



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

Das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als eine Form der Kindesmisshandlung

Tag der Abgabe: 07.01.2014

Vorgelegt von: Besteher, Francie

BA Bildung und Erziehung in der Kindheit

Erstprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Hantel-Quitmann

Zweitprüfer: Prof. Dr. med. Georg Schürgers

Francie Besteher

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 07.01.2014

Francie Besteher

In dieser Arbeit wird von Müttern oder anderen weiblichen Formen als den misshandelnden Elternteilen gesprochen, weil Frauen, insbesondere die leiblichen Mütter, den größten Teil der Täterinnen darstellen und obwohl es auch eine geringe Anzahl an männlichen Tätern und anderen als den Eltern gibt. Die jeweils gewählte Form soll keine unangemessene Verallgemeinerung darstellen, sondern eine Vereinfachung und dient damit der Leserlichkeit und des Verständnisses.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	DAS MÜNCHHAUSEN-BY-PROXY-SYNDROM – BEGRIFFSKLÄRUNG	3
2.1	DEFINITIONEN UND DIAGNOSEN	4
2.1.1	<i>Die Erstbeschreibung nach R. Meadow</i>	5
2.1.2	<i>Das MbPS nach D. Rosenberg</i>	5
2.1.3	<i>MbPS im DSM-IV-TR</i>	6
2.1.4	<i>Empfehlung des Committee on Child Abuse and Neglect</i>	8
2.2	DAS MBPS ALS KINDESMISSHANDLUNG	9
3	DAS MBPS IN FAMILIEN – DIE MÜTTER UND VÄTER	12
3.1	DIE MISSHANDELNDEN MÜTTER	13
3.2	DIE MOTIVATION DER MÜTTER	16
3.3	ERKLÄRUNGSANSÄTZE	17
3.3.1	<i>Das MbPS als Ergebnis einer psychischen Störung</i>	17
3.3.2	<i>Der Körper als Objekt</i>	20
3.3.3	<i>Mangelnde Empathiefähigkeit aufgrund traumatischer Kindheitserfahrungen</i>	21
4	DIE KINDER	23
4.1	PHYSISCHE FOLGEN	24
4.2	PSYCHISCHE FOLGEN UND TRAUMATISIERUNGSWIRKUNG	26
4.2.1	<i>Die Klinikaufenthalte und medizinischen Behandlungen</i>	27
4.2.2	<i>Das Verhalten der Mutter aus Sicht des Kindes</i>	28
4.2.3	<i>Die Reaktionen anderer Personen</i>	30
4.2.4	<i>Der Umgang mit Krankheit und dem eigenen Körper</i>	31
4.2.5	<i>Bindungstheoretische Aspekte</i>	32
5	WARNHINWEISE UND VORGEHENSWEISE BEI VERDACHT AUF EIN MBPS	33
5.1	TYPISCHE CHARAKTERISTIKA ALS WARNHINWEISE	34
5.1.1	<i>Warnhinweise im mütterlichen Verhalten</i>	34
5.1.2	<i>Warnhinweise beim Kind</i>	36
5.1.3	<i>Warnhinweise im Familienkontext</i>	37

5.2	ABGRENZUNG DES MBPS	37
5.3	VORGEHENSWEISE BEI MBPS-VERDACHT	41
5.3.1	<i>Nach der Überweisung in die Klinik</i>	41
5.3.2	<i>Die diagnostische Trennung</i>	43
5.3.3	<i>Die Konfrontation der Mutter</i>	45
5.3.4	<i>Exkurs: Heimliche Videoüberwachung</i>	46
6	HILFEN UND PRÄVENTIONSMÖGLICHKEITEN	49
6.1	SCHUTZ UND HILFE FÜR DIE KINDER	50
6.2	THERAPIEMÖGLICHKEITEN FÜR DIE MÜTTER	53
6.3	PRÄVENTIONS- UND FRÜHINTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN	54
7	SCHLUSSBETRACHTUNG	56
8	LITERATURVERZEICHNIS	58
8.1	PRIMÄRLITERATUR	58
8.2	SEKUNDÄRLITERATUR	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überschneidungen des MbPS mit anderen psychischen Störungen (mod. n. Noeker 2004, 462) _____ 19

Tabelle 2: Abgrenzung des MbPS von auffälligem Verhalten der Mutter mit anderen Ursachen _____ 38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier Stufen der Manipulation (vgl. Noeker et al. 2011, 267) _____ 10

Abkürzungsverzeichnis

MbPS

Münchhausen-by-Proxy-Syndrom

1 Einleitung

„James’s case plunged me into the heart of one of the key conflicts in child psychiatry: although the patient is the child, he is not the one that gets to make most decisions about his care and treatment, and he is often not the person who provides the initial information about the case. We’d been told by Merle [James’s Adoptivmutter] that James was sick, but James was sick only because Merle had been making him that way. [...] While most parents have their children’s best interest at heart, it is also true that disturbed children often have disturbed parents who may be the direct cause of the children’s problems. [...] In James’s case, Merle continuously ‘doctor shopped,’ seeking professionals who viewed him as a case of ‘Reactive Attachment Disorder’ and dropping those who questioned her actions or judgment too closely. She was able to present the opinion of therapists and social workers in support of her case to child welfare authorities, leaving out the views of those who disagreed with the diagnosis. [...] Merle would turn out to have a condition called Munchausen’s syndrome by proxy.”

(Perry & Szalavitz 2006, 209-211)

Diese Arbeit behandelt das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als eine schwere Form der Kindesmisshandlung, bei der ein Elternteil sein Kind krank macht um es anschließend bei Ärzten vorzustellen und behandeln zu lassen. Insbesondere in der deutschsprachigen Literatur wird das Thema fast ausschließlich in medizinischen Fachzeitschriften aufgegriffen. Das ist nachvollziehbar, da das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom durch seine Einbindung von Medizinern vor allem in Krankenhäusern auffällig wird. Um ein umfassendes Bild über das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom zu bekommen, sind aber weitere Aspekte und Perspektiven notwendig. Die vorliegende Bachelor-Thesis gibt einen Überblick über den bisherigen Kenntnisstand ohne auf medizinische Details, die bereits vielfach in anderen Arbeiten ausgeführt werden, einzugehen.

Das folgende Kapitel stellt dar, wie die Bezeichnung Münchhausen-by-Proxy-Syndrom entstand und welche Definitionen und Diagnosen für die Störung existieren und aktuell diskutiert werden. Der dritte Abschnitt betrachtet die Familien, in denen die Misshandlungsform beobachtet wurde. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den misshandelnden Elternteilen, ihrer anzunehmenden Motivation und möglichen Erklärungsansätzen für ihr Verhalten. Anschließend wird dargestellt, welche statistischen Daten es zu den betroffenen Kindern gibt, welche Risiken die Misshandlungen im Rahmen eines Münchhausen-by-Proxy-Syndrom beinhalten und mit welchen körperlichen und psychischen Folgen bei den Kindern zu rechnen ist. Der fünfte Abschnitt zeigt auf, welche häufig beobachteten Muster Warnhinweise für ein Münchhausen-by-Proxy-Syndrom darstellen können und welche Vorgehensweise bei einem Verdacht empfohlen wird. Das letzte Kapitel erläutert, welche Hilfen für die Kinder angezeigt sind, welche Möglichkeiten es für die Behandlung der Eltern gibt und wie Präventionsmaßnahmen aussehen können.

2 Das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom – Begriffsklärung

Das *Münchhausen-by-Proxy-Syndrom* (MbPS) stellt eine besondere Form der *Artifiziellen Störungen* dar (vgl. Nowara 2005, 128). Menschen mit einer Artifiziellen Störung werden in Kliniken und bei Ärzten mit erfundenen oder selbst herbeigeführten Symptomen vorstellig. Über diesen künstlichen Ursprung der Beschwerden wird das medizinische Personal jedoch nicht informiert und dadurch motiviert vielfältige Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen (vgl. Noeker 2004, 450). Die Motive für dieses Verhalten sind nicht bekannt. Es ist zu vermuten, dass sie die Rolle eines Kranken einnehmen wollen (vgl. World Health Organization & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013a).

Früher wurden die artifiziellen Störungen häufig unter dem Begriff *Münchhausen-Syndrom* subsumiert (vgl. Noeker 2004, 450), dessen Name sich von dem so genannten Lügenbaron Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von und zu Münchhausen ableitet (vgl. Faust o.J.b, 4). Heute meint die Bezeichnung eine Sonderform dieser Störungsgruppe (vgl. Nowara 2005, 128), deren Patienten außer den Verhaltensweisen der Artifiziellen Störung noch andere Charakteristiken aufweisen. Dazu gehören zahlreiche Wohnortwechsel, fantasiereiches Lügen und starke Probleme im zwischenmenschlichen Bereich mit wenigen sozialen Kontakten und häufigen Beziehungsabbrüchen (vgl. ebd.; vgl. Faust o.J.b, 18f). Diese Menschen sind psychisch krank (vgl. Faust o.J.a, 2), bei ihnen liegen narzisstische, dissoziale oder emotional instabile Persönlichkeitsstörungen Typ Borderline vor (vgl. Eckhardt 1996, 1624).

Der Begriff MbPS geht auf Meadow zurück, der ihn erstmals benutzte (vgl. Krupinski 2013, 284). Andere Bezeichnungen für diesen Syndrom sind *artifizielle Störung by proxy* (vgl. Noeker 2004, 451), *Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom* (vgl. Noeker, Mußhoff, Franke & Madea 2011, 266) oder *erweitertes Münchhausen-Syndrom* (vgl. Faust o.J.b, 19). Dabei führen die Betroffenen nicht Krankheiten an sich selbst herbei, sondern stellvertretend (engl.: *by proxy*, von *proximus* [lat.]: nächster, sehr nahe verwandt) an anderen Personen, meist an ihren Kindern (vgl. Nowara 2005, 128; vgl. Faust o.J.b, 19).

Sowohl das Münchhausen-Syndrom als auch das MbPS zeichnen sich folglich dadurch aus, dass die präsentierten Symptome keinen natürlichen krankheitsbedingten Ursprung haben, sondern künstlich und somit artifiziell (engl.: *factitious*) herbeigeführt wurden (vgl. Noeker & Keller 2002, 1357).

2.1 Definitionen und Diagnosen

Die Frage, welche Kriterien vorliegen müssen, damit es sich um ein MbPS handelt, wird vielfach diskutiert und bis dato gibt es keine einheitliche und allseitig anerkannte Definition. Trotzdem ähneln sich die Beschreibungen in entscheidenden Punkten, wie die folgenden Abschnitte zeigen werden.

Eine Frage, die besonders in der englischsprachigen Literatur viel diskutiert wird, ist, welchem medizinischen Fachgebiet das MbPS zugeordnet werden sollte. Einige Autoren gehen davon aus, dass es sich hierbei um eine psychiatrische Störung handelt, die dementsprechend der Mutter zugeschrieben wird (vgl. Schreier 2002, 538; vgl. Morrell & Tilley 2012, 328). Die meisten Autoren beschreiben mit dem MbPS jedoch die Misshandlungen, welche das Kind durch die Manipulationen der Mutter erfährt und sehen es daher als pädiatrische Diagnose an (vgl. Meadow 2002, 501).

Ein weiterer, damit zusammenhängender Streitpunkt ist, inwiefern die vermutete Motivation der Mutter als Kriterium für die Definition relevant ist. Autoren, welche das MbPS als psychiatrische Störung der Mutter verstehen, beschreiben ihre Motivation als zwingend erforderlich für seine Diagnose (vgl. Schreier 2002, 538), während jene, die es als pädiatrische Diagnose ansehen, davon ausgehen, dass die Motivation kein Kriterium darstellen sollte (vgl. Herrmann, Thyen & Bismarck 2008, 14).

Es ist klar, dass der Schutz der Kinder das zentrale Ziel darstellen muss, unabhängig davon, welche Definition für das MbPS gewählt wird. Nichtsdestotrotz ist eine klare Begriffsbestimmung sinnvoll und notwendig, um diese Störung eindeutig identifizieren zu können. Denn wenn ein MbPS vorliegt, entscheidet das über die weitere Vorgehensweise und damit auch, welche Schritte zum Schutz des Kindes unternommen werden müssen (vgl. Schreier 2004, 131).

2.1.1 Die Erstbeschreibung nach R. Meadow

1977 veröffentlicht der englische Kinderarzt Roy Meadow in einer medizinischen Fachzeitschrift zwei Fallberichte von Kindern mit zunächst unerklärlichen Symptomen, aufgrund derer bei ihnen zahlreiche medizinische Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden. Es stellt sich heraus, dass die Symptome der Kinder jedoch keine natürliche Ursache haben, sondern durch ihre Mütter herbeigeführt wurden (vgl. Meadow 1977). Meadow vergleicht diese Form der „fabricated story“ (vgl. ebd., 345) mit der von Patienten mit Münchhausen-Syndrom und schließt daraus, dass es sich um Fälle von Münchhausen-Syndrom-by-Proxy handelt.

2.1.2 Das MbPS nach D. Rosenberg

Die Kinderärztin Donna Rosenberg veröffentlicht 1987 eine Literaturanalyse von 117 Fällen von MbPS (vgl. Rosenberg 1987, 551). Ihre Recherche ergibt viele Erkenntnisse zu den Opfern, Täterinnen und auch Kontextbedingungen, in denen ein MbPS stattfindet und wird deshalb im Folgenden noch mehrfach als Quelle herangezogen. Die Definition, die sie in diesem Artikel aufstellte, wird bis heute häufig zitiert, insbesondere in der deutschsprachigen Literatur (vgl. Nowara 2005, 128f; vgl. Häßler, Zamorski & Weirich 2008, 228; vgl. Noeker et al. 2011, 266; vgl. Krupinski 2013, 286). Rosenberg beschreibt das MbPS mit vier Merkmalen (vgl. Rosenberg 1987, 548f):

1. Die Beschwerden eines Kindes werden von einem Elternteil, oder einer anderen für das Kind Sorge tragenden Person, vorgetäuscht, herbeigeführt oder beides.
2. Das Kind wird häufig bei Ärzten vorgestellt und dort vielfach untersucht und behandelt.
3. Der Verursacher leugnet, etwas über die Herkunft der Beschwerden des Kindes zu wissen.
4. Akute Symptome des Kindes gehen zurück, wenn das Kind vom Verursacher getrennt wird.

Rosenberg (vgl. ebd., 549) betont, dass diese Definition die alleinige körperliche Misshandlung, den alleinigen sexuellen Missbrauch und die alleinige nichtorganisch-bedingte Gedeihstörung ausschließt.

Rosenberg (2003, 423) versteht das MbPS als pädiatrische Diagnose. Dementsprechend stellt auch die Motivation der Mutter in ihrer Definition kein Kriterium dar. Sie schreibt, dass die Absichten der Mutter nicht beobachtbar und damit auch nicht erkennbar sind (vgl. ebd., 422).

2.1.3 MbPS im DSM-IV-TR

In dem in Deutschland gebräuchlichen Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 lässt sich das MbPS wie bereits beschrieben als Sonderform den Artifizialen Störungen zuschreiben (vgl. World Health Organization & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013a). In der Diagnose wird jedoch nicht auf diese Sonderform eingegangen, weshalb im Folgenden nun das US-amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV-TR näher betrachtet wird, denn darin wurde das MbPS als *Artifizielle Störung by Proxy* (Englisch: *factitious disorder by proxy*) in die Forschungskriterien aufgenommen (vgl. Noeker 2004, 450f). Die Beschreibung bezieht sich auf den Verursacher und enthält folgende vier Merkmale (vgl. Meadow 2002, 503):

1. Gezieltes Herbeiführen oder Vortäuschen von physischen Krankheitszeichen bei einer Person, für die der Verursacher Verantwortung trägt
2. Die Motivation des Verursachers liegt in der Einnahme der Krankenrolle über jemand anderen
3. Externe Anreize für das Verhalten sind nicht vorhanden (z.B. finanzieller Gewinn)
4. Keine andere psychischen Erkrankung kann das Verhalten des Verursachers besser darstellen

Im Gegensatz zu Rosenbergs Definition findet sich hier die anzunehmende Motivation der Mutter in Punkt 2. Nach Meadow (vgl. ebd., 506) ist es wichtig, dass die Motivation der Täterin in die Diagnose miteinbezogen wird, auch wenn sie schwer einschätzbar ist. Seiner Meinung nach verhindert dieses Kriterium die übermäßige Nutzung und damit unangemessene Zuordnung des Begriffs. Auch Schreier (2002, 538) verteidigt dieses Kriterium, da es ihm gemäß, wichtig für die Unterscheidung des MbPS von anderem, zum Teil ähnlich erscheinendem, auffälligen Krankheitsverhalten von Müttern ist. Diese Abgrenzung ist wiederum bedeutsam, da die verschiedenen Erklärungen für das Verhalten der Mütter auch mit unter-

schiedlichen Gefährdungen für das Kind sowie Behandlungsmöglichkeiten und -prognosen für die Täterinnen verbunden sind (vgl. Schreier 2002, 538). Schreier (vgl. ebd.) erkennt an, dass die Einschätzung der Motivation einer Person äußerst schwierig sein kann. Aus den zahlreichen berichteten Fallbeispielen ergeben sich seiner Meinung nach jedoch genügend Gemeinsamkeiten, die für eine fundierte Hypothesenbildung zur mütterlichen Motivation ausreichen.

Neben der Motivation der Mutter wird aber auch Punkt 3 der Diagnose diskutiert. So schreibt Schreier (2004, 141), dass durchaus externe Anreize neben der Einnahme der Krankenrolle vorliegen können und ihrerseits das Vorliegen eines MbPS nicht ausschließen. Die Mütter erzielen zum Teil erhebliche finanzielle Unterstützung durch die künstlichen Erkrankungen ihrer Kinder (vgl. Meadow 2002, 504). Meadow (vgl. ebd.) schlägt daher vor, dieses Kriterium dahingehend zu ändern, dass externe Anreize nicht das Hauptmotiv für das Verhalten der Verursacherin darstellen.

Von Hahn et al. (2001, 134) schlagen ihrerseits neue Forschungskriterien vor. Besonders hervorzuheben ist ihr viertes Kriterium, welches eine neue Perspektive bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eines MbPS in den Blickpunkt rückt. Dieses Kriterium beschreibt ein Gesundheitswesen, welches Untersuchungen und Behandlungen durchführt, die für das Kind weder begründet noch notwendig sind. Der Punkt wird von anderen Autoren aufgegriffen, die näher ausführen, welche Eigenschaften eines Gesundheitswesens das Entstehen und Persistieren eines MbPS begünstigen können. Dazu gehört das Vorgehen, diagnostische Maßnahmen durchzuführen bis sich eine medizinische Erklärung für die Symptome des Kindes findet. Einige Mediziner setzen zur Sicherheit und aus Furcht etwas zu übersehen, eher zu viele diagnostische Untersuchungen ein, auch wenn im Vorhinein starke Zweifel bestehen, dass die mutmaßliche Erkrankung bei dem Kind vorhanden ist. Gleichzeitig kann es für Mediziner beruflich förderlich sein, seltene Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln, um Anerkennung in Fachzeitschriften und von Kollegen zu erlangen. Eine zu starke Kundenorientierung der Ärzte kann darin münden, dass die Mutter auf die Behandlung ihres Kindes einen sehr großen Einfluss nehmen kann. Liegt bei ihr ein MbPS vor, ist dieser Einfluss schädlich (vgl. Noeker 2004, 455). Die hohe Spezialisierung von Ärzten und das einfache Wechseln von Krankenhäusern kann das Persistieren eines MbPS fördern (vgl. Sonnenmoser 2010, 418f).

2.1.4 Empfehlung des *Committee on Child Abuse and Neglect*

Die *American Academy of Pediatrics* ist eine US-amerikanische Vereinigung von Kinderärzten, die sich mit Themen der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auseinandersetzt. Einer der fast 30 Ausschüsse, das *Committee on Child Abuse and Neglect*, erarbeitet politische Empfehlungen zu Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (vgl. American Academy of Pediatrics, o.J.).

Für das MbPS empfiehlt das *Committee on Child Abuse and Neglect* die Aufteilung in zwei Störungen; die pädiatrische Diagnose *pediatric condition falsification* und die psychiatrische Diagnose *factitious disorder by proxy* (vgl. Stierling & the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2007 zit. n. Noeker et al. 2011, 266). Die Bezeichnung MbPS soll als vereinende Beschreibung für beide Diagnosen gelten (vgl. Schreier 2004, 126). Die Diagnose *pediatric condition falsification* wird für das Kind gestellt und bezieht sich direkt auf die Misshandlung durch die Mutter, die sich durch das Vortäuschen oder Erzeugen von Symptomen am Kind darstellt und bei entsprechendem Befund gestellt werden sollte. Sie gilt unabhängig von der Motivation der Mutter und entspricht damit anderen pädiatrischen Diagnosen wie zum Beispiel der seelischen Vernachlässigung, der körperlichen Misshandlung oder dem sexuellen Missbrauch (vgl. Stierling & the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2007 zit. n. Noeker et al. 2011, 266). Die psychiatrische Diagnose *factitious disorder by proxy* beschreibt Personen, die bei anderen Menschen gezielt Krankengeschichten, Symptome und Erscheinung verfälschen, um eigene psychische Bedürfnisse zu befriedigen. Die Motivationen dafür können unterschiedlich sein. Einige Patienten scheinen den Wunsch zu haben, als selbstloses Elternteil eines kranken Kindes Anerkennung zu erlangen. Andere ziehen einen Gewinn daraus, Fachleute, die als besonders einflussreich erlebt werden, heimlich zu manipulieren und zu betrügen (vgl. Schreier 2002, 542).

Durch diese Trennung des MbPS in zwei Diagnosen besteht die Möglichkeit, die Misshandlung des Kindes zu diagnostizieren, ohne gleichzeitig die Motivation der Mutter beweisen oder darlegen zu müssen (vgl. Stierling & the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2007 zit. n. Noeker et al. 2011, 266). Außerdem wird deutlich, dass es andere und weitere Formen von Misshandlungen im Rahmen der *pediatric condition falsi-*

fication gibt, die nicht mit der Motivation, wie sie bei der *factitious disorder by proxy* vorliegt, übereinstimmen (vgl. Schreier 2004, 126f). Nicht zuletzt reagiert das *Committee on Child Abuse and Neglect* damit auch auf die bestehenden und bereits beschriebenen Diskussionen und Streitpunkte bei der Suche nach einer Definition und angemessenen Diagnose.

2.2 Das MbPS als Kindesmisshandlung

Die Empfehlung des *Committee on Child Abuse and Neglect* verdeutlicht aber auch einen Aspekt des MbPS, der für den Umgang mit dieser Störung von zentraler Bedeutung ist. Das MbPS stellt eben nicht nur eine Artifizielle Störung dar, denn das Herbeiführen oder das Fälschen von Symptomen und dadurch das Ermöglichen von invasiven Untersuchungen und Behandlungen an einem anderen als dem eigenen Körper, stellt eine Körperverletzung dar. Wenn diese Manipulationen bei einem Kind erfolgen, liegt eine Kindesmisshandlung vor (vgl. Noeker & Keller 2002, 1357).

Dabei zeigt das MbPS Überschneidungen sowohl mit der seelischen Vernachlässigung, der körperlichen Misshandlung als auch dem sexuellen Missbrauch von Kindern. Die Vernachlässigung präsentiert sich in dem Desinteresse und der Ignoranz der Mutter gegenüber ihrem Kind und seinen Bedürfnissen insbesondere nach Gesundheit und Wohlbefinden. Mit der körperlichen Misshandlung hat es die willkürliche Körperverletzung des Kindes aus einer Machtposition heraus gemein und mit dem sexuellen Missbrauch die Instrumentalisierung und Ausbeutung des Kindes zur Befriedigung unreifer und egoistischer Bedürfnisse des Erwachsenen (vgl. ebd., 1362).

Gleichzeitig stellt das MbPS aber auch eine Sonderform der Kindesmisshandlungen dar. Denn neben der Schädigung durch die Mutter wird auch das behandelnde Klinikpersonal unwissentlich an den Misshandlungen beteiligt (vgl. Krupinski 2013, 285). Das MbPS beinhaltet somit zwei Formen der Körperverletzung. Zum einen die direkte Manipulation der Mutter am Kind mit dem Ziel ein bestimmtes Krankheitsbild herbeizuführen und zum anderen die indirekte Misshandlung durch das medizinische Personal über Untersuchungen und Behandlungen (vgl. Noeker et al. 2011, 266) einschließlich deren Nebenwirkungen (vgl. Herrmann et al. 2008, 14). Durch den Betrug der Mutter und dadurch die Einbindung in die Misshandlung

des Kindes, ist das MbPS für Ärzte eine besonders belastende Form der Kindesmisshandlung (vgl. Noeker et al. 2011, 266).

Wie häufig Kinder Opfer eines MbPS werden, ist kaum abschätzbar. Lorenc (2011, 20) befragte deutsche Kinderkrankenhäuser zu von ihnen beobachteten Fällen von MbPS. Dabei fand sie 91 Verdachtsfälle und 99 gesicherte Fälle in einem Zeitraum von durchschnittlich 11 Jahren. Diese Zahlen sind für eine Schätzung der Häufigkeit des MbPS jedoch nicht aussagekräftig, unter anderem, da sich an der Umfrage nur etwa die Hälfte aller Kinderkliniken beteiligte. McClure, Davis, Meadow und Sibert (1998 zit. n. Zamorski, Weirich & Häßler 2008, 174) berichten von mindestens 2,8 Fällen auf 100.000 Kinder jünger als ein Jahr und von 0,5 Fällen bei den Zwei- bis Sechzehnjährigen. Bei einer Bevölkerung von einer Millionen Einwohner entsprechen diese Zahlen ungefähr einem Fall pro Jahr (vgl. Noeker & Keller 2002, 1358). Autoren, die sich auf diese Schätzungen beziehen, betonen aber, dass es sich wahrscheinlich um zu niedrige Fallzahlen handelt und vermuten eine große Dunkelziffer (vgl. ebd.; vgl. Zamorski et al. 2008, 174). Überträgt man diese Zahlen auf Deutschland, kämen auf die etwa 80 Millionen Einwohner (Stand Dezember 2012; vgl. Statistisches Bundesamt 2013) jedes Jahr etwa 80 Fälle. Das mag im Vergleich mit anderen Misshandlungsformen wenig erscheinen. Bedenkt man aber die Schwere und vor allem auch die Folgen dieser Misshandlungsform für die betroffenen Kinder ist es aus Sicht der Autorin dieser Arbeit gerechtfertigt, dem MbPS mehr Aufmerksamkeit zu widmen um in Zukunft besser zum Schutz der Kinder reagieren zu können und den betroffenen Familien zu helfen.

Noeker et al. (2011, 267) beschreiben vier Stufen, in denen sich die Manipulationen von Symptomen in einem MbPS zeigen können und die in ihrem Schweregrad ansteigen:

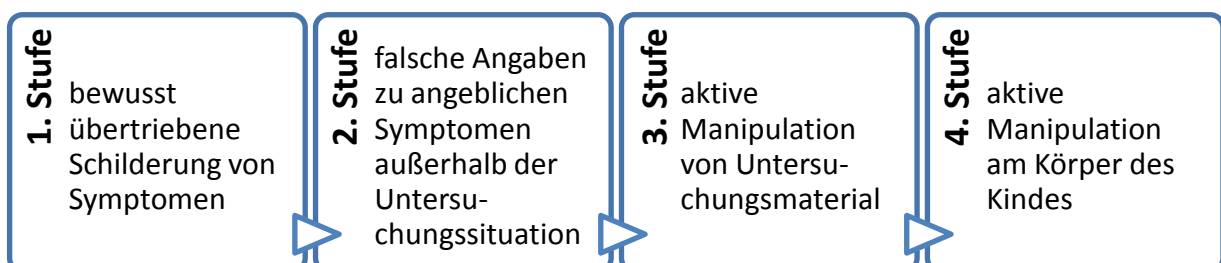


Abbildung 1: Vier Stufen der Manipulation (vgl. Noeker et al. 2011, 267)

Die erste Stufe beinhaltet die bewusst übertriebene Darstellung von Symptomen des Kindes, zum Beispiel die Beschreibung einer leicht erhöhten Temperatur als bedrohliche Fieberpe-

riode. Auf der zweiten Stufe gibt die Mutter falsche Informationen zu angeblichen Symptomen, die, in der Regel zu Hause ohne Anwesenheit anderer, beobachtet wurden. Ein typisches Beispiel dafür ist die Schilderung von erfundenen epileptischen Anfällen. Die folgende Stufe betrifft die aktive Manipulation von Untersuchungsmaterial; die Mutter mischt zum Beispiel den Urinproben des Kindes ihr eigenes Blut bei. Die vierte Stufe beinhaltet die aktive Manipulation am kindlichen Körper mit dem Ziel, bestimmte Symptome vorzutäuschen. Die Mutter gibt dem Kind zum Beispiel bestimmte Medikamente, die Übelkeit und Erbrechen erzeugen, mit dem Ziel eine Lebensmittelunverträglichkeit vorzutäuschen (vgl. Noeker et al. 2011, 267). Die häufigsten Methoden des Herbeiführens von Symptomen sind mit abnehmender Häufigkeit das Ersticken bzw. Anersticken des Kindes, das Verabreichen von Medikamenten und das Vergiften (vgl. Sheridan 2003, 439).

Diese Auflistung nach dem Schweregrad der Manipulationen spiegelt nicht die Schwere der Folgen für die Kinder wider. Betrachtet man die einzelnen Stufen und die daraus folgenden möglichen Handlungen auf Seiten des Klinikpersonals, wird deutlich, dass diese unabhängig davon zu sehen sind. Denn schon die übertriebene Darstellung von tatsächlich vorhandenen Symptomen des Kindes, wie auf Stufe 1 beschrieben, kann eine Reihe von nicht angemessenen und unnötigen medizinischen Untersuchungen bewirken und sich damit in seiner Traumatisierungswirkung und in der Schädigung des Kindes eventuell kaum von den Behandlungsfolgen durch das Klinikpersonal bei Manipulationen, wie auf Stufe 4 beschrieben, unterscheiden.

Des Weiteren gilt es aus Sicht der verfassenden Autorin anzumerken, dass diese vier Stufen wahrscheinlich eher eine theoretische Auflistung der möglichen Manipulationen darstellen. Es hat sich bei der Durchsicht zahlreicher Fallstudien nicht bestätigt, dass eine Mutter diese Stufen in aufsteigender Abfolge nacheinander durchläuft. Zum Teil bestehen diese Manipulationsmuster nebeneinander, so dass eine Mutter falsche Angaben zu den Symptomen macht, gleichzeitig aber auch Symptome am kindlichen Körper herbeiführt. Genauso kann eine Mutter bestimmte Stufen auslassen und direkt beginnen, Proben des Kindes zu manipulieren ohne jemals vorhandene Symptome übertrieben geschildert zu haben.

3 Das MbPS in Familien – die Mütter und Väter

Im Gegensatz zum Münchhausen-Syndrom, welches häufiger Männer betrifft (vgl. Faust o.J.b, 18), kommen beim MbPS vor allem Frauen als Täterinnen vor, was nach Krupinski (2013, 286) auch der Hauptverantwortung der Frauen für die Kinder zuzuschreiben ist. Mindestens 93 % der Verursacher sind Frauen (vgl. Schreier 2004, 128), in über 90 % ist es die Mutter des Kindes (vgl. Vennemann et al. 2006, 195). Rosenberg (1987, 555) hat in ihrer Literaturrecherche in 98 % der Fälle die leibliche Mutter und in 2 % die Adoptivmutter als Täterin identifiziert.

Die zweitgrößte Tätergruppe im Rahmen eines MbPS stellen die leiblichen Väter dar. Dabei ist anzumerken, dass ihr Anteil im Gegensatz zu den leiblichen Müttern auffallend gering ist. So sind in etwa 7 % der Fälle, die Väter die Täter (vgl. Sheridan 2003, 436). Weiterhin kommen andere Verwandte, Pflegemütter oder Babysitter als Täterinnen in Frage (vgl. von Hahn et al. 2001, 130). Außerdem gibt es Fälle, in denen der eine Elternteil um die Manipulationen seines Partners zumindest weiß (vgl. Schreier 2004, 128). Rosenberg (1987, 555) fand in ihrer Literaturrecherche heraus, dass die Väter in 1,5 % der Fälle in die Manipulationen ihrer Frauen eingeweiht waren.

Männliche Täter unterscheiden sich in ihrem Auftreten dabei stark von den Müttern als Täterinnen. Sie bauen keine engen Beziehungen zum medizinischen Personal auf und sie erscheinen nicht als perfekte Väter (vgl. Schreier 2004, 128). Libow (1995, 1135) beispielsweise schildert einen Fall, in dem der Vater als Täter sich nicht als sorgendes Elternteil sondern als Arzt präsentierte. Im Kontakt mit dem Klinikpersonal treten diese Väter sehr fordernd, und herablassend bis feindselig auf (vgl. Schreier 2004, 128).

In dem Großteil der Fälle sind die Väter nicht aktiv an den Misshandlungen der Kinder beteiligt. Sie nehmen in den Familien eine untergeordnete Rolle ein, beteiligen sich kaum an der Erziehung und überlassen die Kinder den Müttern. Zum Teil sind sie ihren Frauen tatsächlich intellektuell unterlegen, zum Teil fühlen sie sich ihnen nur unterlegen oder sind von ihnen stark abhängig (vgl. Nowara 2005, 129). Die Väter sind selten in den Kliniken zu Besuch (vgl. Schreier 2004, 128) und auch nach der Aufdeckung des MbPS, glauben sie den Beweisen

meist nicht und unterstützen ihre Frauen weiterhin (vgl. Krupinski 2013, 286). Selbst wenn die Väter Vermutungen zur Herkunft der Erkrankungen der Kinder haben, teilen sie diese aus Angst oder Loyalität nicht mit (vgl. Noeker 2004, 454) und verteidigen ihre Partnerinnen auch nach Bestätigung ihrer Ahnungen noch (vgl. Schreier 2002, 547). Sigal, Gelkopf und Meadow (1989, 530) beschreiben, dass bei einigen Vätern sogar der Eindruck entsteht, sie würden fast alles tun um die Misshandlungen ihrer Frauen nicht zu bemerken. Krupinski (2013, 286) vergleicht das MbPS der Mutter daher mit dem sexuellen Missbrauch durch den Vater. Der nichtbeteiligte Elternteil ignoriert die Anhaltspunkte und Hinweise im Kontext der Manipulationen bzw. des Missbrauchs und ermöglicht ihn dadurch.

3.1 Die misshandelnden Mütter

Schon in Meadows Artikel von 1977 findet sich eine Beschreibung dieser Mütter, die sich bis heute differenziert und vielfach bestätigt hat. Die Frauen erscheinen sehr sympathisch und genießen es, in der Klinik zu sein und Kontakt mit dem medizinischen Personal zu haben (vgl. Meadow 1977, 344). Beim Erstkontakt wirken sie fürsorglich und selbstlos (vgl. Krupinski 2013, 286). Der Großteil der Täterinnen wird als freundlich, sozial kompetent (vgl. Rosenberg 1987, 555) und im Umgang mit dem Kind als liebevoll und umsorgend (vgl. Noeker et al. 2011, 267), zum Teil als perfekte Mutter beschrieben (vgl. Plassmann 2004, 11). Dieser Eindruck erschwert es, die Misshandlungen durch die Mutter überhaupt erst in Betracht zu ziehen (vgl. Noeker et al. 2011, 267), denn in den allermeisten Fällen, vertraut das medizinische Personal der Mutter vollkommen (vgl. Sigal et al. 1989, 531).

Durch heimlich installierte Videokameras kann man einen Blick hinter die Fassade dieser scheinbar fürsorglichen und aufopfernden Mütter werfen. Solche Videoaufnahmen zeigen die Mütter, wie sie ihre Kinder stundenlang ignorieren, zum Teil tagelang sich selbst überlassen (vgl. Southall, Plunkett, Banks, Falkov & Samuels 1997 zit. n. Schreier 2004, 132) oder sich ihnen gegenüber unvermittelt gewalttätig verhalten (vgl. Southall et al. zit. n. Schreier 2004, 126). Sie scheinen empathielos in Anbetracht der Verletzungen, die sie ihren Kindern zufügen und sogar wenn ein Kind stirbt, wirken sie emotional unbeteiligt (vgl. Sonnenmoser, 418ff). Diese Mütter haben kaum soziale Kontakte (vgl. ebd., 417) und scheinen sich in den Krankenhäusern äußerst wohl zu fühlen (vgl. Rosenberg 1987, 557). Rosenberg (vgl. ebd.)

vergleicht ihr Verhalten daher mit dem von Kindern, die in ihren Familien misshandelt werden. Auch diese beginnen, in der Klinik aufzublühen und sich dem medizinischen Personal zu öffnen. Rosenberg (1987, 557) vermutet daher, dass das Leben außerhalb der Klinik für diese Mütter einsam und trist ist. In ihren Herkunftsfamilien haben diese Frauen oftmals selbst Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erlebt (vgl. Krupinski 2013, 286). Rosenberg (1987, 556) bemerkte, dass die Themen Einsamkeit und Isolation in den Biografien der Frauen eine wiederkehrende Rolle spielen.

Libow und Schreier (1986 zit. n. Nowara 2005, 130) berichten von drei verschiedenen Typen von Täterinnen, die fließend ineinander übergehen. Die *aktiv induzierenden* Mütter führen mehrfach Symptome herbei, was sie jedoch vehement verleugnen. Die *Hilfesuchenden* besuchen mit ihren Kindern weniger häufig Ärzte und verhalten sich bei Hilfsangeboten nach Verdachtsäußerungen kooperativer. Die *arztsüchtigen* Täterinnen sind eher unfreundlich und misstrauisch. Sie erzeugen bei ihren Kindern, die in der Regel schon älter sind, keine Symptome, überbewerten aber kleinste Auffälligkeiten und fordern Behandlungen für nicht vorhandene Erkrankungen. Diese Einteilung ist jedoch umstritten. Bools, Neale und Meadow (1994, 784) gehen davon aus, dass nur die aktiv induzierenden Täterinnen das typische Bild der MbPS-Mütter darstellen.

Es gibt fast keine Symptome, die von den Täterinnen nicht herbeigeführt werden (vgl. Nowara 2005, 131). Die Manipulationsmethoden sind dabei vielfältig (vgl. Thomas 2003, 175). Neben körperlichen Erkrankungen werden auch psychische Symptome im Rahmen eines MbPS vorgetäuscht. Darunter am häufigsten sind ADHS, Lernbehinderungen, multiple Chemikalienunverträglichkeiten, multiple Persönlichkeitsstörungen und psychotische Störungen (vgl. Schreier 2004, 130). Diese Form der Präsentation ist aber seltener (vgl. Schreier & Libow 1993 zit. n. Schreier 2004, 133) und die Aufdeckung in der Regel noch schwieriger (vgl. Schreier 2004, 130).

Rosenberg (1987, S. 551f) hat die Manipulationen durch die Mütter in zwei Kategorien eingeteilt. Die im vorigen Kapitel in Abbildung 1 dargestellten Stufen 1 und 2 bezeichnet sie als vortäuschende Manipulationen und die Stufen 3 und 4 als herbeiführende Manipulationen. Ein Viertel der Frauen ihrer Studie hat ausschließlich vortäuschende Manipulationen genutzt, die Hälfte herbeiführende und ein weiteres Viertel Manipulationen aus beiden Kategorien.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass in allen Manipulationsformen die Mehrheit der Frauen ihre Manipulationen während der stationären Behandlung durchführte. In der größten Gruppe, jene Mütter, welche ausschließlich herbeiführende Maßnahmen anwendeten, fanden die Manipulationen sogar zu 95% in der Klinik statt!

Die Mütter können ihre Täuschungen unter anderem deshalb zum Teil so lange aufrechterhalten, weil sie in der Lage sind, Erkrankungen und Symptome authentisch nachzustellen. Sie sind in der Regel sehr interessiert an medizinischen Themen und haben in diesem Bereich häufig sogar berufliche Erfahrungen (vgl. Sonnenmoser 2010, 418). Von den 60 % der Frauen aus Rosenbergs Analyse (1987, 555), bei denen der Beruf bekannt war, war die Hälfte im medizinischen Bereich tätig. Nach Plassmann (2004, 11) entspricht der Beruf der Krankenschwester aus Sicht dieser Frauen wahrscheinlich vollkommen der Rolle der umsorgenden, pflegenden Frau, weshalb sie sich auch so stark mit ihm identifizieren. Tatsächlich geben viele der Mütter an, sie seien Krankenschwestern, auch wenn das nicht stimmt (vgl. ebd.). Damit ihr Betrug nicht aufgedeckt wird, wechseln die Mütter außerdem häufig Ärzte und Kliniken (vgl. Thomas 2003, 174).

Die Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und der Mutter ist klassischerweise emotional verstrickt (vgl. Noeker 2004, 454) und geprägt von Bedürftigkeit einerseits und Feindseligkeit andererseits (vgl. Schreier 2002, 453). Für die Mutter ist es von enormer Bedeutung, den unwissenden Arzt durch ihren Betrug in die Misshandlungen des Kindes einzubeziehen (vgl. Noeker 2004, 454f). Plassmann (2004, 7) beschreibt die Mütter als vollkommen von der Vorstellung überzeugt, ihr Kind sei ernsthaft krank und könne nur mit ihrer vermeintlich liebevollen Zuwendung überleben. So sehen sie sich als Einheit mit dem Arzt im Kampf gegen die Erkrankungen des Kindes.

Die Mutter hat nach Noeker (2004, S. 456) drei Rollen inne, die sie je nach Situation wahrnimmt. Jede Rolle ist mit bestimmten Erwartungen an den behandelnden Arzt verbunden und fordert jeweils unterschiedliche Reaktionen seinerseits. Zum einen spielt die Mutter die Rolle der Täterin; sie erzeugt beim Kind Symptome und fordert vom Arzt, diese entsprechend zu behandeln. Zum anderen hat die Mutter die Rolle der Erziehungs- und Sorgeberechtigten des Kindes inne. Damit darf sie Einfluss auf die Behandlung des Kindes nehmen und zum Beispiel das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat mit dem Kind verlassen, wodurch sie

die Möglichkeit hat, eine Aufdeckung des MbPS zu verhindern. Eine weitere Rolle ist die der aufopfernden und dadurch selbst stark belasteten Mutter. In dieser Rolle erwartet sie besondere Aufmerksamkeit und Dank von Seiten des Arztes, da sie sich als über die Maße engagierte Mutter zeigt. Schreier und Libow (1993 zit. n. Schreier 2004, 133) gehen davon aus, dass die Mütter ähnliche Beziehungen auch zu anderen Fachleuten aufbauen, zum Beispiel zu Sozialarbeitern, Therapeuten oder Anwälten.

3.2 Die Motivation der Mütter

Zur Motivation dieser Mütter, die ihre Kinder im Rahmen eines MbPS misshandeln, gibt es nur begrenztes Wissen. Ein großer Teil der Frauen leugnet ihre Manipulationen auch nach der Aufdeckung, von einigen wenigen liegen jedoch Erklärungen vor. So schildert Nowara (2005, 133f) einen Fall, in dem eine Frau ihre Taten gestanden und ihre Beweggründe geschildert hat. Die Mutter rief bei ihren Kindern durch die wiederholte Gabe von Medikamenten ernsthafte Erkrankungen hervor. Sie erklärte, ihr Kind würde dadurch wieder zu einem Kleinkind, völlig hilflos und von ihr abhängig. Dadurch könne sie es von seinen Großeltern abschirmen und sich überdies als gute Mutter präsentieren.

Schreier (2004, 131) gibt zu bedenken, dass solche Erklärungen mit Skepsis zu betrachten sind, da nicht klar ist, ob die Frauen nach ihren wiederholten Lügen nun die Wahrheit sagen. Gleichzeitig geht er davon aus, dass sich aus der Vielzahl der Fallberichte und den in ihnen deutlich gewordenen Gemeinsamkeiten durchaus Hypothesen bezüglich der Motivation der Mütter ableiten lassen. Schreier (1992 zit. n. Schreier 2004, 127) sieht die Hauptmotivation dieser Mütter in dem Wunsch nach Beachtung von einflussreichen Fachleuten und in deren Manipulation. Das ist auch der Grund, warum die Frauen beispielsweise Ärzte in ihre Misshandlungen mit einbinden. Die Symptome des Kindes ermöglichen dabei den Kontakt zu diesen angesehenen Personen (vgl. Schreier 2002, 453). Schreier (2004, 132) vermutet, dass die Frauen Genugtuung und Nervenkitzel aus der Täuschung des medizinischen Personals ziehen. So hinterlassen viele der Mütter mehr oder weniger offensichtliche Hinweise auf ihre Manipulationen, zum Beispiel in Form von verdächtigen Bemerkungen, die den Reiz ihres heimlichen Betrugs wahrscheinlich noch erhöhen. Schreier (vgl. ebd., 141) führt weiter aus, dass externe Anreize, wie beispielsweise finanzielle Unterstützung oder Rache an einem ge-

schiedenen Partner, durchaus parallel zu den bisher beschriebenen Motivationen eine Rolle spielen können. Zum Teil bereiten Gerichtsverhandlungen den Frauen ebenso viel Befriedigung wie ihre Darbietungen in den Krankenhäusern. Im Gegensatz zu Krupinski (2013, 289), der davon ausgeht, dass diese Mütter durch die Misshandlung ihrer Kinder Aufmerksamkeit für sich und ihre Sorgen erlangen und dadurch Hilfe bekommen wollen, schließt Schreier (2004, 131) Aufmerksamkeit im Sinne von Hilfe für sich selbst als Motivation aus. Nach Schreier (vgl. ebd.) hat ihre angestrebte Aufmerksamkeit stattdessen einen narzisstischen Charakter. Rosenberg (1987, 557f) merkt an, dass dieser Wunsch nach Beachtung das Verhalten der Mütter jedoch nicht hinreichend erklären kann, denn es bleibt die Frage, warum die Frauen dafür diese schwere Misshandlung ihrer Kinder hinnehmen.

3.3 Erklärungsansätze

Für das Verhalten der Mütter gibt es verschiedene Erklärungsansätze, die in den folgenden Abschnitten dargestellt werden. Sie sind weniger einzeln zu betrachten, sondern ergänzen sich gegenseitig. Der erste Abschnitt folgt dabei der Idee, dass das MbPS als Ergebnis einer im Vordergrund stehenden psychischen Erkrankung anzusehen ist. Diese Annahme stützt sich vor allem auf die vielfältigen psychischen Auffälligkeiten, die bei den Frauen beobachtet und beschrieben wurden. Außer Acht gelassen werden dabei alle Auffälligkeiten im Rahmen von Artifizialen und Somatoformen Störungen. Diese werden im zweiten Abschnitt mit der Erklärung, dass die Täterinnen ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper haben, der sich auch auf den Körper des Kindes ausweitet, dargelegt. Der letzte Erklärungsansatz beinhaltet die Auffassung, dass Frauen mit einem MbPS aufgrund traumatischer Erlebnisse in der eigenen Kindheit mangelnde Empathiefähigkeit haben.

3.3.1 Das MbPS als Ergebnis einer psychischen Störung

Aus psychopathologischer Sicht finden sich bei den Täterinnen häufig depressive und Persönlichkeitsstörungen. Zum Teil zeigen sie selbstverletzendes Verhalten bis hin zu suizidalen Handlungen, zudem häufig Essstörungen oder Suchtmittelmissbrauch (vgl. Krupinski 2013, 286). Einige sind zutiefst von der Existenz der Erkrankungen ihrer Kinder überzeugt, was nach Krupinski (2013, 286) in seltenen Fällen einen wahnhaften Charakter annehmen kann.

Der Autor führt weiter aus, dass die Frauen jedoch in der Regel nicht psychotisch sind. Sie sind sich ihrer Taten bewusst, können allerdings nicht nachvollziehen, was sie zu den Misshandlungen motiviert. Krupinski (2013, 286) schlussfolgert, dass das Verhalten der Mütter im Rahmen eines MbPS Ähnlichkeit mit Störungen der Impulskontrolle zeigt, wie zum Beispiel dem pathologischen Stehlen. Trotz des zwanghaften Charakters der Manipulationen sind die Mütter durchaus in der Lage, die Misshandlungen falls notwendig zu unterbrechen (vgl. Schreier 2004, 132). Schreier (2004, 132) vermutet daher, dass einige Mütter während dieser Unterbrechungen ihre Impulse durch andere Handlungen ausagieren.

Statistische Untersuchungen zeigen folgendes Bild: Sheridan (2003, 438f) beschreibt, dass 23 % der Mütter einen psychiatrischen Befund haben, wobei mit Abstand am häufigsten Depressionen und nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden. Rosenberg (1987, 555f) gibt in ihrer Studie ebenfalls die Depression als häufigste psychische Störung unter den Frauen an. Bei einigen wurden Persönlichkeitsstörungen festgestellt, mehrfach die hysterische, heute histrionische, Persönlichkeitsstörung. Die Studie von Bools et al. (1994, 780) zeigt für die 19 interviewten Mütter, dass bei 17 von ihnen eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Die Frauen zeigten jedoch in so vielen Bereichen Auffälligkeiten, dass es den Autoren schwer fiel, den Müttern jeweils eine überwiegende Persönlichkeitsstörung zuzuordnen. Alles in allem finden sich in dieser Untersuchung am häufigsten histrionische und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen Typ Borderline (vgl. ebd., 783).

Nach Rosenberg (2003, 427) gibt es bisher keinen Beweis dafür, dass das MbPS als Ergebnis einer vordergründigen psychischen Erkrankung anzusehen ist. Auch wenn ein Großteil der Mütter als psychisch auffällig beschrieben wird, ist damit nicht belegt, dass alle betroffenen Frauen diesem Muster entsprechen. Diese Einschätzung teilt auch Noeker (2004, 461), der die Mütter als psychopathologisch auffällig beschreibt und gleichzeitig feststellt, dass sie sich nicht einheitlich und eindeutig bestimmten Erkrankungen zuordnen lassen. Stattdessen zeigen ihre Auffälligkeiten vielfältige Überschneidungen mit verschiedenen psychischen Störungen. Nach Noeker (vgl. ebd.) ist das MbPS demnach nicht als Teil einer vordergründigen psychischen Erkrankung anzusehen. Die folgende Tabelle fasst die Überschneidungen des MbPS mit anderen psychischen Störungen zusammen:

Tabelle 1: Überschneidungen des MbPS mit anderen psychischen Störungen (mod. n. Noeker 2004, 462)

Psychische Störung	Überschneidungen zum MbPS
Zwangsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsgedanken: zwanghaftes Nachdenken über Methoden und geeignete Situationen zur Manipulation • Zwangshandlungen: Manipulationen werden ständig wiederholt
Störung der Impulskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulationen können nicht beendet werden (Beispiel: finden auch nach der Aufdeckung noch statt)
Wahnhafte Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Überzeugung einer ernsthaften Erkrankung des Kindes (vgl. Sonnenmoser 2010, 420)
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • keine Empathie gegenüber dem Kind • Schädigung des eigenen Kindes als dissoziales Verhalten • Ärzte werden für die Folgen eigener Taten verantwortlich gemacht
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typ Borderline	<ul style="list-style-type: none"> • impulshafte Schädigung des Kindes ohne Rücksicht auf Konsequenzen • innere Leere wird mit Rolle der perfekten Mutter eines kranken Kindes gefüllt • Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung der Ärzte • selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität (insbesondere nach der Konfrontation) • dissoziative Symptome: Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Realität und Fiktion
Histrionische Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Egozentrik: eigene Geschichte wird als besonders außergewöhnlich betont • Verlangen nach Aufmerksamkeit und Bewunderung • Verlangen nach Dramatik (zum Beispiel durch dramatische Schilderung der Symptome des Kindes) • leicht zu kränken, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden • rücksichtsloses Verhalten gegenüber dem Kind • manipulatives, distanzloses, einmischendes Verhalten gegenüber medizinischem Personal
Abhängige Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • auffallende Abhängigkeit vom Arzt • Ärzte werden für Krankheiten des Kindes verantwortlich gemacht
Dissoziative Störung	<ul style="list-style-type: none"> • die Mutter zeigt widersprüchliche, anscheinend unabhängig voneinander handelnde Persönlichkeitsanteile (aufopfernde Mutter vs. misshandelnde Mutter)

3.3.2 Der Körper als Objekt

Sonnenmoser (2010, 418) beschreibt, dass Frauen mit MbPS ein ablehnendes und gestörtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper haben. Sie erleben ihn als von sich abgetrennt und er dient ihnen nur als Manipulationsfeld um bestimmte Ziele zu erreichen. Sonnenmoser (vgl. ebd.) zufolge rührt diese Wahrnehmung aus den Erlebnissen ihrer Kindheit her, in der die Frauen entweder am eigenen Körper oder auch bei anderen nahen Familienmitgliedern viele Krankheiten und auch Behandlungen miterlebt haben. Rückblickend sehen sie daran jedoch nichts Auffälliges, sondern berichten distanziert und emotional unbeteiligt von diesen Kindheitserinnerungen (vgl. Nowara 2005, 130).

Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen unterstützen die Einschätzung von Sonnenmoser. So geht Meadow (1985, 388) davon aus, dass in etwa einem Fünftel der Fälle von MbPS die misshandelnden Mütter ihrerseits an einem Münchhausen-Syndrom oder zumindest unter einer Vielzahl unerklärter Krankheiten leiden. Rosenberg (1987, 555) fand in ihrer Recherche, dass 10 % der Mütter unter dem Münchhausen-Syndrom leiden und weitere 14 % verschiedene Anzeichen dieser Störung zeigen. Schreier (2004, 141) beschreibt sogar, dass bis zu 75 % der Frauen in ihren Biografien Somatisierungsstörungen aufweisen und etwa ein Drittel unter einer Artifizialen Störung leidet. Southall et al. (1997 zit. n. Schreier 2004, 133) fanden unter 39 MbPS-Täterinnen 25, die in ihrer Jugend eine Artifiziale Störung hatten. Sheridan (2003, 438) stellte bei fast 30 % der Mütter ein Münchhausen-Syndrom oder Anzeichen davon fest und Bools et al. (1994, 777) fanden in einer Studie mit 47 Müttern heraus, dass 34 von ihnen unter einer Somatoformen oder Artifizialen Störung litten.

Verschiedene Studien mit Müttern, die sowohl unter einer Artifizialen Störung leiden als auch ihre Kinder im Rahmen eines MbPS misshandeln, haben gezeigt, dass die Manipulationen an ihren Kindern phasenweise ab- und zunehmen, genauso wie die selbstverletzenden Handlungen (vgl. Meadow 2002, 505). Auch Beobachtungen von Sigal et al. (1989, 530) bestätigen diese Einschätzung. Die Autoren schreiben, dass die Mütter ein starkes Bedürfnis nach Krankheiten haben, das sich abwechselnd auf verschiedene Kinder und den eigenen Körper beziehen kann. Anscheinend gibt es zwischen selbstverletzenden Handlungen und den Misshandlungen des Kindes für diese Frauen wenig Unterschied, so dass das eine schnell in das andere übergehen kann (vgl. Faust o.J.a, 7). Ein Beispiel für diese Einschätzung ist, dass die

Mütter nach der Konfrontation und anschließender Trennung vom Kind zum Teil suizidal werden (vgl. Faust, o.J.a, S. 7). Nach Faust (vgl. ebd.) liegt der Grund dafür in der Wahrnehmung des Kindes als Teil des Selbst und damit als ein Teil des eigenen Körpers. Er schlussfolgert, dass bei diesen Müttern eine gestörte Identifikation vorliegt und die Frauen durch die Manipulationen eigene psychische Probleme zurückweisen können.

3.3.3 Mangelnde Empathiefähigkeit aufgrund traumatischer Kindheitserfahrungen

Nach Meadow (2002, 506) muss es dennoch weitere Gründe geben, warum Mütter mit auffälligem Krankheitsverhalten wie dem Münchhausen-Syndrom, ihre Kinder und deren Gesundheit ohne Rücksichtnahme für eigene Zwecke einsetzen. Er sieht, ebenso wie Rosenberg (1987, 557f), einen Mangel an Empathiefähigkeit als Voraussetzung dafür, um auf diese gewalttätige Art und Weise die Bedürfnisse des eigenen Kindes zu ignorieren. Es scheint, dass diese Mütter die Verletzungen, die sie ihren Kindern zufügen, nahezu ausblenden können, wenn nur der eigene Nutzen, den sie für sich aus ihren Handlungen ziehen, groß genug ist (vgl. Sigal et al. 1989, 529).

Die Gründe für die mangelnde Empathiefähigkeit können in den Kindheitserfahrungen der Mütter liegen, in denen sie vielleicht generell Vernachlässigung und, speziell bei Schmerzen und Erkrankungen, elterliches Desinteresse erlebt haben (vgl. Rosenberg 1987, 557f). Auch Nowara (2005, 130) stellt hier einen Zusammenhang von den Taten der Mütter zu ihren eigenen Kindheitserlebnissen her. Sie beschreibt eine "transgenerationale Weitergabe erlebter Destruktivität in der Kindheit" (Nowara 2005, 130), wie sie auch von anderen Misshandlungsformen bekannt ist. Die Täterinnen haben erlebt, dass ihnen in ihrer Kindheit keine Empathie entgegengebracht wurde und sind nun ebenso unfähig, sich ihren Kindern gegenüber empathisch zu verhalten. So werden traumatische Kindheitserlebnisse von einer Generation an die nächste weitergegeben und aus Opfern werden Täter (vgl. Plassmann 2004, 12).

Tatsächlich finden sich bei vielen dieser Frauen traumatische Erfahrungen. Die Hälfte berichtet von körperlichen Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einige von traumatischen Erlebnissen im Erwachsenenalter, z.B. in Form von häuslicher Gewalt

oder einer Vergewaltigung (vgl. Adshead & Bluglass 2001, 405). Bools et al. (1994, 778) fanden in einer Studie heraus, dass von 19 interviewten Müttern 13 in ihrer Kindheit emotionale Vernachlässigung und psychische Misshandlungen, zwei körperliche Misshandlungen, zwei sexuellen Missbrauch und zwei weitere alle genannten Misshandlungsformen erlebt hatten. Nach Sheridan (2003, 438) berichten 22 % der Frauen von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit oder in einer späteren Paarbeziehung. In einer Untersuchung von Hall, Eubanks, Meyyazhagan, Kenney und Johnson (2000, 1308) gaben 35 % der Mütter an, Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit erlebt zu haben.

Adshead und Bluglass (2001, 405) schlussfolgern, dass einige der Frauen aufgrund solcher traumatischer Kindheitserfahrungen desorganisierte elterliche Fähigkeiten haben. Bedürfnisse anderer bewirken bei ihnen Gefühle von Verunsicherung und Feindseligkeit. Im Kontakt mit den eigenen Kindern und deren Bedürfnissen wird dieses innere Arbeitsmodell ausgelöst. Um in dieser überfordernden Beziehung, die die Frauen hilflos und wütend macht, wieder Sicherheit zu erlangen, binden die Mütter jemand Dritten ein; den Arzt. Letztendlich spielt die Mutter aber auch in dieser Beziehung die gleichen Mechanismen um Macht und Abhängigkeit aus. Adshead und Bluglass (vgl. ebd., 403ff) gehen daher davon aus, dass das MbPS-Verhalten der Mütter als eine Form von gestörtem Pflegeverhalten verstanden werden kann. Sie stützen diese Annahmen durch Ergebnisse, dass Mütter mit MbPS Auffälligkeiten in der Bindungsentwicklung haben. So wurde bei 88 % dieser Mütter eine unsichere Bindungsstrategie entdeckt, am häufigsten der vermeidende Bindungstyp. Dieser Prozentsatz ist doppelt so hoch wie in der Normal-Bevölkerung.

4 Die Kinder

Das MbPS trifft vor allem Kleinkinder, kann aber auch bei Jugendlichen vorkommen (vgl. Sheridan 2003, 433). Die meisten der betroffenen Kinder sind jedoch Säuglinge (vgl. Faust o.J.b, 19). Nach Sheridan (2003, 433) liegt das durchschnittliche Alter der Kinder bei Diagnose eines MbPS bei vier Jahren. Rosenberg (1987, 511) fand ähnliche Zahlen. In ihrer Analyse sind die Kinder bei der Aufdeckung etwa 40 Monate, also fast dreieinhalb Jahre, alt. Im Mittel braucht es 15 Monate bis die unnatürliche Herkunft der Symptome erkannt und damit das MbPS entdeckt wird (vgl. ebd.). Sheridan (2003, 433) beschreibt eine durchschnittliche Manipulationsdauer von fast 22 Monaten bis zur Aufdeckung eines MbPS.

Diese Zahlen sagen für das einzelne Kind jedoch wenig aus, da sowohl die Altersspanne als auch die Dauer der Manipulationen in den einzelnen Fällen sehr unterschiedlich waren. In Rosenbergs Studie (1987, 511) war das jüngste Kind bei der Aufdeckung erst einen Monat alt, das älteste Opfer bereits 21 Jahre! Dementsprechend dauerte auch die Diagnosestellung zwischen wenigen Tagen und 20 Jahren.

Kinder unter fünf Jahren stellen eine besondere Risikogruppe dar, da sie sich kaum gegen die Misshandlungen wehren können. Außerdem ist es für sie schwieriger, die Handlungen ihrer Mütter als falsch einzuschätzen und sich anderen mitzuteilen (vgl. Mehl, Coble & Johnson 1990, 583). Die meisten Kinder zeigen mehr als ein Symptom (vgl. Rosenberg 1987, 552) und oft betreffen diese Symptome verschiedene Organsysteme, so dass die Kinder häufig bei mehreren Fachärzten in Behandlung sind (vgl. ebd., 556). Bei den misshandelten Kindern lässt sich kein erkennbares Muster nach Geschlecht oder Geburtenreihenfolge erkennen (vgl. Libow 1995, 1135); Jungen und Mädchen sind von dieser Form der Misshandlung gleichermaßen betroffen (vgl. Rosenberg 1987, 511). Nur in Fällen, in denen der Verursacher der Vater ist, sind Jungen drei Mal häufiger als Mädchen die Opfer (vgl. Sheridan 2003, 433).

Eine erhöhte Gefahr besteht für die Geschwister der betroffenen Kinder (vgl. Zamorski et al. 2008, 174). Weber (2008, 752) schreibt, dass bei nahezu der Hälfte ebenfalls Misshandlungen durch ein MbPS anzunehmen sind. Verschiedene Studien belegen dieses Risiko für Geschwisterkinder. McClure et al. (1998 zit. n. Noeker & Keller 2002, 1358) fanden heraus, dass

83 von den 128 untersuchten Kindern, die Opfer eines MbPS waren, mindestens ein Geschwisterkind hatten. 18 waren bereits verstorben und einigen dieser Todesfälle wurde, bis zur Aufdeckung des MbPS bei dem Indexkind, eine natürliche Todesursache zugeschrieben; in fünf Fällen der Plötzliche Kindstod. Southall et al. (1997 zit. n. Schreier 2004, 126) begutachteten 42 Geschwisterkinder von Opfern eines MbPS. Zwölf von ihnen waren bereits vor der Untersuchung verstorben und elf der Todesfälle wurden dem Plötzlichen Kindstod zugeordnet. Weitere 15 Geschwister wurden ebenfalls misshandelt. Sheridan (2003, 436) analysierte 451 Fälle von Opfern des MbPS und deren 210 Geschwistern. Ein Viertel der Geschwister war bereits verstorben, weitere 60 % hatten ähnliche Symptome, wie das Indexkind oder andere Symptome, deren Herkunft verdächtig schien.

Die Auswirkungen für Opfer eines MbPS sind vielfältig und beinhalten kurzzeitige und langfristige, physische und psychische Folgen, die in den einzelnen Fällen individuell unterschiedlich sein können (vgl. Noeker & Keller 2002, 1362). Umso jünger die Kinder bei der Aufdeckung sind, umso besser sind auch ihre Prognosen für die Zukunft. Diese jüngeren Kinder zeigen weniger langfristige und massive Folgen (vgl. Bools, Neale & Meadow 1993, 628).

Neben diesen folgend dargestellten Auswirkungen, hat ein MbPS auch Einfluss auf andere Entwicklungsbereiche der Kinder. Dazu gehören unter anderem die schulische Bildung und damit die späteren beruflichen Perspektiven. So nehmen einige Kinder aufgrund ihrer Erkrankungen und stationären Behandlungen beispielsweise kaum am Unterricht teil (vgl. Libow 1995, 1137; zu den Auswirkungen auf den Schulbesuch bei chronisch kranken Kindern: vgl. Lohaus & Heinrichs 2013, 20f).

4.1 Physische Folgen

Alle betroffenen Kinder erleiden mindestens vorübergehend Schmerzen und körperliche Beschwerden durch das MbPS (vgl. Rosenberg 1987, 552). In Rosenbergs Studie (vgl. ebd.) wurden die körperlichen Folgen bei den meisten Kindern sowohl durch die Manipulationen der Täterinnen als auch durch die Maßnahmen des medizinischen Personals verursacht. Bei einem Viertel der Kinder wurden die kurzfristigen Folgen allerdings nur durch die Untersuchungen und Behandlungen in den Kliniken bewirkt.

Die physischen Folgen, welche die Kinder durch ein MbPS erleiden, lassen sich demnach in die direkten Folgen durch die Manipulationen der Mutter und die indirekten Folgen durch medizinische Untersuchungen und Eingriffe durch das Klinikpersonal einteilen. Mütter, welche zwar Symptome übertreiben, erfinden oder Untersuchungsmaterial fälschen, jedoch keine Symptome bei dem Kind unmittelbar erzeugen, hinterlassen keine direkten körperlichen Folgen. Allerdings können sie indirekte Folgen durch das medizinische Personal herbeiführen. Mütter, die ihre Kinder direkt schädigen um bestimmte Symptome hervorzurufen und Krankheiten zu präsentieren, können je nach Manipulationsart unterschiedlich starke und langwirkende Folgen bewirken. Einige dieser Folgen können irreversibel sein. Auch solche Täuschungen können Ärzte dazu veranlassen, unnötige Untersuchungen oder Behandlungen durchzuführen, welche wiederum das Kind unwillentlich verletzen (vgl. Noeker & Keller 2002, 1363).

Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder sind gefährdet, nach körperlichen Misshandlungen dauerhafte Schäden davonzutragen (vgl. Thyen, Hermann & Frank 2008, 2). Vielfältige bleibende Schäden und chronische Erkrankungen waren in Rosenbergs Studie (1987, 552) bei mindestens 8 % der Kinder festzustellen. Dabei gibt Rosenberg zu bedenken, dass dieser Prozentsatz sicherlich zu niedrig ist, da einige Kinder mehrfache, schwere Eingriffe hatten, welche die Gefahr für zukünftige gesundheitliche Probleme erhöhen. Weiterhin gab es in nur wenigen Fällen umfassende Nachuntersuchungen der Kinder, die jedoch notwendig wären, um diese chronischen Schäden angemessen einzuschätzen; so waren einige mögliche Langzeitfolgen aus damaliger Perspektive noch gar nicht absehbar (vgl. ebd., 552 & 557). Sheridan (2003, 435) gibt an, dass etwa 7 % der Kinder unter bleibenden Schäden oder Behinderungen leiden. Lorenc (2011, 28) fand in ihrer Befragung heraus, dass bei fast 20 % der Kinder, die Opfer eines MbPS wurden, langfristige körperliche Schäden blieben. Hall et al. (2000, 1308) geben an, dass ein Drittel der Kinder, die Opfer eines MbPS werden, außerdem eine tatsächliche Erkrankung haben. Nach Noeker und Keller (2002, 1360) ist eine Kombination von MbPS und echter Krankheit nicht selten. Die Erkrankung kann unabhängig von den Manipulationen bereits vorher bestehen, kann sich aber auch erst durch die Verletzungen im Rahmen des MbPS entwickeln.

Im Rahmen eines MbPS kann es im schlimmsten Fall zu einer Kindstötung kommen. McClure et al. (1998 zit. n. Noeker & Keller 2002, 1358) geben an, dass acht von den 128 Kinder, die

sie in ihrer Studie untersucht hatten, verstorben waren. Häßler et al. (2008, 228) schreiben, dass etwa jedes zehnte Kind stirbt und mehr als die Hälfte ein langfristiges Sterberisiko entwickelt. Rosenberg (1987, 552) beschreibt auf Basis ihrer Daten eine Sterberate von 9 %, von den 117 Kindern verstarben zehn. Bei acht dieser verstorbenen Kinder war das Alter bekannt, sie waren jünger als drei Jahre. Sheridan (2003, 435) fand eine Todesrate von 6 %. Das Durchschnittsalter dieser verstorbenen Kinder lag bei etwa anderthalb Jahren. Umso länger das Kind in der Familie bleibt, umso höher ist dabei auch die Gefahr einer Tötung (vgl. Plassmann 2004, 10). Hall et al. (2000, 1305) merken an, dass diese Schätzungen bezüglich der Todesrate der Opfer äußerst ungenau bleiben, da es noch keine genauen Daten zum Vorkommen des MbPS gibt.

4.2 Psychische Folgen und Traumatisierungswirkung

Wie stark die psychischen Folgen all dieser Erfahrungen sind, ist abhängig vom Alter des Kindes, von seinem Entwicklungsstand und seinen Fähigkeiten, das Erlebte zu verarbeiten (vgl. Noeker & Keller 2002, 1364). Generell steht fest, dass das MbPS einen massiven Vertrauensbruch darstellt, da es im eigentlich sicheren Raum der Familie stattfindet und auch dadurch seine Traumatisierungswirkung entfaltet (vgl. ebd., 1362).

Körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit beinhalten neben dem körperlichen Schmerz eine große Traumatisierungswirkung, indem sie bei dem Kind Angst und Hilflosigkeit hervorrufen. Die willkürlichen Körperverletzungen während eines MbPS ähneln zwar denen der körperlichen Misshandlung, seine psychischen Folgen sind allerdings viel stärker. Das offen misshandelte Kind hat die Möglichkeit, sein Selbstbild zu retten, indem es sich von seinen Eltern abgrenzt und als schlechte Menschen wahrnimmt. Im Falle eines MbPS ist solch eine Distanzierung viel schwieriger, da die Misshandlungen verdeckt stattfinden (vgl. ebd., 1363f). Daher schließen die Autoren, dass das MbPS aus Sicht der psychischen Folgen dem sexuellen Missbrauch näher ist, als der körperlichen Misshandlung: „Mit dem sexuellen Missbrauch teilt das MbPS die Risikofaktoren einer ‚vergifteten‘ Zuwendung, die systematische Aushöhlung des Vertrauens in die eigene Wahrnehmungsfähigkeit, die Erfahrung des Belogen Werdens und Schweigen Müssens sowie das Ausfallen eines protektiven anderen Elternteils.“ (Noeker & Keller 2002, 1364).

Zu den psychischen Folgen eines MbPS gibt es bei Rosenberg (1987, 555) auf Grund der spärlichen Angaben in den Fallbeispielen kaum Informationen. Die wenigen Hinweise zeigen jedoch, dass die Kinder in psychiatrischen Nachuntersuchungen dadurch auffallen, dass sie sich wiederholt mit Krankheit, Tod und Gewalt beschäftigen. Nach Weber (2008, 753) leidet etwa die Hälfte der von einem MbPS betroffenen Kinder im Laufe ihres Lebens unter einer psychischen Erkrankung. Bools et al. (1993, 128f) haben bei den Kindern Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung beobachtet. Die Kinder zeigten Schlafstörungen, Alpträume, vielfältige Ängste - bezogen auf Orte, Situationen und Gegenstände, die mit den Manipulationen der Mutter in Verbindung gebracht wurden - sowie vermeidendes Verhalten. Auch in Libows Befragung von 10 erwachsenen Opfern geben die meisten an, in ihrer Kindheit unter psychischen Problemen gelitten zu haben. Typisch waren depressive Symptome; Gefühle von Hilflosigkeit, Gedanken an selbstverletzende Handlungen, ein niedriges Selbstwertgefühl und vielfältige Ängste (vgl. Libow 1995, 1136f). Als Jugendliche zeigen die Opfer ähnliche Probleme, wie andere misshandelte, vernachlässigte oder missbrauchte Kinder. Gleichzeitig sind diese Kinder mit vielen widersprüchlichen Erinnerungen beladen, weil ihre Mütter mitunter eben auch fürsorgliches Verhalten zeigten. Einige erkennen daher niemals an, dass die Misshandlungen stattgefunden haben (vgl. Schreier 2004, 139).

Auch als Erwachsene leiden die Opfer noch unter massiven psychischen Problemen, vielfach ähnlich den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Am häufigsten wurden Ängstlichkeit, Suizidgedanken, Gedächtnisstörungen, wiederkehrende und aufdringliche Erinnerungen an die Misshandlungen und ein Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen genannt, so dass sieben von den zehn Befragten aus Libows Studie im Laufe ihres Lebens psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen (vgl. Libow 1995, 1137f).

4.2.1 Die Klinikaufenthalte und medizinischen Behandlungen

Wie viel Zeit diese Kinder in Krankenhäusern und mit Untersuchungen und Behandlungen verbringen, wird in zahlreichen Fallberichten deutlich. Zamorski et al. (2008, 174ff) beispielsweise schildern den Fall eines Mädchens, dass in den 15 Monaten ihres Lebens elf Mal stationär und 42 Mal ambulant behandelt wurde! Das Kind wurde dabei in verschiedenen Kliniken behandelt und zum Teil lagen zwischen den Einweisungen nur wenige Tage.

Für Kinder können Krankenhausaufenthalte sehr ängstigend sein; große Gebäude voller fremder Menschen und seltsamer Geräte. Dazu kommen die vielen, zum Teil schmerzhaften Untersuchungen und die Behandlungen, die beim MbPS darüber hinaus oftmals erfolglos bleiben (vgl. Noeker & Keller 2002, 1363). Noeker und Keller (vgl. ebd., 1362f) halten fest, dass die unzähligen medizinischen Untersuchungen, Einlieferungen und Behandlungen ihre Traumatisierungswirkung jedoch erst in dem Kontext, in dem sie stattfinden, entfalten. Sie vergleichen die medizinischen Prozeduren im Rahmen eines MbPS mit denen, die ein chronisch krankes Kind erlebt. Das chronisch kranke Kind jedoch kann seine Erlebnisse einordnen und dadurch besser verarbeiten, denn es „erlebt in der Stimmigkeit von Mimik, Trost und Worten seiner Eltern, dass ihm die schmerzhaften Prozeduren nicht in der Absicht zugefügt werden, es zu verletzen, sondern es letztlich gesundheitlich zu schützen“ (Noeker & Keller 2002, 1363). Diese Erfahrung gibt dem Kind ein Gefühl der Sicherheit und vermindert dadurch die psychischen Folgen durch die Eingriffe. Im Gegensatz dazu erleben Kinder, welche diese Prozeduren im Rahmen eines mütterlichen MbPS erfahren, ergänzend zu der Traumatisierung in der Klinik die Misshandlungen von Seiten der Mutter. Sie erleben all die schmerzhaften Untersuchungen in einem unverständlichen und bedrohlichen Kontext und gerade dadurch entwickelt und steigert sich ihre traumatisierende Wirkung (vgl. ebd.).

4.2.2 Das Verhalten der Mutter aus Sicht des Kindes

Das Verhalten der Mutter enthält aus Sicht des Kindes unvereinbare Widersprüche. In dem einen Moment wird das Kind auf grausame Art von seiner Mutter misshandelt, im nächsten Augenblick von ihr scheinbar hingebungsvoll gepflegt. Das Kind spürt zwar, dass die Handlungen der Mutter nur auf ihre eigenen Bedürfnisse ausgerichtet sind, gleichzeitig wird ihm jedoch von der Täterin und dem Umfeld das Gegenteil bedeutet; seine Mutter verdiene für ihr selbstloses Verhalten Dankbarkeit. Solche Widersprüche zwischen den eigenen Wahrnehmungen und den Botschaften anderer verunsichern und verwirren das Kind (vgl. Noeker & Keller 2002, 1363). Diese Gegensätze zu entwirren und zu verarbeiten ist für die Kinder schwierig, insbesondere umso jünger sie sind. Es besteht die Gefahr, dass die Kinder verlernen, eigene Wahrnehmungen und Gefühle zu erkennen, sondern im Gegenteil die Geschichten ihrer Mütter glauben und als eigene begreifen (vgl. Rosenberg 1987, 559). Nach Faust

(o.J.b, 29) kann ein Ergebnis sein, dass die Kindern Schwierigkeiten haben, Realität und Fantasie zu unterscheiden.

Das Verhalten der Mutter ist aus Sicht des Kindes unberechenbar, ihre Misshandlungen willkürlich. Es bleibt für das Kind unverständlich, warum ihm diese Schmerzen zugefügt werden. Dadurch sieht es auch keine Möglichkeit, den Misshandlungen zu entkommen und die Verletzungen durch die Mutter zu beenden. Das Kind erlebt einen erschreckenden Kontrollverlust; es fühlt sich hilflos, verzweifelt und ohnmächtig. Da das Kind keine äußeren Gründe für die Misshandlungen erkennen kann, sucht es verstärkt nach einer eigenen Schuld, insbesondere nach eigenem Fehlverhalten. Wenn das Kind erkennen könnte, welches Verhalten seinerseits zu den Misshandlungen der Mutter führt, könnte es sein Verhalten ändern und, so seine Hoffnung, dadurch die Misshandlungen durch die Mutter beenden (vgl. Noeker & Keller 2002, 1363). Um diese Gegensätze und die Verwirrung aufzulösen, kann das Kind entweder beginnen, eigenen Gefühlen und Einschätzungen zu misstrauen oder dem Missbrauch einen Sinn geben, indem es sich selbst als schlecht ansieht und die Misshandlungen als verdiente Bestrafung bewertet (vgl. ebd., 1364).

Libow wertete in einer Studie die Daten von zehn erwachsenen Opfern eines MbPS aus. Alle waren sich während ihrer Kindheit bewusst, dass das Verhalten ihrer Mütter nicht normal war. Sie erinnerten sich an seltsame Behandlungen, auffällige Krankengeschichten und zum Teil eindeutige Misshandlungen durch die Mutter. Auch wenn sie es als Kinder nicht schafften, das Verhalten ihrer Mütter als Missbrauch einzuordnen, hatten sie zumindest das Gefühl, dass ihre Erlebnisse ungewöhnlich waren. Die Befragten fühlten sich bei ihren Müttern weder geborgen noch geliebt (vgl. Libow 1995, 1135). Auch als Erwachsene litten sie vielfach unter Unsicherheit insbesondere auf die eigenen Wahrnehmungen bezogen. Sie versuchten lange liebevolle Zuwendung durch ihre Mütter zu erlangen und sind bis ins Erwachsenenalter in vielen Bereichen stark verunsichert, insbesondere in Bezug auf körperliche Symptome und die eigenen Gefühle (vgl. Libow 1995, 1137).

4.2.3 Die Reaktionen anderer Personen

Die Wahrnehmung des Kindes, benutzt und belogen zu werden, kann durch andere Personen bestätigt oder abgelehnt werden, wodurch sein Vertrauen in die eigenen Einschätzungen entweder bestärkt oder zusätzlich untergraben wird. Besonders verunsichernd und irritierend sind aus Sicht des Kindes wahrscheinlich Bewunderung und Anteilnahme anderer Personen für das scheinbar aufopfernde Verhalten der Mutter und ihre belastende Situation mit einem kranken Kind (vgl. Noeker & Keller 2002, 1364).

Libow (1995, 1136) stellt in ihrer Studie fest, dass einige der Befragten sich daran erinnern, dass die Misshandlungen ihrer Mütter von anderen wahrgenommen oder zumindest verdächtigt wurden. Es kam jedoch nicht zu Handlungen von Seiten der misstrauischen Personen um das betroffene Kind zu schützen. Nur in einem Fall wurde ein Geschwisterkind aus der Familie genommen. Von den zehn erwachsenen Opfern hatten sich vier in ihrer Kindheit sogar anderen Erwachsenen anvertraut und von den Misshandlungen ihrer Mütter erzählt. In allen Fällen wurden die Kinder zurückgewiesen und ihre Berichte mehrfach als Lügen abgetan. Danach vertrauten sie sich niemandem mehr an (vgl. Libow 1995, 1135f). Libow (1995, 1136) bemerkt, dass es auffällig ist, dass sich keines der Kinder einem behandelnden Arzt oder den Krankenpflegern offenbarte.

Eine wichtige Rolle spielt auch das Verhalten des Vaters. In den meisten Fällen hält er zu seiner Partnerin und versagt damit nicht nur darin, das Kind zu schützen, sondern verunsichert es noch zusätzlich (vgl. Noeker & Keller 2002, 1364). Acht der zehn von Libow (1995, 1136) Befragten erinnerten sich, dass ihre Väter zumindest teilweise von den Manipulationen der Mütter wussten. Dabei war das Maß, in dem die Väter beteiligt waren, sehr unterschiedlich. Einige Väter ignorierten und verleugneten die Misshandlungen, andere unterstützten ihre Frauen sogar aktiv. Die Interviewten empfanden ihren Vätern gegenüber jedoch eher wenig Wut. Stattdessen beschreiben sie ihn wiederholt als Feigling, der sich gegenüber seiner dominanten Frau nicht durchsetzen konnte.

4.2.4 Der Umgang mit Krankheit und dem eigenen Körper

Das Körperbild eines Kindes entwickelt sich durch den körperlichen Kontakt mit seinen Bezugspersonen. Der Umgang der Mutter mit dem Körper des Kindes hat Auswirkungen darauf, wie das Kind seinen Körper wahrnimmt und kennenlernt. Das Kind, welches statt liebevoller Berührungen immer wieder körperliche Misshandlungen durch die Mutter erlebt, wird in seiner Entwicklung Schwierigkeiten haben, eine gesunde Beziehung zu dem eigenen Körper aufzubauen. Das hat Folgen auf alle Bereiche der weiteren Entwicklung des Kindes (vgl. Michels-Lucht & Freyberger 2013, 79).

Im Falle eines MbPS verlernen die Kinder, die Symptome und Reaktionen ihres Körpers wahrzunehmen und richtig einzuschätzen, denn nie ist klar, ob ihre Beschwerden echt sind oder künstlich herbeigeführt (vgl. Sigal et al. 1989, 528). Auch als Erwachsene bleibt die Unsicherheit bezüglich der eigenen Wahrnehmungen, insbesondere auf körperliche Symptome bezogen (vgl. Libow 1995, 1137). In Libows Studie suchten die meisten Erwachsenen eher selten Ärzte auf und vermieden Behandlungen so lange wie möglich (vgl. ebd., 1140).

Wenn die Kinder älter werden, steigt aber auch die Gefahr, dass sie ihre künstlichen Symptome als real wahrnehmen und beginnen, sie ihrerseits darzustellen (vgl. Rosenberg 1987, 557). Sie nehmen damit an den Simulationen und dem Betrug teil (vgl. Faust o.J.b, 29) und entwickeln möglicherweise bereits in der Kindheit eine Artifizielle Störung, die sich im Erwachsenenalter etablieren kann (vgl. Noeker 2004, 465). Einige Jugendliche, die in ihrer Kindheit selbst Opfer eines MbPS waren, entwickeln ein Münchhausen-Syndrom und führen damit die Manipulationen ihrer Mütter gewissermaßen fort (vgl. Libow 2000 zit. n. Schreier 2004, 133).

Die Kinder übernehmen die Überzeugung ihrer Mütter, sie seien ernsthaft krank und entwickeln das Selbstbild eines Kranken (vgl. Sigal et al. 1989, 528) vergleichbar mit tatsächlich chronisch kranken Kindern. Das kann dazu führen, dass die Kinder ihren Körper als schwach und weniger funktionsfähig wahrnehmen (vgl. Pinguart & Teubert 2012 zit. n. Pfeiffer & Pinguart 2013, 77).

4.2.5 Bindungstheoretische Aspekte

Noeker und Keller (2002, 1363) beschreiben die Mutter als gleichzeitigen Ort der Sicherheit und des Schreckens und greifen damit eine Beschreibung aus der Bindungstheorie auf. Aus bindungstheoretischer Sicht behindert das Verhalten der Mutter die Entwicklung sicherer und kohärenter innerer Arbeitsmodelle bei dem Kind. Dabei ist die Widersprüchlichkeit der mütterlichen Handlungen besonders schädigend. So wird das Kind von ihr einerseits schwer misshandelt, andererseits aufopfernd gepflegt und in anderen Phasen überhaupt nicht beachtet (vgl. Noeker 2004, 464). Diese frühen Kindheitserfahrungen haben einen negativen Einfluss auf die Bindungsentwicklung, die sich in der Ausbildung von unsicheren und desorganisierten Bindungsmustern zeigt. Diese wiederum sind mit weiteren psychopathologischen Entwicklungen verbunden (vgl. Strauß 2013, 95).

Die Bindungstheorie davon aus, dass bestimmte Arbeitsmodelle über die Generationen hinweg weitergegeben werden. Eltern, die in ihrer Kindheit selbst Misshandlungen erlebt und dadurch gestörte Arbeitsmodelle entwickelt haben, tragen ihrerseits ein größeres Risiko, ihre eigenen Kinder zu misshandeln. Dementsprechend besteht auch das Risiko, dass ein MbPS über die Generationen hinweg weitergegeben wird (vgl. Noeker 2004, 465). Kinder erfahren durch die Erlebnisse mit ihrer Mutter, wie eine Mutter-Kind-Beziehung zu sein hat. Im Falle eines MbPS lernen die Kinder gestörte Beziehungsmuster kennen, was sich besonders auf ihr eigenes späteres Elternverhalten auswirken kann (vgl. Sigal et al. 1989, 528). Die Erwachsenen aus Libows Befragung (1995, 1137) beschreiben, dass sie durch die Erfahrungen des MbPS als Erwachsene Schwierigkeiten hatten, Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten.

5 Warnhinweise und Vorgehensweise bei Verdacht auf ein MbPS

Einer der schwierigsten Schritte bei der Diagnose eines MbPS ist, in Erwägung zu ziehen, dass eine Mutter möglicherweise die Symptome ihres Kindes selbst herbeiführt (vgl. Schreier 2004, 142). In den meisten Fällen dauert es recht lange bis der Verdacht auf ein MbPS aufkommt, sogar in Fällen in denen die Mütter offensichtliche Hinweise auf ihre Manipulationen hinterlassen (vgl. ebd., 126). Die Aufdeckung dieser Misshandlungsform kann nur durch das Klinikpersonal geschehen, welches den Betrug durchschaut. Für die Ärzte ist es aus emotionaler Sicht besonders schwierig diese Form der Misshandlung aufzudecken. Die Anerkennung der Erkrankungen des Kindes als künstlich beinhaltet die Erkenntnis der Ärzte, falsche Diagnosen vermutet und damit unnötige Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt zu haben. Und so auch die schmerzliche Einsicht, das Kind durch das eigene Verhalten geschädigt zu haben (vgl. Meadow 1985, 386).

Das wichtigste Ziel bei einem Verdacht auf ein MbPS ist der Schutz der betroffenen Kinder (vgl. Noeker & Keller 2002, 1362). Für eine genaue Abklärung der Situation ist es hilfreich, die Krankengeschichte des Kindes sowie anderer Familienmitglieder genau zu dokumentieren (vgl. Krupinski 2013, 287). Falsch positive Befunde, also die Bestätigung eines MbPS, obwohl keines vorliegt, als auch falsch negative Befunde, das Übersehen eines bestehenden MbPS, müssen unbedingt vermieden werden. Im ersten Fall würden Kinder aus ihren sicheren Familien herausgenommen und damit von ihren wichtigsten Bezugspersonen getrennt. Im zweiten Fall würden Kinder, welche von der Mutter missbraucht werden, in ihren Familien gelassen und damit weiteren Misshandlungen ausgesetzt (vgl. Noeker & Keller 2002, 1368f). Falsch positive MbPS-Diagnosen werden besonders häufig bei Familien gestellt, welche im Umgang mit Krankheiten auffällige Verhaltensweisen zeigen, die denen der MbPS-Mütter ähneln (vgl. Rand & Feldman 1999 zit. n. Noeker & Keller 2002, 1369). Deshalb ist es notwendig, Warnhinweise für ein MbPS, ebenso wie andere Erklärungen für auffälliges Krankheitsverhalten von Müttern zu kennen. Gerade weil es keine eindeutige Definition für ein MbPS gibt, kommen den Warnhinweisen bei der Identifikation dieser Misshandlung eine zentrale Rolle zu (vgl. Morrell & Tilley 2012, 329). Zur endgültigen Bestätigung sind anschlie-

ßend weitere Schritte notwendig (vgl. Noeker & Keller 2002, 1358). Noeker et al. (2011, 267) schließen, dass es dazu rechtsmedizinischer Beweise bedarf.

5.1 Typische Charakteristika als Warnhinweise

Durch die Analyse vieler Fallstudien wurden Warnhinweise für ein MbPS aufgestellt (vgl. Krupinski 2013, 287). Die folgenden Hinweise stellen typische Muster dar, die sich oft wiederholen, daher einen warnenden Charakter haben und an ein MbPS denken lassen (vgl. Schreier 2004, 141). Umso mehr Warnhinweise sich bestätigen, umso berechtigter ist auch der Verdacht (vgl. Thomas 2003, 176). Eindeutige und objektive Kennzeichen für oder gegen ein MbPS gibt es jedoch nicht (vgl. Krupinski 2013, 287)!

Da, wie oben bereits erläutert, die Väter im Rahmen der Misshandlungen durch ein MbPS kaum in den Kliniken und im Kontakt mit dem medizinischen Personal auftreten, sind Warnhinweise im väterlichen Verhalten in der Regel kaum wahrnehmbar und somit für die Identifikation eines MbPS nicht von zentraler Bedeutung.

5.1.1 Warnhinweise im mütterlichen Verhalten

Im Verhalten der Täterinnen, in ihrem Auftreten und ihrer Lebens- und Krankengeschichte gibt es einige typische Konstellationen, die als Warnhinweise gelten. Eine Mutter, die diesen Warnhinweisen entspricht, sollte jedoch nicht nur aufgrund dessen zu einem MbPS verurteilt werden (vgl. Schreier 2002, 547; vgl. Hall et al. 2000, 1310):

- **Die Mutter erscheint als perfekte Mutter**, sie gibt sich umsorgend, aufopfernd und herzlich (vgl. Krupinski 2013, 286f) und kümmert sich neben ihrem eigenen zum Teil auch um andere Kinder im Krankenhaus (vgl. Faust o.J.b, 21).
- Während der stationären Behandlung ist sie **nahezu immer bei ihrem Kind in der Klinik**, auch wenn dabei andere Kinder zu Hause vernachlässigt werden (vgl. Krupinski 2013, 287).
- Die Mutter fühlt sich in der Klinik wohl (vgl. ebd.) und baut schnell **enge und persönlich verstrickte Kontakte zum medizinischen Personal** (vgl. Noeker 2004, 454) und zu anderen Eltern kranker Kinder auf. Einstiegsthema ist dabei häufig die emotionale

Darstellung der eigenen Leidensgeschichte auf Grund der unerklärlichen Erkrankungen des eigenen Kindes (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359).

- Die Mutter gibt **falsche bzw. nicht vollständige Informationen** zur Krankengeschichte und zu bisherigen Untersuchungen und Behandlungen des Kindes (vgl. Krupinski 2013, 287), sowie zur psychosozialen Situation der Familie und des Kindes (vgl. Noeker et al. 2011, 268). Sie ist nicht kooperativ und verweigert bisherige Befunde und Arztbriefe zu übermitteln zum Teil mit der Begründung, die Ärzte nicht beeinflussen zu wollen (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359).
- **Sie zeigt viel Interesse an medizinischen Themen und hat oftmals berufliche Erfahrungen in diesem Bereich** (vgl. Noeker 2004, 454). Sie benutzt medizinische Fachbegriffe, wertet Untersuchungsbefunde des Kindes aus (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359) und gibt Empfehlungen zur weiteren Behandlung, wobei sie verstärkt invasive Methoden vorschlägt (vgl. Noeker et al. 2011, 268).
- Wenn sich der Zustand des Kindes akut verschlechtert, bleibt die **Mutter in den meisten Fällen erstaunlich ruhig und gefasst**. Im Extremfall versucht sie, den Arzt zu beruhigen (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359). Andere Mütter werden den Ärzten gegenüber aggressiv und werfen ihnen Untätigkeit vor (vgl. Krupinski 2013, 287).
- Die Lebensgeschichte der Mutter zeigt viele Erfahrungen mit Krankheiten (vgl. ebd.). So zeigt die Täterin **ähnliche Symptome wie das Kind** ohne dass eine familiäre Häufung durch genetische Faktoren oder gleiche Umwelteinflüsse erklärbar wäre (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359). In solch einem Fall kann gleichzeitig ein MbPS und eine Artifizielle Störung der Mutter vorliegen (vgl. Noeker 2004, 454).
- Die **Kindheit der Mutter ist geprägt von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch** (vgl. Krupinski 2013, 287).
- Ihre **Herkunftsfamilie zeigt unangemessenes Verhalten im Krankheitsfall sowie vermehrte Inanspruchnahme von Ärzten** auch bei geringfügigen Symptomen. Das Familienklima ist vor allem kalt und abweisend, Kranken kommt aber eine besondere Aufmerksamkeit zu (vgl. Noeker 2004, 454).

5.1.2 Warnhinweise beim Kind

Das Symptombild, die Erscheinung und die Krankengeschichte des Kindes zeigen einige Auffälligkeiten, die auf ein MbPS hinweisen können:

- **Die Symptome des Kindes persistieren bzw. kehren regelmäßig wieder und verlaufen untypisch** (vgl. Noeker 2004, 451). Ihr Ursprung bleibt auch nach verschiedenen Untersuchungen unerklärlich (vgl. Noeker et al. 2011, 268). Einige der von der Mutter beschriebenen Symptome lassen sich nicht in Untersuchungen nachweisen, werden weder in der Klinik noch von anderen Personen beobachtet (vgl. Zamorski et al. 2008, 179). Die Symptomatik verschlechtert oder verbessert sich unvorhersehbar und besonders vor einer anstehenden Entlassung kommt es bisweilen zu Verschlechterungen (vgl. Noeker 2004, 452). Erfahrene Mediziner bemerken, sie hätten einen solchen Fall zuvor noch nicht gesehen (vgl. Noeker et al. 2011, 268).
- Die **häufigsten Symptome** in absteigender Reihenfolge sind Blutungen, Anfälle, apathische Zustände und Bewusstseinsverlust, Atemstillstände, Durchfall, Erbrechen, Fieber, Hautausschläge (vgl. Rosenberg 1987, 552) sowie Allergien gegen Lebensmittel und Medikamente (vgl. Noeker 2004, 452).
- Die **Diagnose bleibt unschreibend oder vermutet eine extrem seltene oder atypische Erkrankung** (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359).
- Das Kind wurde **bereits mehrfach in anderen Kliniken** und von anderen Ärzten untersucht, mit der Behandlungen dort war die Mutter allerdings häufig nicht zufrieden (vgl. Sonnenmoser 2010, 417). Auch Selbstentlassungen gegen den Rat der Ärzte kommen häufiger vor (vgl. Thomas 2003, 177).
- Die **Laborergebnisse sind medizinisch nicht logisch und stehen zum Teil im Kontrast zu den anamnestischen Angaben der Mutter**. Die Laborbefunde sind zu verschiedenen Testzeitpunkten sehr unterschiedlich (vgl. Noeker 2004, 452).
- Die **Erscheinung des Kindes steht im Kontrast zu den Laborbefunden (vgl. ebd.) und den anamnestischen Angaben der Mutter**. Gerade ältere Kinder können relativ beschwerdefrei wirken (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359).
- **Trotz entsprechender Behandlung verbessert sich der Zustand des Kindes nicht** (vgl. Krupinski 2013, 288). Stattdessen kommt es gehäuft zu Komplikationen, beispielsweise

se erbricht das Kind die verabreichten Medikamente (vgl. Noeker & Keller 2002, 1359).

- Es lässt sich ein **zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptome und den Besuchen der Mutter** feststellen (vgl. ebd.). Der Gesundheitszustand des Kindes verbessert sich, wenn die Mutter keinen Kontakt zu dem Kind hat (vgl. Krupinski 2006, 443).

5.1.3 Warnhinweise im Familienkontext

Im Familienkontext ergeben sich folgende Charakteristiken, die auf ein MbPS hinweisen können:

- Die **Paarbeziehung der Eltern wirkt oberflächlich und lieblos** und von der Frau dominiert (vgl. Krupinski 2013, 287).
- **Andere Familienmitglieder zeigen ähnliche Symptome** wie das betroffene Kind, obwohl eine Häufung in der Familie medizinisch nicht logisch ist (vgl. Noeker et al. 2011, 268).
- **Es gibt Geschwisterkinder oder andere von der Mutter betreute Kinder, die ihrerseits unter rätselhaften Symptomen leiden oder bereits verstorben sind.** Diese Kinder können ähnliche, aber nicht so ernsthafte Symptome zeigen oder andere, ebenfalls unerklärliche Erkrankungen präsentieren (vgl. Noeker & Keller 2002, 1360). Wenn ein lebendes oder bereits verstorbenes Geschwisterkind ähnliche Symptome zeigt, könnte auch bei diesem ein MbPS vorliegen (vgl. Noeker 2004, 454).
- Die **Mutter-Kind-Beziehung ist sehr eng bis symbiotisch** (vgl. Faust o.J.b, 21).

5.2 Abgrenzung des MbPS

Diese typischen Merkmale auf Seiten des Kindes, der Mutter und der Familien dienen nur als Warnhinweise und sollen dazu führen, dass ein MbPS in Erwägung gezogen wird, wenn diese Charakteristiken in einem Fall vielfach beobachtet werden. Um ein MbPS zu bestätigen reichen sie dagegen nicht aus (vgl. Noeker et al. 2011, 267). Stattdessen kann es für diese Warnhinweise auch andere Erklärungen geben! Deshalb ist es notwendig, dass MbPS von anderen möglichen Störungen abzugrenzen (vgl. Noeker & Keller 2002, 1360). Besonders

problematisch ist die Abgrenzung, wenn das vorgestellte Kind neben den fabrizierten Symptomen eine tatsächliche, möglicherweise nicht von der Mutter herbeigeführte Erkrankung hat (vgl. Noeker & Keller 2002, 1360).

Noeker und Keller (vgl. ebd.) beschreiben drei Gruppen von Störungsbildern, welche insbesondere auszuschließen sind:

- alle pädiatrischen und somatischen Erkrankungen mit einer natürlichen Ursache
- andere Formen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch
- anderes auffälliges Krankheitsverhalten bei Eltern, mit unangemessener Symptompäsentation bei ihrem Kind

Die erste Gruppe stellen Erkrankungen dar, die eine natürliche Ursache haben, jedoch durch ein untypisches oder seltenes Symptombild bei dem Kind auftreten. Zu beachten ist hier wieder die Möglichkeit, dass ein MbPS parallel zu einer tatsächlich bestehenden Krankheit bestehen kann. Zur zweiten Gruppe zählen alle anderen Arten von Vernachlässigung, Miss-handlung oder Missbrauch. Sie sind mit einem MbPS zu verwechseln, da die Eltern in beiden Fällen falsche oder unvollständige Anamneseangaben machen (vgl. Noeker et al. 2011, 267f).

Die dritte und größte Gruppe stellen alle Eltern dar, die ein auffallendes Krankheitsverhalten haben (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361). Besonders häufig sind darunter Mütter, welche vermehrt Ärzte aufsuchen, ähnlich wie bei einem MbPS (vgl. Noeker et al. 2011, 267f). Dem liegt jedoch nicht zwingend ein MbPS und damit eine schwere Form der Kindesmisshandlung zu Grunde. Die folgende Tabelle zeigt, welche Gründe auffälliges Verhalten der Mutter abgesehen von einem MbPS noch haben kann und worin sich Unterschiede zeigen. Um keine falsche Diagnose zu stellen und dem Kind und seiner Familie keinen Schaden zuzufügen, ist es notwendig, diese anderen Erklärungen bei der Abklärung zu bedenken.

Tabelle 2: Abgrenzung des MbPS von auffälligem Verhalten der Mutter mit anderen Ursachen

Auffälliges Verhalten der Mutter	Abgrenzung zu einem MbPS
Die Mutter übertreibt oder erfindet bewusst Symptome des Kindes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ein hochbesorgtes Elternteil täuscht das Klinikpersonal aus Angst, dass keine angemessene oder gründliche Diagnostik erfolgen könnte. Mit der Übertreibung konfrontiert, erklärt sie ihre Sorgen. Nach Abstimmung der weiteren Schritte hört die Täuschung auf (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361). • Die Mutter fühlt sich mit der Pflege und Erziehung

ihres Kindes überfordert und möchte mit der Täuschung Hilfe für sich und Unterstützung bekommen (vgl. Schreier 2004, 127).

- Die Täuschung findet statt um bestimmte Ziele zu erreichen und hat eine eindeutige Mittel-Zweck-Relation. Nach Erreichung des angestrebten Ziels bessert sich der Zustand des Kindes. Die Krankenrolle wird dabei nicht um ihrer selbst angestrebt, sondern für die Zielerreichung gebilligt (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361). Dabei wird versucht, die körperlichen Schäden so gering wie möglich zu halten (vgl. Noeker 2004, 485).

Die Mutter gibt falsche oder widersprüchliche Angaben, die nicht zum medizinischen Befund passen.

- Es könnte eine Kindesmisshandlung außerhalb eines MbPS vorliegen. In diesem Fall werden Ärzte eher verzögert aufgesucht und ambulante Behandlungen bevorzugt. Die gefälschten Angaben sollen die Misshandlung verschleiern. Während eines Klinikaufenthaltes sind die Eltern eher zu wenig bei dem Kind (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361) und meiden den Kontakt zum medizinischen Personal. Bei einer körperlichen Misshandlung sind die Symptome häufig traumatischer Art, z.B. Brüche, bei einem MbPS im Gegensatz dazu eher internistisch, wie Vergiftungen (vgl. Noeker 2004, 458).
- Die Mutter hat eine psychotische Störung. Mütter mit MbPS wirken für gewöhnlich klar und sind sich ihrer Handlungen bewusst (vgl. ebd., 460). Mit der Behandlung der Wahnvorstellungen, verschwindet auch die Idee, das Kind wäre krank und somit die falsche Symptompräsentation (vgl. Schreier 2004, 129).

Die Mutter fordert intensive, der Erkrankung des Kindes nicht angemessene Untersuchungen.

- Die Mutter ist überängstlich und wirkt authentisch besorgt, dass ihr Kind krank ist. Die von ihr gemachten Angaben sind korrekt und die Symptome des Kindes sprechen auf die übliche Therapie an (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361).

Die Mutter gibt dem Kind die verschriebenen Medikamente nicht und gesteht es auch auf Rückfrage nicht ein.

- Dadurch können sich, wie typisch bei einem MbPS die Symptome des Kindes verschlimmern oder persistieren. Andere Erklärungen für das Verhalten der Mutter können sein, dass eine allgemeine Vernachlässigung vorliegt oder, was häufiger ist, dass die Mutter abweichende Ideen von Krankheit und Heilung oder Angst vor möglichen Nebenwirkungen hat. Nach Aufklärung arbeitet die Mutter mit und der Zustand des Kindes bessert sich (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361).

Die Mutter sucht mit ihrem Kind häufig Ärzte auf, auch wegen banaler Beschwerden.

- Die Mutter hat wiederkehrende Ängste, dass ihr Kind krank ist und braucht die regelmäßige Rückversicherung der Ärzte. Wenn die Ergebnisse zeigen, dass ihr Kind gesund ist, ist die Mutter erleichtert und vorübergehend beruhigt (vgl. Noeker 2004, 459). Mütter mit einem MbPS zeigen bei negativen Befunden zwar ihren Unmut nicht offen, machen jedoch auch keinen zufriedenen Eindruck (vgl. Faust o.J.b, 25).

Die Mutter stellt ihr Kind bei mehr als einem Arzt mit den gleichen Symptomen vor.

- Es besteht die Möglichkeit, dass die Mutter überängstlich und darüber besorgt ist, dass ihr Kind bisher nicht angemessen diagnostiziert und behandelt wurde. Diese Frauen zeigen bei anstehenden Untersuchungen Bedenken, stellen Nachfragen und bleiben besorgt (vgl. Schreier 2004, 129).

Ein großer Teil der in der Tabelle beschriebenen Verhaltensweisen und die in der Praxis wohl häufigste Konstellation sind überbesorgte und überängstliche Eltern. Bei diesen Eltern sind aufklärende Gespräche und viel Kontakt während der Behandlung notwendig um ihnen Ängste und Sorgen zu nehmen. In allen Fällen lohnt es sich, das Verhalten der Mütter genau zu beobachten. Mütter mit MbPS bestehen auf vielfache und invasive Untersuchungen und Behandlungen, ehrlich besorgte Mütter möchten dem Kind eher wenige Eingriffe und leichtere Therapien zumuten (vgl. Noeker & Keller 2002, 1361).

Einen entscheidenden Unterschied zwischen auffälligem Elternverhalten in Form eines MbPS und den oben beschriebenen Erscheinungen stellt die Motivation der Mütter dar. Liegt ein MbPS vor, ist die Hauptmotivation die Einnahme der Krankenrolle stellvertretend über das eigene Kind (vgl. Noeker 2004, 457). Noeker und Keller (2002, 1360f) betonen, dass die vielschichtige Psychopathologie der MbPS-Mütter nicht auf dieses eine Motiv vereinfacht werden sollte. Jedoch kommt ihm bei der Abgrenzung von den anderen auffälligen Elternverhaltensweisen eine besondere Bedeutung zu. Betrachtet man die obige Tabelle, zeigt sich, dass keine der beschriebenen Mütter mit ihrem Verhalten über das Kind eine Krankenrolle erzielen wollte, sondern dass sie aus Übervorsicht, Besorgnis oder anderen Motiven heraus handeln. Folgt man der Definition des *Committee on Child Abuse and Neglect* und seiner Trennung des MbPS in zwei Störungen, so zeigen sich hier Fälle von *pediatric condition falsification*, die außerhalb der *factitious disorder by proxy* liegen, da sie eine andere Motivation aufweisen (vgl. Schreier 2002, 542). Diese Abgrenzung des MbPS von anderem auffälligen

Krankheitsverhalten von Müttern ist auch deshalb so wichtig, weil das MbPS eine viel größere Gefahr für das Kindeswohl darstellt. So ist die Motivation einer Mutter, die über das Vortäuschen von Symptomen des Kindes für sich selbst Hilfe bekommen möchte, da sie beispielsweise mit der Pflege ihres Säuglings überfordert ist, viel weniger gefährlich (vgl. Schreier 2004, 127). Denn sobald die Mutter die erhoffte Unterstützung bekommt, wird auch der Missbrauch ihres Kindes aufhören.

5.3 Vorgehensweise bei MbPS-Verdacht

Das Kind wird mit seinen rätselhaften Symptomen zuerst im ambulanten Bereich auffällig, also bei seinem Kinderarzt. Die Diagnose eines MbPS im Rahmen ambulanter Behandlungen zu stellen, ist aber kaum möglich (vgl. Noeker & Keller 2002, 1364). Noeker und Keller (vgl. ebd., 1364f) sehen den Auftrag des Kinderarztes daher im Erkennen von Warnhinweisen. Besteht bei ihm der Verdacht auf ein MbPS, ist eine stationäre Aufnahme in eine Klinik notwendig. Der Kinderarzt sollte seinen Verdacht den zuständigen Medizinern im Krankenhaus mitteilen und seine bisherigen Dokumentationen übergeben. Dadurch kann das Klinikpersonal die Arbeit des niedergelassenen Hausarztes weiterführen und Klärung bezüglich des Verdachts schaffen. Mit den Dokumentationen des Kinderarztes können die Informationen, welche die Mutter im Krankenhaus gibt, überprüft, sowie bereits durchgeführte und damit unnötige Untersuchungen und Behandlungen des Kindes vermieden werden. Rosenberg (1987, 556) sieht den Hausarzt in zentraler Position, da er die Möglichkeit hat, die Berichte aller Fachärzte zu überblicken und zusammenzuführen. Er sollte bereits die Möglichkeit einer artifiziellen Herkunft der Symptome des Kindes als Differentialdiagnose in Erwägung ziehen.

5.3.1 Nach der Überweisung in die Klinik

Die Tatsache, dass ein Großteil der Manipulationen der Mutter während der stationären Behandlung des Kindes stattfindet (vgl. Rosenberg 1987, 552), macht deutlich, dass die Klinikeinweisung auch ein Risiko für das Kind darstellt. Gleichzeitig bietet sich dadurch aber die Chance, die Mutter zu überführen. Während der stationären Behandlung sollte sichergestellt

werden, dass die Mutter keine eigenen Angaben in dem Krankenblatt des Kindes hinterlassen oder dort geschriebene Daten verfälschen kann (vgl. Meadow 1985, 388).

Im Krankenhaus sollten die Beobachtungen des niedergelassenen Kinderarztes weiter verfolgt werden - mit besonderem Blick auf die bereits dargestellten Warnhinweise (vgl. Noeker & Keller 2002, 1365). Wenn sich der Verdacht bestärkt, sollten in der Klinik nicht nur Untersuchungen durchgeführt werden um vermutete Erkrankungen auszuschließen, sondern auch Erklärungen für die Symptome des Kindes gesucht werden, die für ein MbPS sprechen könnten (vgl. Noeker et al. 2011, 271). Die Symptome des Kindes sollten also nicht nur auf mögliche Erkrankungen hin abgeklärt werden, sondern dahingehend geprüft, ob sie auch durch äußere Faktoren gezielt durch die Mutter herbeigeführt sein könnten (vgl. Noeker & Keller 2002, 1365). Ein Kind, das sich während der Behandlung immer wieder übergibt, ist beispielsweise daraufhin zu prüfen, ob bei ihm eine Unverträglichkeit gegen die verabreichten Medikamente vorliegt. Parallel dazu sollte allerdings die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, dass die Mutter das Kind mit der Gabe nicht-verschriebener Medikamenten vergiftet und dadurch die Reaktion bei dem Kind hervorruft.

In den von Rosenberg (1987, 558) betrachteten Fällen war die Tatsache, dass die Möglichkeit einer künstlichen Herkunft der Symptome nicht bedacht wurde, eine der Hauptursachen für das lange Weiterbestehen der Manipulationen. Von dem Zeitpunkt an, an dem der Verdacht zum ersten Mal aufkam, wurde die Bestätigung in der Regel recht schnell und unkompliziert erbracht. Umso früher ein MbPS demnach als Differentialdiagnose in Erwägung gezogen wird, umso eher lässt es sich auch aufdecken.

Generell müssen Kindesmisshandlungen in den Kliniken sorgfältig dokumentiert werden. Dabei sind auch Fotodokumentationen zulässig. Die Angaben der Mutter sollten mit Datum und Uhrzeit festgehalten werden, ebenso wie Untersuchungs- und Laborbefunde (vgl. Jacobi, Dettmeyer, Banaschak, Brosig & Herrmann 2010, 236). Spätestens, wenn ein MbPS als Differentialdiagnose in Erwägung gezogen wird, sollte gründlich dokumentiert werden, wann sich die Symptome des Kindes verschlechtern und wann die Mutter mit dem Kind alleine war. Aus diesen Aufzeichnungen können sich später möglicherweise recht klare Hinweise ergeben. Mütter mit MbPS geben in verschiedenen Kliniken oft unterschiedliche Familien- und Krankengeschichten an. Auch diese sind genau zu dokumentieren, da sie Hinweise auf

das MbPS sein können. Gerade in Fällen, in denen bereits der Verdacht einer artifiziellen Herkunft der Symptome besteht, sollten die Anamneseangaben der Mutter erneut abgefragt und nicht aus bereits vorliegenden Berichten kopiert werden. Ein Verdacht kann sich weiter bestätigen, wenn sich aus dem Vergleich mit den Informationen anderer Kliniken oder Ärzte markante Unterschiede ergeben (vgl. Schreier 2004, 141). Dazu gehören auch frühere Befunde, Informationen zur Krankengeschichte von anderen als der Mutter sowie Erkundigungen über Geschwisterkinder, die Mutter selbst und andere Verwandte, insbesondere zu eventuell vorhandenen Erkrankungen (vgl. Krupinski 2006, 443). Wenn der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung durch die Dokumentationen fundiert ist, können die Ärzte ihre Schweigepflicht brechen, ohne dass sie mit rechtlichen Folgen rechnen müssen (vgl. Jacobi et al. 2010, 237). Das Recht des Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit ist grundsätzlich höher einzuschätzen als die ärztliche Schweigepflicht (vgl. Thyen et al. 2008, 3).

5.3.2 Die diagnostische Trennung

Für die Aufdeckung eines MbPS gibt es prinzipiell zwei Wege. Eine MbPS kann durch das Widerlegen aller anderen möglichen Erkrankungen bestätigt werden oder durch einen Beweis der Manipulationen durch die Mutter erfolgen (vgl. Krupinski 2013, 287). Um das Vorhandensein anderer Erkrankungen des Kindes als Erklärung für seine Symptome auszuschließen, sind jedoch zahlreiche diagnostische Untersuchungen notwendig. Gerade diese sollten im Sinne des Kindeswohls aber vermieden werden, deshalb ist aus Sicht der Autorin der Versuch, einen Beweis für die Manipulationen zu erbringen, vorzuziehen. In Deutschland wird solch ein Beweis in den meisten Fällen durch den Nachweis von Fremdstoffen im Körper des Kindes erbracht (vgl. ebd., 288; vgl. Lorenc 2011, 25). In dem oben beschriebenen Beispiel der eventuellen Verabreichung bestimmter Medikamente müsste demnach eine toxikologische Untersuchung durchgeführt werden, die analysiert, welche Substanzen sich im Mageninhalt des Kindes finden. Ein von den Ärzten nicht verschriebenes bzw. verabreichtes Medikament kann dann bereits einen Beweis darstellen.

Solch einen klaren Beweis zu erbringen, ist in der Regel aber schwierig und oft finden sich eben nur verdächtige Hinweise (Hall et al. 2000, 1305). Dann sollte eine vorübergehende Trennung von Mutter und Kind herbeigeführt werden. Während der Trennungsphase kann die Mutter keine Manipulationen an dem Kind durchführen, wodurch es bei einem MbPS zu

einer plötzlichen, nicht nur durch medizinische Maßnahmen erklärbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Kindes kommt (vgl. Noeker & Keller 2002, 1367). Auch bei der Entkräftung eines MbPS-Verdaches kann die diagnostische Trennung nützlich sein. Eine Mutter ohne MbPS verweigert diese vorübergehende Trennung in der Regel nicht und während der Trennung bleiben die Symptome des Kindes bestehen, sein Gesundheitszustand bessert sich nicht plötzlich (vgl. ebd., 1361).

Um die Beobachtungen später als Beweis für das Vorliegen eines MbPS zu nutzen, sind besonders während dieser Trennungsphase genaue Dokumentationen unerlässlich (vgl. Schreier 2002, 547f). Im Falle eines MbPS wird die Mutter sich wahrscheinlich gegen die Trennung wehren, da sie befürchten muss, dass diese zur Entdeckung ihrer Manipulationen führt. Der Vorschlag einer solchen, der Diagnostik dienenden Trennung kann für die Mutter Anlass sein, den Ärzten Unfähigkeit und Misstrauen vorzuwerfen, um daraufhin mit dem Kind das Krankenhaus zu verlassen (vgl. Noeker & Keller 2002, 1367). Im schlimmsten Fall wendet sich die Mutter anschließend an eine andere Klinik um die Manipulationen und den Betrug von Neuem zu beginnen (vgl. Sigal et al. 1989, 530).

Die Verdachtsäußerung muss also gut vorbereitet werden (vgl. Noeker 2004, 456) und die diagnostische Trennung sollte schon vor der Konfrontation durch das Familiengericht abgesichert sein (vgl. Noeker & Keller 2002, 1367). Bei der Mutter kann die Verdächtigung zu einer psychischen Dekompensation und zu selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten führen. Deshalb sollte im Vorfeld auch psychiatrische Hilfe für die Mutter organisiert werden (vgl. Noeker & Keller 2002, 1367f).

Für eine erfolgreiche Intervention ist dementsprechend die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams notwendig (vgl. Rosenberg 1987, 560). Dafür sollte eine Fallkonferenz mit den verschiedenen Fachleuten der jeweils relevanten Institutionen stattfinden. Dazu gehören möglichst alle aktuell an dem Fall beteiligten Ärzte, alle verfügbaren Informationen von bisher behandelnden Ärzten, der Leiter der Rechtsabteilung des Krankenhauses, der Leiter des Pflegepersonals, ein Mitarbeiter des Kinderschutzverbandes, ein Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes, ein Mitarbeiter der Polizei sowie ein Vertreter der Staatsanwaltschaft. In dieser Fallkonferenz sollte ein genauer Plan zum weiteren Vorgehen und zu einer möglichen Konfrontation der Eltern mit dem Verdacht erarbeitet und von allen Beteiligten

dokumentiert werden (vgl. Schreier 2004, 141f). Thyen et al. (2008, 4) schreiben, dass die Polizei generell bei Kindesmisshandlungen informiert werden sollte, wenn von einer akuten Gefährdung auszugehen ist. Auch zur Spurensicherung sollte sie hinzugezogen werden, wie zum Beispiel bei der Vergiftung eines Kindes, die sich nicht durch einen Unfall erklären lässt (vgl. ebd.).

Die diagnostische Trennung ist nicht zwingend ein sicheres Mittel zur Diagnose eines MbPS. Tatsächlich besteht die Möglichkeit, dass das Kind an einer seltenen unerkannten Erkrankung leidet und sich die Symptome während der Trennung bessern, ohne dass ein Zusammenhang zur Abwesenheit der Mutter besteht. Ebenso ist es möglich, dass das Kind sich trotz eines MbPS während der Trennung nicht erholt, weil die Mutter mit ihren Manipulationen bereits bleibende Schäden herbeigeführt oder langfristig wirkende Methoden angewandt hat, welche auch während ihrer Abwesenheit wirken (vgl. Noeker et al. 2011, 273).

5.3.3 Die Konfrontation der Mutter

Die Verdachtsäußerung sollte von mindestens zwei beteiligten Fachleuten, zu denen die Mutter eine vertrauensvolle Beziehung hat, in Anwesenheit des Partners oder eines anderen Familienmitglieds geäußert werden (vgl. de la Cerda Ojeda, Muñoz-Cabello, Lanzarote-Fernandez & Gomez de Terreros 2010, 887). Der Vater kann bei der Konfrontation eine große Rolle spielen. Er ist Teil des Familiensystems und dadurch hat seine Reaktion auch Auswirkungen auf das Verhalten der Mutter (vgl. von Hahn et al. 2001, 127).

Es wird empfohlen, in der Konfrontation auf keinen Fall vorwurfsvoll aufzutreten, sondern objektiv festzustellen, dass sich Auffälligkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung gezeigt haben, die wahrscheinlich auf die Gesundheit des Kindes einen Einfluss haben. Diese Auffälligkeiten und Widersprüche sollten durch Vermerke aus den Dokumentationen belegt werden. Die Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, welche weiteren Schritte zum Schutz des Kindes angedacht sind und dass die Mitarbeit der Eltern dafür erforderlich ist (vgl. de la Cerda Ojeda et al. 2010, 887). Diese Vorgehensweise hat das Ziel, die Eltern in den Prozess einzubinden und möglicherweise zu verhindern, dass das Kind dauerhaft von seiner Familie getrennt werden muss.

Die Konfrontation hat nicht das Ziel festzustellen, wer Recht hat, sondern die Bedeutung der Symptome für die Mutter zu verstehen um ihr und dem Kind langfristig zu helfen. Der Mutter sollte deutlich gemacht werden, inwiefern ihr Verhalten dem Kind schadet und welche Risiken für die Zukunft des Kindes damit verbunden sind (vgl. Meadow 1985, 391).

5.3.4 Exkurs: Heimliche Videoüberwachung

Ein weiteres Mittel zur Diagnose eines MbPS ist die heimliche Videoüberwachung. Bei dieser Methode werden von der Polizei versteckte Kameras im Klinikzimmer des kranken Kindes angebracht, um die Mutter bei möglichen Manipulationen zu beobachten. Wenn das gelingt, ist ein eindeutiger Beweis für die Misshandlungen der Mutter erbracht. Eine diagnostische Trennung ist, wie oben dargestellt, nicht in derselben Weise eindeutig. In Deutschland ist die heimliche Videoüberwachung kaum durchführbar, da die datenschutzrechtlichen Grenzen sehr eng sind. Sie wird aber in den angloamerikanischen Ländern angewandt und hat dort die diagnostische Trennung überwiegend verdrängt (vgl. Noeker & Keller 2002, 1368).

Hall et al. (2000, 1306) beschreiben beispielhaft, wie die heimliche Videoüberwachung zur Aufklärung eines MbPS-Verdachts in einer Klinik eingesetzt werden kann. Bevor Kameras installiert werden, findet eine Fallkonferenz statt, in welcher der Fall von einem interdisziplinären Team, unter anderem bestehend aus den behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal und Sozialarbeitern geprüft wird. Die Entscheidung für den Einsatz der Kameras wird nur in jenen Fällen getroffen, in denen ein MbPS wahrscheinlicher ist als irgendeine andere mögliche Diagnose. In einigen Fällen wurde die Überwachung auch eingesetzt, obwohl das medizinische Personal davon ausging, dass ein MbPS unwahrscheinlich ist, für sie jedoch keine andere Erklärung für die Symptome des Kindes in Frage kam. Das oberste Ziel stellte bei jeder Entscheidung der Schutz des Kindes dar. Aus rechtlicher Sicht hatte die Klinik sich insofern abgesichert, dass ihr Aufnahmeformular die Information enthielt, dass ständige Überwachung in der Klinik stattfinden kann. Des Weiteren macht ein Schild am Eingang darauf aufmerksam, dass das Krankenhaus durch versteckte Kameras beobachtet wird. Die Überwachung findet anschließend rund um die Uhr durch geschulte und mit dem MbPS vertraute Sicherheitsbeauftragte statt. Zu ihrer Aufgabe gehört es, regelmäßig Vermerke in einem Dokumentationsbuch zu machen, um besondere Vorkommnisse festzuhalten. Bei gefährlichem oder auffälligem Verhalten der Mutter wird das Pflegepersonal benachrichtigt und betritt

anschließend das Krankenzimmer um die Situation einzuschätzen und gegebenenfalls einzugreifen.

In einer Studie von Southall et al. (1997 zit. n. Schreier 2004, 126) mit 39 Verdachtsfällen auf ein MbPS bestätigte sich die Diagnose in 36 Fällen. Die heimliche Videoüberwachung führte dabei in 33 dieser Fälle zum Beweis der Manipulationen. Auch Hall et al. (2000, 1306) überprüften die Nützlichkeit der heimlichen Videoüberwachung zur Diagnose eines MbPS. Sie betrachteten 41 Fälle mit MbPS-Verdacht, in denen zur Klärung eine verdeckte Videoanalyse genutzt wurde. In 23 Fällen bestätigte sich die Diagnose und in 18 dieser Fälle spielten die Videoaufnahmen bei der Diagnosestellung eine entscheidende Rolle. In den fünf anderen Fällen wurde der Beweis für die Manipulationen durch direkte Beobachtungen durch das medizinische Personal, durch toxikologische Tests oder durch ein Geständnis der Mutter erbracht (vgl. ebd.). Aber auch in diesen Fällen, in denen die Videoaufnahmen das MbPS nicht bewiesen, waren die Aufnahmen später in den Gerichtsverhandlungen von Bedeutung. In vier Fällen konnte der Verdacht widerlegt und damit Familien entlastet werden, die irrtümlich verdächtigt wurden. Hier zeigten die Aufnahmen keine Manipulationen, sondern im Gegenteil, dass die verdächtigen Symptome des Kindes tatsächlich und ohne Einfluss der Mutter auftraten. Die heimliche Videoüberwachung kann also auch ein MbPS widerlegen und falsch positive Fälle verhindern (vgl. ebd., 1309ff).

Die Fälle, in denen sich ein MbPS bestätigte, wurden im Durchschnitt dreieinhalb Tage beobachtet. In vielen Fällen zeigen diese Kameraaufnahmen den Kontrast zwischen dem fürsorglichen Verhalten der Mütter in Anwesenheit anderer Personen und die Ignoranz mit der die Frauen ihren Kindern begegneten, wenn sie sich unbeobachtet fühlten. Auch die Überwachung durch Mikrofone gab erstaunliche Einblicke. So erzählten einige Mütter ihren Verwandten in Telefonaten eindeutige Lügen über den Zustand ihres Kindes und seine Symptome oder unterrichteten ihre Kinder darin, wie sie Symptome authentisch darstellen könnten (vgl. ebd., 1307ff).

Nach der Konfrontation mit den Aufnahmen gab etwa die Hälfte der Mütter zu, die Symptome ihrer Kinder herbeigeführt oder vorgetäuscht zu haben (vgl. ebd., 1309). Das ist aus Sicht der Autorin dieser Arbeit ein recht hoher Anteil, der vermutlich auch durch den eindeutigen Beweis einer Videoaufnahme begründet ist. Ein Geständnis der Manipulationen der

Mutter ist generell für die Behandlung, die Behandlungsprognose und damit die langfristige Unterbringung des Kindes von Bedeutung (vgl. Bools et al. 1994, 785; vgl. Noeker et al. 2011, 275; vgl. von Hahn et al. 2001, S. 128).

Hall et al. (2000, 1311) empfehlen die heimliche Videoüberwachung als geeignetes Mittel zur Aufdeckung eines MbPS. Sie schließen, dass der Vorteil dieser möglicherweise lebensrettenden Maßnahme schwerer wiegt als der Schutz der Privatsphäre. Gleichzeitig braucht es Richtlinien und ein interdisziplinäres Team für die Entscheidung, ob eine Kameraüberwachung angebracht ist. Hall et al. (vgl. ebd., 1310) gehen davon aus, dass die meisten der von ihnen beschriebenen Verdachtsfälle ohne die Videoaufnahmen nicht entdeckt worden wären, da das Erbringen anderer Beweise für die Manipulationen in der Regel schwierig und langwierig ist.

Auch Noeker und Keller (2002, 1368) halten die heimliche Videoüberwachung für geeignet, um einen MbPS-Verdacht zu klären und die Diagnose zu manifestieren. Schreier (2004, 138) erachtet die verdeckte Videoüberwachung im Sinne des Kinderschutzes ebenfalls als angebracht und benennt seinerseits die enormen Kosten als die größte Hürde.

6 Hilfen und Präventionsmöglichkeiten

Die folgenden Abschnitte erläutern die weitere Vorgehensweise nach Bestätigung eines MbPS. Dabei muss der Schutz der betroffenen Kinder das oberste Ziel darstellen. Bools et al. (1993, 629) fanden heraus, dass die Mehrheit der Kinder, die bei ihren Müttern verbleiben, dort weiterhin negative Erfahrungen machen. Bei einigen beginnen die Manipulationen erneut, bei anderen entstehen Probleme in der Beziehung zwischen Mutter und Kind durch anderes unangemessenes Verhalten der Mütter. Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass sich eine zeitweilige Unterbringung des Kindes in einer Betreuung außerhalb der Mutter förderlich auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirkt (vgl. ebd., 628ff). Dementsprechend empfiehlt sich eine zumindest vorübergehende Inobhutnahme des Kindes (vgl. Noeker & Keller 2002, 1368). Eine mögliche Rückführung eines Kindes in seine Familie hängt insbesondere von der Mutter und ihren Fortschritten ab, denn nur wenn garantiert ist, dass das Kind in seiner Familie keinen Misshandlungen mehr ausgesetzt ist, sind Schritte zur Wiedervereinigung anzudenken (vgl. Schreier 2004, 140).

Für eine erfolgreiche Intervention werden sowohl Einzeltherapien als auch eine Familientherapie empfohlen (vgl. de la Cerda Ojeda et al. 2010, 886). Die Kinder brauchen Unterstützung um ihre Erlebnisse zu verarbeiten und um Entwicklungsschritte in den Bereichen, die von dem MbPS betroffen waren, nachzuholen (vgl. von Hahn et al. 2001, 129; vgl. Schreier 2004, 139). Die Mütter müssen ihre eigenen Erkrankungen und Kindheitserfahrungen bearbeiten, sodass sie in Zukunft keine Manipulationen mehr an ihren Kindern vornehmen (vgl. von Hahn et al. 2001, 128; vgl. de la Cerda Ojeda et al. 2010, 886). Besonders vor angedachten Rückführungen sind auch gemeinsame Therapiesitzungen mit Mutter und Kind zu erwägen (vgl. Schreier 2004, 139).

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels umfasst sowohl Vorschläge, wie sich die Entwicklung eines MbPS möglicherweise verhindern lässt als auch Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung und Intervention.

6.1 Schutz und Hilfe für die Kinder

Wenn sich ein MbPS bestätigt hat, ist eine Herausnahme des Kindes aus seiner Familie anzudenken (vgl. Noeker & Keller 2002, 1368), mindestens aber eine Trennung von Mutter und Kind (vgl. Mehl et al. 1990, 583), insbesondere, wenn die Täterin die Manipulationen leugnet. Es ist nicht sicher, dass die Misshandlungen der Mutter mit der Konfrontation enden oder der Vater das Kind nach der Aufdeckung vor den Manipulationen beschützen kann. Außerdem sollten ebenfalls alle weiteren Kinder, die sich in der Familie befinden oder anderweitig von der Mutter betreut werden, auf die Möglichkeit eines MbPS untersucht werden (vgl. Rosenberg 1987, 560).

Im Gegensatz zu diesen Empfehlungen fand Lorenc (2011, 42ff) in den von ihr untersuchten in Deutschland aufgetretenen Fällen eine hohe Anzahl von Kindern, die nach der Aufdeckung in ihre Familien zurückkehrten ohne dass Schutzmaßnahmen für das Kind etabliert wurden, um weitere Manipulationen sicher zu verhindern. In fast der Hälfte der gesicherten Fälle behielt die Mutter das Sorgerecht, obwohl das Jugendamt eingeschaltet war. Außerdem beschreibt Lorenc (vgl. ebd., 27) zehn Fälle, in denen den Müttern zwar das Sorgerecht entzogen, die Kinder jedoch trotzdem nach Hause entlassen wurden! Lorenc (vgl. ebd., 42) vermutet, dass die Beteiligten über das MbPS, seine Schwere und gravierenden Folgen nicht umfassend informiert waren.

Wenn Verwandte die vorübergehende Pflege des Kindes übernehmen sollen, müssen diese sorgfältig ausgewählt werden. Sie sollten die Misshandlungen, ihre Schwere und ihre potenzielle Gefahr anerkennen, denn wenn sie die Mutter für unschuldig und die Vorwürfe für unbegründet halten, stellen sie eine potenzielle Gefahr für das Kind dar (vgl. Schreier 2004, 142). Schreier (vgl. ebd., 136) beschreibt zur Verdeutlichung einen Fall, indem das Kind nach der Trennung von der Mutter bei seinen Großeltern untergebracht wurde. Diese ermöglichten der Mutter jedoch weiterhin Kontakt mit dem Kind und das Kind verstarb, nachdem es von der Mutter gefüttert worden war.

Sowohl vor einer Inobhutnahme als auch vor einer möglichen Rückführung muss das Gefährdungspotenzial für die Kinder in den Familien eingeschätzt werden. Noeker et al. (2011, 275) stellen die vielfältigen Aspekte dar, die dabei von Bedeutung sein können. Dabei sollten

auf die Täterin bezogene, familien-, umfeld- und tatbezogene Kriterien geprüft werden. Auf Seiten der Mutter ist wichtig, inwieweit sie sich ihren Handlungen bewusst ist und ob sie die Taten sowie die damit einhergehenden Folgen für das Kind eingesteht und Verantwortung übernimmt. Hinzu kommt ihre Bereitschaft, sich behandeln zu lassen und ihr Verhalten langfristig zu ändern (vgl. Noeker et al. 2011, 275). Ein wichtiger Aspekt stellt auch die zukünftige Zusammenarbeit mit Ärzten und Kliniken dar. Diesen kommt die Aufgabe zu, das Kind nach der Rückführung weiterhin regelmäßig zu untersuchen, um sicherzustellen, dass die Manipulationen durch die Mutter beendet wurden bzw. nicht wieder begonnen haben. Solche Vereinbarungen können und sollten durch das Familiengericht festgelegt werden (vgl. Noeker & Keller 2002, 1369). Eine besondere Bedeutung erhält im Rahmen dieser Bereitschaft zur Mitarbeit auch eine umfassende Schweigepflichtsentbindung von Seiten der Mutter, die eine transparente Zusammenarbeit zwischen der Krankenkasse, den behandelnden Ärzten und Kliniken sowie dem Jugendamt ermöglicht und dadurch den Schutz des Kindes gewährleisten soll. Aus psychopathologischer Sicht muss geprüft werden, ob bei der Mutter weitere Erkrankungen und Auffälligkeiten vorliegen, welche ein langfristiges Bestehen des MbPS fördern können und damit die Behandlungsprognose beeinträchtigen. Dazu gehören der Grad der Zwanghaftigkeit der Manipulationen und damit die Fähigkeit der Verursacherin, ihre Misshandlungen zu kontrollieren, ebenso wie eine vorhandene Artifizielle Störung mit Manipulationen am eigenen Körper, das Vorliegen einer Suchterkrankung oder eine mögliche Abspaltung der Taten. Zentral für die Einschätzung der Rückfallgefahr ist auch die Empathiefähigkeit der Mutter und damit die Frage, inwieweit sie in der Lage ist, die Bedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen und von ihren eigenen zu unterscheiden. Positive Situationen und Aspekte in der Beziehung zwischen Täterin und Kind oder auch zu Geschwisterkindern zeigen auf, dass die Mutter sich in ihre Kinder einfühlen kann und stellen eine wichtige Grundlage für die Zusammenführung dar. Der Vater und andere Familienmitglieder können ebenso schützende Faktoren für das zukünftige Zusammenleben sein, wenn sie in der Lage sind, Mutter und Kind zu unterstützen und wenn nötig Hilfe einzuholen. Bei Begutachtung der auf die Tat bezogenen Kriterien sind vor allem die Art und die Schwere der sowohl körperlichen als auch psychischen Misshandlungen zu betrachten. Dabei spielen auch die Dauer der Manipulationen und eventuelle Misshandlungen oder Todesfälle unter Geschwisterkindern eine Rolle (vgl. Noeker et al. 2011, 275).

Rückführungen sind nicht zu empfehlen, wenn die Mutter keinen oder zu wenig Fortschritte in der Therapie macht. Nur, wenn signifikante Fortschritte erreicht werden, ist eine Rückführung des Kindes in die Familie zu planen (vgl. Schreier 2004, 140). Dafür empfiehlt Schreier (vgl. ebd.) die Besuchskontakte zwischen Mutter und Kind allmählich zu erweitern von anfangs begleitetem Umgang und beaufsichtigten Besuchen bis hin zu Kontakten, in denen Mutter und Kind unbeaufsichtigt zusammen sind. Wenn sich bei den Besuchen der Gesundheitszustand des Kindes verschlechtert oder plötzlich erneut Symptome auftreten, ist es zu früh für eine Rückführung.

Umso gefährlicher die Manipulationen für das Kind waren, umso größer ist auch das zukünftige Risiko. Dementsprechend sollten auch die Beaufsichtigungen an die früheren Misshandlungen angepasst sein. Die Kontakte zwischen Mutter und Kind, sowie alle Gespräche, müssen sorgfältig dokumentiert werden. Medizinische Themen sollten nicht besprochen werden und die Mütter sollten die Kinder nicht füttern. Das mag für die Betreuer seltsam erscheinen, besonders da diese Mütter in der Regel harmlos und liebevoll wirken. Deshalb ist die Aufklärung und am besten schon sehr frühe Beteiligung der Jugendamtsmitarbeiter äußerst wichtig. Oft ist die Mutter, während ihrer Besuche bei dem Kind, mehr an Unterhaltungen mit den Aufsichtspersonen interessiert als an dem Kontakt zu ihrem Kind (vgl. ebd., 140ff). Dies ist ein weiteres Zeichen dafür, dass die Mutter noch keine ausreichenden Fortschritte gemacht hat und es für eine Rückführung des Kindes in seine Familie noch zu früh ist.

Stabile Beziehungen zu liebevollen Bezugspersonen stellen für die Kinder eine Hilfe bei der Bewältigung der Erfahrungen dar, so dass die Folgen der Manipulationen für diese Kinder weniger schwerwiegend ausfallen. Diese Bezugspersonen können der Vater sein, die Großeltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern (vgl. Bools et al. 1993, 628).

In der therapeutischen Arbeit mit diesen Kindern ist ein häufiges Problem die Leugnung des Missbrauchs durch die Kinder. Sie haben starke Gefühle von Wut, Ärger und Trauer. Wichtige Themen in der Therapie betreffen die Kontrolle über den eigenen Körper und das erlernte Selbstbild eines Kranken mit den dazugehörigen Verhaltensweisen (vgl. Schreier 2004, 139). Die Kinder brauchen Unterstützung dabei, eine gesunde Beziehung zu dem eigenen Körper aufzubauen und eigene Gefühle wahrzunehmen, anzuerkennen und zu benennen. Für die weitere Entwicklung des Kindes ist es wichtig, dass sie erkennen, dass das Verhalten der

Mutter falsch war und damit eigene Schuldzuweisungen zu verhindern (vgl. von Hahn et al. 2001, 129).

Vor einer angedachten Rückführung des Kindes kann es hilfreich sein, gemeinsame Therapiesitzungen mit der Mutter durchzuführen. Diese Sitzungen können für das Kind hilfreich sein, wenn die Mutter in der Lage ist, ihre Manipulationen und Misshandlungen einzugestehen und Verantwortung für ihr Verhalten zu übernehmen. Für das Kind kann sich daraus die Möglichkeit ergeben, der Mutter Fragen zu stellen um die eigene Verwirrung aufzuklären (vgl. Schreier 2004, 139).

6.2 Therapiemöglichkeiten für die Mütter

Die Behandlung der Mütter mit MbPS ist schwierig (vgl. Schreier 2004, 140), aber durchaus möglich. Sie gestaltet sich jedoch umso schwieriger, wenn die Täterin außerdem noch unter einem Münchhausen-Syndrom leidet (vgl. Mehl et al. 1990, 583). Auch die häufig zusätzlich vorhandenen Persönlichkeits- und Suchtstörungen wirken sich negativ auf die Behandlungserfolge aus (vgl. Noeker et al. 2011, 275; vgl. Sonnenmoser 2010, 419). Des Weiteren besteht für die Mütter eine sehr hohe Rückfallquote (vgl. Schreier 2004, 127).

In der Therapie der Mütter müssen zwei Ziele verfolgt werden. Zum einen muss der Mutter geholfen werden, ihre Erkrankung zu kontrollieren und zum anderen sollte versucht werden, die Mutter-Kind-Beziehung so gut wie möglich aufrechtzuerhalten beziehungsweise herzustellen. Bei letzterem steht der Schutz des Kindes jedoch an erster Stelle und muss durch die oben beschriebenen Maßnahmen gewährleistet werden (vgl. Schreier 2004, 139). Die Manipulationen müssen dauerhaft beendet werden. Dafür muss die Mutter erkennen, welche Konsequenzen ihre Manipulationen haben (vgl. Meadow 1985, 392). Der Täterin muss es gelingen, Verantwortung für ihr Verhalten und damit für die Misshandlungen zu übernehmen. Außerdem ist es für eine eventuelle Rückführung des Kindes von Bedeutung, dass die Mutter in der Lage ist, die Bedürfnisse des Kindes angemessen wahrzunehmen (vgl. von Hahn et al. 2001, 128). In der Therapie sollten die Kindheitserfahrungen der Mütter thematisiert werden (vgl. de la Cerda Ojeda et al. 2010, 886) und auch ihr Partner kann in der Behandlung eine wichtige Rolle einnehmen (vgl. von Hahn et al. 2001, 127).

6.3 Präventions- und Frühinterventionsmöglichkeiten

Das MbPS bezieht den häufigen Kontakt mit Ärzten mit ein und gibt damit prinzipiell die Möglichkeit frühzeitig Verdacht zu schöpfen und zu intervenieren (vgl. Kaufman, Coury, Pickrel & McCleery 1989, 145). Da das MbPS vor allem in Krankenhäusern auffällig wird, müssen diese sich auf solche Fälle vorbereiten (vgl. Noeker & Keller 2002, 1358). Dem medizinischen Personal sollte bekannt sein, welche Kinderschutzeinrichtungen in der Umgebung des Krankenhauses vorhanden sind. Außerdem ist die Einrichtung von Kinderschutzgruppen in den Kliniken zu empfehlen (vgl. Jacobi et al. 2010, 236f).

Auch in den Kinderschutzzentren und Jugendämtern sollten das MbPS und seine Gefahren bekannt sein. Eine US-amerikanische Studie von Kaufman et al. (1989, 143) zeigt, dass die Mehrheit der Mediziner das MbPS kennen. Im Gegensatz dazu, wissen nur ein Viertel der befragten Fachkräfte aus sozialen Einrichtungen, was das MbPS ist. Dabei waren Mitarbeiter sozialer Dienste, die regelmäßig mit Ärzten zusammenarbeiten noch eher mit dieser Misshandlungsform vertraut (vgl. ebd.). Medizinische Fachzeitschriften stellen die wichtigste Informationsquelle dar (vgl. ebd., 144; vgl. Sheridan 2003, 444). Sheridan schlussfolgert, dass die verfügbaren Informationen daher sehr begrenzt und insbesondere für Fachleute aus dem sozialen Bereich schwer erreichbar sind. Wie die eigene Literaturrecherche gezeigt hat, wird das MbPS auch in Deutschland überwiegend in medizinischen Zeitschriften behandelt. Daher ist davon auszugehen, dass diese Misshandlungsform in Deutschland wohl ebenfalls eher unter Medizinern bekannter sein dürfte als unter Sozialpädagogen. Auch die Daten von Lorenz (2011, 42), dass trotz Einschalten des Jugendamtes in Deutschland viele Kinder ohne Schutzmaßnahmen in ihren Familien verbleiben, lassen das vermuten.

Andere Vorschläge zur Prävention umfassen die Identifizierung und Unterstützung von Risikogruppen. Eminson und Jureidini (2003, 416f) schlagen vor, auf andere Verhaltensweisen von Eltern mit auffälligem Krankheitsverhalten zu reagieren und bereits hier angemessene Interventionen durchzuführen. Es gibt keinerlei Belege, dass das MbPS sich aus solchen harmloseren Störungsbildern entwickelt, trotzdem sehen sie schon hier Interventionsbedarf und auch die Möglichkeit, eventuell die Entwicklung eines MbPS zu verhindern. Kaufman et al. (1989, 145) sehen die frühzeitige Erkennung von Patienten mit Münchhausen-Syndrom als eine Möglichkeit der Prävention des MbPS.

Noeker et al. (2011, 275) erwägen, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland die Möglichkeit zur besseren Kontrolle von beanspruchten medizinischen Diensten und damit auch für die Aufdeckung und Unterbrechung eines MbPS bietet. Diese neue Karte hat die alte Krankenversicherungskarte endgültig ab dem 1. Januar 2014 ersetzt (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Ob sich mit der umfassenden Einführung dieser Karte neue Möglichkeiten sowohl in der Prävention als auch in der frühzeitigen Unterbrechung eines MbPS ergeben, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden, erscheint aber durchaus nachvollziehbar und kann ein Thema für künftige Untersuchungen sein.

Nicht zuletzt ist zu betonen, wie wichtig es ist, Kindern zuzuhören und Glauben zu schenken. Wie Libows Studie (1995, 1135f) zeigt, vertrauen sich einige Kinder Erwachsenen an und erzählen von dem seltsamen Verhalten ihrer Mütter. In Libows Untersuchung reagierten jedoch alle Erwachsenen ungläubig und wiesen die Vorwürfe der Kinder zurück. Wenn eine dieser Personen, das Kind ernst genommen und zuständige Behörden informiert hätte, hätte der Missbrauch vielleicht unterbrochen werden können.

7 Schlussbetrachtung

Das MbPS stellt eine schwere Form der Kindesmisshandlung dar. Die betroffenen Kinder werden von den Täterinnen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse missbraucht und dadurch psychisch und körperlich geschädigt. Die Folgen für die Kinder können vielfältig sein, ebenso wie es die Manipulationsmethoden sind. Charakteristisch sind langfristige körperliche Beeinträchtigungen, Unsicherheiten bezüglich der Wahrnehmung und Einordnung eigener Gefühle und körperlicher Symptome, Schwierigkeiten im Aufbau langfristiger sozialer Beziehungen sowie Probleme in der Unterscheidung von Realität und Fantasie. Die Täterinnen sind mit großer Mehrheit die leiblichen Mütter der Kinder. Ihre Hauptmotivation ist vermutlich die Einnahme der Krankenrolle stellvertretend über ihre Kinder. Bei diesen Frauen zeigen sich häufig zusätzlich andere psychische Auffälligkeiten, wie Sucht-, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Ob diese vorliegenden Erkrankungen eine Erklärung für die Misshandlung des eigenen Kindes durch ein MbPS darstellen, wird aber bezweifelt. Anzunehmen ist, dass die Täterinnen einen Mangel an Empathie, verursacht durch eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen, aufweisen. Weiterhin zeigen sie ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper, welches es ihnen wahrscheinlich ermöglicht, den Körper als Mittel zum Zweck für die Verwirklichung anderer Ziele einzusetzen.

Das MbPS wird vor allem in Kliniken auffällig und dementsprechend auch überwiegend in medizinischen Fachzeitschriften thematisiert. Die Einordnung des MbPS in die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM ist vor allem für die zukünftige Diagnosestellung von Bedeutung. Aber auch eine Definition, die mehrheitlich anerkannt wird, ist wünschenswert. In der Praxis wird das MbPS hauptsächlich über verschiedene Warnhinweise erkennbar, die häufig beobachtete Muster betroffener Familien widerspiegeln und daher auf diese Misshandlungsform hinweisen sollen. Ein wichtiges Thema für die Zukunft betrifft die Möglichkeit der Klärung eines MbPS-Verdachts. In Deutschland wird dafür die diagnostische Trennung genutzt. Es hat sich gezeigt, dass diese Methode einige Fehlerquellen beinhaltet, weshalb von mehreren Autoren die heimliche Videoüberwachung vorgezogen wird. Durch rechtliche Grenzen ist diese Methode in Deutschland kaum ein- und umsetzbar. Ein Ziel für die Zukunft sollte sein,

Möglichkeiten zum Einsatz der verdeckten Videoüberwachung zu diskutieren und vorhandene Schranken im Sinne des Kindeswohls eventuell zu überwinden.

In Deutschland wird nach aktuellen Schätzungen von etwa 80 Fällen des MbPS im Jahr ausgegangen, was im Vergleich zu Fallzahlen anderer Misshandlungsformen sehr gering ist. Insbesondere im deutschsprachigen Raum liegt der Fokus bei der Betrachtung des MbPS auf medizinisch relevanten Themen. Dementsprechend finden sich in der deutschen Literatur viele Hinweise auf mögliche Manipulationsformen, häufig vorgetäuschte Symptome und medizinische Möglichkeiten den Betrug aufzudecken. Gerade aus pädagogischer Sicht ist es wichtig, ebenso zu verfolgen, wie es den Kindern geht, welche Hilfen sie benötigen, welche Langzeitfolgen sie durch die Misshandlungen davon tragen und wann Inobhutnahmen und Rückführungen der Kinder in ihre Familien erfolgreich und empfehlenswert sind. Eine interessante Frage ist in diesem Zusammenhang auch die nach der Bekanntheit des MbPS in Deutschland unter Fachleuten aus den Sozialen Diensten, Kinderschutzverbänden, in Kindertagesstätten und Schulen. Denkbar wäre also ein Pendant zu der Dissertation von Lorenc, die Kinderkrankenhäuser in Deutschland befragte, ob und inwieweit das MbPS in diesen Einrichtungen bekannt ist, bereits vorkam oder vermutet wurde.

Die Bedeutung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für das frühzeitige Erkennen eines MbPS bleibt abzuwarten. Die möglichen Vorteile, die sich mit der Einführung verbinden, sollten in Zukunft geprüft werden.

Für James, aus dem einführend dargestellten Fallbeispiel, gab es ein gutes Ende. Er und seine Geschwister wurden aus der Familie genommen und in Pflegefamilien untergebracht. Sein früheres auffälliges Verhalten endete prompt (vgl. Perry & Szalavitz 2006, 213f) und „he was thriving in his new life“ (ebd., 214).

8 Literaturverzeichnis

8.1 Primärliteratur

- Adshead, G. & Bluglass, K. (2001). Attachment Representations and Factitious Illness by Proxy: Relevance for Assessment of Parenting Capacity in Child Maltreatment. In: Child Abuse Review, 10, 398-410. Und online in Internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/car.723/abstract> (Zugriff: 21.11.2013).
- American Academy of Pediatrics (o.J.). About the AAP. Online unter: <http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Pages/About-the-AAP.aspx> (Zugriff: 25.10.2013).
- Bools, C., Neale, B. & Meadow, R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). In: Archives of Disease in Childhood, 69, 625-630. Und online in Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1029641/> (Zugriff: 21.11.2013)
- Bools, C., Neale, B. & Meadow, R. (1994). Munchausen Syndrome by Proxy: A study of Psychopathology. In: Child Abuse and Neglect, 18, 773-788. Und online in Internet: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/0145213494000441> (Zugriff: 03.07.2013).
- Bundesministerium für Gesundheit (2013). Elektronische Gesundheitskarte. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte.html> (Zugriff: 10.11.2013).
- De la Cerda Ojeda, F., Muñoz-Cabello, B., Lanzarote-Fernandez, M. & Gomez de Terreros, I. (2010). Munchausen Syndrome by Proxy: A Spanish proposal of therapeutic management. In: Children and Youth Services Review, 32, 884-888. Und online in Internet: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740910000514> (Zugriff: 03.07.2013).
- Eckhardt, A. (1996). Artificielle Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 93, 1622-1626. Und online in Internet: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/1904/Artificielle-Stoerungen?src=search> (Zugriff: 03.09.2013).
- Eminson, M. & Jureidini, J. (2003). Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. In: Child Abuse and Neglect, 27, 413-420. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213403000280> (Zugriff: 24.09.2013).
- Faust, V. (o.J.a). Das Münchhausen-Syndrom. Aus der Internetserie: Seelisch Kranke unter uns. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Informationen – Reports – Interviews. Online unter: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/muenchhausen.html> (Zugriff: 20.08.2013).

- Faust, V. (o.J.b). Vorgetäuschte Gesundheitsstörungen. Aus der Internetserie: Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Verfügbar unter: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/inhalt.html> (Zugriff: 20.08.2013).
- Hall, D., Eubanks, L., Meyyazhagan, S., Kenney, R. & Johnson, S. (2000). Evaluation of Covert Video Surveillance in the Diagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: Lessons from 41 Cases. In: Pediatrics, 105, 1305-1312.
- Häßler, F., Zamorski, H. & Weirich, S. (2008). Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Plötzlichem Säuglingstod (SID) (225-232). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Herrmann, B., Thyen, U. & von Bismarck, S. (2008). Leitlinien – Kindesmisshandlung und Vernachlässigung- Teil 2: Somatische Diagnostik. Verfügbar unter: http://www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=60&Itemid=86 (Zugriff: 31.07.2013).
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B. & Herrmann, B. (2010). Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern – Diagnose und Vorgehen. In: Deutsches Ärzteblatt, 107 (13), 231-240. Und online in Internet: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/70550/Misshandlung-und-Vernachlässigung-von-Kindern-Diagnose-und-Vorgehen> (Zugriff: 02.07.2013).
- Kaufman, K., Coury, D., Pickrel, E. & McCleery, J. (1989). Munchausen Syndrome by Proxy: A Survey of Professionals' Knowledge. In: Child Abuse and Neglect, 13, 141-147. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213489900379> (Zugriff: 03.07.2013).
- Krupinski, M. (2006). Wenn Mediziner ungewollt zur Kindesmisshandlung verführt werden: Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 156, 441-447. Und online in Internet: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10354-006-0325-2#> (Zugriff: 02.07.2013).
- Krupinski, M. (2013). Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: M. Grossberger, E. Türk & K. Yen (Hg.), Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern (283-291). Wien: Springer. Und online in Internet: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-99468-9_24# (Zugriff: 25.09.2013).
- Libow, J. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look. In: Child Abuse and Neglect, 19 (9), S. 1131-1142. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349500073H> (Zugriff: 03.07.2013).
- Lohaus, A. & Heinrichs, N. (2013). Psychosoziale Belastungen bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: A. Lohaus & N. Heinrichs (Hg.), Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische und medizinische Grundlagen (15-31). Weinheim: Beltz.

- Lorenc, S. (2011). Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in Deutschland. Erste Daten. Unveröffentlichte Dissertation. Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Online unter: <http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/volltexte/2013/7694/> (Zugriff: 02.07.2013).
- Meadow, R. (1977). Munchausen Syndrome by Proxy. The hinterland of child abuse. In: *The Lancet*, 343-345. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673677914970> (Zugriff: 27.11.2013).
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. In: *Archives of Disease in Childhood*, 60, 385-393. Und online in Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1777224/> (Zugriff: 21.11.2013).
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. In: *Child Abuse and Neglect*, 26, 501-508. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213402003265> (Zugriff: 03.07.2013).
- Mehl, A., Coble, L. & Johnson, S. (1990). Munchausen Syndrome By Proxy: A Family Affair. In: *Child Abuse and Neglect*, 14, 577-585. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213490901053> (Zugriff: 03.07.2013).
- Michels-Lucht, F. & Freyberger, H. (2013). Folgen von Kindesmisshandlung auf Körper- und Selbstbild. In: C. Spitzer & H. Grabe (Hg.), *Kindesmisshandlung. Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Morrell, V. & Tilley, D. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. In: *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 328-335. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596311001862> (Zugriff: 03.07.2013).
- Noeker, M. (2004). Artificielle Störung und artifiziale Störung by proxy. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 449-467. Und online in Internet: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4514/> (Zugriff: 16.07.2013).
- Noeker, M. & Keller, K. (2002). Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 150, 1357-1369. Und online in Internet: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-002-0608-7#> (Zugriff: 02.07.2013).
- Noeker, M., Mußhoff, F., Franke, I. & Madea, B. (2011). Münchhausen-by-Proxy-Syndrom. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159, 265-278. Und online in Internet: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-010-2368-0> (Zugriff: 02.07.2013).
- Nowara, S. (2005). Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In: G. Deegener & W. Körner (Hg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (128-140). Göttingen: Hogrefe.
- Perry, B. & Szalavitz M. (2006). *The boy who was raised as a dog. And other stories from a child psychiatrist's notebook. What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love, and Healing*. O.O.: Basic Books.

- Pfeiffer, J. & Pinquart, M. (2013). Die Realisierung von Entwicklungsaufgaben bei chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: M. Pinquart (Hg.), Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind, Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention (67-82). Berlin: Springer. Und online in Internet: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-642-31277-9> (Zugriff: 10.12.2013).
- Plassmann, R. (2004). Der Arzt als Detektiv: Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Online unter: <http://www.ptz.de/Downloadbereich.66.0.html>. (Zugriff: 22.07.2013).
- Rosenberg, D. (1987). Web of Deceit: a Literature Review of Munchausen Syndrome by Proxy. In: Child Abuse and Neglect, 11, 547-563. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213487900810#> (Zugriff: 07.10.2013).
- Rosenberg, D. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. In: Child Abuse and Neglect, 27, 421-430. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213403000292> (Zugriff: 01.12.2013).
- Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. In: Child Abuse and Neglect, 26, 537-549. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213402003290> (Zugriff: 03.07.2013).
- Schreier, H. (2004). Munchausen by Proxy. In: Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 34, 126-143. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544203001688> (Zugriff: 03.07.2013).
- Sheridan, M. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. In: Child Abuse and Neglect, 27, 431-451. Und online in Internet: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213403000309> (Zugriff: 21.11.2013).
- Sigal, M., Gelkopf, M. & Meadow, R. (1989). Munchausen by Proxy Syndrome: The Triad of Abuse, Self-Abuse and Deception. In: Comprehensive Psychiatry, 30 (6), 527-533. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010440X89900837> (Zugriff: 03.07.2013).
- Sonnenmoser, M. (2010). Artificielle Störungen. Rätselhaft und gefährlich. In: Deutsches Ärzteblatt, 9, 417-420. Und online in Internet: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/literatur/78316> (Zugriff: 02.07.2013).
- Statistisches Bundesamt (2013). Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Online unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=6687D2390B5A43B4579A3264E1A8F800.cae2 (Zugriff: 25.10.2013).
- Strauß, B. (2013). Kindesmisshandlung und Bindung. In: C. Spitzer & H. Grabe (Hg.), Kindesmisshandlung. Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter. Stuttgart: Kohlhammer.

- Thomas, K. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. In: Journal of Pediatric Nursing, 18 (3), 174-180. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596303000344#> (Zugriff: 03.07.2013).
- Thyen, U., Herrmann, B. & Frank R. (2008). Leitlinie – Kindesmisshandlung und Vernachlässigung-Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention. Verfügbar unter: http://www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=60&Itemid=86 (Zugriff: 31.07.2013).
- Vennemann, B., Große Perdekamp, M., Weinmann, W., Faller-Marquardt, F., Pollak, S. & Brandis, M. (2006). A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. In: Forensic Science International, 158, 195-199. Und online in Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073805004184> (Zugriff: 03.07.2013).
- Von Hahn, L., Harper, G., McDaniel, S., Siegel, D., Feldman, M. & Libow, J. (2001). A Case of Factitious Disorder by Proxy: The Role of the Health-Care System, Diagnostic Dilemmas, and Family Dynamics. In: Harvard Review of Psychiatry, 9, 124-135. Und online verfügbar unter: <http://informahealthcare.com/action/doSearch?searchText=factitious+disorder+by+proxy+health-ca-re+system&type=simple&filer=multiple&allowEmptyTermQuery=true&postback=true&categoryId=> (Zugriff: 21.11.2013).
- Weber, P. (2008). Psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen. In: B. Rodeck & K.-P. Zimmer (Hg.), Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (751-760). Heidelberg: Springer Medizin. Und online in Internet: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-24710-1_45 (Zugriff: 02.07.2013).
- World Health Organization & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013a). ICD-10-GM Version 2014. Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Online unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f60-f69.htm> (Zugriff: 10.11.2013).
- Zamorski, H., Weirich, S. & Häßler, F. (2008). Münchhausen-Syndrom by proxy (MBPS). In: F. Häßler, R. Schepker & D. Schläfke (Hg.), Kindstod und Kindstötung (171-183). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

8.2 Sekundärliteratur

- Libow, J. (2000). Child and Adolescent Illness Falsification. In: Pediatrics, 105, 336-342.
- Libow, J. & Schreier, H. (1986). Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? In: American Journal of Orthopsychiatry, 56, 602-611.

- McClure, R., Davis, P., Meadow, R. & Sibert, J. (1998). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. In: *Archives of Disease in Childhood*, 75, 57-61.
- Pinquert, M. & Teubert, D. (2012). Academic, physical, and social functioning and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 376-389.
- Rand, D., Feldman, M. (1999). Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. In: *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 94-101.
- Schreier, H. (1992). The perversion of mothering: Munchausen syndrome by proxy. In: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 421-437.
- Schreier, H. & Libow, J. (1993). *Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome*. New York: Guilford Press.
- Southall, D., Plunkett, B., Banks, M., Falkov, A. & Samuels, M. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. In: *Pediatrics*, 100, 735-760.
- Stierling, J. & the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2007). Beyond Munchausen syndrome by Proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. In: *Pediatrics*, 110, 985-988.