

Hochschule Merseburg
Fachbereich: Soziale Arbeit. Medien. Kultur
Studiengang: Soziale Arbeit

Bachelor- Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades
„Bachelor of Arts“
im Studiengang Soziale Arbeit

**Münchhausen Stellvertreter Syndrom- Erklärungsversuch zum
Verhalten der Mutter und frühzeitiges Erkennen von Warnhinweisen
zur Prävention**

Vorgelegt von

Anne Mainka
Matrikelnummer: 19420

1. Gutachter: Prof. Dr. jur. Erich Menting
2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Jürgen Benecken

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Zielsetzung und Verlauf der Arbeit	2
2 Hinführung zum Thema	4
2.1 Begriffsbestimmungen	4
2.2 Die Beteiligten	6
2.2.1 Die Kinder	7
2.2.2 Die Väter	8
2.2.3 Die Ärzte	9
3 Die Mutter als Täterin	10
3.1 Auffällige Verhaltensweisen der Mutter	12
3.2 Die Vergangenheit der Mutter	12
3.3 Das charakteristische Verhalten der Mutter gegenüber dem Arzt	13
3.4 Motivation und Erklärungsansätze für das Verhalten der Mutter	14
4 Verdacht, Aufdeckung und Therapiemöglichkeiten	16
4.1 Verdachtsmomente und Warnhinweise	17
4.2 Die Konfrontation	18
4.3 Die Intervention	20
4.4 Die Aufdeckung der Manipulationen	22
4.5 Die besondere Rolle des Arztes	23
4.6 Therapiemöglichkeiten	24

5	Sensibilisierung und Prävention	27
5.1	Sensibeler Umgang mit Verdachtsmomenten	28
5.2	Präventionsmöglichkeiten	29
	Fazit	32
	Literaturverzeichnis	34
	Anhang	40
	Selbstständigkeitserklärung	44

Einleitung

Im Jahr 2015 musste sich eine Mutter aufgrund der Misshandlung ihres Kindes vor dem Landgericht Hamburg verantworten. Ihre Vergangenheit wird wie folgt beschrieben: Der Vater verließ die Familie früh und so wuchs das Mädchen bei ihrer alleinerziehenden Mutter auf. Diese musste viel arbeiten. Die Tochter verbrachte dadurch unzählige Stunden bei einer Tagesmutter, welche das Mädchen missbraucht haben soll.

In der Jugend, nach einem Umzug, breitete sich das Gefühl der Einsamkeit in ihr aus. Das Mädchen litt unter Schlaf- und Essstörungen sowie Angstzuständen. Ebenso mangelte es ihr an Selbstwertgefühl.

Um der Einsamkeit ein Ende zu setzen, heiratete sie und wurde schnell schwanger. Die Einsamkeit ging, doch die von ihr so ersehnte Anerkennung blieb aus. Ein schlechtes Verhältnis zu den Schwiegereltern sowie die Affäre ihres Mannes begünstigten ihre Gefühle, von der Umwelt nicht wahrgenommen zu werden.

Als ihr Sohn ins Krankenhaus gebracht wurde, bekam sie plötzlich die sehnlichst gewünschte Anerkennung. Das war vermutlich der Auslöser dafür, dass sie beschloss, ihr Kind selbst krank zu machen, um diese Gefühle aufrechtzuerhalten. Über mehrere Monate injizierte die Mutter ihrem Sohn mit Blumenwasser, Speichel oder Fäkalien verunreinigte Spritzen. Damit brachte sie ihn zweimal in Lebensgefahr. Die erste Diagnose der Ärzte war eine Erkrankung des Immunsystems. Deshalb schlugen sie eine Knochenmarktransplantation vor. Ohne Zögern willigte die Mutter, trotz ihres Wissens um die Risiken, in diesen Eingriff ein.

Den Ärzten kam der Verlauf der Krankheit verdächtig vor. Daraufhin durchsuchte eine Krankenschwester das Zimmer des Jungen. Dort fand sie die Beweisstücke. Es kam zur Trennung des Kindes von der Mutter und so besserte sich sein Zustand zusehends. (Beitzer 2015)

Unfassbar scheint es, dass ein Kind durch die eigene Mutter absichtlich krank gemacht und misshandelt wird. Dieses bisher eher verborgene Verhalten beschreibt das Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom (auch Münchhausen- by Proxy- Syndrom genannt). Hierbei ruft die Mutter Krankheitssymptome durch Manipulationen am Körper des leiblichen Kindes hervor.

1. Zielsetzung und Verlauf der Arbeit

Der Fokus dieser Arbeit behandelt zum einen die Mutter, als misshandelndes und manipulierendes Elternteil. Es wird aufgezeigt, aus welcher Motivation heraus sie handelt und welche möglichen Erklärungsansätze und Therapiechancen bisher diskutiert wurden. Zum anderen soll geklärt werden, welche Präventionsmöglichkeiten es gibt, um dem Leid des Kindes ein Ende zu bereiten.

Das zweite Kapitel dieser Arbeit widmet sich Begriffsbestimmungen des Münchhausen- Stellvertreter- Syndroms. Anschließend werden die Kinder als Opfer sowie die Väter und Ärzte charakterisiert. Letztere sind unweigerlich am Missbrauch des Kindes beteiligt.

Im dritten Kapitel greift die Arbeit die Vergangenheit der Mutter auf. Sie versucht über die Verhaltensweisen und Charakterzüge Auffälligkeiten zu verdeutlichen. Weiterhin werden Vermutungen angestellt, aus welcher Motivation heraus die Mutter zur Täterin wird. Gleichzeitig werden Erklärungsansätze für ihr Verhalten gegeben.

Der vierte Abschnitt thematisiert den Umgang des medizinischen Personals bei Verdacht auf dieses Syndrom. Er informiert über Warnhinweise, welche auf ein Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom hinweisen und zeigt verschiedene Vorgehensweisen auf, mit der eine Mutter bei Verdacht auf dieses Krankheitsbild konfrontiert werden kann. Hierbei wird noch einmal die besondere Rolle des Arztes näher beleuchtet. Das Kapitel endet mit einem Ausblick auf Therapiemöglichkeiten.

Das letzte Kapitel versucht aus den vorhergehenden erläuterten Hinweisen und Anhaltspunkten Präventionsmöglichkeiten einzufangen. Dabei wird auch auf den Schutz des Kindes als oberstes Ziel eingegangen.

Ziel meiner Arbeit ist es, das noch relativ junge Phänomen des Münchhausen- Stellvertreter- Syndroms aus Sicht der Mutter in den Fokus zu rücken. Es bedarf einer Sensibilisierung für diese Art des Kindesmissbrauchs. Durch frühzeitiges Erkennen und vor allem Verinnerlichen von Warnhinweisen soll eine Prävention ermöglicht werden.

Aufgrund des zeitlichen Rahmens für die Erstellung dieser Arbeit war es nicht möglich, eine repräsentative Umfrage mit Betroffenen – sowohl Tätern als auch Opfern- durchzuführen. Die Grundlage der Aussagekraft beruht auf einer umfangreichen Literaturrecherche.

Wichtig zu erwähnen ist, dass mein Fokus ausschließlich auf der Mutter als Täterin liegt. Sie misshandelt statistisch gesehen ihre Kinder am häufigsten über das Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom (im weiteren Verlauf dieser Arbeit mit MSS abgekürzt).

2 Hinführung zum Thema

Das MSS besitzt eine enge Verbindung zu artifiziellen Störungen und stellt eine Sonderform dieser dar. Zu dieser Störungsgruppe zählen ebenfalls die artifiziellen Störungen im engeren Sinne und das Münchhausen- Syndrom. Alle diese Störungen haben ein Merkmal gemein: das Vortäuschen oder Erzeugen körperlicher oder psychischer Symptome an sich selbst oder einer anderen Person. (Sonnenmoser 2010, 417)

Die artifiziellen Störungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, welche ohne Wissen anderer selbst hervorgerufen werden. Neben dem Vortäuschen von Symptomen geht diese Krankheit weiterhin mit Beziehungsstörungen und krankhaftem Lügen, so genanntem Pseudologia fantastica, einher. (Nowara 2005, 128)

Aufgrund dessen, dass es sich bei MSS um eine psychische Erkrankung handelt, ist sie schwer zu erkennen und schwierig zu behandeln. Werden Ärzte und Psychotherapeuten mit solch einer Störung konfrontiert, ist dies für sie eine Grenzerfahrung. Denn Basis dieser Krankheit sind Betrug und Täuschung.

Die Täterin fügt anstelle sich selbst einer anderen Person Schaden zu. Hierbei belegen bisherige untersuchte Fälle von MSS, dass es oft die Mutter, Großmutter oder der weibliche Babysitter ist. (Sonnenmoser 2010, 417 ff.)

2.1 Begriffsbestimmungen

Der englische Kinderarzt Roy Meadow veröffentlichte 1977 zwei Fälle, in denen er entdeckt hatte, wie Mütter ihre eigenen Kinder krank machten. Seine Diagnose, in dem einen Fall nach 6 Jahren Blut- und Eiterbeimischungen des Urins des Kindes: das Kind wurde Opfer einer bisher namenlosen Form von Kindesmisshandlung. (Plassmann 2014, 3)

Nach dem Vorbild des Barons von Münchhausen wurde Roy Meadow zum Namensgeber dieses Störungsbildes. Seit der Beschreibung des Phänomens 1977 wächst die Zahl der MSS- Fälle zusehends an. Man schätzt etwa 98% sind weibliche Täter, davon sind 90% die leibliche Mutter. (Plassmann 2014, 4) Ziele der Täterin sind dabei die Aufnahme in ein Krankenhaus sowie eine Vielzahl an medizinischen Eingriffen am Kind inklusive Operationen. (Eckhardt 1996, 1624)

Wie schon oben erwähnt, wird MSS auch als eine Sonderform der Kindesmisshandlung angesehen. Durch das Erfinden oder sogar Erzeugen von Krankheiten ist es die Mutter, welche ihr Kind körperlich misshandelt. (Jacobi 2010, 231 f.) Zu diesem Aspekt der Betrachtung dieser Störung hat sich Donna Rosenberg einer Definition aus pädiatrischer Sicht angenommen. In ihrem Artikel „A literature review of Munchausen syndrome by proxy“ von 1987 veröffentlicht sie folgende Merkmale:

- „Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch einen Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde.
- Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozeduren.
- Verleugern des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch die Täterin.
- Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.“ (Rosenberg 1987 in Noeker 2013, 450 f.)

Doch nicht nur verschiedene Autoren haben Definitionen und Bestimmungen für das MSS nieder geschrieben. Auch in die ICD -10¹ wurde das Münchhausen-Syndrom in Kapitel V unter „Psychische Verhaltensstörungen (F00- F99)“ aufgenommen. Im Unterkapitel „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60- F69)“ ist es als Diagnose unter „F68.1 Artifizielle Störungen“ eingebettet. Darin heißt es: „Der betroffene Patient täuscht Symptome wiederholt ohne einleuchtenden Grund vor und kann sich sogar, um Symptome oder klinische Zeichen hervorzurufen, absichtlich selbst beschädigen. Die Motivation ist unklar, vermutlich besteht das Ziel, die Krankenrolle einzunehmen. Die Störung ist oft mit deutlichen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen kombiniert.“ (DIMDI) Das MSS ist im Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen (S00- T98)“ konkret in Verbindung mit der Diagnose „T74 Missbrauch von Personen“ festgehalten. Diese Diagnose unterteilt sich in

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

Vernachlässigung sowie die verschiedenen Missbrauchsformen- körperlich, sexuell, psychisch, sonstige und nicht näher bezeichnete. (DIMDI)

1993 wurde die Krankheit in den Anhang des DSM IV² als factitious disorder by proxy (artifizielle Stellvertreter- Störung) aufgenommen und bislang verblieb sie dort. Hier ist es wie folgt zusammengefasst:

- „Absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Zeichen oder Symptomen bei einer anderen Person, für die der Betroffene Sorge trägt.
- Die Motivation für das Verursacherverhalten ist, die Krankenrolle durch eine Mittelsperson einzunehmen.
- Äußere Anreize für das Verhalten (wie z. B. ökonomischer Gewinn) fehlen.
- Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.“ (APA 1998)

Der Verbleib im Anhang war Auslöser für die Entstehung einer Streitfrage: Die Aufnahme als mentale Störung oder die Behandlung des MSS als sehr bedrohliche und gefährliche Form der Misshandlung und somit die Gewährleistung der strafrechtlichen Regelung? (Feldmann 2006, 145)

Diese Frage kann pauschal nicht geklärt werden. Die vorliegende Arbeit soll eine Hilfe für die persönliche Entscheidung einer Antwort sein.

2.2 Die Beteiligten

Im folgenden Kapitel wird genauer auf die Beteiligten eines MSS eingegangen. Neben der Mutter als Täterin und dem Kind als Opfer sind es ebenso Väter und vor allem die Ärzte, welche gleichwohl zur Verantwortung gezogen werden (müssen).

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung)

2.2.1 Die Kinder

Das Kind weist Symptome auf, welche nicht auf realen medizinischen Erkrankungen beruhen. Diese werden durch die eigene Mutter herbeigeführt, oder sie nutzt eine bereits bestehende Erkrankung ihres Kindes aus und erzeugt eine Verschlimmerung dieser. Das Kind wird wiederholt in der Klinik vorgestellt. Dort fordert die Mutter aufwändige, für das Kind belastende Untersuchungen. Weiterhin verheimlicht sie, sie kenne die Ursache für die Symptome. (Sachsse et al. 2013, 111)

Teilweise beginnt der Leidensweg des Kindes schon im Mutterleib: entweder fordert die Mutter ständig Untersuchungen während der Schwangerschaft ein oder sie erfindet typische Komplikationen. Nach der Geburt beginnt das Krankmachen des Kindes durch die Mutter. Sie erfindet Symptome oder führt Situationen in Richtung lebensbedrohlicher Zustände herbei. Die Mutter stellt sich als aufopfernd dar und lässt keine Zweifel daran, dass das Wohl ihres Kindes ihr das Wichtigste sei.

Meadows erste große Arbeit von 1984 befasste sich mit 31 Fällen von Krampfanfällen unter denen 22 davon nur beschrieben wurden. Die Folge war somit eine Vielzahl von Untersuchungen. Bei 11 dieser Kinder wurden die Krampfanfälle durch verschiedene Methoden von der Mutter herbeigeführt. Die am häufigsten erfundenen Symptome sind Bewusstseinsstörungen, Blutungen, Gedeihstörungen und Anfälle.

Ärzten ist der Gedanke fern, dass die Mutter diese Krankheitszeichen manipuliert und so ist der Beginn aufwendiger Untersuchungen und Behandlungen gebnet. (Plassmann 2014, 5)

Die meisten Opfer sind Säuglinge und Kleinstkinder, welche sich noch nicht artikulieren können. Die Gefahr der Aufdeckung nimmt zu, wenn Kinder Dinge beschreiben können. Dies bedeutet jedoch nicht, dass MSS mit dem Spracherwerb endet. Kleinkinder erkennen selten den Zusammenhang zwischen der Mutter und den Geschehnissen. Oft kommt es dazu, dass die Kinder die Schuld bei sich suchen und sich die Verantwortung geben. Sie denken, sie verdienen die Krankheit als Strafe, weil sie etwas Böses getan haben. So gehen Mutter und Kind eine Art Symbiose in ihrer Beziehung ein. (Feldmann 2006, 146)

Ältere Kinder streiten ebenso Vorwürfe ab oder schweigen, vermutlich aus Verlustangst gegenüber der Familie. (Faust 2010, 19)

Kinder von MSS- Müttern weisen ein hohes Sterberisiko auf. Ebenso erleiden sie Traumatisierungen sowie körperliche und psychische Schäden durch die Misshandlungen. (Sonnenmoser 2010, 417 ff.)

Meadows Ergebnis nach Untersuchungen mit Kindern von MSS- Müttern ergab, dass diese später wirklich glaubten, sie sind krank oder behindert. Sie unterstützen die Manipulationen und entwickelten somit selbst eine artifizielle Störung. Einige können Phantasie und Realität nicht auseinanderhalten. (Feldmann 2006, 147)

2.2.2 Die Väter

Väter sind dem Kind oder der Mutter gegenüber desinteressiert und distanziert. Sie bemerken die Krankheit des Kindes nicht oder nur teilweise. In ihren Köpfen herrscht ein traditionelles Rollenverständnis: die Mutter pflegt die Verantwortung für das Kind, der Vater geht arbeiten. (Feldmann 2006, 154)

Die Väter stehen meist im Hintergrund ihrer Partnerin und sind somit wenig in die Behandlung der Kinder einbezogen. Ist die Partnerin entlarvt worden, halten die Männer es für unwahr und leugnen die Taten ebenfalls. Sie halten zur Partnerin und unterstützen sie in jeglichen auf sie zukommenden Auseinandersetzungen. Vermutlich wollen Väter den Missbrauch am Kind durch die Partnerin nicht wahr haben, auch wenn sie es eventuell bemerken. (Krupinski 2013, 286)

Bei allen Misshandlungen und Klinikbesuchen sowie Gesprächen mit dem Arzt bleibt der Vater außen vor. Die Beziehung zu seiner Frau ist emotional distanziert und eventuelle Ahnungen gegenüber seiner Frau behält er für sich. Dies geschieht aus Unterlegenheit ihr gegenüber oder aber Loyalität. Vielleicht aber auch aus Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen. Dennoch ist der Partner indirekt im Missbrauch am Kind eingeschlossen. (Noeker 2013, 453)

2.2.3 Die Ärzte

„Die Ärzte geraten regelhaft in einen komplexen Konflikt aufgrund verinnerlichter berufsethischer Normen, unbewusster Manipulation durch die Patienten und unbewusst motiviertem professionellen Handeln.“ (Eckhardt 1996, 1625) Dieser Konflikt und die Grundlagen der Krankheit, das Täuschen und Betrügen, erzeugen beim Arzt eine Art Grenzerfahrung, wenn sie mit MSS- Patienten in Kontakt treten.

Vom Blickwinkel des Arztes aus, müssen folgende drei Aspekte im Hinterkopf bleiben: der Arzt wird durch die Heimlichkeit der Gewalt zum Detektiv; durch den Missbrauch des Arztes soll dieser zum Kindsschädiger werden; eine Weitergabe traumatischer Erlebnisse über Generationen ist nicht auszuschließen. (Plassmann 2014, 3)

Patienten mit MSS sind psychisch krank. Mit ihren Simulationen, Lügen und ausgedachten Geschichten stellen sie medizinisches Personal vor scheinbar unfassbare Diagnose- und Therapieprobleme. Ihr Handeln geschieht überaus raffiniert und lange Zeit kommt daran kein Zweifel auf. Was sich vortäuschen lässt, wird auch vorgetäuscht. Es gibt eine Vielzahl von unglaublichen Manipulationstechniken. (Faust 2010, 1) Ein kleiner Überblick ist in Anhang 1 verzeichnet.

Der Körper wird zum Opfer und wird für psychische Zwecke benutzt. Grund ist eine abnormale Beziehung zu ihm. Hierin verbirgt sich der eigentliche Leidensgrund. Sekundär erscheinen hierbei die körperlichen Symptome.

Auch die Beziehung zum Arzt ist gestört. Durch die Manipulation entsteht eine Art Behandlungszwang oder Sucht nach ärztlicher Betreuung. Der Arzt wird getäuscht durch Erfinden oder/ und Verschweigen von falschen Symptomen. (Feldmann 2006, 159)

Durch Untersuchungen, welche teilweise unnötig und von hoher Belastung sind, die der Arzt am Kind durchführt, wird dieser zum Mittäter ohne es zu wissen und somit begeht auch er Körperverletzung. (Sachsse et al. 2013, 115)

Nur durch zunehmende Sensibilität der Ärzte und Juristen können mehr Fälle von MSS aufgedeckt werden. Damit schützen sie sich auch selbst davor, zu Komplizen zu werden und von den Müttern durch Manipulation als Mittäter benutzt zu werden. Umso wichtiger ist es, dass alle beteiligten Fachkräfte im

Krankenhaus zusammenarbeiten. Sowohl für eine Diagnosestellung von MSS als auch Überführung der Mutter. „Aufklärung ist der Schlüssel für eine frühe Erkennung und Behandlung [...]“ (Feldmann 2006, 159)

Doch zu welchem Zeitpunkt müssten Ärzte aufmerksam werden und ein erstes Verdachtsmoment äußern? Hierzu einige Hinweise:

- Das Symptombild kann trotz umfangreicher Diagnose nicht erklärt werden
- Es gibt Hinweise auf Vergiftungen
- Die Schilderung der Mutter widerspricht dem Untersuchungsergebnis
- Die Symptome verstärken sich bei Anwesenheit der Mutter in der Nähe des Kindes
- Die Symptome sind nur vorhanden, wenn die Mutter beim Kind ist

(Sachsse et al. 2013, 112)

Oft steht jedoch das eigene Ego dem medizinischen Personal dabei im Weg. Auch wenn die ersten Anzeichen von MSS erkannt sind, wird der eigene Stolz, so manipuliert und belogen worden zu sein, davor geschoben.

Die Angst vor einem Prozess bei einer Fehldiagnose steht ebenso im Raum. Eine zu Unrecht beschuldigte Mutter wird sofort eine Klage einreichen. Letztendlich ist es meistens jedoch nur ein Gedanke, welcher Ärzte daran hindert an MSS zu glauben und einzuschreiten: der, dass die eigene Mutter ihrem Kind so etwas antut. (Feldmann 2006, 161)

Detailliertere Informationen zum Thema Verdachtsmomente und –äußerungen folgen im vierten Kapitel dieser Arbeit.

3 Die Mutter als Täterin

„Wir können davon ausgehen, und ich glaube: sollten davon ausgehen, dass Mütter immer im Recht sind, doch zur gleichen Zeit müssen wir erkennen, dass Mütter, wenn sie im Unrecht sind, schreckliches Unrecht begehen können.“ (zitiert nach Roy Meadow in Feldmann 2006, 149)

Um das Handeln der Mutter „verstehen“ zu können, versucht das folgende Kapitel Aufschluss über den Charakter und die Verhaltensweisen von ihr zu geben. Weiterhin werden Kindheit und Vergangenheit beleuchtet und ihr Beziehungsverhalten gegenüber anderen aufgezeigt. Am Ende wird ein Versuch zur Erklärung dieses Verhaltens bzw. ihrer Motivation gegeben.

Die Frau als Täterin wird in der Literatur folgendermaßen beschrieben: Sie sorgt sich sehr um ihre Kinder, ist kooperativ und identifiziert sich mit dem medizinischen Personal. Oft hat sie in diesem Bereich häufig selbst eine Ausbildung oder interessiert sich diesbezüglich vermehrt. Die Mutter hinterfragt invasive Eingriffe nicht, teilweise werden sie noch eingefordert und befürwortet. Sie fühlt sich einsam und isoliert, Anerkennung und Unterstützung bleiben ihr verwehrt.

Libow und Schreier beschrieben 1986 drei Typen von MSS- Müttern: Die „active inducers“, aktiv Induzierenden, inszenieren Symptome durch Zufügen von Verletzungen oder Verabreichung von verschiedenen Substanzen. Der Grad an Verleugnung ist bei ihnen sehr hoch, sodass sie ihre Manipulationen auch bei Androhung von strafrechtlichen Folgen nicht zugeben.

So genannte „help seekers“, Hilfesuchende, weisen weniger Arztbesuche und Klinikaufenthalte auf. Werden sie mit einem Verdacht konfrontiert, liegt die Chance der Annahme eines Hilfsangebots höher.

Die „doctor addicts“, Arztsüchtigen, fallen durch unfreundliches und misstrauisches Verhalten auf. Sie zeigen keine Kooperation gegenüber dem medizinischen Personal, die missbrauchten Kinder sind älter. Diese Mütter bestehen auf der Behandlung der nicht vorhandenen Krankheit, dramatisieren kleine Symptome und isolieren die Kinder von ihrem sozialen Umfeld.

Dabei stellen sich die Frauen als besonders gute Mütter dar und leiden unter dem Wahn, ihr Kind sei krank und kann nur durch sie gesund werden. Sie verspüren den Drang, diese Taten auszuführen, obwohl die Motive ihnen selbst unbekannt sind. (Libow/ Schreier 1986 in Nowara 2005, 129 f.)

3.1 Auffällige Verhaltensweisen der Mutter

Eine Mutter, welche an MSS leidet, weist keine geistige Schwäche oder Anzeichen einer Psychose auf. Allerdings sind Diagnosen wie Depression, Persönlichkeitsstörung oder teilweiser Realitätsverlust bzw. -beeinträchtigung zu erkennen. Die Täterin ist sich ihrem Missbrauch bewusst, aber den Ursachen und Motivationen dieser Handlungen nicht. (Krupinski 2013, 287)

Die Mutter bringt ihr Kind stets selbst zum Arzt bzw. in die Klinik und weicht ihm nie von der Seite. Sie äußert dramatische Berichte über eine Störung der Gesundheit. Im Krankenhaus kommt der Gedanke auf, die Mutter gehört zum medizinischen Personal, da sie sich selbst wie eine Krankenschwester verhält. Dieser Beruf ist nach Vorstellung der Mutter der perfekte, um ihre Illusion einer aufopfernden, liebenden und mächtigen Frau und Mutter aufrecht zu erhalten. Egal wie schwerwiegend ein Eingriff oder wie belastend eine Untersuchung für das Kind ist, die Mutter zögert nicht einzuwilligen. Sie hat gegenüber ihrem Kind eine gespaltene Beziehung. Es stellt eine Bedrohung für sie dar, in ihm erkennt sie die eigene Mutter wieder. Das Kind fordert nur und versucht sie zu zerstören. Ihre Lösung findet sie im Krankmachen des Kindes. Damit herrscht die Mutter nun über das Kind und das Machtverhältnis hat sich umgekehrt. (Plassmann 2014, 8 f.)

Die Mutter fällt durch zusätzliche Fürsorge und Aufopferung auf sowie durch die Symbiose mit ihrem Kind. Es gelingt ihr rasch, innige Beziehungen zum Pflegepersonal und anderen Eltern aufzubauen. Sie entwickelt ein Wohlgefühl auf der Station. Andererseits zeigt sie wenig Sorge bei schwerwiegenden Eingriffen am Kind, fordert invasive Behandlungen und zeigt Ärger über das Abraten solcher Eingriffe. Sie wirkt gefühllos und gleichgültig im Falle des Todes ihres Kindes. (Sonnenmoser 2010, 419 f.)

3.2 Die Vergangenheit der Mutter

Die Erfahrungen zeigen, dass Patienten mit artifiziellen Störungen, Traumatisierungen in ihrer Kindheit erlebten. Dies geschah durch Gewalt,

Missbrauch, Vernachlässigung oder/ und Mangel an Umsorgung und Zuwendung, auch soziale Deprivation genannt. Frauen, die an MSS leiden, beschreiben ein Gefühl von Minderwertigkeit, Isolation und Einsamkeit. (Sonnenmoser 2010, 417)

Eine Mutter, welche unter MSS leidet, sucht keine therapeutische Hilfe oder nach diagnostischer Aufklärung. Aus diesem Grund gibt es wenig wissenschaftliche Erkenntnisse. Von daher können nur Vermutungen angestellt werden, dass viele der Mütter in ihrer eigenen Kindheit selbst misshandelt wurden. (Faust 2010, 20)
Diese Erfahrungen ihrer eigenen Kindheit sind ebenfalls erlebte Reihen von Operationen und Arztbesuchen. Somit ist auch sie (ehemaliges) Opfer und heute selbst Täterin. Traumatische Kindheitserinnerungen verhindern das Entwickeln einer guten Mütterlichkeit. Eine solche Mutter gibt lediglich das an ihr Kind weiter, was sie selbst erfuhr und richtet ihre zerstörerische Wut auf den Körper des eigenen Kindes. Mit diesem Verhalten wird es wie sie selbst behandelt. (Plassmann 2014, 10)

3.3 Das charakteristische Verhalten der Mutter gegenüber dem Arzt

Es deutet vieles darauf hin, dass Beziehungen zu anderen von Misstrauen, Täuschung und Verrat gekennzeichnet sind. Eine Mutter mit MSS ist kaum in der Lage, emotional gefestigte und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Obwohl sie selbst viel Schmerz erlebte, zeigt sie Züge von Empathielosigkeit und wenig Mitleid gegenüber dem Leidensdruck anderer Menschen und dem des eigenen Kindes. (Sonnenmoser 2010, 418)

Besonders charakteristisch zeigt sich jedoch die Beziehung zwischen der Mutter und dem Arzt. Schließlich nimmt er eine außerordentliche Rolle für sie ein.

Der Arzt spielt ungefragt und unfreiwillig mit, wird manipuliert und ist so an der Körperverletzung, getarnt als notwendige Behandlung, beteiligt. Durch die vom Arzt genehmigten Eingriffe kommt es nach der primären Verletzung durch die Mutter zu einer sekundären durch ihn. Die Rollenerwartung an die Ärzte nutzt die Mutter für ihre Manipulation aus. Es entsteht ein Kreislauf: Der Krankheit liegt eine Ursache zugrunde, welche für eine Heilung identifiziert werden muss. Der Arzt tut alles Mögliche, um diese zu klären.

Auch durch die freie Arztwahl hat die Mutter die Oberhand über ihn. Dieser könnte durch Entdeckung einer seltenen Krankheit in der Karriere und im Ansehen bei den Kollegen enorm steigen. Die Krankheit steht im Vordergrund und damit versperrt sie den Blick für andere (wichtige) Fragen: „Mit welchem subjektiven Anliegen und auf wessen Drängen hin wird dieses Kind genau zu diesem Zeitpunkt in dieser Praxis vorgestellt?“ (Noeker 2013, 455).

Die verschiedenen Rollen der Mutter provozieren je nach Situation abwechselnde Aspekte der Rolle als Arzt. Die Mutter passt ihre dem Verhalten an. Dies hat zur Folge, dass auch der Arzt sich der Herausforderung, sich diesen verschiedenen Rollen anzupassen, stellen muss. (Noeker 2013, 454 ff.) Folgende Rollen, welche die Mutter innehat, finden sich in der Literatur:

Die Rolle der Täterin: Durch herbeigeführte Symptome entscheidet die Mutter über den Ablauf der ärztlichen Untersuchungen und setzt das medizinische Personal damit unter Druck. Zum rechten Zeitpunkt werden bestimmte Symptome manipuliert, sozusagen von ihr selbst herbeigeführt.

Die Rolle der Erziehungs- und Sorgeberechtigten: In ihrer Hand liegen Entscheidungen über den Aufenthaltsort des Kindes sowie welche Behandlungen durchgeführt werden. Somit kann jederzeit durch sie ein Wechsel der Klinik vorgenommen werden.

Die Rolle der Mutter: Die Erkrankung ihres Kindes belastet sie sehr. Sie wirkt nach außen hin liebevoll, pflegerisch engagiert und geht somit ihrem Begehren nach Unterstützung und Zuwendung nach. (Noeker 2013, 456)

3.4 Motivation und Erklärungsansätze für das Verhalten der Mutter

Bis heute gibt es wenige Statistiken zu MSS allgemein, allerdings sind die bisherigen Daten bestürzend: 9 bis 10% der MSS Opfer sterben. Daraus lässt sich schließen, dass diese Form der Kindesmisshandlung die tödlichste ist.

Es herrschen unzählige Hypothesen vor, warum das MSS vermehrt bei Frauen, vor allem Müttern, auftritt. Der eventuelle Hauptgrund kann darin liegen, dass

Frauen einen zeitlich größeren Zugang zu Kindern haben, durch ihre Rolle als Fürsorgerinnen. (Feldmann 2006, 145)

Ebenso wenig sind generell gültige und allgemeine Erklärungsansätze erforscht. Die Motive für ihre Taten erscheinen rätselhaft, da auf den ersten Blick kein Nutzen erkennbar ist. Alle bisherigen Erkenntnisse beruhen auf Erfahrungen und den Analysen bekannt gewordener MSS- Fälle. Solche weisen daraufhin, dass eine Art Symbiosebeziehung zwischen Mutter und Kind besteht. Die Mutter selbst leidet unter einer Störung der Identitätsfindung. Es gelingt ihr nicht, die eigenen Bedürfnisse und Notlagen von denen ihres Kindes zu trennen. Sie zeigt selbst verletzendes Verhalten, was darauf schließen lässt, dass es für sie ein Einfaches ist, ihren Körper gegen den ihres Kindes auszutauschen. Damit wird das Kind als Teil des eigenen Körpers wahrgenommen. So nutzt die Mutter das Kind in zweierlei Hinsicht: zum einen als eigenen unerträglichen Spannungsabbau sowie als Zugang zur Medizin. Eigentlich will die Mutter Aufmerksamkeit und Hilfe für sich und dabei dient ihr, ihr krankes Kind. (Krupinski 2013, 288 f.) Sie erzwingt sich die so sehr herbeigesehnte Zuwendung aufgrund des Leidens ihres Kindes.

Die Fachliteratur beschreibt keine empirisch belegten Vermutungen, wenn sie davon ausgeht, dass Patienten ein Gefühl von Einzigartigkeit erreichen wollen. (Sonnenmoser 2010, 417) Den intensiven Drang nach Anerkennung und Aufmerksamkeit erhofft sich die an MSS leidende Mutter durch das nicht zu lösende Krankheitsbild ihres Kindes zu stillen. Von Ärzten und dem sozialen Umfeld wird sie diese Gefühle erfahren, da sie ihnen die aufopferungsvolle Mutterrolle präsentiert. Diese Rolle versucht die Mutter über die künstlich herbeigeführte Krankheit am Kind zu beweisen.

Allerdings könnte es auch sein, dass die Krankheit des Kindes helfen soll, eine schwankende Partnerbeziehung wieder neu zu beleben und zu stabilisieren. Diese neu gewonnene Nähe hält die Mutter durch das Bestehen der Krankheit des Kindes aufrecht.

Eine weitere mögliche Erklärung besteht auch darin, dass die Mutter sich schlichtweg überfordert fühlt. Sie lebt nur noch für ihr Kind, die Privatsphäre bleibt auf der Strecke. Hingegen lassen im Krankenhaus behandelte Kinder eine Pause zu. Weil die Sorge ums Kind nach Außen getragen werden muss, ist die Mutter stets im Krankenhaus zugegen.

Einen anderen Grund liefert die Ansicht, das Kind als „Strafe“ Dritter zu missbrauchen. Die Mutter will ihre Wut, aufgrund ihres unbefriedigenden Lebens, gegenüber anderen nahe stehenden Personen äußern, zum Beispiel den besorgten Großeltern.

Wiederum benötigen andere Täterinnen das Gefühl vollkommener Abhängigkeit ihres Kindes von ihrer Person. Diese Abhängigkeit wird durch die Krankheit erhöht. Befriedigung verschaffen sich Mütter auch durch den Erfolg der Manipulation ärztlichen Personals oder anderer angesehener Institutionen. (Faust 2010, 31 f)

Die psychologische Überlegung, aus welchen Gründen die Mutter ihr eigenes Kind so grausam leiden lässt, liegt darin, dass das Kind als Teil des eigenen Individuums wahrgenommen und dementsprechend behandelt wird. Beim MSS kann die Mutter sich über die an ihrem Kind vorgenommenen Manipulationen psychisch entlasten. Eine Abwehr dieser Strategie heißt gleichzeitig ein Scheitern der selbsttherapeutischen Behandlung. Dies hat eine psychische Notsituation zur Folge. (Faust 2010, 20)

Die Mutter kann ihre Krisen nicht äußern und sucht über die Manipulationen am Kind nach Lösungen. Es ist eine Art Hilferuf und deshalb braucht sie den Kontakt zu medizinischem Personal. Hierbei kommt es zum ambivalenten Beziehungsaufbau, Bedürftigkeit vs. Feindseligkeit. Das Leid der Kinder erscheint als Nebenprodukt dieser Notlage der Mutter. Durch die Einbeziehung der Ärzte kann die Mutter die Schuld von sich auf sie leiten: Mediziner erlangen durch ihr Unwissen keine Erkenntnis zur Ursache der Krankheit ihres Kindes. (Krupinski 2013, 288 f.)

4 Verdacht, Aufdeckung und Therapiemöglichkeiten

Der Begriff „factions disorder by proxy“ stellt die Definition im DSM IV für Personen dar, welche Misshandlungen an dem Kind in ihrer Obhut verüben und zwar aufgrund eigener psychologischer Störungen. Dies verdeutlicht die zweidimensionale Ebene der Störung und weist auf eine ebenso mehrdimensionale Behandlung zur Therapie hin. (Krupinski 2013, 285)

Auf die Möglichkeiten zur Therapie des MSS wird am Ende des folgenden Kapitels noch spezieller eingegangen. Begonnen wird mit typischen Merkmalen, welche eine Mutter mit MSS aufweist und wie bei einem Verdacht richtig interveniert wird. Auch die Rolle des Arztes wird hier noch einmal genauer betrachtet.

4.1 Verdachtsmomente und Warnhinweise

Die Anamnese des Kindes erfordert die Mithilfe der Mutter, denn sie verfügt über die entscheidenden und hilfreichen Informationen. Die Aufgabe des Arztes ist es, ihr alles verständlich zu erklären. Geht es dabei um Maßnahmen, welche das Kind nicht gern über sich ergehen lässt, gerät die Mutter in Zwiespalt: ihrem Kind soll geholfen werden, ohne dass es leiden muss. Solche Maßnahmen werden zum Schutz des Kindes infrage gestellt. Eine fordernde Mutter drängt auf weitere Diagnostik, was sie jedoch nicht gleich verdächtig für ein MSS macht. Es kommt gelegentlich zu natürlichem Dramatisieren der Symptome des Kindes. Hierin spiegelt sich die Angst und Sorge um das Kind wider und der Wunsch, vom Arzt ernst genommen zu werden. Deshalb ist eine Diagnose auf MSS immer eine Gratwanderung und weitere Aspekte müssen beachtet werden. (Sachsse et al. 2013, 108 f.) Genau solche wurden von mehreren Autoren meist übereinstimmend zusammengefasst. Das Kennen gewisser Merkmale hilft bei der Unterscheidung zwischen (Über)Fürsorge dem Kind gegenüber und potenzieller Gefahr durch MSS. Es zeigt sich im Misstrauen gegenüber denjenigen Müttern, die keinerlei Erleichterung sondern eher Ärger bzgl. eines negativen Untersuchungsergebnisses zeigen. Eine Mutter mit MSS drängt auf invasive Eingriffe ohne Begründung auf ihre uneingeschränkte Erforderlichkeit. Weiterhin gibt es ein zu erkennendes Muster: Die Mutter ist stets beim kranken Kind und erst auf Drängen des medizinischen Personals gönnt sie sich eine Erholungspause. In dieser Zeit der Abwesenheit zeigt das Kind eine fortschreitende Genesung. Kehrt die Mutter zurück, kehren auch die Krankheitssymptome des Kindes wieder. Hierin zeigt sich ein erkennbarer Zusammenhang zwischen dem Beisein der Mutter und dem Auftreten der Symptomatik. (Feldmann 2006, 153)

Weitere Warnhinweise sind die Arztbesuche, welche durch häufigen Arztwechsel gekennzeichnet sind und somit ausufernde Diagnosen und Therapien zur Folge

haben. Die Symptomatik beim Kind weist weder organische Ursachen noch eine einleuchtende Erklärung auf. Des Weiteren kehren die Krankheitszeichen immer wieder oder halten über einen längeren Zeitraum an und es kommt häufig zu Komplikationen. (Sonnenmoser 2010, 417)

Die Mutter leugnet ihr Wissen um die Beschwerdeursachen des Kindes und aus den Untersuchungen resultierende Befunde sind nicht erklärbar. Ebenso bleibt ein Erfolg der Behandlung bei invasiven therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen aus. (Jacobi et al. 2010, 235) Weiterhin kommt es zur Diskrepanz zwischen den Beobachtungen des medizinischen Personals und den Aussagen der Mutter. Es tauchen Unstimmigkeiten beim Vergleich von Anamnese und Befund auf. Die Mutter berichtet von häufigem Unzufriedensein mit den Therapievorschlägen anderer Ärzte und gesteht damit indirekt einen häufigen Arztwechsel. Es deutet also daraufhin, dass beim kleinsten Verdacht oder dem Versuch der Konfrontation durch den Arzt die Mutter einen Klinikwechsel vollzieht. (Sonnenmoser 2010, 417 ff.)

4.2 Die Konfrontation

Es gibt keinen allgemein gültig richtigen Zeitpunkt zur Konfrontation. Dies ist abhängig vom Gefährdungsgrad des Kindes und inwieweit Beweismittel parat sind. In der Art und Weise gibt es mehrere Möglichkeiten, welche unterschiedliche Reaktionen der Mutter nach sich ziehen. Hierbei geht es um das „Wie?“ und dieses bestimmt die Reaktion der Mutter. Entweder folgt eine Zustimmung und Einsicht zur Therapie oder aber sie reagiert mit Leugnung und Rückzug. Bei der Wahl der Konfrontationsart sollte auch immer daran gedacht werden, wie Risikofaktoren, beispielsweise Flucht und Eskalation der Situation, am besten vermieden werden können. Die Entscheidung der Konfrontationsart findet im Team statt. Hierbei ist anzumerken, dass die gewählte Möglichkeit die Haltung des medizinischen Personals gegenüber der Mutter widerspiegelt.

Die harte Konfrontation

Ohne Umschweife berichtet der Arzt der Mutter, er habe sie durchschaut und führt gleichzeitig eventuelle Beweisstücke wie Spritzen, Laborberichte, Medikamente etc. vor. In dieser Art der Konfrontation zeigt sich der Ärger des Arztes sehr stark. Aus ihm spricht die Feindseligkeit ihr gegenüber. Deshalb fällt

ihm diese kraftvolle Konfrontation leicht. Mitunter schleicht sich auch Sarkasmus mit ein.

Diese Art der Konfrontation kann kontraproduktiv wirken: Die Mutter lernt aus ihren Fehlern und geht schnellstmöglich in andere Kliniken, um sich neue Krankheiten bzw. Symptome auszudenken und das Leiden des Kindes beginnt erneut. Allerdings sei hierbei angemerkt, dass der Arzt immer noch die Möglichkeit hat, eine Kindeswohlgefährdung beim zuständigen Jugendamt zu melden.

Die unterstützende Konfrontation

Ein Arzt, welcher in der artifizialen Störung ein selbstschützendes Verhalten sieht, greift zu dieser Möglichkeit. Sie wird auch therapeutische Konfrontation genannt.

Während der Arzt und Psychiater die Mutter zur Rede stellen, bieten sie ihr gleichzeitig auch (ihre) Hilfe an. Dazu zählen psychiatrische und weitere medizinische Behandlungen. Bei dieser Vorgehensweise geht der Arzt behutsam mit der Äußerung um. Er stellt nicht die vorgetäuschte Krankheit in den Mittelpunkt, sondern die Störung, die er vermutet. Im gleichen Atemzug bietet er seine Hilfe an und äußert eine Art Verständnis oder Vermutung für den Grund einer solchen Tat. Hierbei erfolgt keine Bloßstellung, sondern eine Neudefinierung der Diagnose.

Diese Art der Konfrontation bedeutet jedoch nicht gleichzeitig, dass die Mutter diese Äußerungen annimmt und kooperativ reagiert. Seitens der Mutter kommt es weiterhin zu Verleugnungen und Drohungen. Ist die Situation festgefahren, muss der Arzt seine Grenzen der Zuständigkeit erkennen und dies dem Patienten mitteilen. Am besten auch schriftlich, mit dem Hinweis auf weiterführende Behandlung. Dabei sollte der Arzt sich jedoch so vom Patienten verabschieden, dass dieser das Gefühl hat, er könne sich im Falle der Einsicht an ihn wenden.

Hierbei greift wiederum die Garantenstellung des Arztes gegenüber dem Kind³. Das heißt, er besitzt nun das Wissen um die Manipulationen am Kind und weiß um den Gefährdungsgrad in der Obhut der Mutter. Er muss nicht nur gegenüber der Mutter seine Grenzen eingestehen, sondern auch gegenüber dem Kind und informiert das Jugendamt über den Missbrauch.

³ Eine nähere Erläuterung der Garantenstellung folgt in Kapitel 3

Die Nicht-Konfrontation: Die Wahrung des Gesichts

Der Arzt teilt seinen Verdacht der Mutter mit und gleichzeitig wird ihr die Chance gegeben, die Verhaltensweise einfach zu unterlassen. Sie kann somit noch das Ruder herum reißen und behält weiterhin die Kontrolle. Indem der Arzt die Mutter nicht bloßstellt, besteht die Möglichkeit, dass sie einen Schritt auf den Arzt zugeht. Hierfür ein Beispiel: Der Arzt macht deutlich, dass es die letzte Untersuchung sein wird, sollte kein Ergebnis oder keine Besserung eintreten. Sollte sich dies bewahrheiten, geht er davon aus, die Mutter sei „Auslöser“ für die Krankheit ihres Kindes. Die Mutter wird es vermeiden wollen, als Lügnerin dazustehen und will ihre Glaubwürdigkeit behalten. Sie wird eventuell einlenken. (Feldmann 2006, 237 ff.)

Wie sehr sich diese Art der Konfrontation in der Praxis bewehrt hat, ist mir derzeit nicht bekannt.

4.3 Die Intervention

Ebenso wie bei der Konfrontation, gilt auch bei der Intervention den Zeitpunkt gut durchdacht und vorbereitet zu haben.

All die in Kapitel 4.1 beschriebenen Warnhinweise und Merkmale müssen natürlich gut beobachtet und interpretiert werden. Wie schon erwähnt, ist es eine Art Gratwanderung. Bei allen Verdachtsmomenten muss auch immer der Gedanke an Alternativen zu der Diagnose MSS stehen. Zeigt sich hier vielleicht nur die Überängstlichkeit der Mutter oder wird die Simulation mit dem Ziel finanzieller Unterstützung durchgeführt. (Feldmann 2006, 162)

Nicht weniger wichtig ist bei einem Verdacht, die angemessene Vorgehensweise diesen zu äußern. Die Mutter kann das Kind schnell entlassen und in einem anderen Krankenhaus erneut mit den Manipulationen beginnen. (Krupinski 2013, 290) Es kommt aber auch vor, dass die Mutter Suizid oder Selbstverletzungsabsichten äußert. Deshalb ist es ratsam, dass die Intervention im Beisein eines Psychiaters oder Psychotherapeuten erfolgt. Im nächsten Schritt muss die Information an das Jugendamt erfolgen. Die daraufhin nicht vermeidbare Trennung des Kindes von der Mutter wird gerichtlich unterstützt und es folgt die Inobhutnahme durch das Jugendamt. Hilfreich für eine Entlarvung ist die Trennung von Mutter und Kind deshalb, um eine eventuelle Verbesserung des Gesundheitszustandes zu beobachten. Somit kann der Krankheitsverlauf

analysiert werden und zeigt möglicherweise einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Anwesenheit der Mutter und der Krankheit. (Feldmann 2006, 162)

Doch bevor die Trennung von Mutter und Kind eingeleitet wird, müssen Beweise gesammelt und der Verdacht anhand dieser erhärtet werden. Dazu bieten sich beispielsweise Befragungen des Kindes an, sofern es das entsprechende Alter erreicht hat. Diese sollten so oft wie möglich erfolgen. Voraussetzung hierfür ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Kind und dem Klinikpersonal. Ebenso liegt es nahe, spezielle Tests auszuführen: stimmt die Blutgruppe des gefundenen Blutes im Urin des Kindes mit seiner Blutgruppe überein oder mit der seiner Mutter.

Ein weiterer Aspekt auf dem Weg zur Bestätigung oder Entkräftung des Verdachts leistet die Visite. Während dieser Zeit kann und sollte sich der Arzt auch der Mutter zuwenden. Er stellt freundlich interessiert Fragen über das Leben zu Haus und erlangt durch ihre Erzählungen eventuelle Anhaltspunkte. (Feldmann 2006, 162).

Bei einem Verdacht auf MSS steht an erster Stelle immer der Schutz des Kindes. Dem Gegenüber steht der Erhalt der Familie. Rechtlich muss eine Meldung an das Jugendamt erfolgen. Die Trennung des Kindes von der Mutter wirkt hierbei als Schutzinstrument. Durch diesen Schritt verschiebt sich der Fokus von der eigentlichen Anklage der Misshandlung. Kinder fühlen sich selbst schuldig und verstehen deshalb diese Trennung nicht. Es ist hierbei sehr wichtig, eine therapeutische Unterstützung zu gewährleisten.

Nun gilt es durch angemessene medizinische Untersuchungen und Behandlung das misshandelte Kind wieder zu heilen. Am besten wird das Kind von einem Arzt behandelt, der die Geschichte und Hintergründe kennt und mit dem Fall vertraut ist. Die Folgen für das misshandelte Kind sind vielseitig. Sie reichen von Hirnschäden und Organschädigungen über intellektuellen Rückstand und soziale Isolation bis hin zur Möglichkeit, im späteren Leben selbst eine artifizielle Störung zu entwickeln. (Feldmann 2006, 169 ff.)

4.4 Die Aufdeckung der Manipulationen

Ärzte in New Haven, Connecticut, suchten nach einer Lösung für Beweise eines MSS- Verdachtes bei einem Kind, welches ständig aufgrund von Diarrhö in die Klinik kam. Gemeinsam arbeiteten sie mit Schwestern, anderem Krankenhauspersonal und Sozialarbeitern zusammen, um den Erfolg zu gewährleisten. Eine Videokamera wurde durch Mithilfe eines Klinikanwaltes und der Verwaltung installiert und Pfleger überwachten den Monitor. Der Beweis kam schnell: die Kameraaufzeichnungen belegten, wie die Mutter ihrem Sohn mit einer Spritze eine Substanz über den Mund einführte. Sie wurde damit überführt und in Gewahrsam genommen. Vor der Konfrontation alarmierten Ärzte den psychiatrischen Notdienst, welcher die Mutter in die Klinik einwies. Sie reagierte extrem aggressiv bei der Konfrontation mit den Vorwürfen und dem Videomaterial. Die Täterin beteuerte, sie habe es noch nie zuvor getan und erfand Ausreden. So wird beispielsweise das Ersticken als Kuseln abgetan. Mit Hilfe der verdeckten Videoüberwachung können solche Ausreden jedoch entkräftet werden. Man nahm sich der Krankengeschichte der Mutter an und fand heraus, dass sie unter artifizierlicher Störung litt.

In diesem Fall wurde bewiesen, dass geheime Videoüberwachung eine geeignete Hilfe für das Klinikpersonal ist, um einen Verdacht auf MSS zu bestätigen. In den USA und England ist es bereits ein probates Mittel, als ethisch vertretbar und legal anerkannt. Hierbei muss der Einsatz nach bestimmten Vorschriften geschehen.

Meist sind die Aufnahmen durch verdeckte Videokameras nur der Anfang der Ermittlungen. Die wahren Hintergründe werden oft erst entdeckt, wenn die Krankengeschichte des Kindes und eventueller Geschwisterkinder überprüft werden. (Feldmann 2006, 156 ff).

Eine verdeckte Videoüberwachung ist in Deutschland noch keine geläufige Methode zur Aufdeckung von MSS. Als Grund werden hier die Verletzungen der Rechte auf Selbstbestimmung, das eigene Bild und Datenschutz genannt. Sollten nicht nur öffentlich zugängliche Räume, wie das Foyer, die Treppenhäuser und der Wartebereich, mit einer Videoüberwachung ausgestattet sein, bedarf es eines Hinweises darauf. (Weichert 2001) Durch diesen Hinweis wird sich die Mutter dann für ein anderes Krankenhaus entscheiden.

4.5 Die besondere Rolle des Arztes

Es liegt in der Hand der Erziehungs- und Sorgeberechtigten, in welcher Klinik mit welchen Behandlungsmethoden ihr Kind kuriert wird. Ebenso entscheidet die Mutter über eine vorzeitige Entlassung gegen den Rat des Arztes.

In ihrer Rolle als Mutter vereint sie zwei Seiten: zum einen wirkt sie als liebevoll und umsorgend, und gleichzeitig ist sie eine durch Krankheit des Kindes schwer belastete Mutter. Mit letzterem beansprucht sie Zuwendung und Unterstützung. Ihr gelingt es, rasend schnell zwischen diesen Rollen zu wechseln. Diesen Rollen der Arzt „hilflos“ ausgesetzt. Außerdem kommt es zu einer erneuten Traumatisierung des Kindes durch ihn aufgrund eines Eingriffs, welcher eventuell überflüssig ist. Sollten ihm stichfeste Beweise für oder gegen eine artifizielle Störung der Mutter fehlen, ist er in einem Dilemma gefangen. Durch seine Unsicherheit entwickelt er Gefühle wie Ohnmacht und Hass, denn er kann sich gegen die Manipulationen der Mutter nicht wehren. Ein weiterer Konflikt, welchem sich der Arzt stellen muss, ist ein abrupter Abbruch der Behandlung bei zu früher Konfrontation der Mutter mit dem Verdacht. Gleichzeitig aber eben auch ein Fortsetzen dieser Manipulationen am Kind in einem anderen Krankenhaus. (Noeker 2013, 453f)

Bei ausreichender und glaubhafter Begründung müssen sich Ärzte keine Sorge bezüglich der Schweigepflichtsbrechung machen. Sie stehen dem Kind gegenüber in einer Garantenstellung, das heißt, ihre Verpflichtung zur aktiven Entgegenwirkung der Gefährdung des Kindeswohls ist höher. Die damit verbundene gebrochene Schweigepflicht kann für Ärzte durch den rechtfertigenden Notstand, festgeschrieben in § 34 StGB⁴, nicht gegen sie verwendet werden. Die Vorwürfe bei Nichtmeldung eines Verdachts und somit die Inkaufnahme erneuter Misshandlungen, wiegen in dieser Hinsicht mehr als die Gedanken an die gebrochene Schweigepflicht. Dennoch bedürfen die

⁴ Strafgesetzbuch (StGB) § 34 Rechtfertigender Notstand: Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

gesammelten Argumente einer guten Dokumentation, um sie als Rechtfertigung zu verwenden. (Jacobi et al. 2010, 238).

Auch bei genügend Beweismaterial entsteht ein Restzweifel bei Ärzten. Sie stehen vor einem Dilemma: sie haben den Eltern eventuell Unrecht getan und großen Schaden durch die Trennung vom Kind angerichtet. Oder aber das Kind verbleibt weiterhin als Opfer in der gefährlichen Familiensituation und muss weitere Manipulationen, welche teilweise an Folter grenzen, durchleiden. Im schlimmsten Fall wird somit der Tod in Kauf genommen. Ärzte entwickeln das Gefühl, ebenso Täter zu sein und das Kind misshandelt zu haben (Sonnenmoser 2010, 420).

Das Missbrauchsverhalten der Mutter wirkt sich unmittelbar auf den Arzt aus und zieht auch hier weitreichende Folgen nach sich. Er ist verärgert, aufgrund der Investition von viel Zeit und Mühe sowie belogen und getäuscht worden zu sein. Dies kann bis zum Motivationsverlust am Beruf führen. Des Weiteren ist es denkbar, dass Spannungen im Team auftreten. Denn einige schenken der Mutter Glauben, andere zweifeln. Dadurch kommt es zu Selbstzweifeln, welche den Arzt stark belasten können. (Sonnenmoser 2010, 420)

Doch auch die hohe Belastung des Gesundheitssystems sowie unnötiges Besetzen von Behandlungsplätzen sind Folgen, welche sich aus dem Missbrauchsverhalten der Mutter ergeben.

„Artifizielle Störungen, vor allem aber das Münchhausen- by- proxy- Syndrom, erfordern daher nicht nur eine Therapie, sondern immer auch ein sorgfältiges Beobachten und Abwägen der menschlichen, sozialen und juristischen Folgen.“ (Sonnenmoser 2010, 419 f.).

4.6 Therapiemöglichkeiten

Nach der Konfrontation kommt es selten zu Strafverfolgungen aufgrund dessen, dass das Opfer oft nicht für sich selbst Partei ergreifen kann. Deshalb sind die Beweise der Ärzte und eine genaueste Dokumentation besonders wichtig. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine MSS- Mutter strafrechtlich verfolgt und zur Verantwortung gezogen werden muss. (Feldmann 2006, 158).

Bei all diesen Folgen und negativen Ereignissen, welche das Handeln der Mutter nach sich zieht, ist nicht zu vergessen, dass Patienten mit artifiziellen Störungen krank sind und Hilfe benötigen. Hingegen andere, als die sie für notwendig und richtig halten. Der Beginn einer Psychotherapie gestaltet sich fast unmöglich. Grund sind das Fehlen von Leidensdruck, Unrechtsbewusstsein sowie Einsicht. Verdachtsäußerungen und Hinterfragen des Verhaltens durch den Arzt wird mit sofortigem Beziehungsabbruch durch die Mutter beantwortet. Die Folge ist eine erneute Suche nach neuen Medizinerinnen und somit beginnt der Leidensweg des Kindes ebenfalls erneut. (Sonnenmoser 2010, 419).

Für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist die Einsicht der Mutter um das kindschädigende Verhalten unumgänglich. Ziel dieser Therapie ist es, das eigene Verhalten zu ändern und den Schutz des Kindes zu gewährleisten. Erfahrungen zeigen, dass die meisten Mütter diese Einsicht nie erlangen (können), da die Barriere aus Verleugnungen praktisch undurchdringbar ist. „Der Leidensdruck der Mütter entsteht nicht dadurch, dass sie ihre Persönlichkeitsstörung und ihr kinderschädigendes Verhalten realisieren, der Leidensdruck entsteht viel mehr dadurch, dass die Diagnose gestellt wird, gegen die sie sich wehren und dadurch, dass ihnen das Sorgerecht für die Kinder entzogen wird.“ (Plassmann 2014, 10). Ein weiterer Grund, weshalb eine Psychotherapie nicht gelingt, ist die fehlende Bereitschaft zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit und den in ihr gemachten negativen Erfahrungen. Zu groß ist der seelische Druck der Mutter.

Aufgrund dessen verlangt die Behandlungsaufgabe eine genaue Diagnostik und vor allem Kinderschutz. Das Kind kann in der Obhut der Mutter bleiben, sofern eine kontinuierliche Überwachung des Kindeswohls durch Kinderarzt, Psychiater oder Jugendamt gewährleistet ist. Dieser Kontrollschutz muss auch auf eventuelle Geschwister übertragen werden. Kommt es zu einer positiven Bestätigung des MSS während solch einer Bewachung, folgen der Entzug des Sorgerechts und eine sichere Unterbringung des Kindes außerhalb der Familie. Bei schwerwiegenden Fällen wird das Kind natürlich sofort von der Mutter getrennt.

Sollte es dennoch gelingen, eine Mutter für eine Therapie zu gewinnen, müssen einige Aspekte berücksichtigt werden. Es ist wichtig, eine direkte Konfrontation

zu Beginn der Therapie zu vermeiden. Vielmehr sollte der Fokus auf dem Aufbau einer stabilen Therapeuten- Patienten- Beziehung liegen. Es kann indirekte Konfrontationsarbeit geleistet werden. Das heißt, die Symptome werden thematisiert ohne jedoch Vortäuschungen zu erwähnen. Mit Therapiebeginn ist der Weg für eine Veränderung geebnet und die Mutter kann lernen, ihre Pflichten als solche besser wahrzunehmen. Durch Beratung und Erlernen sowie Verinnerlichen von Entspannungstechniken kann sie ihre Wut und Angst verringern. (Feldmann 2006, 148)

Im weiteren Verlauf kann eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden. Die Erfahrung zeigt, dass mehrmalige Aufenthalte notwendig für eine Veränderung des Verhaltens und somit des Krankheitsbildes sind. Am besten bietet sich eine Intervalltherapie an, welche ein Mix aus wiederholten stationären Aufenthalten und ambulanten Therapiephasen ist.

Hier seien nur einige Therapieformen erwähnt:

- Verhaltenstherapie, welche sich positiven Verstärkern bedient und es hierbei zu einer Bearbeitung der Funktionalität des Krankheitsverhaltens kommt
- einsichtsorientierte Psychotherapie
- psychoedukativ stützende Verhaltenstherapie
- psychiatrisch- psychotherapeutische Krisenintervention, welche vor allem bei zur Selbsttötung oder Tötung anderer drohender Patienten Anwendung findet

(Sonnenmoser 2010, 419).

Eine verfrühte Rückführung des Kindes könnte fatale Folgen haben. Deshalb muss diese durch engmaschige Betreuung und Beobachtung begleitet werden sowie durch Mithilfe und Unterstützung aller Familienangehörigen. Dabei muss in Gedanken immer wiederkehren, dass MSS- Mütter es perfekt beherrschen zu lügen und zu betrügen sowie plausible Erklärungen zu (er)finden. Ein gesunder Optimismus ist sicher hilfreich, darf den Blick für das Wesentliche allerdings nicht verklären. Die Täterin weiß um die Personen, welche sie leicht auf ihre Seite bringen kann, um ihre Glaubwürdigkeit und Unschuld zu bestätigen. Sie hat gelernt, die Kindesmisshandlung so realistisch zu leugnen, dass es manchmal gelingt, Ärzte selbst an den Indizien zweifeln zu lassen. (Feldmann 2006, 171 f.)

Wenn zu früher Kontakt zum Kind hergestellt wird, kann die Manipulation durch die Mutter noch einmal drastisch verstärkt werden. Rückschläge gibt es auch bei solchen Müttern, die Einsicht zeigen und eine Therapie beginnen.

Ebenso lastet viel Druck auf dem Therapeuten. Er muss zum einen aussprechen, wann eine Mutter zu ihrem Kind zurückkehren kann und ebenso stark muss er sein, bei einem Rückfall die entsprechenden Behörden zu informieren um eine erneute Trennung zu vollziehen.

Bisher zeigt die Vergangenheit erfolgreiche Therapien bei Grenzfällen, also bei überbesorgten Müttern welche in Angst leben, ihr Kind sei schwer krank (ähnlich einer Hypochondrie⁵). Hierbei fügt die Mutter ihrem Kind keinen Schaden zu, allerdings behindert sie mit ihrem Verhalten die natürliche Entwicklung. Aufgrund geringer Schuldgefühle zeigt die Mutter in einigen Fällen Einsicht in ihr Fehlverhalten und ist bereit, dieses zu korrigieren (Plassmann 2014, 10 ff).

5 Sensibilisierung und Prävention

Wie bereits am Anfang dieser Arbeit erwähnt, ist das MSS eine Art der Kindesmisshandlung durch Vernachlässigung oder Missbrauch auf emotionaler, körperlicher oder sexueller Ebene. Die Mutter manipuliert nicht am eigenen Körper, sondern an dem ihres Kindes. Damit macht sie sich nicht zur Patientin, sondern zur Straftäterin. Handlungen, welche von ihr ausgehen, geschehen meist ohne Wissen des Partners, der Familie und anderer Angehöriger und Personen aus dem nahen sozialen Umfeld.

Auch wenn einige Bücher und mehrere Artikel über dieses Phänomen berichten, wird durch die zu selten gestellte Diagnose des MSS keine genaue tatsächliche Zahl gegeben. Schätzungen in den USA zufolge, sind es 1200 Fälle pro Jahr. Dokumentierte Fälle von MSS sind aus 20 Ländern in mehr als 10 Sprachen erschienen. Dies zeigt deutlich, dass diese Krankheit keineswegs eine Theorie ist oder ein Verhalten, welches nur in den westlichen Kulturen vorkommt.

Es gibt Gruppen, welche sich gegen das MSS stellen und diese als Form der Misshandlung bestreiten. Mitglieder sind zu Unrecht Beschuldigte und

⁵ Zwanghafte Angst vor Erkrankungen (Dudenredaktion(2006).Duden. Die deutsche Rechtschreibung. 24. Auflage. Dudenverlag.Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich)

Angeklagte. Jedoch könnte gerade aus ihnen wichtige Details erfahren werden, wie beispielsweise erneute Fehleinschätzungen verhindert werden können. Unter ihnen sind auch Trittbrettfahrer. Sie eignen sich das Wissen der anderen Mitglieder an und wollen selbst als Opfer auftreten. Sie versuchen Ärzten gegenüber Stärke und Mut zu beweisen und deren Unfähigkeit zu begründen. Vorrangig werden Ärzte „angeprangert“, welche sich für mehr Aufmerksamkeit dem MSS gegenüber einsetzen. (Feldmann 2006, 142 ff.)

Dieses Berufsfeld hat die höchste Wahrscheinlichkeit, mit einer MSS- Mutter in Kontakt zu treten. Deshalb ist es von enorm großer Bedeutung, die viel beschriebenen Warnhinweise im Verhalten der Mutter und die Merkmale ihres Charakters zu verinnerlichen. Doch gibt es auch noch andere Möglichkeiten, um Misshandlungen präventiv entgegenzuwirken.

Die in Kapitel zwei und drei beschriebenen Merkmale bieten einen anfänglichen Anhaltspunkt, um weitere Misshandlungen des Kindes durch die Manipulation der Mutter zu verhindern. Dennoch ist eine gute Beobachtungsgabe notwendig. Einem Verdacht auf MSS wird immer der Gedanke gegenüberstehen, den Eltern Unrecht zu tun oder auch die Möglichkeit, es handele sich um eine andere, diesen „Symptomen“ ähnelnde Diagnose. Auch aus diesem Grund werden Manipulationen seitens der Mutter über einen längeren Zeitraum vom Personal nicht in Erwägung gezogen. (Krupinski 2013, 287) Im Anhang 2 sind einige solcher Differentialdiagnosen dargestellt.

5.1 Sensibeler Umgang mit Verdachtsmomenten

Wie schon einmal im vorherigen Kapitel erwähnt, muss eine Mutter mit MSS von einer überbesorgten und überängstlichen unterschieden werden. Um dieser Mutter genau solche Ängste und Sorgen zu nehmen, sind aufklärende Gespräche und viel Kontakt während der Behandlung notwendig. Dennoch bleibt das wichtigste Instrument die Beobachtung. Eine Mutter mit MSS besteht auf vielfache und invasive Untersuchungen und Behandlungen. Eine ehrlich besorgte Mutter möchte ihr Kind davor bewahren. Ein weiterer Aspekt ist die Unterscheidung der Motivation der Mutter, aus welcher der Krankenhausbesuch geschieht. Die Hauptmotivation einer MSS- Mutter ist die Einnahme der Krankenrolle stellvertretend über das eigene Kind. Im anderen Fall zeigt die

Mutter eher Besorgnis und Übervorsicht. Sie handelt also aus einer anderen Motivation heraus. (Noeker 2002, 1360 ff.) Ebenso liegt ein Unterschied darin, dass eine überbesorgte Mutter Erleichterung über negative Untersuchungsergebnissen zeigt. Zugleich halten sie Ängste vor Nebenwirkungen davor ab, Antibiotikum oder andere starke Medikamente zu verabreichen.

Auch weisen einige Krankheiten unterschiedliche Auswirkungen der Symptome aufgrund ihrer Unbeständigkeit auf. Asthma lässt beispielsweise das Kind zu Hause sehr schwer atmen, in der Klinik jedoch normal.

Ein ebenso nicht zu verachtender Grund bei älteren Kindern ist das Vortäuschen von Krankheiten aus unterschiedlichen Ursachen, z. B. dem Anstehen einer Klausur in der Schule oder Mobbing durch Mitschüler. Diese Täuschung passiert allerdings ohne Beteiligung bzw. Wissen der Eltern.

Manchmal werden Symptome auch durch schwerwiegende Nebenwirkungen bestimmter Medikamente ausgelöst. Und letztendlich muss auch an seltene Krankheiten gedacht werden. Die gibt es immer und es dauert bis diese erkannt werden. (Feldmann 2006, 161 ff.)

5.2 Präventionsmöglichkeiten

Auch gezielte Prävention und Aufklärung bringen Nachteile mit sich. Informationen, die für jedermann zugänglich sind, können von Menschen auch in schädlicher Weise genutzt werden. Veröffentlichte Details über Wege und Mittel der Manipulationen vereinfachen es, medizinisches Personal und das Umfeld (weiterhin) zu täuschen. Es ist zu bedenken, dass die Gemeinschaft derjenigen, die unter den Folgen leiden, höher ist, als die der Schädiger. Prävention ist also für beide Seiten wichtig, um die schwerwiegenden Folgen einzudämmen oder zumindest zu begrenzen. (Faust 2010, 14)

Das oberste Ziel nach Bestätigung des Verdachts auf ein MSS ist der Schutz des Kindes. Dies erfolgt durch die Inobhutnahme durch das Jugendamt. Damit ist eine Weiterführung der Misshandlung vorübergehend eingestellt. Eine Unterbringung bei Großeltern oder anderen nahen Verwandten birgt ein zu hohes Risiko des Kontakts zur Mutter. Auch der Vater stellt keinen

ausreichenden Schutz für das Kind dar. Wie aus den vorangegangenen Beschreibungen hervorgeht, ist auch er aufgrund seiner Verhaltensweisen Mittäter und keine Unterstützung.

Vor einer möglichen Rückführung muss das Gefahrenpotenzial für das Kind abgeschätzt werden. Zum einen muss die Mutter ein Bewusstsein bezüglich ihrer Taten zeigen sowie Verantwortung für die daraus entstandenen Folgen für das Kind erkennen und übernehmen. Des Weiteren muss sie einer Therapie zustimmen und ihr Verhalten langfristig ändern. Die Empathiefähigkeit der Mutter ist ebenfalls von zentraler Bedeutung für die Entscheidung der Rückführung. Hierin zeigt sich, inwieweit die Mutter in der Lage ist, sich den Bedürfnissen ihres Kindes anzunehmen und vor allem von ihren eigenen zu unterscheiden. Andere Familienangehörige und Verwandte können hierbei eine große Unterstützung sein, wenn sie die Interaktion von Mutter und Kind genauestens beobachten und vor allem nicht zögern einzuschreiten. Das heißt auch, bei erneuten Manipulationen das Jugendamt zu informieren. (Noeker 2011 et al., 275) Zusätzlich sollten medizinische Untersuchungen durch Ärzte sicherstellen, dass die Mutter keine Manipulationen am Kind mehr vornimmt. (Noeker 2002, 1369)

Man muss sich dessen bewusst sein, dass eine deutliche Gefahr der Weitergabe des Syndroms von einer Generation zur nächsten besteht. Die Mutter leugnet ihre Taten und sucht keine Hilfe. Dies macht sie rücksichtslos gegenüber ihrem Kind. Denn sie überträgt ihr eigenes Trauma auf ihr Kind - und gibt es damit vielleicht sogar weiter. Das MSS „zeigt uns die Vergangenheit als Gegenwart. Kindheit als Trauma findet solange vor unseren Augen statt, bis wir es sehen, eingreifen und dann versuchen zu verstehen, was wir gesehen haben“ (Plassmann 2002, 5)

Es ist also weiterhin von größter Wichtigkeit, Sensibilität gegenüber denjenigen zu zeigen, welche Hilfsangebote erfragen und annehmen wollen. Frühe Psychotherapie bei (weiblichen) Jugendlichen kann den Kreislauf und somit drohenden Kindesmissbrauch verhindern: wenn diese Jugendlichen Mütter sind, haben sie die Vorstellung, wieder Kind sein zu können und von ihrem Kind die Gefühle zu erfahren, welche sie von der eigenen Mutter nie erfuhren. Allerdings können sie dabei dem eigenen Anspruch gegenüber ihrem Kind nicht gerecht

werden. Gefühle von Aggressivität, Hilflosigkeit und Wut entwickeln sich. Eine Therapie kann helfen, die eigene Kindheit und die in ihr negativ gemachten Erfahrungen aufzuarbeiten. Somit werden diese Erlebnisse ein Teil der Gegenwart und erhalten einen Platz, sie stehen nicht weiter abgekapselt. Die zwanghafte Wiederholung solcher Erfahrungen sowie die Weitergabe an die nächste Generation werden verhindert (Plassmann 2002, 13f).

„Nur ein interdisziplinäres koordiniertes Vorgehen und verbesserte Ausbildung aller involvierten Fachleute können zu einer Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung beitragen.“ (Jacobi et al.2010, 231). Der Gedanke taucht schnell auf, dass die Schuld beim Arzt liegt, wenn ein MSS (zu) spät erkannt wird. Schließlich muss er sich als Fachmann auf seinem Gebiet mit allen Facetten einer Krankheit, also auch den Begleiterscheinungen auskennen. Schnell ist hier ein Gegenargument gefunden: auf dem Pharmaziemarkt herrscht ein Überangebot an Medikamenten. Die Einnahme mehrerer Präparate gleichzeitig steigt und daraus folgt eine Erhöhung der Wechselwirkungen. Diese Gefahr spielt Patienten mit artifiziellen Störungen in die Hände, sie provozieren Wechselwirkungen und arbeiten somit gezielt darauf hin, damit Schaden anzurichten und medizinisches Personal zu verwirren und zu täuschen. (Faust 2010, 12 f.)

Fazit

Viele Aspekte, ob eine Mutter an MSS leidet, erlangt der Arzt bereits durch auffällige und bestimmte Verhaltensweisen. Diese gelten als Warnhinweise und dienen als erste Anhaltspunkte. Darüber hinaus ist eine genaue Beobachtung der Interaktion von Mutter und Kind durch das gesamte Klinikpersonal sicher zu stellen. Ohne jegliche Intervention ist eine Beendigung der Misshandlung durch die Mutter ausgeschlossen.

Eine Therapie kann ihr dabei helfen, ein Leben ohne Manipulationen zu leben und zeigt auf, wie sie ihre Ziele auf anderen Wegen erreichen kann. Allerdings ist es bei einer Mutter mit dem MSS schwer, sie für eine Therapie zu gewinnen. Meistens fehlt ihr das Unrechtsbewusstsein und das Eingeständnis, ihrem Kind Leid angetan zu haben. Dennoch gibt es Ausnahmen und so kommt es hin und wieder vor, dass eine Mutter eine Therapie beginnt. Am besten zeigen die bisher gemachten Erfahrungen, dass mit einer stationären Behandlung begonnen werden sollte. Vor allem ist die Empathie des Therapeuten gegenüber der Mutter von größter Bedeutung. In den Gesprächen sollten Anschuldigungen vermieden werden. Ebenso sollten nicht die Manipulationen an sich im Fokus der Behandlung stehen, sondern die Störung der Mutter. Es ist wichtig, dass sie zu unterscheiden lernt zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und denen ihres Kindes. Es erfordert ein Umdenken der Mutter und Verinnerlichen verschiedener Techniken, um ihrer Rolle als Mutter gerecht zu werden.

Gerade weil es schwierig ist, eine Mutter für eine Therapie zu gewinnen, ist es umso wichtiger, präventiv zu wirken. Das liegt vor allem in der Verantwortung der Ärzte, welche in erster Instanz mit einer MSS- Mutter in Kontakt treten. Eine eindeutige Unterscheidung einer überbesorgten Mutter von einer Mutter, die an MSS leidet, ist nicht immer leicht. Deshalb muss bereits in der medizinischen Ausbildung sensibel mit diesem Syndrom umgegangen und richtige Verhaltensweisen gelehrt werden. Nur so können zukünftig viele Kinder vor dem Leid und Tod durch ihre Mutter geschützt werden. Die Ärzte sind es auch, welche nach Verdachtsbestätigung die richtigen Schritte einleiten müssen. Aufgrund ihrer Garantenstellung dem Kind gegenüber, welche über dem Brechen der Schweigepflicht steht, müssen sie die Gefährdung des Kindeswohls an das Jugendamt weiterleiten. Eine Trennung von Mutter und Kind ist danach unumgänglich. Erst bei erfolgreicher Therapie kann an eine Rückführung gedacht werden. Zu Beginn sollten begleitete Besuche der Mutter zum Kind gestattet

werden. Hierbei kann die Interaktion zwischen ihnen gut beobachtet werden. Inwieweit die Mutter ihr Verhalten geändert und neue Wege zur Erreichung ihrer Ziele verinnerlicht hat, lässt sich ebenfalls erkennen. Erst nach dem sich die Therapeuten und auch das Jugendamt sicher sind, dass für das Kind keine weitere Gefahr von der Mutter ausgeht, kann es in die Familie zurückkehren. Danach liegt es vor allem an den Familienmitgliedern und Personen des nahen Umfelds, für eventuelle erneute Manipulationen sensibel zu sein.

Ebenso kann die Ausbildung von Fachkräften dem Schutz der Kinder präventiv entgegen kommen. Bisher gibt es in Deutschland die Ausbildung zur insoweit erfahrenen Fachkraft, welche beratend in Angelegenheiten des Kinderschutzes und der Einschätzung des Gefährdungsrisikos bezüglich einer Kindeswohlgefährdung tätig ist. Eine solche spezielle Ausbildung zur Fachkraft in Angelegenheiten des MSS, kann ebenso gewinnbringend sein. Bei einem Verdacht des Arztes auf MSS kann dieser auf das Wissen und die Erfahrung eines solchen Experten zurückgreifen. Dies würde ihm die Angst nehmen, eventuell eine Mutter zu Unrecht zu beschuldigen. Durch die Verringerung der Angst ergibt sich auch, dass der Arzt nicht mehr alleiniger Verantwortlicher ist. Er hat die Möglichkeit, sofort auf eine Fachkraft zurückzugreifen.

Die Wahrscheinlichkeit als Sozialarbeiter mit diesem Phänomen konfrontiert zu werden ist zwar gering, dennoch ist das Wissen um diese Störung wichtig. Sozialarbeiter sollten ebenfalls sensibilisiert werden, vor allem wenn sie im Bereich der klinischen Sozialarbeit beschäftigt sind.

Auch wenn es ein noch relativ junges Phänomen ist, ist es nicht weniger wichtig und darf auf keinen Fall geleugnet werden. Gerade weil die Folgen des Münchhausen- Stellvertreter- Syndroms so fatal für Kinder sind, ist weitere Forschung auf diesem Gebiet unerlässlich.

Literaturverzeichnis

Primärliteratur

AMERIKANISCHE PSYCHIATRISCHE VEREINIGUNG (APA) (1998):
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung - DSM-IV.
Hogrefe Verlag für Psychologie. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle

BEITZER, Hannah (2015): „Sie war eine vorbildliche Mutter“. Süddeutsche
Zeitung. Panorama. Prozesse
[http://www.sueddeutsche.de/panorama/prozess-in-hamburg-sie-war-eine-
vorbildliche-mutter-1.2683299](http://www.sueddeutsche.de/panorama/prozess-in-hamburg-sie-war-eine-vorbildliche-mutter-1.2683299) (letzter Zugriff: 10.12.2016)

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND
INFORMATION (DIMDI): International Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems. ICD- 10- WHO Version 2016
[http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-
who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f60-f69.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f60-f69.htm)

ECKHARDT- HENN, Annegret (2014): Artificielle Störungen. Heimliche
Selbstbeschädigung In: Psychotherapeut 2015. 60:18-24 Elektronischer
Sonderdruck für Annegret Eckhardt-Henn. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
Verfügbar unter:
[http://w.katharinenhospital.de/fileadmin/mediapool/downloads/s00278-014-1091-
z_a.eckhardt@klinikum-stuttgart.de.pdf](http://w.katharinenhospital.de/fileadmin/mediapool/downloads/s00278-014-1091-z_a.eckhardt@klinikum-stuttgart.de.pdf)

FAUST, Volker (2010): Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen,
verstehen, verhindern, behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psychoziale
Gesundheit. Vorgetäuschte Gesundheitsstörungen (Großkapitel)
Verfügbar unter: [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-
Vorgetaeuschte_Gesundheitsstaorungen_Grossskapitel.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Vorgetaeuschte_Gesundheitsstaorungen_Grossskapitel.pdf)

FELDMANN, Marc D. (2006): Wenn Menschen krank spielen - Münchhausen-
Syndrom und artificielle Störungen. Ernst Rheinhardt- Verlag München Basel

KRUPINSKI, Martin (2013). Münchhausen- by- proxy- Syndrom. In: Grossberger, Martin; Türk, Elisabeth E.; Yen, Kathrin (Hg.). Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Seiten 283-291. WienNewYork: Springer

LORENC, Simone Iris (2011). Das Münchhausen- by- proxy- Syndrom in Deutschland. Erste Daten. Inaugural- Dissertation. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

MEADOW, Roy (1995): What is, and what is not, „Munchausen syndrome by proxy?“ *Archive of Disease in Childhood*. Ausgabe 72(6). Seiten 534-538

NOEKER, Meinolf (2013): Artifizelle Störungen und artifizelle Störungen by Proxy In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53 (2004) 7. Seite 450-467. Saarbrücken: Universitäts- und Landesbibliothek

NOWARA, Sabine (2005): Das Münchhausen- by- proxy- Syndrom In: Deegener, Günther/ Körner, Wilhelm (Hg.). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Seiten 128-140. Göttingen: Hogrefe.

PLASSMANN, Reinhardt (2002): Der Arzt als Detektiv: Das Münchhausen- by- proxy- Syndrom. Vortrag auf der Frühjahrs- Regionaltagung des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim. 10.04.2002
Verfügbar unter: http://www.ptz.de/fileadmin/media/pdf_19.08.05/M_nchhausen-by-proxy-Syndrom.pdf

PLASSMANN, Reinhard (2014) : Das Münchhausen- by- proxy- Syndrom. Vortrag. Psychotherapeutisches Zentrum. Freiburg
Verfügbar unter: http://www.ptz.de/fileadmin/media/Aktueller_Text-Das_Muenchhausen-by-proxy-Syndrom-13.05.2014.pdf

ROSENBERG, Donna Andrea (1987): Web of deceit: A literatre review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*. Jahrgangg 11. Heft 4. Seiten 547-563

SACHSSE, Ulrich (Hg.)/ BIRNBACHER, Dieter/ MÖLLER, Heidi/ STANG, Kirsten/
SACHSSE, Tillmann (2015): Proxy- dunkle Seite der Mütterlichkeit. Schattauer

WEICHERT, Thilo (2001): Private Videoüberwachung und Datenschutzrecht.
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein. Detektiv-
Kurier. Heft 4. Jahrgang 2001
online: <https://www.datenschutzzentrum.de/video/videpriv.htm> (letzter Zugriff:
8.12.2016)

Zeitschriftenartikel

ECKHARDT, Annegret (1996): Artificielle Störungen. In: Deutsches Ärzteblatt.
Jahrgang 93. Heft 24. Seiten 1622-1626.

HOFMANN-ASSMUS, Marion (2005): Münchhausen- by- proxy Syndrom. Die
Mutter als Täterin. Pharmazeutische Zeitung online. Ausgabe 04/2005
http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=medizin1_04_2005 (letzter
Zugriff: 20.11.2016)

JACOBI, Gert/ DETTMAYER, Reinhard/ BANASCHAK, Sibylle/ BROSIG,
Burkhard/ HERRMANN, Bernd (2010): Misshandlung und Vernachlässigung von
Kindern – Diagnose und Vorgehen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 107. Heft 13.
Seiten 231-240

NOEKER, Meinolf/ KELLER, Klaus- Michael (2002): Münchhausen- by- proxy-
Syndrom als Kindesmisshandlung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde. Heft 150.
Seiten 1357-1369

NOEKER, Meinolf/ MUSSHOFF, F./ FRANKE, I./ MADEA, B. (2011).
Münchhausen-by-Proxy-Syndrom. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 159, 265-
278.

SONNENMOSER, Marion (2010). Artificielle Störungen. Rätselhaft und
gefährlich. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 9. Seiten 417-420.

Sekundärliteratur

BESTEHER, Francie (2014): Bachelor- Thesis. Das Münchhausen- by- Proxy Syndrom als eine Form der Kindesmisshandlung. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Fakultät Wirtschaft und Soziales. Department Soziale Arbeit verfügbar unter: <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2014/2446/pdf/WS.SA.BA.ab14.53.pdf>

ECKHARDT, Annegret (1989): Das Münchhausen-Syndrom - Formen der Selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg. München

FAUST, Volker (1996): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-Jena-New York

HELFER, Mary Edna (2002): Das misshandelte Kind. Frankfurt am Main: Suhrkamp

KELLER, Klaus- Michael/ NOEKER, Meinolf/ HILLIGES, Christiane/ LENARD, Hans-Gerd/ LENTZE, Michael J. (1997): Münchhausen- by- proxy- Syndrom. Monatsschrift Kinderheilkunde. Jahrgang 145. Seiten 1156-1162

KRUPINSKI, Martin (2006): Wenn Mediziner ungewollt zur Kindesmisshandlung verführt werden: Münchhausen- by- proxy- Syndrom. In: Wiener Medizinische Wochenschrift. Jahrgang 156. Heft 15/16. Seiten 441-447

KRUPINSKI, Martin/ SOYKA, M./ TUSCH-BAUER, E./ FRANK, R. (1995): Münchhausen- by- proxy- Syndrom. Nervenheilkunde. 14. Seiten 348-356

MEADOW, Roy (1977): Munchausen Syndrome By Proxy: The Hinterland of Child Abuse. The Lancet. August 13. Seite 343-345

MEADOW, Roy (1995): What is, and what is not. Munchausen syndrome by proxy?. Archive of Disease in Childhood. 72(6): Seiten 534-538

Onlineartikel

BLASS, Simone (2015): Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom. Wenn Mütter ihre Kinder absichtlich krank machen. T-Online. Eltern

http://www.t-online.de/eltern/familie/id_69596304/muenchhausen-stellvertreter-syndrom-kind-mit-ueberdosis-salz-getoetet.html (letzter Zugriff: 20.11.2016)

BRAUER, Markus (2015): Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom. Grausame Mutterliebe. Stuttgarter Nachrichten. Gesellschaft und Kultur. Panorama

<http://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.muenchhausen-stellvertreter-syndrom-grausame-mutterliebe.9871e3da-b05e-475a-b902-4ed7f6056b2d.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

JÜTTNER, JULIA (2015): Mutter mit Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom. Die Angst des Vaters. Spiegel online. Panorama

<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/hamburg-mutter-mit-muenchhausen-stellvertreter-syndrom-muss-vor-gericht-a-1053465.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

LANGER, Annette (2002): Das Kind als Objekt. Wenn Mütter zu Monstern werden. Spiegel online. Spiegel TV

<http://www.spiegel.de/sptv/special/a-187552.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

LANGER, Annette (2015): Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom. "Ich wollte unbedingt ein schwerstbehindertes Kind zur Welt bringen.". Spiegel online. Panorama

<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/muenchhausen-by-proxy-eine-mutter-berichtet-wie-sie-ihre-kinder-qaelte-a-1053578.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

LECTURIO Medizin Magazin (2016): Das Münchhausen- by- Proxy- Syndrom - Wenn Eltern ihre Kinder absichtlich krank machen

<https://www.lecturio.de/magazin/muenchhausen-by-proxy-syndrom/> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

MARUTA, Dmitri (2015): „Ich war süchtig danach, mein Kind krank zu machen“. Brigitte. MOM. <http://www.brigitte.de/familie/mitfuehlen/muenchhausen-stellvertreter-syndrom---ich-war-suechtig-danach--mein-kind-krank-zu-machen--10010854.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

RAU, Simone (2011): Die Krankpflegerin. Süddeutsche Zeitung. Heft 11/2011. Gesundheit
<http://sz-magazin.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/35782/1/1> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

SPANNER, Elke (2015): Münchhausen- Stellvertreter- Syndrom. Liebevoll und grausam. Zeit online
<http://www.zeit.de/hamburg/stadtleben/2015-10/gerichtsurteil-hamburg-kindesmisshandling-muenchhausen-stellvertreter-syndrom> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

WEBER; Nina (2016): Ein rätselhafter Patient. Kleinkind in Not. Spiegel online. Gesundheit
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/muenchhausen-stellvertreter-syndrom-kleinkind-in-not-a-1111008.html> (letzter Zugriff: 20.11.2016)

Anhang 1 Manipulationstechniken

Tab. 1: Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Methoden der Erzeugung und der entsprechenden Diagnosestrategien (Manipulationen nach Rosenberg, D., 1987)

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Blutungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcumar-Vergiftung 2. Phenolphthalein-Vergiftung 3. Blutverschmierungen an Körperöffnungen 4. Ausbluten des Kindes 5. Hinzufügen von Farbstoffen zu Stuhl oder Urin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. toxikologisches Screening 2. Nachweis in der Windel 3. Blutgruppenbestimmung 4. Erythrocytenmarkierung 5. Überführung der Mutter 6. Nachweis
Anfälle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erfinden 2. Vergiftung (Phenothiazine, Hydrokarbonat, Salz, Imipramin) 3. Erstickung oder Karotissinuskompression 	<ol style="list-style-type: none"> 1. suchen nach anderen MBPS-Merkmalen 2. Blutanalyse, Urinanalyse, Analyse der Kindsnahrung 3. beobachten, Nachweis, Fotos von Druckstellen
Bewusstseinstörung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogen (Insulin, Chloralhydrat, Barbiturate, Aspirin, Imipramin, Antidepressiva, Paracetamol) 2. Erstickung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blutanalyse, Probe des Mageninhaltes untersuchen, Urinanalyse, Analyse des Insulin-Typs 2. wie bei „Atemstillstand“ und „Anfälle“
Atemstillstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erzeugen des Erstickens mit der Hand 2. Vergiftung 3. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Druckstellen auf der Nase 2. direktes Überführen (Videokamera) 3. Ausschluss anderer Diagnosen 4. toxikologische Untersuchung des Mageninhaltes und des Blutes 5. Flüssigkeitschromatographie 6. Ausschluss anderer Diagnosen
Durchfall	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phenolphthalein oder andere Laxanzien 2. Salzvergiftung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des Stuhlgangs 2. Probe des Mageninhaltes untersuchen
Erbrechen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung mit Brechmitteln 2. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Substanznachweis 2. stationäre Beobachtung
Fieber	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verfälschen der Temperatur 2. Verfälschen der Fieberkurve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 3. die Fieberkurve im Schwestenzimmer duplizieren
Ausschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung 2. Zerkratzen 3. Säure auf das Gesicht auftragen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Probe nehmen 2. Ausschluss anderer Ursachen 3. Probe entnehmen, abwaschen

Anhang 2 Differentialdiagnose

Tab. 1: Psychopathologische Differentialdiagnose der artifiziellen Störung by proxy (aSbp)

Körperliche Kindesmisshandlung (ICD Z61.6)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Körperliche Misshandlung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Genese der Körperverletzung	direkt durch Gewaltanwendung des Täters	direkt sowie indirekt durch induzierte ärztliche Prozeduren
• Symptombild	gehäuft traumatische Symptome (Hämatome, Frakturen)	gehäuft internistische Symptombilder (Vergiftung, Gedeihstörung)
• Inanspruchnahmeverhalten	reduziert bzw. verzögert bei innerfamiliärer Kindesmisshandlung aus Angst vor Entdeckung	gesteigert
• Beziehungsaufnahme zu Arzt und Team	eher evasiv, distanziert	gesteigert, distanzlos, involvierend
• Beziehung zum Kind	vernachlässigend, wenig responsiv, geringe Präsenz, Pflege an Personal delegierend	überprotektiv, dauernde Präsenz, pflegerisch engagiert wirkend
• Motivation (z. B. bei Sedativaabusus)	gewaltsame „Ruhigstellung“ eines bedürftigen, fordernden Kindes	gezielte Fabrikation eines unspezifisch wirkenden Symptombildes
Simulation (ICD Z76.5)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Simulation</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Symptomwahl	Wahl der vorgetäuschten Symptomatik wird instrumentell kalkuliert mit Blick auf das angestrebte Ziel; tatsächliche körperliche Schädigung wird gleichzeitig zu minimieren versucht	Wahl der Fabrikationsmethode wird kalkuliert nach Plausibilität für eine zugrunde liegende pädiatrische Grunderkrankung sowie nach Risiken des Entdecktwerdens
• Gewinn aus Einnahme der Krankenrolle	umschriebener, externer Vorteil (ökonomisch, forensisch, schulisch, arbeitsplatzbezogen, interaktionell)	intrapsychischer Gewinn im neurotisch-psychopathologischen Sinne

Dissoziative Störung (F44)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Dissoziative Störung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Symptombild	häufig keine Kompatibilität des Symptombildes mit neurologisch-funktioneller Anatomie	erzeugte Symptomatik ist zwar nicht erklärlich, aber prinzipiell kompatibel mit neurologisch-funktioneller Anatomie
• Intentionalität	unbewusste Produktion der Symptomatik	bewusste Durchführung der Symptomfabrikation
• Motivation	(unbewusstes) Vermeiden von Anforderungen und Schutz vor Überforderungen und Konflikten mittels Einnahme der Krankenrolle	Krankenrolle wird angestrebt ohne ersichtliche Funktion einer Vermeidung von Konflikten oder Anforderungen

Somatoforme Störung (ICD F45)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Somatoforme Störung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Intentionalität	keine bewusste Vortäuschung bzw. aktive Erzeugung von Beschwerden	intentionale Vortäuschung, Fabrikation von Krankheitsanzeichen
• Kooperativität	aktives Beibringen von Vorbefunden; keine Skepsis bei Erhebung von Fremdanamnesen	falsche, unvollständige Angaben zur bisherigen Behandlungsanamnese
• Trennung vom Kind während Klinikaufenthalt	Vorschlag einer Trennung kann prinzipiell akzeptiert werden; Trennung bewirkt in der Regel keine entscheidende Änderung des Beschwerdeverlaufs	Vorschlag einer Trennung wird argumentativ verweigert; Trennung bewirkt spontane Besserung

Hypochondrie (ICD F45.2)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Hypochondrie</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Motiv zur Aggravation bei der Beschwerdepäsentation	Intensivierung der ärztlichen Differentialdiagnostik zur Identifikation einer authentisch befürchteten, bedrohlichen Grunderkrankung	Induktion eines langzeitigen und aufwendigen Untersuchungs-gangs zur Ausgestaltung und Legitimation der Krankenrolle
• Motiv für erhöhte Inanspruchnahme und Einforderung intensiver Diagnostik	Hoffnung auf Reduktion gesteigerter gesundheitsbezogener Ängste durch ärztliche Rückversicherung	subjektiv erlebter Gewinn aus Klinikaufenthalt und extensiven Prozeduren
• Tendenz zu rascher Wiedervorstellung	Entlastung und Angstreduktion durch negative somatische Befunde wirken nur kurzzeitig	ASbp-Motivation ist nicht „gesättigt“ und drängt bald nach erneuter Klinikaufnahme

Elterliche Überfürsorge und Infantilisierung (ICD Z62.1)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Überfürsorge</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Eltern-Kind-Beziehung	dem Kind werden auch in anderen Verhaltensbereichen Entwicklungsaufgaben abgenommen; fremdanamnesetische Angaben (Vater, Großeltern) bestätigen dies	kontrastierend zur überprotektiven Gesundheitsfürsorge kann die Haltung gegenüber dem Kind in anderen Bereichen fordernd sein
• Persönlichkeit der Mutter	globale Angstneigung	keine ersichtliche Angstneigung; vordergründig sozial sicheres Auftreten
• Geschwister	Überfürsorge zeigt sich meistens generalisiert auch gegenüber den Geschwistern	vordergründig hohe Fürsorglichkeit gegenüber aSbp-Opfer („Sorgenkind“) und relative Nachlässigkeit gegenüber Geschwisterkindern

Psychotische/wahnhafte Störung der Mutter		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Psychotische Störung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Klinischer Eindruck der Mutter	weitere Zeichen psychischer Störung werden im Verlauf rasch erkennbar; Verzerrungen anamnestischer Angaben sind aus diesem Kontext erklärbar	Mutter zeigt in der Regel keine inhaltliche und formale Beeinträchtigung von Bewusstseinsfunktionen

Noeker 2013, 458 f.

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Leipzig, 14. Dezember 2016

Anne Mainka