft.

Ein Narkosegerät oder eine sonstige Ausrüstung für die manuelle Beatmung von Patientinnen in Narkose war nicht vorhanden. Es befand sich ein Ambubeutel mit Sauerstoffanschluss in der Ordination, der nicht für eine ordnungsgemäße Beatmung während einer Narkose geeignet war, sondern lediglich für eine behelfsmäßige Notfallbeatmung bei einem unvorhergesehenen Zwischenfall.

Am 12.7.2011 befand sich im Medikamentenschrank der Beschwerdeführerin ein um die Auslassöffnung kreisförmig verkrustetes Gebinde mit der Bezeichnung "Wundesin". Darin hat die Beschwerdeführerin "Betaisodona" in einem Mischungsverhältnis 50:50 mit destilliertem Wasser aus einem handelsüblichen 5l Kanister eingefüllt. Dieses Gemisch wurde als Desinfektionsmittel für den vaginalen Bereich verwendet. Weiters bewahrte die Beschwerdeführerin im Kühlschrank "Xylocain" Pumpspray 50ml mit verstrichenem Ablaufdatum Mai 2011 und ein Infusionsgebinde mit der Bezeichnung "Neodolpasse" mit zwei Jahre zurückliegendem Ablaufdatum September 2009 auf. Im Eiskasten des Kühlschranks der Beschwerdeführerin fehlte ein Minimum-Maximum Thermometer.

Bei der Ordinationsprüfung am 16.7.2013 befand sich im Eingriffsraum der Ordination, in dem Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, ein mobiles Klimagerät des Typs "HE Maximega 10.000". Dieses Klimagerät war an eine dafür eigens ausgeschnittene Öffnung in einer Fensterscheibe für den Luftaustausch und die Warmluftabfuhr nach Außen angebunden. Diese Klimaanlage verfügte über eine integrierte Kondenswasserlade, von der eine Gefährdung für Patientinnen durch Infektionsübertragungen ausging. In medizinisch genutzten Räumen, insbesondere in Eingriffsräumen, ist die Verwendung solcher Geräte nicht zulässig.

II.9. Rechtskräftige Verwaltungsstrafen

Am 16.1.2009 wurde der Eingriffsraum der Ordination der Beschwerdeführerin nach einer tags zuvor durchgeführten behördlichen Überprüfung wegen hygienischer Mängel und Nichtvorliegen fachspezifischer Qualitätsstandards gesperrt (Mandatsbescheid der MA 40 vom 16.1.2009 zur Zl. MA40-GR-1-602/2009). Bei der anschließend durchgeführten Ordinationsprüfung am 16.3.2009 verfügte die MA 40 die Sperre der gesamten Ordination (Mandatsbescheid vom 16.3.2009, unverändert zur Zl. MA40-GR-1-602/2009). Im Zusammenhang mit dieser Ordinationssperre wurde die Beschwerdeführerin wegen Übertretung des § 56 Abs. 1 Z 1 und 2 ÄrzteG 1998 rechtskräftig zu einer Geldstrafe in der Höhe von 280 Euro (Strafhöhe ohne Kostenbeitrag zum Berufungsverfahren) verurteilt, wobei der Bestrafung folgender festgestellter Sachverhalt zu Grunde lag (Berufungsbescheid des Unabhängigen Verwaltungssenats Wien vom 18.11.2010 zur Zl. UVS-06/22/7078/2009-18, mündlich verkündet am 26.8.2010):

"I) [Die Beschwerdeführerin hat gegen] § 56 Abs. 1 Z 1 und 2 Ärztegesetz [1998, BGBl. I Nr. 140/2003], wonach ein Arzt verpflichtet ist, seine Ordinationsstätte in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen entspricht und diese entsprechend den fachspezifischen Qualitätsstandards zu betreiben, insofern verstoßen ..., als anlässlich der Begehung am 16.01.2009 folgende hygienische und technische Mängel festgestellt wurden:

- a) Die Bodenbeschaffenheit im Eingriffsraum entsprach nicht den hygienischen Kriterien, da Fugen vorhanden waren.
- b) Der Übergang vom Boden zur Wand im Eingriffsraum entsprach nicht den hygienischen Kriterien, da die Fugen zu groß waren und Holz ein ungeeignetes Material für den Boden von Eingriffsräumen ist, da es nicht fugendicht ist.
- c) Folgende Inventargegenstände entsprachen nicht den geltenden hygienischen Kriterien bzw. wären für einen hygienischen einwandfreien Ordinationsbetrieb erforderlich, waren aber nicht vorhanden:
 - 1) Die im Eingriffsraum vorhandenen Behandlungsstühle waren aufgrund ihrer veralteten Bauweise und aufgrund der Oberflächenbeschädigung nach aktuellen Hygienestandards nicht ordnungsgemäß reinig- und desinfizierbar.
 - 2) Die im Eingriffsraum vorhandene Patientenliege war schadhaft und erfüllte somit nicht den einzuhaltenden fachspezifischen Qualitätsstandard.
 - 3) Bei den Heizkörpern in den Ordinationsräumlichkeiten handelte es sich um Lamellenheizkörper, die nicht ordnungsgemäß reinig- und desinfizierbar sind.
 - 4) Für die Eignung des vorhandenen Autoklaven ('Melag Autoklav 17') lag kein mikrobiologisches Gutachten vor, weshalb aus hygienischer Sicht der Betrieb nicht zu verantworten ist.
 - 5) Der im Eingriffsraum vorhandene Kühlschrank (Marke Bauknecht) entsprach auf Grund der Staubentwicklung des Wärmetauschers nicht den Hygienestandards.
 - 6) Der Holztisch im Eingriffsraum entsprach nicht den Hygieneanforderungen, da Holz nicht fugendicht ist.
 - 7) Es fehlte ein geeigneter Schrank zur Lagerung des Sterilgutes, was aus hygienischer Sicht erforderlich ist.

- 8) Das Waschbecken im Vorraum war mit einem Überlauf ausgestattet und entsprach damit nicht den hygienischen Anforderungen (dies wäre nur bei einem Waschbecken ohne Überlauf der Fall). Bei allen medizinischen Handwaschplätzen fehlten wandseitig montierte Seifenspender und Einmalhandtuchspender sowie wandseitig montierte Desinfektionsmittelspender mit entsprechendem Desinfektionsmittel.
 - 9) Die Wiederaufbereitung der Schürzen wurde nicht schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, weshalb davon auszugehen ist, dass diese nicht den geltenden hygienischen Standards entspricht.
 - 10) In der Toilette war kein wandseitig montierter, ellenbogenbedienbarer Seifenspender vorhanden, was aus hygienischer Sicht erforderlich ist.
 - 11) Um den Hygienestandards zu entsprechen, sind die vorhandenen wieder verwendbaren Harnbecher nachweisbar entsprechend validiert aufzubereiten oder durch Einmalbecher zu ersetzen.
- d) Die elektrotechnische Ausstattung des Eingriffsraumes entsprach nicht den Anforderungen an einen Raum der Anwendungsgruppe 2 laut ÖVE-EN 7, da insbesondere keine Notstromversorgung für die notwendigen Beleuchtungsanlagen (Operationsleuchte) vorhanden war."

Diese aus dem Spruch des rechtskräftigen Berufungsbescheids des Unabhängigen Verwaltungssenats Wien vom 18.11.2010 zur Zl. UVS-06/22/7078/2009-18 zitierten Feststellungen zu hygienischen und technischen Mängeln in der Ordination der Beschwerdeführerin werden als Sachverhaltsfeststellungen für dieses Verfahren übernommen.

Am 19.3.2013 verfügte die MA 40 anlässlich einer Überprüfung der Ordination der Beschwerdeführerin die Ordinationssperre gemäß § 56 Abs. 3 ÄrzteG 1998 durch mündliche Bescheidverkündung und schloss gleichzeitig die aufschiebende Wirkung einer Berufung gemäß § 64 Abs. 2 AVG aus (Bescheid vom 19.3.2013 zur Zl. MA40-GR-226.591/2013). Mit rechtskräftigem Straferkenntnis des Magistrats der Stadt Wien vom 7.6.2013 zur Zl. MBA 18 - S 12180/13 wurde die Beschwerdeführerin insgesamt zu einer Geldstrafe in der Höhe von 11.410 Euro (Strafhöhe ohne Kostenbeitrag zum Strafverfahren) wegen folgender Verwaltungsübertretungen verurteilt:

"Sie haben als Ärztin für Allgemeinmedizin mit Ordination in Wien, G.-gasse zu verantworten, dass am 19.3.2013

- I) entgegen § 56 Abs 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, idgF, wonach die Ärztin verpflichtet ist, ihre Ordinationsstätte in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen entspricht, in Ihrer Ordination folgende Mängel festgestellt wurden:
 - 1) es konnte kein Gutachten über die Revalidierung des Instrumentenaufbereitungsprozesses und keine Prüfbefunde über eine mikrobiologische Überprüfung des Sterilisators und der Instrumentewaschmaschine vorgelegt werden und weiters fand bislang lediglich eine Erstvalidierung im Jahr 2009 statt, nicht aber eine jährliche Revalidierung;
 - 2) beim Waschplatz im Aufbereitungsraum fehlte ein fix montierter, händelbedienungsfreier Seifenspender;

- 3) beim Reinigungs- und Desinfektionsplan fehlte die Angabe des Erstellungsdatums, der Dauer der Einwirkzeit des Desinfektionsmittels und der erstellenden Person des Desinfektionsplanes;
 - 4) es wurde Ultraschallgel von 2 Kanistern in ungekennzeichnete kleinere Gebinde ohne Angabe des Ablaufdatums umgefüllt, welche äußerlich verschmutzt waren und vor der (Wieder)Befüllung nicht aufbereitet wurden;
 - 5) es fehlte bei der gemeinschaftlich von Patientinnen und medizinischem Personal genutzten WC-Anlage eine Ausstattung mit Warmwasser und ein fix montierter, händedienungsfreier Desinfektionsmittelspender;
- II) entgegen § 6 iVm Anlage B, Kapitel 1, Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen – Hygiene-VO 2010 idgF, wonach diese Anlage in leicht lesbarer Form für den Ordinationsbetrieb zusammenzufassen und den Mitarbeitern zugänglich zu machen ist, insofern kein vollständiger Hygieneplan vorhanden war, als die ordnungsgemäße Händehygiene vor interventionellen Eingriffen und das verpflichtend durchzuführende Prozedere nicht klar festgelegt waren;
- III) in Ihrer Ordination
- 1) entgegen § 6 Abs 1 Medizinproduktebetreiberverordnung – MPBV, BGBl. II Nr. 70/2007, wonach die Betreiberin bei aktiven nicht implantierbaren Medizinprodukten und auf Verlangen des Herstellers auch bei nicht aktiven nicht implantierbaren Medizinprodukten eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung vorzunehmen oder vornehmen zu lassen hat, das Prüfungsintervall
 - a) der Sauerstoffflasche und
 - b) der Absaugeinheit
 überschritten war, weil die jeweils angebrachten Prüfplaketten den nächsten Prüfungstermin mit 'Juli 2012' angaben;
 - 2) entgegen § 6 Abs 1 MPBV iVm Abs 5 leg cit, wonach, wenn für das Prüfintervall keine Herstellerangaben vorliegen, dieses von einer fachlich geeigneten Person festzulegen ist, wobei das Prüfintervall unter Berücksichtigung von Geräteart und Gefährdungspotential in der Regel zwischen sechs und 36 Monaten, für die im Anhang 1 genannten Medizinprodukte jedoch zwischen sechs und 24 Monate, zu betragen hat, das Prüfintervall des Ultraschallgerätes jedenfalls überschritten war, weil die letzte Überprüfung am 27.9.2007, stattfand und somit länger als 36 Monate zurücklag;
- IV) entgegen § 49 Abs 1 ÄrzteG 1998, wonach eine Ärztin verpflichtet ist, jeden von ihr in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen, sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden hat und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren, dadurch eine Gefährdung von Patienten erfolgte, sodass das Wohl der Kranken und der Schutz der Gesunden nicht gewahrt war, dass Ihre Patientinnen postoperativ mangelhaft überwacht wurden, zumal sie einerseits über kein qualifiziertes Personal zur postoperativen Überwachung verfügen, andererseits die Überwachung selbst nicht vornehmen können, weil Sie gleichzeitig im Rahmen von Eingriffen im Eingriffsraum die Narkose durchführen, wodurch das Leben und die Gesundheit von Patientinnen gefährdet werden kann;

- V) entgegen § 56 Abs 1 Z 2 ÄrzteG 1998, wonach der Arzt ... verpflichtet ist, seine Ordinationsstätte den fachspezifischen Qualitätsstandards entsprechend zu betreiben, in Ihrer Ordination die OP-Lampe im Eingriffsraum nicht an die Batteriepufferung angeschlossen war."

Diese aus dem Spruch des rechtskräftigen Straferkenntnisses des Magistrats der Stadt Wien vom 7.6.2013 zur Zl. MBA 18 - S 12180/13 zitierten Feststellungen werden als Sachverhaltsfeststellungen für dieses Verfahren übernommen (der Antrag der Beschwerdeführerin auf Aufhebung der Rechtskraftbestätigung und Neuzustellung dieses Straferkenntnisses wurde im Instanzenzug mit Erkenntnis des Verwaltungsgerichts Wien vom 20.4.2015 rechtskräftig abgewiesen).

III. Das Verwaltungsgericht Wien hat sich bei der Beweiswürdigung von folgenden Erwägungen leiten lassen:

III.1. Berufsausübung und öffentliches Auftreten

III.1.1. Berufliche Ausgangslage

Die einleitenden allgemeinen Feststellungen zur Berufsausübung der Beschwerdeführerin, die für einen Abbruch in Rechnung gestellten Honorare, ihre Berufseinstellung und die persönlichen Motive ihrer beruflichen Tätigkeit beruhen einerseits auf dem im Verwaltungsakt einliegendem Auszug aus der Ärzteliste vom 19.7.2013 sowie ihren Angaben in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 3 f sowie hinsichtlich des verrechneten Honorars Seite 8).

III.1.2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Die Feststellungen zu den Methoden des Schwangerschaftsabbruchs sind in dieser Allgemeinheit notorisch bekannte Tatsachen. Die statistische Häufigkeit einer bestimmten Abtreibungsmethode und das Verhältnis der praktischen Anwendung der chirurgischen Eingriffsarten D&E und Aspiration finden in dem von der Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 10.10.2013 an die belangte Behörde vorgelegten (nicht seitennummerierten) Privatgutachten von Dr. W., allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in H., vom 9.9.2013 Deckung, wonach in den USA "über 90% der Abortcurettagen mittels Saugcurette durchgeführt [werden], da weniger Blutverlust auftritt und die Operationsdauer kürzer ist", D&E "durchaus üblich ist" und das festgestellte Verhältnis zwischen Aspiration und D&E genannt wird. Daher steht in der abschließenden Zusammenfassung des Gutachtens die Empfehlung, dass sich ein zukünftiger Betreiber der Ordination die Anschaffung einer "Saugcurettagenvorrichtung" überlegen sollte. Diese gutachterlichen Ausführungen hat die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW auf Vorhalt (mangels Vorlage

eines vom Gutachter unterzeichneten Originals oder einer Kopie davon) bestätigt und insoweit zu ihrem Vorbringen gemacht.

Ob die offenbar ältere Methode der D&E heute noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, wovon die Beschwerdeführerin ausgeht, und nicht zugunsten der Aspiration wegen der genannten Vorteile als nach Möglichkeit zu bevorzugende Methode verdrängt wurde, war für dieses Beschwerdeverfahren in rechtlicher Hinsicht nicht entscheidungsrelevant und wurde daher nicht durch Sachverständige weiter erhoben.

Die festgestellten Schätzungen über die Zahl der Abtreibungen in Österreich und die dafür verlangten Preise dienen der Veranschaulichung der allgemeinen Situation und beruhen auf im Wesentlichen übereinstimmenden Medienberichten (vgl. etwa derStandard.at vom 11.7.2013, Nachrichtenbeitrag mit dem Titel "Jährlich 20.000 bis 30.000 Abtreibungen in Österreich", erreichbar unter <http://derstandard.at/1373512361604/Schwangerschaftsabbrueche-Vermutlich-20000-bis-30000-pro-Jahr>, zuletzt eingesehen am 20.6.2015). Sowohl die Beschwerdeführerin als auch die in der Verhandlung beim VGW einvernommene Dr.ⁱⁿ K. haben diese Zahlen als plausibel angesehen. Im Hinblick auf den Verfahrensgegenstand bedurften sie auf dieser Grundlage auch keiner genaueren Ermittlung.

III.1.3. Schwangerschaftsabbrüche in der Ordination der Beschwerdeführerin

Die festgestellten Schwangerschaftsabbrüche als medizinisch nicht indizierte, von einer Patientin erwünschte Eingriffe beruhen auf der insoweit unbedenklichen Aussage der Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 4).

Unstrittig ist nach den Angaben der Beschwerdeführerin der Sachverhalt dahingehend, dass in der Ordination der Beschwerdeführerin keine Abtreibungen mittels Aspiration vorgenommen wurden. Laut der von der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 22.9.2011 vorgelegten Niederschrift der Angaben des als Zeugen einvernommenen Konsiliararztes Dr. Z. vom 20.3.2009 bei der MA 40 zur Zl. 40-GR-1-602/2009 kam eine Saugkürrettage "nie zum Einsatz. Ein solches Gerät ist ... [ihm] dort auch nicht aufgefallen". Der ebenfalls von der MA 40 zur gleichen Zahl am 25.3.2009 als Zeuge befragte Dr. B. gab ebenfalls an, dass von ihm "nie eine Saugcurettage" durchgeführt worden sei und dass die Beschwerdeführerin ein solches Gerät nie besessen habe. Übereinstimmend hat Dr.ⁱⁿ K. bei der Ordinationsüberprüfung am 16.7.2013 festgestellt, dass keine Instrumente für die Durchführung einer Aspiration vorhanden waren (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 5).

Schließlich beruht die Feststellung zur ärztlichen Komplikations- bzw. Fehlerrate bei D&E anhängig von der Erfahrung des Operators auf dem Privatgutachten von Dr. W. vom 9.9.2013. Dieser Umstand entspricht in verallgemeinerungsfähiger Form der Lebenserfahrung, dass mit zunehmender praktischer Erfahrung eines Arztes, insbesondere eines Chirurgen, in der Regel eine geringere Fehlerquote einhergeht.

III.1.4. Öffentliches Auftreten

Die Feststellungen zum Leistungsangebot und zum Aufscheinen der Beschwerdeführerin in der Rubrik als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe beruhen auf einem Ausdruck der unter www.herold.at und auf der Internetseite www.arztsuche24.at abgerufenen Internetseiten durch die MA 40 (jeweils Beilage 1 und Beilage 2 zum Verhandlungsprotokoll). Die Richtigkeit der erstellten Ausdrucke hat die Beschwerdeführerin nicht bestritten.

Das festgestellte Erscheinungsbild der Eingangstür konnte der farbigen Fotodokumentation entnommen werden, die anlässlich der Ordinationsüberprüfung der MA 40 am 12.7.2011 angefertigt worden war (Beilagen zur Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011 bzw. Beilage 3 zum Verhandlungsprotokoll).

III.2. Ausbildung und Fortbildung

III.2.1. Ausbildung

Die Feststellungen zur Ausbildung der Beschwerdeführerin beruhen auf ihren Angaben in der Verhandlung beim VGW, die mit den Daten und Einträgen in der Ärzteliste und ihrem früheren Vorbringen etwa in der mündlichen Verhandlung am 17.8.2010 im Berufungsverfahren beim Unabhängigen Verwaltungssenat Wien zur Zl. UVS-06/22/7078/2009-11 übereinstimmten.

In diesem Kontext konnte aufgrund ihres Medizinstudiums und ihrer Tätigkeit als Turnusärztin festgestellt werden, dass ihre Ausbildung über Grundkenntnisse im Bereich der Anästhesiologie und Gynäkologie nicht hinausging. Mit dem Regelfall war nämlich davon auszugehen, dass die unselbständige Ausübung ärztlicher Tätigkeiten als Turnusärztin unter Aufsicht, in der sie Narkosen durchführte, noch keine umfassende Vertiefung von Kenntnissen auf dem Gebiet der Anästhesiologie vermittelte. Ihr in Österreich absolvierter Turnus war auch nicht auf eine Facharztausbildung gerichtet. In diesem Fall werden mehrere Ausbildungsstationen für eine verhältnismäßig kurze Zeit durchlaufen, wobei die dabei verrichtete Tätigkeit unter der Anleitung und Aufsicht von ausbildenden Ärztinnen und Ärzten erfolgt.

Ohne zusätzliche Fortbildung oder nachfolgend in der Praxis gewonnene weitere Berufserfahrung konnte nach dem Abschluss ihres Medizinstudiums und des Turnus als Ausgangsbasis auf keinen über vertiefte Grundkenntnisse hinausgehenden Kenntnisstand im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Anästhesiologie und Intensivmedizin einer für Allgemeinmedizin ausgebildeten Ärztin geschlossen werden.

III.2.2. Fortbildung

Die Feststellungen zur fehlenden Fortbildung bei der Ordinationsprüfung im Jänner 2009 gründen sich auf die mit 18.11.2010 datierte schriftliche Ausfertigung des am 26.8.2010 mündlich verkündeten Berufungsbescheids des Unabhängigen Verwaltungssenats Wien zur Zl. UVS-06/22/7078/2009-18.

Die von der Beschwerdeführerin als Beilagen zu ihrer Beschwerde vorgelegten Bestätigungen über Fortbildungsveranstaltungen im festgestellten Umfang seit September 2011 schienen nach dem äußeren Erscheinungsbild der Urkunden unbedenklich. Für frühere Zeiträume hat die Beschwerdeführerin keine Nachweise vorgelegt und bestätigt, dass sie keine Fortbildungsnachweise für diese Zeiträume habe (Verhandlungsprotokoll Seite 6). Im gesamten Verfahren wurde daher die unterbliebene Berücksichtigung oder Anrechnung von anerkannten Fortbildungen im Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer nicht geltend gemacht, sondern lediglich pauschal auf Literaturstudium hingewiesen.

III.2.3. Vorbereitung auf Notfälle

Der festgestellte Sachverhalt zur fehlenden Befähigung und Praxis von Intubationen und Reanimationen und zur Absolvierung entsprechender Übungen und Schulungen beruht auf den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Ordinationsprüfung vom 16.7.2013 (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 6), in der Sitzung des Ehrenrates am 9.10.2013 (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 9.10.2013, Beilage 16 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 4) sowie ihrer Vorstellung vom 1.8.2013 gegen den dem angefochtenen Bescheid zu Grunde liegenden Mandatsbescheid vom 18.7.2013 (Seite 3).

In der Verhandlung beim VGW hat sie diese Angaben bestätigt und ausgeführt, dass sie ihre letzte Intubation während ihres Turnus im ...-spital gemacht haben müsse. Sie hat – im Unterscheid zu früheren, dies gänzlich verneinenden Aussagen – die Übung von Reanimationen "auch in Wien" behauptet. Wenn dieser Antwort im Kontext, in dem sie gegeben wurde, zu glauben ist, dann muss dies ebenfalls sehr lange zurückliegen und mit ihrer Niederlassung in Österreich zusammenfallen, weil sich die Beschwerdeführerin einerseits nicht erinnern konnte, wann das war und hervorhob, dass dies – offenbar im

zeitlichen Zusammenhang mit der letzten Intubation – noch in Wien gewesen sein müsse (Verhandlungsprotokoll Seite 6).

III.3. Medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten im Einzelnen

III.3.1. Pulsoximeter

Die Sachverhaltsfeststellungen zum Pulsoximeter als Teil des Standardmonitorings von Patienten in der Anästhesie und seine Verwendung bei Eingriffen unter Vollnarkose, wie sie in der Ordination der Beschwerdeführerin bei Schwangerschaftsabbrüchen erfolgten, wurden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Die Feststellung dazu, dass die Beschwerdeführerin ein Pulsoximeter zur Anästhesieüberwachung für zweckmäßig hält, gründet sich einerseits auf ihre Bestätigung in der Sitzung des Ehrenrates am 8.5.2013, dass die fraktionierte Verabreichung des Anästhetikums Propofol in erhöhtem Maße der Aufmerksamkeit des anästhesieverantwortlichen Arztes bedürfe (Auszug aus dem Sitzungsprotokolls des Ehrenrats vom 8.5.2013 über Befragen von Dr. H., Beilage 4 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 5), und andererseits auf ihre Erklärung im E-Mail vom 14.8.2013 an den Disziplinaranwalt beim Disziplinarrat der Österreichischen Ärztekammer, dass die Verabreichung von Propofol aufgrund der individuellen Reaktionen von Patientinnen mittels Pulsoximeter kontrolliert und angepasst würde (Beilage 5 zum Verhandlungsprotokoll, Blatt 10 dieser nicht seitennummerierten Beilage).

Die Feststellung zur Eranschaffung des Pulsoximeters im Jahr 2009 nach behördlicher Beanstandung beruht auf den Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie ein Pulsoximeter erst im Jahr 2009 angeschafft – nicht ersetzt – habe (Verhandlungsprotokoll Seite 6). Auf die spätere Frage in der Verhandlung beim VGW, wieso sie ein solches Gerät vorher nicht gehabt habe, gab sie an, sie hätte ein "anderes Gerät" gehabt, dieses aber "weggeworfen" und als "die Ordinationsprüfung im Jahr 2009 stattgefunden hat, war das Gerät nicht mehr da".

Diese Erklärung erscheint nicht nachvollziehbar und ist auch aus medizinischer Sicht durchaus problematisch, weil sie bedeutet, dass die Beschwerdeführerin für die Behandlung ihrer Patientinnen essentielle medizinische Hilfsgeräte "wegwirft" und ihre Tätigkeit unverändert fortsetzt, ohne vor dem Entsorgen des alten Gerätes ein neues Pulsoximeter anzuschaffen oder bis zur Lieferung des Ersatzgerätes ihre Tätigkeit im Interesse der Sicherheit der Patientinnen zu unterbrechen. Nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Wien erscheint es weitaus realistischer, dass die Beschwerdeführerin bis zur Anschaffung des Pulsoximeters im Jahr 2009 kein solches Gerät besessen hat.

Die festgestellten Probleme bei der Bedienung des Pulsoximeters beruhen auf den niederschriftlich festgehaltenen Wahrnehmungen anlässlich der Überprüfungen der Ordination der Beschwerdeführerin durch die MA 40 am 12.7.2011 und am 9.8.2011 (Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 und 9.8.2011, Beilage 15 zum Verhandlungsprotokoll, jeweils zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011), am 19.3.2013 (Verhandlungsschrift der MA 40 vom 19.3.2013 zur Zl. MA40-GR-226.591/2013) und am 16.7.2013 (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, wobei bei dieser Ordinationsprüfung die Beschwerdeführerin bei der aufgetragenen Vorführung gefilmt wurde). Sie wurden von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Vielmehr führte sie – auch in der Verhandlung beim VGW – entschuldigende Umstände wie Nervosität oder einen momentanen gesundheitlich schlechten Zustand ins Treffen. Diese Entschuldigungen scheinen jedoch nicht glaubwürdig, wobei für die Beweiswürdigung folgende Umstände maßgeblich waren:

Die Beschwerdeführerin hat selbst auf die große Anzahl der in ihrer Ordination durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen unter Vollnarkose hingewiesen, bei denen sie als Anästhesistin tätig war. Nach ihren eigenen Angaben in der Verhandlung beim VGW wurden in ihrer Ordination etwa 1.100 Eingriffe pro Jahr durchgeführt (Verhandlungsprotokoll Seite 12). Zudem hat sie in ihrem E-Mail vom 14.8.2013 an den Disziplinaranwalt beim Disziplinarrat der Österreichischen Ärztekammer die Verwendung eines Pulsoximeters als Voraussetzung für die Verabreichung von Propofol in der richtigen Dosis als selbstverständliche Behandlungsroutine bei jedem Eingriff unterstrichen (Beilage 6 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 4). Die Inbetriebnahme, Verwendung und Demonstration des für Eingriffe ständig eingesetzten Überwachungsgeräts sollte unter diesen Umständen zur Routine gehören. Es wäre zu erwarten, dass jeder Handgriff bei der Bedienung des Geräts durch die damit arbeitende, für Anästhesie verantwortliche Ärztin sicher sitzt. Das zur Vorführung verwendete Pulsoximeter war das in der Ordination der Beschwerdeführerin aufgestellte eigene Gerät. Es musste ihr in seiner konkreten Funktionsweise bekannt sein. Eine Demonstration mit einem neuen, ihr nicht bekannten oder ihr erstmalig zur Verfügung gestellten anderen Pulsoximeter wurde also nicht verlangt. Auch hatte die vorzuführende Geräteverwendung bei ganz allgemeinen medizinischen Behandlungs- bzw. Diagnoseabläufen keine komplexen oder unter Zeitdruck durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen zum Inhalt. Gefragt war die Vornahme einer Routineüberwachung durch einwandfreie Bedienung des in ihrer Praxis angeblich regelmäßig, also zumindest mehrmals pro Woche, eingesetzten Geräts.

Die Probleme bei der Gerätebedienung ereigneten sich nicht nur einmal, sondern mehrmals. Daraus war der Schluss zu ziehen, dass eindeutig kein vertrauter Umgang und keine sichere Bedienung des Pulsoximeters durch die Beschwerdeführerin gegeben

waren. Dies versuchte die Beschwerdeführerin hauptsächlich mit dem Argument ihrer Nervosität zu relativieren. In der Vorstellung gegen die Ordinationssperre im Schriftsatz vom 27.7.2011 hat die Beschwerdeführerin eingewendet, bei der Ordinationsüberprüfung am 12.7.2011 gesundheitlich beeinträchtigt gewesen zu sein. Sie legte – mehr als acht Jahre alte – allgemeine medizinische Befunde aus dem Jahr 2003 ihrer Erklärung bei. Diese behauptetermaßen dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen sollen die gescheiterte Demonstration der Bedienung des Pulsoximeters relativieren oder als Ausnahmefall erscheinen lassen. Die allgemeine gesundheitliche Eignung zur weiteren Berufsausübung für den Bereich Anästhesie soll dadurch aber offenbar nicht beeinträchtigt gewesen sein, was die Beschwerdeführerin im Laufe des Verfahrens durch ein (im Original vorgelegtes und unterzeichnetes) medizinisches Privatgutachten darzulegen versuchte (Privatgutachten von Dr. St., Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie in Wien, vom 11.12.2011, und ein elektroencephalographischer Befund des neurodiagnostischen Instituts der F. GmbH in Wien vom 6.12.2011). Dabei entsteht jedoch der Eindruck einer sehr selektiven Geltendmachung gesundheitlicher Beschwerden.

Gegen die Glaubwürdigkeit dieses Vorbringens spricht auch, dass sich in der Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zum schlechten Zustand der Beschwerdeführerin kein Hinweis findet. Dabei ist das ein Umstand, auf den erfahrungsgemäß bei einer unangekündigten Ordinationsprüfung sofort hingewiesen wird. Es waren zudem genug Ärzte anwesend, die diesem Einwand hätten medizinisch – zumindest rudimentär – nachgehen können. Nicht verständlich ist dann das erst nachträglich eingewendete Vorbringen in der Vorstellung der Beschwerdeführerin, sie habe einen Puls von 180 gehabt, wobei in ihrem Alter ein "Puls von 200 bereits lebensbedrohend" sein könne (Vorstellung vom 27.7.2011, Seite 5, gegen den mit 13.7.2011 schriftlich ausgefertigten Bescheid der MA 40 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011). Zweifelhaft erscheint an diesem Vorbringen weiters, dass dieser Zustand die gesamte fünfstündige Dauer der Ordinationsprüfung angedauert haben sollte (die Nachschau dauerte von 9:00 bis 13:55 Uhr). Spätestens bei Schwierigkeiten während des Ortsaugenscheins, etwa der Demonstration eines technischen medizinischen Geräts, wäre doch zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin oder ihr ebenfalls anwesender anwaltlicher Vertreter an dieser Stelle erstmals oder erneut Einwände erhebt. Die Protokollierung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wurde nicht verlangt, eine Berichtigung des Protokolls wegen verabsäumter Erwähnung ihrer damals allenfalls geltend gemachten Beeinträchtigung in der Niederschrift nicht beantragt. Es erscheint daher in hohem Maße unglaubwürdig, dass der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin die ganze Zeit über tatsächlich dermaßen angegriffen und sie dadurch nicht in der Lage war, von ihr regelmäßig durchgeführte einfache Überwachungsaufgaben mit den eigenen medizinischen Geräten vorzuführen.

Trotz des behaupteten "lebensgefährlichen" Zustands der Beschwerdeführerin am 12.7.2011 hat sie ihren Gesundheitszustand im späteren Disziplinarverfahren gar nicht mehr erwähnt. Auch waren ungeachtet dessen für den nächsten Tag weitere Eingriffe unter Narkose geplant (Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 9.5.2012 zur Zl. Dk 2/2012-W beim Disziplinarrat der Österreichischen Ärztekammer, Disziplinarkommission für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Beilage 7 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 1 und 3). Bei dieser Einvernahme am 9.5.2012 erwähnte die mit dem Ortsaugenschein am 12.7.2011 konfrontierte Beschwerdeführerin nicht einmal, dass sie sich damals in einer gesundheitlich schlechten Verfassung befunden hätte. Der eingewendete schlechte Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin scheint ihrer ärztlichen Tätigkeit am Folgetag auch nicht entgegengestanden zu sein, weil sie dann die anstehenden Termine hätte absagen oder verschieben müssen. Die Beschwerdeführerin erwähnte ihren damals mit Lebensgefahr in Verbindung gebrachten Gesundheitszustand auch nicht in der Verhandlung beim VGW, sondern verwies nur mehr allgemein auf ihre Nervosität oder wich der Frage aus (Verhandlungsprotokoll Seite 13). Es ist aber nicht anzunehmen, dass anlässlich einer Ordinationsprüfung, die zur Sperre der Ordination führte, eine gesundheitliche Einschränkung höheren Grades in Vergessenheit geraten wäre.

Am 9.8.2011 war neuerlich keine erfolgreiche Demonstration der Bedienung des Pulsoximeters möglich, obwohl die entsprechende Ordinationsprüfung nicht wie die letzte unangekündigt erfolgte, sondern von der Beschwerdeführerin selbst gewünscht und beantragt worden war. Die konkrete Fehlbedienung wurde hier genau beobachtet und niederschriftlich im Detail protokolliert (Verhandlungsschrift der MA 40 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011, Seite 2, sowie der vom gleichen Tag datierte "Bericht über die kommissionelle Ortsaugenscheinverhandlung" von Dr. S., Seite 1 f).

Schließlich hat Dr. S. in der Verhandlung beim VGW die Versuche der Vorführung des Pulsoximeters sehr detailliert beschrieben (Verhandlungsprotokoll Seite 18 bis 20). Gegen diese Schilderung hatte die Beschwerdeführerin auch keine direkten Einwände erhoben, sondern hinterfragte einerseits die Fähigkeit des Zeugen, aufgrund seiner anderen medizinischen Fachrichtung die Verwendung des Gerätes durch die Beschwerdeführerin richtig beurteilen zu können, und andererseits seine Berechtigung, eine Gerätedemonstration überhaupt fordern zu dürfen. Eine verzerrte Darstellung war in den sehr detaillierten Ausführungen von Dr. S. nicht zu erkennen (Verhandlungsprotokoll Seite 18 und Seite 20). Schließlich kann Nervosität bei einer von der Beschwerdeführerin selbst beantragten Ordinationsprüfung, bei der ihr anwaltlicher Vertreter anwesend war, die Amtsabordnung nur aus vier Personen bestand (darunter die Leiterin und Schriftführerin) und die ohne laufenden Ordinationsbetrieb wegen der damals noch aufrechten Ordinationssperre erfolgte, keinesfalls als Entschuldigung für eine Ärztin mit

Verantwortung für Vollnarkosen vorgebracht werden. Diesem Vorhalt ist die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW auch ausgewichen (Verhandlungsprotokoll Seite 7).

Die Rechtfertigung der Beschwerdeführerin für die gescheiterte Vorführung der Verwendung des Pulsoximeters am 16.7.2013 aufgrund Nervosität ist ebenfalls wenig überzeugend. Die Ordinationsprüfung begann um 13:00 Uhr und dauerte bis 17:30 Uhr. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin war dabei. Die anwesende Tochter der Beschwerdeführerin überprüfte die Identität der Kontrollorgane bei Eintritt und hielt schriftlich deren Identität fest, was einige Zeit in Anspruch nahm. Die einschreitenden Personen waren der Beschwerdeführerin aus früheren Prüfungen ohnedies überwiegend bereits bekannt. Ungeachtet dessen wären allenfalls ein anfänglicher Überraschungseffekt und eine damit einhergehende anfängliche Nervosität nachvollziehbar, nicht aber während der gesamten Dauer der viereinhalbstündigen, der Beschwerdeführerin im Ablauf aus der Vergangenheit bekannten Überprüfung. Auch ist anzunehmen, dass bei normalem Ordinationsbetrieb einer Arztpraxis, in der an mehreren Tagen pro Woche geblockt mehrere chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, ein gewisser Stresspegel vorherrscht, insbesondere wenn es zu einer medizinisch niemals ganz auszuschließenden Komplikation kommt, was in der Vergangenheit auch geschehen ist. Die Beschwerdeführerin müsste also gerade mit Stresssituationen bei der zu bewältigenden Aufgabenstellung umgehen können. Bei der schon öfters geforderten Demonstration der Bedienung eines Pulsoximeters durch eine für die Anästhesie verantwortliche Ärztin erscheint der Unterschied zwischen einer Ordinationsprüfung und einem "hektischen" Arbeitstag vernachlässigbar.

Die Beschwerdeführerin attackierte während des Ortsaugenscheins die Vertreterinnen der Patienten-anwaltschaft (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 7, sowie die Angaben von Dr. S. im Verhandlungsprotokoll Seite 21). Das spricht dagegen, dass durchgehend eine durch Nervosität und Stress verminderte allgemeine Handlungsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin vorlag. Die behauptete Nervosität und darauf rückführbare Unsicherheiten bei Routineeingriffen konnten daher nicht in einer Weise als erwiesen angesehen werden, dass sie einer repräsentativen Demonstration eines eingeübten und routinierten Umgangs mit einem Pulsoximeter durch die Beschwerdeführerin entgegenstanden wären.

In dem am 26.8.2010 mündlich verkündeten Berufungsbescheid des Unabhängigen Verwaltungssenats Wien vom 18.11.2010, Zl. UVS-06/22/7078/2009, wurde die rein visuelle Überwachung von Patientinnen unter Narkose unter den gegebenen Umständen des Falles als nicht mit dem medizinischen Stand der Wissenschaft vereinbar beurteilt. In

der Ehrenratssitzung am 9.10.2013 gab die Beschwerdeführerin zu Protokoll (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 9.10.2013, Beilage 16 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 4), dass sie aufgrund ihrer Berufserfahrung auch ohne technische Hilfsmittel erkennen könne, ab wann eine assistierte Beatmung einer unter Narkose stehenden Patientin indiziert sei. Dies bestätigte sie mit Hinweis auf ihr Medizinstudium in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 8). Aus ihrer Sicht schien ihr das Gerät bei ihrer anästhetischen Tätigkeit offenbar gar keinen zusätzlichen Nutzen zu bieten. Es bestehen daher erhebliche Zweifel, dass die Beschwerdeführerin das Pulsoximeter seit seiner Anschaffung Mitte des Jahres 2009 tatsächlich routinemäßig und regelmäßig verwendet hatte und sich dadurch einen vertrauten Umgang mit dem Gerät aneignen konnte. Vielmehr liegt es nahe anzunehmen, dass sie an den bestehenden Arbeitsgewohnheiten ohne regelmäßige Einbeziehung dieses Geräts in ihre anästhetische Tätigkeit festhielt.

Dass die Beschwerdeführerin die Marke und den Typ ihres Gerätes in der Verhandlung beim VGW nicht nennen konnte (Verhandlungsprotokoll Seite 6), obwohl sie es seit dem Jahr 2009 angeblich fast täglich bei jedem Eingriff benutzt hätte und nach ihren Angaben auch seit der Ordinationsschließung für sich selbst privat nach wie vor verwende (Verhandlungsprotokoll Seite 7), spricht nicht für die intensive Gerätenutzung. Auch wenn es viele Gründe haben mag, warum es möglich ist, dass man sich an den Hersteller(namen) oder den konkreten Typ eines laufend in Verwendung stehenden Geräts doch nicht erinnern kann, ist dies ein weiterer Punkt, der die Annahme einer nicht regelmäßigen Verwendung des Geräts erhärtet.

Aus diesen Gründen war die dahingehende Verteidigung der Beschwerdeführerin nicht glaubwürdig und als erwiesen anzunehmen, dass es der Beschwerdeführerin an der erforderlichen Fähigkeit für den soliden, einer für Anästhesie verantwortlichen Ärztin bei Eingriffen unter Vollnarkose entsprechenden, Umgang mit dem Pulsoximeter mangelt, und dass das Pulsoximeter daher bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gewöhnlich nicht verwendet wurde.

III.3.2. Absauggerät

Die Feststellungen betreffend Absauggerät beruhen auf einer Gegenüberstellung der Aussagen der Beschwerdeführerin und von Dr. S.. Die Beschwerdeführerin ist den Ausführungen von Dr. S. zur medizinischen Beschreibung des Geräts, seines Anwendungsbereichs und dem Grund der gescheiterten Vorführung nicht entgegengetreten. An der Glaubwürdigkeit der im Wesentlichen gleichbleibenden Angaben von Dr. S. (Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-

5598/2011, Seite 3: "... nicht in der Lage, das Gerät in Gang zu setzen und einen negativen Druck zu erzeugen") ergaben sich keine Zweifel.

III.3.3. Larynxmaske

Die Beschwerdeführerin hat in der Verhandlung beim VGW angegeben, dass sie wisse, was eine Larynxmaske sei. Sie bestätigte, dass sie dieses Instrument nicht in ihrer Ordination hatte (Verhandlungsprotokoll Seite 8).

An dieser Aussage der Beschwerdeführerin fiel auf, dass sie nicht sogleich kurz inhaltlich ausführte, was eine Larynxmaske sei, um den Vorwurf fehlenden Wissens endgültig zu entkräften. Demgegenüber konnte das Verwaltungsgericht Wien eine völlig andere Reaktion und Fragebeantwortung von Dr. I. beobachten, der auf die Frage, ob die Beschwerdeführerin damals tatsächlich nicht habe sagen können, was eine Larynxmaske ist, zunächst in zwei Sätzen festhielt, um welchen Notbehelf es sich bei diesem Instrument handelt und wann er verwendet wird (Verhandlungsprotokoll Seite 22).

Aufgrund des fehlenden praktischen Einsatzes sowie entsprechender Fortbildung und Übung gelangte das Verwaltungsgericht Wien insgesamt zur Feststellung, dass die Beschwerdeführerin mit einer Larynxmaske nicht in vertrauter Weise umgehen und diese in einer Notfallsituation auch nicht rasch und sicher einsetzen könnte.

III.3.4. Rotameter

Die Feststellung der Unkenntnis der Beschwerdeführerin über die Funktion des Rotameters an ihrem Sauerstoffgerät beruht auf dem niederschriftlich festgehaltenen Sachverhalt und den dazu gemachten Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Ordinationsprüfung am 16.7.2013 (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 6). In der Verhandlung beim VGW hat die Beschwerdeführerin die (damalige) Unkenntnis nicht bestritten, sondern auf ihre Herzbeschwerden und auf ihre Nervosität wegen der großen Zahl an Personen in und außerhalb der Ordination am 16.7.2013 verwiesen.

III.3.5. Beatmung

Die Feststellungen zur Erkennbarkeit der Notwendigkeit einer assistierten Beatmung beruhen auf der dem Verwaltungsgericht Wien als völlig lebensfremd erscheinenden Angabe der Beschwerdeführerin in der Sitzung des Ehrenrates am 9.10.2013 (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 9.10.2013, Beilage 16 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 4, über Befragen von Dr. Sch.). Wenn einem erfahrenen Arzt mit bloßem Auge die Notwendigkeit einer assistierten Beatmung eines Narkosepatienten rechtzeitig und verlässlich erkennbar wäre, würde dies die

kostenintensive Entwicklung und den standardisierten Einsatz technischer Geräte bei Vollnarkosen, ohne den die heute lege artis praktizierte Medizin nicht vorstellbar ist, ad absurdum führen.

III.3.6. Narkosegerät

Das Fehlen eines Anästhesiegerätes in der Ordination am 16.7.2013 wurde in der Niederschrift zur Ordinationsprüfung am 16.7.2013 festgehalten (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 6). Das vorgelegte Privatgutachten von Dr. W. vom 9.9.2013 enthält dazu – im Hinblick auf die Fachrichtung des Gutachters – keine Angaben.

In der Verhandlung beim VGW gab die Beschwerdeführerin an, dass ein Narkosegerät "eigentlich nicht notwendig" sei, weil die Narkosen maximal zehn Minuten dauern. Diese Angaben erscheinen etwas fragwürdig, weil die Notwendigkeit eines grundsätzlich zu einem Anästhesiearbeitsplatz gehörenden Gerätes wohl nicht anhand der Eingriffsdauer einer komplikationslos verlaufenden D&E beurteilt werden kann. Außerdem ist aus den von der Beschwerdeführerin vorgelegten Ultraschallbildern ersichtlich, dass Eingriffe – bzw. die vor- und nachwirkende Anästhesie – durchaus länger dauern können (etwa 17 oder 20 Minuten anhand der vor und nach dem Eingriff erstellten Ultraschallbilder gemäß Beilage 10 zum Verhandlungsprotokoll). Auch Dr.ⁱⁿ K. hat in der Verhandlung beim VGW angegeben, dass nach ihrer Erfahrung im Allgemeinen Krankenhaus Wien je nach Eingriffsverlauf die reine Eingriffszeit mit zehn bis dreißig Minuten anzusetzen ist.

Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Beschwerdeführerin wegen dieses Umstands mit Straferkenntnis vom 13.1.2015 zur Zl. MBA 18 - S 30415/13 zu einer Verwaltungsstrafe verurteilt worden ist, gegen die sie Beschwerde erhoben hat, ohne jedoch in der Verhandlung beim VGW konkrete Gründe dafür anzugeben, warum sie allenfalls der Überzeugung sei, dass ein Narkosegerät in ihrer Ordination prinzipiell nicht benötigt werde. Eine solche Auseinandersetzung mit dem Thema wäre jedoch zu erwarten gewesen, sollte die Beschwerdeführerin tatsächlich eine andere Ansicht als die im Verwaltungsstrafverfahren beigezogenen Sachverständigen vertreten. Darüber hinaus sprechen die Wahrnehmungen von Dr. I. (Verhandlungsprotokoll Seite 22) zur Ausstattung von Anästhesiearbeitsplätzen für die Notwendigkeit eines solchen Geräts.

III.3.7. Arzneimittel

Die Feststellungen zu Propofol und Gewacalm gründen sich auf die protokollierten Antworten der Beschwerdeführerin in den Sitzungen des Ehrenrats am 8.5.2013 (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 8.5.2013, Seite 5, über Befragen von

Dr. H.) und am 19.11.2013 (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 19.11.2013, Seite 5, auf Befragen von Dr. I.).

Am 8.5.2013 gab die Beschwerdeführerin in der Sitzung des Ehrenrates an (Beilage 4 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 5) dass sie jeweils halbe Ampullen zu je 9 bis 10 ml Propofol vorbereite. Allerdings konnte sie in dieser Sitzung "auswendig keine definitive Auskunft" über den prozentuellen Konzentrationsgrad des in ihrer Praxis eingesetzten Propofols geben. In dieser Sitzung des Ehrenrates bestätigte die Beschwerdeführerin, dass Propofol "sukzessive zu verabreichen ist, weil seine Wirkungsdauer nicht generell zu prognostizieren ist". Das steht im Gegensatz zu den von der Beschwerdeführerin vorgelegten Kopien von "Narkoseprotokollen", die weder Angaben zur konkret verabreichten Propofolkonzentration noch zum Zeitpunkt der Verabreichung während des Eingriffs enthalten (Beilagen 8 bis 10 zum Verhandlungsprotokoll). In der Sitzung des Ehrenrates am 19.11.2013 wurde die Beschwerdeführerin damit konfrontiert, die Frage nach der Quantifizierung verabreichter Propofolmengen lediglich unter Bezugnahme auf Ampullen beantwortet zu haben. Sie konnte auch am 19.11.2013 unverändert zum Zusammenhang zwischen unterschiedlicher Propofolkonzentration und davon abhängiger Quantifizierung nach Ampullen nicht Stellung nehmen und gab an, dass sie "bedauere, dass ... [sie] auch heute über die unterschiedlichen Konzentrationen in ärztlicher Praxis verwendeten Propofols nicht Bescheid weiß" (Beilage 17 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 5). Damit gab sie unzweifelhaft zu erkennen, dass sie über dieses Wissen verfügen müsste, sonst wäre ein Bedauern nicht angebracht. Die Zusammenfassung der Wahrnehmungen von Dr. I. in der Verhandlung beim VGW über die früheren Befragungen der Beschwerdeführerin zu Propofol hat die Beschwerdeführerin nicht veranlasst, diese Aspekte aufzuklären, zu entkräften oder richtig zu stellen (Verhandlungsprotokoll Seite 23). Vielmehr hat sie die Aussagen von Dr. I. unwidersprochen gelassen. Es entstand daher insgesamt der Eindruck, dass der Beschwerdeführerin der Umgang mit Propofol und seiner Dosierung nicht im erforderlichen Umfang bekannt war und sie diesen Ausführungen nicht entgegengetreten konnte, weil sie eine fachliche Stellungnahme nicht abgeben konnte. Eine inhaltliche Auseinandersetzung verschiedener fachlicher Ansichten unter gerichtlicher Beiziehung eines Sachverständigen war daher nicht erforderlich.

Die in der Sitzung des Ehrenrates am 19.11.2013 gestellte Frage nach der Halbwertszeit des Medikaments Gewacalm, mit dem die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben die Patientinnen vor dem Eingriff regelmäßig vorbehandelte, konnte sie nicht beantworten (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 19.11.2013, Seite 5, über Befragen von Dr. I.).

III.4. Patientenbetreuung – Aufklärung und Beratung

III.4.1. Aufklärungs- und Informationsunterlagen

Die in den Feststellungen wiedergegeben Unterlagen zur Aufklärung von Patientinnen sowie das neu hinzugekommene Formular mit dem Titel "Narkoseaufklärung – und Einwilligung" hat die Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 10.10.2013 an die belangte Behörde übermittelt (Beilage 5 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 11 bis 15 dieser Beilage).

Die bisherige Verwendung der beiden Formulare "Fragebogen" und "Merkblatt" wurde von der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit vorgebracht und entsprechend ausgefüllte Unterlagen vorgelegt (Beilagen 8 bis 10 zum Verhandlungsprotokoll). Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch bestätigt (Verhandlungsprotokoll Seite 10).

III.4.2. Fragebogen

Das festgestellte Aussehen des Fragebogens konnte auf Grundlage des Akteninhalts und des Vorbringens der Beschwerdeführerin festgestellt werden.

III.4.3. Merkblatt

Das festgestellte Aussehen des Merkblatts konnte auf Grundlage des Akteninhalts und des Vorbringens der Beschwerdeführerin festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin hat zudem bestätigt, dass ein anderes Merkblatt nicht existierte (Verhandlungsprotokoll Seite 26).

III.4.4. Narkoseaufklärung und Einwilligung

Das festgestellte Aussehen des vorformulierten Texts mit dem Titel "Narkoseaufklärung – und Einwilligung" konnte auf Grundlage des Akteninhalts und des Vorbringens der Beschwerdeführerin festgestellt werden (Verhandlungsprotokoll Seite 11).

III.4.5. Aufklärung über die Methoden einer Schwangerschaftsbeendigung

Aus den vorgelegten Aufklärungsunterlagen konnte nicht abgeleitet werden, dass die Beschwerdeführerin im Aufklärungs- und Beratungsgespräch über andere Methoden des Schwangerschaftsabbruchs einschließlich der Anästhesiemöglichkeiten unterrichtete und ihre Patientinnen durch eine Gegenüberstellung der einzelnen Für und Wider der zur Verfügung stehenden Methoden informiert hat.

Die Beschwerdeführerin führte keine Dokumentation über den Inhalt, den Zeitpunkt und die Dauer des Aufklärungsgesprächs mit einer Patientin (Verhandlungsprotokoll

Seite 12). Informationsunterlagen mit einer Gegenüberstellung der jeweiligen Abtreibungsmethoden hat die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben nicht verwendet. Daher wurde sie in der Verhandlung beim VGW aufgefordert auszuführen, wie ein Aufklärungsgespräch ablief. Sie wurde ausdrücklich ersucht, die Themen anzugeben, die dabei besprochen wurden und Beispiele für häufig wiederkehrende Fragen zu nennen. Das Thema verschiedener Abtreibungsmethoden und Risiken von Anästhesien wurde dabei von der Beschwerdeführerin nicht erwähnt (Verhandlungsprotokoll Seite 11).

Auf die spätere Frage des Verwaltungsgerichts Wien an Dr.ⁱⁿ K., welche Methoden des Schwangerschaftsabbruchs statistisch am häufigsten angewendet werden, erwähnte diese nach Hinweis auf die jeweiligen Methoden, dass sich die Patientin für eine Abbruchmethode entscheiden könne (Verhandlungsprotokoll Seite 24).

Auf die daraufhin gestellte Frage des anwaltlichen Vertreters der Beschwerdeführerin an seine Mandantin, ob sie über die verschiedenen Abtreibungsmethoden aufkläre, antwortete die Beschwerdeführerin bejahend und verwies auf eine mündliche Aufklärung anhand des Merkblatts. Auf die Frage, welches Merkblatt gemeint sei, wurde schließlich auf das von ihr verwendete, oben erwähnte Merkblatt hingewiesen, das eben keine Informationen über die verschiedenen Abtreibungsmethoden enthält. Ein anderes Merkblatt – insbesondere mit den behaupteten Informationen zu verschiedenen Abtreibungsmethoden – gab es nicht, was unmittelbar auf Rückfrage bestätigt wurde (Verhandlungsprotokoll Seite 24). Die Beschwerdeführerin äußerte die Ansicht, dass schwangere Frauen nicht zu ihr gekommen wären, wenn sie eine andere Abtreibungsmethode als D&E bevorzugt hätten. Sie war in der Verhandlung beim VGW auch davon überzeugt, dass D&E – interessanterweise trotz der privatgutachterlich in eine andere Richtung gehenden Stellungnahme und Empfehlung (vgl. oben unter Punkt III.1.2) – die "sicherste Methode" sei.

Insgesamt legt eine Gesamtwürdigung dieser Äußerungen es nahe, dass aufgrund der Präferenz der Beschwerdeführerin für den Schwangerschaftsabbruch mittels D&E eine Aufklärung über andere Abtreibungsmethoden unterblieben ist.

Häufig erfolgte der Erstkontakt mit der Patientin, die Zahlung, Aufklärung, Untersuchung und D&E an einem Tag (Verhandlungsprotokoll Seite 11 und Seite 18). Bei einem solchen Ablauf erscheint die Erörterung alternativer, in der Ordination der Beschwerdeführerin gar nicht zur Verfügung stehender Abtreibungsmethoden nicht naheliegend.

Schließlich war mit der Lebenserfahrung nicht davon auszugehen, dass Patientinnen bereits vollständig informiert die Ordination der Beschwerdeführerin zur Durchführung einer bestimmten Eingriffsmethode zur Beendigung ihrer Schwangerschaft aufgesucht haben. Auch wenn eine Frau einen solchen Eingriff bereits hinter sich hatte, kann

keinesfalls darauf geschlossen werden, dass sie sich jedenfalls wieder für diese Methode entscheidet, ohne an möglicherweise moderneren und besseren Möglichkeiten interessiert zu sein. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sich die betroffenen Frauen allein durch Internetrecherche und ohne fallbezogene persönliche Konsultierung eines Mediziners ausreichend über die Risiken informiert fühlen und daher ohne Beratungs- und Untersuchungsbedarf die Ordination der Beschwerdeführerin betreten haben. Auch ist nicht davon auszugehen, dass sich eine Patientin bei einem Arzt (denkbar wäre eine Beratung bei ihrem Gynäkologen) informiert und dann ohne weiteren Beratungsbedarf eine andere Ordination ausschließlich für die Durchführung des Eingriffs aufsucht.

Es kann durchaus sein, dass viele Patientinnen der Beschwerdeführerin tatsächlich kein Interesse an einer eingehenden Beratung hatten, wie es die Beschwerdeführerin beschrieben hat (Verhandlungsprotokoll Seite 12 oder Seite 14 hinsichtlich Rücksprachemöglichkeit mit dem Konsiliararzt). Allerdings wurden keine entsprechenden Verzichtserklärungen unterschrieben, dass im Interesse einer sofortigen Durchführung der Abtreibung die weitere Beratung abgelehnt wird. Gemessen an der Zahl der in der Ordination der Beschwerdeführerin durchgeführten Eingriffe wäre zu erwarten gewesen, dass eine kurze schriftliche Übersicht die Eckpunkte der einzelnen Methoden zusammenfasst und gegenüberstellt, sodass trotz Verzichts erkennbar wird, dass zumindest die Möglichkeit bestand, dass sich die Patientin einen Eindruck von den zur Verfügung stehenden Optionen verschafft. Dies war jedoch nicht vorhanden. Im Ergebnis konnte daher als erwiesen festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin ihren Beratungsumfang anhand einer Patientengruppe ausgerichtet hat, die aus ihrer Sicht nicht informiert werden wollte, vor allem weil es sich oft nicht um die erste Abtreibung handelte, und daher von vornherein grundsätzlich keine Beratung bzw. Aufklärung durchführte.

Die Rolle des den Eingriff durchführenden Konsiliararztes ergab sich aus den Angaben der Beschwerdeführerin über den üblichen Verlauf des Abbruchs sowie aus den damit übereinstimmenden Angaben der in früheren Verfahren als Zeugen einvernommenen Fachärzte, die insbesondere von der Beschwerdeführerin selbst vorgelegt wurden (die im Schreiben der Beschwerdeführerin vom 22.9.2011 vorgelegte Niederschrift der Angaben des Konsiliararztes Dr. Z. vom 20.3.2009 bei der MA 40 zur Zl. 40-GR-1-602/2009 sowie die Angaben des vor dem Unabhängigen Verwaltungssenat Wien am 17.8.2010 als Zeugen einvernommenen Dr. Wi. zur Zl. UVS-06/22/7078/2009-11).

III.4.6. Aufklärung über den operierenden Konsiliararzt

Die Feststellungen über die fehlende genaue Information über den beigezogenen Konsiliararzt gründen sich auf die von der Beschwerdeführerin bisher verwendeten und

vorgelegten Unterlagen (Beilagen 8 bis 10 zum Verhandlungsprotokoll). Ein vorgegebenes Feld zur Eintragung des Namens des Konsiliararztes sahen und sehen diese Formulare nicht vor, ebenso wenig die Gegenzeichnung der Anamnese, der Ultraschallbilder oder des Protokolls über den Eingriff. Dies war keine versehentliche Unvollständigkeit der Unterlagen, sondern von den beigezogenen Konsiliarärzten nicht gewünscht (Verhandlungsprotokoll Seite 12 und Seite 14).

III.4.7. Aufklärung und Beratung bei fremdsprachigen Patientinnen

Die Anfertigung und Verwendung von Formularen in Fremdsprachen hat die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW verneint (Verhandlungsprotokoll Seite 11). Die geplante Verwendung sprachlich angepasster Unterlagen auf Basis der vorgelegten, in Deutsch gehaltenen Unterlagen wurde nicht in Aussicht gestellt, auch wenn das Fehlen fremdsprachiger Unterlagen anlässlich früherer Ordinationsprüfungen beanstandet wurde (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 4, Punkt 9).

Dass bei im Durchschnitt 1.100 Patientinnen im Jahr wirklich alle Deutsch konnten, insbesondere wenn die Beschwerdeführerin auf den internationalen Patientinnenkreis verweist, liegt außerhalb jeglicher Lebenserfahrung. Aus der von der Beschwerdeführerin vorgelegten Zeugenaussage des mehr als 20 Jahre in der Ordination der Beschwerdeführerin tätigen Konsiliararztes Dr. B. ergibt sich, dass viele Patientinnen der Beschwerdeführerin Ausländerinnen waren (Schreiben des damaligen Vertreters der Beschwerdeführerin vom 22.9.2011, ON 3 des erstinstanzlichen Verwaltungsakts, mit Beilage der Niederschrift der MA 40 vom 25.3.2009 zur Zl. MA40-GR-1-602/2009, Seite 4). Zudem ergibt sich aus der mit diesem Schreiben ebenfalls vorgelegten Protokollierung der Zeugenaussage des von ihr seit dem Jahr 2000 beigezogenen Konsiliararztes Dr. Z., dass eine Verständigung mit Patientinnen "manchmal 'mit Händen und Füßen'" erfolgte (Niederschrift der MA 40 vom 20.9.2009 zur Zl. MA40-GR-1-602/2009). Inwieweit eine seriöse Aufklärung über Risiken und Komplikationen im Zusammenhang mit einem chirurgisch durchgeführten Schwangerschaftsabbruch in Vollnarkose allein durch Gestik möglich sein kann, und zwar ohne zumindest ein fremdsprachiges generelles Informationsdokument vor sich zu haben, auf das verwiesen werden könnte, ist nicht einmal im Ansatz vorstellbar. Es erscheint auch zweifelhaft, dass die – häufig wenn nicht überwiegend aus sozial ärmeren Schichten stammenden – ausländischen Patientinnen der Beschwerdeführerin fast durchgehend hinreichend gut Deutsch konnten, sodass aufgrund der wenigen Ausnahmefälle von fremdsprachigen Unterlagen hätte abgesehen werden können.

Es war daher festzustellen, dass sprachliche Fähigkeiten den Umfang der Beratung und Aufklärung begrenzten und nicht das tatsächliche Informationsbedürfnis der jeweiligen Patientin, und dass dies bei einem großen, wenn nicht sogar überwiegenden Anteil der Patientinnen zu einer mangelhaften oder gänzlich fehlenden tatsächlichen Informationsvermittlung führte.

III.4.8. Dokumentation über Aufklärung und Verzichtserklärungen

Aus den vorgelegten Patientenunterlagen war ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin über den Inhalt der von ihr allenfalls durchgeführten Aufklärung keine Aufzeichnungen erstellte. Dies wurde anlässlich der Ordinationsprüfung am 12.7.2011 ebenfalls protokolliert (Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011, Seite 3).

Die Feststellungen zur fehlenden Dokumentation über den Inhalt der tatsächlichen Aufklärung zu Operationsrisiken gründen sich zudem auf die niederschriftlich festgehaltenen Wahrnehmungen von Dr. S. anlässlich der Ordinationsüberprüfung am 12.7.2011, wonach der Inhalt der Aufklärung, der Zeitpunkt der Aufklärung und der Umfang der Aufklärung in der begutachteten Dokumentation nicht notiert wurden und eine präoperative Abklärung, etwa durch Laborbefunde, nicht erfolgte (Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011, Seite 3, sowie Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 5). Diese Angaben hat Dr. S. in der Verhandlung beim VGW im Wesentlichen allgemein zusammengefasst und bekräftigt (Verhandlungsprotokoll Seite 18).

Die Beschwerdeführerin hat in der Verhandlung beim VGW bestätigt, dass sie den Inhalt der Aufklärung und den Zeitpunkt der Aufklärung nicht schriftlich aufnehme (Verhandlungsprotokoll Seite 12).

III.5. Patientenbetreuung – Behandlung

III.5.1. Behandlungsspektrum

Die Feststellungen zum Behandlungsspektrum und der Ausstattung der Ordination der Beschwerdeführerin beruhen auf den insoweit unstrittigen Verwaltungsakten, insbesondere den Niederschriften über die Ordinationsprüfungen und den dazu protokollierten Wahrnehmungen der beteiligten Personen und den gemachten Angaben der Beschwerdeführerin (Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011 und vom 16.7.2013 zur Zl. MA40-GR-226.591/2013 und Zl. MA40-GR-541.694/2013).

Die festgestellte Zahl von etwa 1.100 Eingriffen pro Jahr an durchgeführten Abtreibungen hat die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW angegeben. Sie erscheint anhand des Akteninhalts und den statistischen Schätzungen für Österreich nachvollziehbar und glaubwürdig. Die Beschwerdeführerin hat auch immer von "zig-Tausend" Eingriffen in der Vergangenheit gesprochen (Beilage 10 zum Verhandlungsprotokoll). Diese Zahl steht auch in einem nachvollziehbaren Verhältnis zu den von der Beschwerdeführerin am 8.10.2013 bei der belangten Behörde vorgelegten Auszügen aus ihrer Buchhaltung (insbesondere Honorare) für die Jahre 2010, 2011 und 2012 (ON 71 des erstinstanzlichen Verwaltungsakts).

Die Anordnung der Einrichtung im Eingriffsraum und die möglichst gedrängte Behandlung von Patientinnen hat die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW beschrieben (Verhandlungsprotokoll Seite 13). Zur räumlichen Gestaltung und Ausstattung der Ordination hat die Beschwerdeführerin zuletzt ein "Begutachtungs- bzw. Begehungsprotokoll" der A. GmbH vom 13.8.2013 vorgelegt, worauf sich diese Sachverhaltsfeststellungen ebenfalls stützen.

III.5.2. Behandlungstätigkeit

Die Feststellungen zur eigenen medizinischen Tätigkeit und insbesondere zu den von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen Aufgaben bei der Vornahme von Schwangerschaftsunterbrechungen basieren auf den mündlichen und schriftlichen Angaben der Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren sowie der diese Tätigkeiten bestätigenden Stellungnahme in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 9 im Zusammenhang mit Kontrolluntersuchungen über Vorhalt der Beilage 12 zum Verhandlungsprotokoll sowie Seite 13).

Die festgestellte durchschnittliche Eingriffsdauer einer D&E beruht auf den Angaben der Beschwerdeführerin (Verhandlungsprotokoll Seite 13) sowie Dr.ⁱⁿ K., die aus ihrer persönlichen Erfahrung eine reine Eingriffsdauer je nach Operationsverlauf von zehn bis dreißig Minuten nannte (Verhandlungsprotokoll Seite 24). Eine Dauer um die zwanzig Minuten ergab sich auch aus zwei von der Beschwerdeführerin selbst vorgelegten, als typisches Beispiel bezeichneten Patientengeschichten über diese beiden – daher offenbar komplikationslos – verlaufenen Eingriffe (Beilage 10 zum Verhandlungsprotokoll). Aus jeweils zu Beginn und gegen Ende der D&E erstellten (offenbar vom Konsiliararzt paraphierten) Ultraschallbildern lässt sich in etwa eine gewöhnliche Operationsdauer von 17 bis 20 Minuten ableiten.

Die Feststellungen zur fehlenden Beaufsichtigung gründen sich einerseits auf den im Detail dargestellten konkreten Behandlungsfall vom 9.7.2013, und andererseits auf den als typisch beschriebenen Arbeitsumfang und Aufgabenbereich der Beschwerdeführerin,

der in Zusammenschau mit der angegebenen Anzahl und dem Ablauf der durchgeführten Abtreibungen eine physische Präsenz der Beschwerdeführerin bei mehreren Patientinnen in vielen Fällen (wenn nicht sogar regelmäßig) unmöglich erscheinen lässt.

III.5.3. Konkrete Behandlungsfälle

Die Feststellungen zur Behandlung zweier Patientinnen am 9.7.2013 bauen auf den von der Beschwerdeführerin vorgelegten typischen Beispielen für eine Protokollierung einer D&E auf (Beilage 10 zum Verhandlungsprotokoll) und ihren Angaben in der Verhandlung beim VGW über den Zeitpunkt, wann ein Ultraschallbild erstellt wird und welche Kontrolluntersuchungen bei einer Patientin am Ende einer Operation und bei ihrer Entlassung aus der Ordination durchgeführt werden (Verhandlungsprotokoll Seite 9 bis 10). Über Vorhalt konnte die Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW die Details ihrer physischen Präsenz zunächst nicht aufklären und berief sich nach einiger Überlegung darauf, dass sie sich bei der Uhrzeit der Entlassung verschrieben haben müsse. Dies erschien aber nicht glaubwürdig. Das Schriftbild selbst ist sehr eindeutig und die Uhrzeit der Entlassung um 12:40 Uhr sogar durch Einkreisen hervorgehoben, obwohl in den anderen dem Verwaltungsgericht Wien vorliegenden Patientengeschichten (Beilage 8 und Beilage 9 sowie zur zweiten Patientin Beilage 10 des Verhandlungsprotokolls) die Uhrzeit der für die Entlassung gemachten Kontrolluntersuchung gar nicht erst vermerkt wurde. In diesem Fall dürfte die Beschwerdeführerin also explizit daran gedacht haben, den Zeitpunkt zu notieren. Die Beschwerdeführerin schien vielmehr als Antwort auf den Vorhalt erkannt zu haben, dass es besser sei, eine fehlerhafte Protokollierung einer Kontrolluntersuchung und damit eine nicht verlässliche Führung einer – komplikationslos verlaufenden – Patientengeschichte zu behaupten, um den Anschein einer Vernachlässigung höherer medizinischer Überwachungspflichten als verantwortliche Ärztin während einer Anästhesie zu vermeiden. Außerdem dürfte auch der Zeitpunkt der Entlassung der Patientin – recht genau zwei Stunden nach dem abschließenden Ultraschallbild von 10:42 Uhr – zu ihrem tatsächlichen Entlassungszeitpunkt passen.

Die Feststellungen zur Komplikation am 11.6.2013 beruhen auf den entsprechenden Patientenunterlagen (Beilage 8 zum Verhandlungsprotokoll), dem Schreiben des Generaldirektors der Wiener Gebietskrankenkasse an die Staatsanwaltschaft vom 8.7.2013 betreffend den Vorfall (ON 21 des erstinstanzlichen Verwaltungsakts) sowie den Ausführungen der Beschwerdeführerin dazu in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 16). Aus welchem Grund die Beschwerdeführerin den Konsiliararzt zu Hilfe rief, bei dem sich Komplikationen "in letzter Zeit gehäuft" hatten (Verhandlungsprotokoll Seite 14), ist nicht nachvollziehbar, zumal in der Ordination der Beschwerdeführerin eine umfassende Notfallausrüstung für Komplikationsfälle nicht

vorhanden war. Obwohl die Beschwerdeführerin angegeben hat, dass sie die Notfallsituation erkannt habe und die Diagnose "Panikattacken" eine "anamnestische Zusatzinformation" sei (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 8), erfolgte keine Verständigung der Rettung zum Abtransport der Patientin in ein Krankenhaus. Nicht nachvollzogen werden kann auch, dass die Beschwerdeführerin eine also geboten erkannte Überstellung in ein Krankenhaus nur deswegen nicht veranlasste, weil die Patientin den Wunsch hatte, Kosten für ihre weitere Behandlung zu vermeiden, wie auch überhaupt die Äußerung einer solchen Kostenüberlegung durch die Patientin in dieser Situation lebensfremd erscheint. Dass dann auch noch der langsamere Transport einer schwer verletzten Patientin in einem Privatfahrzeug erfolgte, nachdem die Entscheidung für ein Krankenhaus bereits gefallen war, legt die Annahme nahe, dass in Wahrheit andere Motive als ein Kostenargument der Patientin maßgeblich für das festgestellte Verhalten der Beschwerdeführerin waren.

III.6. Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten

Die Namen der in den letzten drei Jahren beigezogenen Konsiliarärzte hat die Beschwerdeführerin in der notariell beglaubigt unterfertigten Stellungnahme vom 28.9.2011 anlässlich einer von ihr nicht wahrgenommen Sitzung des Ehrenrats und in ihrer Stellungnahme an die belangte Behörde vom 30.7.2013 genannt (ON 4 des erstinstanzlichen Verwaltungsakts). Zu diesen Ärzten hat die belangte Behörde Auszüge aus der Ärzteliste eingeholt und sie um eine nähere Stellungnahme zu ihrem Tätigwerden in der Ordination der Beschwerdeführerin ersucht. Die Beiziehung der Konsiliarärzte in dieser Form nach kurzfristiger telefonischer Vereinbarung ist nicht strittig (Auszug aus dem Sitzungsprotokoll des Ehrenrats vom 14.12.2011, Seite 3; niederschriftlich protokollierte Einvernahmen zweier Konsiliarärzte im März 2009 bei der MA 40 zur Zl. 40-GR-1-602/2009).

Die Feststellungen zur fehlenden Dokumentation beruhen auf den vorgelegten und ergänzten Informationsunterlagen der Beschwerdeführerin (Beilage 6 zum Verhandlungsprotokoll, insbesondere die Seite und Rückseite der Formulare mit dem Titel "Fragebogen" und "Merkblatt"). Die weiteren Feststellungen beruhen auf den Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW (Verhandlungsprotokoll Seite 12 und Seite 14).

Das Erstellen von schriftlichen Fehlerprotokollen hat die Beschwerdeführerin in der mündlichen Verhandlung beim VGW mit Hinweis auf handschriftliche Anmerkungen auf dem Fragebogen verneint.

III.7. Dokumentation der medizinischen Behandlung

III.7.1. Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der Anästhesie

Die Feststellungen zur Dokumentation von Eingriffen durch die Beschwerdeführerin beruhen auf der teilweise von ihr als repräsentative Beispiele vorgelegten Patientendokumentation sowie der Krankengeschichten von zwei Komplikationsfällen (Beilagen 8, 9 und 10 zum Verhandlungsprotokoll).

Die Feststellung, dass die Dauer des Eingriffs nur anhand der "Ultraschalldaten" protokolliert wurde, beruht auf ihren dazu wiederholt getätigten Äußerungen (Beilage 10 zum Verhandlungsprotokoll; Rechtfertigung der Beschwerdeführerin vom 17.9.2013, Seite 12, wonach "eindeutig nachvollziehbar [*ist*,] wie lange ein Eingriff gedauert hat"; sowie übereinstimmend in der Revision der Beschwerdeführerin vom 12.5.2014 gegen den Berufungsbescheid des Landeshauptmanns von Wien vom 26.11.2013 zur Zl. MA 40-GR-619.396/2013, Seite 10, und der Beschwerde gegen das Straferkenntnis vom 13.1.2015 zur Zl. MBA 18 - S 30415/13, Seite 11, nämlich dass eindeutig oder leicht nachvollziehbar sei, wie lange die Operationen und Narkosen gedauert haben, da sie jeweils vor und nach einer Abtreibung Ultraschallbilder anfertigt, die einen Zeitstempel tragen). Schließlich gab die Beschwerdeführerin in einem Disziplinarverfahren an, dass beim zweiten Ultraschall (betreffend eine am 30.5.2011 behandelte Patientin, bei der es einige Tage später zu einer Infektion kam) in "diesem Zeitpunkt ... die Patientin noch narkotisiert [*ist*], weil vielleicht noch ein nachfolgender Eingriff noch erforderlich werden könnte" (Protokoll der mündlichen Verhandlung vor der Disziplinarkommission für Wien, Niederösterreich und Burgenland vom 28.11.2012, Dk 8/2012-W, Beilage 13 zum Verhandlungsprotokoll, Seite 2). Schließlich war die Dauer einer Narkose und eines Eingriffs in einem weiteren Fall aus den Ultraschallbildern nicht ableitbar, was aus der Dokumentation betreffend den Eingriff am 30.5.2011 ersichtlich ist (Beilage 9 zum Verhandlungsprotokoll).

Die festgestellte problematische Form und Lesbarkeit der Dokumentation ergibt sich aus dem äußeren Erscheinungsbild der vorgelegten "Narkoseprotokolle".

III.7.2. Dokumentation des operativen Eingriffs

Die Feststellung zur fehlenden Eingriffsdokumentation und nicht existierenden Eingriffsprotokollen ergab sich aus der Nichtvorlage entsprechender Unterlagen im gesamten verwaltungsbehördlichen und verwaltungsgerichtlichen Verfahren.

III.7.3. Zugriff auf frühere Patientengeschichten

Die festgestellte Dokumentation in Papierform ohne automationsunterstützte Dokumentationsführung ist unstrittig.

Am 16.7.2013 konnte zum Behandlungsverlauf zu zwei Patientinnen, über die in den Medien berichtet wurde (Komplikation vom 13.8.2012 und vom 31.3.2010), nur die Krankengeschichte der Patientin betreffend den zeitlich näher zurückliegenden Vorfall vom 13.8.2012 gefunden und vorgelegt werden, nicht aber zu jener Komplikation vom 31.3.2010, die sich etwa vor drei Jahren vor der Ordinationsprüfung ereignet hatte (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 5, Punkt 17). Der Rechtfertigung der Beschwerdeführerin in der Verhandlung beim VGW, in einem versteckten Kasten wären diese Unterlagen archiviert, sie wollte diese aber nicht hergeben, konnte das Verwaltungsgericht Wien keinen Glauben schenken (Verhandlungsprotokoll Seite 21).

Über die Komplikation vom 31.3.2010 existierten zwei unterschiedliche handschriftliche Bestätigungen über die Zuweisung der Patientin in ein Krankenhaus (vgl. dazu Punkt II.7.4).

Die Beschwerdeführerin war zur Suche von Krankengeschichten für ihre Vorlage auf die Mitarbeit ihrer Tochter angewiesen (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 4, Punkt 11). Sie war also nicht in der Lage, in ihrer Dokumentation die entsprechenden Unterlagen zu finden. Dass die Patientenkartei nicht alphabetisch geführt wird und das Auffinden weiter zurückliegender Karteien zeitaufwändig und unsicher ist, hat die Beschwerdeführerin während der Ordinationsprüfung am 16.7.2013 nicht bestritten sondern angeführt, dass dies kein Mangel sei (Niederschrift der MA 40 vom 16.7.2013 zu den Zlen. MA40-GR-226.591/2013 und MA40-GR-541.694/2013, Seite 5, Punkt 15). Auch zum Ersuchen um Vorlage von Krankengeschichten zu Komplikationen, über die in den Medien berichtet wurde, konnte die Beschwerdeführerin erst nach einer Fristerstreckung Unterlagen vorlegen. Diese bestanden aus einer einzigen Seite, die die Überweisung an ein Krankenhaus belegte (vgl. dazu Punkt II.7.4). Weitere Unterlagen wurden nicht vorgelegt. Dies ließ zweifelsfrei auf die festgestellte mangelhafte Dokumentation schließen.

III.7.4. Dokumentation von Komplikationsfällen

Die Feststellungen zu den Komplikationsfällen beruhen auf den Unterlagen, die die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme an die belangte Behörde vom 30.7.2013 übermittelt hat. Sie sind handschriftlich ausgefüllt, haben jeweils die gleiche Form und

sind von der Beschwerdeführerin abgestempelt. Die weiteren Komplikationen konnten den Verwaltungsakten (ON 59 des erstinstanzlichen Verwaltungsakts) entnommen werden.

III.8. Ordinationsausstattung

Betreffend Operationsleuchte ist auf den festgestellten Sachverhalt des Berufungsbescheids des Unabhängigen Verwaltungssenats Wien vom 18.11.2010 zur Zl. UVS-06/22/7078/2009 zu verweisen. Hinsichtlich des Austausches der Operationslampe gegen ein Gerät mit Batteriepufferung gründen sich die weiteren Feststellungen auf die Niederschrift über die angekündigte Ordinationsbesichtigung am 18.6.2009 (Niederschrift der MA 40 zur Zl. MA40-GR-1-602/2009). Die neuerlichen Probleme aufgrund der Nichtverwendung der Batteriepufferung konnten der Niederschrift über die Ordinationsprüfung am 19.3.2013 entnommen werden (Verhandlungsschrift der MA 40 vom 19.3.2013 zur Zl. MA40-GR-226.591/2013, Seite 6).

Die festgestellte Verwendungseignung des Ultraschallgeräts beruht auf dem von der Beschwerdeführerin vorgelegten Privatgutachten von Dr. W. vom 9.9.2013, der die eingeschränkte Verwendung lediglich im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen für ausreichend erachtet hatte.

Das festgestellte Fehlen eines Notfallkoffers, eines Defibrillators und einer Ausrüstung für die manuelle Beatmung von Patientinnen bzw. eines Narkosegeräts wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

Die Feststellungen zu den zur Sperre der Ordination der Beschwerdeführerin am 12.7.2011 führenden Mängeln beruhen auf der Niederschrift der MA 40 vom 12.7.2011 zur Zl. MA40-GR-1-5598/2011 samt Fotodokumentation und wurden von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

Die Verwendung und die in medizinisch genutzten Räumen bestehende Gefährlichkeit des mobilen Klimageräts des Typs "HE Maximega 10.000" hat die Beschwerdeführerin nicht bestritten.

III.9. Rechtskräftige Verwaltungsstrafen

Die Feststellungen zu den verhängten Verwaltungsstrafen und dem diesen zu Grunde liegenden Sachverhalt beruhen auf den unter Punkt II.9 auszugsweise wörtlich zitierten Entscheidungen.

IV. Das Verwaltungsgericht Wien hat erwogen:

IV.1. Rechtlicher Rahmen

IV.1.1. Allgemein

Gemäß Art. 130 Abs. 1 Z 1 B-VG (in der Fassung der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, BGBl. I Nr. 51/2012) erkennen ab 1.1.2014 die Verwaltungsgerichte über Beschwerden gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit. Nach Art. 132 Abs. 1 Z 1 B-VG kann gegen den Bescheid einer Verwaltungsbehörde wegen Rechtswidrigkeit Beschwerde erheben, wer durch den Bescheid in seinen Rechten verletzt zu sein behauptet.

Nach § 28 Abs. 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist. Gemäß Abs. 2 leg. cit. hat das Verwaltungsgericht dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn der maßgebliche Sachverhalt feststeht oder die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist.

IV.1.2. Ärzte- und Berufsrecht

Der für den Beschwerdefall relevante, mittlerweile außer Kraft getretene § 22 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984 — ÄrzteG 1984), BGBl. Nr. 373/1984, im Zeitpunkt seines Außerkrafttretens mit Ablauf des 10.11.1998 samt Überschrift lautet:

"Vorschriften für die Ausübung des ärztlichen Berufes

§ 12. Ärzte, die die Erfordernisse für die Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin (§§ 3 Abs. 2 bis 4, 3a Abs. 1, 11a sowie 18a Abs. 2) oder als approbierter Arzt (§§ 3a, 3c, 11a sowie 18a Abs. 1) erfüllt haben, sind zur selbständigen Ausübung einer allgemeinärztlichen Berufstätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin oder als approbierter Arzt berechtigt, gleichgültig, ob diese Berufstätigkeit freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausgeübt wird.

...

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 22. (1) Der Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat hiebei nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

..."

Die maßgeblichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I

Nr. 169/1998, samt Überschrift lauten auszugsweise wie folgt (soweit wiedergegeben jeweils in der Stammfassung außer: § 4 Abs. 1 und 2 in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2014; § 49 Abs. 1, 2a und 2b in der am 31.12.2003 in Kraft getretenen Fassung des BGBl. I Nr. 140/2003 mit geringfügigen Änderungen durch BGBl. I Nr. 61/2010 mit Wirksamkeit ab 19.8.2010, und Abs. 2c eingefügt durch BGBl. I Nr. 81/2013 mit Inkrafttreten am 24.5.2013; § 51 Abs. 1 in der Fassung der 2. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 110/2001, mit der dadurch erfolgten Korrektur des Fehlzitats auf das Arzneimittelgesetz und Einfügung des letzten Satzes betreffend Einsichtsgewährung in Aufzeichnungen an Patienten; § 56 in der Fassung der 5. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 140/2003, mit der im Wesentlichen die Z 2 neu eingefügt und die bestehende Z 2 in Z 3 verschoben wurde; § 59 Abs. 2 geändert durch die 12. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 62/2009, durch Einfügen seines zweiten Satzes mit Wirksamkeit ab 16.7.2009 und anschließend geändert durch die 14. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 61/2010, durch Einfügen der letzten beiden Sätze mit Inkrafttreten ab 19.8.2010, und § 59 Abs. 3 in der Fassung der 13. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 144/2009, mit Inkrafttreten ab 1.1.2010 und seinem vorgesehenen Außerkrafttreten mit Ablauf des 30.6.2015 gemäß BGBl. I Nr. 56/2015):

"Erfordernisse zur Berufsausübung

§ 4. (1) Zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als approbierter Arzt, als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt bedarf es, unbeschadet der §§ 34 bis 37, des Nachweises der Erfüllung der nachfolgend angeführten allgemeinen und besonderen Erfordernisse sowie der Eintragung in die Ärzteliste.

(2) Allgemeine Erfordernisse im Sinne des Abs. 1 sind

1. die Eigenberechtigung[,]
2. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit,
3. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung,
4. ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie
5. ein rechtmäßiger Aufenthalt im gesamten Bundesgebiet, mit dem das Recht auf Ausübung einer selbständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit verbunden ist.

...

Ärzteliste und Eintragungsverfahren

§ 27. ...

(5) Der Nachweis der Vertrauenswürdigkeit ist vom Eintragungswerber durch

1. eine Strafregisterbescheinigung oder einen vergleichbaren Nachweis des Heimat- oder Herkunftsstaates und
2. sofern dies die Rechts- und Verwaltungsvorschriften des Heimat- oder Herkunftsstaates vorsehen, durch eine Disziplinarstrafregisterbescheinigung oder einen vergleichbaren Nachweis

zu erbringen. In der Bescheinigung (den Bescheinigungen) darf keine Verurteilung enthalten sein, die eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lässt. Die

Bescheinigung (Bescheinigungen) darf (dürfen) zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Eintragung nicht älter als drei Monate sein.

...

Selbständige Berufsausübung

§ 31. (1) Ärzte, die die Erfordernisse für die Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin oder als approbierter Arzt erfüllt haben, sind zur selbständigen Ausübung einer allgemeinärztlichen Berufstätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin oder als approbierter Arzt berechtigt, gleichgültig, ob diese Berufstätigkeit freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausgeübt wird.

...

Berufsbezeichnungen

§ 43. ...

(3) Jede Bezeichnung oder Titelführung im allgemeinen Verkehr, die geeignet ist, die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes oder einzelner Zweige dieses Berufes vorzutäuschen, ist verboten.

...

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

(2) Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben. Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln.

(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung auch einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar, sofern die fachspezifischen Qualitätsstandards im Hinblick auf die Prozess- oder Strukturqualität betroffen sind.

(2c) Ärzte, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind, haben ihre absolvierte Fortbildung zumindest alle drei Jahre gegenüber der Österreichischen Ärztekammer glaubhaft zu machen. Ärzte haben diese Meldungen spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem jeweiligen Fortbildungszeitraum (Sammelzeitraum) zu erstatten. Die Österreichische Ärztekammer hat diese Meldungen zu überprüfen und auszuwerten sowie als Grundlage für die Berichterstattung gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e heranzuziehen. Zur Aufgabenerfüllung kann sich die Österreichische Ärztekammer einer Tochtergesellschaft bedienen.

...

Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung

§ 51. (1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. ... Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

(2) ...

(3) Die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation im Sinne des Abs. 1 dienlichen Unterlagen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

...

Ordinationsstätten

§ 56. (1) Der Arzt ist verpflichtet, seine Ordinationsstätte

1. in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen entspricht,
2. den fachspezifischen Qualitätsstandards entsprechend zu betreiben und
3. durch eine entsprechende äußere Bezeichnung kenntlich zu machen.

(2) Der Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde hat die Ordinationsstätte zu überprüfen, wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, daß sie den im Abs. 1 Z 1 angeführten Voraussetzungen nicht entspricht. Der Überprüfung ist ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen. Entspricht die Ordinationsstätte nicht den hygienischen Anforderungen, ist dem Arzt die Behebung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist aufzutragen.

(3) Kommt bei der Überprüfung zutage, daß Mißstände vorliegen, die für das Leben und die Gesundheit von Patienten eine Gefahr mit sich bringen können, ist die Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung dieser Mißstände von der Bezirksverwaltungsbehörde zu verfügen.

...

Erlöschen und Ruhen der Berechtigung zur Berufsausübung, Streichung aus der Ärzteliste

§ 59. (1) Die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erlischt:

1. durch den Wegfall einer für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Voraussetzung,

...

(2) Die Gründe für das Erlöschen der Berechtigung nach Abs. 1 sind auch von Amts wegen wahrzunehmen. Die Mitwirkungspflicht der Partei in Verfahren betreffend das Erlöschen der Berufsberechtigung bezieht sich insbesondere auf die Befolgung von Anordnungen hinsichtlich fachlicher Begutachtungen der gesundheitlichen Eignung. Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer kann bei einer Beeinträchtigung der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit zum Zweck der Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten mit Bescheid Auflagen, Bedingungen oder Befristungen vorschreiben. Werden die vorgeschriebenen Auflagen, Bedingungen oder Befristungen ungerechtfertigt nicht erfüllt, so führt dies zum Wegfall der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit.

(3) In den Fällen des Abs. 1 Z 1, 2 und 5 sowie im Fall des Abs. 1 Z 4, wenn die Berufsausübung für eine Frist von mehr als drei Monaten untersagt worden ist, hat der Präsident der Österreichischen Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und mit Bescheid festzustellen, dass eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht besteht. In den Fällen des Abs. 1 Z 3 und 6 hat der Präsident der Österreichischen Ärztekammer die Streichung aus der Ärzteliste durchzuführen und den Arzt von der Streichung zu verständigen. Wird der ursprünglich bestandene Mangel einer für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Voraussetzung nachträglich offenbar, so hat der Präsident der Österreichischen Ärztekammer mit Bescheid festzustellen, dass eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht bestanden hat.

..."

IV.2. Rechtliche Vorbemerkungen

Gemäß (nunmehr) § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 ist als eine der Voraussetzungen für die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes als Ärztin oder Arzt die Vertrauenswürdigkeit festgelegt. Der Wegfall der Vertrauenswürdigkeit führt gemäß § 59 Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 zum Erlöschen der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes, was gemäß Abs. 3 leg. cit. die Streichung aus der Ärzteliste und die Feststellung der Ärztekammer zur Folge hat, dass eine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht besteht. Vertrauenswürdigkeit bedeutet das "Sichverlassenkönnen" darauf, dass eine Ärztin oder ein Arzt bei Ausübung des ärztlichen Berufes den Berufspflichten nach jeder Richtung entspricht. Es sind demnach insbesondere strafbare Handlungen bei der Ausübung des ärztlichen Berufes, aber auch sonstige Straftaten geeignet, die Vertrauenswürdigkeit eines Arztes zu erschüttern, sofern sich darin ein Charakter manifestiert, der auch in Zukunft die Begehung strafbarer Handlungen bei der Ausübung des ärztlichen Berufes erwarten lässt (vgl. zur ehemals unter Z 3 des § 4 Abs. 2 ÄrzteG 1998 normierten Vertrauenswürdigkeit im Zusammenhang mit einer die Streichung aus der Ärzteliste verhängten Disziplinarstrafe in einem Disziplinarverfahren zuletzt das Erkenntnis des VwGH vom 10.12.2014, Ro 2014/09/0056, mit Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung des VwGH in den Erkenntnissen vom 24.7.2013, 2010/11/0075; und 17.12.1998, 97/11/0317; ebenso die Erkenntnisse des VwGH vom 20.6.2006, 2004/11/0202; und 27.9.2007, 2006/11/0230).

Nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs zur Vertrauenswürdigkeit nach dem ÄrzteG 1998 geht diese nicht nur durch die Begehung von Straftaten verloren. Auch Berufspflichtverletzungen, die nach ihrer Art und Schwere mit den in § 27 Abs. 5 ÄrzteG 1998 angesprochenen strafbaren Handlungen vergleichbar sind, können zum Verlust der ärztlichen Vertrauenswürdigkeit führen. Um das beurteilen zu können, ist zunächst zu prüfen, ob die betreffende Ärztin oder der betreffende Arzt überhaupt eine Verletzung von Berufspflichten begangen hat, zu deren Einhaltung sie oder er im Sinne des § 136 Abs. 1 Z 2 ÄrzteG 1998 verpflichtet ist. Sodann ist unter Berücksichtigung eines allfälligen seitherigen Wohlverhaltens zu bewerten, ob diese

Pflichtverletzung derart erheblich ist, dass eine weitere Bejahung der Vertrauenswürdigkeit ausgeschlossen werden muss (vgl. das Erkenntnis des VwGH vom 20.4.2010, 2010/11/0047, mit Hinweis auf sein Erkenntnis vom 24.2.2005, 2003/11/0252).

Im Verfahren über das Erlöschen der Berufsberechtigung nach § 59 ÄrzteG 1998 ist entscheidend, ob bezogen auf den Entscheidungszeitpunkt die Vertrauenswürdigkeit im Sinne des § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 gegeben ist oder nicht. Liegen dem Verfahren Verletzungen von Berufspflichten zu Grunde, ist eine Wertung des Verhaltens vorzunehmen. Dabei ist zwecks Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit das Gewicht des Fehlverhaltens unter Bedachtnahme auf die seither verstrichene Zeit zu beurteilen, wobei ein bereits länger zurück liegendes Verhalten im Hinblick auf zwischenzeitiges Wohlverhalten weniger schwer wiegt als unmittelbar zurückliegende, "aktuelle" Verstöße (vgl. abermals das Erkenntnis des VwGH vom 20.4.2010, 2010/11/0047).

Im vorliegenden Beschwerdefall hat das Verwaltungsgericht Wien gemäß § 28 Abs. 2 VwGVG in Verbindung mit Art. 130 Abs. 1 Z 1 und Abs. 4 B-VG grundsätzlich in der Sache selbst zu entscheiden (vgl. zuletzt das Erkenntnis des VwGH vom 18.2.2015, Ra 2015/04/0007). Eine Beschränkung auf eine kassatorische Entscheidung anstelle einer Sachentscheidung, wie sie die Beschwerdeführerin in der mündlichen Verhandlung eingewendet hatte, weil über die Mitglieder des Ärztstandes und deren Vertrauenswürdigkeit innerhalb der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen der Selbstverwaltung zu entscheiden und zu befinden sei (etwa vergleichbar der ehemaligen Vorstellung an die Aufsichtsbehörde gemäß Art. 119a Abs. 5 B-VG in der bis 31.12.2013 geltenden Fassung), kommt seit dem Inkrafttreten der zweistufigen Verwaltungsgerichtsbarkeit nicht in Betracht (vgl. *Faber*, Verwaltungsgerichtsbarkeit (2013), Art. 130 B-VG Rz. 10). Auch ist die in der Beschwerde geltend gemachte Beschränkung der Erlassung eines Mandatsbescheids gemäß § 57 Abs. 1 AVG auf bestimmte behördliche Entscheidungen nicht zutreffend. Die Möglichkeit der Erlassung eines Mandatsbescheids erstreckt sich im Fall der in § 57 Abs. 1 AVG genannten Voraussetzungen (wie etwa bei Gefahr im Verzug) auf alle Rechtsakte, für die – nach Durchführung eines Ermittlungsverfahrens – die Erlassung eines Bescheids in Betracht kommt. Dass von berufsbefugten Ärzten, die nicht (mehr) vertrauenswürdig sind, eine Gefährdung einer den anerkannten Methoden und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Beratung und Behandlung von Gesunden und Kranken ausgeht, sodass die gesetzliche Voraussetzung der Gefahr im Verzug erfüllt ist, kann nicht ernstlich bezweifelt werden (vgl. das in dieser Sache ergangene Erkenntnis des Verwaltungsgerichts Wien vom 24.4.2014 zur aufschiebenden Wirkung und die dort zitierte Rechtsprechung des VwGH; allgemein zur Erlassung eines Mandatsbescheids bei Gefahr im Verzug *Hengstschläger/Leeb*, Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz, 2. Teilband (1. Ausgabe 2005), § 57 Rz. 4).

Im Beschwerdefall ist die ärztliche Vertrauenswürdigkeit der Beschwerdeführerin gemäß § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 zu beurteilen. Dazu sind etwaige in der Vergangenheit begangene Verletzungen von Berufspflichten durch die Beschwerdeführerin zu beurteilen, um auf dieser Basis zum Vorliegen oder Nichtvorliegen ihrer ärztlichen Vertrauenswürdigkeit zum Entscheidungszeitpunkt des Verwaltungsgerichts Wien zu gelangen. Ausgehend vom festgestellten Sachverhalt sieht das Verwaltungsgericht Wien die folgenden Verletzungen ärztlicher Berufspflichten als gegeben an und stellt in dieser Hinsicht jeweils im Anschluss die Gründe dafür dar, warum auch künftig eine weitere Bejahung der Vertrauenswürdigkeit auszuschließen war:

IV.3. Einhaltung der ärztlichen Fortbildungsverpflichtung

Das Bestehen der ärztlichen Fortbildungsverpflichtung wurde bereits auf Grundlage des (am 1.1.1988 in Kraft stehenden) § 22 Abs. 1 ÄrzteG 1984 einhellig bejaht und insoweit auf die gesetzliche Wortfolge "nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung" gestützt. Der Wortlaut des § 22 Abs. 1 ÄrzteG 1984 wurde in der Nachfolgeregelung des § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 in seiner Stammfassung vor der 2. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 110/2001, gleichlautend übernommen (vgl. *Aigner/Kierein/Kopetzki*, ÄrzteG 1998³ (2007) § 49 Anm. 1). Seit 11.8.2001 sieht § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 in der Fassung der 2. Ärztegesetz-Novelle nicht nur unverändert den Hinweis auf den Stand der Wissenschaft und Erfahrung, sondern ausdrücklich eine Fortbildungsverpflichtung für Ärzte in seinem zweiten Satz vor (vgl. *Wallner*, Handbuch Ärzterechtliches Berufsrecht (2011), 124).

Die Fortbildung dient der Erhaltung der Fähigkeit zur Berufsausübung nach den *leges artis* auf dem aktuellen Stand, also der laufenden Aktualisierung der im Zuge der Ausbildung oder Weiterbildung erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse (*Emberger* in *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz mit Kommentar² (2008), § 49 Anm. 2). Der Zweck der medizinischen Fortbildung ist es, den ausgebildeten Arzt am laufenden Stand der sich rasch entwickelnden medizinischen Wissenschaft zu halten. Die Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung stellt eine Berufspflichtverletzung dar. Setzt sich eine Ärztin oder ein Arzt in einem Ausmaß über die Fortbildungsverpflichtung hinweg, dass ihm nicht mehr das Bemühen zugebilligt werden kann, sich die für seine konkrete Tätigkeit benötigten aktuellen medizinischen Kenntnisse zu verschaffen, beeinträchtigt dies die Vertrauenswürdigkeit gemäß § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 (vgl. zu alldem *Wallner*, Handbuch Ärzterechtliches Berufsrecht (2011), 124 f). Die Fortbildungsverpflichtung bezieht sich dabei nicht nur auf die medizinische Wissenschaft, sondern schließt – im Hinblick auf die gemäß § 22 ÄrzteG 1984 sowie nunmehr § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 zu beachtenden "bestehenden Vorschriften" – auch den Bereich des Berufs- und Medizinrechts ein (vgl. *Aigner/Kierein/Kopetzki*, ÄrzteG 1998³ (2007) § 49 Anm. 4).

Die Beschwerdeführerin hat sich – auf freiwilliger Basis – am Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer entsprechend der am 15.12.2006 von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer beschlossenen Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von Ärzten nicht beteiligt. Durch Einhaltung der entsprechenden Bestimmungen dieser Richtlinie können alle Ärzte nachweisen, dass sie die gesetzliche Fortbildungsverpflichtung regelmäßig und in strukturierter Art und Weise erfüllen (vgl. § 2 Abs. 3 und 4 dieser Richtlinie). Die Beschwerdeführerin hat diesen Weg des Nachweises der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nicht beschritten.

Gemäß dem vom 1.10.2010 bis 30.6.2013 in Kraft stehenden § 12 Abs. 1 der Verordnung über ärztliche Fortbildung (die "**ÄFV**") haben Ärzte mindestens 150 Fortbildungspunkte in einem gemäß § 2 Abs. 6 lit. b ÄFV definierten Sammelzeitraum von drei Jahren nachzuweisen. In der seit 1.7.2013 in Kraft stehenden Fassung des § 12 Abs. 1 ÄFV sind mindestens 250 Fortbildungspunkte in einem gemäß § 2 Abs. 6 lit. b ÄFV definierten Fortbildungszeitraum von fünf Jahren nachzuweisen.

Diese Vorgaben hat die Beschwerdeführerin nicht beachtet. Die Fortbildungsverpflichtung ist seit Inkrafttreten des § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 in der Fassung der 2. Ärztegesetz-Novelle mit 11.8.2001 gesetzlich geregelt und wurde durch diese Gesetzesnovelle auch neuerlich als ausdrückliche Berufspflicht verankert, was die Beschwerdeführerin anlässlich dieser klarstellenden Novelle des Berufsrechts bei sorgfältigem Verhalten zu einer eigenen Prüfung ihrer bisherigen und künftigen Fortbildungstätigkeit hätte bewegen müssen. Zu Anfang des Jahres 2009 wurde sie auf fehlende Fortbildungsnachweise behördlich aufmerksam gemacht. Der Unabhängige Verwaltungssenat Wien hat im Berufungsbescheid vom 18.11.2010 die Verwaltungsstrafe wegen unterbliebener Fortbildungstätigkeit aufgehoben, allerdings nicht, weil sich die Beschwerdeführerin fortgebildet hätte, sondern weil im angelasteten Tatzeitraum eine entsprechende ärztliche Tätigkeit nicht mit der erforderlichen Sicherheit erweisen war. Beides hat nicht dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin Fortbildungsmaßnahmen gesetzt hätte.

Seit Inkrafttreten der 2. Ärztegesetz-Novelle konnte die Beschwerdeführerin den Besuch einer anerkannten Fortbildungsveranstaltung der Österreichischen Ärztekammer mit lediglich einem Fortbildungspunkt erst am 14.9.2011 nachweisen. Bis zu ihrer Streichung aus der Ärzteliste etwa zwei Jahre später am 18.7.2013 kam der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im Umfang von zehn weiteren Fortbildungspunkten hinzu. Sie hat also in zwei Drittel der zur Verfügung stehenden Zeit für den Nachweis von 150 Fortbildungspunkten insgesamt 11 Fortbildungspunkte erworben (§ 12 Abs. 1 ÄFV), also ca. 10% des vorgegebenen Fortbildungspensums, erfüllt. Das von ihr ins Treffen geführte Literaturstudium hat sie nicht über das E-Learning der Österreichischen Ärztekammer und damit nicht in einer Weise betrieben, dass ein Nachweis über die

erfolgte Fortbildung vorliegen würde. Die behaupteten Fortbildungsbemühungen durch Literaturstudium unterlagen daher keiner Kontrolle hinsichtlich tatsächlicher Wissensaneignung und betroffenem Fachgebiet.

Die Beschwerdeführerin hat Veranstaltungen, die das Üben einer Intubation oder Reanimation zum Inhalt haben, nicht besucht und dies damit begründet, dass es in den letzten 30 Jahren zu keinem Vorfall gekommen sei. Ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten im Zusammenhang mit regelmäßigen anästhesiologischen Tätigkeiten gebietet bei fehlender Praxis und Erfahrung mangels Notwendigkeit im praktischen Einsatz verstärktes Training in darauf abgestimmten Übungsveranstaltungen, um in Belastungssituationen und Notfällen richtig einschreiten zu können.

In diesem Fall liegt ein nachhaltiges Missachten der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung sowohl in theoretischen als auch in praktischen Belangen vor. Die Beschwerdeführerin ist dieser ärztlichen Berufspflicht auch nach zahlreichen Aufforderungen zur Vorlage von Fortbildungsnachweisen geradezu beharrlich nicht nachgekommen. Gleichzeitig wurde sie zusätzlich auf fachliche Defizite im Zusammenhang mit ihrer tatsächlich ausgeübten medizinischen Tätigkeit hingewiesen. Bereits solche nicht von der Hand zu weisende Zweifel, die von Kollegen des Fachs geäußert wurden, hätten sie zumindest dazu bewegen müssen, ihren eigenen Wissensstand und ihre Kenntnisse zu hinterfragen, Fortbildungsmaßnahmen zu ergreifen und dadurch gleichzeitig eine gesetzliche Berufspflicht zu erfüllen. Die bis zu ihrer Streichung aus der Ärzteliste belegten Fortbildungsveranstaltungen hielten sich jedoch in einem so geringen Umfang (insgesamt 11 Fortbildungspunkte in zwei Jahren, was gemäß § 13 Abs. 1 lit. a ÄFV zeitlich einem Umfang von achteinhalb Stunden entspricht), dass nicht darauf geschlossen werden kann, dass die Beschwerdeführerin ihre damalige Einstellung zur Fortbildung geändert hätte und beabsichtigte, die gesetzliche Fortbildungsverpflichtung im Interesse ihrer Patientinnen in Zukunft ernst zu nehmen. Diese ablehnende Haltung zur eigenen Fortbildung wiegt zudem deshalb besonders schwer, weil der Beschwerdeführerin bewusst war, dass sie weder auf dem Gebiet der Gynäkologie noch der Anästhesie über eine Spezialisierung verfügte und die im Studium und im Turnus erworbenen Kenntnisse seither keine Vertiefung erfahren hatten.

Daran vermögen auch die ein halbes Jahr nach der Streichung aus der Ärzteliste belegten Fortbildungsveranstaltungen nichts zu ändern. Zwar wird darin ein gewisses Bestreben zur Fortbildung trotz Berufsverbots sichtbar. Allerdings setzte die Beschwerdeführerin diese Maßnahmen erkennbar erst zu einem sehr späten Zeitpunkt, nämlich nachdem bereits schwerwiegende Sanktionen in beruflicher Hinsicht gegen sie verhängt worden waren. Dieser sonst nicht gegebene, zusätzliche Anreiz zur Fortbildung, nämlich das Recht, die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes wiederzuerlangen, relativiert die

Motivlage für die nunmehrigen Fortbildungsbemühungen im Vergleich zu einer Situation bei aufrechter Berufsbefugnis erheblich. Auch kann einer Fortbildung bei einem Berufsverbot nicht jenes Gewicht beigemessen werden, das dem Nachgehen von Fortbildungsmaßnahmen neben einer laufenden Berufstätigkeit zukommt, weil gerade die Integration der Fortbildung in die praktische berufliche Tätigkeit als ein eigenes Merkmal der Erfüllung dieser Berufspflicht anzusehen ist (vgl. "regelmäßig und in strukturierter Art und Weise" gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von Ärzten der Österreichischen Ärztekammer bzw. "strukturierte, dokumentierte Fortbildung ..., die seine [bzw. ihre] jeweiligen fachlichen Schwerpunkte berücksichtigt" gemäß § 6 Abs. 1 ÄFV).

Diese Erwägungen lassen die zuletzt gesetzten Bemühungen zur Fortbildung in den Hintergrund treten, sodass ein geändertes Verantwortungsbewusstsein der Beschwerdeführerin in dieser Hinsicht nicht vorbehaltlos anzunehmen ist. Bei diesem Vorverhalten im Bereich ärztlicher Fortbildung kann keine positive Prognose hinsichtlich der künftigen Einhaltung dieser Berufspflicht abgegeben werden.

IV.4. Beachtung ärztegesetzlicher Tätigkeitsbeschränkungen

Gemäß § 31 Abs. 1 ÄrzteG 1998 sind Ärzte, die die Erfordernisse für die Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin erfüllt haben, zur selbständigen Ausübung einer allgemeinärztlichen Berufstätigkeit als Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin berechtigt, gleichgültig, ob diese Berufstätigkeit freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausgeübt wird. Diese seit 11.11.1998 in Kraft stehende Bestimmung stimmt mit ihrer seit 1994 in Kraft gestandenen Vorgängerbestimmung des § 12 ÄrzteG 1984 überein (wobei lediglich die Klammerausdrücke im Wortlaut der älteren Bestimmung in der Neufassung nicht enthalten sind).

Ausgehend von diesen Bestimmungen umfasst nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs die allgemeinärztliche Berufsbefugnis grundsätzlich den gesamten Bereich der Medizin auf allen Fachgebieten der medizinischen Wissenschaft, sofern der Arzt über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und nicht bestimmte Tätigkeiten besonders qualifizierten (Fach-)Ärzten vorbehalten sind (vgl. das Erkenntnis des VwGH vom 18.11.2008, 2006/15/0122). Anders als Fachärzte, die sich im Allgemeinen auf ihr Sonderfach zu beschränken haben (§ 31 Abs. 2 und 3 ÄrzteG 1998), sind Ärzte für Allgemeinmedizin gemäß § 31 Abs. 1 ÄrzteG 1998 zur "allgemeinärztlichen Berufsausübung" berechtigt, wobei darunter die ärztliche Berufstätigkeit auf allen Fachgebieten der medizinischen Wissenschaft zu verstehen ist (vgl. das in der zuvor zitierten Entscheidung verwiesene Erkenntnis des VwGH vom 27.6.2002, 2002/10/0026,

mit Hinweis auf die Gesetzesmaterialien, ErläutRV 362 BlgNR X. GP 27, zur im Wesentlichen seither gleich gebliebenen Umschreibung der Berufsausübungsberechtigung im Zusammenhang mit einer – inhaltlich – zum Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe zählenden ärztlichen Berufstätigkeit, die daher nicht nur vom entsprechenden Facharzt, sondern – in Abhängigkeit von seinen Kenntnissen und Fähigkeiten – ebenso von einem Arzt für Allgemeinmedizin wahrgenommen werden kann).

Da Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin keiner Facheinschränkung unterliegen, ist ihre Tätigkeit nicht auf einen bestimmten Bereich begrenzt. Sie dürfen aber nur jene Tätigkeiten ausüben, die sie bis zum Zeitpunkt ihrer Verrichtung erlernt haben, sei es im Rahmen ihrer Ausbildung oder einer späteren Weiterbildung (vgl. *Wallner*, Handbuch Ärzterechtliches Berufsrecht (2011), 54 f). Im Gegenzug bedeutet das, dass sich ein Allgemeinmediziner jener Tätigkeiten der ärztlichen Patientenbetreuung zu enthalten hat, die er fachlich nicht erlernt hat oder nicht (mehr nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft) beherrscht. Dabei umfasst der Oberbegriff der Patientenbetreuung sowohl die ärztliche Beratung als auch die ärztliche Behandlung (vgl. *Emberger* in *Emberger/Wallner* (Hrsg.), Ärztegesetz mit Kommentar² (2008), § 49 Anm. 1).

Die Beschwerdeführerin war in ihrer Ordination zu einem großen Teil als Anästhesistin bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen tätig, die in ihrer Ordination ausschließlich unter Vollnarkose konsiliarärztlich durchgeführt wurden. Dafür sind Kenntnisse auf dem Gebiet der Anästhesie und Intensivmedizin erforderlich, die sowohl medizinische Inhalte als auch manuelle Fertigkeiten beim Umgang mit in diesem Bereich im Allgemeinen zum Einsatz kommenden medizinischen Geräten bei plangemäß verlaufender Behandlung und im Fall einer Komplikation zu umfassen haben. Diesen ärztegesetzlichen Anforderungen zur Patientenbetreuung ausschließlich auf den beherrschten medizinischen Gebieten wurde die Beschwerdeführerin in ihrer Praxis nicht gerecht.

Der Beschwerdeführerin fehlen die erforderlichen Fertigkeiten zur Benutzung selbst einfacher medizinischer Hilfsgeräte. Sie hatte Schwierigkeiten, das ordinationseigene Pulsoximeter ohne Probleme zu bedienen. Dadurch war nicht sichergestellt, dass jede Patientin in Vollnarkose ordnungsgemäß überwacht und ihre Anästhesie kontrolliert aufrechterhalten wurde. Das Absauggerät konnte von ihr nicht eingeschaltet werden, um erforderlichenfalls Atemwege während der Anästhesie frei zu halten oder frei zu bekommen, was grundsätzlich von jener Ärztin oder jenem Arzt sicherzustellen ist, der für die Anästhesie verantwortlich ist. Auf Notfälle insbesondere während einer anhaltenden Narkose einer Patientin war die Beschwerdeführerin nicht vorbereitet. Sie hatte in 30 Jahren weder eine Reanimation noch eine Intubation durchgeführt und war

mit lebensrettenden Maßnahmen insbesondere in einer Drucksituation nicht vertraut. Mit einer Larynxmaske zum Offenhalten der Atemwege während einer Narkose konnte sie nicht umgehen. Die Beatmung im Notfall mithilfe eines Ambubeutels war ihr nicht geläufig.

Der Beschwerdeführerin fehlen zudem die erforderlichen Kenntnisse für die Durchführung von Narkosen für einen Schwangerschaftsabbruch. Ihr war nicht klar, dass das in ihrer Ordination stehende Absauggerät nicht vom Gynäkologen (zum Absaugen von Blut und Gewebe bei der D&E), sondern vom Anästhesisten (zum Freihalten der Atemwege) zu bedienen wäre. Sie geht davon aus, dass Berufserfahrung oder Medizinstudium eine hinreichende Gewähr dafür bieten, um zu erkennen, wann eine assistierte Beatmung einer Person unter Narkose erforderlich ist, ohne dass dies durch Rückgriff auf medizinische Geräte sichergestellt zu werden bräuchte. Ihr ist nicht klar, ob sie in ihrer Tätigkeit als Anästhesistin für die in ihrer Ordination durchgeführten operativen Eingriffe in Vollnarkose ein Anästhesiegerät benötigt oder nicht (es kann daher dahingestellt bleiben, ob ihr ein solches Gerät für die von ihr erbrachten medizinischen Tätigkeiten und Leistungen als fachspezifisches Ausstattungsmerkmal ihrer Ordinationsstätte einsatzbereit zur Verfügung zu stehen hat).

Schließlich fehlen der Beschwerdeführerin die nötigen Kenntnisse für die Dosierung und Verabreichung der von ihr verwendeten Arzneimittel Propofol und Gewacalm, sodass sie damit keine medizinisch fachkundige Versetzung und Kontrolle einer Anästhesie durchführen kann.

Die Beschwerdeführerin hat daher mehrmals nicht das Wissen und die manuellen Fähigkeiten bei der Gerätebedienung an den Tag gelegt, über das eine in der Anästhesie tätige Ärztin verfügen muss, um Allgemeinanästhesien sicher, schonend, ohne belastende Überdosierung und ohne Gefährdung von Patienten zu administrieren, noch hat sie erkennen lassen, dass fehlende Kenntnisse umgehend beseitigt würden und in der Folge etwa abermals gestellte Fragen fundiert beantwortet werden könnten.

Es ist grob fahrlässig, wenn eine Ärztin oder ein Arzt seit 30 Jahren Intubation und Reanimation nicht durchgeführt und nicht geübt hat und darauf vertraut, dass dies auch weiterhin nicht erforderlich sein werde, wenn die regelmäßig ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten hauptsächlich die Überwachung von Patientinnen in Allgemeinanästhesie während eines operativen Eingriffs beinhalten.

Die ärztliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin richtete sich zudem auf die Beratung und Aufklärung von Patientinnen über Schwangerschaftsunterbrechungen. Sie hat die Eingriffe zwar nicht selbst durchgeführt, sollte jedoch Patientinnen darüber vor dem Eingriff beraten. Die Aufklärung über medizinische Behandlungen unterliegt aber als

vorbereitende Maßnahme den gleichen fachlichen Voraussetzungen wie die konkrete Behandlung und verlangt daher, dass die für die Aufklärung erforderlichen medizinischen Kenntnisse vorhanden sind. Ohne ausgleichende Maßnahmen wie Fortbildung wird das Wissen typischerweise dann fehlen, wenn die aufklärende Person in dem medizinischen Bereich nicht selbst tätig ist. Die Beschwerdeführerin verfügt über keine gynäkologische Ausbildung und hat keine entsprechende Fortbildung in diesem Bereich nachgewiesen.

Durch die fehlenden Kenntnisse und Fertigkeiten zur Betreuung von Allgemeinanästhesien und durch die Aufnahme von Patientinnen zur Beratung zwecks Durchführung von Schwangerschaftsunterbrechungen ohne gynäkologische Kenntnisse auf aktuellem Stand hat die Beschwerdeführerin ihre Berufspflicht zur Begrenzung ihrer Tätigkeit auf von ihr beherrschte Fachbereiche in zweifacher Hinsicht verletzt und gegen § 31 Abs. 1 ÄrzteG 1998 verstoßen. Die dabei zu Tage getretene Fehleinschätzung ihrer medizinischen Kenntnisse und Fertigkeiten ist als erheblich anzusehen.

Selbst bei der nunmehr beantragten Berufszulassung und Wiedereintragung in die Ärzteliste unter Vorschreibung von Auflagen, Bedingungen oder Befristungen zum Zweck der Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten ist nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sein wird, die fachlichen Grenzen solcher Vorschreibungen einzuhalten und die Betreuung ihrer künftigen Patientinnen oder Patienten daran auszurichten (§ 31 Abs. 1 dritter Satz ÄrzteG 1998).

IV.5. Öffentliches Auftreten

Die Anzeigen zur Beschwerdeführerin im Internet und die Gestaltung der Eingangstür ihrer Ordination vermittelten den Eindruck, dass sie Fachärztin für Gynäkologie sei oder – soweit erkennbar – als Allgemeinmedizinerin ihren Schwerpunkt in dieses medizinische Fachgebiet verlagert habe. Sie wurde in der Rubrik dieser Fachärzte geführt.

Dass eine Ärztin oder ein Arzt in einer Facharztrubrik geführt wird, obwohl er dieser Fachrichtung nicht angehört, ist für einen durchschnittlichen Leser dieser Anzeigen im Internet nicht ersichtlich. Insoweit ist auch nicht von Bedeutung, dass sie nicht explizit als "Fachärztin" aufscheint, weil dies den gewonnenen Eindruck eben wegen der Einordnung in das gynäkologische Fachgebiet nicht ändert. Die im Internet erwähnte Kooperation mit Gynäkologen erweckt nicht den Anschein, dass es sich bei der Beschwerdeführerin im Umkehrschluss um keine Ärztin dieses Fachs handelt. Vielmehr wird die Vorstellung verstärkt, dass die Beiziehung weiterer Gynäkologen zur Unterstützung des Behandlungsteams bei operativen Eingriffen aufgrund der größeren Komplexität im Vergleich zu den erwähnten gynäkologischen Untersuchungen erfolgt und nicht die Substitution der medizinischen Tätigkeit an einen anderen Arzt bezweckt, der

der genannten Fachrichtung dann tatsächlich angehört, insbesondere weil die inserierende Ärztin die nötige fachärztliche Ausbildung oder Kenntnisse auf dem beworbenen Fachgebiet selbst nicht besitze.

Damit hat die Beschwerdeführerin gegen § 43 Abs. 3 ÄrzteG 1998 verstoßen, weil sie eine Bezeichnung im allgemeinen Verkehr verwendet hat, die geeignet war, die Berechtigung und die Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung eines bestimmten Zweigs des ärztlichen Berufs vorzutäuschen.

IV.6. Patientenbetreuung – Aufklärung

Ärzte sind vor einer Behandlung zur Aufklärung verpflichtet. Diese Verpflichtung ergibt sich zivilrechtlich aus dem Behandlungsvertrag, stellt aber gleichzeitig auch eine Berufspflicht des behandelnden Arztes bei der ärztlichen Beratung und Behandlung dar (§ 49 Abs. 1 erster Satz ÄrzteG 1998).

Die zentrale Funktion der Aufklärung liegt in der Wahrung der Entscheidungsfreiheit von Patienten. Es geht um die Vermittlung jener Informationen, die eine Patientin braucht, um das Wesen, die Bedeutung und Tragweite einer medizinischen Maßnahme zu erfassen. Die Patientin muss in die Lage versetzt werden, alle Für und Wider einer Behandlung gegeneinander und unter Berücksichtigung ihrer konkreten persönlichen Situation abwägen zu können. Der Arzt eröffnet der Patientin in einem bestimmten Umfang den Zugang zu seinem eigenen medizinischen Fachwissen und bezieht sie dadurch in seine Tätigkeit ein. Die Aufklärung ist damit selbst Teil der ärztlichen Behandlung. (*Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 3.1 (I/76, 15. Lfg)).

Grundsätzlich hat die Aufklärung umso umfassender zu sein, je weniger dringlich die medizinische Intervention ist (vgl. *Emberger in Emburger/Wallner* (Hrsg.), Ärztegesetz mit Kommentar² (2008), § 49 Anm. 6 Punkt I.5.4 und Punkt I.5.5). Strenge Anforderungen werden an die Aufklärung gestellt, wenn die Behandlung nicht zeitkritisch ist. Besonders strenge Anforderungen hinsichtlich Aufklärungspflicht gelten schließlich bei Behandlungen, die weder sachlich notwendig noch zeitlich vordringlich sind (vgl. *Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 3.3.2 (I/87 f, 6. Lfg; sowie I/88b, 6. Lfg; und I/89, 15. Lfg)).

Grundsätzlich kann auf die Aufklärung patientenseitig verzichtet werden (*Emberger in Emburger/Wallner* (Hrsg.), Ärztegesetz mit Kommentar² (2008), § 49 Anm. 6 Punkt I.5.5.1; ebenso *Memmer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 3.9 (I/122, 14. Lfg) und in Punkt 3.9.2 (I/122/b, 15. Lfg) einschränkend für die sogenannte "Sicherungsaufklärung" bzw. "therapeutische

Aufklärung" als der Parteiendisposition entzogene Mitwirkungspflicht bei einer Behandlung).

Ein Schwangerschaftsabbruch ist im Hinblick auf die gesetzlichen Fristen und bei fehlender medizinischer Indikation gewöhnlich nicht "dringend". Ungeachtet der innerhalb der gesetzlichen Fristen insoweit maßgeblichen subjektiven Betrachtung der Patientin ist er objektiv betrachtet auch nicht "notwendig". Die entsprechende medizinische Aufklärung hat daher vorbehaltlich eines wirksam abgegeben Verzehrs umfassend auszufallen, wofür aus medizinischer und rechtlicher Sicht normalerweise auch die erforderliche Zeit zur Verfügung stehen wird.

Wenn mehrere alternative Behandlungsmethoden existieren, ist auch hierüber aufzuklären. Bei dieser Aufklärung muss der Arzt über mehrere zur Wahl stehende Verfahren informieren, Vor- und Nachteile mit der Patientin abwägen, die unterschiedlichen Risiken bei verschieden starker Intensität des Eingriffs sowie differierende Folgen erläutern, insbesondere über die Schmerzbelastung oder die verschieden hohen Erfolgsaussichten, damit die Patientin eine echte Wahlmöglichkeit hat. So befreit der Umstand, dass eine bestimmte alternative Methode eine längere Behandlungsdauer zur Folge hat, nicht von der Aufklärungspflicht, wenn mit ihr geringere Risiken verbunden sind. Dabei hat der Arzt auch Behandlungen in Betracht zu ziehen, die er nicht selbst vornehmen kann (vgl. abermals *Emberger* in *Emberger/Wallner* (Hrsg.), *Ärztegesetz mit Kommentar*² (2008), § 49 Anm. 6 Punkt I.5.5.5; und *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), *Handbuch Medizinrecht*, Punkt 3.2.1.2.2 (I/78 f, 4. Lfg und 15. Lfg) und Punkt 3.2.1.3.3 (I/83 f, 9. Lfg)).

Die Beschwerdeführerin ist der ärztlichen Aufklärungspflicht gemäß § 49 Abs. 1 erster Satz ÄrzteG 1998 in auffallend sorgloser Weise nicht nachgekommen, indem sie mit Patientinnen über die derzeit zur Verfügung stehenden Abtreibungsmethoden nicht gesprochen hat, die mit einer Anästhesie verbundenen Risiken nicht erläutert hat, bei fremdsprachigen Patientinnen keinen Wert darauf gelegt hat, diesen auch nur generelle Informationsunterlagen in einer für sie verständlichen Sprache zur Verfügung zu stellen, und generell Zeitpunkt und Inhalt von Beratungsgesprächen nicht dokumentiert hat.

Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren ist nicht hervorgekommen, dass sich die Beschwerdeführerin mit dem Sinn und Zweck der ärztlichen Pflicht zur Aufklärung auseinandergesetzt hätte und künftig mit einer rechtskonformen Aufklärung zu rechnen ist. Informationsunterlagen mit einer Übersicht über die verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung hat die Beschwerdeführerin anlässlich der Überarbeitung der vorgelegten Unterlagen nicht erstellt, was in einem ersten Schritt die künftige Pflichterfüllung nahelegen könnte. Das von ihr nunmehr vorgelegte Formblatt zur

"Narkoseaufklärung – und Einwilligung" enthält keine inhaltlichen Informationen über die Risiken einer Anästhesie sondern lediglich die vorformulierte Erklärung, dass "sämtliche Risiken und mögliche Komplikationen dargestellt wurden". Muster für eine nachvollziehbare Erklärung über den Verzicht auf eine Aufklärung durch eine Patientin hat die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht entworfen. Obwohl der Beschwerdeführerin das Fehlen fremdsprachiger Unterlagen behördlich vorgehalten wurde, hat sie sich mit dem Sprachenproblem offenbar nach wie vor nicht auseinandergesetzt und die Erstellung solcher Unterlagen im Fall der künftigen Berufsausübung auch nicht in Aussicht gestellt. Insbesondere im Hinblick auf die von ihr eingewendete Fremdsprachenkompetenz wäre die Vorlage solcher Unterlagen in rumänischer Sprache einfach zu bewerkstelligen gewesen. Insgesamt kann daher keine positive Prognose für eine pflichtenkonforme ärztliche Tätigkeit bei Wiedereintragung in die Ärzteliste unter diesem Aspekt abgegeben werden.

IV.7. Patientenbetreuung – Behandlung

Durch die festgestellten Defizite bei der administrativen Organisation der Schwangerschaftsabbrüche und der dadurch eingetretenen lückenhaften Überwachung von Patientinnen in Allgemeinanästhesie hat die Beschwerdeführerin gegen die Verpflichtung zur gewissenhaften Betreuung und Behandlung von Gesunden und Kranken gemäß § 49 Abs. 1 erster Satz ÄrzteG 1998 verstoßen.

Insbesondere die unbeaufsichtigte Narkose einer Patientin für zumindest fünf Minuten während einer D&E am 9.7.2013 (vgl. zu einem gleichzeitig für zwei Operationen, wenn auch im selben Operationssaal, eingeteilten Anästhesisten das Urteil des OGH vom 16.9.1986, 14 Ob 140/86) sowie die fehlende sofortige adäquate medizinische Versorgung einer Patientin nach einer erkannten gravierenden Komplikation mit anschließender Überstellung in ein Krankenhaus ohne Einsatzfahrzeug (vgl. zur Durchsetzung notwendiger Behandlungen bei einer aus ärztlicher Sicht anzuzweifelnden Verweigerung ihrer Vornahme von Patientenseite das Erkenntnis des VwGH vom 10.12.2014, Ro 2014/09/0056) ließen die mangelhafte Erfüllung der ärztlichen Berufspflicht zur gewissenhaften Patientenbetreuung in einer Art und Weise zu Tage treten, die für den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit eine zukünftige positive Prognose ausschließt.

IV.8. Dokumentation

Gemäß § 51 Abs. 1 ÄrzteG 1998 ist ein Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, unter anderem insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Diagnose, den

Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen erforderlichen Daten zu führen.

Der Umfang der ärztlichen Dokumentationspflicht bestimmt sich weitgehend nach ihren Zwecken, wozu insbesondere die Therapiesicherung, die Beweissicherung und die Rechenschaftslegung gehören. Die Dokumentation dient nicht nur der Information des Behandlers, sondern liegt auch im Interesse des Patienten. Nur durch eine umfassende Aufzeichnung des Behandlungsablaufs kann eine ordnungsgemäße Behandlung sichergestellt werden. Dies trifft insbesondere auf arbeitsteilige Prozesse oder Behandlungssituationen in Teams zu (vgl. *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 5.3 (I/157 ff, 15. Lfg) mit einer umfassenden Aufzählung der zu dokumentierenden Daten).

Dabei ist neben den gesetzlich genannten Angaben unter anderem der Beginn, der Verlauf, die Beendigung und der Zeitpunkt der Beratung bzw. der Behandlung und Betreuung, die erfolgte Aufklärung, allfällige Aufklärungsverzichte, Einwilligungen, der Name des Behandlers sowie anderer konsultierter oder beigezogener Ärzte oder Angehöriger anderer Gesundheitsberufe aufzunehmen (vgl. *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 5.4.1 (I/158 ff, 15. Lfg)).

Die Dokumentation hat ausgenommen bei einfachen Eingriffen oder routinemäßigen Untersuchungen spätestens zum Ende des einzelnen Behandlungsabschnitts zu erfolgen. Bei komplizierten Operationen oder Behandlungen ist jeder Schritt sogleich zu dokumentieren. Jede Eintragung bzw. jede Behandlung muss mit dem Datum des Eingriffs und des Eintrags versehen werden, um den Behandlungsverlauf nachträglich möglichst genau nachvollziehen zu können. Patientengeschichten sind nach Abschluss zu unterfertigen, wobei erkennbar sein muss, von wem die Eintragung stammt (vgl. abermals *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 5.6 (I/167 f, 15. Lfg)). Korrekturen sind zulässig, es darf aber nicht zu einer Verfälschung der Dokumentation kommen. Frühere Eintragungen dürfen nicht vollkommen gelöscht oder unleserlich überschrieben werden. Jede Änderung muss für Dritte nachvollziehbar sein. Dies gilt uneingeschränkt auch für eine gemeinsame Dokumentation bei Behandlung durch mehrere Ärzte, wobei die Dokumentation in diesem Fall noch stärker zum unverzichtbaren Informationsmittel für alle behandelnden und betreuenden Personen wird (vgl. abermals *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Punkt 5.7.4 und Punkt 5.8.1 (I/171 f, 15. Lfg)).

Diesen Anforderungen ist die Beschwerdeführerin nicht gerecht geworden. Teilweise wurde nicht einmal der Tag des Eingriffs in den Behandlungsunterlagen vermerkt und ließ sich nur aus den Ultraschallbildern ableiten. Der operierende Arzt wurde in der Behandlungsdokumentation nicht erwähnt (insbesondere mit der Intention, seine Identität nach Möglichkeit nicht vollständig offenzulegen). Anhand der Unterlagen, die den Eingriffsverlauf beschreiben, konnte er nachträglich nicht ermittelt werden. Die als Anästhesistin tätige Beschwerdeführerin hat zwar behauptet, die Anästhesie während des Eingriffs durchgehend zu überwachen, hat aber, obwohl sie die D&E selbst nicht durchführte, in dieser Zeit keine oder nur äußerst lückenhafte Notizen über den Beginn der von ihr verabreichten Narkose, den Beginn des Eingriffs, währenddessen ermittelte Vitalparameter, das Ende des Eingriffs sowie den Aufwachzeitpunkt protokolliert. Verabreichte Medikamente wurden nicht aussagekräftig aufgeschrieben. Änderungen, Ergänzungen und Korrekturen in den Unterlagen sind nicht nur nicht nachvollziehbar, sondern bewirkten regelmäßig die Unleserlichkeit des Eintrags. Auf alte Patientenunterlagen konnte nicht zugegriffen werden. Nur nach dem Namen der Patientin ohne genaue Kenntnis des Eingriffs- oder Erstuntersuchungsdatums war das Auffinden von Patientengeschichten nicht sichergestellt.

Damit hat die Beschwerdeführerin die Dokumentationspflicht gemäß § 51 Abs. 1 ÄrzteG 1998 mehrfach verletzt.

Die Beschwerdeführerin hat in der Verhandlung beim VGW angegeben, ihr sei "niemals mitgeteilt worden, dass ihre Dokumentation anders zu führen ist" (Verhandlungsprotokoll Seite 15). Dies ist einerseits nicht richtig, weil die Probleme bei der Dokumentation an sie herangetragen wurden. Andererseits hat eine vertrauenswürdige Ärztin ein den gesetzlichen Anforderungen und der umfassenden Beiziehung von externen Ärzten für operative Eingriffe entsprechendes Dokumentationswesen aus Eigenem einzurichten. Die Umsetzung dieser Verpflichtung erscheint ausgehend von den bisher vorgelegten Unterlagen und der dazu von der Beschwerdeführerin vorgetragenen Rechtfertigung auch in Zukunft höchst unwahrscheinlich, sodass diese Pflichtverletzung auch einer von der Beschwerdeführerin gewünschten eingeschränkten Berufstätigkeit jedenfalls entgegensteht.

IV.9. Ordinationsstätte

Gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 ist eine Ärztin oder ein Arzt verpflichtet, die Ordinationsstätte (unter anderem) in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen entspricht. Nach Z 2 leg. cit. haben Ärzte ihre Ordinationsstätte den fachspezifischen Qualitätsstandards entsprechend zu betreiben.

In der Ordination der Beschwerdeführerin fehlten technische Geräte, zugehörige Handbücher, Validierungsgutachten oder aktuelle Prüfsertifikate. Die Operationsleuchte wurde ohne Batteriepufferung betrieben. Ein "Notfallkoffer" war bis zuletzt nicht vorhanden. Medikamente waren abgelaufen und Arzneimittel wurden in verkrusteten Gebinden verwahrt. Eine Klimaanlage wurde angeschafft, ohne vorher ihre Tauglichkeit für medizinisch genutzte Räume abzuklären.

Den an ärztliche Ordinationsstätten, in denen an einem Tag zahlreiche operative Eingriffe unter Vollnarkose durchgeführt werden, gestellten hygienischen Anforderungen hat die Ordination der Beschwerdeführerin nicht entsprochen.

Die Beschwerdeführerin war nicht in der Lage, ihre Ordination den fachspezifischen Qualitätsstandards und hygienischen Anforderungen entsprechend einzurichten und auf diesem Niveau zu betreiben, sodass sie gegen § 56 Abs. 1 Z 1 und Z 2 ÄrzteG 1998 verstoßen hat.

IV.10. Abschließende rechtliche Würdigung

Ausgehend vom festgestellten Sachverhalt hat sich die Beschwerdeführerin über die oben aufgelisteten Berufspflichten jahrelang systematisch und kontinuierlich hinweggesetzt und war selbst nach mehrfachen Vorhalten und Verfahren kaum dazu zu bewegen, die Art und Weise ihrer Berufsausübung zu überdenken. Am schwersten wiegt nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Wien die mangelhafte Patientenbetreuung, wie sie sich an zwei konkreten Fällen in der Ordination der Beschwerdeführerin gezeigt hatte. Fehlende fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten, eine inadäquate Organisation der Behandlungsabläufe in ihrer Ordination mit umfassender Beiziehung nachträglich nicht mehr feststellbarer Konsiliarärzte und eine unzureichende Vorbereitung auf Notfälle stellen weitere Berufspflichtverletzungen dar, die im aufgetretenen Ausmaß schon für sich genommen den Verlust der Vertrauenswürdigkeit rechtfertigen würden. Die unterbliebene Aufklärung und die Vernachlässigung von Dokumentationspflichten treten erschwerend hinzu. Zu alledem hat die Beschwerdeführerin ihre ärztliche Fortbildungsverpflichtung ignoriert.

Die Streichung der Beschwerdeführerin aus der Ärzteliste wegen Verlusts der Vertrauenswürdigkeit ist daher zu Recht erfolgt. Da auch keine Anhaltspunkte hervorgekommen sind, die seit der Streichung aus der Ärzteliste eine Wiederherstellung ihrer Vertrauenswürdigkeit möglich erscheinen ließen, ist auch derzeit unverändert von einer mangelnden Vertrauenswürdigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Die Änderungen im Spruch des angefochtenen Bescheids beruhen auf einer Änderung der vom Verwaltungsgericht Wien im Zeitpunkt seiner Entscheidungsfindung zu Grunde zu legenden geltenden Rechtslage (vgl. zur maßgeblichen Sach- und Rechtslage das Erkenntnis des VwGH vom 18.2.2015, Ra 2015/04/0007).

V. Unzulässigkeit der ordentlichen Revision

Die ordentliche Revision ist unzulässig, da keine Rechtsfrage im Sinne des Art. 133 Abs. 4 B-VG zu beurteilen war, der über den Einzelfall hinausgehende grundsätzliche Bedeutung zukommt. Die gegenständliche Entscheidung weicht weder von der in diesem Erkenntnis zitierten Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ab, noch fehlt es an einer einheitlichen Rechtsprechung in den hier im Wesentlichen einzelfallbezogen zu beurteilenden Rechtsfragen betreffend Streichung einer Ärztin aus der Ärzteliste wegen Verlusts der Vertrauenswürdigkeit aufgrund Verletzung ärztlicher Berufspflichten.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Erkenntnis kann Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof und/oder eine außerordentliche Revision beim Verwaltungsgerichtshof erhoben werden. Die Beschwerde bzw. Revision ist durch einen bevollmächtigten Rechtsanwalt bzw. eine bevollmächtigte Rechtsanwältin abzufassen. Die Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof ist unmittelbar bei diesem, die Revision an den Verwaltungsgerichtshof jedoch beim Verwaltungsgericht Wien innerhalb von sechs Wochen ab dem Tag der Zustellung dieses Erkenntnisses einzubringen. Für die Beschwerde bzw. Revision ist eine Eingabegebühr von jeweils 240 Euro beim Finanzamt für Gebühren, Verkehrsteuern und Glücksspiel zu entrichten. Der entsprechende Einzahlungsbeleg ist der Beschwerde bzw. Revision im Original anzuschließen.

Verwaltungsgericht Wien

Dr. Trefil
Richter