

## Was ist unter dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu verstehen?

Heinz Kindler

Als Münchhausen-by-proxy-Syndrom wird in der Regel eine seltene<sup>1</sup> und ungewöhnliche Form der Kindesmisshandlung bezeichnet,<sup>2</sup> bei der in Anlehnung an die häufig<sup>3</sup> verwendete Definition von Rosenberg (1987) vier Merkmale zutreffen müssen:

- Erkrankungen eines Kindes werden durch eine nahe Bezugsperson, beispielsweise die Mutter, fälschlich angegeben, vorgetäuscht oder künstlich erzeugt bzw. aufrechterhalten.
- Das Kind wird, häufig wiederholt, zu medizinischen Untersuchungen und Behandlungen vorgestellt.
- Die wahren Ursachen für das angegebene oder vom Kind gezeigte Beschwerdebild werden bei medizinischen Vorstellungen nicht angegeben.
- Eventuell vorhandene akute Symptome oder Beschwerden beim Kind bilden sich zurück, wenn es zu einer Trennung von der verursachenden Person kommt.

Eine Reihe von Eingrenzungen und Differenzierungen<sup>4</sup> zur Weiterentwicklung dieser Definition befinden sich in der Diskussion. Als strittig hat sich hierbei insbesondere der Vorschlag erwiesen, von einem Münchhausen-by-proxy-Syndrom nur dann zu sprechen, wenn die Motivation der verursachenden Bezugsperson hauptsächlich in dem drängenden Wunsch besteht, über das Kind im Mittelpunkt medizinischer Aufmerksamkeit zu stehen.<sup>5</sup> Kaum strittig erscheint dagegen der Hinweis,<sup>6</sup> in Einzelfällen würden Kinder mit erfundenen, vorgetäuschten oder künstlich erzeugten Beschwerden nicht vorrangig bei medizinischen Fachkräften, sondern wiederholt bei anderen mit Autorität ausgestatteten Stellen (z.B. Staatsanwaltschaft, Schule, Jugendamt) vorgestellt.

Trotz verschiedener synonym gebrauchter Begriffe<sup>7</sup> wird in der pädiatrischen Literatur und der Literatur zum Kinderschutz weiterhin überwiegend vom Münchhausen-by-proxy-Syndrom gesprochen.<sup>8</sup> In der psychiatrischen Literatur bürgert sich zur Bezeichnung der psychischen Verfassung verursachender Elternteile zunehmend der Begriff der artifiziellen Störung-by-proxy ein.

### Erscheinungsbild und Diagnose

Vom Münchhausen-by-proxy-Syndrom betroffene Kinder werden mit sehr unterschiedlichen Beschwerden vorgestellt. In der gegenwärtig umfangreichsten Auswertung der in der Literatur beschriebenen Fälle<sup>9</sup> wurden weit über 100 unterschiedliche Beschwerdebilder beschrieben. Zu den am häufigsten präsentierten Symptomen zählen Atemschwierigkeiten, Essstörungen, Durchfälle, unklare Blutungen, Krämpfe, Allergien und Fieber. In der überwiegenden Mehrzahl waren Kinder unter fünf Jahren betroffen.

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom wird in der Regel als pädiatrische Kategorie angesehen, sein Vorliegen muss daher von kinderärztlicher Seite festgestellt werden. Teilweise erfolgt eine Einordnung in den Grenzbereich zwischen Pädiatrie und Psychiatrie, sodass ein Einbezug psychiatrischen Sachverständigen angeraten wird.<sup>10</sup> Die Diagnosestellung kann positiv durch Belege für vorgetäuschte oder künstlich erzeugte Beschwerden erfolgen<sup>11</sup> oder negativ auf einem sorgfältigen Ausschluss aller sonstigen Erklärungsmöglichkeiten für das Befundbild beim Kind beruhen.<sup>12</sup> Für das Vorgehen bei der medizinisch-diagnostischen Abklärung liegen eine Reihe von allgemeinen Ablaufschemata<sup>13</sup> sowie zahlreiche Veröffentlichungen zur Differenzialdiagnostik bei speziellen Beschwerdebildern vor. Da es generell schwer ist, die Möglichkeit relativ seltener Phänomene im Bewusstsein zu behalten, wurden verschiedene Listen<sup>14</sup> mit Warnhinweisen erstellt, bei denen an ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom gedacht werden sollte. Über Gütemerkmale solcher Listen in Form von Sensitivität<sup>15</sup>, Spezifität<sup>16</sup> oder Praktikabilität ist aber kaum etwas bekannt. Erhärtet sich der Verdacht auf Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms, so wird in der medizinischen Literatur durchgängig die Einschaltung des Allgemeinen Sozialen Dienstes für erforderlich gehalten.

### Gefährdung betroffener Kinder

Beim Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms sind die Kriterien einer Kindeswohlgefährdung (vgl. Frage 2) in der Regel erfüllt, d.h. eine Fortsetzung der Misshandlung scheint ohne Intervention sehr wahrscheinlich,<sup>17</sup> ebenso besteht ein hohes Risiko schwerwiegender Schädigungen des Kindes.<sup>18</sup> Da weiterhin Elternteile, die ein Kind im Sinn des Münchhausen-by-proxy-Syndroms misshandeln, vielfach die hauptsächlichen Betreuungspersonen darstellen<sup>19</sup> und in Reaktion auf die Entdeckung ihres Verhaltens in der Regel keine Verantwortungsübernahme erfolgt, sind häufig die Voraussetzungen für einen zumindest zeitweisen Eingriff in das elterliche Sorgerecht erfüllt.

### Ätiologie

Über Faktoren, die zur Entstehung (Ätiologie) dieser Form von Misshandlung beitragen, liegen nur relativ wenige gesicherte Informationen vor. Gesichert scheint die Information, dass ein erheblicher Anteil der Elternteile, die ein Kind auf diese Weise misshandeln, im Verlauf der Lebensgeschichte auch im Umgang mit dem eigenen Körper Auffälligkeiten in Form von anhaltenden Symptomen ohne körperlichen Befund oder in Form von Hinweisen auf vorgetäuschte bzw. absichtlich erzeugte körperliche Beschwerden aufweist.<sup>20</sup> In manchen Fällen konnte sogar eine intergenerationelle Weitergabe des Münchhausen-by-proxy-Syndroms belegt werden.<sup>21</sup> Weiterhin scheint bei einem substanziellen Anteil betroffener Elternteile die Fähigkeit zur Einfühlung in und zur Fürsorge für ein Kind, aber auch zur Suche nach angemessener Unterstützung für sich selbst durch Erfahrungen von emotionaler Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch in der eigenen Kindheit erheblich beeinträchtigt zu sein.<sup>22</sup> Schließlich fanden sich bei einer starken Minderheit betroffener Elternteile zeitgleich bestehende weitere psychiatrisch relevante

Störungen, bevorzugt Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen.<sup>23</sup> Über die Entwicklung der Beziehung zum Kind, die Familiendynamik und die Genese des eigentlichen Misshandlungsverhaltens liegen dagegen noch kaum Informationen vor, die über einzelne beeindruckende Fallberichte hinausgehen.<sup>24</sup>

## Intervention und Prognose

International hat sich die Jugendhilfe in den vergangenen Jahren verstärkt mit der Handhabung von Fällen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms beschäftigt.<sup>25</sup> Aufgrund der mit dem Syndrom verbundenen Risiken und dem Fehlen belegbar wirksamer ambulanter Hilfeformen wird in der Regel eine zumindest vorübergehende Trennung des Kindes von dem verursachenden Elternteil empfohlen.<sup>26</sup> Weitgehende Einigkeit herrscht weiterhin im Hinblick auf die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit beim Fallmanagement und die Dringlichkeit einer Überprüfung des Wohlergehens evtl. vorhandener Geschwister. Unterschiedliche Einschätzungen finden sich im Hinblick auf die Möglichkeit einer Rückführung betroffener Kinder nach intensiven Therapiemaßnahmen.<sup>27</sup> Unstrittig ist dagegen wieder die Notwendigkeit eines langfristigen Schutzkonzeptes für den Fall einer Rückführung.<sup>28</sup>

## Anmerkungen

- 1 Verlässliche Untersuchungen zur Häufigkeit des Münchhausen-by-proxy-Syndroms liegen in Deutschland nicht vor. In der gegenwärtig aussagekräftigsten internationalen Untersuchung fanden McClure et al. 1996 in einer englischen Stichprobe eine Häufigkeit von 2,8 jährlich neu festgestellten Fällen pro 100 000 Kindern im ersten Lebensjahr und eine Häufigkeit von 0,4 jährlich neu festgestellten Fällen pro 100 000 Kindern zwischen zwei und 16 Jahren. Bei einer ungefähren Übertragbarkeit dieser Zahlen wäre in der Bundesrepublik von jährlich etwa 20 neuen Fällen bei Kindern im ersten Lebensjahr und etwa 50 neuen Fällen bei Kindern zwischen zwei und 16 Jahren auszugehen.
- 2 In der vorliegenden Literatur wird der Begriff des Münchhausen-by-proxy-Syndroms ganz überwiegend zur Beschreibung einer Form von Kindesmisshandlung verwendet (vgl. etwa Übersichtsarbeiten von Noeker/Keller 2002, Rosenberg 2002, Sheridan 2003) und bezeichnet damit sowohl das verursachende Verhalten einer Bezugsperson als auch die korrespondierenden Erfahrungen und Schädigungen bei betroffenen Kindern. Parnell 2002 weist aber darauf hin, dass vor allem in der psychiatrischen Literatur teilweise nur das psychische Zustandsbild bei den verursachenden Bezugspersonen von betroffenen Kindern als Münchhausen-by-proxy-Syndrom angesprochen wird.
- 3 In der deutschsprachigen Literatur s. Übersichtsarbeiten von Krupinski et al. 1995 sowie Noeker/Keller 2002; für die internationale Literatur vgl. Meadow 2002, Rosenberg 2002, Sheridan 2003.
- 4 Beispielsweise schlägt die letzte Fassung des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems für psychische Krankheiten (DSM-IV-TR) eine begriffliche Unterscheidung zwischen Verhalten und Motivation der verursachenden Person auf der einen Seite und dem resultierenden Zustandsbild beim Kind auf der anderen Seite vor. In Bezug auf die verursachende Person wird von einer „factitious disorder by proxy“ („artifizielle Störung by proxy“) gesprochen, sofern Erkrankungen eines Kindes mit dem Ziel vorgetäuscht oder erzeugt werden, an der Krankenrolle des Kindes partizipieren zu können und äußere Anreize (z.B. finanzielle Motive) bzw. andere psychische Störungen zur Erklärung des Verhaltens der Bezugsperson des Kindes fehlen. Das Zustandsbild beim Opfer, also dem betroffenen Kind, wird dagegen, unabhängig von der Motivation der verursachenden Bezugsperson, mit dem Begriff der „pediatric condition falsification“ („Fälschung eines pädiatrisch relevanten Zustandes“) belegt. Im deutschsprachigen Raum wurde diese Begrifflichkeit bislang vor allem von Noeker 2004 aufgegriffen.
- 5 Der Einbezug der Motivation der verursachenden Bezugsperson des Kindes in Definitionskriterien hat sowohl Kritik (z.B. Rosenberg 2003) als auch Zustimmung (z.B. Schreier 2002) hervorgerufen. Kritisch wurde angemerkt, dass Motivationen prinzipiell nur spekulativ erschlossen werden können und verschiedene mögliche, in der klinischen Praxis auch vorfindbare Motive (z.B. Ablehnung des Kindes,

Vermeidung des Zusammenlebens mit dem Ehepartner durch Krankenhausaufenthalte mit dem Kind) bislang kaum erörtert wurden. Auf der anderen Seite wurde auf eine größere Anzahl an Fallberichten hingewiesen, in denen die Suche nach medizinischer Aufmerksamkeit als tragendes Motiv für die Fälschung pädiatrisch relevanter Zustände angesehen wurde. Auch lässt sich anführen, Schlussfolgerungen über die Motivation seien unvermeidlich, da sie von zentraler Bedeutung für die Interventionsplanung seien. Meadow 2002, von dem der Begriff des Münchhausen-by-proxy-Syndroms 1977 in die Literatur eingeführt worden war, kommt nach sorgfältiger Abwägung der Argumente zu dem Schluss, die Vorteile eines Einbezugs der Motivation der verursachenden Bezugsperson würden die erkennbaren Nachteile überwiegen, da einem unangemessen ausufernden Gebrauch der Diagnose damit wirksam vorgebeugt werde.

- 6 Für Fallbeispiele s. Schreier 1996, dessen Hinweis in der Literatur wiederholt (z.B. Parnell 2002) und weitgehend ohne Gegenstimmen (für eine Ausnahme vgl. Jones 1996) aufgegriffen wurde.
- 7 Beispielsweise sprechen Gray/Bentovim 1996 vom „induzierten Krankheitssyndrom“ („induced illness syndrome“), während das englische Royal College of Paediatrics and Child Health 2002 die Kategorie der „durch Bezugspersonen fabrizierten oder induzierten Krankheit“ („fabricated or induced illness by carers“) geschaffen hat.
- 8 Teilweise wird als Oberbegriff die Kategorie der „Fälschung pädiatrisch relevanter Zustände“ („pediatric condition falsification“) verwandt, wobei Untergruppen zumeist anhand der erschlossenen Motivation bestimmt werden. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom wird dann als Untergruppe gesehen, in der die Fälschung pädiatrisch relevanter Zustände beim Kind aus dem drängenden Wunsch einer Bezugsperson resultiert, auf diese Weise im Mittelpunkt medizinischer Aufmerksamkeit zu stehen. Andere Motivationen, die zu einer Fälschung pädiatrisch relevanter Zustände bei einem Kind führen können, werden anderen Untergruppen zugeordnet. Hierzu zählt etwa der aus einer Angsterkrankung der Bezugsperson entspringende Wunsch, das Kind mittels Krankschreibung bei sich zu behalten und einen Schulbesuch zu verhindern, oder der Wunsch, einen früheren Partner durch eine scheinbar krankheitsbedingte Aussetzung von Umgangskontakten oder durch die medizinische Untermauerung erfundener Missbrauchsvorwürfe zu bestrafen.
- 9 Sheridan 2003 konnte hierfür mehr als 400 in der medizinischen Literatur beschriebene Fälle analysieren.
- 10 Beispielsweise spricht Rosenberg 2003 beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom von einer offensichtlich pädiatrischen Kategorie. Ayoub et al. 2002 siedeln das Münchhausen-by-proxy-Syndrom dagegen im Grenzbereich zwischen Pädiatrie und Psychiatrie an. Im gegenwärtigen multidimensionalen Klassifikationssystem für Erkrankungen (ICD-10) wird dabei der Gesundheitszustand des Kindes auf Achse 1 und die festgestellte Ursache in Form absichtlich herbeigeführter Beeinträchtigungen der Gesundheit des Kindes auf Achse 4 als Form von Missbrauch kodiert.
- 11 Ein positiver Beleg für die Vortäuschung oder künstlichen Erzeugung von Symptomen kann sich etwa aus dem Labornachweis nicht verordneter Medikamente oder Stoffe im Körper des Kindes ergeben, aus Beobachtungen entsprechender Handlungen eines Elternteils oder aus der Aufdeckung grob verfälschter Angaben zur Vorgeschichte durch Rückfragen bei früher behandelnden Ärzten. Der im Ausland verbreitete Einsatz verdeckter Videoüberwachung im Rahmen einer stationären Aufnahme des Kindes (z.B. Hall et al. 2000; Samuels/Postlethwaite 2001), ist in der Bundesrepublik aufgrund rechtlicher Hindernisse nicht etabliert (Noeker & Keller 2002).
- 12 Die grundlegende Unterscheidung zwischen einer Diagnose über positive Nachweise vs. einer Diagnose über den Ausschluss von Alternativen findet sich etwa bei Rosenberg 2003. Rogers 2004 weist aber darauf hin, dass in der Praxis häufig über lange Zeit zunächst alle diagnostischen Möglichkeiten zum Nachweis einer genuinen Erkrankung des Kindes ausgeschöpft werden, bevor der Verdacht eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms aufkommt und nach positiven Belegen hierfür gesucht wird.
- 13 Z.B. Siegel/Fischer 2001, Royal College of Paediatrics and Child Health 2002, Noeker/Keller 2002.
- 14 Z.B. Noeker/Keller 2002, S. 1359, Rogers 2004.
- 15 Häufigkeit, mit der tatsächliche Fälle von Münchhausen-by-proxy-Syndrom in einer Liste mit Warnmerkmalen als auffällig aufscheinen.
- 16 Häufigkeit, mit der ein Fall ohne Münchhausen-by-proxy-Syndrom anhand einer Liste mit Warnmerkmalen fälschlich als auffällig beurteilt wird.
- 17 Die Gefahr einer fortgesetzten Misshandlung lässt sich nach gegenwärtigem Wissen aus drei Arten von Befunden ableiten. Erstens wurden bei bekannt gewordenen Fällen vor der Entdeckung Symptome in der Regel mehrere Monate bis Jahre behauptet, vorgetäuscht oder erzeugt (z.B. Sheridan 2003: 22 Monate im Mittel). Zweitens kommt es in bekannt gewordenen Fällen, trotz der gemeinsamen Anstrengungen von Medizin, Jugendhilfe und Familiengericht, immer wieder zu erneuten Misshandlungen betroffener Kinder, sofern die verursachende Bezugsperson ungehinderten Zugang zum Kind hat (z.B. Bools et al. 1993: 30 % anhaltende Problematik bei „leichten“ Fällen, in denen das Kind in der Herkunftsfamilie verblieb). Drittens können in betroffenen Familien auch mit weit überdurchschnittlicher Häufigkeit verschiedene Formen der Misshandlung bei Geschwisterkindern nachgewiesen werden (z.B. Mitchell 2001, S. 191, Sheridan 2003, S. 436).

- 18 Zur Abschätzung der Gefahr schwerwiegender Schädigungen lassen sich verschiedene Informationen heranziehen. Zunächst wurden relativ hohe Raten an Todesfällen (z.B. Rosenberg 1987: neun Prozent, Sheridan 2003: sechs Prozent), sowie an lang anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z.B. Rosenberg 1987: acht Prozent; Sheridan 2003: sieben Prozent) bei betroffenen Kindern berichtet. Weiterhin fanden sich selbst in eher leichten Fällen, in denen keine dauerhafte Herausnahme des Kindes aus der Herkunftsfamilie erfolgte, hohe Raten an insgesamt ungünstigen Entwicklungsverläufen bei betroffenen Kindern (z.B. Bools et al. 1993: 49 %). Zudem mussten betroffene Kinder zu einem erheblichen Anteil schmerzhaft, unnötige Untersuchungen und Operationen über sich ergehen lassen (z.B. Royal College of Paediatrics and Child Health 2002: zehn bis 60 % in verschiedenen Studien). Schließlich fanden sich in ersten Studien langfristig häufig erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und Beziehungsfähigkeit (z.B. Libow 1995). In einigen Fällen scheint sich bei betroffenen Kindern die notwendigerweise auftretende Verunsicherung über einen angemessenen Umgang mit dem eigenen Körper und mit Gesundheit bzw. Krankheit auch zu somatoformen Störungen bis hin zu artifiziellen Störungen zu verdichten, d.h. körperlich nicht nachweisbare Symptome werden anhaltend erlebt und medizinische Behandlungen gefordert oder Symptome werden vorgetäuscht, übertrieben oder sogar erst erzeugt. Gegenwärtig liegen jedoch noch zu wenige Informationen vor, um die Häufigkeit eines solchen Verlaufs bei betroffenen Kindern einschätzen zu können.
- 19 In den Forschungsübersichten von Rosenberg 1987 bzw. Sheridan 2003 wurde die Misshandlung zu 98 bzw. 77 % von den Müttern der betroffenen Kinder ausgeübt.
- 20 In einer gründlichen Studie von Bools et al. 1994 fanden sich bei 72 % von 34 untersuchten Müttern mit Münchhausen-by-proxy-Syndrom Hinweise auf eine somatoforme oder artifizielle Störung. Der Prozentsatz auffälliger Mütter erhöhte sich auf 87 %, wenn auch Selbstverletzungen und der Missbrauch von Suchtstoffen als Form eines gestörten Umgangs mit dem eigenen Körper angesehen wurden. Auch in den weniger auf die Lebensgeschichte der Täterinnen fokussierten Übersichtsarbeiten von Rosenberg 1987 und Sheridan 2003 fanden sich immer noch Anteile von 24 bzw. 29 % mit Hinweisen auf entsprechende Auffälligkeiten.
- 21 Für eine zusammenfassende Erörterung s. Noeker 2004, S. 465.
- 22 Diese Vermutung stützt sich auf zwei Arten von Befunden. Zum einen waren in einigen detaillierten Studien (z.B. Gray/Bentovim 1996) bei einem hohen Anteil untersuchter Eltern Kindheitserfahrungen von emotionaler Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch nachweisbar. Weiterhin fand eine Untersuchung (Adshead/Bluglass 2001) bei der überwiegenden Mehrzahl betroffener Mütter Hinweise auf eine unsichere und desorganisierte Bindungsrepräsentation, die als wichtiges handlungsleitendes inneres Modell für das Fürsorgeverhalten gegenüber dem Kind, aber auch für den Umgang mit den eigenen Bindungsbedürfnissen angesehen wird.
- 23 In der Analyse von Sheridan 2003 fanden sich beispielsweise in etwa einem Viertel der von ihr untersuchten Fallberichte psychiatrische Diagnosen, häufig Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen.
- 24 Eine Serie beeindruckender Fallanalysen findet sich bei Schreier/Libow 1993. Eminson 2001 hat darüber hinaus eine mit Fallbeispielen unterlegte Zusammenschau von Vorstellungen zur Ätiologie des Münchhausen-by-proxy-Syndroms vorgelegt. Eine eher theoretische Analyse ätiologischer Vorstellungen findet sich bei Rogers 2004.
- 25 Aus der englischen Jugendhilfe stammt hierbei ein umfangreiches Konzept (Department of Health 2002). Für die amerikanische Situation haben Parrish/Perman 2004 eine Übersichtsarbeit vorgelegt.
- 26 Für die deutschsprachige Literatur s. etwa Krupinski et al. 1995, S. 354, Noeker/Keller 2002, S. 1368.
- 27 Eher skeptisch äußern sich beispielsweise Noeker/Keller 2002 und Rosenberg 2002 zu den Chancen einer Therapie. In einer der wenigen vorliegenden Therapiestudien mit Katamnese konnten Berg/Jones 1999 dagegen nach einer stationären, multidimensionalen Intervention (bindungsorientierte Therapie und Rückfallprophylaxe) in über 70 % von 13 eher schweren Fällen eine Rückführung befürworten und bei über 80 % dieser Kinder über zwei Jahre hinweg einen positiven Entwicklungsverlauf beobachten. Weiterführende Literaturhinweise zu Therapieansätzen finden sich bei Parnell 2002. Bei der Einleitung von Therapiemaßnahmen warnt Bluglass 2001 aber vor der Selbstüberschätzung mancher Therapeuten und verlangt eine genaue Überprüfung von deren Qualifikation zur Behandlung solcher Fälle, bevor im familiengerichtlichen Verfahren über die Rückführung eines Kindes nachgedacht wird. Hinweise auf Kriterien zur Beurteilung der Erfolgsaussichten einer Therapie geben Jones et al. 2001, wobei eine gute Prognose mit Merkmalen wie einer Vortäuschung der künstlichen Erzeugung von Krankheiten, einer bestehenden Störungseinsicht und einem nicht misshandelnden Partner verbunden ist.
- 28 Eindrücklich belegen dies Befunde einer englischen Katamnesestudie (z.B. Bentovim 2001), in der sich ein langfristiges Schutzkonzept und eine zielgerichtete Therapie im Fall einer Rückführung als zentrale Prognosefaktoren für einen positiven Entwicklungsverlauf beim Kind erwiesen.