

K.M. Keller¹ · M. Noeker¹ · Ch. Hilliges² · H.-G. Lenard² · M.J. Lentze¹

¹ Zentrum für Kinderheilkunde, Universität Bonn

² Zentrum für Kinderheilkunde, Universität Düsseldorf

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Zusammenfassung

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ist eine subtile Form der Kindesmißhandlung. Die Diagnose ist äußerst schwierig. Das liegt zum einen an den oberflächlich betrachtet fürsorglichen Eltern und andererseits an den biologisch-technisch ausgerichteten Medizinern, die entscheidend, aber unwissentlich lange Mitmißhandler sind. Letztere verteilen sich auf viele, miteinander zu wenig kommunizierende Fachdisziplinen und werden oft direkt von den Patienten kontaktiert. Die Erfindung glaubhafter medizinischer Symptome durch die meistens verantwortlichen Mütter beruht oft auf einer eigenen „medizinischen Ausbildung“ und/oder in der zunehmenden Medizinalisierung der breiten Öffentlichkeit. Eine Warnliste an Symptomen und Konstellationen sollte den Haus- oder Kinderarzt für artifizielle Krankheiten sensibilisieren, um möglichst früh erste diagnostische Schritte einzuleiten. Es ist entscheidend, daß ein verantwortlicher Kinderarzt die Initiative ergreift und die Fäden in der Hand behält. Die beweisende Diagnose ist oft nur im Team in Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatrie, Pädagogik, Justiz und Jugendbehörden möglich und erfordert die Trennung von Mutter und Kind. Erfolgreiche therapeutische Ansätze für die Täter existieren nur vereinzelt. Bei fehlender Trennung von der Familie oder zu frühem Retransfer ist die Prognose für die mißhandelten Kinder sehr ungünstig. Ein wissenschaftstheoretischer Ansatz zum besseren Verständnis der Psychopathologie und zur Entwicklung neuer therapeutischer Alternativen ist erforderlich.

Schlüsselwörter

Münchhausen-by-proxy-Syndrom · Kindesmißhandlung · Artifizielle Krankheiten · Rechtsmedizin

In der Pädiatrie sind Ärzte vor Einleitung einer Diagnostik und Therapie bei ihren Patienten auf eine detaillierte Erhebung der Vorgeschichte angewiesen. Bei Säuglingen und Kleinkindern müssen die Angaben von Eltern oder Erziehungsberechtigten herangezogen werden, in späterem Alter können auch die Patienten selbst zu ihrem Krankheitsbild anamnestisch beitragen. Ärzte sind in der Regel so ausgebildet, daß sie den elterlichen Aussagen zunächst einmal Glauben schenken und davon ausgehen, daß die Krankheitssymptome echten Problemen des Kinds entsprechen. Zudem verstehen sich Kinderärzte in besonderem Maß als Vermittler zwischen den Krankheiten ihrer Patienten und den berechtigten oder unberechtigten Sorgen von Eltern und u.U. sogar weiteren Familienangehörigen. Auf der Basis der Vorgeschichte und des klinischen Untersuchungsbefundes wird in der Regel eine Krankheitshypothese aufgestellt und eine diagnostische Abklärung anberaunt. Je nach Komplexität des Krankheitsbilds und je nach Ergebnissen der ersten Untersuchungen kann die Diagnostik umfangreich und damit sehr teuer, für das Kind sehr eingreifend, schmerzhaft und sogar gefährlich werden. Bei ausbleibender Klärung einer Symptomatik entwickeln wissenschaftlich interessierte und ehrgeizige Mediziner auf der Suche nach dem ganz seltenen und noch nicht beschriebenen Stoffwechseldefekt u.U. immer neue Ideen zur weiteren Untersuchung eines Kinds, wenn Eltern diesen Maßnahmen zustimmen. Es wird zu wenig darauf Wert gelegt, auf die Plausibilität von berichteten Symptomen zu achten, diese zu hinterfragen oder sich selbst als Arzt in seinen Reaktionen und Maßnahmen in Frage zu

stellen. Es ist menschlich nur zu verständlich, daß mögliche ärztliche Irrtümer lange nicht zugegeben werden können [38].

Aus diesem Grund soll im folgenden ein Überblick über ein Krankheitsbild gegeben werden, das wahrscheinlich gar nicht so selten vorkommt und oft zum großen und meist irreversiblen Schaden der Betroffenen nicht diagnostiziert wird. Dies läßt sich aus Untersuchungsergebnissen von Apnoeüberwachungsprogrammen [17], Asthmafällen [12] sowie Umfragen bei Kindergastroenterologen und -neurologen [36, 37] schließen.

Wir möchten den Kinderärzten hierzu einige Hinweise zur Verdachtsdiagnose und zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen aus der Literatur und eigenen klinischen Erfahrungen geben. Dabei soll klar herausgestellt werden, daß das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) eine Grenzdiagnose zwischen Pädiatrie und Psychiatrie darstellt und im Sinn einer multidisziplinären Herausforderung auch entscheidende forensische Aspekte aufweist [16, 24].

Definition

Richard Asher [2] hat im Lancet 1951 erstmals über das Krankheitsbild Münchhausen-Syndrom geschrieben und meinte damit ein Krankheitsbild, bei dem die Patienten selber erzeugte dramatische Symptome finden oder produzieren, die zu unzähligen medizinischen Eingriffen

Priv.-Doz. Dr. K.M. Keller
Zentrum für Kinderheilkunde, Universität Bonn,
Adenauer-Allee 119, D-53113 Bonn

K.M. Keller · M. Noeker · Ch. Hilliges ·
H.-G. Lenard · M.J. Lentze

Child abuse presenting as Munchausen by proxy syndrome

Summary

The diagnosis of Munchausen by proxy syndrome, a subtle form of child abuse, is very difficult. One reason is a seemingly well caring "ideal" mother who is mainly responsible for the fabricated illness of her child, the other biologically and technically well trained medical doctors maltreating the children unwittingly. Doctors are often separated from each other by their sub-specialities but nevertheless directly approached by the mothers. The latter frequently have a medical education. A warning list of "red flags" of symptoms and clinical situations should sensitise the pediatrician for artificial illnesses and enable him to start diagnostic work-up early. One responsible doctor should coordinate all activities. The crucial step is a separation of mother and child, but a team approach involving child psychiatry, child welfare organisations and legal authorities is mandatory. Therapeutic options for the perpetrators are minimal. The prognosis is poor if such a child is not separated from his family or retransferred too early. Research to understand psychopathology and to develop new therapeutic options is needed.

Key words

Munchausen by proxy syndrome · Child abuse · Artificial illness · Legal authorities

führen. Dieser Erkrankung liegt eine tiefe Störung der Persönlichkeit und der Beziehung zum eigenen Körper und zu anderen Personen zugrunde [8]. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom stellt eine Sonderform artifizierlicher Störungen dar, die entscheidend durch komplexe Interaktionen zwischen Mutter, Kind und Arzt definiert ist [7]. Die Erstbeschreibung geht auf Roy Meadow aus Leeds zurück [21]. Er nennt dies im Untertitel "The hinterland of child abuse", eine Sonderform der Kindesmißhandlung, bei der fürsorglich erscheinende Mütter (viel seltener Väter) bei ihren Kindern Krankheitssymptome manipulieren und erzeugen, aktiv medizinische Hilfe suchen und so zu zahllosen medizinischen Prozeduren Anlaß geben. Das MbpS kann als

ein Extremverhalten der Eltern aufgefaßt werden, ärztliche Hilfe für die Symptome ihres Kindes zu erhalten, bzw. als Unfähigkeit, zwischen eigenen und kindlichen Bedürfnissen zu unterscheiden. Eminson u. Postlethwaite haben die möglichen Interaktionen von Eltern (Müttern) und medizinischem Personal und den Grad der gegenseitigen Übereinstimmung in der Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen in einer intelligenten Skala einander gegenübergestellt [9] (Abb. 1). Der Name geht nicht auf die historische Person Baron Friedrich Karl Hieronymus Freiherr von Münchhausen (1720–1797) zurück, der als preußischer Landadliger auch als Gastgeber in seinem noch heute zu besichtigenden Haus in Bodenwerder bei Hannover wegen sei-

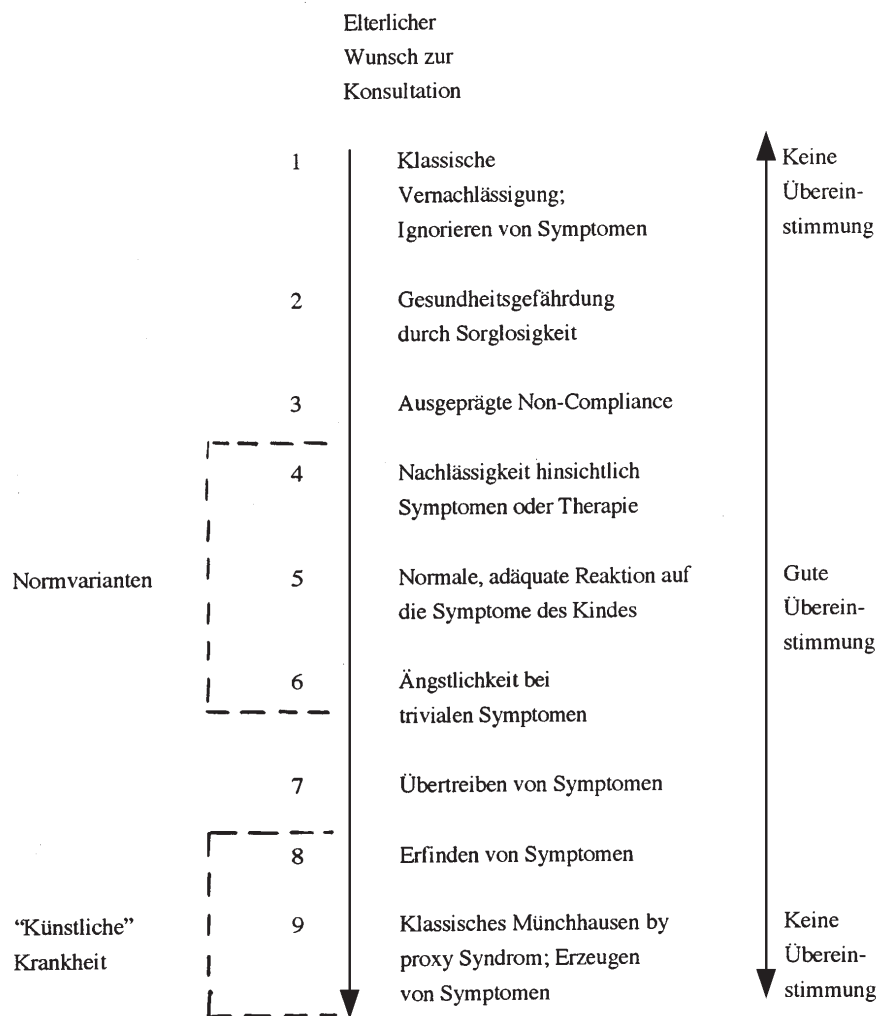


Abb. 1 ▲ Skala der elterlichen (mütterlichen) Wünsche für eine medizinische Konsultation und der Grad der gegenseitigen Übereinstimmung zwischen Eltern und medizinischem Personal im Hinblick auf die Notwendigkeit derartiger Maßnahmen (nach Eminson u. Postlethwaite [8])

ner spannenden abendlichen Jagdgeschichten am Kamin sehr geschätzt war, sondern auf das, was man aus ihr gemacht hat. Diese Geschichten dienten später R.E. Raspe als Basis für seine in englischer Sprache veröffentlichten Phantasiestories des Barons Munchausen, welche in der Folgezeit von Gottfried August Bürger ins Deutsche übersetzt wurden [23, 42].

Die Opfer

Das MbpS im Sinn einer subtilen Form von Kindsmißhandlung betrifft in der Regel sehr junge Kinder mit Beginn im ersten Lebensjahr ohne Geschlechterbevorzugung. Aus den beiden großen berichteten Patientenkohorten von Rosenberg [34] und Bools et al. [4] geht ein Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung von 39,8 Monaten (1–252 Monate) hervor. Es gibt fast kein Symptom, fast keine Diagnose oder Laborabweichung, die im Zusammenhang mit MbpS nicht bereits beschrieben worden wäre [40]. Dabei machen es objektive Befunde bei MbpS, wie z.B. Kardiomyopathie [13], Hämophilie [3] oder Zystische Fibrose [39] nicht leicht, überhaupt an artifizielle Störungen zu denken. Genauere Analysen haben zu Tage gebracht, daß rund 64% der Indexkinder mit MbpS neben der erfundenen Indexkrankheit noch weitere manipulierte Störungen aufwiesen [4].

Die Geschwister

Bools et al. [4] haben in einer ersten systematischen Untersuchung auch festgestellt, daß bei 103 untersuchten Geschwistern von MbpS-Fällen aus 43 Familien 39% der Geschwister ebenfalls Opfer von MbpS waren, 17% Gedeihstörungen, unklare Verletzungen oder Vernachlässigungen aufwiesen und 11% unter unklaren Umständen zu Tode gekommen waren. Insgesamt waren 44 Geschwister (43%) betroffen [4]. Auch aus den USA werden repetitive MbpS-Fälle bei Geschwistern berichtet [1]. Diese Studien verdeutlichen die enorme Psychopathologie der Mütter in diesen Familien und weisen darauf hin, wie wichtig eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung des MbpS und eine subtile Untersuchung der Geschwisterkinder sind.

Die Täter

Meistens sind es Mütter, Großmütter oder Babysitter, also weibliche Personen, die die Krankheiten bei den Kindern verursachen. Sehr selten wurden auch Väter als Verursacher gefunden [15, 19, 29, 35]. Die Täter sind in der Regel in medizinischen Zusammenhängen gut bewandert, häufiger können sie eine medizinische Ausbildung (Krankenschwester, Altenpflegerin etc.) vorweisen [27, 34]. Charakteristisch sind sie immer ganz nah bei ihrem Kind, mit ihm stationär aufgenommen und bei allen medizinischen Untersuchungen anwesend. Man kann dieses Verhältnis fast als symbiotisch bezeichnen. Die Mutter-Kind-Einheiten moderner Kinderkliniken und die ausführlichen Aufklärungsgespräche hinsichtlich medizinischer Sachverhalte begünstigen eine derartige Beziehung erheblich. Jegliche Versuche, der Mutter nahezu legen, doch mehr Zeit außerhalb der Station mit der übrigen Familie zu verbringen, scheitern. Geduldig, immer freundlich zuvorkommend, von den Schwestern als „ideale Mutter“ apostrophiert, bemüht und sehr interessiert am Krankheitsbild ihres Kinds, bleibt sie stets greifbar in der Nähe. Oft scheint sie weit weniger besorgt als das gesamte medizinische Team, selbst wenn es dem Patienten schlecht geht [22, 23]. Daher bleiben diese in der Regel intelligenten Mütter auch lange über jeden Verdacht erhaben, artifizielle Störungen zu verursachen [17, 43]. Bei näherer Betrachtung der Mütter finden sich tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen [6], geprägt von Gefühlen der Isolation, Einsamkeit und mangelnden Unterstützung. Es finden sich am häufigsten depressive Syndrome, hysterische und Borderline-Konstellationen. Oft ist die Vorgeschichte dieser Frauen gezeichnet von einer unglücklichen Kindheit (70%), physischem und/oder sexuellem Mißbrauch (25% nach Meadow [28]), autoaggressiven Manipulationen (Suizidversuche, episodische Eßstörungen in bis zu 70% der Fälle [35]) und anderen Suchterscheinungen (Alkohol, Medikamente) [6]. Die Realitätswahrnehmung erscheint beeinträchtigt und kann wahnhaftige Züge tragen. Regelrecht psychotische Krankheitsbilder sind bisher jedoch nicht beschrieben. Eine größere Anzahl dieser Mütter lei-

det selbst an einem Münchhausen-Syndrom [22].

Libow u. Schreier [16] haben 1986 3 verschiedene Typen von MbpS-Müttern mit allerdings fließenden Übergängen beschrieben: Am häufigsten seien die “active inducers” mit wiederholt dramatischen Symptominzenerungen, extremem Verleugungsgrad und eher jüngeren Kindern als Opfern. Nach Konfrontation sind Beziehungsabbrüche zum medizinisch-psychiatrischen Team die Regel. Seltener sind die “help seekers”, welche ihre Kinder seltener vorstellen, andererseits nach Konfrontation eher zu Kommunikation und Annahme von Behandlungsangeboten bereit seien. Eine 3. Gruppe sind die “doctor addicts”, als weniger freundlich und kooperativ, sondern eher argwöhnisch kategorisierte Mütter mit eher älteren Kindern. Sie würden nach Meinung der Autoren nicht aktiv Symptome produzieren, aber nachdrücklich auf der Behandlung nicht existierender Krankheiten bestehen [17].

Die Väter und die innerfamiliäre Dynamik

Die Väter werden meist als passiv, weniger differenziert und im Hintergrund stehend beschrieben. Zwischen den Eheleuten spielen sich wenig Emotionen ab, die Väter sind für die gefühlsmäßigen Bedürfnisse ihrer Frauen ungenügend erreichbar [27]. Die Mutter gilt als die dominante Person in der Familie. Die bisherigen Berichte, daß Väter viel seltener als Mütter als Verursacher des MbpS entdeckt werden, sind sicher besonders darauf zurückzuführen, daß trotz des gesellschaftlichen Wandels den Müttern nach wie vor die Hauptrolle bei der Kindererziehung zukommt. Vielleicht sind Väter aufgrund dieser Rollenzuteilungen auch schwieriger zu identifizieren [15, 19]. Bei Konfrontation reagieren Väter zunächst abwehrend, ergreifen dann jedoch Partei für ihre Frauen. In Analogie zum sexuellen Mißbrauch durch Väter kommt es zu ähnlichen Verhaltensmustern mit umgekehrter Rollenverteilung: Die Väter wollen oder können die Taten ihrer Frauen nicht wahrhaben und verschließen die Augen, vereinzelt wurde sogar der Verdacht auf heimliche Komplizenschaft laut [32]. Andererseits wurden auch Suizide von Vätern beschrieben,

Tabelle 1

Warnsignale, die an ein MbpS denken lassen sollten (nach Meadow [27])

- Unerklärliche, lang dauernde und außergewöhnliche Symptome; „selbst erfahrene Kollegen hätten so etwas noch nicht gesehen“
- Inadäquate, ungereimte Symptome und solche, die nur in Gegenwart der Mutter oder des Vaters auftreten
- Ineffektive oder schlecht akzeptierte Therapiemaßnahmen
- Allergien gegenüber einer Vielzahl von Nahrungsmitteln oder Medikamenten
- Mütter, die nicht so besorgt sind über die Symptome ihres Kindes wie die Schwestern und Ärzte
- Mütter, die symbiotisch pausenlos bei ihrem Kind sind
- Mütter, die oft enge Beziehungen zu den Schwestern oder anderen Eltern auf der Station aufbauen
- Familien mit mehreren Fällen plötzlichen Kindstods oder mit mehreren Mitgliedern mit unterschiedlichen ernsthaften Erkrankungen

nachdem die Manipulationen ihrer Frauen ans Tageslicht gekommen waren [28].

Systematische große Familienstudien zum besseren Verständnis der innerfamiliär ablaufenden Dynamik gibt es nicht. Griffith [14] fand bei ihren 2 untersuchten Familien mit MbpS teilweise über mehrere Generationen reichende Ausbeutungen und Mißbrauch von Schwächeren, ohne daß diese innerhalb der Familie Schutz gefunden hätten. Diese pathologischen Beziehungen von Dominanz und Unterordnung wurden von McGuire u. Feldmann [20] bestätigt und durch ausgeprägtes Suchtverhalten erweitert (Alkohol und Medikamente). Die häufig bei den Müttern zu eruiende unglückliche Kindheit oder eigener erlittener Mißbrauch [28] wurden schon angesprochen.

Diagnostik

In aller Regel ist es der Kinderarzt, der zum ersten Mal den Verdacht auf

ein möglicherweise vorliegendes MbpS äußert. Er ist derjenige, der wahrscheinlich die Familie am besten kennt und mit einer derartigen Verdachtsdiagnose große Verantwortung übernimmt und deshalb bei der Einleitung der notwendigen diagnostischen Schritte eine korrekte Perspektive behalten muß. Die in der Einleitung beschriebenen Schwierigkeiten führen eher zu einer Verlängerung der Latenz bis zur Diagnose MbpS. So soll Tabelle 1 (nach Meadow [27]) dazu helfen, den ersten wichtigsten diagnostischen Schritt nicht zu versäumen, nämlich überhaupt an die Möglichkeit

eines MbpS zu denken. Die Liste der erfindenen Krankheitssymptome ist sehr lang und reicht von Epilepsien über Kardiomyopathie bis hin zu Vergiftungen, Immundefekten oder Hämophilie [40], relativ neu ist eine allergologische und umweltmedizinische Variante. Daher ist sicher auch die Liste der führenden Symptome bei MbpS von großer Bedeutung, diese Form von Kindsmißhandlung als mögliche Ursache bestimmter Erkrankungen in Betracht zu ziehen (Tabelle 2).

Die Ursachen für die „falschen“ Symptome sind vielfältig und teilweise für den normalen Menschenverstand so unbegreifbar, daß sie nach einer Zusammenstellung von Meadow [27] (Tabelle 3) ebenfalls als Hilfe für den Beginn diagnostischer Maßnahmen bei MbpS aufgelistet sind. Sehr wichtig für eine erfolgreiche Diagnose MbpS ist es, daß *1 verantwortlicher Arzt* die Fäden in der Hand hält und im Rahmen einer Teamarbeit den Verdacht zu erhärten versucht, ohne daß die oft mißtrauischen Mütter dies bemerken. Am Anfang steht z.B. das Hinterfragen von Symptomen, die die Mutter berichtet, bei anderen Personen. Durch unauffällige Kontakte mit anderen Familienmitgliedern ist es möglich, Angaben der Mutter über persönliche, familiäre,

Tabelle 2

Führende Symptome bei MbpS (nach Rosenberg [34])

Symptom	Häufigkeit [%]
Blutungen	44
zerebrale Krampfanfälle	42
Apathie-/Komazustände	19
Apnoen	15
Rezidivierende Durchfälle	11
Rezidivierendes Erbrechen	10
Fieber unklarer Genese	10
Hautausschläge	9

Tabelle 3

Liste erfindener Krankheiten bei MbpS und ihren Ursachen (nach Meadow [27])

„Falsche“ Symptome	Ursachen
Anfälle, Apnoen, Schwindel	Vergiftung; Ersticken; Druck auf Karotissinus
Blutungen (Hämatemesis, Hämaturie, genitale Blutungen etc.)	Mütterliches Blut (besonders Tampon) ^a , rohes Fleisch, Verschmieren kindlichen Bluts (Nase, Vulva etc.) ^a , Gabe von Marcumar etc.
Fieber	Erwärmter Thermometer, manipulierte Temperaturkurven, Injektion kontaminierten Materials in die Vene oder einen ZVK
Durchfälle	Gabe von Laxanzien
Erbrechen	Mechanische Induktion oder Gabe von Salz und Emetika
Bluthochdruck	Manipulation der Blutdruckkurven oder Manschetteninstruktionen
Hautausschläge	Mechanische Läsionen der Haut, Ätz- und Farbstoffe
Nierensteine	Gries in kindlichem Urin, der zuvor mit Blut kontaminiert wurde
Miserere	Erbrechen induzieren und mit Stuhl verrühren
Gedeihstörung	Nahrung vorenthalten, verdünnen oder z.B. aus der Magensonde abziehen

^a Auch beschrieben bei Vortäuschung von Mißbrauch oder MbpS [29]

soziale oder finanzielle Verhältnisse zu überprüfen. Auch Gespräche mit anderen Ärzten, die häufig wechselnd und in großer Zahl aufgesucht werden, ohne daß ein Kollege vom anderen weiß, können weiterhelfen, ebenso auch unangekündigte Hausbesuche unter einem plausiblen Vorwand. Wenn dadurch Inkongruenzen zwischen den mütterlichen Erzählungen und den tatsächlichen Verhältnissen zu Tage kommen, muß der Arzt sich immer wieder über *die möglichen Motive der Mutter* im klaren sein. Welchen Gewinn (Status, Finanzen etc.) kann sie von ihren Erfindungen haben? Bei großen finanziellen Schwierigkeiten kann es schon einmal möglich sein, über das Einschalten eines Sozialarbeiters die familiäre Situation so zu verbessern, daß die Mutter keinen Grund mehr hat, über die „Krankheit“ ihres Kindes zu agieren („help seekers“). Relativ selten kann bereits die Eröffnung der Diagnose in manchen Fällen einen therapeutischen Effekt haben [25]. Meistens ist das Beziehungsgefüge in einer MbpS-Situation jedoch viel komplizierter und viele Kinder mit der Verdachtsdiagnose MbpS müssen unter stationären Bedingungen im Team abgeklärt werden, ohne daß iatrogen weitere Mißhandlungen in Form von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen erfolgen. Auch dann sollte ein hauptverantwortlicher Arzt (Stationsarzt, Oberarzt) die entscheidenden Fäden bündeln. Es ist essentiell, daß das ganze Stationsteam informiert ist und mithilft, die Mutter genau zu beobachten und nicht alle Maßnahmen am Kind an die Mutter abzutreten (Wiegen, Fiebermessen, Bilanzieren, Füttern etc.). *Intelligentes Pflegepersonal* kann manches Mal nach ersten bösen Vorerfahrungen solche MbpS-Situationen rasch erkennen und auch richtig einschätzen. Es muß sichergestellt sein, daß die oft fachlich geschulten Frauen nicht die Kurven oder Akten manipulieren können. Im Zweifel kann es hilfreich sein, ein unplausibles Gewicht oder eine Fieberzacke kurzfristig und unvermittelt selbst und unter Sichtkontrolle der Mutter zu überprüfen. Gelingt es, bei der gerichtsmedizinischen Untersuchung von kindlichen Körpersekreten nichtverordnete Medikamente nachzuweisen (Sedativa, Hypnotika etc.) oder bei Blutabgang nicht menschliches Blut

oder das mit einer anderen Blutgruppe als der des Kindes nachzuweisen, ist der Sachverhalt relativ eindeutig. In anderen Fällen kann es erforderlich sein, den Nachttisch der Mutter während ihrer Abwesenheit zu überprüfen. Dies muß dann der hauptverantwortliche Arzt und nicht der jüngste Assistent übernehmen, und zwar mit entsprechender Vorbereitung an Erklärungen, sollte es zu einem ungeplanten Zusammentreffen mit der Mutter kommen. Trotz Information aller Beteiligten und engster Überwachung der Mutter gibt es Sachlagen, in denen der Verdacht auf MbpS nicht dadurch erhärtet werden kann, daß der Verursacher auf frischer Tat ertappt wird. Aus diesem Grund gibt es in der Literatur zunehmend Berichte über den Einsatz von Videoüberwachungen der Mutter mit versteckter Kamera [10, 11, 26]. Ein derartiges Vorgehen muß aufgrund komplexer ethischer und rechtlicher Zusammenhänge jedoch vorher im Sinn der interdisziplinären Aufgabe juristisch abgesichert werden.

Wenn genügend Indizien gesammelt sind, ist es erforderlich, zum Schutz des Kindes und zur Vermeidung weiterer Mißhandlungen Mutter und Kind absolut zu trennen. In manchen Fällen mit MbpS ist es nicht möglich, die Mutter zu überführen, so daß der Beweis dieser Sonderform der Kindesmißhandlung erst durch diese „*diagnostische Trennung*“ als entscheidender Schritt angetreten werden kann [27]. Nach Sachlage des komplizierten Beziehungsgefüges wird es in der Regel nicht möglich sein, diese Trennung mit gegenseitigem Einverständnis zu bewerkstelligen. Spätestens an diesem Punkt ist die Grenze zum juristischen Problem erreicht, da dann gegen den Willen der Mutter als Erziehungsberechtigter die Trennung erfolgen muß. Dazu muß durch *familienrichterlichen Beschluß* der Mutter das Aufenthaltsbestimmungsrecht über das Kind entzogen und z.B. dem zuständigen Jugendamt als Vormund übertragen werden. Häufig ist es sehr schwierig, Juristen von dem Verdacht eines MbpS und der diagnostisch entscheidenden Trennung von Mutter und Kind zu überzeugen, besonders dann, wenn keine Beweise oder dringende Verdachtsmomente vorgelegt werden können. In solchen Fällen mag der Hinweis entscheidend

sein, nur mit juristischem Beistand herauszubekommen, wer recht hat: die Kindesmutter oder der verantwortliche Kinderarzt. Mithin ist aus einem medizinischen ein juristisch zu lösendes Problem geworden. Es ist unbedingt notwendig, vor der Begründung der Trennung von Mutter und Kind diesen Schritt rechtlich abgesichert und vollzogen zu haben. Sonst besteht die große Gefahr, daß sich die Mutter mit dem Kind der notwendigen Konfrontation durch Flucht entzieht.

Erst wenn der familienrichterliche Beschluß vorliegt, kann die *Konfrontation der Mutter* mit dem klinischen Verdacht einer Kindesmißhandlung erfolgen. Dieses schwierige Gespräch muß im Team gut vorbereitet sein. Das bedeutet, daß das gesamte medizinische Team der Station genau über das Vorgehen instruiert sein muß. Es bedarf meist einer längeren Vorbereitung der Schwestern, überhaupt in Betracht ziehen zu können, daß eine „so nette Mutter“ zu derartigen Mißhandlungen eines eigenen Kindes in der Lage sein soll. Schwestern und Pfleger sind unbedingt zur Mitarbeit zu gewinnen, da sonst eine Konfrontation der Mutter zur Flucht führen kann, die dann von der Stationsmannschaft nicht verhindert wird. In vielen Gesprächen sollte es aber möglich sein, die Schwestern davon zu überzeugen, daß es nur durch eine Trennung von Mutter und Kind für einen primär begrenzten Zeitraum möglich ist, herauszufinden, ob sich der Verdacht eines MbpS bestätigt.

Dieses Konfrontationsgespräch ist sehr schwierig und es gibt keine Patentrezepte dafür. Der verantwortliche Pädiater sollte es unter Beisein von Zeugen (evtl. mit Psychologe, Sozialpädagoge) führen. Es besteht immer die Gefahr, daß durch Entscheidungsverschiebungen in den multidisziplinären Konferenzen Lücken und Fragmentationen des Problems entstehen, die Mütter zur Flucht in andere Krankenhäuser nutzen könnten [41]. Im Vordergrund sollte nicht eine Anklage, sondern der Versuch stehen, bei der Mutter Verständnis für das klinische Problem zu bekommen, nur durch eine Trennung von Mutter und Kind diagnostisch weiter zu kommen. Mit aller Freundlichkeit, aber auch glasklarer Bestimmtheit müssen dann die Eltern mit dem klinischen Verdacht konfron-

tiert werden, welche rechtlichen Konsequenzen dieser hat, und daß das Kind geschützt werden muß. Wenn die Mutter dann nicht freiwillig die Station räumt, muß der familienrichterliche Beschluß präsentiert werden und die Mutter notfalls mit Polizeigewalt aus der Klinik gewiesen werden. Zwar steht der Schutz des Kinds eindeutig im Vordergrund, aber es sollte eine Vorsorge für die möglichen Krisenreaktionen der Mutter (Agitiertheit, Gewalt, Psychose, Suizid) durch eine evtl. psychiatrische Einweisung getroffen werden. Suizidversuche sowohl der konfrontierten Mütter [34] als auch der ahnungslosen Väter [28] sind vereinzelt bekannt. Zur Veranschaulichung sei ein Fall mit MbpS aus unserer Klinik präsentiert.

Fallbericht

Es handelt sich um einen weiblichen Säugling, 10 Monate alt, das 3. Kind gesunder Eltern. Beide Geschwister haben ein schwer therapierbares zerebrales Anfallsleiden. Die Mutter wurde in der 34. SSW wegen eines fraglichen eklamptischen Anfalls in einer Frauenklinik aufgenommen und wegen vorzeitiger Wehentätigkeit medikamentös behandelt. Dort kam es mehrfach zu fraglichen psychomotorischen Anfällen und Manipulationen der Wehenaufzeichnungen. Psychiatrisch wurde eine hysterische Konversionsneurose diagnostiziert. Die Geburt des Kinds erfolgte durch Kaiserschnitt 3 Wochen vor dem Termin wegen zunehmender psychischer Auffälligkeit der Mutter. Nach 20 Tagen wurde wegen Erbrechens und Durchfällen eine Kuhmilchproteinintoleranz diagnostiziert und auf Hydrolysatnahrung umgestellt. Trotz Sistierens des Erbrechens war die Gewichtszunahme nur schlecht. Es bestand eine Eisenmangelanämie, außerdem wurden Leistenherniotomien in 2 verschiedenen Kliniken mit abszedierender Wundinfektion durchgeführt. Mit 5 Monaten wurde die erhebliche Dystrophie ausführlich untersucht, jedoch ohne Klärung. Verschiedene Laboruntersuchungen, Knochenmarkpunktion, Immunstatus, radiologische, sonographische, kardiologische und neuropädiatrische Untersuchungen waren normal. Eine periphere, später zentral venöse additive parenterale Ernährung wurde eingeleitet. In der Folgezeit

traten 3 Sepsitiden mit ungewöhnlichen Keimnachweisen auf (*E. coli*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*). Einmal war wegen einer schweren Anämie (Blutlache durch Blutrückfluß aus dem dekonnectierten Katheter) eine Bluttransfusion erforderlich. Das Kind nahm trotz adäquater Gesamtkalorien nicht ausreichend zu und wurde mit 9 Monaten erstmals in unserer Klinik vorgestellt und unter Verdacht auf ein mögliches MbpS mit Mutter aufgenommen. Es war innerhalb der ersten Woche möglich, 63% der Kalorien enteral über Hydrolysatnahrung zuzuführen und die parenterale Ernährung zu reduzieren. Das Kind machte keinen schwerkranken Eindruck, die Mutter war symbiotisch stets bei ihrem Kind im Zimmer und kaum auf dem Flur wie andere Mütter. Sie drängte auf weitere Maßnahmen wie Endoskopie und Anlage einer Gastrostomie. Im Kontakt war sie meist schnippisch vorwurfsvoll und mißtrauisch unzufrieden, blieb aber geduldig beim Kind. Trotz einer zuletzt komplett oralen Kalorienzufuhr von 120 kcal/kg und oft stark positiven Bilanzen nahm das Kind nicht zu, sondern zeigte intermittierend große Gewichtsschwankungen (persönliche Überprüfungen der mütterlichen Messungen!), für uns unerklärliche schubweise große Mengen wasserklaren Urins, häufiger Azetonachweis im Urin wie beim Hungerzustand. Dabei nahm das Kind die angebotene Nahrung geradezu gierig ohne Erbrechen auf, wenn die Mutter unter Beobachtung fütterte oder einmal eine Fütterung durch die Schwestern zuließ.

Unmittelbar nach einer persönlichen pädiatrischen Untersuchung kam es, nachdem die Mutter mit Kind abrupt die Station verlassen hatte, zu dem dramatischen Ereignis einer Hämatemesis. Das Kind wirkte nicht krank. Am harten Gaumen fand sich eine frische, wenige Millimeter große Läsion, die einzig als Blutungsquelle in Frage kam. Eine plausible Erklärung konnte die Mutter nicht geben. Es bestand der begründete Verdacht, daß sie mechanisch versucht hatte, das Kind zum Erbrechen zu bringen.

Mit der Schilderung dieser Sachverhalte konnten wir den zuständigen Familienrichter davon überzeugen, daß zur Klärung des klinischen Verdachts MbpS eine Trennung von Mutter und

Kind erforderlich war, und dafür ein richterlicher Beschluß zur vorübergehenden Inobhutnahme des Kinds durch das zuständige Jugendamt vorliegen mußte. Auf der Basis eines solchen Bescheids wurde die Mutter mit unserem klinischen Verdacht der Kindesmißhandlung konfrontiert und verließ nur mäßig agitiert in Begleitung ihres Nachbarn die Station. In der Folgezeit unternahm die Mutter einen Suizidversuch, der sie in psychiatrische Behandlung brachte. Nach der Trennung von der Mutter nahm das Kind pro Tag über 200 g zu. Jegliche Nahrung, die schrittweise erweitert bis zur normalen altersentsprechenden Kost angeboten wurde, nahm es gierig und ohne Erbrechen oder Durchfälle auf. Der Broviac-Katheter konnte entfernt werden. Es kam zum erfreulichen Aufholwachstum in der Obhut einer Pflegefamilie. Die endgültige richterliche Entscheidung über den Verbleib des Kinds steht aus. Die unnötigen Schmerzen und zahllosen Eingriffe bei diesem Kind über 10 Monate lassen sich kaum erahnen. Dieser Verlauf dokumentiert eindrucksvoll die Diagnose eines MbpS in einer besonders schweren Form, da es sich um ein sehr junges Kind handelte, 2 Geschwister mit ihren therapieresistenten Anfallsleiden möglicherweise ebenfalls ein MbpS haben, und bei der Mutter keinerlei Krankheitseinsicht oder Schuldgefühl vorliegt.

Wahrscheinlich leidet sie selbst an einem Realitätsverlust im Sinn eines Münchhausen-Syndroms (Tabelle 4).

Tabelle 4
Gefährliche Konstellationen bei MbpS (nach Meadow [25])

- Mißbrauch mittels Erstickungs- oder Vergiftungsversuch
- Alter unter 5 Jahren
- Plötzlicher Kindstod oder andere unklare Todesfälle bei Geschwistern
- Fehlende Einsicht bei der Mutter und ablehnende Haltung der Familie gegenüber Hilfsangeboten
- Mütter, die selbst an einem Münchhausen-Syndrom leiden
- Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in der Familie
- Fortgesetzte Inszenierung von Symptomen auch nach der Konfrontation

Behandlung

Es gibt kein etabliertes effektives Behandlungsregime für die Täter des MbpS. Besonders schwierig ist ein Therapieansatz, wenn wie in dem vorgelegten Fallbericht, keinerlei Krankheitsinsicht und auch kein nachvollziehbares Motiv zu erkennen sind. Häufig entziehen sich solche Mütter auch der kontinuierlichen Betreuung [30] oder sind nicht bereit, eine psychiatrische Behandlung zur vollen sozialen Rehabilitation einzugehen [43]. So sind erfolgreiche Behandlungen nur ganz vereinzelt berichtet [31]. Nach den bisher in der Literatur berichteten Erfahrungen müssen in den meisten Fällen die Verursacher eines MbpS als therapiereisistent eingestuft werden. Das bedeutet, daß die mißhandelten Kinder zu ihrem eigenen Schutz vorrangig vor dem Rechtsgut der zu schützenden Familie mit Hilfe der Justiz aus der Familie genommen werden müssen. Es ist mitunter sehr schwierig, die Gerichtsbarkeit und Jugendbehörden von der fortwährenden Gefährdung solcher Kinder beim Weiterverbleib in ihren Familien zu überzeugen. Dies trifft besonders dann zu, wenn die Mißhandlungen gezeugnet werden und die Familien auf den ersten Blick einen ganz normalen fürsorglichen Eindruck hinterlassen. Auch Psychiater lassen sich von diesen erfahrenen Müttern täuschen und sind so bei der initialen diagnostischen Abklärung wenig hilfreich [25, 40]. Hier sind alle Disziplinen zu neuen therapeutischen Ansätzen gefordert. Jugendbehörden, Richter und Rechtsanwälte müssen auf diesem Gebiet sicher noch weiter fortgebildet werden [16, 38].

Prognose

Insgesamt gesehen ist die Prognose von Kindern mit MbpS äußerst ungünstig. Wenn die Kinder in den Familien verbleiben oder zu früh retransferiert werden, sind die Gefahren erneuter Mißhandlungen bis hin zur Todesfolge sehr hoch [5, 43]. Bools et al. [5] fanden in ihrer systematischen Verlaufsstudie bei 50% der MbpS-Kinder eindeutige psychiatrische Erkrankungen. Diejenigen mit früher Intervention und ohne Kontakt zu den mißhandelnden Müttern wiesen am wenigsten Langzeitfolgen auf. Wenn eine innerfamiliäre Situation

mit MbpS nicht frühzeitig entdeckt und unterbrochen wird, besteht die große Gefahr einer Übernahme der Erfindung von Krankheiten und Störung der Realitätswahrnehmung durch die betroffenen Kinder selbst im Sinn eines Münchhausen-Syndroms [24, 33].

Literatur

- Alexander R, Smith W, Stevenson R (1990) **Serial Munchausen syndrome by proxy.** *Pediatrics* 86:581–585
- Asher R (1951) **Munchausen's syndrome.** *Lancet* i:339–341
- Ayass M, Bussing R, Mehta P (1993) **Munchausen syndrome presenting as hemophilia: a convenient and economic "steal" of disease and treatment.** *Pediatr Hematol Oncol* 10:241–244
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR (1992) **Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy).** *Arch Dis Child* 67:77–79
- Bools CN, Neale BA, Meadow SR (1993) **Follow-up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy).** *Arch Dis Child* 69:625–630
- Bools CN, Neale B, Meadow SR (1994) **Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology.** *Child Abuse Negl* 18:773–788
- Donald T, Jureidini J (1996) **Munchausen syndrome by proxy. Child abuse in the medical system.** *Arch Pediatr Adolesc Med* 150:753–758
- Eckhardt A (1989) **Das Münchhausen-Syndrom. Formen der selbstmanipulierten Krankheit.** Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Eminson DM, Postlethwaite RJ (1992) **Factitious illness: recognition and management.** *Arch Dis Child* 67:1510–1516
- Epstein MA, Markowitz RL, Gallo DM, Walker Holmes J, Gryboski JD (1987) **Munchausen syndrome by proxy: considerations in diagnosis and confirmation by video surveillance.** *Pediatrics* 80:220–224
- Foreman DM, Farsides C (1993) **Ethical use of covert videoing techniques in detecting Munchausen syndrome by proxy.** *BMJ* 307:611–613
- Godding V, Kruth M (1991) **Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy.** *Arch Dis Child* 66:956–960
- Goebel J, Gremse DA, Artman M (1993) **Cardiomyopathy from pecan administration in Munchausen syndrome by proxy.** *J Pediatrics* 92:601–603
- Griffith JL (1988) **The family systems of Munchausen by proxy.** *Fam Process* 27:423–437
- Jones VF, Badgett JT, Minella JL, Schuschke LA (1993) **The role of the male caretaker in Munchausen syndrome by proxy.** *Clin Pediatr* 32:245–247
- Libow JA, Schreier HA (1986) **Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy?** *Am Orthopsychiatry* 56:602–611
- Krupinski M, Soyka M, Tutsch-Bauer E, Frank R (1995) **Münchhausen-by-proxy-Syndrom: eine interdisziplinäre Herausforderung.** *Nervenheilkunde* 14:348–356
- Light MJ, Sheridan MS (1990) **Munchausen syndrome by proxy and apnea (MBPA). A survey of apnea programs.** *Clin Pediatr* 29:162–168
- Makar AF, Squier PJ (1990) **Munchausen syndrome by proxy: father as a perpetrator.** *Pediatrics* 85:370–373
- McGuire TL, Feldman KW (1989) **Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy.** *Pediatrics* 83:289–292
- Meadow R (1977) **Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse.** *Lancet* ii:343–345
- Meadow R (1982) **Munchausen syndrome by proxy.** *Arch Dis Child* 57:92–98
- Meadow R, Lennert T (1984) **Munchausen by proxy or Polle syndrome: which term is correct?** *Pediatrics* 74:554–556
- Meadow R (1984) **Fictitious epilepsy.** *Lancet* ii:25–28
- Meadow R (1985) **Management of Munchausen syndrome by proxy.** *Arch Dis Child* 60:385–393
- Meadow R (1987) **Video recording and child abuse.** *BMJ* 294:1629–1630
- Meadow R (1989) **Munchausen syndrome by proxy.** *BMJ* 299:248–250
- Meadow R (1990) **Suffocation, recurrent apnea and sudden infant death.** *J Pediatr* 117:351–357
- Meadow R (1993) **False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy.** *Arch Dis Child* 68:444–447
- Neale B, Bools CN, Meadow R (1991) **Problems in the assessment and management of Munchausen syndrome by proxy abuse.** *Child Soc* 5:324–333
- Nicol AR, Eccles M (1985) **Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy.** *Arch Dis Child* 60:344–348
- Orenstein DM, Wasserman AL (1986) **Munchausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis.** *Pediatrics* 78:621–624
- Porter GE, Heitsch GM, Miller MD (1994) **Munchausen syndrome by proxy: unusual manifestations and disturbing sequelae.** *Child Abuse Negl* 18:789–794
- Rosenberg DA (1987) **Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy.** *Child Abuse Negl* 11:547–563
- Samuels MP, McClaughlin W, Jacobson RR, Poets CF, Southall DP (1982) **Fourteen cases of imposed upper airway obstruction.** *Arch Dis Child* 67:162–170
- Schreier HA, Libow JA (1993) **Munchausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence.** *Am J Orthopsychiatry* 63:318–321
- Schreier HA, Libow JA (1993) **Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome.** Guilford, New York London
- Schreier HA, Libow JA (1994) **Munchausen by proxy syndrome: a modern pediatric challenge.** *J Pediatr* 125:S110–S115
- Single T, Henry RL (1991) **An unusual case of Munchausen syndrome by proxy.** *Aust NZ J Psychiatry* 25:422–425
- Skau K, Mouridsen SE (1995) **Munchausen syndrome by proxy: a review.** *Acta Paediatr* 84:977–982
- Sullivan CA, Francis GL, Bain MW, Hartz J (1991) **Munchausen syndrome by proxy: 1990. A portent for problems?** *Clin Pediatr* 30:112–116
- Teller WM (1993) **Munchausen syndrome. Letter.** *Arch Dis Child* 69: 619
- Waller DA (1983) **Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrome.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22:80–85
- Williams C, Bevan VT (1988) **The secret observation of children in hospital.** *Lancet* i:780–781

Nachtrag

Zufällig haben wir erfahren, daß das Kind im Alter von jetzt 3 Jahren laut familienrichterlichen Beschluß unter Auflagen (psychologische Therapie der Mutter, soziale Betreuung der Familie) wieder in die Familie zurückgekehrt ist.