

M. Noeker<sup>1</sup> · K. M. Keller<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Kinderheilkunde, Universität Bonn

<sup>2</sup>Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik, Fachbereich Kinderheilkunde, Wiesbaden

## Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung

### Zusammenfassung

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) ist eine Form der Kindesmisshandlung, die darauf beruht, dass eine nahe stehende Person (in der Regel die Mutter) bei einem Kind Anzeichen einer Krankheit vortäuscht oder aktiv erzeugt, um es wiederholt zur medizinischen Abklärung vorzustellen. Ärzte werden so verleitet, nicht indizierte, multiple, oft invasive Eingriffe vorzunehmen. Der Beitrag stellt folgende 3 Aspekte in den Vordergrund: 1. das Spektrum charakteristischer Warnhinweise für den Verdacht auf ein MbpS sowie Kriterien zur Abgrenzung anderer Formen eines zwar exzessiven, aber grundsätzlich nicht misshandelnden medizinischen Inanspruchnahmeverhaltens; 2. die kurz- und langfristigen, physischen und psychischen Traumatisierungsfolgen dieser Form von Kindesmisshandlung und deren psychopathologische Wirkmechanismen; 3. praxisorientierte Strategien der Identifikation, der Abklärung und des Managements in Ambulanz und Klinik im Zusammenwirken mit psychiatrisch-psychologischen Kollegen sowie dem Familiengericht und der Jugendhilfe.

### Schlüsselwörter

Münchhausen-by-proxy-Syndrom · Artificielle Störungen · Kindesmisshandlung · Krankheitsverhalten · Somatoforme Störungen

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) ist durch 4 Merkmale definiert [21]:

- ▶ Bei einem Kind liegt ein Beschwerdebild vor, das von einem Elternteil oder einer anderen Person, die für das Kind Verantwortung trägt, vortäuscht und/oder erzeugt worden ist.
- ▶ Das Kind wird zur medizinischen Untersuchung und extensiven Behandlung vorgestellt, häufig einhergehend mit multiplen Eingriffen.
- ▶ Die vorstellende Person verleugnet ihr Wissen um die Ursachen des Beschwerdebildes.
- ▶ Die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

In typischen Fällen handelt es sich bei der Täterin um die Mutter des Kindes, in seltenen Fällen auch um die Väter [16] bzw. um andere Personen, die in stellvertretender Weise für das Kind Verantwortung tragen.

Meadow [14] hat das MbpS erstmals im Jahre 1977 beschrieben und sich dabei an die Erstbeschreibung des Münchhausen-Syndroms (MS) durch Asher aus dem Jahre 1951 [1] angelehnt. Für das MS ist charakteristisch, dass die Krankheitsanzeichen am eigenen Körper und nicht wie beim MbpS an einem abhängigen Kind erzeugt werden. Die wichtigste Gemeinsamkeit von MS und MbpS liegt darin, dass keine Erkrankung mit einer natürlichen Genese vorliegt, sondern dass das Symptombild absichtlich und künstlich (artificiell) herbeigeführt (*fa-*

*briziert*) und der Arzt darüber im Unklaren gelassen wird.

Ausgehend von diesem artifiziellem Charakter der präsentierten Symptomatik hat sich in der psychiatrischen Literatur der Terminus der artifizialen Störung (*factitious disorder*) bzw. der artifizialen Störung by proxy (*factitious disorder by proxy*) etabliert [17]. In der pädiatrischen bzw. internistischen Literatur ist der traditionelle Begriff des MbpS bzw. des MS beibehalten worden; inhaltlich sind die Begriffe von Münchhausen-Syndrom (by proxy) bzw. artifizialer Störung (by proxy) weitgehend synonym.

Trotz dieser Parallelen von MbpS und MS liegt ein folgenschwerer Unterschied vor:

**Die Manipulation von Krankheitsanzeichen an einem Kind stellt eine Körperverletzung dar, die in ihrer Traumatisierungswirkung die am eigenen Körper vorgenommene Schädigung beim MS weit übersteigt. Medizinisch nicht indizierte, multiple diagnostische und therapeutische Eingriffe, potenziell irreversible Organschädigungen sowie lebensbedrohliche Verläufe begründen den Tatbestand einer Kindesmisshandlung.**

Das klinische Management eines MbpS geht damit entscheidend über den Aus-

© Springer-Verlag 2002

Dr. phil. Meinolf Noeker  
Zentrum für Kinderheilkunde,  
Universität Bonn, Adenauerallee 119,  
53113 Bonn, E-Mail: m.noeker@uni-bonn.de

M. Noeker · K. M. Keller

## Munchhausen syndrome by proxy as a form of child abuse

### Abstract

Munchhausen syndrome by proxy (MbpS; factitious disorder by proxy) as a form of child abuse is characterized by a child presented for symptoms that have been faked or fabricated by a person responsible for the child (mostly the mother). Paediatricians are thus induced to perform not indicated, multiple and often invasive procedures. Three major issues are delineated: (1) characteristic features and warning signs of MbpS as well as criteria for differentiating excessive but nevertheless not abusing forms of exaggerated illness behavior; (2) short and long term as well as physical and psychological sequelae of traumatic experience and possible psychopathological pathways; (3) strategies of identification and management out-patient and in in-patient setting in cooperation with child psychiatry/psychology and with child protection services and the court.

### Keywords

Munchhausen syndrome by proxy · Factitious disorder · Child abuse · Illness behavior · Somatoform disorder

## Gewalt an Kindern

schluss einer pädiatrisch-somatischen Grunderkrankung hinaus, es richtet sich vielmehr vorrangig auf den Schutz des Kindeswohls durch die Unterbrechung der Kette von Misshandlungsepisoden. Der vorliegende Beitrag untersucht das MbpS daher gezielt in diesem Kontext der Kindesmisshandlung. Folgende Aspekte stehen im Vordergrund:

- ▶ Vorstellung der typischen klinischen Präsentation eines MbpS. Dieser Abschnitt dient der Sensibilisierung für Warnhinweise, aber auch der Abgrenzung von anderen auffälligen Symptompräsentationen beim Kinderarzt, die Anlass zu einer Verwechslung mit einem MbpS geben können,
- ▶ Darstellung der kurzfristigen wie langfristigen, physischen wie psychischen Traumatisierungsfolgen für das Kind,
- ▶ Strategien zur Identifikation und zum Management des MbpS im ambulanten und stationären Setting.

### Epidemiologie

Zur Epidemiologie und typischen Klinik des MbpS sind die Angaben einer Studie von McClure et al. [13] wegweisend. Sie analysierten 128 Fälle, die in Großbritannien und Irland während einer 2-Jahres-Periode von 1992 bis 1994 in einem Kinderschutzregister gemeldet worden waren. Davon waren 55 Kinder Opfer eines MbpS, 15 Opfer einer nicht unfallbedingten Vergiftung (*non-accidental poisoning*) und 15 Opfer eines nicht unfallbedingten Erstickungsmanövers (*non-accidental suffocation*), 43 Kinder waren Opfer mehrerer Misshandlungsarten. In 85% der Fälle handelte es sich bei dem Täter um die Mutter des Kindes. Die Mehrheit der Kinder war jünger als 5 Jahre; der Median lag bei 20 Monaten. Bei Vergiftungen wurden am häufigsten Antikonvulsiva verwendet, gefolgt von Opiaten. 8 (6%) von 128 untersuchten Kindern waren verstorben als direkte Folge der Misshandlung. Weitere 15 Kinder (12%) benötigten intensivmedizinische Behandlung und weitere 45 (35%) litten an einer ernsteren körperlichen Erkrankung.

Auf der Basis dieser Daten schätzen die Autoren die Inzidenz von MbpS auf 2,5 Fälle pro 100.000 Kinder im 1. Lebensjahr und auf 0,5 Fälle pro 100.000

Kinder vom 2. bis zum 16. Lebensjahr. Dem entspricht etwa ein Fall pro Jahr in einer Region mit einer Million Einwohner. Diese Angaben dürften aber eine Unterschätzung darstellen, da von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Die Studie belegt eine ernsthafte Gefährdung auch der Geschwister von MbpS-Opfern. 83 der 128 Indexkinder hatten mindestens einen Bruder oder eine Schwester, von denen insgesamt 18 Geschwisterkinder verstorben waren. In mehreren Fällen war dem Tod des Geschwisterkinds bis zur Aufdeckung des MbpS beim Indexpatienten zunächst eine natürliche Ursache zugeschrieben worden. Fünf dieser Todesfälle waren zunächst als Plötzlicher Kindstod (SIDS) klassifiziert worden (zur Abgrenzung von SIDS versus MbpS bzw. Kindesmisshandlung vgl. Committee on Child Abuse and Neglect [5]).

MbpS tritt kultur übergreifend auf [8]. Wright [25] identifizierte in einer Übersicht 700 Fälle von MbpS, die über den Zeitraum von 20 Jahren aus 52 Ländern publiziert worden waren.

### Warnhinweise

Eine Vielzahl von Kasuistiken und einige wenige Studien haben ein charakteristisches Muster für das Vorliegen eines MbpS erkennbar werden lassen. Tabelle 1 stellt diese Konfiguration von prototypischen Merkmalen des Kindes und seines Symptombilds, seiner Mutter (Täterin) und des familiären Kontexts vor. Keines dieser 18 Merkmale ist obligat, der Verdacht ergibt sich aus der Häufung und Konfiguration der Merkmale. Die Auflistung kann daher als Aufstellung von Warnhinweisen und zur Begründung einer Verdachtsdiagnose gelesen werden; zur Diagnosestellung sind im Einzelfall verifizierende Schritte erforderlich.

**Klinische Leitsymptome bei MbpS sind nach Rosenberg [21] Blutungen (44%), zerebrale Krampfanfälle (42%), Apathie-/Komazustände (19%), Apnoen (15%), rezidivierende Durchfälle (11%) bzw. Erbrechen (10%), Fieber unklarer Genese (10%) sowie Hautausschläge (9%).**

Die Vortäuschung bzw. aktive Fabrikation solcher Symptome kann sich über 5 Stufen zunehmenden Schweregrads vollziehen:

Tabelle 1

## Charakteristische Merkmale und damit Warnhinweise für das Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms

### Merkmale des Kindes (Opfers) und des Symptombilds

1. Persistierende bzw. rekurrende Symptomatik, die trotz gründlicher Durchuntersuchung zu keiner Erklärung führt:
2. Die Diagnose bleibt deskriptiv oder bezieht sich auf den Verdacht einer extrem seltenen oder atypischen Erkrankung
3. Die Symptomatik spricht entgegen der Erwartung nicht auf eine übliche, etablierte Therapie an
4. Diskrepanz von Untersuchungs- und Laborbefunden zu den anamnestischen Angaben der Mutter
5. Untersuchungsbefunde und anamnestische Angaben passen nicht zum Eindruck, wie stark erkrankt das Kind wirkt
6. Eine zeitliche Verknüpfung zwischen dem Auftreten der Symptomatik und der Anwesenheit der Mutter
7. Unvollständige bzw. unkorrekte Angaben der Mutter zur Anamnese der Vorbehandlungen

Die Symptomatik präsentiert sich atypisch; erfahrene Kliniker kommentieren sie mit der Bemerkung, dass sie einen solchen Fall noch nie gesehen haben

Gehäuft kommt es zu Komplikationen in der Therapiedurchführung (Infektionen i. v. Zugänge; Erbrechen von Medikation)

Laborbefunde sind physiologisch unplausibel (unübliche Substanzen in Blut, Urin, Stuhl oder Magen; unübliche Kombination von Mikroorganismen in Blutkulturen)

Ältere Kinder können sich im Vergleich zu den Symptomschilderungen der Mutter als relativ beschwerdefrei darstellen

Episodisch auftretende Symptome treten nicht in Perioden der Abwesenheit der Mutter auf

Die Mutter zeigt sich nicht kooperativ, Vorbefunde und Arztbriefe beizubringen, mitunter mit dem Argument, nach den vorangegangenen ergebnislosen Voruntersuchungen einen vollständig unvoreingenommenen Untersuchungsgang sicher stellen zu wollen. Ziel ist nicht nur eine Verschleierung extensiver Vorbehandlungen, sondern auch eine Induktion zahlloser Doppeluntersuchungen und damit Traumatisierungen

Diese Symptome sind besonders charakteristisch und können als klinische Warnhinweise für das Vorliegen eines MbpS dienen

8. Die präsentierte Symptomatik umfasst Beschwerden wie unerklärliche Blutungen, Anfälle, Bewusstseinsverlust, Apnoe, Diarrhö, Erbrechen, Lethargie oder berichtete Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel oder Medikamente

### Merkmale der Mutter (Täterin)

9. Ständige Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind während des Klinikaufenthalts
10. Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal
11. Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich
12. Ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen
13. Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme bei der Mutter
14. Verfälschung auch der psychosozialen Anamnese

Die Weigerung, vom Bett ihres Kindes zu weichen, bleibt auch bestehen, wenn die Mutter der guten pflegerischen wie emotionalen Versorgung des Kindes durch Pflegepersonal oder Angehörige versichert bzw. auf die emotionalen Bedürfnisse der Geschwisterkinder zu Hause hingewiesen wird

Während der wenigen Zeit, die die Mutter vom Krankenbett weicht, involviert sie das Pflegepersonal (z. B. die Nachtschwester), Ärzte sowie Eltern anderer kranker Kinder in einen Kontakt von ungewöhnlich rascher Vertraulichkeit. Einstiegsthema für die Beziehungsaufnahme ist häufig die emotional eindringliche Schilderung ihrer Leidensgeschichte angesichts der unerklärlichen Symptome ihres Kindes und ihre erneute Hoffnung auf eine endgültige Diagnose, um die Behandlungsodyssee nun hoffentlich zum Ende führen zu können

Die Mutter hat eine einschlägige Vorbildung und wirkt v. a. hinsichtlich des Störungsbilds ihres Kindes sehr versiert. Sie kommuniziert bei Visiten vorzugsweise in medizinischer Fachterminologie, macht eigenständige Vorschläge zum weiteren diagnostischen Prozedere und diskutiert kritisch Untersuchungsbefunde bzw. insistiert auf bestimmte, oft invasive Prozeduren

Im Kontrast zur geschilderten Dramatik der Krankheitsgeschichte bleibt die Mutter bei akuten Verschlechterungen des Zustandsbilds sonderbar gefasst. Dies kann soweit gehen, dass sie in der Akutkrise den Arzt emotional zu beruhigen versucht. Eine Minderzahl von Müttern kann wiederum sehr agitiert wirken. Die akute Verschlechterung werten sie als Bestätigung für die Notwendigkeit einer intensivierten Diagnostik und für das Versagen eines bisher restriktiven Prozederes

Diese liegen vor, ohne dass diese familiäre Häufung genetisch oder als Effekt identischer Expositionsfaktoren erklärbar wäre. Die gleiche Symptomatik bei Kind und Mutter kann ein Hinweis für eine Koexistenz von MbpS und MS sein. Verfälschung von z. B. Informationen zu den innerfamiliären Beziehungen und zum verwandtschaftlichen und sozialen Umfeld

Tabelle 1 (Fortsetzung)

### Merkmale der Familie

15. Unerklärliche Erkrankung oder Tod eines Geschwisterkindes oder weiteren Kindes, das sich in der Betreuung der Mutter befindet	Das Geschwisterkind kann eine ähnliche, wenn auch nicht so ernsthafte Symptomatik wie das betroffene Kind aufweisen. Manche Geschwisterkinder zeigen eine andere, aber ebenfalls unerklärliche Symptomatik
16. Eine emotional distanzierte Partnerschaftsbeziehung	Der Partner der Täterin wird vielfach als abwesend, nicht verfügbar, emotional unbeteiligt beschrieben. In der Arzt-Eltern-Beziehung ist er kaum präsent, wenn er nicht aktiv eingebunden wird. In den Missbrauch des Kindes ist er in der Regel nicht aktiv involviert. Vordergründig scheint er keinerlei Kenntnis davon zu haben. Es ist jedoch häufig davon auszugehen, dass der Partner entsprechende Vermutungen aus Loyalität zur Täterin und aus Angst vor den Folgen nicht äußert bzw. bei Konfrontation abstreitet
17. Die Herkunftsfamilie der Täterin ist charakterisiert durch emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch	
18. Die Herkunftsfamilie der Täterin zeigte ein unangemessenes, gesteigertes Krankheitsverhalten	Charakteristisch ist ein gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Dienste schon bei banalen Beschwerden und eine ungewöhnlich intensiviertere Zuwendung elterlicher Aufmerksamkeit und Belohnungen gegenüber dem kranken Kind, die im Gegensatz zum sonst kühlen und vernachlässigenden Familienklima steht. Diese Konstellation ist besonders typisch in den Fällen, bei denen die Mutter nicht nur bei ihrem Kind, sondern auch bei sich selbst Krankheitsbilder fabriziert

1. bewusste Aggravierung in der Schilderung von Schmerzen, Beschwerden und Symptomen des Kindes;
2. falsche Angaben zu vermeintlichen Krankheitsanzeichen außerhalb der Untersuchungssituation (z. B. angeblicher Anfall im häuslichen Milieu, in der Regel ohne weitere Zeugen);
3. aktive Verfälschung von Untersuchungsmaterialien (Beimischung von Blut-, Stuhl-, Urinproben, um positive Testbefunde zu induzieren);
4. aktive Manipulation am Körper des Kindes zur Vortäuschung von Krankheitsanzeichen;
5. aktive Manipulation am Körper, die zu objektiver Schädigung des Gesundheitsstatus führt (z. B. Injektion bakteriell kontaminierter Substanzen, Verletzung, Vergiftung).

### Abgrenzung des MbpS

Für die Abgrenzung des MbpS sind vorrangig 3 Gruppen von Störungsbildern von Bedeutung:

- ▶ Grundsätzlich das gesamte Spektrum pädiatrisch-somatischer Grunderkrankungen mit einer natürlichen Ätiologie außerhalb einer artifiziellen Fabrikation. Zu beachten ist, dass eine Komorbidität aus genuiner chronisch-somatischer und artifizieller

Störung nicht selten ist. Die psychologische Fehlverarbeitung einer primären somatischen Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus Typ I) kann zum Lernen abweichenden Krankheitsverhaltens und entsprechender „Techniken“ der Fabrikation (Induktion von Hypoglykämien) mit dem Ergebnis eines sekundären MbpS führen. Umgekehrt kann ein primäres MbpS irreversible Organschädigungen mit der Konsequenz einer bleibenden chronischen Erkrankung oder Behinderung beinhalten.

- ▶ Das Spektrum sonstiger Formen der Kindesmisshandlung, des -missbrauchs und der -vernachlässigung (vgl. die anderen Beiträge in diesem Heft).
- ▶ Andere klinisch häufiger zu beobachtende Formen abweichenden Krankheits- und Gesundheitsverhaltens bei Eltern mit einer inadäquaten Symptompräsentation bei ihrem Kind. Dieses Spektrum umfasst Normvarianten von Müttern mit übersteigter Ängstlichkeit um den Gesundheitszustand des Kindes und einem damit einhergehenden exzessiven Inanspruchnahmeverhalten (*doctor shopping*), das nicht in Proportion steht zur objektiven Gefährdung, bis hin zum Vollbild einer somatoformen Störung [18]. Tabelle 2

zeigt klinische Szenarien, die ebenfalls mit einer Täuschung des Arztes und einem Insistieren auf Maximaldiagnostik einhergehen können, die aber nicht auf einer intentionalen Schädigung des Kindes basieren und folglich nicht mit einem MbpS wechselt werden dürfen.

Für die differenzialdiagnostische Abgrenzung eines MbpS ist ein Merkmal mit hoher Spezifität besonders geeignet, das sich auf eine spezifische Motivation bei der Mutter bezieht.

***Immer liegt das Motiv vor, auf dem Weg der produzierten Symptomatik eine eingehendere medizinische Diagnostik und Behandlung notwendig erscheinen zu lassen, um so stellvertretend über das Kind die Krankenrolle einnehmen zu können. Aufgrund seiner hohen Spezifität hat das Merkmal der Motivation zur Einnahme der Krankenrolle Eingang in die Definition der Artifiziellen Störung by proxy im psychiatrischen Klassifikationssystem DSM IV-TR gefunden [17].***

Die tief greifende und komplexe Psychopathologie der Täterinnen kann sicher nicht auf dieses eher vordergründige Motiv reduziert werden. Seine Berücksichtigung unterstützt jedoch enorm die

Tabelle 2

**Klinische Szenarien, die zu einem falschen Verdacht auf MbpS führen können**

Klinische Situation	Differenzierung vom MbpS
Überängstlicher Elternteil fordert intensive, der realen Gefährdung des Kindes nicht entsprechende Diagnostik ein	Mutter ist authentisch überzeugt und besorgt, dass ihr Kind krank ist bzw. von einer ernsthaften Erkrankung bedroht ist (z. B. Tumorangst bei rekurrendem Spannungskopfschmerz). Ihre Informationen sind korrekt und nachprüfbar. Die Beschwerden des Kindes sprechen wie erwartet auf reguläre Behandlung an
Elternteil übertreibt bewusst Symptome des Kindes (berichtet z. B. höhere Fieberwerte als objektiv gemessen)	Die hochbesorgte Mutter täuscht, weil sie fürchtet, dass ansonsten keine ausreichend sorgfältige Diagnostik durchgeführt wird. Bei Konfrontation kann sie die Übertreibung eingestehen und ihre Beweggründe erläutern. Die Täuschung hört nach Klärung und einvernehmlicher Abstimmung des weiteren Prozederes auf
Elternteil beschreibt Symptomatik einer variabel verlaufenden Erkrankung, die in der Untersuchungssituation nicht replizierbar ist (z. B. leichte asthmatische Dyspnoe zu Hause)	Erklärungen haben medizinische Plausibilität. Die Angaben können durch Informationen Dritter bestätigt werden. Die Mutter behindert nicht den Zugang zu anderen Informationsquellen
Kind hat eine seltene pädiatrische Grunderkrankung bzw. atypisches Beschwerdebild	Medizinische Diagnostik kann zu einer Diagnosestellung führen. Mutter verweigert nicht die vorübergehende Trennung vom Kind. Während einer Trennung tritt keine spontane, unerklärliche Besserung auf
Trotz richtiger Therapiekonzeption persistiert oder verschlimmert sich das klinische Bild	Elternteil verabreicht dem Kind nicht die verschriebenen Medikamente, ohne dies jedoch auch auf Rückfrage hin einzugestehen. Noncompliance kann evtl. Ausdruck genereller Vernachlässigung sein, jedoch fehlt die MbpS-typische Motivation zum Anstreben der Krankenrolle. Häufiger sind andere Ursachen fehlender Therapiemitarbeit (abweichendes Laienkonzept zu Krankheit und Therapie; Angst vor Nebenwirkungen). Nach ärztlicher Aufklärung, Schulung und einsetzender Therapiemitarbeit bessert sich der Zustand des Kindes erwartungsgemäß
Elternteil bzw. Kind aggravieren bzw. simulieren Beschwerden mit dem Ziel eines bestimmten angestrebten externen Nutzens	Es besteht eine klare Mittel-Zweck-Relation zwischen Produktion der Symptomatik und Erwartung eines umschriebenen Gewinns. Nach Zielerreichung setzt klinische Besserung ein. Im Rahmen der Konsultation wird die Symptomatik dramatisiert im Vergleich zu Angaben aus Fremdanamnesen. Die Krankenrolle wird nicht um ihrer selbst willen angestrebt, sondern für die Zielerreichung in Kauf genommen
Jemand beschuldigt eine Person (z. B. die Mutter) fälschlicherweise eines MbpS	Eine dritte Person fingiert Indizien für ein mutmaßliches MbpS, um die beschuldigte Person zu diskreditieren. Das Verhältnis zwischen Beschuldigendem und Beschuldigter ist typischerweise zerrüttet (z. B. Eltern in Scheidung). Ein Motiv zur Diskreditierung kann eruiert werden
Elternteil verletzt oder misshandelt das Kind physisch. Bei der Anamneserhebung falsche, inkonsistente oder nicht zum eigenen Befund passende Angaben.	Elternteil fügt dem Kind Verletzungen zu im Rahmen einer Misshandlung, eines drakonisch-befragenden Erziehungsstils oder affektiven Kontrollverlusts. Ärztliche Inanspruchnahme erfolgt tendenziell verzögert. Ambulante Behandlung wird bevorzugt zur Vermeidung sozialer Kontrolle bei stationärem Aufenthalt. Verfälschte Angaben dienen dem Ziel der Verschleierung der Tat, nicht der Einnahme der Krankenrolle. Eltern zeigen eher zu wenig als zu viel Präsenz beim Kind

Abgrenzung von anderen Varianten abweichenden oder exzessiven Krankheitsverhaltens, denen eine andere Motivation zu Grunde liegt. Die in Tabelle 2 aufgeführten klinischen Szenarien lassen erkennen, dass in Konstellationen außerhalb des MbpS das Motiv der Einnahme der Krankenrolle als eigenständiges Ziel des Verhaltens fehlt.

Die häufigste Situation bezieht sich auf überbesorgte Eltern mit Zügen einer somatoformen oder hypochondrischen Störung. Auch diese drängen typischerweise auf eine maximale und repetitive

Diagnostik bei ihrem Kind, ihr Motiv liegt jedoch in der Klärung und Beruhigung übersteigter Krankheitsängste. Letztlich lassen sich die allermeisten überbesorgten Eltern mit einem diagnostischen Basisprogramm und ggf. mehrfachen, ausführlichen Gesprächen beruhigen. Die Einnahme der Krankenrolle wird von überbesorgten Eltern billiger in Kauf genommen, ist aber nicht selbst Ziel des Handelns und Agierens.

Auch zur Abgrenzung von anderen Formen der Kindesmisshandlung erweist sich das Motiv der Krankenrolle

als differenzialdiagnostisch spezifisch [13]. Sogar bei der Abgrenzung von nicht erkannten seltenen oder atypischen pädiatrischen Krankheitsbildern kann der Eindruck weiterführen, ob die Mutter unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit eher bestrebt ist, klinische Aufnahmen und Versorgung zu maximieren oder zu minimieren.

Ein häufiger Anlass, bei Säuglingen oder Kleinkindern ein MbpS in Erwägung zu ziehen, stellt die unklare frühkindliche Gedeihstörung dar, die entgegen ärztlicher Erwartung nicht auf Be-

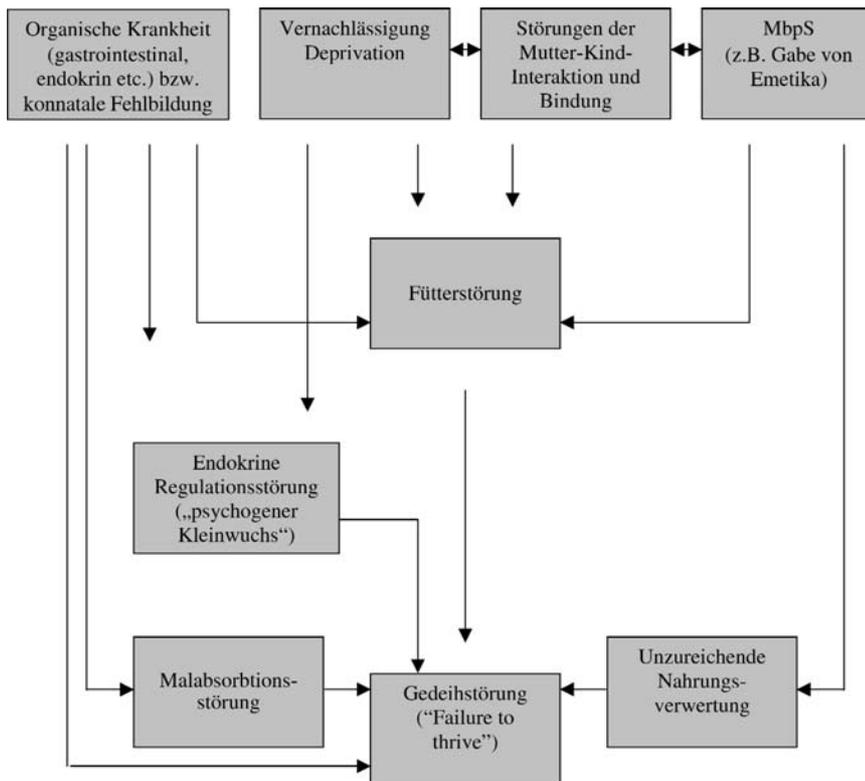


Abb. 1 ▲ Mögliche Wirkungswege zur Entwicklung einer Gedeihstörung in der Abgrenzung zwischen chronisch-somatischer Grunderkrankung bzw. konnataler Fehlbildung, familiärer Vernachlässigung und Deprivation sowie einem MbpS

handlung anspricht. Das Beispiel der frühkindlichen Gedeihstörung zeigt exemplarisch, dass die Abgrenzung zwischen einer genuine pädiatrischen Grunderkrankung, einer umfassenden familiär-mütterlichen Vernachlässigung und Deprivation und einem MbpS nicht einfach sein kann, da organmedizinische und psychosoziale Bedingungsfaktoren koexistieren und sich wechselseitig potenzieren können (s. Infobox „Frühkindliche Gedeihstörung“ und Abb. 1).

### MbpS als Kindesmisshandlung

Schon in der Erstbeschreibung mit dem Titel „Munchhausen by proxy – the hinterland of child abuse“ analysiert Meadow [14] das MbpS als Variante der Kindesmissbrauchs. Das MbpS zeigt gleichermaßen Verbindungen zur Vernachlässigung, zum sexuellen Missbrauch wie zur physischen Misshandlung (vgl. die weiteren Beiträge in diesem Heft). Mit der Vernachlässigung hat es die mütterliche Ignoranz gegenüber fundamentalen Gesundheitsbedürfnissen des Kindes gemein. Mit dem sexuellen Missbrauch teilt es die Instrumentalisierung und Ausnut-

zung des Kindes für die selbstzentrierte und unreife Bedürfnisbefriedigung des Täters. Mit der körperlichen Misshandlung teilt es die willkürliche physische Körperverletzung aus der Position der Macht und Gewalt heraus. Mit beiden teilt es die grundlegende Beziehungsaufnahme zum Kind wie zu einem Objekt und nicht wie zu einem Subjekt.

Alle 3 Formen der Kindesmisshandlung verletzen universell gültige, evolutionär vorgebahnte und kulturell tief verankerte Tabus. Der Tabubruch von Misshandlung und Missbrauch wiegt um so schwerer, da er durch die Eltern vollzogen wird, deren besondere Aufgabe der Schutz und nicht die Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität ihres Kindes ist.

Die direkte Konfrontation mit diesem Tabubruch und das Mitgefühl mit den Opfern weckt auch bei professionell Erfahrenen basale emotionale Reaktionen von Abscheu, Zorn und Verlangen nach ausgleichender Bestrafung. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom löst unter den Misshandlungsformen vielleicht die stärkste Irritation und Fassungslosigkeit aus, weil dieses Täterver-

halten und die zu Grunde liegende Motivation sich am heftigsten dem Versuch der Einfühlung widersetzen und entziehen. Stärker noch als bei grenzverletzender sexualisierter oder physischer Gewalt bleibt bei der Konfrontation mit MbpS Ratlosigkeit zurück bei der Frage, was das sein kann, das eine Mutter dazu treibt, ihr eigenes Kind aktiv zu verletzen oder zu vergiften, nur um die Aufnahme in eine Klinik zu provozieren, dort Maximalbehandlung einzufordern und gleichzeitig deren Erfolg wiederum systematisch zu sabotieren.

Die Konfrontation mit einem Verdacht auf MbpS stellt daher nicht nur fachlich, sondern auch persönlich-emotional eine außergewöhnliche Herausforderung dar. Die Professionalität des Handelns hängt wesentlich davon ab, eigene emotionale Reaktionen und Impulse offen und bewusst wahr zu nehmen, sie als diagnostisches Instrument zu nutzen und ihnen dennoch nicht unreflektiert und agierend zu folgen.

**Oberste Maxime professionellen pädiatrischen und psychiatrischen Handelns sind nicht Strafe und Rache, sondern Schutz des Kindeswohls durch Unterbrechung der Kette fabrizierter Verletzungen und die oft schwierige Identifikation eines zukünftigen Lebenskontexts, der unter den gegebenen Umständen die besten Entwicklungschancen für das Kind erwarten lässt.**

### Physische und psychische Traumatisierung

Die Kindesmisshandlung im Rahmen eines MbpS bewirkt kurz- und langzeitige, physische wie psychische Traumatisierungsfolgen für das Kind. Je nach Einzelfall können diese im Schweregrad variieren (Tabelle 3).

Während eines stationären Aufenthaltes werden dem Behandlungspersonal vor allem die kurzzeitigen und direkt sichtbaren Folgen des MbpS vor Augen geführt. Aus stresspsychologischer Sicht dürfte jedoch weniger die direkte Schmerz- und Angsterfahrung infolge medizinischer Prozeduren für das Ausmaß der psychischen Traumatisierung entscheidend sein, sondern der Beziehungskontext, in den die Prozeduren eingebettet sind. Insofern ist das Opfer eines MbpS einem ungleich höheren psychologischen Traumatisierungsrisiko ausge-

## Frühkindliche Gedeihstörung

### Abgrenzung des MbpS von einer genuinen pädiatrischen Grunderkrankung sowie einer globalen Vernachlässigung und Deprivation

Eine frühkindliche Gedeihstörung (*failure to thrive*) stellt bei Säuglingen und Kleinkindern eine Eingangsdiagnose dar, die neben einer chronisch-somatischen Grunderkrankung bzw. konnatalen Fehlbildung bei unklarer Diagnose und komplikationsreichem Verlauf auch an das Vorliegen einer Vernachlässigung bzw. Miss-handlung sowie bei entsprechenden Warnhinweisen (Tabelle 1) an ein MbpS denken lassen muss [24].

Abbildung 1 zeigt in einer Übersicht mögliche Wirkungswege zur Entwicklung einer Gedeihstörung auf. Bei vielen Kindern ohne MbpS löst eine diskrete organische Vulnerabilität und Irritabilität des Kindes in Fütterungssituationen bei einer psychisch labilen oder vernachlässigenden Mutter Reaktionen von Ablehnung und Überforderung aus, die wiederum die Irritabilität des Kindes erhöhen. In einem Teufelskreis zwischen Mutter und Kind werden die Fütterungsversuche zunehmend frustrierender, mit dem Ergebnis einer unzureichenden Nahrungsaufnahme und einer sich verfestigenden Interaktionsstörung. Auch gesunde Kinder mit einem sehr wachen und explorativen Temperament, aber einer geringen Neigung zum Essen können das Bild einer Fütterstörung vermitteln, besonders wenn die Mutter mit der Gestaltung der Füttersituationen aus eigenen Problemen heraus überfordert ist. Eine scheinbare Gedeihstörung kann sich auch bei Kindern präsentieren, die aus Unkenntnis der Mutter über den Ernährungsbedarf des Kindes oder aus einer übersteigerten Cholesterin- oder Allergieangst und damit einhergehender restriktiver Diät chronisch unter- bzw. fehlernährt werden [4]. Auch diese Mütter können entweder vernachlässigend bzw. extrem überbesorgt wirken.

Auch Kinder mit MbpS leiden typischerweise unter einer gestörten Interaktion und emotionalen Deprivation von Seiten ihrer Mutter. Auch bei der differenzialdiagnostischen Beurteilung von unklaren Fütter- und Gedeihstörungen kann es weiterführen, die Motivation der Mutter zu beurteilen: „Genießt“ sie den stationären Aufenthalt und die dort erfahrene Zuwendung (Anzeichen für MbpS) oder fürchtet sie eine Überforderung zu Hause mit einer Zunahme der Dystrophie und sucht daher den Schutz der Klinik (Anzeichen gegen ein MbpS)? Keller et al. [10] haben an einer eindrücklichen Kasuistik den schwierigen und leidvollen Weg bis zur Diagnosestellung eines MbpS bei „Gedeihstörung“ aufgezeigt.

setzt als ein chronisch krankes Kind, das vergleichbare Behandlungsmaßnahmen und Hospitalisierungen erfährt. Das chronisch kranke Kind erlebt in der Stimmigkeit von Mimik, Trost und Worten seiner Eltern, dass ihm die schmerzhaften Prozeduren nicht in der Absicht zugefügt werden, es zu verletzen, sondern es letztlich gesundheitlich zu schützen. In diesem Bedeutungs- und Beziehungskontext reduziert sich die traumatisierende Wirkung von Behandlungsschmerzen enorm. Das MbpS-Opfer macht dagegen zusätzlich zum Schmerz die Erfahrung, böswilligen Absichten und willkürlichen Übergriffen ausgesetzt zu sein. Dieses chronische Bedrohungsereignis entfaltet eine Traumatisierungswirkung, die über die konkrete Schmerzerfahrung weit hinausreicht. Weitere Erfahrungen treten hinzu, die in ihrer paradoxen Logik weder vom Kind noch später retrospektiv vom erwachsenen Überlebenden eines MbpS [3, 21] sinnvoll integriert werden können:

- Die widersprüchliche Erfahrung, durch die gleiche Person zunächst körperlich aktiv verletzt und dann intensiv gepflegt zu werden.

- Die Beliebigkeit im Auftreten der Verletzungen durch die Mutter. Das Kind kann keinen konkreten Grund fassen, warum es Opfer dieser Feindseligkeit geworden ist. Daraus resultiert Ohnmacht, durch irgendein eigenes Verhalten die ständige Bedrohung durch die Mutter vermindern zu können. Die fehlende Kontrolle steigert die Suche nach eigener Schuld; die Identifikation eines eigenen Fehlverhaltens würde die Chance bieten, es abzuändern und so die unerklärliche Feindseligkeit der Mutter zu besänftigen.
- Die Ahnung, Spielball der selbstbezogenen Bedürfnisse und Projektionen der Mutter zu sein und gleichzeitig von ihr suggeriert zu bekommen, sie leiste außergewöhnliche Opfer für seine Gesundheit, was den besonderen Dank des Kindes verdiene.
- Die Person, die es schädigt, ist dieselbe, die das Kind vital am stärksten braucht. Die Mutter ist in einer Person die wichtigste Bedrohung und die wichtigste Quelle persönlichen Schutzes.

Tabelle 3

### Spektrum kurzzeitiger und langzeitiger, physischer und psychischer Traumatisierungswirkungen auf das Kind im Rahmen eines MbpS

#### Physische Folgen

Direkte körperliche Schädigung durch Gewalteinwirkung der Täterin

- Diese ist stark, z. B. bei Erstickungsmanövern, Intoxikation oder Induktion einer Infektion. Die Folgen können kurzzeitig-reversibel (z. B. Fieber, Bewusstseinstörung) und/oder langfristig-irreversibel sein
- Es liegt eine niedrige oder gar keine direkte Schädigung vor bei falschen Angaben zu vermeintlichen Krankheitssymptomen (z. B. angebliche Beobachtung eines Krampfanfalls zu Hause) oder der Manipulation von Untersuchungsmaterial im Kliniksetting (z. B. Beifügen von Blut in Urinproben)

Indirekte körperliche Schädigung, indem Ärzte induziert werden, unwillentlich Körperverletzungen durch nicht angezeigte diagnostische Prozeduren zu begehen

- Auch diese körperliche Traumatisierung kann im Schweregrad stark variieren (von einfachen Blutentnahmen über Endoskopien bis hin zu multiplen Operationen mit Langzeitschäden). Ein Verdacht auf MbpS lenkt entsprechend die Frage nach der Indikation wiederholter, invasiver Prozeduren auf die potenzielle, zusätzliche Traumatisierung des Kindes

#### Psychische Folgen

- Traumatisierungswirkung (Angst, Ohnmacht) der direkten Erfahrung physischer Gewalt (z. B. bei Erstickung, Vergiftung)
- Psychische Schädigung infolge wiederholter und langzeitiger Hospitalisierungen und wiederholter (invasiver) diagnostischer Prozeduren und erfolgloser Behandlungen
- Psychische Folgewirkungen nicht integrierbarer Beziehungserfahrungen mit der Täterin als primärer Bezugsperson

Die Traumatisierungswirkung solcher Erfahrungen wird in Abhängigkeit vom Alter, dem Entwicklungsstand und den Verarbeitungsressourcen des Kindes variieren. Eine wichtige Rolle dürfte auch spielen, ob das Opfer sich in seiner Wahrnehmung durch andere Personen bestätigt fühlt oder nicht. Verständnis- und Mitleidsbekundungen gegenüber der Mutter angesichts ihrer Behandlungsoydssee und Anerkennung für ihr mütterliches Engagement verunsichern das Kind in seinen subtilen Ahnungen, belogen, betrogen und misshandelt zu werden. Auch der Vater, der selbst nicht aktiv misshandelt, validiert dem Kind nicht die Richtigkeit seiner Empfindungen, sondern trägt die Realitätskonstruktion der Täterin weit gehend mit. Er bietet damit nicht nur keinen Schutz, sondern untergräbt zusätzlich das Vertrauen des Kindes in seine Wahrnehmungsfähigkeit. Eine vordergründig konsistente Auflösung dieser Verwirrung und Selbstzweifel ergibt sich für das Kind nur durch den Gedanken, selber böse und undankbar zu sein, oder durch die Strategie, der eigenen Wahrnehmung fundamental zu misstrauen.

Erste Studien bei erwachsenen Überlebenden lassen erkennen, dass die Erfahrung eines MbpS beim Opfer bis in das Erwachsenenalter hinein die Entwicklung von konsistenten Beziehungs- und Bindungsschemata beeinträchtigen, die emotional Sicherheit und kognitiv Orientierung vermitteln. Libow [12] hat in einer Pilotstudie 10 erwachsene Personen interviewt, die in ihrer Kindheit Opfer eines MbpS geworden waren. Sieben Probanden hatten psychotherapeutische oder psychiatrische Therapie in Anspruch genommen. Im Vordergrund standen Suizidgedanken, Ängste und Depressionen, niedriges Selbstwertgefühl, Probleme, dauerhafte Beziehungen zu führen, Unsicherheit, Selbstzweifel, vergebliche Bemühungen, von der Mutter Anerkennung und Liebe zu bekommen sowie globale Schwierigkeiten, äußere Realität und innere Fantasie zu differenzieren. Bemerkenswert ist auch der Befund, dass keine der Mütter ihre Taten jemals gegenüber dem Opfer eingestanden hatte. Eine klärende Aufarbeitung und Verarbeitung der MbpS-Biographie ist damit extrem erschwert.

Das MbpS teilt mit der physischen Misshandlung die Erfahrung, schutzlos

körperlicher Gewaltanwendung ausgesetzt zu sein. Darüber hinaus birgt das MbpS ein spezifisches Traumatisierungspotenzial, das noch darüber hinaus reichen kann. Ein Opfer offener physischer Misshandlung hat eher eine Chance, seine Eltern abzuwerten, sich emotional von ihnen zu distanzieren und so das eigene Selbstwertgefühl zu restabilisieren. Dieser Weg ist für ein MbpS-Opfer durch den verdeckten und täuschenden Charakter der Misshandlung deutlich schwieriger.

*In der psychologischen Wirkung ist das MbpS wahrscheinlich dem sexuellen Missbrauch verwandter als der physischen Misshandlung. Mit dem sexuellen Missbrauch teilt das MbpS die Risikofaktoren einer „vergifteten“ Zuwendung, die systematische Aushöhlung des Vertrauens in die eigene Wahrnehmungsfähigkeit, die Erfahrung des Belogen Werdens und Schweigen Müsens sowie das Ausfallen eines protektiven anderen Elternteils.*

## Management

### Interdisziplinäre Kooperation beim MbpS

Das Management bei Verdacht auf MbpS stellt wie bei der physischen Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch den kurz- und langfristigen Schutz des Kindeswohls in den Mittelpunkt. Dieses Ziel lässt sich im Regelfall nur durch ein multiprofessionelles Zusammenwirken pädiatrischer, psychologischer-psychiatrischer, juristischer sowie jugendamtlicher Fachkräfte erreichen [23]. Abb. 2 ordnet den medizinischen, psychologisch-psychiatrischen und forensischen Aspekten des MbpS korrespondierende Aufgaben der jeweiligen Disziplinen zu. Insbesondere in der Phase der Verdachtsklärung kommt dem Pädiater die Schlüsselrolle zu. Aufgabe des Familiengerichts bzw. des Jugendamtes ist es, die rechtlichen bzw. sachlichen Voraussetzungen für den langfristigen Schutz des Kindeswohls herzustellen.

Psychiatrische und psychologische Diagnostik kann durch

- eine psychopathologische Beurteilung der Mutter,
- eine psychosoziale Entwicklungsanamnese von Kind und Familie,

- einen familiendiagnostischen Befund sowie
- Beurteilung von spezifischen Traumatisierungsfolgen und globalen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind

wichtige Informationen zur Genese, Differenzialdiagnose und Dynamik der Störungsentwicklung sowie Entscheidungshilfen für das weitere Prozedere bieten.

### Prozedere bei Verdacht auf MbpS im ambulanten Setting

*Der niedergelassene Kinderarzt wird in der Regel als erster mit der wiederholt präsentierten, unerklärlichen Symptomatik des Kindes und dem intensiven, fordernden Inanspruchnahmeverhalten der Mutter konfrontiert. Seine wichtigste Aufgabe besteht darin, Warnhinweise für das Vorliegen eines MbpS (vgl. Tabelle 1) aufmerksam zu registrieren, zu dokumentieren und gegen andere Formen abweichenden Krankheitsverhaltens (Tabelle 2) abzugrenzen.*

Detaillierte Hinweise für das Vorgehen bei Verdacht auf MbpS finden sich in Tabelle 4.

Die eigentliche Verifizierung des Verdachts gelingt im ambulanten Setting nur in Ausnahmefällen, sondern macht die stationäre Einweisung erforderlich. Diese kann leicht im Konsens mit der Mutter vereinbart werden, da die stationäre Aufnahme ihrer Motivation zur Einnahme der Krankenrolle entgegenkommt. Die Einweisung verbindet zwei Zielsetzungen: einerseits den sichereren Ausschluss einer pädiatrisch-somatischen Grunderkrankung mit den Ressourcen einer Klinik und andererseits die Verifizierung des MbpS-Verdachts. Es empfiehlt sich, im Vorfeld der stationären Aufnahme einen verantwortlichen Kollegen in der Klinik über die Verdachtsdiagnose und über den bisherigen Untersuchungsgang zu informieren. Dies gibt der Klinik die Möglichkeit,

- die anamnestischen Angaben der Mutter bei Klinikaufnahme mit den Vorinformationen des niedergelassenen Kollegen abzugleichen, Täuschungsmanöver frühzeitig zu erkennen und dadurch eine erste

**Hier steht eine Anzeige**  
**This is an advertisement**



**Springer**

Hier steht eine Anzeige  
This is an advertisement

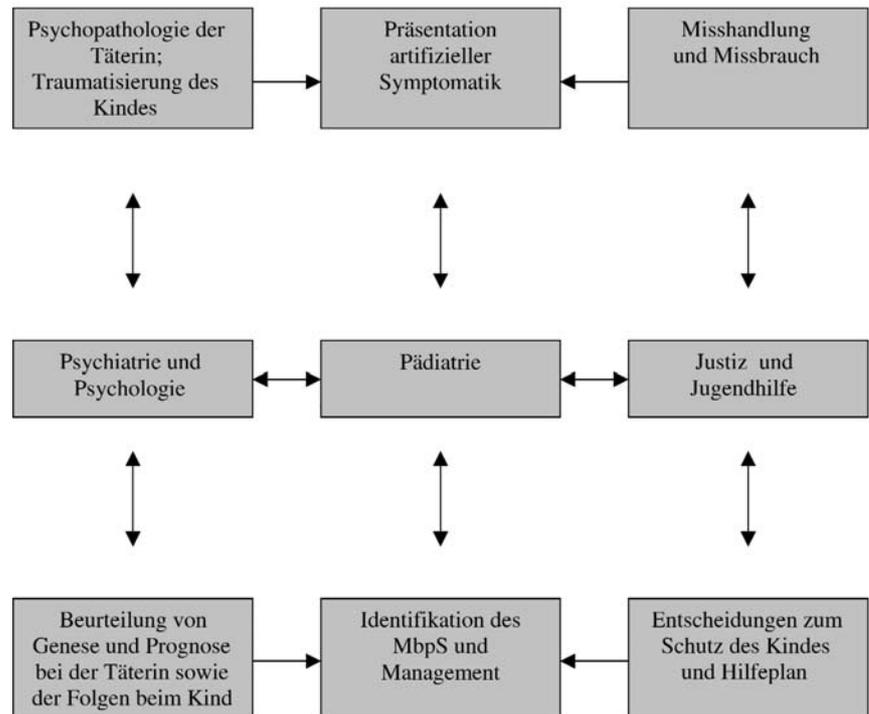


Abb. 2 ▲ **Medizinische, psychologisch-psychiatrische und juristische Aspekte des MbpS und korrespondierende Aufgaben der beteiligten Disziplinen**

- Verdachtsprüfung vornehmen zu können,
- ▶ Doppeluntersuchungen und damit Traumatisierungen des Kindes minimieren zu können,
  - ▶ den Untersuchungsgang und die Dokumentation direkt von der Aufnahme an doppelgleisig nach pädiatrischen und forensischen Kriterien anzulegen.

#### Prozedere im stationären Setting

In der Klinik ergeben sich ebenfalls besonders hohe Anforderungen an eine präzise und penibel dokumentierte Anamneseerhebung, klinische Untersuchung und Beobachtung des Verhaltens von Kind und Mutter sowie deren Interaktion (Tabelle 5).

Verdichtet sich der Verdacht auf MbpS, ist es sinnvoll, den weiteren pädiatrischen Untersuchungsgang nicht nur negativ im Sinne einer Ausschlussdiagnostik von zunehmend unwahrscheinlicher werdenden Differenzialdiagnosen zu führen, sondern positiv im Sinne einer zielgerichteten Testung der Hypothese eines MbpS vorzugehen. Dies bedeutet, Hypothesen zu einer spezifischen Methode der Täuschung, Befundmanipulation und Symptombildung zu generieren und

durchzuspielen, die potenziell mit dem klinischen Symptombild konsistent sein könnten (z. B. Gabe einer bestimmten Substanz zur Vergiftung oder Infektion des Kindes bzw. zur Provokation eines Anfalls oder Erbrechens). Der weitere Untersuchungsgang orientiert sich dann stärker an der Verifizierung bzw. Falsifizierung dieser konkreten Hypothese, was folgende Vorteile beinhaltet:

- ▶ Spezifizierung und Verdichtung des Verdachts anstelle unspezifischer Mutmaßungen.
- ▶ Stärkung eines Konsensus im Team zum weiteren Prozedere, wenn es vorher zu einer (häufig von der Mutter induzierten) Spaltung des Teams in zwei Subgruppen gekommen ist (vehemente Verfechtung versus ebenso vehemente Ablehnung eines MbpS-Verdachts).
- ▶ Die Aufmerksamkeit bei Anamnese, klinischer Untersuchung und Beobachtung (Tabelle 5) wird sensibilisiert für spezifische Hinweiszeichen, die für oder gegen die Hypothese sprechen.
- ▶ Die Hypothese zur Fabrikationsmethode hat Implikation, wie schnell und mit welcher Sicherheit eine diagnostische Trennung Klärung bringen



Springer

kann. Eine Mutter-Kind-Trennung bei Verdacht auf repetitive Vergiftungen oder Blutungen wird in der Regel zu einer raschen Verlaufsverbesserung führen und damit eindeutiger Klärung schaffen als bei Verdacht auf Erstickungsmanöver bei unregelmäßig auftretenden episodischen Zyanosen.

- ▶ Eine konkret formulierte Verdachts-hypothese erhärtet die Notwendigkeit eines familiengerichtlichen Beschlusses zur Durchführung einer diagnostischen Trennung.

### Diagnostische Trennung von Mutter und Kind

**Die Trennung von Mutter und Kind beim stationären Aufenthalt stellt eine der wirksamsten Möglichkeiten zur Identifikation eines MbpS dar, indem sie die Täterin der Möglichkeit beraubt, Symptome beim Kind zu fabrizieren. Erwartbar ist eine je nach Fabrikationsmethode unterschiedlich rasche Besserung und Genesung beim Kind, die nicht allein auf die Wirkung therapeutischer Maßnahmen zurückgeführt werden kann.**

Die Umsetzung gestaltet sich am einfachsten, wenn die Mutter in eine vorübergehende Trennung vom Kind einwilligt. Bei objektiv vorliegendem MbpS ist diese Einwilligung kaum zu erzielen, da der Mutter bewußt ist, dass sie mit ihrer Einwilligung die Aufdeckung des MbpS riskiert. Versuche, im Vorfeld einer direkten Konfrontation die Mutter durch andere Argumente für eine zeitweise Trennung vom Kind zu überzeugen, laufen in der Regel ins Leere. Das freundlich vorgebrachte Angebot, sich über ein Wochenende bei guter pflegerischer Betreuung des Kindes wieder einmal der Familie, den Geschwistern und vor allem sich selbst widmen zu können, weiß die Mutter in der Regel gut mit dem Hinweis zu begegnen, dass es für sie allerhöchste Priorität hat, für ihr Kind ständig da zu sein, und dass ihre Familie dafür glücklicherweise hohes Verständnis zeige.

Unterhalb der Konfrontation mit dem MbpS-Verdacht gerät die Klinik schnell in Argumentationsnot, wenn die Mutter eine längere und vor allem systematische Abwesenheit freundlich, aber bestimmt ablehnt. Ähnlich verhält es

Tabelle 4

### Vorgehen bei Verdacht auf MbpS in der Praxis des niedergelassenen Kinderarztes (modifiziert nach Carvalho et al. [4])

1. Monitoring des gesundheitlichen Entwicklungsverlaufs beim Kind und seinen Geschwistern entsprechend der typischen Warnhinweise sowie unter besonderer Berücksichtigung emotionaler und verhaltensbezogener Auffälligkeiten
2. Überzogene Wünsche nach nicht indizierten Eingriffen kritisch diskutieren, das sich darin äuernde elterliche Anliegen herausarbeiten und alternative Strategien zur Beruhigung übertriebener mütterlicher Besorgnis anbieten und vereinbaren; Rückversichern der Mutter: diagnostischen Abklärungsbedarf in Relation zu den objektiv vorliegenden Gesundheitsrisiken setzen
3. Gleichzeitig vermeiden, dass andere Praxen, Kliniken oder Dienste in Anspruch genommen werden; offenen Austausch vereinbaren über Inanspruchnahme anderer medizinischer Dienste; Argument nutzen, dass für die klinische Beurteilung des Kindes die Verlaufsbeurteilung von herausragender Bedeutung ist, die wiederum Behandlungskontinuität voraussetzt
4. Besonders präzise Dokumentation eigener Befunde wie anamnestischer Angaben der Mutter; kritische Bewertung der Kompatibilität von Untersuchungsbefund und Bericht der Mutter; bei Widersprüchlichkeiten Vortäuschung falscher Angaben bzw. Fabrikation von Beschwerden beim Kind als Hypothese in Betracht ziehen bei gleichzeitiger Fortführung regulärer pädiatrischer Differenzialdiagnostik und Therapie
5. Bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes, der Mutter bzw. der Mutter-Kind-Interaktion in für die Mutter gesichtswahrender Weise Empfehlung zum Aufsuchen kinderpsychologischer, sozialarbeiterischer bzw. kinderpsychiatrischer Dienste aussprechen, gekoppelt an das Angebot unveränderter eigener Weiterbehandlung (Eindruck des Abschiebens vermeiden). Empfehlung persönlich bekannter Kollegen senkt die Schwelle zur Inanspruchnahme und erleichtert später bei tatsächlichem MbpS den vertraulichen Austausch
6. Bei unzureichender Indikation versuchen, auf die Inanspruchnahme weiterer fachärztlicher Zusatzbehandlungen eingrenzenden Einfluss zu nehmen; dies gilt v. a. für chirurgische Konsile; im Zweifelsfall enge Abstimmung herbeiführen und kollegial Verdacht mitteilen
7. Kontakt halten zu weiteren Diensten, die das Kind und die Familie medizinisch, psychiatrisch oder psychosozial behandeln oder betreuen
8. Stationäre diagnostische Abklärung planen und mit der Mutter vereinbaren

sich, wenn bei einem Kleinkind mit unklarer Gedeihstörung eine vorübergehende Trennung mit der Notwendigkeit begründet wird, eine psychosomatische Fütterstörung auf der Basis einer Mutter-Kind-Interaktionsstörung ausschließen zu wollen, indem die Fütterung des Kindes für eine Zeit ausschließlich den Pflegekräften überantwortet wird (vgl. Abb. 1). Eine MbpS-Mutter, die spürt, dass sie verdächtigt wird, kann die Situation nutzen, um einen vermeintlichen Vertrauensbruch zu inszenieren („Die Ärzte sind unfähig, eine Diagnose zu stellen, und wälzen die Schuld an der Krankheit jetzt auf mich ab!“). Dieser verschafft ihr vordergründig die Legitimation, empört und ohne Verzug mit dem Kind die Klinik zu verlassen und damit die Aufdeckung schließlich zu vereiteln.

Eine Fallkonferenz unter Beteiligung des Jugendamts klärt das weitere Vorgehen zum Schutz des Kindes und legt fest, ob eine diagnostische Trennung von Mutter und Kind herbeizuführen

ist. Dazu ist in aller Regel vorab ein Beschluss des Familiengerichtes zu erwirken. Ein solcher Beschluss ist im Vorfeld der Konfrontation der Mutter mit dem Verdacht auf MbpS einzuholen, um auszuschließen, dass die Mutter nicht direkt im Anschluss an das Konfrontationsgespräch mit dem Kind die Klinik verlässt. Rechtliche Grundlage dieser akuten Trennung von Mutter und Kind ist die Inobhutnahme nach § 34 Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). Diese bezeichnet eine auch gegen den Willen der Eltern mögliche Herausnahme des Kindes aus der Familie und dessen Unterbringung in Einrichtungen und Pflege im Fall von akuter Bedrohung des Kindeswohls (vgl. auch § 1631 b BGB zur Unterbringung des Kindes). Bei ernsthafter psychopathologischer Vulnerabilität kann die Konfrontation mit dem Verdacht des MbpS eine akute Dekompensation der Mutter mit der Möglichkeit einer Selbst- und Fremdgefährdung auslösen. Entsprechend können Vorkehrun-

### Verdeckte Videoanalyse

In den angloamerikanischen Ländern ist die diagnostische Trennung weitgehend von dem Instrumentarium der verdeckten Videoüberwachung abgelöst worden. Dabei werden im Krankenzimmer in der Regel mehrere Videokameras verdeckt installiert. Eine kontinuierliche Beobachtung stellt sicher, dass im Moment der aktiven Verletzung des Kindes eine sofortige Unterbrechung und Hilfestellung erfolgen kann. Die Installation und Überwachung der Videoaufnahmen obliegt der Polizei. Der Erfolg der Maßnahme setzt voraus, dass es in der Zeit der Überwachung tatsächlich zu einem Übergriff der Mutter kommt. Daher kann die verdeckte Videoanalyse nicht gleichzeitig Misshandlung verhindern und aufdecken. Dennoch bietet sie, wenn sie erfolgreich ist, die Möglichkeit der positiven Beweisführung und der forensisch zweifelsfreien Dokumentation. Die Beweislast bei diagnostischer Trennung wiegt vergleichsweise weniger schwer, da sie den Einwand offen lässt, das Kind habe an einer nicht entdeckten Grunderkrankung gelitten, die zeitgleich zur mütterlichen Abwesenheit spontan remittiert sei.

Es versteht sich von selbst, dass eine verdeckte Videoüberwachung komplexe ethische und juristische Fragen aufwirft [7], da sie v. a. in Fällen eines falschen Verdachts Einschränkungen zentraler Grundrechte beinhaltet. Dem steht eine gravierende und möglicherweise lebensbedrohliche Gefährdung des Kindeswohls als mindestens ebenso hohes Rechtsgut gegenüber. In der Bundesrepublik Deutschland ist aufgrund rechtlicher Barrieren das Verfahren der verdeckten Videoanalyse nicht etabliert. In England und den USA ist es rechtlich abgesichert und wird in der Literatur mittlerweile als Mittel der Wahl beim aktiv fabrizierten MbpS empfohlen [22].

Hall et al. [9] haben die diagnostische Eignung der verdeckten Videoanalyse bei 41 beobachteten Fällen analysiert. In 23 Fällen (56,1%) konnte die Verdachtsdiagnose MbpS verifiziert werden. In 13 Fällen gelang die Diagnosestellung erst durch die Videoüberwachung, in weiteren 5 Fällen wurde sie wesentlich unterstützt. Bemerkenswert ist auch der Befund, dass die Videoanalyse in 4 Fällen zum Ausschluss eines MbpS und damit zur Entlastung von einem falschen Verdacht führte. Hall et al. [9] argumentierten für die Verwendung der Videoanalyse, da die bekannten Merkmale und Hinweiszeichen der Täterinnen (Tabelle 1) allein kein sensitives Instrument zur Diagnosestellung darstellen, das forensisch eindeutig und verwertbar ist. Im Ergebnis kann das Fehlen gerichtsfester Beweise für viele Kinder eine Fortsetzung ihrer Misshandlung bedeuten. Eine Diskussion und Klärung in Deutschland mit dem Ergebnis verbindlicher Richtlinien wäreünschenswert.

Tabelle 5

### Strategien zur Diagnosestellung bei Verdacht auf MbpS im stationären Setting, nach Rosenberg [21]

#### Anamnese

- Berichte zu Symptomen und Krankheitsepisoden von unabhängigen Beobachtern einholen
- Von der Mutter berichtete Details der krankheitsbezogenen, familiären und sozialen Anamnese verifizieren
- Überprüfen der Krankheitsanamnese von Geschwistern und Eltern (Praxen, Kliniken)

#### Klinische Untersuchung

- 2fache Zielsetzung und Methodik des Untersuchungsgangs: pädiatrisch und forensisch
- Beachten weiterer körperlicher wie psychischer Misshandlungsanzeichen außerhalb MbpS
- Verifizieren der Identität und Herkunft von Untersuchungsmaterial (Patient, Mutter, andere Personen; z. B. Blutgruppe)
- Toxikologisches Screening (negativer Befund schließt keine Vergiftung aus!)
- Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten (doppelblind)
- Fotografische bzw. videographische Dokumentation von Symptomen
- Aufzeichnungen von (ereigniskorrelierten) Funktionsmessungen

#### Beobachtung

- Krankenschwester dokumentiert unabhängig und parallel zu den Angaben der Mutter
- Bezugspflege mit klarer und kontinuierlicher Zuordnung von Patient zu Krankenschwester
- Dokumentation mütterlicher An- und Abwesenheit zur Überprüfung zeitlicher Assoziation mit dem Symptomverlauf

#### Management

- Falls vertretbar, Medikation zur Beobachtung und Dokumentation der Baseline der Symptomatik absetzen
- Prüfen, ob das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Mutter durch eine zugrunde liegende Motivation, aus der Einnahme der Krankenrolle einen subjektiven Gewinn zu ziehen, plausibel nachvollzogen werden kann
- Fallkonferenz zur Abstimmung zur Planung einer diagnostischen Trennung unter Beteiligung des Jugendamts
- Diagnostische Trennung der Mutter vom Kind (freiwillig oder per Beschluss des Familiengerichts)

gen im Sinne einer psychiatrischen Krisenintervention angezeigt sein.

In den angloamerikanischen Ländern hat das Verfahren der verdeckten Videoanalyse die Methode der diagnostischen Trennung weitgehend ersetzt (vgl. Infobox „Verdeckte Videoanalyse“). In Deutschland ist sie aufgrund rechtlicher Grenzen nicht etabliert.

### Entscheidung über eine längerfristige Herausnahme des Kindes aus der Familie

Bestätigt die diagnostische Trennung den Verdacht auf MbpS, erfolgt in aller Regel die längerfristige Herausnahme des Kindes aus der Familie. Diese stützt sich wie bei anderen Formen der Misshandlung und des Missbrauchs auch auf den § 1666 BGB (Gefährdung des Kindeswohls). Dort heißt es im Absatz (1):

*„Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“*

Das Familiengericht kann für die Entscheidungsfindung Sachverständige zur Begutachtung hinzuziehen [11].

Die Beschlussfassung steht, vor allem bei weiter bestehenden Zweifeln am Vorliegen eines MbpS, unter einem enormen Verantwortungsdruck, da aus einem Fehlurteil fatale Folgen resultieren: auf der einen Seite steht die Gefahr, ein Kind als Opfer von realem MbpS zu-

rück in eine gefährliche und traumatisierende Familienkonstellation mit potenziell letalem Ausgang zu entlassen (*falsch negative Urteile*); auf der anderen Seite steht die ebenso grausame Konsequenz, ein Kind aus einer vielleicht überbesorgten, aber intakten, liebevollen und unschuldigen Familie herauszunehmen (*falsch positive Urteile*).

Rand u. Feldman [19] identifizierten in einer aktuellen Literaturanalyse 7 Berichte von fehldiagnostiziertem MbpS. Die Berichte zeigen, dass vor allem Varianten abweichenden (somatoformen, hypochondrischen, simulierenden, non-complianten) Krankheitsverhaltens mit einem MbpS verwechselt werden können (vgl. Tabelle 2). Daneben muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass jemand mit dem falschen Vorwurf eines MbpS die Person, die für das Kind Verantwortung trägt, diskreditieren will. Die Dynamik ähnelt derjenigen, die unter dem Stichwort „Missbrauch mit dem Missbrauch“ Eingang in die Diskussion um physische und sexuelle Misshandlung gefunden hat.

Eine katamnestische Studie von Bools et al. [2] zum weiteren Entwicklungsverlauf von MbpS-Opfern hat sehr pessimistische Daten erbracht, was das Schicksal von Kindern angeht, die wieder in ihre Herkunftsfamilie zurückgeführt wurden. In 10 von 23 Fällen war es erneut zu Fabrikationen gekommen. Einer frühzeitigen, nicht hinreichend vorbereiteten und kontrollierten Rückführung muss daher mit hoher Skepsis begegnet werden. Aus pädiatrischer Sicht ist auch nach den familiengerichtlichen Entscheidungen ein aufmerksames Monitoring aus dem Blickwinkel der MbpS-Anamnese sehr bedeutsam. Sollte sich nach Trennung von der Mutter eine weiterhin nicht erklärliche Persistenz der Symptomatik zeigen, sind naturgemäß die getroffenen Entscheidungen noch einmal zu reevaluieren.

***Wird ein Kind tatsächlich in seine Herkunftsfamilie zurückgelassen, ist das pädiatrische Monitoring besonders entscheidend. Hier lohnt es sich, mit der Familie auf freiwilliger oder gerichtlicher Basis Vereinbarungen zu treffen, die Behandlungskontinuität bei einem Kinderarzt garantieren und Einsicht in das medizinische Inanspruchnahmeverhalten der Familie ermöglichen.***

## Fazit für die Praxis

**Wird ein Kind mit einer nicht erklärlichen, atypischen, rekurrenden Symptomatik von einer Mutter vorgestellt, die intensive, invasive Diagnostik einfordert und die Hospitalisierung anstrebt, ist differenzialdiagnostisch immer auch an ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu denken. Eine Sensibilisierung für diese Möglichkeit ist wegen der gravierenden physischen wie psychischen Traumatisierungsfolgen und des nicht selten letalen Verlaufs enorm wichtig. Andererseits sind genuin pädiatrische Grunderkrankungen und v. a. Varianten inadäquaten Krankheitsverhaltens und exzessiven medizinischen Inanspruchnahmeverhaltens durch die Mutter (Überbesorgtheit, somatoform-hypochondrisches, simulierendes Verhalten) unbedingt auszuschließen, um keinen falschen Verdacht mit ebenso fatalen Konsequenzen zu verfolgen. Geleitet von einer stringenten Ausrichtung am aktuellen und zukünftigen Kindeswohl sind für das Prozedere folgende Aspekte bestimmend:**

- ▶ eine Einschätzung der mütterlichen Motivation im Sinn eines Anstrebens der Krankenrolle,
- ▶ eine präzise pädiatrische wie forensische Dokumentation,
- ▶ eine Eingrenzung sekundärer iatrogenen Schädigung durch nicht indizierte diagnostisch-therapeutische Prozeduren,
- ▶ eine gezielte Entwicklung und Überprüfung von Hypothesen zu einer möglichen Methode der Symptombrikation,
- ▶ eine enge Abstimmung im Prozedere mit kinderpsychiatrischen bzw. kinderpsychologischen Kollegen, mit der Jugendhilfe und dem Familiengericht sowie schließlich
- ▶ die Durchführung einer rechtlich abgesicherten, diagnostischen Trennung von mutmaßlicher Täterin und Kind unter stationären Bedingungen zur Verdachtsverifizierung.

## Literatur

1. Asher R (1951) Münchhausen's syndrome. *Lancet* 1: 339–341
2. Bools C, Neale B, Meadow R (1993) Follow up of victims of fabricated illness (Munchhausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 69: 625–630
3. Bryk M, Siegel PT (1997) My mother caused my illness: the story of a survivor of Münchhausen by proxy syndrome. *Pediatrics* 100: 1–7

4. Carvalho NF, Kenney RD, Carrington PH, Hall DE (2001) Severe nutritional deficiencies in toddlers resulting from health food milk alternatives. *Pediatrics* 107: E46
5. Committee on Child Abuse and Neglect (2001) Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics* 107: 437–441
6. Eminson M (2000) Münchhausen syndrome by proxy abuse – an introduction. In: Eminson M, Postheltwaite RJ (eds) Münchhausen by proxy abuse. Butterworth, Oxford, pp 1–16
7. Evans D (1995) The investigation of life-threatening child-abuse and Münchhausen syndrome by proxy. *J Med Ethics* 21: 9–13
8. Feldman MD, Brown RMA (2002) Münchhausen by proxy in an international context. *Child Abuse Negl* 26: 509–524
9. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan S, Kenney RD, Johnson SC (2000) Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchhausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics* 105: 1305–1312
10. Keller KM, Noeker M, Hilliges Ch, Lenard H-G, Lentze MJ (1997) Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Monatsschr Kinderheilkd* 145: 1156–1162
11. Klosinski G (1999) Gutachten im vormundschaftlichen Verfahren. In: Lempp R, Schütze G, Köhnen G (Hrsg) Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Steinkopff, Darmstadt, S 65–73
12. Libow JA (1995) Münchhausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse Negl* 19: 1131–1142
13. McClure RJ, Davis PM, Meadow R, Sibert JR (1998) Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 75: 57–61
14. Meadow R (1977) Münchhausen syndrome by proxy – the hinterland of child abuse. *Lancet* 2: 343–345
15. Meadow R (1992) What is, and what is not „Munchhausen syndrome by proxy“? *Arch Dis Child* 72: 534–538
16. Meadow R (1998) Münchhausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 78: 210–216
17. Meadow R (2002) Different interpretations of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 26: 501–508
18. Noeker M (2002) Somatoforme Störungen – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit Entwicklung* 11: 129–139
19. Rand DC, Feldman MD (1999) Misdiagnosis of Münchhausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. *Harv Rev Psychiatry* 7: 94–101
20. Rand DC, Feldman MD (2001) An explanatory model for Münchhausen by proxy abuse. *Int J Psychiatr Med* 31: 113–126
21. Rosenberg D (1987) Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 11: 547–563
22. Shabde N, Craft AW (1998) Covert video analysis is acceptable – but only with a rigorous protocol. *BMJ* 316: 1603–1605
23. Snowise NG (1999) Diagnosing serious child abuse. All healthcare team members should be alert to indicators of child abuse. *BMJ* 318: 463
24. Taylor J, Daniel B (1999) Interagency practice in children with non-organic failure to thrive: is there a gap between health and social care? *Child Abuse Rev* 8: 325–338
25. Wright J (1997) Münchhausen Syndrome by proxy or medical care abuse. *J Rare Dis* 3: 5–10