



VEREINBARUNG

ZWISCHEN

DER DEUTSCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (DKG)

UND

**DEM UNABHÄNGIGEN BEAUFTRAGTEN FÜR
FRAGEN DES SEXUELLEN KINDESMISSBRAUCHS (UBSKM)**

BERLIN, 23. FEBRUAR 2016



GLIEDERUNG

I. Präambel

II. Vereinbarungen

- 1 Relevante Handlungsfelder der DKG
- 2 Empfehlungen zu Schutzkonzepten für Kinder und Jugendliche in Kliniken
- 3 Bilanz 2012 bis 2015 – Auszug von Aktivitäten der Kliniken
- 4 Vorhaben 2016–2019
- 5 Mitwirkung am Monitoring
- 6 Kampagne/Initiative „Kein Raum für Missbrauch“
- 7 Gültigkeit
- 8 Quellenangaben



I PRÄAMBEL

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Schutz vor allen Formen sexualisierter Gewalt. Sexueller Missbrauch durch Erwachsene, ältere Jugendliche oder durch Gleichaltrige kann zu großem Leid führen, die Folgen belasten nicht selten ein Leben lang.

Wir verurteilen sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Wir wollen, dass Kindern und Jugendlichen künftig umfassenderer Schutz zuteil wird, insbesondere auch dort, wo individuelle und strukturelle Handlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind. Wir wollen, dass Kinder und Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, wirkungsvoll Hilfe erhalten.

Wir setzen uns dafür ein, dass Kinder und Jugendliche in unseren Einrichtungen, Strukturen und Organisationen gemäß den Leitlinien zur Prävention und Intervention und Aufarbeitung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ bestmöglich vor sexualisierter Gewalt geschützt werden. Dabei haben wir sowohl Orte im Blick, an denen Kinder und Jugendliche haupt-, neben- oder ehrenamtlich tätigen Erwachsenen anvertraut werden, als auch Gruppen, in denen Kinder und Jugendliche sich selbst (älteren) Jugendlichen anvertrauen bzw. anvertraut werden. Kinder und Jugendliche sollen an diesen Schutz- und Kompetenzorten vertrauensvolle und kompetente Ansprechpersonen finden, wenn sie Hilfe brauchen. Wir unterstützen die flächendeckende Entwicklung und Implementierung von entsprechenden passgenauen Schutzkonzepten in unserem jeweiligen Verantwortungsbereich.

Schweigen hilft nur den Tätern und Täterinnen. Wir wollen die Kommunikation über sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erleichtern. Verharmlosung, Wegschauen oder mangelnde Vorstellungskraft müssen endgültig überwunden werden. Gemeinsam wollen wir eine noch stärkere Sensibilisierung für das Thema und die vielfältigen Gefahrenlagen erreichen. Wir werden daher unseren Beitrag für ein weiter zu steigendes gesamtgesellschaftliches Engagement gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen leisten.

Schutz wird nur dann wirksam sein, wenn es kein Tabu mehr ist, dass sexualisierte Gewalt in all ihren Formen geschieht und geschehen konnte. Wir halten die unabhängige Aufarbeitung von Fällen sexualisierter Gewalt in der Vergangenheit für wichtig und notwendig. Sie soll gesamtgesellschaftlich dazu beitragen, durch Missbrauch in der Familie oder in Institutionen erlittenes Leid anzuerkennen und Erkenntnisse für künftige Prävention, Intervention und Aufarbeitung zu gewinnen. Wir verpflichten uns alles uns Mögliche dafür zu tun, dass Betroffenen zugehört wird und sie dabei unterstützt werden, über ihre Erfahrungen zu berichten. Die Arbeit der künftigen Aufarbeitungskommission werden wir unterstützen.



II VEREINBARUNGEN

1 RELEVANTE HANDLUNGSFELDER DER DKG

Den Kliniken werden primär in folgenden Bereichen in direkter Verantwortung Kinder und Jugendliche anvertraut:

- » Kliniken und Fachabteilungen sowie in ambulanten Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin,
- » Kliniken und Fachabteilungen sowie in ambulanten Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹

Während in der Kinder- und Jugendmedizin nur noch selten längerfristige Aufenthalte von Minderjährigen stattfinden, ist das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig der Fall. Andererseits finden in Kinderkliniken eher den körperlichen Intimbereich berührende Untersuchungen und Behandlungen statt, oder auch Handlungen und Behandlungen, in denen ein Kind oder Jugendlicher sich mit einer erwachsenen Person allein in einem Raum befindet, z. B. von der Krankengymnastik bis zur radiologischen Untersuchung.

Nicht fest angestellte Hilfskräfte und Praktikanten finden sich in beiden Bereichen. Ehrenamtliche Helfer sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie selten. Sowohl Kinderkliniken als auch Kinder- und Jugendpsychiatrien zeichnen sich dadurch aus, dass ganz überwiegend mit speziell für Kinder und Jugendliche ausgebildetem Personal gearbeitet wird.

Als besondere Handlungsbereiche bieten einige Kliniken Trauma- und Kinderschutzambulanzen an. In Traumaambulanzen werden Kinder und Jugendliche betreut, die sexualisierte oder körperliche Gewalt erfahren haben oder Zeuge einer Straftat geworden sind. Hier wird den jungen Opfern unmittelbare Hilfe angeboten und eine stabilisierende Behandlung ermöglicht. In Kinderschutzambulanzen werden Fälle von körperlichen Kindesmisshandlungen oder sexualisierter Gewalt interdisziplinär diagnostiziert und behandelt. Sie dienen als Anlaufstelle für Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung, wobei die Objektivierung eines solchen Verdachtes höchste Priorität hat. Notwendige Schritte für weiteren Schutz der Betroffenen werden hier eingeleitet. Sie können nicht nur von Kindern und Jugendlichen, sondern auch von Eltern, Kinderärzten und Behörden in Anspruch genommen werden.

¹ Auch in anderen fachärztlichen Bereichen, wo vorrangig Erwachsene versorgt werden, befinden sich Kinder in unserer Obhut (z. B. Urologie, Neurochirurgie, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde).



2 EMPFEHLUNG ZU SCHUTZKONZEPTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE IN KLINIKEN

Schutzkonzepte sind ein Zusammenspiel aus institutionellen und pädagogischen Maßnahmen sowie einer Kultur des Respekts und der Wertschätzung gegenüber Kindern und Jugendlichen. Sie umfassen Handlungspläne sowie konzeptionelle Elemente und basieren auf einem prozessorientierten Grundverständnis von Prävention und Intervention. Schutzkonzepte gehen damit über einzelne und isolierte Präventionsmaßnahmen hinaus und nehmen die Kliniken sowohl als „Schutzraum“ (kein Tatort werden) als auch als „Kompetenzort“, an dem Kinder Hilfe erhalten, die an anderer Stelle sexualisierte Gewalt erfahren haben, in den Blick.

Die Einführung und Umsetzung von passgenauen Schutzkonzepten in Kliniken erfordert einen Prozess der Qualitätsentwicklung, sowohl innerhalb der einzelnen Einrichtung als auch innerhalb der übergeordneten Organisationsstrukturen. Dabei ist der jeweilige Ist-Stand Ausgangspunkt und Maßstab der Entwicklung. Ziel ist es, den bestmöglichen Schutz vor sexualisierter Gewalt als festen Bestandteil des eigenen Wertekanons in Kliniken zu verankern und das jeweilige fachliche Handeln danach auszurichten.

Schutzkonzepte enthalten eine Analyse der spezifischen Risiken sowie einen Interventionsstufenplan. Sie beziehen sich auf die Identifizierung der Problembereiche, die Entwicklung von Handlungsparametern im Umgang mit Kindern (z. B. professionelle Nähe-Distanz-Regulation, Achtung der Privatsphäre, Mehraugenprinzip bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen) und Standards bei der Personalauswahl (z. B. erweitertes Führungszeugnis, Missbrauchsprävention in Bewerbungsgesprächen thematisieren, Zusatzvereinbarungen im Arbeitsvertrag)². Hinzu kommt ein klares Procedere im Falle des Verdachts auf Übergriffe, die von Mitarbeitern der Institution oder von Mitpatienten ausgehen könnten.

Weiterhin beinhalten Schutzkonzepte einen einrichtungsindividuellen Verhaltenskodex, in dem geforderte oder vereinbarte Mitarbeiterverhaltensweisen formuliert werden. Wichtiger Bestandteil der Schutzkonzepte sind außerdem Informationsveranstaltungen und Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Schutzkonzepte sollten unter breiter Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einer Fachberatungsstelle vor Ort entwickelt werden. Schutzkonzepten sollte eine arbeitsrechtliche Bedeutung (z. B. in Form einer Dienstanweisung) zugemessen sein.

² vgl. Bismarck 2014, S. 8-9



Werden in Kliniken nicht ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt oder betreut, sollte geprüft werden, ob ein übergreifendes Konzept zur Prävention von sexualisierter Gewalt auch Erwachsene einbeziehen kann³. Hierbei ist auf die Besonderheiten der einzelnen Zielgruppen einzugehen (z. B. Kinder und Jugendliche, Behinderte, ältere Menschen).

Kinder sollten in längerfristigen Betreuungskontexten, insbesondere unter geschlossenen Bedingungen, nicht gemeinsam mit Erwachsenen untergebracht werden⁴.

3 BILANZ 2012 BIS 2015 – AUSZUG VON AKTIVITÄTEN DER KLINIKEN

Bereits 2008 gründete sich die Arbeitsgemeinschaft „Kinderschutz in der Medizin“. Sie entwickelte den ersten Leitfaden für medizinischen Kinderschutz in Kliniken, welcher in 2015 schon das fünfte Mal überarbeitet wurde⁵. Viele Kliniken in Deutschland führen medizinischen Kinderschutz strukturiert nach Behandlungspfad durch. An mehreren universitären und anderen Kinderkliniken gibt es Kinderschutzambulanzen, welche multiprofessionell aufgestellt und interdisziplinär vernetzt sind⁶.

Anfang 2013 erfolgte die Aufnahme des „Kinderschutz-OPS“⁷ in den OPS-Katalog⁸, welcher die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit dokumentiert. Kurze Zeit darauf wurden die deutschen Kodierrichtlinien geändert, wodurch erstmals die medizinische strukturierte Erfassung von Kindesmisshandlung möglich ist (ICD-Diagnose⁹ T74¹⁰).

³ vgl. Bismarck, S. 15

⁴ vgl. UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 37

⁵ vgl. Herrmann et al. 2015

⁶ vgl. Franke 2013, S. 544

⁷ OPS 1-945: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

Mit diesem Code ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom zu kodieren. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben. (DIMDI, OPS Version 2015)

⁸ Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) dient dem Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Er orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

⁹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

Herausgeber ist die WHO.

¹⁰ ICD T74 - Missbrauch von Personen (T74.0 Vernachlässigen oder Imstichlassen, T74.1 Körperlicher Missbrauch inkl. Kindesmisshandlung o. n. A., T74.2 Sexueller Missbrauch, T74.3 Psychischer Missbrauch, T74.8 Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen, T74.9 Missbrauch von Personen nicht näher bezeichnet inkl.: Schäden durch Missbrauch: eines Kindes o. n. A. (ICD-10-GM Version 2015)



Seit August 2013 ist die Änderung des § 294a SGB V in Kraft, wonach die Mitteilungspflicht von „Krankheitsursachen und drittverursachenden Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können“, aufgehoben wurde. So kann Kindern und Jugendlichen unmittelbar geholfen, die „Fallarbeit“ erleichtert und das Zusammenwirken von Gesundheits- und Jugendhilfe erreicht werden¹¹.

Ende 2013 hat Baden-Württemberg als erstes Bundesland ein fächerübergreifendes überregionales Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin gegründet. Das Zentrum soll das Fachwissen im Land systematisch zusammenführen mit dem Ziel, bei Verdachtsfällen richtig zu handeln (Aus-, Fort- und Weiterbildung), Schutzkonzepte zu entwickeln und umzusetzen, sowie das Wissen über den Kinderschutz zu bündeln¹².

Seit 2014 läuft das vom BMBF geförderte Projekt „ECQAT – Entwicklung eines E-Learning Curriculums zur ergänzenden Qualifikation“ auf Initiative des Ulmer Universitätsklinikums. Es ist ein Verbundprojekt verschiedener Universitäten und Hochschulen. Kern des Projektes ist das Angebot von Online-Fortbildungen für Menschen in pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufen, die in Kontakt zu sexuell missbrauchten und/oder multipel traumabelasteten Kindern stehen oder in Institutionen für den Schutz vor (sexueller) Traumatisierung Verantwortung tragen. Sie haben die Möglichkeit, sich fundiert und bezogen auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu diesen Themen fortzubilden¹³.

Seit Dezember 2014 steht die Finanzierung für die Erstellung einer wissenschaftlich-medizinischen S3-Leitlinie Kinderschutz (AWMF-Leitlinie¹⁴). Sie wird unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik erstellt. Ziel der Leitlinie ist es, die Versorgungssituation von misshandelten, missbrauchten und vernachlässigten Kindern zu verbessern und die Zusammenarbeit der Partner im Kinderschutz zu beschreiben und zu optimieren¹⁵. Federführend ist Herr Dr. Franke von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ).

¹¹ vgl. Franke 2013, S. 544

¹² vgl. Schultze 2013, Abruf am 24.07.2015

¹³ ECQAT, Abruf am 24.07.2015

¹⁴ In der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) sind derzeit 171 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen. Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. (AWMF online; Abruf am 24.07.2015)

¹⁵ Kinderschutzleitlinie, Abruf am 24.07.2015



4 VORHABEN 2016 BIS 2019

- a) Mit der Vereinbarung verpflichtet sich die DKG, eine flächendeckende Einführung und Implementierung von Schutzkonzepten innerhalb der ihr möglichen Strukturen zu unterstützen:
- » die aktive Kommunikation zum Themenfeld „sexualisierte Gewalt und Schutzkonzepte“ in die Organisationsstruktur hinein,
 - » fachgerechtes Informationsmaterial (mit Einbeziehung der UBSKM-Kampagne/Initiative „Kein Raum für Missbrauch“) zur Verfügung stellen,
 - » Empfehlungen zur Verwendung vorhandener Leitfäden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kliniken,
 - » aktives Mitarbeiten der DKG an der S3-Leitlinie Kinderschutz,
 - » ggf. Ausrichtung eines organisationsinternen Fachtages zum internen Austausch.
- b) Die DKG vereinbart, darauf hinzuwirken, ihre Landesverbände und die dazu gehörenden Kliniken für den Schutz vor sexualisierter Gewalt zu sensibilisieren und darauf hinzuwirken, dass Kliniken als Kompetenzort für bereits Betroffene wahrgenommen werden. Sie unterstützt, dass bis Ende 2018 in Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden, Elemente von Schutzkonzepten (z. B. Verankerung des Schutzes vor sexualisierter Gewalt im Leitbild, Interventionspläne, spezifische Mitarbeiterfortbildungen) implementiert werden.

5 MITWIRKUNG AM MONITORING

Die DKG unterstützt den UBSKM und das beauftragte Deutsche Jugendinstitut dabei, das Monitoring zum Stand der Prävention vor sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2015–2018 durchzuführen. Hintergrund für die Erhebungen sind die Leitlinien zur Prävention und Intervention in Institutionen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ 2010/11 sowie die beiden quantitativen Erhebungen des UBSKM in 2012 und 2013 zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“.

Anknüpfungspunkt des Monitorings 2015–2018 sind passgenaue Schutzkonzepte in Einrichtungen und Institutionen, denen Kinder- und Jugendliche anvertraut sind. Das Erkenntnisinteresse bezieht sich auf die Einführung und Implementierung von Schutzkonzepten, diesbezüglich förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen sowie weitere Bedarfe und Herausforderungen. Die anzuwendenden Erhebungsinstrumente sollen gleichzeitig aktivierenden und begleitenden Charakter haben und eine Auseinandersetzung in den Einrichtungen vor Ort mit dem Thema sexueller Kindesmissbrauch/Schutzkonzepte unterstützen und befördern.



Das Monitoring wird mit qualitativen und quantitativen Erhebungen voraussichtlich ab 2016 jährliche Teilergebnisse veröffentlichen und Ende 2018 einen abschließenden Bericht vorlegen. Für die Kliniken sind folgende Erhebungen besonders relevant:

- » 2015/2016: qualitative Erhebungen in den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit;
- » 2016/2017: quantitative Erhebungen in den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit.

Die DKG informiert relevante Gremien und ihre Mitglieder über das Vorhaben und wird für die Unterstützung des Monitorings werben. Außerdem wird die DKG ggf. Unterstützungsschreiben entwerfen, die begleitend an die zu befragenden Einrichtungen versendet werden können. Die DKG unterstützt die Auswahl von qualitativ zu untersuchenden Beispielen guter Praxis.

Die DKG beteiligt sich darüber hinaus an der AG-Schutzkonzepte, die den Monitoring-Prozess aktiv begleiten wird. Vorgesehen sind regelmäßige sowie ggf. anlassbezogene wenige Sitzungen pro Jahr.

Der UBSKM sichert Anonymität der Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisdarstellung zu. Die Ergebnisse des Monitoring werden vor Veröffentlichung der DKG zur Kenntnisnahme übermittelt und in der AG-Schutzkonzepte diskutiert und interpretiert. Nach der Veröffentlichung werden die Daten in aggregierter Form zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt. Es können weitere Absprachen zur besonderen organisationsbezogenen Ergebnisauswertung getroffen werden.

6 KAMPAGNE/INITIATIVE „KEIN RAUM FÜR MISSBRAUCH“

Die DKG und der UBSKM vereinbaren, dass:

- » das Anliegen der Kampagne/Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ – die Einführung und Implementierung von passgenauen Schutzkonzepten in Einrichtungen – unterstützt und innerhalb der DKG kommuniziert wird,
- » bereichs- bzw. handlungsspezifische Materialien gemeinsam mit dem UBSKM entwickelt werden,
- » die Kampagne/Initiative bei der Konzipierung der Vorhaben aktiv miteinbezogen wird,
- » geprüft wird, inwieweit die Kampagne/Initiative als Baustein im Rahmen von internen Fortbildungen genutzt werden kann.



7 GÜLTIGKEIT

Die Kooperationsvereinbarung tritt mit Unterzeichnung durch die Beteiligten in Kraft. Entsprechend der Amtszeit des USBKM endet die Vereinbarung am 31. März 2019.

Johannes-Wilhelm Rörig
Unabhängiger Beauftragter für Fragen
des sexuellen Kindesmissbrauchs

Georg Baum
Hauptgeschäftsführer der Deutschen
Krankenhausgesellschaft

8 QUELLENANGABEN

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (o. J.):
Leitlinien.

URL: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>, Abruf am 24.07.2015

Bismarck, Sylvester von (2014): Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen
sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken. Berlin

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM
Version 2015. Köln

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): OPS Version
2015. Köln

ECQAT-Verbundprojekt: E-Learning Kinderschutz.

URL: <https://ecqat.elearning-kinderschutz.de/>, Abruf am 24.07.2015

Franke, Ingo (2013): Misshandlung und Missbrauch: Beim Kinderschutz ist viel passiert.
In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 12, Dezember 2013, Seite 544

Herrmann, Bernd; Bismarck, Sylvester von; Franke, Ingo; Dettmeyer, Reinhard; Blume,
Frank; Eydam, Anne-Kathrin; Frese, Gudrun; Flint, Renee; Hellwig, Juliane; Kunert, Dieter;
Miehle, Christel; Neumann, Andreas (2015): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -
vernachlässigung - Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. Version 1.5. Kassel/Bonn



Kinderschutzleitlinie (angemeldet am 15.04.2015): Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik.

URL: <http://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/was-ist-eine-evidenzklasse>, Abruf am 24.07.2015

Schultze, Petra - Universitätsklinikum Ulm (13.11.2013): Eröffnung des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin.

URL: <http://www.uniklinik-ulm.de/news/article/1119/eroeffnung-d-1.html>, Abruf am 24.07.2015

UN-Kinderrechtskonvention (1989): Artikel 37. Verbot der Folter, der Todesstrafe, lebenslanger Freiheitsstrafe, Rechtsbeistandschaft. Am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet, Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGBl. II S. 121 am 5. April 1992, für Deutschland in Kraft getreten am 05.04.1992

