

Sonderdruck aus

Europa Institut Zürich Band 158

7. Zürcher Präventionsforum – Häusliche Gewalt

Herausgeber: Christian Schwarzenegger/Rolf Nägeli

**Best Practices bei der
Erkennung und Bekämpfung
von Kindesmisshandlung
und -vernachlässigung**

**Christian Schwarzenegger
Manuela Fuchs
Gian Ege**

Schulthess §



EuropaInstitut

AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

Herausgeber:
Christian Schwarzenegger, Rolf Nägeli

7. Zürcher Präventionsforum – Häusliche Gewalt

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, vorbehalten. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

© Schulthess Juristische Medien AG, Zürich · Basel · Genf 2015
ISBN 978-3-7255-7327-1

www.schulthess.com

Inhaltsübersicht

Häusliche Gewalt, rechtliche Instrumente zum Schutz der Opfer und ihre Wirksamkeit – unter besonderer Berücksichtigung des polizeilichen Gewaltschutzes 9

Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger, Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie an der Universität Zürich, und

lic. phil. Rahel Fischbacher, MSc Mirjam Loewe-Baur und MLaw Jasmine Stössel, alle wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Kriminologischen Institut an der Universität Zürich

Risikoeinschätzungsinstrumente – Nutzen und Bedeutung in der polizeilichen Praxis 99

lic. phil. Sonja Müller, Psychologin, MSc Criminology and Criminal Justice, Fachstelle Bedrohungsmanagement der Stadtpolizei Zürich

Bedrohungsmanagement im Bereich Häuslicher Gewalt – Sicherheit gegen Freiheit? 117

Martin Boess, Geschäftsleiter der Schweizerischen Kriminalprävention SKP, Bern, und MLaw Laura Elmiger, Schweizerische Kriminalprävention, Bern

Eskalationsdynamik in Paarbeziehungen – Sind Intimicide präventabel? 133

Prof. Dr. phil. Luise Greuel, Rektorin, Hochschule für Öffentliche Verwaltung, Bremen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Prävention von häuslicher Gewalt – das Modell des Kantons Solothurn 157

Oberstlt Hans Rudolf von Rohr, Stv. Kommandant, Chef Sicherheits-Abteilung, Kantonspolizei Solothurn

Die Perspektive der Kantonspolizei Zürich – eine praktische Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention 167

Oblt Reinhard Brunner, Chef Präventionsabteilung, Kantonspolizei Zürich

Kosten von Gewalt in Paarbeziehungen – Kurzfassung	185
<i>Susanne Stern, Dipl. Sozialgeografin, Bereichsleiterin und Partnerin, Juliane Fliedner, Dipl. Volkswirtin, Wissenschaftliche Beraterin, Dr. phil. Stephanie Schwab Cammarano, Politologin, und Dr. oec. publ. Rolf Iten, Geschäftsleiter und Partner, alle INFRAS Zürich/Bern</i>	
Die Thematik der häuslichen Gewalt im Bundesamt für Justiz	217
<i>Dr. iur. Lucy Keller Läubli, Bundesamt für Justiz, Fachbereich Rechtsetzungsprojekte und -methodik, Bern</i>	
Kindsmisshandlung – Zahlen schweizweit. Melderecht- oder Meldepflicht für Ärzte?	227
<i>Dr. med. Markus Wopmann, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin, Leiter der Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, Kantonsspital Baden</i>	
Best Practices bei der Erkennung und Bekämpfung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Rechtliche Rahmenbedingungen im internationalen Vergleich	237
<i>Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger, Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie an der Universität Zürich, MLaw Manuela Fuchs, Gerichtsschreiberin am Bezirksgericht Uster, MLaw Gian Ege, wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie an der Universität Zürich</i>	

Best Practices bei der Erkennung und Bekämpfung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Rechtliche Rahmenbedingungen im internationalen Vergleich

Christian Schwarzenegger/Manuela Fuchs/Gian Ege

Inhalt

I.	Einleitung	239
II.	Strafrechtlicher Schutz	240
	1. Schweiz	241
	2. Österreich	245
	3. Deutschland	248
	4. Fazit	250
III.	Schweigepflicht und Ausnahmen	251
	1. Ärztliche Schweigepflicht als Grundsatz	251
	2. Durchbrechung der Schweigepflicht durch Melderechte und -pflichten	252
	a) Schweiz	252
	aa) Eidgenössische Bestimmungen	254
	aaa) Mitteilung an die Kindesschutzbehörde	254
	bbb) Anzeige bei einer Strafverfolgungsbehörde	255
	bb) Kantonale Bestimmungen	257
	cc) Zwischenfazit	257
	b) Österreich	258
	aa) Misshandlung, Quälen, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch	258
	aaa) Anzeigepflicht gegenüber einer Sicherheitsbehörde	258
	bbb) Meldepflicht gegenüber der Jugendwohlfahrtsbehörde	260

bb)	Schwere Körperverletzung und Tod	260
aaa)	Anzeigepflicht gegenüber einer Sicherheitsbehörde	260
bbb)	Meldepflicht gegenüber der Jugendwohlfahrtsbehörde.....	261
cc)	Ärzte im Dienstverhältnis zu einer öffentlichen Krankenanstalt	262
dd)	Zwischenfazit	262
c)	Deutschland	263
aa)	Anzeige an die Strafverfolgungsbehörden	263
bb)	Meldung an das Jugendamt	266
cc)	Zwischenfazit	268
d)	Weitere Länder	269
e)	Fazit	272
IV.	Kooperation, Kommunikation und Vernetzung.....	273
1.	Schweiz	274
a)	Kinderschutzgruppen	274
b)	Unvollständiges Zahlenmaterial	276
c)	Datenbanken mit Modellcharakter	277
aa)	ViCLAS-Konkordat	277
bb)	DNA-Profil-Gesetz	278
cc)	Zwischenfazit	279
2.	Österreich.....	280
a)	Kinderschutzgruppen	280
b)	Zusammenarbeit mit den Jugendwohlfahrtsträgern	281
aa)	Bereits bestehende Zusammenarbeit aufgrund der ärztlichen Meldepflicht.....	281
bb)	Datenaustausch unter den Jugendwohlfahrtsträgern	283
c)	Kinderschutzregister.....	284
aa)	Forderung aus der Praxis	284
bb)	Projekt MedPol	285
cc)	Datenschutzrechtliche Erwägungen	286
d)	Weitere Massnahmen	287
3.	Deutschland	290
a)	Kooperation	290
b)	Verbindliches Einladungswesen zu Früherkennungsuntersuchungen und Teilnahmekontrollsystem	291
c)	Weitere vorgeschlagene Massnahmen	292
4.	Weitere Länder	292
V.	Schlussbetrachtung	294
	Literatur	297
	Materialien	303

I. Einleitung

„Der Begriff der Kindesmisshandlung beschreibt die nicht unfallbedingte körperliche oder seelische Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen durch einen Elternteil oder eine Betreuungsperson. Heute sind verschiedene Formen von Kindesmisshandlung bekannt: Die körperliche Misshandlung wird von der Vernachlässigung, der psychischen Misshandlung und der sexuellen Misshandlung abgegrenzt.“¹

Im Umfeld von häuslicher Gewalt spielt die Kindesmisshandlung bzw. die Kindesvernachlässigung eine beträchtliche Rolle. Gerade bei deren Bekämpfung und Erkennung kommt Ärzten² eine besondere Bedeutung zu. Ihr Verhältnis zu Kind und Umfeld im Rahmen gesundheitlicher Betreuung ist prädestiniert, Anzeichen von Gewalt gegen Kinder zu erkennen.³ Sie werden häufig als Erste und oftmals in einem recht frühen Stadium mit Hinweisen auf Misshandlungen von Minderjährigen konfrontiert.⁴

Die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie veröffentlichte Kinderschutzstatistik zeigt dies eindrücklich. So haben Schweizer Kinderkliniken im Jahr 2012 insgesamt 1136 Fälle von Kindesmisshandlungen gezählt. Das waren zwar knapp vier Prozent weniger als im Vorjahr, damals wurden jedoch 28 Prozent mehr Fälle als im Jahr 2010 registriert, was mit der besseren Meldedisziplin der Kinderkliniken erklärt wird. Am häufigsten wurden die Kinder wegen körperlicher Misshandlung (329 Fälle) und Vernachlässigung (298 Fälle) ins Spital eingeliefert. Fälle von sexueller Misshandlung meldeten die Spitäler 243-mal; psychische Misshandlungen stellten sie in

¹ BT-Drs. 10/5460, 3 f. (vom 13. Mai 1986); vgl. auch Landesärztekammer Baden-Württemberg, 8.

² Zugunsten der Lesbarkeit wird vorliegend auf die Nennung der männlichen und weiblichen Formen (Ärztinnen und Ärzte etc.) verzichtet und bei der Personenbezeichnung i. d. R. die maskuline Form verwendet, die aber gleichermaßen auf Personen männlichen und weiblichen Geschlechts verweist.

³ HERRMANN et al., 1; Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 4; THAISS et al., 1029.

⁴ HERRMANN et al., 1; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit et al., 5; THAISS et al., 1029; vgl. auch Landesärztekammer Baden-Württemberg, 3.

262 Fällen fest. 53 Prozent aller gemeldeten Misshandlungen betrafen Mädchen. Beim sexuellen Missbrauch ist das Verhältnis jedoch deutlich ungünstiger für Mädchen: 80 Prozent der sexuellen Missbrauchsoffer waren weiblichen Geschlechts. Das grösste Risiko für die Kinder geht gemäss diesem Bericht von Familienmitgliedern aus. In 79,1 Prozent der Fälle kamen die Täter aus der eigenen Verwandtschaft; in 13,9 Prozent der Fälle wurden die Kinder von Bekannten missbraucht. Nur 6,7 Prozent der Täter waren Unbekannte oder Fremde.⁵ Das Dunkelfeld dürfte sehr gross sein. Ähnliche Verhältnisse sind auch für Österreich, Deutschland und andere Länder zu erwarten.

Der vorliegende, rechtsvergleichende Beitrag behandelt in einem ersten Teil die strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz von Kindern gegen die verschiedenen Formen des Missbrauchs. Wegen der besonderen Rolle der Ärzteschaft in Erkennung und Bekämpfung von Kindesmisshandlung werden im zweiten Teil die ärztliche Schweigepflicht und die Ausnahmen davon analysiert. Thematisiert werden die verschiedenen Melderechte bzw. -pflichten im Zusammenhang mit der Feststellung von Kindesmisshandlungen, die eine schnelle Intervention und Prävention von weiteren Missbräuchen ermöglichen sollen. Ein letzter Teil des Beitrags diskutiert die interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation in Verdachtsfällen und dabei insbesondere die Möglichkeiten und datenschutzrechtlichen Grenzen eines Kinderschutzregisters.

II. Strafrechtlicher Schutz

Zunächst stellt sich die Frage, wie die Misshandlung, Vernachlässigung oder der sexuelle Missbrauch von Minderjährigen in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland strafrechtlich sanktioniert wird.

⁵ SSP, Fachgruppe Kinderschutz; vgl. zur Phänomenologie von Kindesmissbrauch ausführlicher den Bericht von MARKUS WOOPMANN vorne in diesem Sammelband.

1. Schweiz

Ganz allgemein wird die physische Integrität sowie die körperliche und geistige Gesundheit Minderjähriger ebenso wie diejenige Erwachsener durch die im ersten Titel des Besonderen Teils des StGB⁶ (Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben) festgeschriebenen Straftatbestände geschützt. Es handelt sich hierbei insbesondere um die Bestimmungen der Tötung (Art. 111 StGB), der fahrlässigen Tötung (Art. 117 StGB), der schweren bzw. einfachen Körperverletzung (Art. 122 f. StGB), der fahrlässigen Körperverletzung (Art. 125 StGB) sowie der Tätlichkeit (Art. 126 StGB). Ferner schützen die Straftatbestände des fünften Titels des Besonderen Teils des StGB (Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität) die sexuelle Integrität Minderjähriger.⁷

Im geltenden schweizerischen Strafgesetzbuch findet sich seit dem 1. Januar 1990 keine Bestimmung mehr, die explizit die Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung unter Strafe stellt.⁸ Der spezielle Tatbestand der Misshandlung und Vernachlässigung eines Kindes (Art. 134 aStGB) wurde abgeschafft, weil er so kompliziert umschrieben war, dass er einem Täter kaum je nachgewiesen werden konnte.⁹ Trotz der Abschaffung des spezifischen Artikels sollte der notwendige Schutz der Kinder vor Misshandlung und Vernachlässigung nicht geschmälert werden.¹⁰ Dementsprechend wird dem Schutz Minderjähriger mittels einiger Bestimmungen des Strafrechts besondere Beachtung geschenkt.

So erfüllt der Täter eine qualifizierte Form der einfachen Körperverletzung nach Art. 123 Ziff. 2 Abs. 3 StGB, wenn er die Tat an einem Wehrlosen oder an einer Person begeht, die unter seiner Obhut steht oder für die er zu sorgen hat, namentlich an einem Kind. Die besondere Verwerflichkeit und damit der Grund für die Qualifikation in einem derart gelagerten Fall liegt in der besonderen gesetzlichen oder vertraglich übernommenen Sorgspflicht, die dem

⁶ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0).

⁷ DUMOULIN, 51.

⁸ DÄPPEN-MÜLLER, 89; SCHULTZ, 397 f.

⁹ SCHULTZ, 397 f.

¹⁰ SCHULTZ, 398.

Täter (vorab den Eltern) gegenüber dem Opfer zukommt.¹¹ Das Obhutsverhältnis kann aber auch rein faktisch begründet sein, wie etwa beim im gemeinsamen Haushalt lebenden Partner eines Elternteils oder bereits bei Nachbarn, welche auf ein Kind aufpassen.¹² Zum besonderen Schutz der Minderjährigen wird die qualifizierte einfache Körperverletzung nicht erst mit Einreichung eines Strafantrags, sondern gem. Art. 123 Ziff. 2 Abs. 1 StGB von Amtes wegen verfolgt. Die Amtsverfolgung rechtfertigt sich bereits deshalb, weil Schutzbefohlene, insbesondere Kinder, oft gar nicht in der Lage wären, einen Strafantrag zu stellen.¹³

Mit der Revision von 1989 wurde die qualifizierte Form der Tötlichkeit¹⁴ gem. Art. 126 Abs. 2 lit. a i.V.m. Abs. 1 StGB ebenfalls als Officialdelikt ausgestaltet.¹⁵ Demnach wird von Amtes wegen verfolgt, wer wiederholt Tötlichkeiten, die keine Schädigung des Körpers oder der Gesundheit zur Folge haben, an einer Person verübt, die unter seiner Obhut steht oder für die er zu sorgen hat, namentlich an einem Kind. Eine wiederholte Begehung liegt vor, wenn es mehrmals zu solchen Übergriffen kommt. Mehrere Tötlichkeiten in einer Auseinandersetzung erfüllen diese Tatbestandsvariante nicht.¹⁶ Diese Bestimmung füllt eine problematische Lücke des früheren Rechts, als noch nicht von Amtes wegen strafrechtlich gegen die andauernde Misshandlung von Kindern durch Tötlichkeiten ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten vorgegangen werden konnte.¹⁷

¹¹ PIETH, 39; BSK StGB II-ROTH/BERKEMEIER, Art. 123 N 26 f.

¹² DONATSCH, 44; BSK StGB II-ROTH/BERKEMEIER, Art. 123 N 29.

¹³ STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 3 Rz 30.

¹⁴ Definition des Bundesgerichts: „In Änderung der Rechtsprechung ist eine Tötlichkeit gem. Art. 126 StGB vielmehr anzunehmen bei einer das allgemein übliche und gesellschaftlich geduldete Mass überschreitenden physischen Einwirkung auf einen Menschen, die keine Schädigung des Körpers oder der Gesundheit zur Folge hat.“ BGE 117 IV 14 E. 2a/bb.

¹⁵ BSK StGB II-ROTH/KESHELAVA, Art. 126 N 7.

¹⁶ BGer, Urteil vom 24.9.2004, 6S.273/2004, E. 2; BSK StGB II-ROTH/KESHELAVA, Art. 126 N 9; DONATSCH, 58; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 3 Rz 5; a.M. TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 127 N 8, welche zwei selbständige Vorfälle als ausreichend erachten.

¹⁷ DÄPPEN-MÜLLER, 93; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 3 Rz 52.

Zudem kann sich jedermann, der eine Garantenstellung innehat (also insbesondere die Eltern) nach dem Straftatbestand der Aussetzung gem. Art. 127 StGB strafbar machen, wenn er einen Hilflosen, der unter seiner Obhut steht oder für den er zu sorgen hat, einer Gefahr für das Leben oder einer schweren unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit aussetzt oder diesen in einer solchen Gefahr im Stich lässt.¹⁸ Aufgrund des Tatbestandsmerkmals der Hilflosigkeit ist davon auszugehen, dass von dieser Bestimmung nur Kleinkinder erfasst werden.¹⁹

Art. 136 StGB statuiert die Strafbarkeit einer Person, die einem Kind unter 16 Jahren alkoholische Getränke oder andere Stoffe in einer Menge, welche die Gesundheit gefährden kann, verabreicht oder zum Konsum zur Verfügung stellt. Zu den anderen Stoffen zählen insbesondere Tabakwaren und Medikamente, wohingegen die Überlassung von Betäubungsmitteln nicht mehr erfasst ist, da diese nun unter Art. 19^{bis} BtmG²⁰ fällt.²¹ Der Tatbestand ist als konkretes Gefährdungsdelikt ausgestaltet. Das heisst, es genügt das Überlassen oder Verabreichen einer gesundheitsgefährdenden Menge an mindestens ein individualisierbares Kind. Ein Konsum durch das Kind geschweige denn eine tatsächliche Gesundheitsschädigung ist nicht erforderlich.²² Dabei ist nach den Erfahrungsregeln zu bestimmen, ob die konkrete Menge gross genug ist, die Gesundheit von Kindern des entsprechenden Alters zu gefährden.²³

Die sexuelle Integrität Minderjähriger wird mit dem Spezialtatbestand von Art. 187 StGB geschützt. Dabei soll die Gefährdung der sexuellen Entwick-

¹⁸ BSK StGB II-MAEDER, Art. 127 N 10 ff.; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER § 4 Rz 48; TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 127 N 2.

¹⁹ STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 4 Rz 47.

²⁰ Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121).

²¹ DONATSCH, 92; BSK StGB II-MAEDER, Art. 136 N 12 f.

²² Vgl. DONATSCH, 92; BSK StGB II-MAEDER, Art. 136 N 15; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 4 Rz 112.

²³ Botschaft StGB, 1057; DONATSCH, 92; JENNY/SCHUBARTH/ALBRECHT, Art. 219 N 4; BSK StGB II-MAEDER, Art. 136 N 16; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 4 Rz 112.

lung von Unmündigen verhindert werden.²⁴ Es ist jedoch im Einzelfall keine konkrete Gefährdung nachzuweisen; selbst der einvernehmliche sexuelle Kontakt mit Kindern unter 16 Jahren ist unter Strafe gestellt. Die Handlung ist nur straflos, wenn der Altersunterschied zwischen den Beteiligten nicht mehr als drei Jahre beträgt (Abs. 2). Wenn der Täter zum Tatzeitpunkt noch nicht 20 Jahre alt war und besondere Umstände vorliegen oder die verletzte Person mit ihm die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft eingegangen ist, kann von einer Strafe abgesehen werden (Abs. 3).

Ferner wird das Wohl unmündiger Personen durch Art. 219 Abs. 1 StGB geschützt, wonach bestraft wird, wer ihnen gegenüber seine Fürsorge- oder Erziehungspflichten verletzt oder vernachlässigt und sie dadurch in ihrer körperlichen oder seelischen Entwicklung gefährdet.²⁵ Diese Norm ersetzt die aufgehobenen Art. 134 aStGB (Misshandlung und Vernachlässigung eines Kindes) und Art. 135 aStGB (Überanstrengung von Kindern und Untergebenen).²⁶ Zum Täterkreis gehören dabei nicht nur die Eltern, sondern alle, denen gegenüber dem Unmündigen von Gesetzes, Amtes, Berufes oder Vertrages wegen einer Fürsorge- oder Erziehungspflicht zukommt oder eine solche Pflicht tatsächlich obliegt.²⁷ Eine Garantenstellung kann als gegeben erachtet werden, wenn das Verhältnis zwischen dem Täter und dem Unmündigen von einer gewissen Dauer, Festigkeit und Intensität ist.²⁸ So kann bspw. auch der Partner der Mutter Täter sein.²⁹ Zur Verwirklichung des Tatbestandes ist eine konkrete Gefährdung der körperlichen oder seelischen Entwicklung des

²⁴ BSK StGB II-MAIER, Art. 187 N 1.

²⁵ Gem. LOPPACHER, 62 wäre die Einordnung des Tatbestands im Ersten Titel des StGB (Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben) vorzuziehen gewesen, da ein Individualrechtsgut geschützt wird.

²⁶ Botschaft StGB, 1057; BRODER, 292; BSK StGB II-ECKERT, Art. 219 N 1; diese altrechtlichen Normen wurden teilweise auch durch die oben erwähnten Qualifikationen der Körperverletzungsdelikte ersetzt, BSK StGB II-ROTH/KESHELAVA, Art. 126 N 7; SCHULTZ, 404.

²⁷ Botschaft StGB, 1057.

²⁸ BSK StGB II-ECKERT, Art. 219 N 3 ff.; TRECHSEL/CHRISTENER-TRECHSEL, StGB Praxiskommentar, Art. 219 N 1; vgl. auch JENNY/SCHUBARTH/ALBRECHT, Art. 219 N 7.

²⁹ BGer Urteil vom 12. November 2003, 6S.339/2003 E. 2.2.

Minderjährigen notwendig.³⁰ Um Beweisschwierigkeiten hinsichtlich des Gefährdungsvorsatzes zu vermeiden, wird sodann in Art. 219 Abs. 2 StGB auch die fahrlässige Begehung unter Strafe gestellt.³¹ In der schweizerischen Lehre ist jedoch umstritten, ob Art. 219 StGB in Fällen von Kindesmisshandlungen hinter ebenfalls erfüllte Delikte gegen Leib und Leben oder die sexuelle Integrität zurücktritt.³²

2. Österreich

In der österreichischen Rechtsordnung findet sich keine Bestimmung, die ausdrücklich die Kindesmisshandlung unter Strafe stellt, vielmehr enthält sie allgemeine Tatbestände zum Schutz von Leib und Leben, die in einem solchen Fall zur Anwendung gelangen.³³ Die Strafbarkeit des Quälens oder Vernachlässigens von Minderjährigen (minderjährig ist gem. § 74 Abs. 1 Ziff. 3 Ö-StGB³⁴, wer das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat) ist demgegenüber explizit in § 92 Ö-StGB geregelt. Nach dieser Bestimmung ist zu bestrafen, wer einem Minderjährigen, der seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, körperliche oder seelische Qualen zufügt (Abs. 1) oder ihm gegenüber seine Fürsorge- oder Obhutsverpflichtung gröblich vernachlässigt und dadurch, wenn auch nur fahrlässig, dessen Gesundheit oder dessen körperliche oder geistige Entwicklung beträchtlich schädigt (Abs. 2). Es handelt sich dabei um eigenhändige Sonderdelikte, da nur der Fürsorge- oder Obhutsverpflichtete als Täter in Frage kommt.³⁵ Unerheblich ist dabei, worauf sich diese Fürsorgepflicht des Täters stützt (Gesetz, Vertrag etc.).³⁶ Der Be-

³⁰ BGE 125 IV 64 E. 1a; BRODER, 292; kritisch zur unklaren Formulierung: BSK StGB II-ECKERT, Art. 219 N 9; JENNY/SCHUBARTH/ALBRECHT, Art. 219 N 8 ff.

³¹ Botschaft StGB, 1057; BRODER, 293; BSK StGB II-ECKERT, Art. 219 N 10.

³² BRODER, 293 f.; BSK StGB II-ECKERT, Art. 219 N 13; JENNY/SCHUBARTH/ALBRECHT, Art. 219 N 11; LOPPACHER, 152 ff.; TRECHSEL/CHRISTENER-TRECHSEL, StGB Praxiskommentar, Art. 219 N 4, 7.

³³ ZENZ, 19.

³⁴ Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB) (BGBl. Nr. 60/1974).

³⁵ JERABEK, Wiener Kommentar StGB, § 92 StGB Rz 2 f.

³⁶ FABRIZY, § 92 Rz 1a; ZENZ, 23.

griff der Obhut ist weit gefasst, so dass auch der in Haushaltsgemeinschaft lebende Stiefvater oder der Lebenspartner der Mutter aufgrund eines tatsächlichen Schutz- oder Betreuungsverhältnisses, welches nicht auf einer bestimmten Rechtsgrundlage, sondern faktischen Lebensverhältnissen beruht, tauglicher Täter sein kann.³⁷ Der Tatbestand gem. § 92 Abs. 1 Ö-StGB kann ferner i.V.m. § 2 Ö-StGB auch durch Unterlassen verwirklicht werden, bspw. wenn nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird oder der Fürsorge- oder Obhutsverpflichtete nicht gegen die aufgeführten strafbaren Handlungen eines anderen einschreitet.³⁸ Demgegenüber ist § 92 Abs. 2 Ö-StGB als vorsätzliches unechtes Unterlassungsdelikt konstituiert.³⁹ Tatbestandsverwirklichend aufgrund einer gröblichen Pflichtverletzung ist bspw. das Verhalten einer Mutter, die trotz Kenntnis schwerer Verletzungen ihres Säuglings weiter schläft und erst Stunden später dessen medizinische Versorgung veranlasst.⁴⁰ Grundsätzlich geht § 92 Ö-StGB den Körperverletzungsdelikten nach §§ 83 ff. Ö-StGB vor und verdrängt deren Anwendung.⁴¹ Fehlt es allerdings an einer in § 92 Ö-StGB verlangten Voraussetzung, sind die §§ 83 ff. Ö-StGB massgeblich.

Ganz allgemein kann zum Schutz Minderjähriger auf die Tötungs- und Körperverletzungstatbestände des ersten Abschnitts des Besonderen Teils des Ö-StGB (Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben) verwiesen werden, die bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zur Anwendung gelangen.⁴² Auch Bestimmungen des dritten Abschnitts (Strafbare Handlungen gegen die Freiheit), insbesondere die Freiheitsentziehung gem. § 99 Ö-StGB,

³⁷ OGH 12.03.1991, 14 Os 3/91; BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 92 Rz 1; FABRIZY, § 92 Rz 1b; ZENZ, 23.

³⁸ FABRIZY, § 92 Rz 13; JERABEK, Wiener Kommentar StGB, § 92 StGB Rz 13; OGH 10.07.1984, 10 Os 106/84; OGH 16.09.1986, 11 Os 89/86.

³⁹ BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 92 Rz 3; FABRIZY, § 92 Rz 4; JERABEK, Wiener Kommentar StGB, § 92 StGB Rz 2.

⁴⁰ OGH 25.10.1983, 10 Os 159/83; vgl. auch BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 92 Rz 3.

⁴¹ Was für schwere Körperverletzungs- oder Tötungsdelikte schon aus der Qualifikationsnorm in § 92 Abs. 3 Ö-StGB hervorgeht, FABRIZY, § 92 Rz 5, JERABEK, Wiener Kommentar StGB, § 92 StGB Rz 25; vgl. auch BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 92 Rz 4.

⁴² Vgl. hierzu die Ausführungen bei ZENZ, 33 ff.

die (schwere) Nötigung und die Drohung gem. §§ 105 ff. Ö-StGB, dürfen nicht ausser Acht gelassen werden.⁴³ Schliesslich schützen die Straftatbestände des zehnten Abschnitts (Strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung), namentlich die §§ 206 ff. Ö-StGB, die sexuelle Integrität der Minderjährigen.⁴⁴

2009 wurde der rege diskutierte und kritisierte § 107b Ö-StGB (Fortgesetzte Gewaltausübung) ins Gesetz eingefügt.⁴⁵ Dieser Straftatbestand schützt Personen vor länger andauernden Gewaltbeziehungen, indem wiederkehrende einzelne Gewaltanwendungen zusammen betrachtet und pönalisiert werden.⁴⁶ Wer gegen einen Unmündigen über längere Zeit fortgesetzt Gewalt ausübt, macht sich der qualifizierten Begehung gem. § 107b Abs. 3 Ziff. 1 Ö-StGB strafbar. Noch strenger bestraft werden kann der Täter gem. Abs. 4, wenn die Tat gegen den Unmündigen auf qualvolle Weise begangen wird oder wiederholt Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Integrität verübt werden.

Ebenfalls von Bedeutung ist § 199 Ö-StGB, wonach sich strafbar macht, wer die ihm auf Grund eines Gesetzes obliegende Pflege, Erziehung oder Beaufsichtigung einer minderjährigen Person gröblich vernachlässigt und dadurch, wenn auch nur fahrlässig, deren Verwahrlosung bewirkt. Verwahrlost ist eine Person, deren äusserliche Erscheinung völlig vernachlässigt erscheint. Ganz allgemein gilt als verwahrlost, wer sein Leben nicht nach allgemeinen Regeln des Gemeinschaftslebens führt.⁴⁷ Bei dieser Norm handelt es sich um einen Auffangtatbestand zu § 92 Abs. 2 Ö-StGB, der in leichteren Fällen bei Ausbleiben von beträchtlichen Gesundheits- oder Entwicklungsschädigungen zur Anwendung kommt.⁴⁸

⁴³ Vgl. hierzu die Ausführungen bei ZENZ, 52 ff.

⁴⁴ PHILIPP, Wiener Kommentar StGB, vor §§ 201 ff. StGB Rz 3.

⁴⁵ ZENZ, 59 ff.; vgl. auch die Kritik bei BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 107b, Rz 1.

⁴⁶ BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 107b, Rz 1; FABRIZY, § 107b Rz 1; SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StGB, § 107b StGB Rz 1.

⁴⁷ FABRIZY, § 199 Rz 2; vgl. auch das Beispiel bei BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I, § 199, Rz 2.

⁴⁸ FABRIZY, § 199 Rz 1; MARKEL, Wiener Kommentar StGB, § 199 StGB Rz 17; vgl. auch BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT II, § 199 Rz 3.

3. Deutschland

Auch in der deutschen Rechtsordnung sind Minderjährige in Fällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch ganz allgemein von den Schutzbereichen verschiedener Straftatbestände des Strafgesetzbuches erfasst. Dies sind insbesondere die Körperverletzungsdelikte (§§ 223 ff. D-StGB⁴⁹), die Tötungsdelikte (§ 211 ff. D-StGB) sowie die Bestimmungen zu den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (13. Abschnitt des D-StGB).

Es finden sich jedoch auch Straftatbestände, die speziell dem Schutz Minderjähriger dienen. Neben den einschlägigen Normen des Sexualstrafrechts (§ 173, § 174, § 176 ff., § 180 und § 182 D-StGB) und der qualifizierten Form der Aussetzung gem. § 221 Abs. 2 Nr. 1 D-StGB⁵⁰ ist vorliegend besonderes Augenmerk auf die Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht gem. § 171 D-StGB und die Misshandlung von Schutzbefohlenen gem. § 225 D-StGB zu richten.

Nach § 171 D-StGB wird u.a. bestraft, wer seine Fürsorge- oder Erziehungspflicht gegenüber einer Person unter 16 Jahren gröblich verletzt und dadurch den Schutzbefohlenen in die Gefahr bringt, in seiner körperlichen oder psychischen Entwicklung erheblich geschädigt zu werden. Der Tatbestand soll den Fürsorge- und Erziehungsanspruch von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sichern, nicht jedoch den Anspruch auf menschliche Zuwendung.⁵¹ Täter dieses Delikts kann nur sein, wer gegenüber dem Schutzbefohlenen eine gesetzliche (z.B. Eltern), behördlich übertragene, vertragliche oder durch faktische Übernahme begründete Fürsorge- oder Erziehungspflicht hat.⁵² Eine gröbliche Pflichtverletzung liegt i.d.R. erst bei wiederholten oder dauerhaften Verstößen vor, kann u.U. aber auch bei einem einmaligen Vor-

⁴⁹ Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 3 des Gesetzes vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212) geändert worden ist.

⁵⁰ Vgl. dazu FISCHER, § 221 Rz 21; KÜHL, § 221 Rz 7; SSW-StGB-MOMSEN, § 221 Rz 12.

⁵¹ SSW-StGB-WITTIG, § 171 Rz 1.

⁵² FISCHER, § 171 Rz 3; KINDHÄUSER, § 171 Rz 2; KÜHL, § 171 Rz 2; SSW-StGB-WITTIG, § 171 Rz 3.

fall (Tun oder Unterlassen) bejaht werden.⁵³ Für die Einstufung der Pflichtverletzung als gröblich sind die Umstände des Einzelfalls (Alter des Opfers, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Pflichtverletzungen, Motive etc.) sorgfältig zu prüfen.⁵⁴ Wer einen Schutzbefohlenen häufig schlägt, in der Wohnung einsperrt oder ein Kleinkind tage- und nächtelang allein lässt, verletzt seine Pflichten aber auf jeden Fall in grober Weise.⁵⁵ Um den Tatbestand zu verwirklichen, muss durch die Pflichtverletzung eine konkrete, naheliegende Gefahr einer erheblichen psychischen oder physischen Entwicklungsschädigung des Minderjährigen entstehen, dazu muss eine nachhaltige Beeinträchtigung des Reifeprozesses vorliegen.⁵⁶ Eine tatsächliche Schädigung ist nicht erforderlich, es handelt sich also um ein konkretes Gefährdungsdelikt.⁵⁷ Subjektiv ist (zumindest bedingter) Vorsatz erforderlich, welcher sich insbesondere auf die gröbliche Pflichtverletzung und die Gefährdung erstrecken muss.⁵⁸

Die körperliche Unversehrtheit und die psychische Integrität Minderjähriger werden ferner durch § 225 D-StGB geschützt, welcher besondere Formen der Körperverletzung unter erhöhte Strafe stellt.⁵⁹ Dessen Abs. 1 stellt u.a. unter Strafe, wer eine Person unter achtzehn Jahren, die seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, seinem Hausstand angehört oder von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt. In einem besonderen Schutzverhältnis zum Minderjährigen stehen aufgrund der Fürsorge- und Obhutspflicht die leiblichen Eltern, ferner aber auch Stief- oder Pflegeeltern, da sie dem Hausstand angehören.⁶⁰ Das Fürsorgeverhältnis kann ebenfalls durch tatsächliche Übernahme der Fürsorgepflicht entstehen, bspw. wenn der Partner der Mutter mit

⁵³ FISCHER, § 171 Rz 4 f.

⁵⁴ SSW-StGB-WITTIG, § 171 Rz 7.

⁵⁵ FISCHER, § 171 Rz 6.

⁵⁶ KINDHÄUSER, § 171 Rz 3; SSW-StGB-WITTIG, § 171 Rz 10 f.

⁵⁷ KINDHÄUSER, § 171 Rz 1; KÜHL, § 171 Rz 3, 6.

⁵⁸ KINDHÄUSER, § 171 Rz 4; KÜHL, § 171 Rz 7; SSW-StGB-WITTIG, § 171 Rz 14.

⁵⁹ FISCHER, § 225 Rz 2; SSW-StGB-MOMSEN/MOMSEN-PFLANZ, § 225 Rz 1.

⁶⁰ KÜHL, § 225 Rz 3; SSW-StGB-MOMSEN/MOMSEN-PFLANZ, § 225 Rz 8 f.

dieser und dem Minderjährigen zusammenlebt.⁶¹ Nach einem Qualifikationstatbestand von § 225 Abs. 3 D-StGB wird bestraft, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung i.S.v. § 171 D-StGB bringt.⁶²

Zwischen § 171 D-StGB und § 225 D-StGB ist Tateinheit möglich (vgl. § 52 D-StGB).⁶³

4. Fazit

Die Ausgestaltung von Art. 219 des schweizerischen StGB als Gefährdungsdelikt bewirkt im Gegensatz zu den Verletzungsdelikten gem. § 92 Ö-StGB und § 199 Ö-StGB die Vorverlegung des Rechtsgüterschutzes.⁶⁴ Hinsichtlich der Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht weist § 171 D-StGB gegenüber Art. 219 des schweizerischen StGB zwei Schwachstellen auf. Die Strafbarkeit wird deutlich eingeschränkt, da in Deutschland Fahrlässigkeit nicht unter Strafe gestellt ist.⁶⁵ Zudem ist unklar, weshalb vom Schutz dieser Bestimmung nur Minderjährige bis 16 Jahre erfasst werden.⁶⁶

Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass ein differenzierter strafrechtlicher Schutz gegen Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch von Minderjährigen existiert. Insbesondere die vorliegend besonders interessierende Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungs- bzw. Obhutspflicht wird in allen drei Ländern strafrechtlich sanktioniert.

⁶¹ FISCHER, § 225 Rz 4; KINDHÄUSER, § 225 Rz 5 f.; vgl. auch SSW-StGB-MOMSEN/MOMSEN-PFLANZ, § 225 Rz 10.

⁶² KÜHL, § 225 Rz 9.

⁶³ FISCHER, § 171 Rz 11, § 225 Rz 21; KÜHL, § 171 Rz 9.

⁶⁴ DONATSCH/TAG, 106; LOPPACHER, 65.

⁶⁵ LOPPACHER, 64.

⁶⁶ LOPPACHER, 63.

III. Schweigepflicht und Ausnahmen

1. Ärztliche Schweigepflicht als Grundsatz

Zwischen Ärzten und ihren Patienten besteht seit jeher ein besonderes Vertrauensverhältnis.⁶⁷ Um diese Beziehung zu schützen, unterstehen Ärzte in Österreich, der Schweiz und Deutschland einer Verschwiegenheitspflicht. Eine sinnvolle Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bedingt, dass der Patient die Gewissheit hat, dass der Arzt die vertraulichen Informationen grundsätzlich nicht weitergibt.⁶⁸

In der Schweiz schützt das Berufsgeheimnis dieses besondere Vertrauensverhältnis und stellt gem. Art. 321 Ziff. 1 StGB unter Strafe, wenn Ärzte und/oder deren Hilfspersonen ein Geheimnis offenbaren, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben.⁶⁹ Sind diese Personen in einem öffentlichen Krankenhaus angestellt, unterstehen sie für die betrieblichen Wahrnehmungen dem Amtsgeheimnis nach Art. 320 Ziff. 1 StGB und für die Behandlung der Patienten aber dennoch dem oben erwähnten Berufsgeheimnis.⁷⁰ Als Geheimnis gilt in diesem Sinn alles, „was der Patient dem Arzt zwecks Ausführung des Auftrages anvertraut oder was der Arzt in Ausübung seines Berufes wahrnimmt.“⁷¹ Erlittene Misshandlungen fallen ohne weiteres unter diesen Begriff.⁷² Ein Geheimnis wird dann offenbart, wenn auf beliebige Weise einer anderen Person oder auch einer Behörde Kenntnis über die geschützten Tatsachen ermöglicht wird.⁷³

⁶⁷ BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 2.

⁶⁸ STELLAMOR/STEINER, 167; WICKI, 13.

⁶⁹ Art. 11 Abs. 1 der Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) statuiert die Wahrung des Patientengeheimnisses zugunsten der Patienten <http://www.fmh.ch/files/pdf12/Standesordnung_20130818dt.pdf>.

⁷⁰ DONATSCH/WOHLERS, 556, 564; STRATENWERTH/BOMMER, § 61 Rz 14.

⁷¹ BGE 101 Ia 10, E. 5b; vgl. auch DONATSCH/WOHLERS, 566.

⁷² RYSER BÜSCHI, 253.

⁷³ DONATSCH/WOHLERS, 567; BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 17; TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 321 N 23.

In Österreich statuiert § 54 Abs. 1 ÄrzteG⁷⁴ die Verschwiegenheitsverpflichtung von Ärzten und Hilfspersonen über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse. Die Verletzung dieser Pflicht wird strafrechtlich sanktioniert (§ 121 Ö-StGB). Gleiches gilt nach deutschem Recht; ein Arzt wird gem. § 203 Abs. 1 Nr. 1 D-StGB bestraft, wenn er unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist.⁷⁵

Nach allgemeiner Auffassung gilt die ärztliche Schweigepflicht grundsätzlich ebenso gegenüber anderen Ärzten, auch wenn diese ebenfalls der Geheimhaltungspflicht unterstehen.⁷⁶

2. Durchbrechung der Schweigepflicht durch Melderechte und -pflichten

Trotz ihrer fundamentalen Bedeutung gelten die soeben dargestellten ärztlichen Verschwiegenheitspflichten nicht absolut und können bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen durchbrochen werden. Insbesondere für Fälle von Kindesmisshandlung sind Bestimmungen vorhanden, die Ärzte zu einer Anzeige oder Meldung berechtigen oder verpflichten. Dann kann die Offenbarung von Geheimnissen zulässig sein.⁷⁷

a) Schweiz

In der Schweiz gilt die Verpflichtung des Arztes zur Verschwiegenheit nicht absolut und kann insbesondere bei Gefährdung des Kindeswohls durchbro-

⁷⁴ Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Ständesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) erlassen und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert wird (BGBl. I Nr. 169/1998).

⁷⁵ Die Schweigepflicht ist ebenfalls festgehalten in § 9 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20111.pdf>.

⁷⁶ BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 20; RV Materialien, 24; STELLAMOR/STEINER, 175; TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 321 N 23; WICKI, 30.

⁷⁷ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 37.

chen werden.⁷⁸ Dabei kommt Rechtfertigungsgründen eine grosse Bedeutung zu.⁷⁹ So macht sich ein Arzt insbesondere dann nicht nach Art. 321 Ziff. 2 StGB strafbar, wenn er das Geheimnis mit der Einwilligung des Berechtigten offenbart. Das Verhalten des Arztes ist daher nicht rechtswidrig, wenn der urteilsfähige Geheimnisherr freiwillig und in Kenntnis aller wesentlichen Umstände in die Offenbarung des Geheimnisses gegenüber bestimmten Personen oder Stellen eingewilligt hat.⁸⁰ Bei der Einwilligung in die Geheimnisoffenbarung handelt es sich um ein höchstpersönliches Recht, so dass handlungsunfähige, aber urteilsfähige Patienten selbständig darüber entscheiden können.⁸¹ Anstelle urteilsunfähiger Minderjähriger können die gesetzlichen Vertreter in die Geheimnisoffenbarung einwilligen.⁸² Von Eltern, die verdächtigt werden, ihr Kind zu misshandeln oder zu vernachlässigen, ist diese Einwilligung jedoch gerade nicht zu erwarten.

Zu beachten ist in solchen Fällen der Vorbehalt von Art. 321 Ziff. 3 StGB. Dieser Bestimmung zufolge ist die Geheimnisoffenbarung nicht strafbar, wenn sie durch eine eidgenössische oder kantonale Bestimmung über Mitteilungsrechte und -pflichten gegenüber einer Behörde für zulässig erklärt werden.⁸³

⁷⁸ BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 1.

⁷⁹ BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 22.

⁸⁰ Art. 321 Ziff. 2 StGB; DONATSCH/WOHLERS, 573; BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 22.

⁸¹ Vgl. Art. 13 ff. ZGB (Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 [SR 210]); DONATSCH/WOHLERS, 573; TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 321 N 28.

⁸² Vgl. Art. 301 Abs. 1 und Art. 304 Abs. 1 ZGB; DONATSCH/TAG, 260; DONATSCH/WOHLERS, 573.

⁸³ DONATSCH/WOHLERS, 572; BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 32; STRATEN-WERTH/BOMMER, § 59 Rz 24; TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 321 N 38.

aa) *Eidgenössische Bestimmungen*

Vorwegzunehmen ist, dass für Ärzte in der Schweiz auf bundesrechtlicher Ebene weder *Meldepflichten* an die Kindesschutzbehörde⁸⁴ noch *Anzeigepflichten* an die Strafverfolgungsbehörden statuiert sind.⁸⁵ Solche würden klarerweise zur Rechtfertigung der Geheimnisverletzung nach Art. 321 Ziff. 2 StGB führen, hätten jedoch auch einen imperativen Charakter. Eine Pflicht muss erfüllt werden.⁸⁶

aaa) *Mitteilung an die Kindesschutzbehörde*

Ein bundesrechtliches *Mitteilungsrecht* findet sich in Art. 364 StGB. Nach dieser Bestimmung sind die zur Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses verpflichteten Personen berechtigt, strafbare Handlungen, die an einem Minderjährigen begangen worden sind, an die Kindesschutzbehörden zu melden, sofern dies in seinem Interesse liegt (Art. 320 und Art. 321 StGB). Voraussetzung ist, dass der Arzt ernsthafte Gründe hat, von der Verübung einer Straftat auszugehen.⁸⁷ Im Falle einer bloss drohenden strafbaren Handlung kann sich der Arzt zur Verletzung der Schweigepflicht nicht auf das Mitteilungsrecht von Art. 364 StGB berufen. Allenfalls ist sein Handeln und durch einen anderen Rechtfertigungsgrund – wie bspw. die Notstandshilfe i.S.v. Art. 17 StGB – abgedeckt.⁸⁸ Mit der Voraussetzung, dass die Meldung an die Kindesschutzbehörde im Interesse des betroffenen Unmündigen erfolgen muss, soll sichergestellt werden, dass der Arzt die Vor- und Nachteile einer Meldung sorgfältig gegeneinander abwägt und dadurch voreilige, mehr

⁸⁴ Vor dem Inkrafttreten der Änderungen im ZGB zum Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht war der Terminus „Vormundschaftsbehörde“ gebräuchlich. In diesem Aufsatz wird immer die neue Begrifflichkeit verwendet.

⁸⁵ Es existiert nach Art. 75 Abs. 3 StPO bloss eine Meldepflicht der Strafbehörden gegenüber der Kindesschutzbehörden, sofern sie feststellen, dass bei der Verfolgung von Straftaten, an denen Unmündige beteiligt sind, weitere Massnahmen erforderlich sind; vgl. RYSER BÜSCHI, 256 f.; BSK StPO-SAXER, Art. 75 N 9.

⁸⁶ STRATENWERTH/BOMMER, § 59 Rz 24.

⁸⁷ BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 5; RYSER BÜSCHI, 258; TRECHSEL/LIEBER, StGB Praxiskommentar, Art. 364 N 2.

⁸⁸ BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 9.

schädigende als nützliche Meldungen unterbleiben.⁸⁹ Obwohl der Wortlaut der Bestimmung streng genommen nur die Meldung im Interesse des betroffenen Unmündigen für zulässig erklärt, muss eine solche auch im Interesse anderer schutzbedürftiger Unmündiger (z.B. Geschwister) möglich sein.⁹⁰

Durch dieses gesetzliche Melderecht wird die Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses aufgehoben und der Arzt zur Preisgabe des Geheimnisses befugt. Es liegt ein gesetzlicher Rechtfertigungsgrund i.S.v. Art. 14 StGB vor, da eine gesetzlich ausdrücklich erlaubte Handlung nicht strafbar sein kann.⁹¹ Durch diese Befugnis zur Durchbrechung der Schweigepflicht wird der hohe Stellenwert des Kindeswohls unterstrichen.⁹² Da es sich um ein Mitteilungsrecht und nicht um eine entsprechende Pflicht handelt, kommt dem Arzt hinsichtlich der Entscheidung, ob bzw. wann er der Kindesschutzbehörde Meldung erstattet, ein grosses Ermessen zu.⁹³ In zeitlicher Hinsicht ist allerdings anzunehmen, dass der *ratio legis* nur mit einer sofortigen Mitteilung entsprochen werden kann.⁹⁴

bbb) Anzeige bei einer Strafverfolgungsbehörde

Art. 364 StGB berechtigt den Arzt nur zur Meldung an die Kindesschutzbehörde und kann daher nicht auf die Meldung an weitere Behörden insbesondere die Strafverfolgungsbehörden ausgeweitet werden.⁹⁵ Damit kommt auch zum Ausdruck, dass der primäre Normzweck von Art. 364 StGB im Kinder- und Jugendschutz und nicht in der Verbrechensbekämpfung liegt.⁹⁶

⁸⁹ Botschaft StGB, 1062; BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 11.

⁹⁰ Botschaft StGB, 1062.

⁹¹ LOPPACHER, 194; BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 32; vgl. auch TRECHSEL/LIEBER, StGB Praxiskommentar, Art. 364 N 1.

⁹² BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 1.

⁹³ Botschaft StGB, 1062; BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 18; LOPPACHER, 195.

⁹⁴ BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 18.

⁹⁵ LOPPACHER, 195; RYSER BÜSCHI, 258; TRECHSEL/LIEBER, StGB Praxiskommentar, Art. 364 N 4; vgl. auch BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 15.

⁹⁶ BSK StGB II-BIDERBOST, Art. 364 N 15; vgl. auch LOPPACHER, 195.

Ein allgemeines Anzeigerecht für Straftaten ist zwar in Art. 301 StPO⁹⁷ vorgesehen, wonach jedermann berechtigt ist, Straftaten bei einer Strafverfolgungsbehörde anzuzeigen. Ärzten steht dieses Anzeigerecht allerdings nur zu, wenn ein Rechtfertigungsgrund für die Verletzung der gesetzlichen Geheimhaltungspflicht gem. Art. 321 StGB vorliegt.⁹⁸ Der Arzt kann sich von der Geheimhaltungspflicht gem. Art. 321 Ziff. 2 StGB durch eine schriftliche Bewilligung entbinden lassen. Zuständig für die Beurteilung des Gesuchs ist i.d.R. die kantonale Gesundheits- oder Fürsorgedirektion oder der Kantonsarzt.⁹⁹ Drängt sich jedoch sofortiges Handeln auf, kommen für die Rechtmässigkeit der Geheimnisoffenbarung durch einen Arzt in einer solchen Situation die allgemeinen geschriebenen und übergesetzlichen Rechtfertigungsgründe wie Notstandshilfe (Art. 17 StGB), mutmassliche Einwilligung des Verletzten, Wahrung berechtigter Interessen oder Pflichtenkollision in Frage.¹⁰⁰

Mit einer erst kürzlich von Nationalrat STEFAN MÜLLER-ALTERMATT eingereichte parlamentarische Initiative soll Art. 364 StGB um ein Melderecht bei Verdacht auf pädokriminelle Taten erweitert werden. Ausserdem soll er neu auch gegenüber den Strafverfolgungsbehörden gelten. Die Hauptbegründung dieser Erweiterung liegt darin, dass durch eine direkte Meldung an die Strafverfolgungsbehörden die Entdeckungswahrscheinlichkeit bei Kindesmisshandlungen und pädokriminellen Taten stark erhöht werden könnte, da die Polizei den Vorfall dann zwangsweise untersuchen müsste.¹⁰¹ Die Initiative wurde im Parlament bis zum Abschluss dieses Aufsatzes noch nicht behandelt.

⁹⁷ Schweizerische Strafprozessordnung (Strafprozessordnung, StPO) vom 5. Oktober 2007 (SR 312.0).

⁹⁸ BSK StPO-RIEDO/FALKNER, Art. 301 StPO N 9.

⁹⁹ TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 321 N 32.

¹⁰⁰ BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 33; WICKI, 31; zu den einzelnen Rechtfertigungsgründen vgl. DONATSCH/TAG, 217 ff.

¹⁰¹ Parlamentarische Initiative 14.419.

bb) Kantonale Bestimmungen

Im Kanton Zürich tätige Ärzte sind gem. Art. 15 Abs. 4 lit. a GesG ZH¹⁰² berechtigt, nicht aber verpflichtet, den zuständigen Behörden Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen.¹⁰³

Eine Melderechtsbestimmung im Gesundheitsgesetz des Kantons Aargau hält in allgemeiner Form fest, dass die Schweigepflicht zum Schutz des Kindeswohls aufgehoben ist (§ 21 Abs. 2 lit. a GesG AG¹⁰⁴).

Demgegenüber sind im Kanton Tessin tätige Ärzte nach kantonalem Gesundheitsgesetz verpflichtet, die Staatsanwaltschaft in jedem Fall über Verletzungen, die mit der Begehung einer Straftat in Zusammenhang stehen bzw. stehen könnten und ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, zu informieren (Art. 20 Abs. 5 lit. a i.V.m. Art. 68 Abs. 2 Lsan TI¹⁰⁵).

cc) Zwischenfazit

Schweizer Ärzte sind somit nach geltendem Bundesrecht zur Meldung an die Kinderschutzbehörde berechtigt, nicht jedoch verpflichtet. Ebenso besteht keine bundesrechtliche Verpflichtung zur Strafanzeige. Eine Anzeige an die Behörden kann allerdings gestützt auf die allgemeinen Bestimmungen gerechtfertigt werden. Die Ärzte können sich ausserdem bei der kantonalen Aufsichtsbehörde von der Geheimhaltungspflicht entbinden lassen. Die kantonalen Rechtsgrundlagen sind diesbezüglich uneinheitlich.

Von der ARBEITSGRUPPE KINDESMISSHANDLUNG wurde empfohlen, weder Kinderschutzbehörden noch Ärzte zu einer Strafanzeige zu verpflichten. Vielmehr müsse im jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden kön-

¹⁰² Gesundheitsgesetz (GesG) des Kantons Zürich vom 2. April 2007 (LS 810.1).

¹⁰³ Somit wird dem Arzt das Vertrauen entgegengebracht, im Einzelfall nach bestem Wissen und Gewissen über eine Anzeige zu entscheiden: WICKI, 25.

¹⁰⁴ Gesundheitsgesetz (GesG) des Kantons Aargau vom 20. Januar 2009 (SAR 301.100).

¹⁰⁵ Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) des Kantons Tessin vom 18 April 1989 (RL 6.1.1.1).

nen, ob die Auslösung einer Strafverfolgung angemessen erscheint. Jedoch sollten Ärzte dann zur Meldung an die Kinderschutzbehörden verpflichtet sein, wenn das betroffene Kind nicht wirksam vor weiteren Misshandlungen geschützt werden kann.¹⁰⁶ Der Bundesrat erachtete in seiner Stellungnahme zum Bericht der Arbeitsgruppe die geltende Regelung des Melderechts als angemessen, da eine Anzeigepflicht des Arztes die Eltern abschrecken könnte, überhaupt medizinische Hilfe für das Kind in Anspruch zu nehmen.¹⁰⁷

b) Österreich

Die in § 54 Abs. 1 ÄrzteG grundsätzlich angeordnete Verschwiegenheitspflicht besteht bspw. gem. § 54 Abs. 2 ÄrzteG nicht, wenn der Geheimniss Herr den Arzt hiervon entbunden hat (Ziff. 3) oder die Geheimnisoffenbarung zur Wahrung höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist (Ziff. 4). Diese Fälle sind vorliegend allerdings nicht von Bedeutung, da § 54 ÄrzteG weitere Konstellationen festlegt, in denen eine Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht zulässig ist.

aa) Misshandlung, Quälen, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch

aaa) Anzeigepflicht gegenüber einer Sicherheitsbehörde

In Österreich tätige Ärzte¹⁰⁸ sind gem. § 54 Abs. 5 ÄrzteG verpflichtet, Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten, falls sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist. Um die gesetzliche An-

¹⁰⁶ Zum Ganzen: Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung, 141.

¹⁰⁷ Stellungnahme Bundesrat, 11.

¹⁰⁸ Erfasst sind neben niedergelassenen Ärzten auch Spitalsärzte, die in einem öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer Gebietskörperschaft stehen: STOLZLECHNER HARALD, Überlegungen zur ärztlichen Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht, RdM 7 (2000) 67 ff., 75, zit. nach ZENZ, 121; nicht erfasst sind Amtsärzte, da sie gem. § 41 Abs. 4 ÄrzteG vom Anwendungsbereich dieses Bundesgesetzes ausgenommen sind.

zeigepflicht¹⁰⁹ des Arztes auszulösen, muss ein Verdacht hinsichtlich der genannten Handlungen vorliegen. Dabei ist das Vorhandensein konkreter Anhaltspunkte für das strafbare Verhalten ausreichend, ein dringender Tatverdacht ist nicht erforderlich.¹¹⁰ Ein Verdacht ist ein Umstand, „der nach menschlicher Erfahrung mit einiger Wahrscheinlichkeit auf die Begehung einer strafbaren Handlung schliessen lässt“¹¹¹.

Sofern sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen i.S.v. § 166 Abs. 1 Ö-StGB richtet, kann diese grundsätzliche Anzeigepflicht gem. § 54 Abs. 5 Satz 2 ÄrzteG aufgeschoben werden. Neben den von § 166 Abs. 1 Ö-StGB ausdrücklich erfassten Eltern kann bspw. auch bei einem Verdacht gegen den Lebensgefährten der Mutter ein Aufschub erfolgen, sofern dieser mit dem Kind in einer Hausgemeinschaft lebt und daher in einem besonderen Naheverhältnis zu ihm steht.¹¹² Das Gesetz setzt für das Unterbleiben einer Anzeige zusätzlich kumulativ voraus, dass das Wohl des Minderjährigen dies erfordert, eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger erfolgt und gegebenenfalls eine Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt einbezogen wird. Diese Regelung lässt einen gewissen Spielraum offen und ermöglicht eine allfällige Klärung und Lösung der Situation, ohne dass unbedingt jeder Verdacht bei den Sicherheitsbehörden angezeigt werden muss.¹¹³ Das vorläufige Absehen einer Anzeige liegt dann im Kindeswohl, wenn dem Minderjährigen damit mehr Schaden und Schmerz zugefügt wird, als die Heilung zu fördern.¹¹⁴ Selbstverständlich kann der Aufschub der Anzeige nur dann im Interesse des Kindes sein, wenn unter Einbezug der Jugendwohlfahrtsbehörde eine weitere erhebliche Gefährdung des Kindeswohls ausgeschlossen werden kann.¹¹⁵

¹⁰⁹ Zur historischen Entwicklung der ärztlichen Anzeigepflicht: SCHOSSLEITNER, 3 ff.; ZENZ, 103 ff.

¹¹⁰ SCHOSSLEITNER, 14.

¹¹¹ STOLZLECHNER (FN 108), 72, zit. nach ZENZ, 122.

¹¹² FABRIZY, § 166 Rz 8.

¹¹³ ZENZ, 124.

¹¹⁴ ZENZ, 130.

¹¹⁵ STELLAMOR/STEINER, 180; ZENZ, 130.

bbb) Meldepflicht gegenüber der Jugendwohlfahrtsbehörde

Auch wenn mit der Anzeigerstattung an die Sicherheitsbehörde zugewartet wird, ist gem. § 54 Abs. 6 ÄrzteG bei einem Verdacht nach Abs. 5 unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten. Diese ärztliche Meldepflicht gilt unbedingt und ausnahmslos, der Arzt hat bei einem entsprechenden Verdacht keinerlei Handlungsspielraum.¹¹⁶ Träger der öffentlichen Jugendwohlfahrt sind gem. § 4 Abs. 1 JWG¹¹⁷ die Länder. Die Aufgaben werden von den Landesregierungen und den Bezirksverwaltungsbehörden (Jugendämter, Jugendwohlfahrtsbehörden) vollzogen.¹¹⁸

§ 37 Abs. 2 JWG enthält eine weitere Mitteilungspflicht. In der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes sind bei Verdacht, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind, verpflichtet, dies dem Jugendwohlfahrtsträger zu melden. Auf genauere Ausführungen zu dieser Bestimmung wird vorliegend verzichtet, da sich für Ärzte bereits aus § 54 Abs. 6 ÄrzteG explizit eine unbedingte Meldepflicht in allen Verdachtsfällen ergibt.

bb) Schwere Körperverletzung und Tod

aaa) Anzeigepflicht gegenüber einer Sicherheitsbehörde

Nach § 54 Abs. 4 ÄrzteG hat ein Arzt, für den sich in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung¹¹⁹ herbeigeführt wurde, unverzüglich

¹¹⁶ WEHINGER, 71; ZENZ, 132.

¹¹⁷ Bundesgesetz vom 15. März 1989, mit dem Grundsätze über die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge aufgestellt und unmittelbar anzuwendende Vorschriften in diesem Bereich erlassen werden (Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 – JWG) (BGBl. Nr. 161/1989).

¹¹⁸ WIENERROITHER, 177 Rz 6.

¹¹⁹ Zur schweren Körperverletzung siehe BURGSTALLER/FABRIZY, Wiener Kommentar StGB, § 84 StGB Rz 5 ff.; FABRIZY, § 84 Rz 2 ff.

lich der Sicherheitsbehörde Anzeige zu erstatten, sofern Abs. 5 nichts anderes bestimmt. Besteht also der Verdacht, dass ein Minderjähriger schwer verletzt wurde, kann der Arzt ebenfalls von einer unverzüglichen Anzeige absehen, wenn sich diese gegen einen nahen Angehörigen richtet, das Wohl des Minderjährigen den Aufschub erfordert sowie eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger erfolgt und gegebenenfalls eine Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt einbezogen wird. Beim Verdacht, dass der Tod eines Minderjährigen durch eine strafbare Handlung herbeigeführt wurde, hat der Arzt stets unverzüglich Anzeige zu erstatten, da es in diesem Fall unmöglich im Kindeswohl liegen kann, vorerst eine Anzeige i.S.v. § 54 Abs. 5 ÄrzteG zu unterlassen.¹²⁰

bbb) Meldepflicht gegenüber der Jugendwohlfahrtsbehörde

Fraglich ist, ob der Arzt auch bei jedem Verdacht einer schweren Körperverletzung eines Minderjährigen – unabhängig von einer Anzeige an die Sicherheitsbehörden – ausnahmslos zur Meldung an die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde verpflichtet ist. Nach dem strengen Wortlaut von § 54 Abs. 6 ÄrzteG besteht diese Pflicht nur in den Fällen des Abs. 5, d.h. beim Verdacht auf Misshandlung, Quälen, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch und nicht in Bezug auf schwere Körperverletzungen nach Abs. 4. In der Literatur wird aber auch in derartigen Situationen eine unverzügliche und nachweisliche Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger als unbedingt notwendig erachtet.¹²¹ Verzichtet der Arzt beim Verdacht auf eine schwere Körperverletzung zum Wohl des Kindes vorläufig auf eine Anzeige, erlaubt dies dem zuständigen Jugendwohlfahrtsträger auch in diesen Fällen zwischenzeitlich die Überprüfung, ob bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Verdachtsmeldung im Zusammenhang mit diesem Minderjährigen erstattet worden ist, und ermöglicht ihm gegebenenfalls sofort die Einleitung weiterer Massnahmen.¹²²

¹²⁰ KLETECKA-PULKER MARIA, Die neue Regelung der ärztlichen Anzeigepflicht, RdM 8 (2007) 175 ff., 179, zit. nach ZENZ, 138.

¹²¹ ZENZ, 136.

¹²² KLETECKA-PULKER (FN 120), 179, zit. nach ZENZ, 137.

cc) Ärzte im Dienstverhältnis zu einer öffentlichen Krankenanstalt

Niedergelassene Ärzte und in einem Dienstverhältnis zu einem privaten Krankenhaus stehende Ärzte müssen ausschliesslich den soeben behandelten Verpflichtungen gem. § 54 ÄrzteG nachkommen.¹²³ Demgegenüber gelten für Ärzte, die in einem öffentlich- oder privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt einer Gebietskörperschaft stehen, neben dem ÄrzteG auch die dienstrechtlichen Meldepflichten des BDG¹²⁴ (§ 53 BDG) und des VBG¹²⁵ (§ 5 Abs. 1 VBG), die sie zur Verdachtsmeldung an den Dienststellenleiter verpflichten. Leitet der Arzt zugleich die Dienststelle (z.B. Krankenanstalt), gelten für ihn die Anzeigepflichten an die zur Anzeige berufenen Stellen bzw. an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft nach § 45 Abs. 3 f. BDG bzw. § 5b Abs. 3 f. VBG sowie nach § 78 Ö-StPO¹²⁶. In welchem Verhältnis diese verschiedenen Normen zueinander stehen ist nicht restlos geklärt.¹²⁷

dd) Zwischenfazit

Ergibt sich für einen Arzt der Verdacht, dass ein Minderjähriger schwer verletzt, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, und richtet sich der Verdacht nicht gegen einen nahen Angehörigen oder steht in einem solchen Fall eine Anzeige dem Wohl des betroffenen Kindes nicht entgegen, ist der Arzt verpflichtet, Anzeige bei der Sicherheitsbehörde zu erstatten. Die Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger ist in jedem Verdachtsfall unerlässlich. Einzig bei leichten Körperverletzungen trifft den Arzt keine Anzeige- oder Meldepflicht, falls diese Verletzung

¹²³ STOLZLECHNER (FN 108), 76, zit. nach ZENZ, 160.

¹²⁴ Bundesgesetz vom 27. Juni 1979 über das Dienstrecht der Beamten (Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 – BDG 1979) (BGBl. Nr. 333/1979).

¹²⁵ Bundesgesetz vom 17. März 1948 über das Dienst- und Besoldungsrecht der Vertragsbediensteten des Bundes (Vertragsbedienstetengesetz 1948 – VBG) (BGBl. Nr. 86/1948).

¹²⁶ Strafprozessordnung 1975 (StPO) (BGBl. Nr. 631/1975).

¹²⁷ Zum Ganzen: ZENZ, 95 ff., 160 ff.

weder durch Misshandeln, Quälen, Vernachlässigen noch durch sexuellen Missbrauch verursacht wurde.¹²⁸

Die geltende Regelung bzgl. der Anzeigepflicht an die Sicherheitsbehörde und der Ausnahme hiervon zugunsten des Kindeswohls wird als durchaus sinnvoll und angemessen erachtet. Bestünde eine ausnahmslose Anzeigepflicht für Ärzte, müsste damit gerechnet werden, dass Eltern misshandelte oder vernachlässigte Minderjährige aus Angst vor einer Anzeige nicht mehr zum Arzt bringen würden.¹²⁹ Zudem würde durch eine solche Verschärfung der Anzeigepflicht der Weg über den Jugendwohlfahrtsträger umgangen, womit auch die Überprüfung des Verdachts und die Gefährdungsabschätzung unter Beachtung der Gesamtsituation durch den Jugendwohlfahrtsträger entfielen.¹³⁰ Anstelle einer Verschärfung der Anzeigepflicht sollte vielmehr bei der verbesserten Vernetzung der Ärzte sowie bei der Prävention und Unterstützung der Eltern angesetzt werden.¹³¹

c) *Deutschland*

Die ärztliche Schweigepflicht gem. § 203 Abs. 1 Nr. 1 D-StGB verbietet grundsätzlich die Offenbarung des Geheimnisses und Informationsweitergabe an Dritte.¹³² Jedoch gilt sie – wie auch in Österreich und der Schweiz – nicht absolut.

aa) *Anzeige an die Strafverfolgungsbehörden*

In der aktuellen Gesetzgebung ist bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch keine Anzeigepflicht für

¹²⁸ ZENZ, 150.

¹²⁹ PK-Nr. 1173/2011 2.

¹³⁰ Zum Ganzen: ZENZ, 206 ff., mit einer Zusammenstellung der Argumente gegen eine Verschärfung der Regelungen zur Anzeigepflicht.

¹³¹ PK-Nr. 1173/2011 2; SCHOSSLEITNER, 65; vgl. zur Vernetzung und Kooperation auch unten, IV.2.

¹³² Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 20.

Ärzte an die Polizei vorgeschrieben, obwohl dies mehrfach erwogen wurde.¹³³

Zunächst ist die Offenbarung des Geheimnisses bei wirksamer Einwilligung des Geheimnisgeschützten nicht unbefugt.¹³⁴ Grundsätzlich kann auch ein Minderjähriger wirksam in die Offenbarung des Geheimnisses einwilligen, sofern er einsichtsfähig ist, d.h. über die Fähigkeit verfügt, die Bedeutung der Erklärung zu verstehen. Fehlt diese Fähigkeit, ist die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig.¹³⁵ Richtet sich der Verdacht aber gerade gegen diese Personen, fällt ein Rückgriff auf sie i.d.R. ausser Betracht.¹³⁶

Gerechtfertigt ist der Geheimnisbruch ferner bei gesetzlichen Offenbarungs- oder Anzeigepflichten.¹³⁷ Eine besondere gesetzliche Offenbarungspflicht kann für einen Arzt nach § 138 Abs. 1 Nr. 5 D-StGB bestehen. Dazu müsste er von dem Vorhaben oder der Ausführung eines Mordes (§ 211 D-StGB) oder Totschlags (§ 212 D-StGB) erfahren haben; und zwar zu einem Zeitpunkt, in dem die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden könnte. Weitere Tatbestände, die vorliegend von Bedeutung sind, werden in § 138 D-StGB aber nicht aufgeführt.

Ganz allgemein kann die Verschwiegenheitsverpflichtung zum Schutz höher-rangiger Rechtsgüter jedoch auch mittels rechtfertigenden Notstands (§ 34 D-StGB) durchbrochen werden. Nach diesem Artikel handelt rechtmässig, wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden. Dabei muss in Abwägung der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich

¹³³ Bundesärztekammer, 32.

¹³⁴ SSW-StGB-BOSCH, § 203 Rz 35; FISCHER, § 203 Rz 32; KINDHÄUSER, § 203 Rz 9; KÜHL, § 203 Rz 18.

¹³⁵ FISCHER, § 203 Rz 32; kritisch dazu: SSW-StGB-BOSCH, § 203 Rz 41, der ausführt, dass in solch einem Fall das Kind alleine Geheimnisgeschützter sei; andeutungsweise ebenso: Landesärztekammer Baden-Württemberg, 13.

¹³⁶ HERRMANN et al., 233.

¹³⁷ SSW-StGB-BOSCH, § 203 Rz 43; FISCHER, § 203 Rz 37; KÜHL, § 203 Rz 22.

überwiegen. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel darstellt, die Gefahr abzuwenden. Die Gefahr ist für den Minderjährigen gegenwärtig, wenn die Misshandlung, Vernachlässigung oder der Missbrauch ohne den Verstoß gegen die Schweigepflicht höchstwahrscheinlich ist.¹³⁸ Zudem darf die Gefahr nicht durch ein anderes, zugleich milderes Mittel abgewendet werden können.¹³⁹ Im Mittelpunkt steht sodann die Interessenabwägung, die der Feststellung dient, ob die vom Arzt verletzten Interessen die geschützten Interessen im konkreten Einzelfall wesentlich überwiegen. Die Schweigepflicht schützt den persönlichen Lebens- und Geheimbereich des Einzelnen, der vom Arzt nicht verletzt werden soll.¹⁴⁰ In gewissen Grenzen sind auch Drittgeheimnisse geschützt.¹⁴¹ Dies gilt gewiss für Angaben, die zugleich Geheimnisse des Minderjährigen sind, wie Informationen über Familienverhältnisse oder seine Beziehungen zu anderen Personen.¹⁴² Der Arzt hat somit in jedem Einzelfall eine Güterabwägung zwischen dem Kindeswohl einerseits und den Geheimhaltungsinteressen des Minderjährigen, aber auch des Verdächtigten (aufgrund schutzwürdiger Drittgeheimnisse) sowie allfälliger Allgemeininteressen andererseits vorzunehmen. Bei einem Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch Minderjähriger kann Wiederholungsgefahr i.d.R. nicht vollends ausgeschlossen werden, was im Einzelfall eine höhere Gewichtung des Kindeswohls nahelegen kann.¹⁴³

Soweit ersichtlich wurde bisher kein Arzt verurteilt, nachdem er aufgrund einer sorgfältigen und umfassenden Interessenabwägung gestützt auf rechtfertigenden Notstand seine Schweigepflicht gebrochen und einen Verdacht,

¹³⁸ KÜHL, § 34 Rz 2; vgl. auch KINDHÄUSER, § 203 Rz 10.

¹³⁹ KÜHL, § 34 Rz 3; vgl. auch Landesärztekammer Baden-Württemberg, 13.

¹⁴⁰ Über die Schutzwürdigkeit bzw. den Vorrang der Allgemeininteressen (z.B. Funktionsfähigkeit der vertraulichen Arzt-Patienten-Beziehung) besteht weitgehend Uneinigkeit: FISCHER, § 203 Rz 2; KÜHL, § 203 Rz 1.

¹⁴¹ FISCHER, § 203 Rz 14.

¹⁴² KÜHL, § 203 Rz 9a.

¹⁴³ DAKJ/AG KIM, 9; ERFURT/SCHMIDT, 22; HERRMANN et al., 3; JACOBI, 276; Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 20, 23.

der sich später nicht bestätigte, weitergeleitet hat.¹⁴⁴ Indem die Verletzung der Schweigepflicht durch Notstand i.S.v. § 34 D-StGB gerechtfertigt sein kann, ergibt sich für gewisse Fälle von Verdacht auf Kindesmisshandlung also ein Melderecht für Ärzte. Unter keinen Umständen ist jedoch eine Anzeigepflicht vorgesehen.¹⁴⁵

bb) Meldung an das Jugendamt

Vor einigen Jahren haben verschiedene Bundesländer Melderechte oder -pflichten in ihre gesetzlichen Bestimmungen aufgenommen. So hat bspw. Bayern eine strenge ärztliche Meldepflicht eingeführt. Nach Art. 14 Abs. 6 GDVG BY¹⁴⁶ sind Ärzte verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen. Dabei kommt dem Arzt kein Ermessensspielraum zu, d.h. er darf nicht selbst abklären, ob die Gefährdung auf andere Weise abgewendet werden könnte. Demgegenüber haben Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt in ihren Ländergesetzen abgestufte Meldepflichten statuiert. Dabei erhalten Ärzte die Befugnis zur Meldung an das Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung von Kindern und Jugend-

¹⁴⁴ ERFURT/SCHMIDT, 22; zum Zivilprozess gegen einen Arzt im Zusammenhang mit der Meldung ans Jugendamt bei einem Jungen mit Glasknochenkrankheit: JACOBI, 276.

¹⁴⁵ HERRMANN et al., 3.

¹⁴⁶ Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG) vom 24. Juli 2003 (GVBl S. 452, BayRS 2120-1-UG).

lichen (§ 12 LKindSchuG RP¹⁴⁷, § 4 Abs. 3 KGSG HE¹⁴⁸, § 10 Abs. 2 ThürFKG¹⁴⁹).¹⁵⁰

Eine bundesrechtliche Meldebefugnis an das Jugendamt und damit eine wesentliche Neuerung, welche die landesrechtlichen Befugnisregeln verdrängt,¹⁵¹ brachte das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG¹⁵²), welches am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist. § 4 KKG bestimmt in einer Art Stufenregelung das Vorgehen für Ärzte, denen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden. Zunächst sollen sie bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht gefährdet wird (Abs. 1). Der Arzt soll den Eltern die Situation erörtern und sie auf die Stellen, wo sie fachgerechte Hilfe erhalten können, hinweisen, sofern dies den Schutz des Kindes nicht vereitelt.¹⁵³ Zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung kann sich ein Arzt sodann von einer erfahrenen Fachkraft beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe beraten lassen und ist zu diesem Zweck zur Übermittlung der erforderlichen, pseudonymisierten Daten befugt (Abs. 2).¹⁵⁴ Hält ein Arzt aber das Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kin-

¹⁴⁷ Rheinland-pfälzisches Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) vom 7. März 2008.

¹⁴⁸ Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder (Kindergesundheitsschutz-Gesetz) vom 14. Dezember 2007.

¹⁴⁹ Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (ThürFKG) vom 16. Dezember 2008.

¹⁵⁰ Vgl. ausführlicher zu den Regelungen in den Bundesländern NOTHHAFFT, 17 und Anhang.

¹⁵¹ WIESNER/MÖRSBERGER/WAPLER, SGB VIII, KKG, § 4 Rz 11 m.w.H.

¹⁵² Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975).

¹⁵³ Landesärztekammer Baden-Württemberg, 16; WIESNER/MÖRSBERGER/WAPLER, SGB VIII, KKG, § 4 Rz 17 ff.

¹⁵⁴ Eine derartige Fallbesprechung ist gem. TORSTEN KOOP vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein datenschutzrechtlich zulässig <www.datenschutzzentrum.de/vortraege/20080119-koop-kinderschutz.html>; vgl. auch WIESNER/MÖRSBERGER/WAPLER, SGB VIII, KKG, § 4 Rz 25 ff.

des oder eines Jugendlichen abzuwenden, so ist er befugt, das Jugendamt zu informieren und ihm die diesbezüglich erforderlichen Daten mitzuteilen (Abs. 3). Für eine Meldung an das zuständige Jugendamt braucht sich ein Arzt somit nicht auf rechtfertigenden Notstand gem. § 34 D-StGB zu berufen.

Eine Anzeigebefugnis für Ärzte gegenüber der Polizei ergibt sich hieraus nicht.¹⁵⁵ Dieser Schritt steht allerdings dem vom Arzt informierten Jugendamt zu. Ist gem. § 8a Abs. 3 SGB VIII¹⁵⁶ zur Abwendung der Gefährdung für den Minderjährigen das Tätigwerden der Polizei notwendig und erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt diese selbst ein. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Anzeigerecht und keine -pflicht.¹⁵⁷

cc) Zwischenfazit

Für in Deutschland tätige Ärzte besteht seit dem Inkrafttreten des KKG eine Meldebefugnis an das zuständige Jugendamt. Gewisse Bundesländer haben in ihren Ländergesetzen bereits zuvor eine Meldebefugnis oder sogar eine Meldepflicht vorgesehen. Möchte der Arzt ohne Einwilligung des Minderjährigen oder seiner gesetzlichen Vertreter Anzeige bei der Polizei einreichen, muss er sich auf rechtfertigenden Notstand gem. § 34 D-StGB berufen.

Durch den Verzicht auf eine Anzeigepflicht an die Strafbehörden wird dem Prinzip „Helfen statt Strafen“ Rechnung getragen.¹⁵⁸ Eine Anzeigepflicht kann das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. Eltern erschüttern; dasselbe gilt für die Beziehung zum Jugendamt, welches aus denselben Gründen nicht anzeigepflichtig ist.¹⁵⁹ Zudem kann ein Strafverfahren

¹⁵⁵ Vgl. auch WIESNER/MÖRSBERGER/WAPLER, SGB VIII, KKG, § 4 Rz 30.

¹⁵⁶ Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975) geändert worden ist.

¹⁵⁷ WIESNER, SGB VII, § 8a Rz 62.

¹⁵⁸ Bundesärztekammer, 32; DAKJ/AG KIM, 9; HERRMANN et al., 3.

¹⁵⁹ WIESNER, 299.

für den Minderjährigen sehr belastend sein, auch wenn heute versucht wird, die Gefahr einer Sekundärtraumatisierung durch einfühlsames Vorgehen und besondere Massnahmen (bspw. Aufnahme von Einvernehmung auf Bild-Ton-Träger gem. § 58a Abs. 1 Ziff. 1 D-StPO¹⁶⁰) möglichst gering zu halten.¹⁶¹ Es wird empfohlen, dass Ärzte grundsätzlich dem Jugendamt Mitteilung machen und sich nur in besonderen Fällen akuter Gefährdungssituationen direkt an die Polizei wenden.¹⁶²

In der ärztlichen Versorgung muss stets das Wohl des Kindes im Mittelpunkt stehen, welchem nicht immer durch die Herausnahme des Kindes aus dem familiären Umfeld entsprochen werden kann.¹⁶³

d) *Weitere Länder*

In vielen weiteren Staaten wurden zur Früherkennung von Kindesmisshandlung Meldepflichten eingeführt, wobei signifikante Unterschiede in der Bandbreite der zu meldenden Fälle und der dazu verpflichteten Personen bestehen.¹⁶⁴ Gewisse Länder haben bewusst aufgrund der Gefahr vor einer überschüssenden Anzahl von Fehlanzeigen keine derartigen Pflichten statuiert.¹⁶⁵

In den USA, Kanada und Australien wurde im Lauf der Zeit die anfänglich auf Ärzte beschränkte Pflicht zur Meldung von körperlichem Missbrauch auf weitere Berufsgruppen und Missbrauchsformen ausgeweitet.¹⁶⁶ Die gesetzli-

¹⁶⁰ Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), die zuletzt durch Artikel 2 Absatz 30 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) geändert worden ist.

¹⁶¹ HERRMANN et al., 235; JESIONEK, 370; WIESNER, 299.

¹⁶² Gem. TORSTEN KOOP vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein <<https://www.datenschutzzentrum.de/vortraege/20080119-koop-kinder-schutz.html>>.

¹⁶³ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 10; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit et al., 15.

¹⁶⁴ MATHEWS/KENNY, 50.

¹⁶⁵ MATHEWS/KENNY, 50.

¹⁶⁶ MATHEWS/KENNY, 51.

chen Bestimmungen legen jeweils fest, wer wem gegenüber meldepflichtig ist und welche Formen von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung in welchem Verdachtsgrad sowie welches Ausmass an verursachter oder vermuteter Schädigung vorliegen muss, um diese Pflicht auszulösen.¹⁶⁷ Dem meldepflichtigen Arzt kommt dabei keinerlei Ermessen zu, die Verpflichtung ist absolut zwingend.¹⁶⁸

In Grossbritannien existieren keine gesetzlichen Anzeigepflichten.¹⁶⁹ Doch schreibt der GENERAL MEDICAL COUNCIL in seinen Leitlinien vor, dass Ärzte unverzüglich einer „angemessenen“ Person oder Behörde Meldung zu erstatten hätten, wenn sich der begründete Verdacht ergibt, dass ein Kind oder Jugendlicher misshandelt oder vernachlässigt wird und dies im Interesse des betroffenen Minderjährigen liegt bzw. zum Schutz anderer Minderjähriger notwendig ist. Die Entscheidung, keine Meldung zu erstatten, muss der Arzt mit dem entsprechenden Rat eines Spezialisten, erfahrenen Kollegen oder Fachverband rechtfertigen können.¹⁷⁰

Im internationalen Schrifttum ist nicht unbestritten, ob Meldepflichten das Wohl des Kindes tatsächlich besser zu schützen vermögen oder bloss mehr Bürokratie und Fehlmeldungen verursachen. MELTON ist etwa der Ansicht, dass die Annahmen, die zur Einführung von Meldepflichten geführt haben, weitgehend fehlerhaft gewesen seien und die Komplexität des Problems von Kindesmisshandlung drastisch unterschätzt worden sei.¹⁷¹ Meldepflichten, insbesondere solche die für jedermann gelten – in 18 US-Bundesstaaten, einem Teil von Australien und in fast ganz Kanada besteht eine allgemeine Meldepflicht für alle Personen¹⁷² – verursachten bei den Kinderschutzbehörden („Child Protective Services“) eine immense Arbeitslast und zwängen sie in jedem Fall zu Nachforschungen und dem Sammeln von Beweisen, wo-

¹⁶⁷ MATHEWS/KENNY, 52 ff.

¹⁶⁸ Dies kann vorliegend zumindest für die USA festgehalten werden: MYERS, 707.

¹⁶⁹ NSPCC, 12.

¹⁷⁰ General Medical Council, 25.

¹⁷¹ MELTON, 10 f.

¹⁷² MATHEWS/KENNY, 53.

durch wertvolle Zeit für den eigentlichen Kinderschutz verloren gehe.¹⁷³ Zudem könne die Angst vor einer Meldung Familien auch davon abhalten, sich geeignete Hilfe zu suchen.¹⁷⁴ Eine ärztliche Verpflichtung zur Verdachtsmeldung könne die Vorstellung des Patienten vom Arzt als Helfer erschüttern.¹⁷⁵ Bei Meldepflichten handle es sich demnach um nutzlose Methoden („bankrupt policy“), die dringend überarbeitet werden sollten.¹⁷⁶ MATHEWS/BROSS argumentieren hingegen, dass es für den Kinderschutz neben der freiwilligen Inanspruchnahme von Hilfe durch die Eltern auch der Meldepflichten bedürfe, da die Behörden ansonsten auf viele Fälle von Missbrauch und Vernachlässigung gar nicht erst aufmerksam würden.¹⁷⁷ Selbstverständlich verursache eine solche Pflicht mehr (sowohl begründete als auch unbegründete) Meldungen, brauche dementsprechend mehr Ressourcen und könne überfordertes Personal von anderen Fällen ablenken, doch sei darin kein Argument gegen eine solche Pflicht zu sehen, sondern viel mehr das Problem ungenügender Bereitstellung von Mitteln.¹⁷⁸ Die enormen wirtschaftlichen und sozialen Kosten, welche durch die Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung generiert würden, überstiegen die durch die Meldepflicht verursachten Kosten.¹⁷⁹ Schliesslich müssten in einer gerechten Gesellschaft Massnahmen zum Schutz der besonders verwundbaren Minderjährigen vor Missbrauch und Misshandlung ergriffen werden.¹⁸⁰ In dieser Hinsicht schütze gerade die Meldepflicht das Recht der Kinder auf Würde und Sicherheit.¹⁸¹

¹⁷³ MELTON, 10, 13.

¹⁷⁴ MELTON, 14.

¹⁷⁵ MELTON, 14.

¹⁷⁶ MELTON, 15.

¹⁷⁷ MATHEWS/BROSS, 511 f.

¹⁷⁸ MATHEWS/BROSS, 513.

¹⁷⁹ MATHEWS/BROSS, 513.

¹⁸⁰ MATHEWS/BROSS, 514.

¹⁸¹ MATHEWS/BROSS, 514.

e) *Fazit*

Der Ländervergleich zeigt, dass es für Ärzte stets verschiedene Möglichkeiten gibt, die Verschwiegenheitspflicht zu durchbrechen und Verdachtsfälle anzuzeigen oder zu melden. Im Gegensatz etwa zur österreichischen Regel sind in der Schweiz keine Meldepflichten statuiert und zwar weder gegenüber den Strafverfolgungs- noch gegenüber den Kinderschutzbahörden.

Wenn ein Arzt zur Anzeige bzw. Meldung berechtigt ist, kann er dafür wie gezeigt wurde auch nicht wegen einer Verletzung des Berufsgeheimnisses bestraft werden. Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn eine Anzeige oder Meldung erstattet wird, sich aber herausstellt, dass keine strafbare Handlung vorgelegen hat. In der Schweiz kann ein Arzt dann nicht wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses gem. Art. 321 StGB strafrechtlich verfolgt werden, wenn er fälschlicherweise vom Vorliegen strafbarer Handlungen ausgeht, bei deren tatsächlichem Bestehen sein Verhalten gerechtfertigt gewesen wäre. Ein solcher Fall ist gem. der h.M. nach Art. 13 StGB (Sachverhaltsirrtum) zu beurteilen, wonach die vorsätzliche Tatverübung ausser Betracht fällt.¹⁸² Eine fahrlässige Verletzung des Berufsgeheimnisses ist nicht strafbar.¹⁸³ Das gleiche Ergebnis – also die Straflosigkeit einer fälschlicherweise erstatteten Anzeige bzw. Meldung wegen eines Irrtums – gilt auch in Österreich und in Deutschland (§ 8 Ö-StGB, § 16 D-StGB). In Österreich gäbe es darüber hinaus die Möglichkeit einer verwaltungsrechtlichen Sanktion nach § 199 Abs. 3 ÄrzteG wegen Verschwiegenheitsverpflichtung nach § 54 Abs. 1 ÄrzteG. In zweifelhaften Fällen bzgl. der Güterabwägung werden diese Bestimmungen aber kaum Anwendung finden.¹⁸⁴ Dem sorgfältig und gewissenhaft handelnden Arzt kann keine Pflichtverletzung vorgeworfen werden. Meldepflichtige Personen in den USA, Kanada und Australien geniessen strafrechtliche Immunität, sofern sie in gutem Glauben Meldung erstattet haben.¹⁸⁵

¹⁸² Botschaft StGB, 1062; DONATSCH/TAG, 223.

¹⁸³ BSK StGB II-OBERHOLZER, Art. 321 N 21.

¹⁸⁴ HOCHMAYR/SCHMOLLER, 26.

¹⁸⁵ MATHEWS/KENNY, 52.

Handelt es sich wie in der Schweiz lediglich um ein Recht zur Meldung bzw. zur Anzeige, stellt sich die Frage, ob ein Arzt mit Konsequenzen zu rechnen hat, wenn er keine Anzeige oder Meldung erstattet, obwohl sich im Nachhinein herausstellt, dass dies geboten gewesen wäre. Die Möglichkeit, dass ein Arzt dies mutwillig unterlässt, ist wohl kaum denkbar. Jedoch ist es nach schweizerischem Recht möglich, dass ein Arzt sich einer fahrlässigen Körperverletzung nach Art. 125 i.V.m. Art. 11 Abs. 2 StGB strafbar machen könnte.¹⁸⁶ Handelt der Arzt in einem Verdachtsfall jedoch pflichtgemäss und stützt sein Handeln auf sorgfältige und gewissenhafte Erwägungen, kann ihm der Aufschub einer Anzeige an die Sicherheitsbehörden nicht vorgeworfen werden, auch wenn sich herausstellt, dass eine solche im Kindeswohl gewesen wäre.¹⁸⁷ Wer seiner Meldepflicht nicht nachkommt, wird in den USA, Kanada und Australien bestraft, wodurch jedoch eher die Ermutigung zur Meldung als Überwachung bezweckt wird.¹⁸⁸

Insgesamt ist der sorgfältig und gewissenhaft handelnde Arzt also in Verdachtsfällen bezüglich Kindesmissbrauchs berechtigt, im Einklang mit dem Kindeswohl, Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden zu erheben oder Meldung bei den Kinderschutzhörden zu erstatten. Weder das Unterlassen einer Meldung noch das fälschlicherweise Erstellen einer solchen kann ihm vorgeworfen werden.

IV. Kooperation, Kommunikation und Vernetzung

Kinderärzte sind häufig die einzigen Fachpersonen, die Säuglinge und Kleinkinder, die keine Kinderkrippe bzw. noch keinen Kindergarten besuchen, mehr oder weniger regelmässig zu Gesicht bekommen, und sind daher oft die Ersten, die im Zusammenhang mit der Behandlung eines Minderjährigen

¹⁸⁶ Vgl. zu den einzelnen Voraussetzungen des fahrlässigen Unterlassungsdeliktes DONATSCH/TAG, 367 ff.; STRATENWERTH, § 17 Rz 1 ff.

¹⁸⁷ SCHOSSLEITNER, 28, hält für die Situation in Österreich eine Strafbarkeit des Arztes wegen eines fahrlässigen Unterlassungsdelikts zwar für grundsätzlich möglich, in der Praxis jedoch für unrealistisch. So sei es auch noch zu keiner Verurteilung gekommen.

¹⁸⁸ MATHEWS/KENNY, 52.

auf Hinweise einer Misshandlung, Vernachlässigung oder eines sexuellen Missbrauchs stossen können.¹⁸⁹ Neben dem grossen Potenzial der Früherkennung kommt den Ärzten in solchen Situationen aber auch eine enorme Verantwortung zu.¹⁹⁰ So ist mit der Erstattung einer Strafanzeige oder der Behandlung der Verletzungen die Arbeit in aller Regel nicht getan. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und koordiniertes Vorgehen sind von besonderer Bedeutung, um die Ursachen und Umstände zu analysieren und das Kind bestmöglich zu schützen.¹⁹¹ Eine enge Kooperation zwischen allen mit Gewalt am Kind befassten Einrichtungen (Ärzte, Spitäler, Kinderschutzbehörden, Gerichtsmedizin, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht, Fachpersonen und Sachverständige) ist unabdingbar zum Schutz des Kindeswohls.¹⁹² Ausserdem kommt es bei standardisiertem Vorgehen weniger zu Ungleichbehandlungen, was die Rechtsgleichheit erhöht.

1. Schweiz

a) Kinderschutzgruppen

Ein Verdacht auf Kindesmisshandlung ist in jedem Fall ernst zu nehmen und macht ein Tätigwerden unerlässlich.¹⁹³ Sämtlichen Ärzten wird angeraten, nie im Alleingang zu handeln, sondern mit einer erfahrenen, in der Schweiz flächendeckend vorhandenen Kinderschutzgruppe Kontakt aufzunehmen, zu Beginn u.U. noch ohne Nennung des Patientennamens.¹⁹⁴ Solche interdisziplinäre Kinderschutzgruppen sind zur verbesserten Aufdeckung und Intervention bei Kindesmisshandlungsfällen in den 1960er- und 1970er-Jahren in verschiedenen Spitälern entstanden.¹⁹⁵ Die interdisziplinäre Beurteilung des

¹⁸⁹ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 4; DÄPPEN-MÜLLER, 121; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit et al., 5; LIPS, 33.

¹⁹⁰ LIPS, 33.

¹⁹¹ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 3.

¹⁹² Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 50.

¹⁹³ Amt für Jugend und Berufsberatung Kanton Zürich, 5; LIPS, 28.

¹⁹⁴ LIPS, 27 f., 30.

¹⁹⁵ JUD/LIPS, 440; SIEGRIST, 7.

Verdachtsfalls sowie der zusammen mit der Fachgruppe gefällte, breit abgestützte Entscheid über das weitere Vorgehen unterstützen und entlasten den Arzt.¹⁹⁶

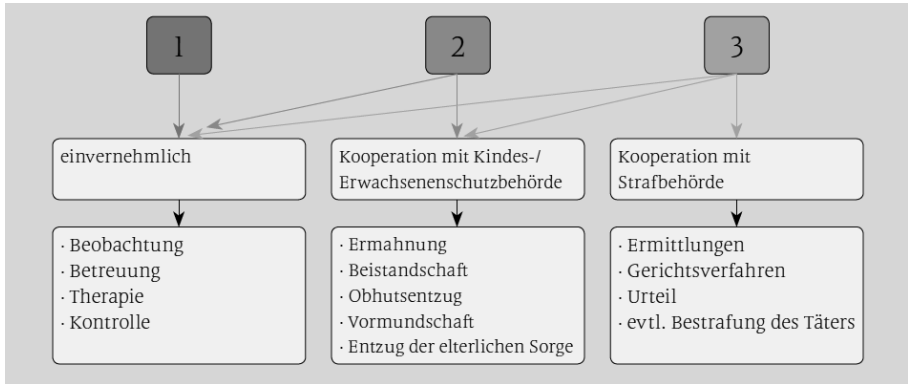


Abbildung 1: Wege des Umgangs mit Kindesmisshandlungen¹⁹⁷

In Abbildung 1 sind die drei Handlungsmöglichkeiten in einem Verdachtsfall aufgezeigt. Bei leichteren Fällen versucht man, ohne das Hinzuziehen von Behörden, eine einvernehmliche Lösung mit den Eltern zu vereinbaren, ansonsten werden die Kinderschutz- oder Strafbehörden eingeschaltet.¹⁹⁸ Ein Verzicht auf die Einleitung strafrechtlicher oder zivilrechtlicher Verfahren zugunsten einvernehmlicher Massnahmen sollte nur erfolgen, wenn die Misshandlung von geringer Tragweite war, weitere oder schwerere Misshandlungen desselben oder anderer Kinder unwahrscheinlich sind sowie die Familienverhältnisse relativ intakt sind und sich die Täterschaft einsichtig zeigt und Hilfsangebote annimmt.¹⁹⁹ Durch die Ausarbeitung eines Massnahmenplans auf freiwilliger Basis mit den Eltern anstelle einer Strafanzeige soll dem betroffenen Kind die belastende und nicht im eigentlichen Sinne problemlösende Strafverfolgung der Eltern oder eines Elternteils erspart

¹⁹⁶ Amt für Jugend und Berufsberatung Kanton Zürich, 17; LIPS, 28 f.

¹⁹⁷ LIPS, 29.

¹⁹⁸ Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, 11; LIPS, 29.

¹⁹⁹ Amt für Jugend und Berufsberatung Kanton Zürich, 28.

werden.²⁰⁰ Auch wenn eine Strafanzeige erstattet wird, sind flankierende Kinderschutzmassnahmen unerlässlich.²⁰¹

Für Fälle der Kinderschutzgruppe am Kinderspital Zürich wurde untersucht, welche Faktoren entscheidend für eine Strafanzeige waren. Dabei erwies sich die Art des Übergriffs als wesentlich: bei sexuellem oder körperlichem Missbrauch wird eher zur Strafanzeige geschritten als bei psychischem Missbrauch oder Vernachlässigung. Bei jüngeren Opfern wird häufiger auf eine Anzeige gegen den Täter verzichtet. Kommt der Täter nicht aus dem engen Familienkreis, so wird auch häufiger Anzeige gegen den Täter erstattet. Kommt er hingegen aus dem Familienumfeld, wird eher eine Gefährdungsmeldung an die Kinderschutzbehörde getätigt. Solche Meldungen überwiegen die Anzeige bei allen Fällen ausser bei sexuellem Missbrauch.²⁰²

b) Unvollständiges Zahlenmaterial

In der Schweiz wird von Kinderschutzexperten, aber auch von politischer Seite bemängelt, dass Fälle von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch teilweise in den Kinderkliniken und manche bei der Polizei oder auf einer Beratungsstelle, jedoch nirgends zentral erfasst werden.²⁰³ Da längst nicht alle Fälle polizeilich registriert werden und damit Eingang in die Kriminalstatistik finden, können gestützt hierauf keine verlässlichen Aussagen über das quantitative Ausmass gemacht werden.²⁰⁴ Eine spezielle Datenbank oder die Forderung an den Bund, die Kantone zur Führung entsprechender Statistiken zu verpflichten, würde hier Abhilfe schaffen.²⁰⁵ Eine diesbezügliche Motion wurde im Nationalrat jedoch abgelehnt.²⁰⁶ Seit dem Jahr 2009 führt die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie eine nationale Kinderschutzstatistik, in der sie alle Fälle aller Kinder-

²⁰⁰ Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung, 12, 43; DÄPPEN-MÜLLER, 125.

²⁰¹ Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, 11.

²⁰² Zum Ganzen JUD/LIPS, 444 ff.

²⁰³ Motion 05.3882; SonntagsZeitung vom 15. Januar 2012, S. 9.

²⁰⁴ Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung, 49.

²⁰⁵ Motion 05.3882; SonntagsZeitung vom 15. Januar 2012, S. 9.

²⁰⁶ Motion 05.3882; Amtl. Bull. NR, 2007, 2004.

schutzgruppen erfassen lässt. Erfreulicherweise ist dabei auch die Beteiligungsrate der auskunftgebenden Kliniken in den letzten Jahren jeweils gestiegen.²⁰⁷

Ein landesweites Kinderschutzregister, wie dies in Österreich²⁰⁸ gefordert wird, würde entsprechendes Zahlenmaterial liefern. Bestrebungen, ein solches einzuführen, sind hierzulande jedoch im Keime erstickt worden.

c) *Datenbanken mit Modellcharakter*

In der Schweiz existieren jedoch auch Datenbanken, welche im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung stehen. Im Folgenden werden zwei bestehende Datenbanken beschrieben. Im Rahmen der Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für diese Systeme konnte die Vereinbarkeit mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen abgeklärt werden.

aa) *ViCLAS-Konkordat*

Seit 2003 wird in der Schweiz das sog. „Violent Crime Linkage Analysis System (ViCLAS)“ betrieben.²⁰⁹ Dabei handelt es sich um ein in Kanada entwickeltes Analysesystem zur Erkennung von seriellen Gewalt- und Sexualdelikten.²¹⁰ Verschiedene europäische Staaten nutzen ViCLAS und haben den Fragenkatalog in ihre Landessprachen übersetzt.²¹¹

ViCLAS bietet den zuständigen Ermittlern verschiedene Ermittlungsansätze, insbesondere mögliche Zusammenhänge zwischen Delikten oder zwischen

²⁰⁷ Bis auf 69% im Jahre 2012, <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2012.pdf>.

²⁰⁸ Vgl. dazu unten, IV.2.c).

²⁰⁹ KKJPD, 1.

²¹⁰ <<http://www.rcmp-grc.gc.ca/tops-opst/bs-sc/viclas-salvac-eng.htm>>; vgl. auch KKJPD, 3.

²¹¹ Auch in Österreich wurde ViCLAS eingeführt, doch scheint das System operativ keine Rolle zu spielen <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/520176/Unerreichte-Polizeiziele_Wer-kennt-heute-noch-Viclas>.

Tätern und Delikten zu erkennen (Art. 2 ViCLAS-Konkordat²¹²). Erfasst werden gem. Art. 3 Abs. 2 ViCLAS-Konkordat geeignete Verhaltensweisen und/oder Umstände, die in einem Zusammenhang mit Delikten gegen die physische bzw. sexuelle Integrität stehen bzw. stehen könnten. Mit ViCLAS werden keine neuen Ermittlungen geführt, sondern es werden bestehende Untersuchungsdaten kantonsübergreifend verarbeitet und analysiert (Art. 4 Abs. 1). Dabei ist durch die abschliessende Aufzählung im Katalog des Art. 4 Abs. 2 genau festgelegt, welche Informationen in das Analysesystem aufgenommen werden. Art. 5 regelt die Organisation und den Betrieb des Systems und statuiert den stark eingeschränkten Kreis der zugriffsberechtigten Personen. In datenschutzrechtlicher Hinsicht ist zu bedenken, dass es sich bei den in ViCLAS analysierten Daten um besonders schützenswerte Daten i.S.v. Art. 3 DSG²¹³ handelt, deren Bearbeitung einer formell gesetzlichen Grundlage bedarf.²¹⁴ Dieser Voraussetzung wurde durch Art. 6 Abs. 1 entsprochen, der den überkantonalen Informationsaustausch, die Speicherung in einem zentralen Register sowie die elektronische Auswertung legitimiert.²¹⁵ Schliesslich regelt das ViCLAS-Konkordat in Art. 13, nach welchen Fristen die erfassten Datensätze gelöscht werden.

bb) DNA-Profil-Gesetz

In dieses Informationssystem werden gem. Art. 11 Abs. 1 und 2 DNA-Profil-Gesetz²¹⁶ DNA-Profile von verdächtigen oder verurteilten Personen, von Spuren sowie von nicht identifizierten lebenden, toten oder vermissten Personen aufgenommen. Grundsätzlich werden die DNA-Profile gem. Art. 16 Abs. 1 DNA-Profil-Gesetz bei Wegfall des Tatverdachts, bei Freispruch oder nach dem Tod der Person gelöscht. Im Verlaufe einer Strafuntersuchung

²¹² Interkantonale Vereinbarung (bzw. Konkordat) über die computergestützte Zusammenarbeit der Kantone bei der Aufklärung von Gewaltdelikten vom 2. April 2009.

²¹³ Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992 (SR 235.1).

²¹⁴ KKJPD, 6.

²¹⁵ KKJPD, 6 f.

²¹⁶ Bundesgesetz über die Verwendung von DNA-Profilen im Strafverfahren und zur Identifizierung von unbekanntem oder vermissten Personen (DNA-Profil-Gesetz) vom 20. Juni 2003 (SR 363).

– also vor einer rechtskräftigen Verurteilung – ist es aber möglich, das DNA-Profil eines Tatverdächtigen mit der Datenbank abzugleichen, um auf sogenannte *cold hits* zu stossen. Mit ganz wenigen Ausnahmen werden die Profile gem. Art. 16 Abs. 3 DNA-Profil-Gesetz jedenfalls nach 30 Jahren gelöscht. Dieses Informationssystem ermöglicht neben dem Direktvergleich von Tatortspuren und Proben von Verdächtigen somit auch eine automatisierte Suche nach Personen, deren biologische Spuren mit einer früheren Straftat in Verbindung stehen.²¹⁷

Gerade weil DNA-Profile auch auf Verdachtsmomente basieren können, wird dem Datenschutz in diesem Bereich ein hoher Stellenwert beigemessen.²¹⁸ Daher wurde versucht, den gesamten Ablauf weitgehend zu anonymisieren. Eine verdächtige Person wird grundsätzlich nur unter einer Prozesskontrollnummer geführt und dem Labor werden nur diejenigen Daten bekanntgegeben, die es für die Erstellung des DNA-Profiles und die Beurteilung seines Beweiswertes benötigt (Art. 8 Abs. 2 und 3 DNA-Profil-Gesetz).²¹⁹ Zudem wird in Übereinstimmung mit Art. 8 und 9 DSGVO jede betroffene Person über die Erstellung des DNA-Profiles instruiert, und ihr wird ein Auskunftsrecht zuteil (Art. 15 DNA-Profil-Gesetz).²²⁰ In Art. 16-18 DNA-Profil-Gesetz sind sodann die Modalitäten einer Löschung des DNA-Profiles geregelt.

cc) *Zwischenfazit*

In der Schweiz existieren keine eigentlichen Register oder Datenbanken für Fälle von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Dennoch gibt es mit dem ViCLAS-Konkordat und dem DNA-Profil-Gesetz gesetzliche Grundlagen, welche den Eingriff in besonders schützenswerte Daten eines mutmasslichen Täters in bestimmten Fällen legitimieren können.

²¹⁷ Botschaft DNA-Profil-Gesetz, 30.

²¹⁸ Botschaft DNA-Profil-Gesetz, 40.

²¹⁹ Botschaft DNA-Profil-Gesetz, 40 f.

²²⁰ Botschaft DNA-Profil-Gesetz, 52.

2. Österreich

a) Kinderschutzgruppen

Seit 2004 sind österreichische Kinderkliniken und Kinderkrankenhäuser gem. § 8e Abs. 1 KAKuG²²¹ zur Einrichtung von Kinderschutzgruppen verpflichtet, wodurch Koordination und Interdisziplinarität erleichtert werden soll.²²² So bestanden im Jahr 2005 bereits an 68% aller Kinderspitäler und an 100% aller Kinderchirurgien solche Gruppen.²²³ Diese Dichte entspricht jener der USA oder der Schweiz, ist aber in Europa sonst einzigartig.²²⁴ Zu den Hauptaufgaben einer Kinderschutzgruppe gehören gem. § 8e Abs. 2 KAKuG die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern. Durch standardisiertes Vorgehen sowie multiprofessionelle Zusammensetzung und Kommunikation sollen eine schnellere Abklärung von Verdachtsfällen und ein rascher Entscheid über die weitere Verfahrensweise ermöglicht werden (insbesondere Anzeigeerstattung, Kontaktaufnahme zu anderen Einrichtungen).²²⁵ Kann ein Verdacht nach ersten Abklärungen nicht ausgeschlossen werden, d.h. erachtet die Kinderschutzgruppe den Verdacht als wahrscheinlich oder bleibt die Beurteilung offen, wird dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung erstattet und entschieden, ob eine Anzeige sogleich eingereicht oder aufgeschoben wird (unter Berücksichtigung des Verletzungsgrades sowie der Therapiebereitschaft und der psychosozialen Situation der Familie).²²⁶ Mit dem Einbezug einer Kinderschutzgruppe können individuelle Fehler vermieden sowie der einzelne Arzt entlastet werden,

²²¹ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) (BGBl. Nr. 1/1957).

²²² Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 3.

²²³ THUN-HOHENSTEIN, 367.

²²⁴ THUN-HOHENSTEIN, 368.

²²⁵ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 30 f.

²²⁶ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 34 f.

der trotz grösster fachlicher Kompetenz und Erfahrung mit einer derart komplexen und emotional belastenden Situation überfordert sein kann.²²⁷

b) *Zusammenarbeit mit den Jugendwohlfahrtsträgern*

In der Praxis besteht die Forderung nach engerer Vernetzung mit den Jugendwohlfahrtsträgern, damit Ärzte Untersuchungen bei Kindern aus besonders gefährdeten Familien genauer durchführen könnten.²²⁸ Kritisiert wird, dass der herrschende Informationsfluss zwischen Ärzten und Jugendamt nur einseitig erfolge, da die Ärzte dem Jugendamt zwar stets Verdachtsmeldungen erstatten, im Gegenzug aber keine Informationen darüber erhalten, ob in einem Fall die Jugendwohlfahrt bereits tätig wurde.²²⁹ Doch darf hinsichtlich dieser Forderung die Datenschutzproblematik nicht unterschätzt werden, da das Jugendamt den Ärzten damit die „schwierigen“ Familien mitteilen müsste.

aa) *Bereits bestehende Zusammenarbeit aufgrund der ärztlichen Meldepflicht*

Wie oben dargestellt, sind Ärzte bei Verdachtsfällen ausnahmslos verpflichtet, dem zuständigen Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten.²³⁰

Der Jugendwohlfahrtsträger hat gem. § 2 Abs. 4 JWG eingegangene Meldungen über den Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen personenbezogen zu erfassen und unverzüglich zu überprüfen. Auf diese Weise werden sämtliche Verdachtsmeldungen beim zuständigen Jugendwohlfahrtsträger gesammelt und es kann aufgrund der systematischen Datenerfassung überprüft werden, ob

²²⁷ HERRMANN et al., 301; THUN-HOHENSTEIN, 366; <<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10114454/2875326/>>.

²²⁸ <<http://vbgv1.orf.at/stories/528947/>>.

²²⁹ <http://derstandard.at/1253808139123/Kindesmisshandlung-Datenschutz-darf-nicht-vor-Kinderschutz-gehen?sap=2&_seite=0>.

²³⁰ Siehe III.2.b).

es in Bezug auf diesen Minderjährigen bereits zu einem früheren Zeitpunkt zu einer Verdachtsmeldung gekommen ist.²³¹

Nach Erhalt einer ärztlichen Verdachtsmeldung muss der Jugendwohlfahrts-träger entscheiden, ob Anzeige gem. § 78 Ö-StPO zu erstatten ist.²³² Behörden und öffentliche Dienststellen sind gem. § 78 Abs. 1 Ö-StPO zur Anzeige an die Kriminalpolizei oder an die Staatsanwaltschaft verpflichtet, wenn ihnen der Verdacht einer Straftat bekannt wird, der ihren gesetzmässigen Wirkungsbereich betrifft. Jugendwohlfahrtsbehörden gehören nach der h.M. zum Adressatenkreis dieser Norm.²³³ Eine Anzeigepflicht besteht gem. § 78 Abs. 2 Ziff. 1 Ö-StPO hingegen nicht, wenn die Anzeige eine amtliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. Besonders im Bereich von Kindesmisshandlung ist der Schutz dieses Verhältnisses zentral, da ohne diesen Schutz die Angst vor einer Anzeige so gross sein kann, dass keine Kontaktaufnahme zu einer Beratungsstelle oder Behörde erfolgt.²³⁴ Wird somit einer Jugendwohlfahrts-behörde aufgrund der Meldung eines Arztes gem. § 54 Abs. 6 ÄrzteG ein Verdacht auf eine Straftat bekannt, ist sie aufgrund der Ausnahmeregelung von § 78 Abs. 2 Ö-StPO von der unbedingten Anzeigepflicht befreit.²³⁵ Ist es jedoch zum Schutz des betroffenen Minderjährigen oder anderer Personen vor (weiterer) Gefährdung notwendig, ist die Jugendwohlfahrtsbehörde gem. § 78 Abs. 3 Ö-StPO trotz Vorliegens eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zur Anzeige verpflichtet. Dies ist anzunehmen, wenn ohne die Anzeige eine erhebliche Gefahr weiterer Angriffe auf die psychische oder physische Integrität besteht, bspw. wenn der uneinsichtige Verdächtige weiterhin mit dem Minderjährigen in Haushaltsgemeinschaft oder einer Nahebeziehung lebt.²³⁶ Eine lediglich generelle Gefahr weiterer Straftaten kann hingegen für die Aufhebung des Ausnahmetatbestandes von § 78 Abs. 2 Ziff. 1

²³¹ KLETECKA-PULKER (FN 120), 179, zit. nach ZENZ, 137.

²³² KLETECKA-PULKER (FN 120), 177, zit. nach ZENZ, 132.

²³³ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 24; ZENZ, 91, 173.

²³⁴ JESIONEK, 371; ZENZ, 86.

²³⁵ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 24.

²³⁶ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 26.

Ö-StPO nicht genügen.²³⁷ Eine allfällige Anzeigepflicht trifft jeweils nicht die einzelnen Mitarbeiter des Jugendwohlfahrtsträgers, sondern den Leiter, der die Dienststelle repräsentiert.²³⁸

Da § 54 Abs. 5 ÄrzteG und § 78 Abs. 2 Ziff. 1 Ö-StPO unterschiedliche Voraussetzungen für die Ausnahmen von der Anzeigepflicht vorsehen, kann es vorkommen, dass der Arzt von der Anzeigeerstattung zum Wohl des Minderjährigen vorläufig absieht, der Jugendwohlfahrtsträger (der durch die Meldung des Arztes Kenntnis des Verdachts erhält) in der Folge allerdings zur Anzeige verpflichtet ist.²³⁹

bb) Datenaustausch unter den Jugendwohlfahrtsträgern

Der Jugendwohlfahrtsträger hat gem. § 2 Abs. 4 JWG eingegangene Verdachtsmeldungen personenbezogen zu erfassen und unverzüglich zu überprüfen. Diese Daten sind nur zur Wahrnehmung von Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu verwenden; eine Weitergabe von Daten ist dann grundsätzlich ebenfalls möglich. Ein Datenaustausch unter den verschiedenen Jugendwohlfahrtsträgern ist daher zulässig. Im Rahmen der Jugendwohlfahrtsgesetz-Novelle 2008 wurde im Ministerialentwurf aus Gründen der Rechtseinheit, -klarheit und -sicherheit die Schaffung des § 37a JWG mit dem Titel „Datenverwendung“ vorgesehen.²⁴⁰

Der Jugendwohlfahrtsträger wäre nach dessen Abs. 1 ermächtigt, diverse personenbezogene Daten zum Zweck der Abklärung von Kindeswohlgefährdungen zu verwenden, soweit dies im Interesse der Minderjährigen erforderlich ist. Zur Verhinderung einer Vertuschung von Kindesmissbrauch durch einen Umzug, dürfte der Jugendwohlfahrtsträger gem. Abs. 4 die verarbeiteten Daten an den neu zuständigen Jugendwohlfahrtsträger übermitteln. Mit dieser neuen Regelung wurde versucht, „einen weitestgehenden Interessensausgleich zwischen dem Grundrecht auf Datenschutz, insbesondere hinsichtlich personenbezogener Daten betreffend das Privat- und Familienleben, und

²³⁷ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 26.

²³⁸ SCHWAIGHOFER, Wiener Kommentar StPO, § 78 StPO Rz 10.

²³⁹ ZENZ, 163 f.

²⁴⁰ Erläuterungen JWG-Novelle 2008, 1 f.

dem Schutz des Kindeswohles herzustellen“.²⁴¹ Dieser Artikel wurde jedoch bis heute nicht in die geltende Gesetzgebung aufgenommen.

c) *Kinderschutzregister*

aa) *Forderung aus der Praxis*

Kommt bei einem Arzt im Zusammenhang mit der Behandlung eines Minderjährigen der Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch auf, wären Informationen über eine allfällige Vorgeschichte, d.h. ob bereits früher ähnliche Verletzungen aufgetreten sind, sehr aufschlussreich.²⁴² Seit 2009 fordern u.a. österreichische Unfallchirurgen ein Kinderschutzregister, welches insbesondere bei einer Diskrepanz zwischen dem beschriebenen Unfallhergang und dem diagnostizierten Verletzungsmuster konsultiert werden kann.²⁴³ Mit einem solchen Register soll sog. „Spital-shopping“ (auch „Spital-Shopping“, „Spitals-Hopping“ oder „Spitaltourismus“) verhindert werden.²⁴⁴ Dabei handelt es sich um eine gängige Verschleierungstechnik von misshandelnden Erziehungsberechtigten, die ihr Kind in verschiedenen Krankenhäusern wegen ähnlichen Verletzungen behandeln lassen, damit eine andauernde Misshandlung nicht auffällt.²⁴⁵ Auf die Daten im bundesweiten Kinderschutzregister sollten alle Kinderschutzgruppen – nicht unbedingt die einzelnen Ärzte – an österreichischen Spitälern Zugriff haben, wobei aus datenschutzrechtlichen Gründen auch jede Einsichtnahme protokolliert werden könnte.²⁴⁶

Damit eine solche Datenbank wirklich sinnvoll funktionieren kann, müsste eine entsprechende Meldepflicht für österreichische Ärzte geschaffen wer-

²⁴¹ Erläuterungen JWG-Novelle 2008, 1 f.

²⁴² Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 38; <<http://salzburg.orf.at/news/stories/2504317/>>.

²⁴³ ÖGU, Qualitätssicherung, 2 f.

²⁴⁴ ÖGU, Kinderschutz, 2.

²⁴⁵ BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES, 8; KLETECKA-PULKER (FN 120), FN 508, zit. nach ZENZ, 137.

²⁴⁶ DOMINKUS, 17.

den.²⁴⁷ So könnte bspw. in § 54 Abs. 6 ÄrzteG neben der unbedingten Meldung an die Jugendwohlfahrtsbehörde auch eine Mitteilungspflicht in der Kinderschutzdatenbank festgeschrieben werden, so dass es zu einer vollständigen Erfassung der Verdachtsfälle kommt.

bb) Projekt MedPol

Seit Herbst 2010 befasst sich eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Projekts MedPol (Medizin und Polizei) des Bundeskriminalamts und der Ärztekammer mit der möglichen Umsetzung einer solchen Vernetzung.²⁴⁸ Dabei wird vor allem der Datenschutz als grosses Hindernis wahrgenommen.²⁴⁹ Da die Umsetzung nicht vorangetrieben wurde, stellten Abgeordnete am 15. November 2011 eine Anfrage an das Bundesministerium für Inneres bzgl. des Standes der Umsetzung des Projekts MedPol.²⁵⁰ Aus der Anfragenantwort vom 13. Januar 2012 geht hervor, dass das Bundesministerium für Inneres die weiteren rechtlichen Schritte für die Einführung eines Kindergewaltschutzregisters erst nach der Umsetzung der in parlamentarischer Behandlung befindlichen 15. Ärztegesetz-Novelle angehen wird.²⁵¹ Diese wurde jedoch vertagt und somit auch noch kein Gewaltschutzregister eingeführt. Auffallend ist, dass trotz des verzögerten Prozesses keine neuen Forderungen zur Einführung solcher Register laut geworden sind.

Ein anderes Hauptziel des Projekts MedPol wurde jedoch erreicht: die Schaffung eines einheitlichen Dokumentationsbogens für die Erfassung von Verletzungen nach Gewaltdelikten.²⁵² Durch diesen Bogen soll der Dokumentationspflicht nach § 51 ÄrzteG besser entsprochen werden. Den ärztlichen Akten kann insbesondere in Strafverfahren eine erhebliche Rolle zuteilwer-

²⁴⁷ Vgl. DÄPPEN-MÜLLER, 218.

²⁴⁸ <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/624774/Kindesmisshandlung_Was-seit-Luca-nicht-passierte>.

²⁴⁹ <http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/panorama/chronik/33525_Gebuendelt-gegen-die-Gewalt.html>.

²⁵⁰ Anfrage Umsetzung „Med-Pol“.

²⁵¹ Anfragebeantwortung Umsetzung „Med-Pol“.

²⁵² Der Dokumentationsbogen ist abrufbar unter: <<http://www.bmi.gv.at/cms/cs03documents/bmi/1407.pdf>>; vgl. auch BERZLANOVICH, 7 f.

den. Dabei können standardisierte Verletzungsdokumentationen einen erheblichen Mehrwert haben.²⁵³

Durch den zulässigen Datenaustausch zwischen den verschiedenen Jugendwohlfahrtsträgern und die Anzeigepflicht der Jugendwohlfahrtsbehörde nach § 78 Abs. 3 Ö-StPO sind Minderjährige auch bis zur allfälligen Verwirklichung einer Kinderschutzdatenbank in gewissem Umfang geschützt.

cc) Datenschutzrechtliche Erwägungen

Weil sie im Rahmen der Diskussion um die Einführung von Kinderschutzregistern in Österreich immer wieder aufgeworfen wurde, soll im Folgenden kurz der Frage nach der Vereinbarkeit eines solchen Registers mit dem Datenschutz nachgegangen werden.²⁵⁴

Nach dem Grundrecht auf Datenschutz gem. § 1 Abs. 1 Ö-DSG²⁵⁵ hat jedermann Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht. Der Betroffene ist geschützt vor Datenermittlung als auch vor Weitergabe bzw. Verwendung der ihn betreffenden Daten.²⁵⁶ Bei Eingriffen ist die Verwendung personenbezogener Daten nur aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung zulässig. Die Verwendung von besonders schützenswerten Daten kann nur zur Wahrung wichtiger öffentlicher Interessen vorgesehen werden und gleichzeitig müssen angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen festlegen werden.

In der Datenbank wäre es zunächst notwendig, allgemeine Angaben des Minderjährigen und dessen Eltern wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnort etc. zu erfassen. Dabei handelt es sich um personenbezogene Daten

²⁵³ BERZLANOVICH, 6 ff.

²⁵⁴ Datenschutzrechtliche Detailfragen scheinen in diesem Bereich noch weitgehend ungeklärt zu sein. Diese müssten im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses genauer eruiert werden. Ihre Erörterung sprengt jedoch den Rahmen dieses Beitrags, so dass hier nur auf grundlegende Fragen eingegangen wird.

²⁵⁵ Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000) (BGBl. I Nr. 165/1999).

²⁵⁶ POLLIRER/WEISS/KNYRIM, 7.

i.S.v. § 4 Ziff. 1 Ö-DSG.²⁵⁷ Ferner würden durch die Ärzte festgestellte Verletzungen oder andere Auffälligkeiten registriert. Daten über die Gesundheit einer natürlichen Person werden in § 4 Ziff. 2 Ö-DSG als sensibel oder besonders schutzwürdig bezeichnet. Solche Daten unterliegen einem allgemeinen Verwendungsverbot, das nur in den § 9 Ö-DSG genannten Ausnahmen durchbrochen werden kann.²⁵⁸ Der datenschutzrechtliche Bereich der Erziehungsberechtigten wird ferner dadurch tangiert, dass ein Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch des Minderjährigen registriert wird und sie somit als potenziell Tatverdächtige erfasst werden. Solche strafrechtsbezogene Daten gelten zusammen mit den sensiblen Daten als ihrer Art nach besonders schutzwürdig i.S.v. § 1 Abs. 2 Ö-DSG.²⁵⁹

Insgesamt müssten für die Zulässigkeit eines Kinderschutzregisters insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein (§ 1 Abs. 2 und § 9 Ziff. 3 Ö-DSG): Es muss eine gesetzliche Ermächtigung geschaffen werden, die aus den in Art. 8 Abs. 2 EMRK²⁶⁰ genannten Gründen notwendig ist. Dabei kommen vorliegend insbesondere die Verhütung von Straftaten sowie der Schutz der Rechte und Freiheiten anderer in Betracht. Da neben den personenbezogenen auch besonders schützenswerte Daten erfasst werden, muss die Datenverwendung der Wahrung wichtiger öffentlicher Interessen dienen. Es ist davon auszugehen, dass an der Sicherstellung des Kindeswohls ein solches besteht. Die gesetzliche Grundlage müsste zudem angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen festlegen.

d) Weitere Massnahmen

Zur Bekämpfung bzw. zur Verhinderung von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung wurden und werden in Österreich verschiedene weitere Mass-

²⁵⁷ POLLIRER/WEISS/KNYRIM, 26.

²⁵⁸ POLLIRER/WEISS/KNYRIM, 51.

²⁵⁹ POLLIRER/WEISS/KNYRIM, 9.

²⁶⁰ Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (SR 0.101).

nahmen diskutiert. Einige dieser Anstrengungen sollen hier überblicksweise dargestellt werden:

Am 10. Dezember 2008 haben Abgeordnete in einem Entschliessungsantrag gefordert, es seien „schnellst möglich zum Schutz von Kindern alle notwendigen Schritte für eine bundesweite *EDV-Vernetzung* zwischen Krankenhäusern und Hausärzten zu veranlassen sowie die erforderlichen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, um dem Spitaltourismus im Zusammenhang mit verletzten Kindern Einhalt zu gebieten“.²⁶¹ Der Gesundheitsausschuss des Nationalrates vertagte diesen Antrag, nachdem in der Sitzung Zweifel darüber geäussert wurden, ob das Problem von Kindesmisshandlungen durch eine EDV-Vernetzung behoben werden könne sowie dass durch solche Massnahmen nicht die Gefahr erhöht werden dürfe, dass Eltern die von ihnen misshandelten Kinder überhaupt nicht mehr in ärztliche Behandlung bringen würden.²⁶² Der Entschliessungsantrag wurde in der Nationalratssitzung vom 1. Dezember 2011 zum wiederholten Mal vertagt.²⁶³

Im Rahmen der 15. Ärztegesetz-Novelle hat die Regierung eine *Lockerung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht* gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Missbrauchs-, Vernachlässigungs- oder Misshandlungsverdacht gegenüber Minderjährigen vorgeschlagen.²⁶⁴ Es sollte eine fünfte Ziffer in § 54 Abs. 2 ÄrzteG eingefügt werden, nach deren Wortlaut die Verschwiegenheitspflicht nicht besteht, wenn „die Offenbarung des Geheimnisses gegenüber anderen Ärzten und Krankenanstalten zur Aufklärung eines Verdachtes einer strafbaren Handlung im Sinne des Abs. 5 und zum Wohl des Minderjährigen erforderlich ist“.²⁶⁵ Dieser Durchbrechungstatbestand sollte bewirken, dass aufgrund einer Vernetzung mit anderen Ärzten und Krankenanstalten ein Missbrauchsverdacht schneller und zuverlässiger verifiziert oder falsifiziert werden kann.²⁶⁶ Aus datenschutzrechtlicher Sicht wurde dieser Informationsaustausch zur Verdachtsabklärung für zuläs-

²⁶¹ Entschliessungsantrag Spitaltourismus.

²⁶² PK-Nr. 853/2010, 3.

²⁶³ PK-Nr. 1173/2011, 2.

²⁶⁴ PK-Nr. 762/2011, 1.

²⁶⁵ RV Gesetzestext Z 24.

²⁶⁶ RV Materialien zu Z 24.

sig befunden, da er sich aus der gesetzlichen Vorschrift von § 54 Abs. 2 Ziff. 5 ÄrzteG ergibt, die der Sicherstellung des Kindeswohls, insbesondere der Wahrung der körperlichen und seelischen Integrität Minderjähriger, folglich der Wahrung eines wichtigen öffentlichen Interesses dient (vgl. § 1 Abs. 2 und § 9 Ziff. 3 Ö-DSG).²⁶⁷ Die 15. Ärztegesetz-Novelle wurde in der Nationalratssitzung vom 1. Dezember 2011 vertagt.²⁶⁸

Die mangelnde *Zusammenarbeit mit der Gerichtsmedizin* zur Aufklärung und Verhinderung von Kindesmissbrauchsfällen wird kritisiert. Die Kritik richtet sich insbesondere darauf, dass Ärzte bei einem entsprechenden Verdacht keinen gerichtsmedizinischen Befund anfordern können.²⁶⁹ Eine forensische Untersuchung durch einen Gerichtsmediziner wird i.d.R. erst nach Erstattung der Anzeige durch das Gericht eingeleitet.²⁷⁰ Eine Bestimmung, die den früheren Einbezug von Gerichtsmedizinern regelt, wäre sinnvoll, da so die Verletzungsursache des Minderjährigen schneller aufgeklärt und dadurch rascher über die Notwendigkeit einer Meldung bzw. Anzeige entschieden werden könnte.²⁷¹

Schliesslich wird in Österreich versucht, durch ein *Anreizsystem* im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei Kleinkindern mehr Kontrolle zu schaffen. Die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft und fünf Untersuchungen des Kindes) stellt eine Voraussetzung für den Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld dar.²⁷²

²⁶⁷ RV Materialien, 24.

²⁶⁸ PK-Nr. 1173/2011, 2.

²⁶⁹ <<http://derstandard.at/1317019368184/Misshandlung-Oesterreichs-Unfallchirurgen-fordern-Kinderschutzregister>>.

²⁷⁰ BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, FAMILIE UND JUGEND, 41.

²⁷¹ ZENZ, 218.

²⁷² <<http://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/Kinderbetreuungsgeld/Seiten/Anspruchsvoraussetzungen.aspx>>.

3. Deutschland

a) Kooperation

Kooperation, Koordination und Vernetzung wird in auch Deutschland gross geschrieben. So erteilt § 8a SGB VIII einen konkreten Auftrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdungen. In der Praxis stösst dieses Vorhaben jedoch auf vielfältige Hindernisse.²⁷³ Auch das seit dem 1. Januar 2012 geltende KKG soll die Zusammenarbeit zur Verstärkung des Kinderschutzes fördern.²⁷⁴ Das Gesetz schafft Rahmenbedingungen für Netzwerkstrukturen im Kinderschutz. Dahinter steht das Ziel, dass die einzelnen Institutionen ihr Vorgehen aufeinander abstimmen.²⁷⁵

Kooperation und Kommunikation zwischen Kinderarztpraxen, Kliniken, sozialen Diensten, Jugendhilfe etc. sind in Verdachtsfällen besonders wichtig.²⁷⁶ Den Ärzten wird empfohlen, im Rahmen eines gemeinsamen Fallmanagements mit Fachstellen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten.²⁷⁷ Ein Verdachtsfall und die daraus fließende Notwendigkeit der Kommunikation mit anderen Stellen verursachen für einen Arzt oft einen bedeutenden zeitlichen Mehraufwand im Vergleich zu einer „normalen“ Untersuchung.²⁷⁸ Doch ergeben sich für den Arzt durch Kooperation auch wesentliche Vorteile, denn er kann die notwendigen Hilfemassnahmen i.d.R. nicht alleine erbringen und muss die in einem solchen Fall inhärente, grosse Verantwortung nicht alleine tragen.²⁷⁹

²⁷³ ARMBRUSTER/BARTELS, 409 ff.; FEGERT, 201 f.

²⁷⁴ DAKJ/AG KIM, 9; vgl. zum KKG auch oben, III.2.c).

²⁷⁵ Landesärztekammer Baden-Württemberg, 17.

²⁷⁶ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 11; HERRMANN et al., 295 ff.; vgl. auch Landesärztekammer Baden-Württemberg, 38 ff.

²⁷⁷ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 26; Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 50; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit et al., 18.

²⁷⁸ Bundesärztekammer, 33.

²⁷⁹ ARMBRUSTER/BARTELS, 414; Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 10; FEGERT, 204.

b) *Verbindliches Einladungswesen zu Früherkennungsuntersuchungen und Teilnahmekontrollsystem*

In Deutschland versucht man zur Verbesserung des Kinderschutzes die Durchführung kinderärztlicher Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen. Dabei übermittelt zunächst die Meldebehörde der für das Einladungswesen zuständigen Stelle die notwendigen Daten. Diese lädt die Kinder entsprechend ihrem Alter zu den anstehenden Früherkennungsuntersuchungen ein. Hat ein Kind an der Untersuchung teilgenommen, wird dies vom Arzt der zuständigen zentralen Stelle gemeldet. Stellt diese in der Folge beim Datenabgleich zwischen Meldedaten und ärztlichen Mitteilungen fest, dass ein Kind an einer Früherkennungsuntersuchung nicht teilgenommen hat, wird eine Frist zur Nachholung der Untersuchung angesetzt. Nach dem Verstreichen dieser Nachfrist werden die Personendaten des betreffenden Kindes einer Behörde übermittelt (je nach Bundesland dem Gesundheitsamt, Jugendamt etc.).²⁸⁰ Die Ausgestaltung der Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchung unterscheidet sich je nach Bundesland. Die schärfste Form liegt darin, dass säumige Eltern mit Sanktionen belegt werden können.

Datenschutzrechtliche Bedenken werden in diesem System grundsätzlich nicht gesehen.²⁸¹ Dabei ist allerdings zu erwägen, wie wirksam dieses System tatsächlich zum zuverlässigen und frühzeitigen Erkennen und Beenden von Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch von Kindern beitragen kann.²⁸² Sicherlich ist es besonders wichtig, dass Kinder im Vorschulalter regelmäßig von einem Kinderarzt untersucht werden und in diesem Rahmen allenfalls ein Verdacht aufkommen könnte. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund der Nichtteilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht per se auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch geschlossen werden kann.²⁸³

²⁸⁰ Zum Ganzen: HERRMANN et al., 304 ff.; NOTHHAFFT, 8 ff; vgl. auch THAISS et al., 1029 ff.

²⁸¹ <<http://www.tagesspiegel.de/berlin/landespolitik/verwahrlosung-kinderschutz-geht-kuenftig-vor-datenschutz/1126040.html>>.

²⁸² NAGEL, 80; NOTHHAFFT, 20.

²⁸³ NOTHHAFFT, 22.

c) *Weitere vorgeschlagene Massnahmen*

Vor geraumer Zeit wurden in Deutschland Recherchen angestellt, ob ein *Screening auf Kindesmisshandlung* in die Früherkennungsuntersuchungen integriert werden könnte.²⁸⁴ Die Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings konnte gestützt auf die getätigten Untersuchungen nicht empfohlen werden, da keine geeigneten Instrumente vorhanden waren und neben einem fraglichen Nutzen ein möglicherweise hohes Schadenspotential (hohe Fehlerquote, Stigmatisierungsgefahr) bestand.²⁸⁵

Auch in Deutschland ist der Gedanke der Errichtung eines *Dateninformationssystem*s für Kinder- und Jugendärzte aufgekommen.²⁸⁶ Darin sollen Verletzungen ohne plausible Entstehungsmechanismen, Eltern, die nach solchen Feststellungen ihr Kind nicht zur Nachkontrolle bringen oder vermehrt den Arzt wechseln sowie verpasste Früherkennungsuntersuchungen erfasst werden.²⁸⁷

4. Weitere Länder

Einzelne Bundesstaaten der *USA* führen ein sog. „Child Abuse Registry“, worin misshandelte oder vernachlässigte Kinder sowie die Täter vermerkt oder Verdachtsmeldungen erfasst werden.²⁸⁸ Eine wesentliche Schwachstelle liegt darin, dass der Informationsfluss erschwert bzw. teilweise sogar verunmöglicht wird, wenn die betreffende Familie ihren Wohnsitz in einen anderen Bundesstaat verlegt.²⁸⁹ Auf nationaler Ebene werden von den einzelnen Bundesstaaten freiwillig übermittelte Daten zu (vermuteten) Misshandlungen

²⁸⁴ Auch in der Schweiz scheint ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt ein Anliegen zu sein. So wurde am 15. März 2012 ein Postulat im Schweizerischen Nationalrat eingereicht, wonach der Bundesrat beauftragt werden soll, einen Bericht zu den Möglichkeiten von Screenings zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern zu verfassen und Empfehlungen zur Umsetzung zu entwickeln: Postulat 12.3206.

²⁸⁵ Themengruppe Kinder-Richtlinien, 2 ff.

²⁸⁶ HERRMANN et al., 236; NAGEL, 77 f.

²⁸⁷ HERRMANN et al., 236.

²⁸⁸ DÄPPEN-MÜLLER, 211.

²⁸⁹ DÄPPEN-MÜLLER, 211.

gen oder Vernachlässigungen in einem System („National Child Abuse and Neglect Data System“ kurz „NCANDS“) gesammelt, analysiert und jährlich in einem Report publiziert.²⁹⁰ Bei diesem Datensystem geht es nicht um bundesweite Vernetzung von Fachpersonen zur verbesserten Aufdeckung von Misshandlung und Vernachlässigung Minderjähriger, doch stellen diese Daten die Grundlage für diverse Publikationen oder Programme dar.²⁹¹

Mit der Ausnahme von England führen die lokalen Sozialdienststellen in *Grossbritannien* eigene Kinderschutzregister („child protection registers“) mit vertraulichen Daten über Kinder, welche sich in Gefahr physischer, emotionaler oder sexueller Misshandlung oder Vernachlässigung befinden bzw. für welche ein sog. „child protection plan“ besteht.²⁹² Die „child protection conference“ – eine multiprofessionelle Gruppe, die sich aus allen in den konkreten Fall involvierten Fachpersonen zusammensetzt – entscheidet über die Aufnahme des Kindes ins Register.²⁹³ Die Datenbank ermöglicht Fachpersonen, einen Verdacht festzuhalten und Bedenken zu teilen.²⁹⁴ Im Jahr 2013 waren 43'140 Kinder in England in diesem Register verzeichnet. Die Spitzenwerte wurden für Vernachlässigungen (17'930 Kinder) und psychischen Missbrauch (13'640 Kinder) gemessen. Die Alterskategorie der 1-4-Jährigen nahm mit 13'070 Registrierungen den Spitzenplatz ein.²⁹⁵ Sind involvierte Personen in einem Fall um das Wohl des Kindes besorgt, kann im Kinderschutzregister abgefragt werden, ob das Kind dort registriert ist, wobei dieser Zugriff pro Stelle nur bestimmten Personen zusteht.²⁹⁶ Eine Umfrage an britischen Notaufnahmen zur Situation des Kinderschutzes ergab jedoch, dass der Zugang zum Register von verschiedensten Personen erfolgte und keine einheitlichen Kriterien für den Umgang und die Nutzung bestanden.²⁹⁷

²⁹⁰ Children's Bureau, ix.

²⁹¹ Children's Bureau, 3.

²⁹² NSPCC, 18.

²⁹³ NSPCC, 18.

²⁹⁴ NSPCC, 19.

²⁹⁵ NSPCC, Children subject to child protection plans – England 2009-2013. <www.nspcc.org.uk/inform>.

²⁹⁶ NESCP, Guidelines 2012, 14; NESCP, Guidelines 2010, 56.

²⁹⁷ EVANS/QUIN, 137.

In England existierte zum Informationsaustausch und zur Koordinierung verschiedener Stellen sozialer Dienste eine zentrale Datenbank, worin Behörden (Verdachts-)Fälle gravierender Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern erfasst haben. Dieses funktionstüchtige Kinderschutzregister wurde sukzessive abgeschafft und durch eine zentrale Datenbank für alle englischen Kinder, das *Integrated Children's System (ICS)*, ersetzt. Dabei werden sehr umfangreiche Personenprofile geschaffen (neben Name, Geburtsdatum und weiteren Basisdaten v.a. der Kontakt zu sozialen Diensten, Polizei, Bildungs- und medizinischen Einrichtungen) und mit computerbasierten Assessments nach formalen Kriterien Risikoindikatoren identifiziert. Aus datenschutzrechtlicher Sicht wird diese sehr weitgreifende Datensammlung kritisiert. Obschon es in diesem neuen System nicht mehr allein um den Kinderschutz geht, sondern um ein weiter gefasstes Risikomanagement, sollte es die Funktionalität als Informationsquelle für gefährdete Kinder beibehalten.²⁹⁸ Der dadurch ausgelöste bürokratische Aufwand führte allerdings zu einer negativen Einschätzung im Regierungsbericht von EILEEN MUNRO.²⁹⁹

V. Schlussbetrachtung

Bei Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch Minderjähriger handelt es sich um Delikte gegenüber den schutzlosesten Mitgliedern einer Gesellschaft.³⁰⁰ Rasches Erkennen und Handeln, um Verletzung und bleibende psychische und physische Schäden zu verhindern ist daher von elementarer Bedeutung.³⁰¹ Möglichst frühzeitige Präventions- und Interventionsmassnahmen sind – nicht zuletzt auch aus Kostengründen – unerlässlich, da die Schäden für die betroffenen Minderjährigen mit der Schwere und der Dauer der Misshandlungen zunehmen.³⁰² Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch sind selten singuläre Ereignisse. Zum Schutz

²⁹⁸ Zum aktuellen Stand siehe STAFFORD et al., 140 ff.; vgl. auch PITHOUSE/BROADHEARST, 73 ff.; SCHÜTTER.

²⁹⁹ MUNRO, 105 ff.

³⁰⁰ JESIONEK, 369.

³⁰¹ Landesärztekammer Baden-Württemberg, 5.

³⁰² Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung, 97, 104.

des Kindes ist es daher in der Praxis von besonderer Bedeutung, bei solchen Fällen sofort zu intervenieren und künftige Gefährdungen zu unterbinden.³⁰³

Ärzte spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie früh und teilweise auch als einzige Aussenstehende mit Opfer in Kontakt kommen. Sie sind zwar grundsätzlich durch die ärztliche Schweigepflicht angehalten, vertrauliche Informationen nicht weiterzugeben. Gerade in Fällen von Kindesmissbrauch oder -vernachlässigung ist es ihnen aufgrund von gesetzlichen Melderechten oder gar -pflichten oder anderer Rechtfertigungsgründe jedoch möglich, Meldung an die Kinderschutzhörden beziehungsweise Anzeige bei den Strafbehörden zu erstatten. Das Vorgehen hat sich dabei stets am Kindeswohl zu orientieren. So gibt es neben einer Strafanzeige oft geeignetere Interventionsmöglichkeiten, um dem Minderjährigen bestmöglichen Schutz zu bieten.³⁰⁴ Jedenfalls ist interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer solchen Situation unerlässlich.

Dass jedoch trotz Kooperation mit einer Fachgruppe schwerwiegende Fehlentscheide nicht immer zu verhindern sind, zeigt ein Beispiel aus der Schweiz: Einer 22-jährigen Mutter wurde die Obhut über ihren einjährigen Sohn und ihre dreijährige Tochter wegen Verdachts auf Kindesmisshandlung entzogen. Krippenmitarbeitende stellten beim Jungen Hämatome fest und informierten die Kinderschutzgruppe eines Zürcher Kinderspitals, die ihrerseits die Polizei einschaltete. Der Verdacht bestätigte sich in der Folge nicht, denn der aktive Junge hatte sich die Verletzungen tatsächlich beim Spielen zugezogen. Die Mutter wurde weder wegen der Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht noch wegen mehrfacher einfacher Körperverletzung schuldig gesprochen.³⁰⁵ Insgesamt stellen Kinderschutzexperten die Tendenz fest, dass Fachleute aus Angst vor negativen Folgen bereits bei einem geringen Verdacht Strafanzeige erstatten, was zu Kettenreaktionen führen kann. Eine Strafanzeige wird dann empfohlen, wenn ein Kind absichtlich ernsthaft

³⁰³ WIESNER, 283.

³⁰⁴ WEHINGER, 82 f.

³⁰⁵ Zum Ganzen: Tages Anzeiger vom 21. April 2012, S. 1 und 17; NZZ vom 24. April 2012, S. 19.

geschädigt wurde, doch können auch leichtere Verletzungen auf Kindesmissbrauch hindeuten. Ein solcher Verdacht muss genau abgeklärt werden.³⁰⁶

Die rechtsvergleichende Analyse hat gezeigt, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichend Gewähr bieten, dass Verdachtsfälle bekannt werden. Ärzte sind dann von ihrer Schweigepflicht befreit und können geeignete Massnahmen treffen. Dabei ist aber nicht zu vernachlässigen, dass damit eine grosse Verantwortung auf den ärztlichen Schultern lastet. Daher ist es unerlässlich, die tatsächliche Entwicklung weiter genau zu beobachten und sollte sich ein solcher Bedarf aufdrängen auch unterstützende Rahmenbedingungen für die ärztliche Entscheidung – wie etwa mit Kinderschutzregister – zu schaffen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass damit einerseits auch Probleme für das Arzt-Kind- bzw. Arzt-Eltern-Verhältnis entstehen können und andererseits höchstpersönliche Daten von Kindern und/oder ganzen Familien verarbeitet werden, sodass im Gesetzgebungsprozess auch dem Datenschutz Rechnung zu tragen wäre, wobei für vergleichbare Datenbanken in der Schweiz (ViCLAS und DNA-Profile) schon erfolgreich gesetzliche Grundlagen geschaffen wurden.

³⁰⁶ Zum Ganzen: Tages Anzeiger vom 21. April 2012, S. 17.

Literatur

- Amt für Jugend und Berufsberatung Kanton Zürich (Hrsg.), Leitfaden zur Standardisierung des Verfahrens in Fällen von Kindesmisshandlung, 6. Aufl., Zürich 2009.
- Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung, Kindesmisshandlungen in der Schweiz, Schlussbericht zuhanden des Vorstehers des eidgenössischen Departementes des Innern, Bern 1992.
- ARMBRUSTER MEINRAD M./BARTELS VERENA, Kooperation der verschiedenen Dienste bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, in: DEEGENER GÜNTHER/KÖRNER WILHELM (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Ein Handbuch, Göttingen usw. 2005, 405 ff.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Hamburger Leitfaden für Arztpraxen, Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis, 3. Aufl., Hamburg 2006.
- BERTEL CHRISTIAN/SCHWEIGHOFER KLAUS, Österreichisches Strafrecht. Besonderer Teil I (§§ 75 bis 168e StGB), 11. Aufl., Wien 2010 (zit. BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT I).
- BERTEL CHRISTIAN/SCHWEIGHOFER KLAUS, Österreichisches Strafrecht. Besonderer Teil II (§§ 169 bis 321 StGB), 9. Aufl., Wien 2010 (zit. BERTEL/SCHWEIGHOFER, BT II).
- BERZLANOVICH ANDREA, Dokumentation von Gewaltfolgen: kurz, prägnant und gerichtstauglich, JATROS 4/2013, 6 ff.
- BRODER URS, Delikte gegen die Familie, insbesondere Vernachlässigung von Unterhaltspflichten, ZStrR 1992, 290 ff.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.), Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik, Interventionsmöglichkeiten), Konzept der Bundesärztekammer, Köln 1998.
- Bundesministerium für Inneres (Hrsg.), Gewalt nachhaltig bekämpfen, Öffentliche Sicherheit (Das Magazin des Innenministeriums) 13 (Heft 3-4/2012) 8 f.
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen, Wien 2011.
- DÄPPEN-MÜLLER SILVIA, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung aus straf- und zivilrechtlicher Sicht, Diss. Zürich 1998.
- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V./Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (Hrsg.), Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Version 1.4, Berlin/Bonn 2013 (zit. DAKJ/AG KiM).
- DOMINKUS CHRISTINE, Kinder sind unser höchstes Gut, JATROS 4/2009, 16 f.

- DONATSCH ANDREAS, Strafrecht III, Delikte gegen den Einzelnen, 10. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013.
- DONATSCH ANDREAS/TAG BRIGITTE, Strafrecht I, Verbrechenlehre, 9. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013.
- DONATSCH ANDREAS/WOHLERS WOLFGANG, Strafrecht IV, Delikte gegen die Allgemeinheit, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2011.
- DUMOULIN JEAN-FRANÇOIS, La confidentialité et la „maltraitance“, plädoyer 17 (Heft 3/1999) 50 ff.
- ERFURT CHRISTINE/SCHMIDT UWE, Teil III: Grundlagen des Arztrechtes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, in: Sächsische Landesärztekammer (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder, Misshandlung Minderjähriger, 2. Aufl., Dresden 2006, 18 ff.
- EVANS RUPERT/QUIN GARETH, Accident and emergency department access to the child protection register: a questionnaire survey, *Emerg Med J* 19 (2002) 136 ff.
- FABRIZY ERNST EUGEN, Strafgesetzbuch, StGB, samt ausgewählten Nebengesetzen, Kurzkomentar, 10. Aufl., Wien 2010.
- Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken, Freiburg 2005.
- FEGERT JÖRG M., Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz, in: ZIEGENHAIN UTE/FEGERT JÖRG M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2. Aufl., München/Basel 2008, 195 ff.
- FISCHER THOMAS, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 61. Aufl., München 2014.
- FUCHS HELMUT/RATZ ECKART (Hrsg.), Wiener Kommentar zur Strafprozessordnung, Wien 2002 ff., Nachlieferungen (zit. BEARBEITER, Wiener Kommentar StPO, § xx StPO Rz yy).
- General Medical Council (Hrsg.), 0-18 years: guidance for all doctors, London usw. 2007.
- HERRMANN BERND et al., Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2. Aufl., Heidelberg 2010.
- HOCHMAYR GUDRUN/SCHMOLLER KURT, Zur Reichweite der Verschwiegenheitspflicht von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten beim Verdacht des sexuellen Kindesmissbrauchs, in: SCHMOLLER KURT/HOLZ-DAHRENSTAEDT ANDREA (Hrsg.), Sexueller Missbrauch von Kindern, Strafverfolgung und Kindeswohl in interdisziplinärer Perspektive, Wien 2000, 15 ff.
- HÖPFEL FRANK/RATZ ECKART (Hrsg.), Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Aufl., Wien 1999 ff., Nachlieferungen (zit. BEARBEITER, Wiener Kommentar StGB, § xx StGB Rz yy).
- JACOBI GERT, Die Rolle verschiedener Berufsgruppen bei Kindesmisshandlung und Neglect, in: JACOBI GERT (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen, Bern 2008, 275 ff.

- JENNY GUIDO/SCHUBARTH MARTIN/ALBRECHT PETER, Kommentar zum schweizerischen Strafrecht. Schweizerisches Strafrecht Besonderer Teil. 4. Band: Delikte gegen die sexuelle Integrität und gegen die Familie Art. 187-200, Art. 213-220 StGB, Bern 1997.
- JESIONEK UDO, Anzeige- und Aussageverhalten bei Kindesmissbrauch, in: FUCHS HELMUT/BRANDSTETTER WOLFGANG (Hrsg.), Festschrift für Winfried Platzgummer, zum 65. Geburtstag, Wien/New York 1995, 369 ff.
- JUD ANDREAS/LIPS ULRICH, Kinderschutz: Merkmale von Fällen am Kinderspital Zürich mit zivil- und strafrechtlichen Interventionen, ZVW 2008, 439 ff.
- Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -Direktoren, Erläuterungen zur interkantonalen Vereinbarung über die computergestützte Zusammenarbeit der Kantone bei der Aufklärung von Gewaltdelikten (ViCLAS-Konkordat) (zit. KKJPD).
- KIENAPFEL DIETHELM/HÖPFEL FRANK/KERT ROBERT, Grundriss des Strafrechts, Allgemeiner Teil, 14. Aufl., Wien 2012.
- KINDHÄUSER URS, Strafgesetzbuch. Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl., Baden-Baden 2013.
- KNYRIM RAINER, Datenschutzrecht, Praxishandbuch für richtiges Registrieren, Verarbeiten, Übermitteln, Zustimmung, Outsourcen, Werben uvm, 2. Aufl., Wien 2012.
- KÜHL KRISTIAN, Strafgesetzbuch, Kommentar, 27. Aufl., München 2011.
- LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder, Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, 3. Aufl., Stuttgart 2013.
- LIPS ULRICH, Kindsmisshandlung – Kinderschutz, Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis, Bern 2011.
- LOPPACHER BARBARA, Erziehung und Strafrecht, Unter besonderer Berücksichtigung der Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (Art. 219 StGB), Diss. Zürich, Zürich/Basel/Genf 2011.
- MATHEWS BEN/BROSS DONALD C., Mandated reporting is still a policy with reason: Empirical evidence and philosophical grounds, *Child Abuse & Neglect* 32 (2008) 511 ff.
- MATHEWS BEN/KENNY MAUREEN C., Mandatory Reporting Legislation in the United States, Canada, and Australia: A Cross-Jurisdictional Review of Key Features, Differences, and Issues, *Child Maltreatment* 13 (2008) 50 ff.
- MAYER-SCHÖNBERGER VIKTOR/BRANDL ERNST O., Datenschutzgesetz, Grundsätze und europarechtliche Rahmenbedingungen, Gesetzestext mit Materialien, Datenschutz-Verordnungen und Richtlinien im Anhang, 2. Aufl., Wien 2006.
- MELTON GARY B., Mandated reporting: a policy without reason, *Child Abuse & Neglect* 29 (2005) 9 ff.

- Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder, Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland, Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, 2. Aufl., Saarbrücken 2009.
- MUNRO EILEEN, The Munro review of child protection: Final report. A child-centred system, [London] 2011.
- MYERS JOHN E. B., Legal issues, in: GIARDINO ANGELO P./ALEXANDER RANDELL (Hrsg.), Child Maltreatment, a clinical guide and reference, 3. Aufl., St. Louis 2005, 707 ff.
- NAGEL ECKHARD, „Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen?“, Bayreuth 2009.
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children (Hrsg.), Child protection factsheet, The child protection system in the UK, London 2010 (zit. NSPCC).
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit et al. (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder, Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation in Niedersachsen, Hannover 2007.
- NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar, Strafrecht II (Art. 111-392 StGB), 3. Aufl., Basel 2013 (zit. BSK StGB II-BEARBEITER, Art. xx N yy).
- NIGGLI MARCEL ALEXANDER/HEER MARIANNE/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, Jugendstrafprozessordnung, Basel 2011 (zit., BSK StPO-BEARBEITER, Art. xx N yy).
- NOTHHAFFT SUSANNE, Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, München 2009.
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE, Qualitätssicherung in der Unfallchirurgie – Ist die Politik säumig?, Pressemitteilung vom 5. Oktober 2011, abrufbar unter: <http://www.unfallchirurgen.at/download/pm/20111005_Presstext_Qualitaetssicherung_UC2011.pdf> (zuletzt besucht am 22.05.2014) (zit. ÖGU, Qualitätssicherung).
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE, Geht Datenschutz vor Kinderschutz?, Unfallchirurgen präsentieren Vorschläge und Forderungen für einen verbesserten Kinderschutz in Österreich, Pressemitteilung vom 5. Oktober 2011, abrufbar unter: <http://www.unfallchirurgen.at/download/pm/OEGU_Presstext_20090930.pdf> (zuletzt besucht am 22.05.2014) (zit. ÖGU, Kinderschutz).
- PITHOUSE ANDY/BROADHEARST KAREN, The common assessment framework, Effective innovation for children and young people with ‘additional needs’ or simply more technical hype?, in: BROADHEARST KAREN/GROVER CHRIS/JAMIESON JANET (Hrsg.), Critical perspectives on safeguarding children, Chichester 2009, 73 ff.

- POLLIRER HANS-JÜRGEN/WEISS ERNST M./KNYRIM RAINER (Hrsg.), Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000) samt ausführlichen Erläuterungen, 2. Aufl., Wien 2014.
- PIETH MARK, Strafrecht Besonderer Teil, Basel 2014.
- RYSER BÜSCHI NADINE, Familiäre Gewalt an Kindern. Eine Untersuchung der Umsetzung der staatlichen Schutzpflichten im Strafrecht, Zürich/Basel/Genf 2012.
- SATZGER HELMUT/SCHLUCKEBIER WILHELM/WIDMAIER GUNTER (Hrsg.), StGB Strafgesetzbuch Kommentar, 2. Aufl., Köln 2014 (zit. SSW-StGB-BEARBEITER).
- SCHOSSLEITNER CLAUDIA, Rechtliche Probleme der Anzeigepflicht des Arztes im Interventionssystem gegen häusliche Gewalt, Linz 2010.
- SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRIE, FACHGRUPPE KINDERSCHUTZ DER SCHWEIZERISCHEN KINDERKLINIKEN, Kinderschutzstatistik 2012, abrufbar unter: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2012_0.pdf> (zuletzt abgerufen am 13.05.2014) (zit. SGP Fachgruppe Kinderschutz).
- SCHULTZ HANS, Die Delikte gegen Leib und Leben nach der Novelle 1989, ZStrR 1991, 395 ff.
- SCHÜTTER SILKE, Risikomanagement statt Kinderschutz, Zeit Online vom 13. April 2007, abrufbar unter: <<http://www.zeit.de/online/2007/16/kinderschutz-england>> (zuletzt besucht am 23.05.2014).
- SIEGRIST ISABELLE CAROLINE, Die Auswirkungen der Bildung regionaler Kinderschutzgruppen im Kanton Zürich auf das Patientengut der Kinderschutzgruppe, Zürich 2005.
- STAFFORD ANNE/PARTON NIGEL/VINCENT SHARON/SMITH CONNIE, Child protection systems in the United Kingdom, A comparative analysis, London 2012.
- STRATENWERTH GÜNTER, Schweizerisches Strafrecht – Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 4. Aufl., Bern 2011.
- STRATENWERTH GÜNTER/BOMMER FELIX, Schweizerisches Strafrecht – Besonderer Teil II: Straftaten gegen Gemeininteressen, 7. Aufl., Bern 2013.
- STRATENWERTH GÜNTER/JENNY GUIDO/BOMMER FELIX, Schweizerisches Strafrecht – Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 7. Aufl., Bern 2010.
- The North East of Scotland Child Protection Committee (Hrsg.), Child Protection Guidelines, Aberdeen 2012 (zit. NESPC, Guidelines 2012).
- The North East of Scotland Child Protection Committee (Hrsg.), Child Protection Guidelines, Aberdeen 2010 (zit. NESPC, Guidelines 2010).
- THAISS HEIDRUN et al., Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz: Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren, Bundesgesundheitsbl 2010, 1029 ff.
- THUN-HOHENSTEIN LEONHARD, Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich, WMW 155 (2005) 365 ff.

- TRECHSEL STEFAN/PIETH MARK, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2013 (zit. BEARBEITER, StGB Praxiskommentar, Art. xx StGB N yy).
- Children's Bureau (U.S. Department of Health & Human Services) (Hrsg.), Child Maltreatment 2012, Washington 2013.
- WEHINGER SANDRA, Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Verschwiegenheit in sozialen Berufen, 2. Aufl., Lochau/Röthis 2008.
- WICKI LOUIS, Grenzen der ärztlichen Geheimhaltungspflicht, Diss. Zürich 1972.
- WIENERROITHER PETER, Jugendwohlfahrtsrecht, in: LODERBAUER BRIGITTE (Hrsg.), Kinder- und Jugendrecht, 3. Aufl., Wien 2004, 175 ff.
- WIESNER REINHARD, SGB VII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. 4. Aufl., München 2011 (zit. WIESNER SGB VII, § xx Rz yy) mit online-Nachtrag zum KKG, abrufbar unter: <<http://rsw.beck.de/cms/?toc=WiesnerSGB.20&docid=330469>> (zit. WIESNER/MÖRSBERGER/WAPLER, SGB VIII, KKG, § 4 Rz yy).
- WIESNER REINHARD, Rechtliche Grundlagen der Intervention bei Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, in: DEEGENER GÜNTHER/KÖRNER WILHELM (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Ein Handbuch, Göttingen usw. 2005, 282 ff.
- ZENZ MONIKA, Die Anzeigepflicht von Ärzten, Jugendwohlfahrtseinrichtungen und Schulpädagogen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, Diss. Graz 2009.

Materialien

Schweiz

Amtliches Bulletin des Nationalrates (zit. Amtl. Bull. NR, Jahr, Seitenzahl).

Bericht Kindesmisshandlung in der Schweiz, Stellungnahme des Bundesrates vom 27. Juni 1995 (zit. Stellungnahme Bundesrat).

Botschaft über die Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes (Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, gegen die Sittlichkeit und gegen die Familie) vom 26. Juni 1985, BBl 1985, 1009 ff. (zit. Botschaft StGB).

Botschaft zum Bundesgesetz über die Verwendung von DNA-Profilen im Strafverfahren und zur Identifizierung von unbekanntem und vermissten Personen vom 8. November 2000, BBl 2001, 29 ff. (zit. Botschaft DNA-Profil-Gesetz).

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006, BBl 2006, 7001 ff. (zit. Botschaft ZGB).

Motion 05.3882 „Gewalt gegen Kinder“ eingereicht im Nationalrat am 16. Dezember 2005 (zit. Motion 05.3882).

Parlamentarische Initiative 14.419, Melderecht bei pädokriminellen Taten, eingereicht im Nationalrat am 8. Mai 2014 (zit. Parlamentarische Initiative 14.419).

Postulat 12.3206 „Grundlagen für ein Screening zu familiärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen“ eingereicht im Nationalrat am 15. März 2012 (zit. Postulat 12.3206).

Österreich

Anfrage betreffend die Umsetzung von „Med-Pol“ (Gewaltschutzregister) vom 15. November 2011, 9776/J XXIV. GP (zit. Anfrage Umsetzung „Med-Pol“).

Anfragenbeantwortung betreffend die Umsetzung von „Med-Pol“ (Gewaltschutzregister) vom 13. Januar 2012, 9673/AB XXIV. GP (zit. Anfragebeantwortung Umsetzung „Med-Pol“).

Entschliessungsantrag „Spitaltourismus“ vom 10. Dezember 2008, 177/A(E) XXIV. GP (zit. Entschliessungsantrag Spitaltourismus).

Erläuterungen zum Ministerialentwurf betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 geändert wird (Jugendwohlfahrtsgesetz-Novelle 2008) (zit. Erläuterungen JWG-Novelle 2008).

Parlamentsskorrespondenz Nr. 1173 vom 1. Dezember 2011 des Parlaments der Republik Österreich: Leistungsangebot von Spitälern soll bedarfsgerechter werden (zit. PK-Nr. 1173/2011).

Parlamentsskorrespondenz Nr. 853 vom 4. November 2011 des Parlaments der Republik Österreich: Krankenversicherung: Beiträge künftig auch für Auslandspension (zit. PK-Nr. 853/2010).

Parlamentsskorrespondenz Nr. 762 vom 29. Juli 2011 des Parlaments der Republik Österreich: Ärztliche Verschwiegenheitspflicht soll gelockert werden (zit. PK-Nr. 762/2011).

Regierungsvorlage Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird (15. Ärztegesetz-Novelle), Gesetzestext, 1383 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIV. GP (zit. RV Gesetzestext).

Regierungsvorlage Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird (15. Ärztegesetz-Novelle), Materialien, 1383 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIV. GP (RV Materialien).

Deutschland

Themengruppe Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung gemäß § 25 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 135 Abs. 1 SGB V: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch, Teilabschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“, vom 8. August 2007.

