

Andritzky, Walter

## **Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 10, S. 794-811*

urn:nbn:de:bsz-psydok-44768

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness) . . . . .	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders) . . . . .	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy) . . . . .	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped) . . . . .	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling) . . . . .	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services) . . . . .	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation) . . . . .	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view) . . . . .	777

## Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry) . . . . .	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia) . . . . .	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) . . . . .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results) . . . . .	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context) . . . . .	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal) . . . . .	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness) . . . . .	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test) . . . . .	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions) . . . . .	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children) . . . . .	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?) . . . . .	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources) . . . . .	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease) . . . . .	17

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry) . . . . .	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality) . . . . .	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents) . . . . .	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children) . . . . .	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints) . . . . .	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study) . . . . .	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy) . . . . .	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches) . . . . .	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments) . . . . .	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg) . . . . .	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?) . . . . .	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety) . . . . .	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school) . . . . .	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies) . . . . .	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood) . . . . .	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches) . . . . .	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations) . . . . .	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options) . . . . .	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy) . . . . .	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems) . . . . .	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior) .....	440
---	-----

### Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle) .....	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley) .....	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin) .....	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke) .....	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski) .....	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer) .....	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg) .....	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber) .....	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff) .....	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl) .....	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner) .....	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke) .....	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel) .....	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer) .....	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz) .....	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch) .....	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch) .....	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel) .....	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich) .....	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken) .....	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. ( <i>G. Gröschke</i> ) . . . . .	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. ( <i>E. Butzmann</i> ) . . . . .	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> ) . . . . .	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. ( <i>M. Hirsch</i> ) . . . . .	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. ( <i>J. Schweitzer</i> ) . . . . .	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. ( <i>K. Mauthe</i> ) . . . . .	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. ( <i>K. Mauthe</i> ) . . . . .	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>K. Sarimski</i> )	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. ( <i>B. Helbing-Tietze</i> ) . . . . .	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> )	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	465

Editorial / Editorial . . . . .	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates. . . . .	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements . . . . .	69, 139, 212, 472, 651, 750

## Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung

Walter Andritzky

### Summary

Medical letters of child psychiatrists, and their role in custody and visitation litgations – Results of an inquiry

In the last decade, increasing divorce rates, a joint custodial concept, and a deficient legal situation of non-married fathers have been involuntarily provoking cases of a parent with child custody alienating that child in order to exclude the other parent from visitations and educational participation. Medical certificates are frequently of fateful importance in child custody litigation. In an mail survey conducted in six German cities, N = 133 child psychiatrists were asked about the frequency in which they issue such certificates, what certificates contained, what recommendations were made, and where possible the reasons why the other parent was not included in the diagnostic process. According to the results 74,4% of those surveyed were asked to issue such medical certificates at least once in the year prior to the survey; 42% of the psychiatrists stating that the other parent never or only sometimes participated. The symptoms most frequently certified were behavioural disorders (46%), aggression (34%), problems in school/ADD (28%), anxiety (26%), bed-wetting (23%), depression (21%), and psychosomatic reactions (20%). Outlining the characteristics of alienated children and of alienating parents, of „natural“ and of „induced“ stress-symptoms in children after parental separation, the article provides physicians and institutions of the health system with support to prevent medical certificates being abused in child custody litigation. Some fundamental guidelines are presented as to what aspects and should be explored and which persons referred to before certificates are issued to parents, social workers or judges of family law courts.

**Keywords:** divorce – child psychiatrist – medical letters – custody – visitation rights

### Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund steigender Scheidungszahlen, des nach dem neuen Kind-schaftsrecht fortbestehenden gemeinsamen Sorgerechtes und einer unbefriedigenden Rechtsposition unehelicher Väter mehren sich Fälle, in denen Eltern versuchen, ein Kind dem anderen Elternteil zu entfremden und diesen von Umgang und

Erziehung auszugrenzen. Kinderpsychiatrische Atteste spielen in diesem „Rosenkrieg“ bei Jugendämtern, Rechtsanwälten und Familiengerichten für die betroffenen Kinder eine oft schicksalsträchtige Rolle. In einer schriftlichen Befragung von N = 133 weiterbildungsberechtigten Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rücklaufquote: 58,5%) gaben 74,4% der Befragten (n = 99) an, dass sie im Jahr vor der Befragung um entsprechende Atteste ersucht wurden. 61,6% davon (abs.: 61) bescheinigten Erkrankungen oder andere Inhalte und 42% von denjenigen, die Atteste ausstellten, gaben an, den anderen Elternteil nie oder nur manchmal in die Befunderhebung einzubeziehen. Die am häufigsten attestierten Symptome waren Verhaltensauffälligkeiten/emotionale Störungen (46%), Aggressivität/Anpassungsstörungen (34%), Schulprobleme/ADS (28%), Angst- und Unruhezustände (26%), Depression/Rückzugsverhalten (21%) sowie psychosomatische Reaktionen (20%). Anhand von Fallbeispielen und der Unterscheidung zwischen natürlichen Trennungs- und Stress-Symptomen der Kinder und solchen, welche durch Entfremdungsabsichten eines Elternteils auftreten, werden Qualitätskriterien für kinderpsychiatrische Bescheinigungen im Rahmen von Umgangs- und Sorgestreitigkeiten diskutiert.

**Schlagwörter:** Scheidung – Kinderpsychiater – Atteste – Sorgerecht – Besuchsrecht

## 1 Einleitung

Wenn Kinderpsychiater gebeten werden, einer Mutter oder seltener einem Vater ein „Attest“ über eine Erkrankung eines Kindes auszustellen oder anderweitige Sachverhalte zu „bescheinigen“, dann sind ihnen aktuelle Trennungsstreitigkeiten der Eltern oftmals nicht bekannt oder der Stellenwert einer solchen Bescheinigung im gerichtlichen Sorgerechts- und Umgangsverfahren wird leicht unterschätzt. Da die mit den eigenen Belastungen im Gefolge einer Trennung/Scheidung beschäftigten Eltern die psychische Belastung der Kinder oft weder wahrnehmen noch ihnen ausreichend Unterstützung/Zuwendung zukommen lassen können, werden die natürlichen Stress-Symptome der Kinder bei weiteren Konflikten zwischen den Eltern oftmals dahingehend umgedeutet, dass sie Resultat einer negativen Beeinflussung oder „Überforderung“ durch den Umgang mit dem anderen Elternteil darstellen. Tatsächlich werden psychische und funktionelle Reaktionen, Infekte und Schmerzzustände jedoch nicht nur durch die Trennung selbst, sondern speziell dann ausgelöst, wenn das Kind von einem Elternteil zum anderen wechseln soll und der betreuende Elternteil diesen Umgang ablehnt, z.B. da das Kind „zur Ruhe kommen“ soll (vgl. Klenner 1995). Für den mit einem Attestwunsch konfrontierten Kinderpsychiater ist es daher hilfreich, zwischen den üblicherweise zu erwartenden Symptomen und solchen Attestwünschen unterscheiden zu lernen, welche auf einer gezielten Entfremdungsabsicht und einem entsprechenden Missbrauch des Attestes im gerichtlichen Zusammenhang beruhen.

Aufgrund des Umstandes, dass das deutsche Zivil- und Strafrecht keine Regelungen enthält, welche die von Scheidung/Trennung betroffenen Kinder wirkungsvoll

davor schützen, von einem Elternteil – oft in Nacht- und Nebelaktionen – aus ihrer gewohnten Umgebung verschleppt und anschließend vom anderen Elternteil isoliert und entfremdet zu werden, konnten sich – wie in den USA – unzählige Psycho- und Sozialtechniken entwickeln, um das Kind dem anderen Elternteil abspenstig zu machen (vgl. Clawar u. Rivlin 1991), was häufig psychosomatische Reaktionen aller Art nach sich zieht.

Die Bedeutung des Themas ergibt sich auch aus dem hohen Anteil von Kindern, welche nach Trennung/Scheidung den Kontakt zum nicht betreuenden Elternteil innerhalb der ersten drei Jahre weitgehend verlieren: Er liegt je nach Studie zwischen 20% und 50% (Brown 1994). Ein erheblicher Anteil von Vätern wird dabei per Wegzug und Umgangsboykott gezielt ausgegrenzt (vgl. Klenner 1995). Bemerkenswert ist auch, dass vor dem Hintergrund eines rechtlich begründeten „Machtgefälles“ zwischen Mutter und Vater eines unehelichen Kindes wesentlich intensiver um das Umgangsrecht als um das Sorgerecht gestritten wird und die Kinder stärker unter diesen Umgangsstreitigkeiten zu leiden haben (Kunkel 1997).

Um sich das Konfliktpotential, von dem im Weiteren die Rede ist, auch mengenmäßig vorstellen zu können, zuerst einige statistische Werte: Vergegenwärtigt man sich, dass nur 6% der Ehepaare gemeinsam den Scheidungsantrag stellen, sich also gemeinsam über das Scheitern der Ehe verständigt haben und die Trennung begehren, 61% der Anträge von Frauen, jedoch nur 33% von Männern gestellt werden, so legen schon diese Zahlen nahe, dass eine friedliche Einigung über den Verbleib der Kinder eher selten sein wird. Von den 194408 Scheidungspaaaren in der Bundesrepublik im Jahr 2000 hatten 48,8% Kinder – insgesamt 148192 minderjährige Kinder waren damit von Scheidung betroffen (Stat. Bundesamt VIIb 6.12: Geschiedene Ehen). Nicht erfasst sind die Trennungen nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften und die Zahl der nicht-sorgeberechtigten Elternteile, denen bei der Scheidung das bisherige Sorgerecht auf ein Umgangsrecht begrenzt wurde oder – meist Väter – die nie sorgeberechtigt waren. Die Zahl der von Trennungen nicht-ehelicher Gemeinschaften betroffenen Kinder lässt sich nur indirekt schätzen: Von insgesamt 627917 Geburten waren im Jahr 1998 25% (n = 157117) nicht-ehelich (Stat. Bundesamt 2000, S. 71), d.h. auch, dass die Mutter in aller Regel allein sorgeberechtigt ist. Von den 2,1 Mio. nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften haben 29% Kinder (Stat. Bundesamt, Mitt. 26.05.2000).

Vor diesem Hintergrund wurde eine Befragung von weiterbildungsberechtigten Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt, welche erste Anhaltspunkte für weitere Studien zum Konfliktfeld Atteste/Bescheinigungen in Sorgerechts- und Umgangsstreitigkeiten liefern soll.

## 2 Ziel und Methode der Untersuchung

Ziel der Studie war es, einen Überblick über die Verbreitung von Attestwünschen, die attestierten Inhalte und Symptome, sowie den sozialen Kontext bei Sorgerechts- und Umgangsproblemen in der kinderpsychiatrischen Praxis zu erhalten.

## 2.1 *Sample/Durchführung*

Es wurden 227 weiterbildungsberechtigte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie angeschrieben, die überwiegend in Kliniken tätig sind. Die Adressen stammten aus den Listen von 11 Ärztekammern. Die Fragebögen wurden brieflich mit Angabe eines Rücksendeschlusses versandt, die nicht Antwortenden dann ein weiteres Mal angeschrieben. Der Rücklauf betrug  $n = 133$  auswertbare Fragebögen (58,5%), 12 weitere Schreiben enthielten einen Hinweis, dass grundsätzlich keine Atteste erstellt würden und fünf weitere Schreiben gaben andere Gründe an, den Fragebögen nicht zurückzuschicken.

## 2.2 *Das Erhebungsinstrument*

Es wurde ein einseitiger, teilstrukturierter Fragebogen mit neun Fragen verwendet. Die Fragen waren:

- Sind im Zusammenhang mit Umgangs- oder Sorgerechtsstreitigkeiten Eltern mit der Bitte um Ausstellen einer Bescheinigung an Sie herantreten (ja/nein; wenn ja – wie oft).
- Welche der folgenden Inhalte wurden (ihrer Erinnerung nach) attestiert (Art der Erkrankung/Symptome, welche bei bevorstehenden Umgangsterminen mit Vater/Mutter auftraten, welche – Empfehlung, dass ein Umgang ausgeschlossen/eingeschränkt werden sollte? Anzeichen eines vermuteten sexuellen Missbrauchs? Empfehlungen zu stationärer Behandlung oder zu kinderpsychologischer/psychiatrischer Behandlung? – jeweils: wie oft).
- Wurde bei den Attestierungen der jeweils andere Elternteil in die Befunderhebung/Anamnese einbezogen (regelmäßig/manchmal/nie – ggf: warum nicht)?
- War die Institution bekannt, der das Attest vorgelegt werden sollte?
- Anteil der Mütter/Väter/Paare, welche ein Attest wünschten (in Prozent aller erinnerten Fälle).
- eigene Fallbeispiele, die in Erinnerung geblieben sind?

## 2.3 *Auswertung*

Als statistische Kennwerte wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Mittelwerte berechnet, die Antworten auf die offenen Fragen in Kategorien zusammengefasst, welche auf den wörtlichen Antworten beruhen (attestiert Symptome; Gründe, warum der andere Elternteil ggf. nicht regelmäßig in die Befunderhebung einbezogen wurde).

*Anmerkung zur Methodik:* Da ein Durchforsten der Patientenkarteen den Befragten aufgrund des Zeitaufwandes nicht zumutbar war, wurden Schätzwerte erbeten. Diese dürften realitätsnah sein, da (1) die beschränkte durchschnittliche Zahl der Attestgesuche pro Jahr (8,5) das Gedächtnis nicht überfordert, (2) diese Fälle aufgrund der oft vorhandenen Dramatik gut erinnert werden und sich (3) tatsächliche Abweichungen statistisch sich nicht einseitig auswirken dürften.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Anzahl von Attestgesuchen

Insgesamt gaben 74,4% (n = 99) der Befragten an, im Jahr vor der Befragung im Zusammenhang mit Umgangs-/Sorgerechtsstreitigkeiten wenigstens ein Mal um die Ausstellung von Attesten gebeten worden zu sein (Spannweite: einmal bis 50-mal; Mittelwert: 8,5-mal/Jahr). Bei einer Gesamtzahl von 271 niedergelassenen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Kinder- und Jugendpsychiatern in der Bundesrepublik (Bundesarztregister der KBV, 31.12.2000) ergäbe sich für diese Berufsgruppe hochgerechnet eine Zahl von 1720 Attestgesuchen/Jahr.

#### 3.2 Geschlecht der Elternteile, welche um ein Attest nachsuchten

Von 71,4% der Befragten (n = 95) wurde die Frage beantwortet, zu welchem Prozentsatz Väter, Mütter oder beide Elternteile zusammen das Attest wünschten. Im Durchschnitt sind es in 82,2% der Fälle die Mütter, in 15,4% die Väter und in 2,3% beide Elternteile, welche um ein Attest nachsuchten.

#### 3.3 Anzahl ausgestellter Atteste/bescheinigte Erkrankungen/Inhalte

Krankheitsbezeichnungen oder andere Inhalte wurden von n = 61 der Befragten, d.h. 61,6% derjenigen, die um Atteste ersucht wurden (n = 99), tatsächlich attestiert. Insgesamt wurden 163 Eintragungen von Symptomen/Inhalten vorgenommen. Tabelle 1 gibt die Rangfolge der Häufigkeit der genannten Krankheitsbezeichnungen wieder.

Tab. 1: In kinderpsychiatrischen Attesten angeführte Inhalte/Symptome (n = 61)

Welche Inhalte wurden Ihrer Erinnerung nach attestiert? (Mehrfachnennungen möglich)	n	%
Verhaltensauffälligkeiten/emotionale Störungen/akute Belastungsreaktion/ Störung des Sozialverhaltens/Schreiattacken/Impulsdurchbrüche	28	45,9
Aggressivität/Gereiztheit/Anpassungsstörung/oppositionelles Verhalten	21	34,4
Schulprobleme, -verweigerung/Aufmerksamkeitsdefizitstörung	17	27,9
(diffuse, Trennungs-) Ängste, Unruhezustände	16	26,2
Einnässen/Einkoten	14	23,0
Depression/Rückzugsverhalten	13	21,3
Psychosomatische Reaktionen	12	19,7
Ein- und/oder Durchschlafstörungen	9	14,8
Hyperkinetische Störungen	6	9,8
Bauchschmerzen/Abdominalbeschwerden/Durchfall/Erbrechen/Übelkeit	5	8,2
Entwicklungsstörungen	5	8,2
Kopfschmerzen	4	6,6
Kind will nicht zum anderen Elternteil	2	3,3

*Je einmal wurden genannt:* Neurodermitis, Krampfanfälle, Essstörung, Selbstverletzung, geistige Behinderung, Drogengebrauch, Husten/Asthma, „emotionale Überforderung eines Kleinkindes vor dem Kindergartenalter mit wechselnden Beziehungen ohne Beisein der Mutter“, Trauerreaktionen, Müdigkeit, Erkältungskrankheiten.

### 3.4 Symptome vor Umgangsterminen

64 Befragte nahmen Eintragungen bei dieser Frage vor, d. h. 64,6% derjenigen, welche um ein Attest nachgefragt wurden (n = 99). Insgesamt wurden 183 Eintragungen von Krankheitsbezeichnungen oder anderer Inhalte vor anstehenden Umgangsterminen vorgenommen. Tabelle 2 gibt die Rangfolge der Häufigkeit der genannten Krankheitsbezeichnungen und anderen Inhalte wieder.

Tab. 2: Symptome bei bevorstehenden Umgangsterminen mit Vater/Mutter (n = 64)

Welche Symptome traten Ihrer Erinnerung nach bei bevorstehenden Umgangsterminen mit Vater/Mutter auf? (Mehrfachnennungen möglich)	n	%
Aggressivität/oppositionelles Verhalten/Gereiztheit/Anpassungsstörung	35	54,6
(diffuse, Trennungs-) Ängste, Unruhezustände	30	46,8
Einnässen/Einkoten	23	35,9
Ein- und/oder Durchschlafstörungen	20	31,3
Verhaltensauffälligkeiten/emotionale Störungen/des Sozialverhaltens/„Verweigerung, zum Vater zu gehen“, Weglaufen, Weinen/Schreien, Aufgewühltsein bzw. Verhaltensprobleme nach Besuchsterminen, Erziehungsschwierigkeiten	14	21,9
Depression/Rückzugsverhalten	11	17,2
Bauchschmerzen/Abdominalbeschwerden/Durchfall/Erbrechen/Übelkeit	10	15,6
Psychosomatische Reaktionen	8	12,5
Schulprobleme, Lernstörungen	6	9,4
(Spannungs-) Kopfschmerz	4	6,3
Hyperkinetische Störungen	3	4,7
(akute, banale, fieberhafte) Infekte	2	3,1
Essstörungen	2	3,1
Suizidales Verhalten	2	3,1

*Je einmal wurden genannt:* Sexueller Missbrauch, Zwangshandlungen, „Ernährungsstörung wegen angeblich vernachlässigter Sorgfalt des getrennt lebenden Elternteils“.

### 3.5 Weitere Inhalte/Empfehlungen von Attesten

Bezogen auf diejenigen Kinderpsychiatern, welche um ein Attest gefragt wurden (n = 99), wurde eine Empfehlung zur *Einschränkung des Umgangs* mit dem anderen Elternteil wenigstens einmal von 54,5% (n = 54; Mittelwert: 3,1-mal/Jahr) der Befragten gegeben. Hochgerechnet auf die 271 an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Kinder- und Jugendpsychiatern in Deutschland ergäbe dies eine Anzahl von 626 Empfehlungen zur Umgangsbeschränkung.

Zu *stationärer Behandlung* wurde von 28,2% (n = 28; Mittelwert: 2,1-mal/Jahr) und zu *kinderpsychiatrischer/psychologischer Behandlung* von 67,6% (n = 67; Mittelwert: 5,7-mal/Jahr) eine Empfehlung gegeben. *Anzeichen eines sexuellen Missbrauchs* wurden von 43,4% (n = 43; Mittelwert: 2-mal/Jahr) wenigstens ein Mal attestiert.

### 3.6 Bekanntheit der Adressaten

83,8% von denjenigen Kinderpsychiatern, die um ein Attest gefragt wurden (n = 99), gaben an, dass ihnen die Institution, der das Attest vorgelegt werden sollte *regelmäßig* bekannt war, bei 8% war dies nur *manchmal* der Fall.

### 3.7 Einbeziehung des anderen Elternteils in die Befunderhebung/Anamnese

Der andere Elternteil wurde von 46,4% (n = 46) derjenigen Befragten, die um ein Attest angefragt wurden (n = 99), *nie* oder nur *manchmal* in die Befunderhebung mit einbezogen. Die angegebenen Gründe wurden in sieben Gruppen eingeteilt (Tab. 3).

Tab. 3: Gründe für Nicht-Einbeziehen des anderen Elternteils (n = 46)

Wenn „manchmal/nie“ angekreuzt, warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)	n	%
1. mangelnde Bereitschaft, fehlende Kooperation, kein Interesse, Ablehnung der Zusammenarbeit/Behandlung/Psychiatrie, Verweigerung	22	47,8
2. anderer Elternteil nicht erreichbar, wohnt zu weit entfernt, kein Kontakt	8	17,4
3. Angebot wurde nicht angenommen, ist nicht erschienen	8	17,4
4. der in die Praxis kommende Elternteil (oder das Kind) lehnen das ab	7	15,2
5. massive Konflikte zwischen den Eltern	3	6,5
6. Versuch gescheitert bzw. unvollkommen, weil Elternteil „zugedröhnt“ mit Alkohol/Drogen, Alkoholkrankheit, Debilität	2	4,3
7. Gutachten erstelle ich nur im Auftrag von Gerichten	2	4,3

*Je einmal wurden genannt:* „Anderer Elternteil kann manchmal nicht, ist verhindert“; „weil wir meist nicht (direkt) zum Umgangskonflikt Partei ergreifen“; „um den Beziehungsaufbau zwischen Mutter, Kind und mir zu schützen“; „Elternteile stellen Kinder meist nur einmal zur Diagnostik vor und werden dann an Erziehungsberatungsstellen empfohlen“; „Einbeziehung des jeweils anderen Elternteils nur dann, wenn beide Elternteile (noch) erziehungsberechtigt waren bzw. noch kein Scheidungsurteil vorlag“.

Gruppe 1 umfasst jene Fälle, wo der andere Elternteil kein Interesse zeigt, in Gruppe 2 sind jene Fälle, in denen der Arzt Kontaktversuche unternahm, jedoch erfolglos blieb, in Gruppe 3 jene, welche das Angebot ablehnten.

### 3.8 Typische Formulierungen bei Attestwünschen

Auf 67,6% (n = 90) aller Fragebögen und von 90,9% derjenigen, welche Symptome/Inhalte attestierten (n = 99), wurde die Frage nach typischen Formulierungen bei

Attestwünschen beantwortet. Die Antworten wurden nach Sinngehalt gruppiert und in Rangfolge der Häufigkeit gebracht (Tab. 4).

Tab. 4: Typische Formulierungen bei Attestwünschen (n = 90)

Kennen Sie typische Formulierungen, welche Elternteile bei Attestwünschen vorbringen? (Mehrfachnennungen möglich)	n	%
1. Verhaltensauffälligkeiten, Symptom tritt (verstärkt) vor und/oder nach Besuchskontakt auf, nach Besuchskontakten ist das Kind problematisch („durch den Wind“), kommt nicht zur Ruhe	32	35,6
2. Der andere Elternteil schade dem Kind, kümmert sich zu wenig/gar nicht/ nicht kindgemäß um das Kind (zu viel TV/PC), behandelt es falsch, schiebt das Kind zu den Großeltern ab, Vernachlässigung, Verwöhnung	26	28,9
3. Der andere Elternteil hetzt das Kind gegen mich auf, macht mich schlecht, untergräbt meine Erziehung, ich will das gegenseitige Ausspielen beenden, es geht nur um Macht und Recht bekommen	15	16,7
4. Vorwürfe gegenüber dem anderen Elternteil, anderer Elternteil hält sich nicht an Vereinbarungen, ist unzuverlässig	10	11,2
5. Sexueller und psychischer Missbrauch, Misshandlung	7	7,8
6. Ursachen für die Symptome der Kinder	7	7,8
7. Umgangs-, Sorge-, Kontaktverbot, Besuchsrecht klären oder ändern	6	6,7
8. „Höre ich mir nicht an“, „komme Attestwünschen eines Elternteils nicht nach“, Attestwünsche werden nicht an uns gerichtet, „lasse mir nichts vorformulieren“	5	5,6
9. neue Partnerschaft des anderen Elternteils, Kind soll neue Partner zu schnell akzeptieren, zu große Belastung im neuen Umfeld des anderen Elternteils	4	4,4
10. Das Kind will gar nicht mehr zum Vater/zur Mutter, hat Angst	4	4,4

*Je zweimal wurden genannt:* „Ich will nur das Beste, mache mir Sorgen um mein Kind“; „Kind und Vater/Mutter sollen zur Ruhe kommen, Kind braucht Abstand“; Schuldzuweisungen; „Anderer Elternteil hat Alkohol-/Drogenprobleme“; „Mein Rechtsanwalt hat mir empfohlen, dafür (d. h. zu dem jeweiligen Anliegen) eine ärztliche Bescheinigung zu erbringen“; Feindseligkeit, Zerreißprobe, Verunsicherung.

*Je einmal wurden genannt:* „Suggestive Pseudowünsche“; „mein Ex-Partner will mich nur treffen, hat kein eigentliches Interesse am Kind“; „Erregung von Mitleid (Vater hat nichts zu Essen, weil die Mama zu viel Geld will)“; „Bitte bescheinigen Sie, dass der häufige Umgang des Kindes mit meinem Ex-Mann nicht gut für das Kind ist, weil ...“; „sexuelle Auffälligkeiten nach Besuch beim Vater“; „Kind wird in den Streit mit einbezogen“.

### 3.9 Gründe bei Attestverweigerung

Auf 37,5% aller Fragebögen (n = 50) fanden sich Vermerke, dass keine Atteste ausgestellt werden. Die Vermerke lassen sich in vier Gruppen fassen:

- Es werden keine Parteigutachten ausgestellt, sondern nur im Auftrag des Familiengerichtes, für das Jugendamt etc. (n = 19).

- Derartige Atteste werden grundsätzlich nicht ausgestellt („das wäre ja mitagieren“) (n = 15).
- Es werden keine Atteste ausgestellt, sondern versucht, mit *beiden* Eltern ins Gespräch zu kommen (n = 8).
- Es werden keine Atteste ausgestellt (n = 7).

Auf einem Fragebogen war notiert, dass Attestwünsche dann verweigert werden, wenn dieses Ansinnen den einzigen Grund für eine Konsultation darstellt. Weitere Erläuterungen:

- „Grundsätzlich versuche ich ein Verständnis für die Symptomatik des Kindes zu erarbeiten. Möglichst unter Einbezug beider Elternteile. Bei schwerwiegenden Vorwürfen wie sexueller Missbrauch Versuch einer diagnostischen Abklärung, die nur selten wirklich eindeutig ist. Einschalten des Jugendamtes mit der Bitte um begleitete Besuchskontakte. Sollten Eltern weiter auf einem Attest bestehen, kann ich ihnen keine weiteren Hilfe anbieten.“
- „In Scheidungsauseinandersetzungen beziehe ich immer beide Elternteile in die Beratung ein und bestehe darauf, den therapeutischen Kontakt von gutachterlichen bzw. Attest-Fragestellungen abzugrenzen, da m. E. ansonsten Therapie nicht möglich ist (Eltern wären dumm, offen zu sprechen, wenn sie nicht sicher sein könnten, dass ihre Aussagen nicht gerichtlich verwendet würden).“
- „Ich stelle solche Atteste grundsätzlich nicht aus, sondern versuche so ein Begehren zum Anlass zu nehmen, den Hintergrund zu erfragen und mit dem anderen Elternteil bzw. beiden ins Gespräch zu kommen. Stellungnahmen werden nur auf richterliche Aufforderung verfasst, da ansonsten solche Atteste eher geeignet sind, die Situation zu verschärfen. In einem Fall wurde die gegnerische Seite gebeten, von einer Anordnung zur einstweiligen Verfügung einer Herausgabe im Sinne des Kindes Abstand zu nehmen.“
- „In meiner Praxis werden Attestwünsche (rigoros) verweigert durch folgende Hinweise. 1. Erklärung über Parteigutachten und ihren ‚Unwert‘ vor Gericht. 2. Hohe Erstellungskosten von DM 3000-4000 (zur Abschreckung). 3. Notwendigkeit, mit dem anderen Elternteil Kontakt aufnehmen zu müssen. 4. Hinweis auf Rechtsweg, Familiengericht, Jugendamt, auf unabhängiges Sachverständigengutachten. Auf diese Weise hat dann niemand mehr auf der Erstellung eines Attestes bestanden!“
- „Gespräch miteinander empfohlen, Beratung zusammen mit getrenntem Elternteil angeboten! Nie wieder erschienen!“
- „Derartige Atteste werden von mir verweigert, da ich sie weder aus Sicht des Kindes, noch aus juristischer Sicht für sinnvoll halte. Ggf. wäre die Umgangsregelung durch ein Gutachten für ein Gericht und nicht durch ein Attest zu klären.“
- „...darauf bestehe, beide beteiligten Seiten zu sehen, falls irgendwie möglich, so dass sich die Ausstellung eines Attestes im Laufe der Arbeit fast immer erübrigt.“

### 3.10 Fallbeispiele von Attestwünschen

Zur Frage nach „Fallbeispielen, die in Erinnerung geblieben sind“ wurden zahlreiche, teils ausführliche Schilderungen gegeben:

- „6-jähriges Mädchen weigert sich, zum Vater zu gehen, entwickelt Panikattacken; Vater besteht auf Besuchen; Mutter wollte Attest zur Vorlage bei Rechtsanwalt. Spieltherapie und intensive Elternarbeit mit Schaffung der Akzeptanz beim Vater und langsamer Steigerung der Anforderung beim Kind einschließlich vertrauensbildender Maßnahmen führte zur Normalisierung.“
- „Problem, dass seitens der Mutter auch bei sehr jungen und damit von vorneherein nicht aussagetüchtigen Kindern (unter 3 Jahren) ‚sex. Missbrauch‘ durch den Vater vermutet/behauptet wird, der sich nicht belegen lässt, wo aber seitens der Mutter immer wieder neue Untersuchungen gefordert werden.“
- Typische *Anliegen des Elternteils*, von dem das Kind zu einer stationären Behandlung gebracht bzw. in der Institutsambulanz vorgestellt wurde: „Mein Rechtsanwalt hat mir empfohlen, dafür (jeweiliges Anliegen) eine ärztliche Bescheinigung zu erbringen“; „Zweimal wollten Mütter dem Vater, der regelmäßig seinen Unterhaltsverpflichtungen nachkam, das Umgangsrecht mit seinem Kind verweigern. In einem Fall wurde mit Einverständnis der Mutter das Jugendamt informiert“; „Zweimal wurden Kinder von ihrer Mutter in der Institutsambulanz vorgestellt, weil sich ihre Verhaltensauffälligkeiten, nach (Wochenend-) Kontakten mit dem Vater verstärkt hätten. Die ärztlich-psychologische Untersuchung sollte nachweisen, dass der weitere Umgang mit dem Vater für das Kind ungünstig sei“; „Einmal erklärten die Eltern des Vaters (im Beisein des Vaters), dass das Kind bei ihnen viel besser aufwachse (gepflegtes Haus, Garten) als bei der (berufstätigen) Mutter. Später kam es zu einem gemeinsamen Gespräch mit beiden Eltern (ohne Großeltern). Im weiteren Verlauf bestätigten sich die ‚Kreide-Kreis-Situationen‘ und die Abhängigkeit des Vaters von seinen Eltern.“
- „Der Wunsch nach einem Attest wurde oft zurückgewiesen, stattdessen fand eine ausführliche Diagnostik statt mit der Erstellung eines Arztbriefes und eine Auswertung mit den Eltern ... Eine Relativierung sowohl der Symptomatik des Kindes wie auch der Vorwürfe der Eltern untereinander konnten oft erlebt werden.“

## 4 Diskussion

Die Befragung ergab, dass dreiviertel der Kinderpsychiater im Jahr vor der Befragung mit Attestwünschen im Zusammenhang von Umgangs- und Sorgestreitigkeiten konfrontiert waren, die attestierten Symptome überwiegend psychoreaktiver Natur sind, 55% der Befragten wenigstens einmal eine Umgangseinschränkung empfahlen und 46% der Befragten den jeweils anderen Elternteil nicht oder nur manchmal in die Befunderhebung bei Attestwunsch einbeziehen.

Um die eingangs aufgeworfene Bewertungsproblematik bei Attestwünschen handhabbar zu machen, werden zunächst im Gefolge von Trennung/Scheidung natürlicherweise auftretende Symptome erörtert und anschließend Verhaltensweisen eines Kindes, wenn Entfremdungsabsichten vorliegen, welche mit einer entsprechenden „Bescheinigung“ verschiedener Symptome des Kindes oder von Verhaltensweisen eines Elternteils befördert werden sollen.

#### 4.1 Stadium und typische Konfliktlage des Trennungsprozesses

(nach Schmitt 1991, S. 22ff.)

- In der *Ambivalenzphase* wächst bei zunehmender Konflikthaftigkeit die Tendenz, den Partner für die schwindende Beziehungsqualität verantwortlich zu machen, anzugreifen, zu verletzen. Für das Kind führt diese sich ggf. über Jahre hinziehende Phase zu wachsendem Unsicherheitsgefühl und Angst vor Verlassenwerden. Andererseits wird das Kind in Koalitionen zwischen Kindern und Elternteilen eingebunden, es kann zur emotionalen Stütze, zum temporären „Ersatzpartner, Kummerkasten, Geheimnisträger oder Vermittler“ werden.
- In der *Trennungs- und Scheidungsphase*, die bis zum Scheidungsurteil reicht, ist das Ausmaß des Stresses abhängig vom Fehlen oder Vorhandensein eines sozialen Unterstützungssystems. Gelingt keine Neudefinition der Eltern- und Partnerrolle, dann gehen die Auseinandersetzungen über die Distanz weiter. Wird dem Kind keine eigene Mitwirkungsmöglichkeit beim Kontakt zum anderen Elternteil gegeben, wird dieser idealisiert und glorifiziert, ggf. kommt es zu Ausgrenzungsbestrebungen mit der Folge eines „elterlichen Entfremdungssyndroms“ beim Kind.
- In der *Nachscheidungs- oder Trennungsphase* kommt es zu Desillusionierung über die vorgestellten Erleichterungen und Vorteile der Trennung. Für beide Eltern bestehen nun massive Belastungen: Wohnungs- und finanzielle Probleme, Aufspaltung des Bekanntenkreises, Angst vor Alleinsein und Verlust des Kindes, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, Beantwortung von Anwalts- und Gerichtsschreiben, Wegfall supportiver Leistungen des Partners etc. (Kunkel 1997, S. 25). Für das Kind sind nun Abwertungen des anderen Elternteils („Du bist genau wie dein Vater“) schädlich, da es seine Identität und sein Selbstwertgefühl untergraben. Wenn es jetzt nach Besuchen beim anderen Elternteil „verändert oder verstört wirkt ... ist es vor allem das Wiederbewusstwerden der Trennungssituation, das diese Verstörtheit bewirkt; denn das Wiedersehen des einen bedeutet auch gleichzeitig Abschied vom anderen“. Oft muss das Kind eine Front durchqueren, „eine Brücke schaffen zwischen zwei feindlichen Lagern“, auf beiden Seiten ist es nun den negativen Gefühlen der Eltern füreinander ausgeliefert (Schmitt 1991, S. 33).

Die Symptombelastungen (Marburger Verhaltensliste) sind phasenabhängig: Schmidt-Denter (1997, S. 59) fand zum Trennungszeitpunkt 54% „verhaltensauffällige Kinder“, 15 Monate später 40% und weitere 15 Monate später noch 30%. Der Typ der Hochbelasteten, welche keine Symptomabnahme zeigen, lag bei 48%, die sog. Belastungsbewältiger bei 34% und die gering Belasteten (symptomfreien) bei 18%. Die Störungen beziehen sich auf emotionale Labilität, Kontaktangst, unrealistisches Selbstkonzept, unangepasstes Sozialverhalten und instabiles Leistungsverhalten. Die Symptombelastung erwies sich bei Jungen und Mädchen gleich, sie ist im Vor- und Grundschulalter am intensivsten, wenn die Kinder die familiären Spannungen zwar registrieren, aber weder verstehen noch verarbeiten können und dazu neigen, sich selbst die Schuld zu geben. Mädchen binden sich in der Trennungszeit stärker an die Mütter als dies Jungen tun, – die gleichgeschlechtlichen Bindungen werden verstärkt. Während die Eltern ihre sozialen Bezugsgruppen ändern, bleibt die alte Kernfamilie in der Vorstellung der Kinder bestehen, sie möchten

beide Eltern wieder zusammen sehen. Neue Partner werden entsprechend nur sehr zögernd akzeptiert.

Häufigste *Symptome*, die bei Kindern nach Scheidung zum Aufsuchen von Ärzten und Kinderpsychiatern führen, sind nach Figdor (1997, S. 60) Einnässen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Diebstähle, Disziplinprobleme, Leistungsabfall in der Schule, verstärkte Abhängigkeit und/oder sozialer und emotionaler Rückzug; Magen- und Kopfschmerzen, „bei fast allen Kindern ist ein deutlicher Anstieg des Aggressionspotentials zu bemerken, das sich in Form von Ärger und Wut an einem oder beiden Elternteilen oder auch an anderen Kindern entläd.“ Funktion solcher Symptome mag es auch sein, dass sich die Eltern in der Sorge um das Kind wieder verständigen, da die meisten Kinder eine Wiederversöhnung herbeiführen wollten.

#### 4.2 Alters- und geschlechtsabhängige Reaktionen auf Trennung (nach Fthenakis 1995)

- *Von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr*: „Nachtangst“, Einschlafschwierigkeiten, Aufwachen in der Nacht mit Desorientierung, Hilferufen; bei institutioneller Betreuung schlechter Qualität auch generelle Retardierung im sprachlichen Bereich, vermindertes Interesse an Spielzeug, sozialen Kontakten.
- *Zweites und drittes Lebensjahr*: Regressionen, Rückschritte in der Sauberkeitserziehung, Puppen als Ersatzobjekte; Irritierbarkeit, Weinen; allgemeine Angstzustände, gesteigerte Aggressivität und Trotz, vermehrtes Verlangen nach Körperkontakt in Verbindung mit schneller Hinwendung zu Fremden.
- *Drittes bis fünftes Lebensjahr*: aggressiv-destruktives Verhalten, vermindertes Selbstwertgefühl, Weinerlichkeit, Hilfsbedürftigkeit, Einsamkeit, Selbstbeschuldigungen wegen des Auseinanderbrechens der Familie. Bei Jungen: heftigere, unmittelbare Reaktionen; bei Mädchen: Angst- und Rückzugsverhalten, Depression, „pseudoerwachsen“, auch gehemmtes und rechthaberisches Verhalten.
- *Fünftes bis sechstes Lebensjahr*: Ängstlichkeit, Ruhelosigkeit, Wutanfälle, zwanghaftes Essen, abhängiges Verhalten. Irritierbarkeit und Weinen.
- *Siebtes und achttes Lebensjahr*: Anhaltende Trauer als Reaktion auf Trennung, gefolgt von Resignation; Auflösung der Familie wird als Existenzbedrohung erlebt; Beeinträchtigung der schulischen Leistung, Loyalitätskonflikte, Wunsch nach Wiedervereinigung der Familie.
- *Neuntes bis dreizehntes Lebensjahr*: Psychosomatische Störungen, Pseudoreife, intensiver Zorn auf den Elternteil, der als Initiator der Scheidung angesehen wird, Identitätsprobleme, Gefühl von Einsamkeit und Ohnmacht.
- *Vierzehntes bis neunzehntes Lebensjahr*: Zorn, Trauer, Schmerz; Gefühl, verlassen und betrogen worden zu sein; abrupte und destruktive Lösung vom Elternhaus, Vermeidung von Kontakten mit den Eltern, Zweifel an der Fähigkeit, eine positive Partnerbeziehung eingehen zu können.

Bei denjenigen Kinder, welche keine Reaktionen zeigen, sondern „ruhiger und braver werden“, handelte es sich um „Kinder mit einer neurotischen Anpassung ... häufig verbunden mit deutlichen Anzeichen einer künftigen depressiven Entwicklung“ (Figdor 1997, S. 65). Grundsätzlich seien die Scheidungssymptome keine

neurotischen Zeichen, wenn man den Kindern erlaube, ihre Wut angstfrei auszudrücken und ihre Ängste anzunehmen. Figdor (1997) betont, bei seinen Untersuchungen sei man keinem Kind begegnet, das „durch den Weggang des Vaters sich ausschließlich befreit fühlt und der Trennung auch keine größere Konfliktbelastung zur Mutter folgt.“

#### 4.3 *Symptome bei Entfremdungsanliegen des betreuenden Elternteils* (nach Gardner 1998)

Bei Kindern, die gezielt vom Umgang mit dem anderen Elternteil ausgegrenzt werden sollen, finden sich acht Merkmale, deren Kenntnis die Einschätzung erleichtert, ob das Attest ggf. missbräuchlich im „Kampf ums Kind“ verwendet werden soll – insbesondere dann, wenn dem Arzt die Familienverhältnisse wenig bekannt sind:

- Eine *Abwertungs- oder Verleumdungskampagne* (campaign of denigration): Der andere Elternteil wird herabgesetzt, entwürdigt, die Argumente klingen wie eine zwanghaft vorgetragene Litanei, wobei das Kind auch von selbst „unglaubliche“ Dinge hinzufügt. Die Ablehnungskampagne äußert sich auch darin, dass die Kinder z.B. Geschenke wieder zurück ins Haus des an deren Elternteils bringen, so als ob sie verunreinigend wären.
- *Schwache, absurde oder lächerliche Rationalisierungen für die Abwertungen* (weak, absurd, or frivolous rationalizations for the deprecation): Es handelt sich hier um triviale Inhalte, die ein Kind normalerweise schnell vergisst (z. B.: „Er sprach immer sehr laut und sagte, ich sollte meine Zähne putzen“ – „Sie hat immer zu mir gesagt ‚unterbrich mich nicht‘“). Die Kinder können darüber hinaus meist keine Gründe für ihre ablehnende Aussage angeben („Ich werde immer krank beim Papa“ – erzählt dann, wie schön es dort ist). Es werden Begriffe verwendet, deren Bedeutung das Kind bei Nachfragen nicht kennt.
- *Fehlen von Ambivalenz* (lack of ambivalence): Es besteht eine „gespaltene Welt“, beim betreuenden Elternteil ist „alles gut“, beim anderen „alles schlecht“. Auf die Testfrage: „Was findest du gut bei X“ antwortet das Kind: „Nichts“; auf die zweite Testfrage: „Was findest du gut bei Y?“ antwortet es: „Alles!“
- Das *„unabhängige Denker-Phänomen“* (The „independent thinker“ phenomenon): Die Kinder betonen, den anderen Elternteil nicht sehen zu wollen, sei „ihr Wille“ („das ist meine Entscheidung, niemand hat mich beeinflusst“). Der betreuende Elternteil äußert z. B. stereotyp: „Wenn er/sie will, kann er/sie selbstverständlich zu X.“
- *Reflexartige Unterstützung des entfremdenden Elternteils im Konflikt* (reflexive support of the alienating parent in the parental conflict): Kinder äußern in Familiengesprächen reflexartig ihre Unterstützung für den entfremdenden Elternteil, z. B. sagt eine Mutter: „Wir bekommen überhaupt kein Geld von ihm.“ Wenn dann Schecks und Überweisungsbelege vorgelegt werden, antwortet z. B. das Kind: „Das ist alles gefälscht.“
- *Fehlen von Schuldgefühlen wegen Grausamkeit oder Ausbeutung* (absence of guilt over cruelty to and/or exploitation of the alienated parent): Gefühle der Dankbarkeit für Geschenke oder andere Liebesbeweise fehlen. Der Vater solle nur alles

zahlen, aber man wolle ihn nicht sehen, „das ist eine gerechte Strafe für ihn“ (Gardner 1998, S. 100).

- *Geborgte Szenarien* (borrowed scenarios): Diese Aussagen der Kinder werden oft mit nicht kindgemäßer Sprache vorgetragen. Wenn der Vater anruft, sagt die Mutter: „Stör’ uns nicht“ und legt auf. Das Kind äußert dann auf die Frage, warum es nicht zum Vater will: „Er stört uns immer.“ Oder: „Ich habe immer schlechte Träume, wenn ich beim Papa war.“ Auf die Frage, welche Träume das waren: „Ich weiß nicht, meine Mutter sagt, dass ich sie habe.“ Die Sprache ist nicht kindgemäß, wenn z.B. ein 6-Jähriger über den Vater sagt: „Er hat diesen Machtkomplex.“ Oder: „Du bist nur der Samenspender!“ Oder: „Er ist nicht sicherheitsbewusst.“ Eine 4-Jährige sagt: „Er hat mich penetriert.“ Was penetrieren bedeute? „Das weiß ich nicht.“
- *Erweiterung der Feindseligkeit auf Freunde und Familienmitglieder des anderen Elternteils* (Spread of the animosity to the friends and/or extended family of the alienated parent): Familienmitglieder des ausgegrenzten Elternteils, mit denen das Kind zuvor gute Beziehungen hatte (Cousinen, Onkel, Großeltern) werden in die Ablehnung einbezogen, Geschenke werden zurückgewiesen, bei Anrufen hängt das Kind mit Abwertungen auf.

Wie Gardner (1998) aufweist, findet sich dieses Reaktionsbündel, welches zusammen genommen das *Parental Alienation Syndrom* (PAS) bildet, nicht bei Kindern, die tatsächlich schwerwiegende Gründe haben, einen Elternteil abzulehnen (z.B. Misshandlungen, Vernachlässigung, Missbrauch). Kritische Einwände zum PAS-Konzept von Fegert (2001) sowie Stadler und Salzgeber (1999) greifen insofern wenig, da zwischen dem Phänomen „elterlicher Entfremdung“ und dem „Entfremdungssyndrom“ nicht ausreichend unterschieden wird. In Abgrenzung zu den häufigen *Loyalitätskonflikten*, die Kinder in Trennungsprozessen zeigen, treten die Merkmale des Entfremdungssyndroms zudem meist erst dann auf, wenn Scheidungsstreitigkeiten in Sorgerechtsstreitigkeiten übergehen oder wenn sich eine „neue Familie“ bildet und der andere Elternteil endgültig ausgegrenzt werden soll (vgl. Warshak 2000). Im Gegensatz zu Autoren, die auch „andere“, vornehmlich psychodynamische Gründe, für die Ablehnung von Besuchskontakten durch ein Kind vortragen, offenbart die gutachterliche Familienuntersuchung des gesamten Trennungsprozesses bei PAS-Fällen regelmäßig ein massiv entfremdendes Verhalten jenes Elternteils, der aktiv bestrebt ist, den Umgang zu unterbinden oder zu erschweren. Raffinierte Entfremdungsstrategien und Umgangsbeeinträchtigungen sind keinesfalls selten, wie von Fegert (2001) angenommen, sie bilden in den Begutachtungsfällen eher die Regel. Zur Häufigkeit liegen für Deutschland noch keine Untersuchungen vor, in den USA sind es bei hochstreitigen Scheidungen 30–45% der Kinder zwischen 7 und 14 Jahren, welche sich gegen einen Elternteil wandten, ohne dass dafür Gründe im Verhalten dieses Elternteils feststellbar waren (Johnston u. Campbell 1988; Lampel 1986, 1996).

Aufgrund der Komplexität der angewandten Entfremdungsmethoden, des Mitagierens zahlreicher Institutionen und der spezifischen Persönlichkeitsstruktur der Elternteile (vgl. Andritzky 2002) greifen die im Zusammenhang mit PAS verwendeten Begriffe „Gehirnwäsche“ und „Programmieren“ allerdings zu kurz.

Nach Felder und Hausheer (1993) ist PAS auch vom „Besuchsrechtssyndrom“ zu unterscheiden: Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter zeigen sich *vor* Besuchen beim nicht-betreuenden Elternteil fahrig, gereizt und unwillig hinsichtlich des bevorstehenden Umgangs und/oder klagen über Bauchschmerzen. Die Besuchszeit selbst verläuft nach kurzer Eingewöhnung ohne Konflikte und freudig, das Kind will vom betreuenden Elternteil nichts erzählen und dort auch nicht anrufen. *Vor* der Rückgabe wird das Kind weinerlich und unwillig, zum betreuenden Elternteil zurückzukehren, *nach* den Besuchen verhält es sich einige Tage lang überdreht, verschlossen oder mürrisch, will von den Besuchen selbst nichts erzählen bis es schließlich wieder „normal“ wird. Beide Eltern ziehen aus diesem Muster entgegengesetzte Schlussfolgerungen: Die Mutter sieht keinen Nutzen der Besuche, eher Schaden, das Kind werde gequält, nur um den Rechtsanspruch des Besuchsvaters zu erfüllen, die Besuche sollten deshalb eher eingestellt werden. Der Vater fragt sich dagegen, ob das Kind bei der Mutter gut aufgehoben sei, da es in so erbärmlichem Zustand zu ihm komme und ungern wieder zur Mutter zurückkehre, – die Besuche sollten ausgeweitet werden, damit sich das Kind beim Vater „erholen“ könne.

Diesem Syndrom liegen im Gegensatz zu PAS keine Entfremdungsabsichten zugrunde, seine Ursachen können in Trennungsängsten, Loyalitätskonflikten, einem Autonomieproblem, fehlender Objekt Konstanz beim Kind, auf Elternebene in Kränkungen, sozialer Isolation oder in Problemen mit einem neuen Partner liegen.

#### 4.4 Zum Umgang mit Eltern mit „Attestwunsch“

Exemplarisch für die involvierten Gesundheitsberufe beschrieb bereits im Jahr 1932 der Psychoanalytiker Aichhorn (1974, S. 28) den „Kampf ums Kind“ und das geeignete Verhalten des „Erziehungsberaters“: „Der Erziehungsberater wird oft um Vermittlung ersucht, wenn in unglücklichen Ehen, bei in Scheidung begriffenen oder geschiedenen Eltern jeder Elternteil das Kind für sich beansprucht. Erkennt der Erziehungsberater nicht, dass der manchmal mit größter Brutalität und Rücksichtslosigkeit geführte Kampf ums Kind nur bezweckt, den anderen Elternteil schwer zu treffen, so wird sein Eingreifen erfolglos verlaufen. Durchschaut er aber die Situation sofort, so wird es zu einer vergeblichen Arbeit nicht kommen. Er legt von Anfang an seinen Standpunkt als Anwalt des Kindes den Eltern gegenüber fest. Diese lehnen ihn dann entweder sofort ab oder fügen sich, und er kann das für das Kind Notwendige veranlassen.“

Auf eine ebenso treffende Formel brachte Dolto (1996, S. 52) das Ansinnen auf ärztliche Atteste im Sorge- und Umgangsstreit, wenn sie schreibt: „Ein Arzt, der ein Attest ausstellen soll, hat die denkbar beste Gelegenheit, dies nicht zu tun, sondern stattdessen mit dem Kind darüber zu sprechen, was sein Symptome ausdrücken sollen. Er könnte aber auch ein Attest ganz anderer Art ausstellen: „... Hiermit bescheinige ich, dass das Kind mir erzählt, dass es sehr aufgeregt ist, wenn es seinen Vater sieht, und dass ihm das den Magen umdreht ... Es erbricht aber nicht etwa, weil es einen Vater nicht lieb hat, sondern, weil es völlig durcheinander ist, wenn es ihn nach so langer Zeit wieder sieht.“

Die Reaktionen entstünden vor allem dann, wenn „die Mutter die Beziehung des Kindes zu ihrem Exgatten auf eine Weise arrangiert, die dem Kind den Übergang vom einen zum anderen erschwert, wodurch es zu Störungen im vegetativen System des Kindes kommt. Es gerät innerlich durcheinander, wenn die Mutter ihm den Vater als gleichgültig oder gar gefährlich schildert ...“ Das Kind würde dieselben Symptome zeigen, wenn es beim Vater lebte und die Mutter nur selten sähe, „denn dieses Phänomen ist von der Situation abhängig, nicht von den beteiligten Personen“. Grundsätzlich wäre es zur Vorbeugung gegenüber dem Missbrauch von Bescheinigungen empfehlenswert, sich jeweils den Hintergrund und Verwendungszweck eines Attestes eingehend erläutern zu lassen.

#### 4.5 Qualitätsmerkmale für Bescheinigungen/Atteste

Im Sinne einer *Qualitätskontrolle* scheint es angesichts der skizzierten Problemlage ratsam:

- sich über den situativen Zusammenhang (z.B. Scheidung, Trennung, Sorge-, Umgangsstreitigkeiten) einer Erkrankung zu informieren,
- sich den Zweck gewünschter Bescheinigungen eingehend erläutern zu lassen,
- sie ggf. ausschließlich „zur Vorlage bei ...“ auszustellen, um eine anderweitige missbräuchliche Verwendung zu vermeiden,
- das Kind auch allein zu befragen, die acht Merkmale des Entfremdungssyndroms zu prüfen,
- zwecks Diagnostik auf Einbeziehung des anderen Elternteils zu bestehen. Dies gehört zur Sorgfaltspflicht. In einem Attest heißt es z.B.: „Die Einbeziehung des leiblichen Vaters war aus ärztlicher Sicht nicht dringend notwendig, sofern er ein informelles Arztgespräch wünscht, müsste er sich zunächst mit der erziehungsberechtigten Mutter verständigen.“ Grundsätzlich ist aus psycho- und gruppendynamischer Perspektive die Einbeziehung beider Elternteile zur Diagnostik trennungsbedingter Stress-Symptome unerlässlich. Wenn dies nicht möglich ist, sollte ein Attest nicht ausgestellt werden – es sei denn, auf familiengerichtliche Anforderung hin;
- nicht selbst erhobene Sachverhalte („nach Angabe der Mutter/ des Vaters“) sollten grundsätzlich nicht bescheinigt werden;
- da der Arzt gern gewechselt wird bis jemand sich bereit findet, das Attest auszustellen oder da dem bisher Behandelnden auch der andere Elternteil bekannt war, könnte mit dem vorbehandelnden Kollegen Kontakt gesucht werden,
- zu vermerken, dass keine Kausalverknüpfung der Symptome mit fehlerhaftem Verhalten des anderen Elternteils möglich ist (sofern dies im Einzelfall nicht ausnahmsweise nachweisbar ist),
- für die „nicht erreichbaren“ Elternteile ein standardisiertes Anschreiben parat zu haben, eventuell mit vorformulierten Fragen betreffend der jeweils vom betreuenden Elternteil vorgetragenen Problematik,
- im Zweifelsfall darauf zu verweisen, seitens des Gerichtes ein Sachverständigen-gutachten zu beantragen, welches den komplexen Bedingungsbeziehungen kindlicher Gesundheitsstörungen bei Sorge- und Umgangsstreitigkeiten detailliert nachgehen kann;

- in einem im Wartezimmer ausliegenden *Merkblatt* für Eltern auf die zu erwartenden natürlichen Trennungssymptome bei Kindern hinzuweisen und darauf aufmerksam zu machen, dass Atteste nur nach Rücksprache mit dem anderen Elternteil ausgestellt werden.

Erinnert sei an den in der Presse dokumentierten Fall einer Hausärztin, die eine Patientin auf Anraten einer Ex-Ehefrau unwissentlich „ausgehört“ und ein „Privatgutachten“ erstellt hatte, das bei Gericht zum Verlust des Sorgerechtes führte. Die neue Freundin des Vaters war darin negativ beschrieben worden, es folgte eine Geldstrafe von DM 3.000 und seitens des Berufsgeschichtes Ärzte (Az BG-Ä 2/02) und eine Buße von € 5.000 (Süddeutsche Zeitung vom 24.05.2002, S. 34). Atteste ohne sorgfältige Befunderhebung können ggf. auch den Tatbestand des § 278 StGB „Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse“ erfüllen.

Wachsende Kompetenz auf diesem Sektor wird künftig dazu beitragen können, die negativen Trennungsfolgen für die betroffenen Kinder zu mindern und ihnen den Kontakt zum anderen Elternteil zu erhalten.

## Literatur

- Aichhorn, A. (1974): Psychoanalyse und Erziehungsberatung. Frankfurt: Fischer.
- Andritzky, W. (2002): Verhaltensmuster und Persönlichkeitsstruktur entfremdender Eltern: Psychosoziale Diagnostik und Orientierungskriterien für Interventionen. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 7 (4): 166-182.
- Brown, C. (1994): The impact of divorce on families. The Australian experience. Family and Conciliation Review 32 (2):149-167.
- Clawar, S.S.; Rivlin, B.V. (1991): Children held hostage: dealing with programmed and brainwashed children. Chicago: American Bar Assoc.
- Dolto, F. (1996): Scheidung. Wie ein Kind sie erlebt. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fegert, J.M. (2001): Parental Alienation or Parental Accusation Syndrome? Teil 2 – Die Frage der Suggestibilität, Beeinflussung und Induktion in Umgangsrechtsgutachten. KindPrax 2: 39-42.
- Felder, W.; Hausher, H. (1993): Drittüberwachtes Besuchsrecht. Die Sicht der Kinderpsychiatrie zum BGE 119, Nr. 41 Z des Bernischen Juristen-Vereins 129: 698-706.
- Figdor, H. (1997): ‚... und hab nicht mehr gewußt, wer ich eigentlich bin‘. Die psychischen Folgen des Trennungstraumas am Beispiel des Scheidungskindes. Familie und Recht 2/97: 60-67.
- Fthenakis, W. (1995): Kindliche Reaktionen auf Trennung und Scheidung. Familiendynamik 20: 127-154.
- Gardner, R. (1998): The Parental Alienation Syndrome: a guide für mental health and legal professionals, 2. Aufl. N.Y.: Creative Therapeutics.
- Johnston, J.R.; Campell, L.E. (1988): Children of divorce who refuse visitation. In: Depner, C.E.; Bray, J.H. (Hg.): Non-residential parenting: New vistas in family living. London: Sage Publ.
- Klenner, W. (1995): Rituale der Umgangsvereitelung bei getrenntlebenden oder geschiedenen Eltern. Fam RZ 42 (24): 1529-1535.
- Kunkel, G. (1997): Die Beziehungsdynamik im Familienrechtskonflikt. Untersuchung der Streitmuster bei strittiger elterlicher Sorge – und Umgangsregelung. Dissertation. Eberhard-Karls-Univ. Tübingen.
- Lampel, A. (1986): Post-divorce therapy with high conflict families. The Independent Practitioner. Bulletin of the Division of Psychologists in Independent Practice 6 (3): 22-26.
- Lampel, A. (1996): Children's alignment with parents in highly conflicted custody cases. Family and Conciliation Courts Review 34 (2): 229-239.

- 
- Schmidt-Denter, U. (1997): Kindliche Reaktionen auf Trennung und Scheidung. FPR 2/97: 57-59.
- Schmitt, M. (1991): Präventive Methoden in der Gruppenarbeit mit Kindern in Trennungs- und Scheidungssituationen. In: Krieger, M. (Hg.) (1991): Elterliche Trennung und Scheidung im Erleben von Kindern. Berlin: VWB, S. 11-75.
- Stadler, M.; Salzgeber, J. (1999): Parental Alienation Syndrome (PAS) – alter Wein in neuen Schläuchen? FuR 4: 231-235.
- Warshak, R.A. (2000): Remarriage as a trigger of parental alienation syndrome. The American Journal of Family Therapy 28: 229-241.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Walter Andritzky, Kopernikusstraße 55, 40225 Düsseldorf.