

## 8 Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP)

Henryk Zamorski, Steffen Weirich, Frank Häßler

### 8.1 Vorbemerkung

Nahezu wöchentlich berichtet die Tagespresse über Kindesmisshandlungen, die im Bereich der sexuellen und körperlichen Kindesmisshandlungen nur die Spitze eines Eisberges darstellen. Nach dem Fall der neunfachen Kindstötung in Brandenburg (juristisch achtfache Kindstötung, da ein Fall bereits verjährt war) gab es am 13.03.2006 in der Presse die Mitteilung, dass eine „36-jährige, geistig verwirrte Postangestellte aus der Altmark“ seit 2001 drei ihrer Kinder getötet und auf dem Dachboden versteckt hat. Am 16.03.2006 wurde der Fund einer Säuglingsleiche in Pfungstadt gemeldet. Zum Nachdenken und auch zu mehr oder minder durchdachten sowie auch effektiven Veränderungen in den verantwortlichen Systemen provozieren dann die schockierendsten Fälle solcher Kindesmisshandlungen, die nicht selten mit dem Tod des vernachlässigten, gequälten, verletzten Kindes enden.

Dass es in Deutschland nur wenige verwertbare Statistiken bezüglich der Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung gibt, liegt sicherlich auch an der uneinheitlichen Definition. Deegener (2005) stützt sich auf eine deutsche Untersuchung von 1992, aus der hervorgeht, dass 10,8% der Befragten zwischen 16 und 59 Jahren, N=3241) in der Kindheit Opfer eindeutiger körperlicher Misshandlungen waren. In älteren von Deegener zitierten deutschen Studien bejahten 10–15% Verletzungen aufgrund solcher Misshandlungen, ohne dass diese näher klassifiziert wurden.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin unterscheidet in ihren Leitlinien zwischen extrafamiliären Formen (Kinder- und Jugendliche als Kriegsteilnehmer, Kinderhandel inklusive Adoption, Kinderprostitution, Kinderpornographie, Missbrauch durch Pädophile, Sexuelle

Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus, Vergewaltigung und Tötung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder in Institutionen und Vorenthalten von Erziehung, Bildung und gesundheitlicher Fürsorge) und intrafamiliären wie körperliche Misshandlung, spezifischen Syndromen (battered child-Syndrom, shaking infant-Syndrom, Münchhausen-Syndrom by proxy, nicht akzidentelle Vergiftungen), seelische Misshandlung, körperliche und seelische Vernachlässigung und nicht zuletzt sexuelle Misshandlung ([www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/071-003.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/071-003.htm)). Körperliche Misshandlung erfolgt mittels Schlägen, Stößen, Schütteln, Verbrennen, Stichen usw.

**§** *In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden definitorisch körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche und emotionale Kindesmisshandlung inklusive des Sonderfalls des Münchhausen-by-proxy-Syndroms und sexueller Kindesmissbrauch unterschieden. Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes ([www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/028-034.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/028-034.htm)).*

*Kindesmisshandlung im juristischen Sinne ist unter dem § 223 b StGB subsumiert:*

*„(1) Wer Personen unter 18 Jahren oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.“*

Man geht von einer Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen in der Kindheit in Deutschland bei Männern von 11,8 % und bei Frauen von 9,9 % aus. Neuere US-amerikanische Studien berichten über weitaus höhere Prävalenzen. Im Rahmen einer Fragebogenstudie (Selbstauskunft) gaben unter insgesamt 1442 Befragten 22,2 % der Männer und 19,5 % der Frauen an, über körperliche Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zu verfügen (Briere et al. 2003). Maker et al. (2005) untersuchten mit einem ähnlichen Design 251 Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, wobei die Prävalenz bezüglich kindlicher Gewalterfahrungen zwischen 65 und 78 % schwankte.

Physische Misshandlungsfolgen offenbaren sich meistens erst im Rahmen ärztlicher, in der Regel pädiatrischer Untersuchungen, wobei die Unterteilung in spezifische und unspezifische Symptome alleine trügerisch sein kann. Es gibt quasi keine typischen Symptomkombinationen. Nicht selten stehen spezifische und unspezifische Symptome nebeneinander. Vielmehr kommt es darauf an, die objektiv vorhandenen Verletzungen, Schädigungen im Gespräch mit Eltern, Angehörigen und dem betroffenen Kind richtig einzuordnen. Sind die Erklärungen plausibel, korrelierbar zum Entwicklungsstand des Kindes und werden sie durch „neutrale Dritte“ bestätigt, sollten die noch bestehenden Zweifel/Verdachtsmomente nach sorgfältiger Dokumentation (inklusive Fotos) im weiteren Verlauf durch engmaschige Kontrollen ausgeräumt werden. Erhärtet sich der Verdacht bzw. liegt eine akute Kindeswohlgefährdung vor, sind die notwendigen Schritte zum Schutz des Kindes unverzüglich einzuleiten.

Laut § 8a des Sozialgesetzbuches VIII – Kinder- und Jugendhilfe in der Fassung vom 27.12.2004 mit den eingearbeiteten Veränderungen auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes (KICK) obliegt den Jugendämtern eine Wächter- und Schutzfunktion bei vorliegender Kindeswohlgefährdung. Bei vitaler Gefährdung ist eine sofortige stationäre Einweisung indiziert.

## 8.2 Definition

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom by proxy“ wurde von Meadow 1977 in die wissenschaftliche Literatur eingeführt (Meadow 1977). In der (neueren) Literatur wird das Syndrom auch mit „artifizielle Störung bei proxy-aSbp“ oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom bezeichnet (Noeker 2004). Das MSBP ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, indem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Der oder die Sorgeberechtigte, in der Regel die Mutter, erfindet Symptome/Krankheiten, dramatisiert den Krankheitsverlauf oder verfälscht Anamnesen. Alternativ dazu bzw. in Kombination dazu werden aktiv Symptome (z. B. Apnoe, Diarrhoe, Erbrechen oder Fieber) erzeugt oder im weitesten Sinne toxische Substanzen appliziert – im schlimmsten Falle mit letalem Ausgang. Zusätzlich werden die Kinder durch bereitwillig erlaubte oder durch die Täterin geforderte invasive diagnostische oder therapeutische Eingriffe geschädigt. Dabei werden die Kenntnis der Ursachen bzw. eigene Anteile von der Täterin vehement bestritten.

Das MSBP ist durch 4 Merkmale definiert (Noeker und Keller 2002):

1. Bei einem Kind liegt ein Beschwerdebild vor, das von einem Elternteil oder einer anderen Person, die für das Kind Verantwortung trägt,

- vorgetäuscht und/oder erzeugt worden ist.
2. Das Kind wird zur medizinischen Untersuchung und extensiven Behandlung vorgestellt, häufig einhergehend mit multiplen Eingriffen.
  3. Die vorgestellte Person verleugnet ihr Wissen um die Ursachen des Beschwerdebildes.
  4. Die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

### 8.3 Epidemiologie

In einer britisch-irischen Studie werden Inzidenzzahlen von mindestens 2,8 auf 100.000 bei unter Einjährigen und mindestens 0,5 auf 100.000 bei unter Sechzehnjährigen berichtet (McClure et al. 1996). Das entspricht ungefähr einem Fall pro Jahr unter 1 Million Einwohnern. Höhere Dunkelzahlen aufgrund nicht aufgedeckter Fälle können vermutet werden. Bis zu 10 % der betroffenen Kinder sterben und über 50 % entwickeln eine Langzeitmorbidity (Department of Health 2006). Extrem gefährdet sind auch die Geschwister von MSBP-Opfern.

### 8.4 Kasuistik

Anhand eines durch die Autoren bearbeiteten authentischen Falles sollen nachfolgend die Todesumstände eines Kindes näher beleuchtet und eine natürliche vs. unnatürliche Todesursache diskutiert werden.

Nach dem Tod eines 15 Monate alten Mädchens war in einem rechtsmedizinischen Gutachten nachdrücklich auf folgende Aspekte hingewiesen worden:

*„Bei dem knapp 1 ½-jährigen Mädchen konnten weder bei der Obduktion noch bei den anschließenden feingeweblichen Organuntersuchungen Befunde erhoben werden, die dessen plötzlichen Tod zwingend erklären. Es konnten auch keine krankhaften Organveränderungen festgestellt werden, die als Grund für die vielfachen stationären und ambulanten Behandlungen des Kindes angesehen werden könnten. Eine zum Tode führende Vergiftung konnte ebenfalls durch die toxikologisch-chemische Untersuchung ausgeschlossen werden. Ungewöhnlich war in diesem Zusammenhang lediglich der Nachweis von Koffein, auch wenn sich die Organkonzentrationen nicht im toxisch relevanten Bereich befanden. Die feingeweblichen Befunde wiesen wiederum in ihrer Gesamtheit auf eine dem Todeseintritt vorausgegangene allgemeine Sauerstoffnot hin, so dass zum Beispiel alternativ ein Erstickungstod (evtl. Atemwegsverlegung durch weiche Bedeckung) durchaus in Betracht käme. Das ansonsten leere Obduktionsergebnis passt sich andererseits in die auffällige Krankenvorgeschichte des Kindes mit insgesamt 11 stationären Aufenthalten und dazwischen liegenden häufigen ambulanten Behandlungen (42), bei denen niemals wesentliche Erkrankungen festgestellt werden konnten, ohne weiteres ein.“*

Durch die Staatsanwaltschaft erfolgte die Bitte um eine forensisch-psychiatrische gutachterliche Äußerung, ob der seitens des Institutes für Rechtsmedizin geäußerte Verdacht auf das Vorliegen eines Münchhausen-Syndroms by proxy geteilt werde bzw. bestätigt werden könne.

Das verstorbene Mädchen war als das jüngste von insgesamt drei Geschwisterkindern geboren worden, wobei der älteste Bruder 3 Jahre älter und der mittlere Bruder 1 ½ Jahre älter waren. Bei der Kindesmutter handelte es sich um ein Adoptivkind; sie verfügte über den Abschluss der 8. Klasse der Hauptschule. In den 15 Monaten, in denen das Mädchen lebte, wurde es – wie bereits erwähnt – 11-mal stationär und 42-mal ambulant behandelt bzw. vorgestellt.

Im Alter von 9 Wochen fand ein erster stationärer Aufenthalt statt. Aus den Aufzeichnungen ging hervor, dass sowohl das Geburtsgewicht mit 3150 g als auch die Geburtslänge mit 49 cm und die bisherige Entwicklung keinerlei Auffälligkeiten aufwiesen. Die Einweisung war über den Notarzt erfolgt, wobei das Kind am Aufnahmetag plötzlich geschrien hätte, dann blau angelaufen wäre und für ca. 10–20 Minuten keine Luft geholt habe. Des Weiteren wurde erwähnt, dass die Patientin auch Blut gespuckt hätte. Im Aufnahmebefund wurden ein reduzierter Allgemeinzustand bei gutem Ernährungszustand, ein blasses Hautkolorit und eine große Fontanelle beschrieben. Bis auf einen Nabelbruch und eine behinderte Nasenatmung sowie etwas verschärfte Atemgeräusche wurden keine nennenswerten Auffälligkeiten registriert. Die Patientin war vor diesem ersten stationären Aufenthalt schon in HNO-ärztlicher Behandlung gewesen. Im Rahmen der fast dreiwöchigen Therapie erfolgten bei ursprünglicher Speineigung sowie Durchfällen und einer leichten Temperaturerhöhung bis 38°C eine diätetische Behandlung und ein anschließender Nahrungsaufbau. Als Entlassungsdiagnosen wurden eine Rhinopharyngitis acuta, eine Gastroenteritis durch Rotaviren, Soor, vermehrte Speineigung und eine Infektanämie gestellt. Auffällig war, dass aus den Krankenunterlagen nicht hervorging, ob und wenn ja, wie oft und in welcher Form sich die Eltern über das Befinden ihres Säuglings erkundigt haben. Eintragungen zu Anrufen oder Besuchen, die in der Regel in der Pflegedokumentation vermerkt werden, fanden sich nicht.

Die zweite stationäre Aufnahme erfolgte bereits zwei Tage nach der ersten Entlassung wegen Husten, Unruhe und fiebrigen Temperaturen bis 39°C. Aus der Krankenakte ging hervor, dass sich der Schnupfen gebessert hätte und Durchfälle nicht mehr aufgetreten seien. Die Entlassungsdiagnosen lauteten Bronchopneumonie, Otitis media acuta beidseits, Rhinopharyngitis, akute Gastroenteritis, Mundsoor, Windeldermatitis. Dabei wurde die Diagnose einer Lungenentzündung nur aufgrund eines auskultatorischen Befundes gestellt. Es erfolgte keine röntgenologische Absicherung. Wiederum ging aus den Behandlungsunterlagen nicht hervor, ob und wenn ja, in welcher Form eine Kontaktaufnahme der Eltern zu ihrem Kind bzw. zum Krankenhauspersonal stattfand.

Im Alter von knapp 5 Monaten erfolgte ein Aufenthalt in einer Universitätskinderklinik und somit nicht in dem Krankenhaus, in dem die beiden ersten Aufenthalte stattgefunden hatten. Von der Mutter gemachte Angaben

zu früheren Krankenhausaufenthalten waren nicht korrekt; es gab hierzu auch keine Unterlagen.

Als jetziger Einweisungsgrund wurde angegeben, dass das Mädchen blau geworden wäre, die Augen verdreht habe und dann geschrien hätte. Im Schreien wäre ihr plötzlich die Luft weggeblieben. Obwohl im Aufnahmebefund vermerkt wurde, dass das Kind einen akut kranken Eindruck machte, fanden sich bis auf einen mäßigen Pflegezustand und eine genitoanale Soor-dermatitis keinerlei weitere Auffälligkeiten bzw. Normabweichungen. Zwar wurde die Diagnose eines Zyanoseanfalls gestellt; in der Epikrise wurde aber darauf hingewiesen, dass das von der Mutter geschilderte Geschehen keinem eindeutigen Krankheitsbild zugeordnet werden konnte. Suspekt war, dass die Diagnose „Zyanoseanfall“ nur auf den Bericht der Mutter zurückging. Sie konnte durch unbeteiligte Dritte bzw. Fachleute nicht verifiziert werden.

Beim nächsten Krankenhausaufenthalt ging aus dem Krankenblatt hervor, dass die kleine Patientin nach Abwesenheit der Kindesmutter bei deren Rückkehr blau gewesen sein soll. Darüber hinaus hätte sie aus Mund und Nase geblutet. Es gab einen Hinweis, dass die beiden Geschwister mit einer ähnlichen Symptomatik früher in einer anderen Klinik behandelt worden wären. Im Vergleich zur Voraufnahme wurden wiederum abweichende Angaben zu früheren Krankenhausaufenthalten getätigt. Im Aufnahmebefund selbst fanden sich keinerlei Normabweichungen. Aus der Pflegedokumentation ging hervor, dass die Kindesmutter ihre Tochter in der Klinik besucht hatte. Als Diagnosen wurden Zustand nach Fieberkrampf, Pharyngitis acuta und Bronchitis acuta gestellt. Aus der Epikrise ging des Weiteren hervor, dass das 2-mal abgeleitete Elektroenzephalogramm unauffällig war. Die durch den Notarzt beschriebene blutige Sekretion aus der Nase konnte nicht erklärt werden. Es erfolgte ein ausführliches Gespräch mit den Eltern über das Verhalten bei einem Krampfanfall. Das fragliche Anfallgeschehen wurde nur durch die Mutter beschrieben. Eine Objektivierung bzw. Verifizierung war durch die Diagnostik nicht möglich. Es fand sich die erste dokumentierte Verdachtsäußerung einer möglichen Außeneinwirkung – Blut im Bereich von Mund und Nase.

Beim nachfolgenden stationären Aufenthalt berichtete die Kindesmutter wiederum, das Kind blau im Bett vorgefunden zu haben. In den Unterlagen wurde vermerkt, dass

*„nach wie vor kein echter Hinweis auf externe Gewalteinwirkung (besteht). Im Gespräch mit der Mutter wurde auf die Diskrepanz zwischen dem Befinden des Kindes auf Station und zu Hause hingewiesen. Keine sicheren Anhaltspunkte für die angegebene Symptomatik.“*

Das Kind habe laut Mutter eine weiße Hautfarbe, eine periphere Zyanose und eine Schnappatmung aufgewiesen. Im Krankenwagen sei es dann unter Sauerstoffgabe zu einer Besserung gekommen. Nachdem die Eltern ursprünglich eine Diazepamgabe verneint hatten, gab die Mutter in einem späteren Gespräch doch zu, ihrem Kind 5 mg Diazepam verabreicht zu haben, weil sie

davon ausgegangen wäre, dass „Diazepam bei Fieber helfen würde“. Bei Aufnahme machte das Kind einen deutlich kranken Eindruck bei reduziertem Allgemeinzustand und wechselnder Bewusstseinslage. Die Atmung war angestrengt mit tiefen Einziehungen und beidseits grobblasigen Geräuschen; des Weiteren war die Atmung beschleunigt. Aus dem Pflegebericht ging hervor, dass die Mutter sowohl allein als auch gemeinsam mit dem Kindsvater das Mädchen des Öfteren besucht habe. Es war ein Eintrag zu finden, der sich auf die Kindesmutter während eines Besuches bezog: „Machte heute einen fürsorglichen Eindruck (...).“ Als Diagnosen wurden eine „Oberlappenpneumonie mit schwerem Schockereignis unklarer Ätiologie“ und eine „mukopurulente Tracheobronchitis“ gestellt. Die Lungenentzündung hatte sich – röntgenologisch bestätigt – zurückgebildet. Alle anderen Befunde, einschließlich EKG, Liquorbefund und EEG waren unauffällig. In der Epikrise wurde der Verdacht auf eine Fremdeinwirkung – Fehlverhalten – explizit geäußert.

Da das Kind schon wiederholt in unserer Klinik stationär war und aus Gesamtsicht auch der Verdacht auf eine Fremdeinwirkung – Fehlverhalten bestand, wurde das Jugendamt informiert und um eine Familienbetreuung gebeten. Dies wurde zugesichert und gleichzeitig ein Überwachungsgerät bei Gefahr eines Plötzlichen Kindstodes verordnet. Die Eltern wurden entsprechend eingewiesen. Suspekt war, dass die Oberlappenlungenentzündung keine entzündliche Genese hatte, sondern am ehesten auf das Verschlucken eines Fremdkörpers bzw. auf einen passageren Sauerstoffmangel zurückzuführen war.

Nach einem weiteren stationären Aufenthalt im Alter von 9 Monaten wegen fiebriger Temperaturen sowie eines Erkältungsinfektes (Diagnosen: Bronchopneumonie, Tonsillopharyngitis acuta, genitoanale Soordermatitis), der keine Besonderheiten gezeigt hatte, fand 2 Wochen später aufgrund fiebriger Temperaturen sowie eines Schreikrampfes eine erneute Einweisung in die zuletzt aufgesuchte Klinik statt. Laut Eintragung machte das Kind einen wenig kranken Eindruck. In der dürftigen Pflegedokumentation fand sich erst nach 13 Behandlungstagen ein Eintrag, dass die Oma die Patientin im Krankenhaus besucht hätte, die Kindesmutter folgte dann einen Tag später. Aus der biochemischen Diagnostik wurde folgendes Untersuchungsergebnis übermittelt: „unbekannte Substanz (Arzneimittel?) vorhanden“. Laut toxikologisch-chemischem Befundbericht konnten aber keine Arzneistoffe nachgewiesen werden. Suspekt war somit einerseits, dass die Klinikeinweisung ohne deutliche Krankheitszeichen erfolgte, andererseits die Detektierung unbekannter Substanzen.

Beim nachfolgenden, 2 Wochen später erfolgten Klinikaufenthalt war im Aufnahmebefund dokumentiert, dass die Patientin keinen kranken Eindruck machte. Als Aufnahmegrund fand sich einzig und allein eine erhöhte Temperatur bis 38,7°C. Aus der Epikrise geht hervor, dass das Mädchen 20 Minuten nach Einweisung einen akuten tonischen Krampfanfall bot, der auf eine Unterzuckerung unklarer Genese zurückgeführt wurde. Mehrere ausführliche Gespräche mit den Eltern, auch über die Möglichkeit einer Intoxikation zum

Beispiel mit oralen Antidiabetika wurden geführt, zumal die Großmutter väterlicherseits Diabetikerin war.

Beim Folgeaufenthalt gab die Kindesmutter an, dass ihre Tochter plötzlich im Kinderwagen blau gewesen wäre und den rechten Arm nach hinten verdreht hätte. Ihrer Meinung nach habe sie keine Luft geholt, erst nachdem sie sie aus dem Kinderwagen genommen und geschüttelt hätte, sei sie wieder zu Bewusstsein gekommen. Im Aufnahmebefund war vermerkt worden, dass die Patientin keinen akut kranken Eindruck machte. Ihr Pflegezustand wurde aufgrund unsauberer Stellen im Geschlechtsbereich nur als mäßig deklariert. Während des stationären Aufenthaltes hatte sie leicht erhöhte Temperaturen und wurde 3-mal von der Oma und nur 1-mal von der Kindesmutter besucht. Während als Diagnose der „Verdacht auf Krampfanfall unklarer Genese“ gestellt wurde, wurde in der Epikrise erwähnt, dass neben den Schmutzresten bei Einlieferung Blutergüsse an beiden Schienbeinen imponierten. Aufgrund der Vernachlässigung wurde nochmals Rücksprache mit dem Jugendamt gehalten. In der Epikrise wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Eltern eine vereinbarte Wiedervorstellung in der neuropädiatrischen Sprechstunde nicht wahrnahmen. Suspekt blieb, dass es keine objektiven Hinweise auf einen abgelaufenen Krampfanfall gab, lediglich die Angaben der Kindesmutter. Darüber hinaus hatten sich deutliche Zeichen eines vernachlässigten Pflegestiles gezeigt.

Schließlich fand ein weiterer stationärer Aufenthalt zu Beginn des 15. Lebensmonats der Patientin statt, bei dem die Diagnosen einer akuten Gastroenteritis (Rotaviren), einer Pharyngitis acuta und einer Soordermatitis genitogluteal gestellt wurden, der jedoch keine nennenswerten Merkwürdigkeiten, Ungereimtheiten bzw. Widersprüche zeigte.

In einem weiteren Krankenhaus, das bisher nicht aufgesucht worden war, fand dann der letzte stationäre Aufenthalt der kleinen Patientin nach Einweisung durch einen HNO-Facharzt statt. Im Aufnahmebogen wurde vermerkt, dass das Mädchen zwei Wochen zuvor aufgrund einer Rotavirusenteritis behandelt worden war. Eintragungen über andere stationäre Krankenhausaufenthalte fanden sich nicht. Aufnahmeanlass war die geplante Adenotomie aufgrund einer Mundatmung und häufigen Schnupfens. Der Pflegezustand wurde im Aufnahmezustand als schlecht bezeichnet; als Diagnosen waren „adenoide Vegetationen und eitriger Schnupfen“ vermerkt worden. Die Eltern gaben erst am Vorabend der geplanten Operation ihre Einwilligung, da sie vorher nicht erreichbar waren. Soweit aus den Unterlagen des Hausarztes ersichtlich war, gab es nach der Entlassung aus dem Klinikum keine unmittelbare Nachbetreuung im Sinne einer Kontrolluntersuchung. Suspekt blieb, warum die behandelnden Kollegen von Seiten der Eltern nicht über die 10 stationären Voraufenthalte informiert wurden. Dass die Eltern ihre Tochter mit einem der Operation entgegenstehenden Infekt zur stationären Aufnahme brachten und erst Tage nach dieser die Einwilligung zur Operation bzw. Aufklärung unterschrieben, warf zusätzliche Fragezeichen auf. Der schlechte Pflegezustand der Patientin wies auf eine deutliche Vernachlässigung hin.



Laut notärztlichem Protokoll ist der Tod der Patientin vier Wochen nach dem letzten Klinikaufenthalt in den Mittagsstunden eingetreten. Die Mutter habe gegenüber dem hinzugerufenen Arzt geschildert, dass sie ihre Tochter gegen 11:30 Uhr nach dem Mittagessen ins Bett zum Schlafen gelegt habe. Gegen 13:00 Uhr hätte sie nach dem Kind gesehen und festgestellt, dass es total blau sei und nicht mehr atmete. Daraufhin habe sie die Polizei angerufen und mit der Mund-zu-Mund-Beatmung begonnen, dabei waren die Eltern hinsichtlich einer gerätetechnischen Überwachung des Schlafes ihres Kindes eingewiesen worden und mit den entsprechendem Gerät ausgerüstet. Unklar blieb, warum das kardiorespiratorische Kontrollgerät mit oder ohne Pulsoxymeter, wenn es sich zum Zeitpunkt des Todes noch im Besitz der Eltern befand, während des Mittagsschlafes nicht in Betrieb genommen worden war. Ein klassischer Plötzlicher Kindstod ist im Alter von 15 Monaten eher ungewöhnlich. Nach der letzten stationären Aufnahme und der damit verbundenen HNO-ärztlichen Operation hätte die Atmung nicht mehr wesentlich behindert sein dürfen.

Insgesamt überwogen somit deutlich Hinweise, die die Annahme eines Münchhausen-Syndroms by proxy (MSBP) stützten. Nicht die häufigen ambulanten und stationären Behandlungen (teils nicht medizinisch indiziert) alleine, sondern vielmehr die klassischen Diagnosen, die zu mehreren stationären Einweisungen führten, wie Atemstillstand und epileptischer Anfall, die im Wesentlichen auf alleinige Angaben der Kindesmutter beruhten, als auch der hypoglykämische Anfall 20 Minuten nach der stationären Aufnahme wiesen im Zusammenspiel mit der zunehmenden Vernachlässigung der Patientin darauf hin, dass es im häuslichen Umfeld, insbesondere in der Beziehung zur Kindesmutter Probleme und Konflikte gegeben haben musste. Um den durch die Rechtsmediziner und teilweise auch durch die Pädiater geäußerten und durch das Studium der Krankenunterlagen erhärteten Verdacht auf ein MSBP zu verifizieren, bedurfte es jedoch zusätzlicher Informationen (Angaben über die Persönlichkeit und das Auftreten der Kindesmutter, deren Beziehungsgestaltung bzw. Verhalten zur Tochter, Reaktionen bei Vorschlägen bzgl. Einschaltung des Jugendamtes bzw. Konfrontationen mit den aufgetauchten Verdächtigungen). Wichtig zu erfahren war für eine endgültige und abschließende Einschätzung auch, inwieweit das Jugendamt involviert war, bzw. welche Informationen dort über das familiäre und häusliche Umfeld vorliegen. Letztendlich erschien eine Begutachtung der Kindesmutter unerlässlich, auch wenn die Gefahr bestand, dass sie keine Angaben machen würde.

Nach zusätzlicher Sichtung der die beiden Brüder der verstorbenen Patientin betreffenden Krankenaufzeichnungen des behandelnden Hausarztes fanden sich keine Hinweise, die den Verdacht auf das Vorliegen eines MSBP zu diesem Zeitpunkt bzw. die beiden Brüder tangierend, stützen würden. Jedoch festigten die analysierten Unterlagen die Annahme, dass die Eltern in der Erziehung überfordert waren. Die Kindesmutter war zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Sohnes 18 Jahre alt. Für die angenommene Überforderung gab es sowohl Hinweise aus den Krankenunterlagen (Vernachlässigung, Bagatellisierungstendenzen

hinsichtlich durchgemachter Erkrankungen, nicht mehr entwicklungsgemäßes Windeln), als auch in den Aussagen der Leiterin der Kindertagesstätte, die die Geschwisterkinder besucht hatte. Den Mitarbeitern der Tagesstätte erschien es merkwürdig, dass die Kindesmutter oft sehr lustig über die Krankenhausaufenthalte ihrer Tochter sprach. Die Mitarbeiter sahen es als medizinische Laien häufig nicht als gerechtfertigt an, dass das von ihnen zu betreuende Kind stationär eingewiesen werden musste. Die Kindesmutter hatte den Mitarbeitern als stationäre Einweisungsgründe häufig Husten, Durchfall oder ungenügendes Essverhalten angegeben. Deckungsgleich mit den Angaben aus der Literatur (Noeker 2004), dass die Täterinnen, in der Regel die Mütter, „offensichtlich in den meisten Fällen im Mittelpunkt stehen wollen“, um damit Aufmerksamkeit, Drama, Respekt, Bewunderung oder Fürsorglichkeit zu erleben“, war die Einschätzung der Familienhelferin. Sie hatte zu Protokoll gegeben, dass die Kindesmutter ein starkes Geltungsbedürfnis und einen hohen Bedarf an Aufmerksamkeit hatte. Ein weiteres mögliches Motiv wurde in der Aussage deutlich, dass die Kindesmutter immer große Pläne gehabt habe und hierbei schnell zu begeistern gewesen sei. Die Umsetzung dieser Pläne scheiterte aber in der Regel. So hatte sie bisher alle begonnenen Ausbildungen abgebrochen. Ein weiteres mögliches Motiv war die Dominanz des Ehemannes, der durch seine Funktion des Alleinverdieners innerhalb der Familie „das Sagen hatte“. Das Verhältnis zwischen der Kindesmutter und den in ihrem Haushalt mit lebenden Schwiegereltern war angespannt. Insgesamt kristallisierte sich aus gutachterlicher Sicht eine motivationale Gemengelage heraus. Diese setzte sich zusammen aus der erzieherischen Überforderung mit dem dritten, „kränkelnden“ Kind, der untergeordneten Stellung der Kindesmutter im familiären Kontext – Schwiegereltern, dominierender Ehemann – und dem Geltungsstreben der Kindesmutter, wobei sie die wichtige fürsorgliche Mutterrolle am ehesten in Phasen bzw. Situationen, wo ihre Tochter krank war, demonstrieren konnte. Die von mehreren Personen beobachtete und beschriebene Gefühlskälte zum Zeitpunkt des Todes ihrer Tochter bzw. ihre emotionale Unbeteiligung auch danach, erhärteten den Verdacht auf ein MSBP. Aus gutachterlicher Sicht wäre noch zu klären gewesen, inwieweit das verstorbene Mädchen ein Wunschkind war und inwieweit sie vom Kindesvater und dessen Eltern akzeptiert wurde, und wie weit sich die familiäre Beziehungskonstellation durch Krankheiten einzelner Mitglieder, insbesondere des Mädchens, veränderte. Dafür gab es kein Mandat des Auftraggebers. Eine Anklage wurde wegen zu dürftiger Beweise nicht erhoben.

**Ohne dass die genaue Todesursache verifiziert werden konnte, lässt sich in dem beschriebenen Fall unschwer eine Zunahme an manipulativen Aktivitäten von Seiten der Mutter (Eltern) konstatieren. Neben bewusster Aggravierung in der Symptomschilderung, falschen Angaben zu vermeintlichen Krankheitsanzeichen, zunehmender Verwahrlosung und Ausübung physischer Gewalt (Blutergüsse an beiden Schienbeinen) kam es zu aktiven Manipulationen (hypoglykämischer Schock)**

**am Körper des Kindes zur Vortäuschung von Krankheitszeichen, die zu einer objektiven Schädigung führten.**

Nahezu alle auf MSBP hin deutenden Merkmale sind in diesem Fall erfüllt:

1. Berichtete Symptome und erhobene Befunde sind medizinisch nicht plausibel bzw. mit dem klinischen Gesamtbild nicht kompatibel.
2. Nicht erklärbare ungünstige Response auf therapeutische Interventionen bis hin zur Symptomverschlimmerung.
3. Symptomverschiebungen bzw. Auftreten angeblich neuer Symptome im Zusammenhang mit medizinischen Interventionen.
4. Von den Eltern berichtete Symptome werden nicht durch Dritte bestätigt.
5. Das Kind weist prototypisches Alltagsverhalten (berichtet) auf, wie es gemäß Lehrbuchwissen zu erwarten ist.
6. Die Angaben der Mutter (Eltern) zur Anamnese der Vorbehandlungen sind unvollständig.
7. Die präsentierte Symptomatik umfasst Anfälle, Bewusstseinsverlust, Apnoe, Diarrhö und rezidivierende fieberhafte Infekte.

Dagegen finden sich keine prototypischen Merkmale der Mutter nach Noeker und Keller (2002), wohl aber nach Rosenberg (2002) (s. Tab. 9). Wie in den meisten ähnlich gelagerten und beschriebenen Fällen liegt eine Kombination von unterschiedlichen Merkmalen und Motiven vor.

Tab. 9 Merkmale/Motive der Täterinnen

| nach Noeker und Keller 2002                                     | nach Rosenberg 2002  |
|---|--|
| ständige Anwesenheit der Mutter während des Klinikaufenthaltes  | gute Kompensation psychopathologischer Auffälligkeiten (vorrangig Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen)                |
| Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal | Stabilisierung oder Aufwertung eines geringen Selbstwertgefühles durch Aufopferung und/oder Kontakte zu medizinischem Personal |
| Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich    | unsichere Bindungsmuster   |
| ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen           | Überforderung bei geringer Stresstoleranz, Abneigung und Hass gegenüber dem Kind, sublimiert durch Überfürsorglichkeit         |
| Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme wie bei der Mutter   | eher aus der Mittelschicht stammend  |
| Verfälschung auch der psychosozialen Anamnese                   | Mittelpunktstrebigkeit, Streben nach Anerkennung durch den Partner, durch die Familie  |

## 8.5 Schlussfolgerungen

Aus den genannten Gründen ist es in höchstem Maße wichtig, einem MSBP-Verdacht mit größter Sorgfalt unter Berücksichtigung aller psychosozialen Belastungsfaktoren aber auch potenziell protektiver Aspekte vor dem Hintergrund des familiären Funktionsniveaus nachzugehen.

### Guidelines zur Missbrauchsverifizierung

(nach Department of Health: [www.doh.gov.uk/PolicyAndGuidance/fs/en](http://www.doh.gov.uk/PolicyAndGuidance/fs/en))

1. kontinuierliche professionelle Beobachtung, Trennung von den Eltern/ Sorgeberechtigten,
2. gründliche Untersuchung bezüglich geschilderter Symptome – diese ad absurdum führen, das betroffene Kind anhören, Eltern über Verdacht aufklären,
3. systematische Sammlung von Informationen über das Kind, Geschwister und Eltern einschließlich Vorerkrankungen, Vorbehandlungen, Sozialstatus und Vorstrafen,
4. multiprofessionelle Mehrebenenagnostik unter Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
5. sorgfältige und umfängliche Dokumentation aller außergewöhnlichen Ereignisse, optional Videoüberwachung (ohne Einverständnis in der BRD nicht legal),
6. kritische Reflexion der Interaktionen zwischen Arzt bzw. medizinischem Personal und Kindesmutter – (Schwärmerei bis Liebeswahn).

Die Bemühungen zur Aufklärung der ursächlichen Dynamiken sollten jedoch nicht die Ausmaße einer „Hexenjagd“ annehmen, da ein ausgesprochener (unberechtigter) MSBP-Vorwurf eine schwerwiegende Anschuldigung ist, die strafrechtliche Ermittlungen, Anklage und sogar eine Verurteilung zur Folge haben kann. Rand und Feldman (1999) und Schreier (2002) zeigten anhand von Fallbeispielen MSBP-Fehldiagnosen auf, die teilweise zu Gerichtsverfahren und zu vorübergehendem Sorgerechtsentzug führten. Um bei der MSBP – Diagnose sowohl die Fehler „erster Art“ (Übersehen eines MSBP) als auch „zweiter Art“ (falsch positive Diagnose) so gering wie möglich zu halten, listeten die beiden Autoren alternative Erklärungen für Verhaltensweisen auf, die typischerweise auch bei MSBP auftreten. Beispielsweise können Eltern, die ihren Kindern auch in der Klinik nicht von der Seite weichen und exzessiv um die Gesundheit ihres Kindes bemüht sind, überängstlich und besorgt sein, ohne in einer MSPB-Motivation zu handeln, da sie davon überzeugt sind, dass ihr Kind in der Tat krank und hilfebedürftig ist. Zu dieser Kategorie zählen auch Eltern, die den Arzt wechseln, weil sie glauben, dass ihr Kind bisher nicht richtig diagnostiziert oder behandelt wurde. Auch bei Noeker und Keller (2002) findet sich eine Auflistung klinischer Szenarien, die einen MSBP-Verdacht nahe legen, aber auch anders interpretiert werden können. Die Grenzen zwi-

schen MSBP und diesen anderen Kategorien sind oft nicht so scharf zu ziehen. Nach Schreier beinhaltet MSBP sowohl die Diagnose auf Seiten des Kindes als auch die der Eltern/Sorgeberechtigten, die ihr Kind schädigen, um eigene psychische Bedürfnisse zu bedienen.

Bei Bestätigung eines MSBP und akuter gesundheitlicher Gefährdung des Kindes bzw. medizinischer Behandlungsbedürftigkeit kommt es im Rahmen eines integrativen Behandlungsansatzes auf ein schnelles interdisziplinäres und effizientes Vorgehen an:

1. Erstes Ziel ist die Sicherung des Kindeswohles unter sorgfältiger Abwägung aller Aspekte (Warnung vor übereilem Handeln, um Kinder nicht noch mehr zu viktimisieren),
2. frühstmögliche Erkennung von Risikofaktoren, frühe Diagnosestellung, schnelle und angemessen konsequente Reaktionen,
3. Hilfekoordinierung unter Einbeziehung aller Institutionen,
4. effektive therapeutische und pädagogische Hilfen realisieren, um beim Kind Sicherheit, Schutz und Vertrauen herzustellen, das Subsystem Familie zu stärken bzw. zu befähigen, mit Problemen im Vorfeld von Kindeswohlgefährdung umzugehen,
5. bei Verdacht auf MBPS rechtzeitige Information an das Jugendamt, bei Scheitern familientherapeutischer, einzeltherapeutischer, stützender, das System Familie erhaltender Interventionen sollte eine Inobhutnahme oder sogar ein Sorgerechtsentzug/Aberkennung des Aufenthaltsbestimmungsrechtes erfolgen.

## Literaturverzeichnis

- Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 27 2003: 1205–1222.
- Deegener G. Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In: Deegener G, Körner W. (Hrsg.) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe, Göttingen 2005: 37–58.
- Department of Health. Safeguarding Children in Whom Illness is Induced or Fabricated by Carers with Parenting Responsibilities. <http://www.doh.gov.uk/PolicyAndGuidance/fs/en>. 2006: 1–64.
- Maker AH, Shah PV, Agha Z. Child physical abuse: prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent-child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. *J Interpers Violence* 20 2005: 1406–1428.
- McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 75 1996: 57–61.
- Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 2 1977: 343–345.
- Noeker M, Keller KM. Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 150 (2002), 1357–1369.
- Noeker M. Artificielle Störung und artifiziale Störung by proxy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 53 2004: 449–467.
- Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: A Literature Review and Four New Cases. *Harvard Rev Psychiatry* 7 1999: 94–101.
- Rosenberg AD. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Falsches Spiel mit der Krankheit. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. (Hrsg.) *Das misshandelte Kind*. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2002: 615–642.
- Schreier H. Munchausen by Proxy Defined. *Pediatrics* 110 2002: 985–988.