



**Medical child abuse (MCA)/  
Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)  
als Weiterentwicklung des Störungsbildes  
Münchhausen bei proxy**

**Dott.ssa Caroline Di Maria**

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters

Tag der offenen Tür – Die Möwe  
24.09.2025

# Neue Vorschläge zur Terminologie bei Kindern (UK und US)

Mit Fokus auf den Schaden des Kindes:

- **Medical child abuse (MCA)**
- **Fabricated or Induced Illness by Carers (FII)**
- **Caregiver-Fabricated Illness in Child**
- **Pediatric condition falsification**

Wichtige Entwicklung ist, dass die vorsätzliche Täuschung nicht mehr nachgewiesen werden muss (FII). Dadurch breitere Inklusionskriterien.

# Überblick über Begrifflichkeiten und Handlungsmotive

(Semrau et al., 2024)

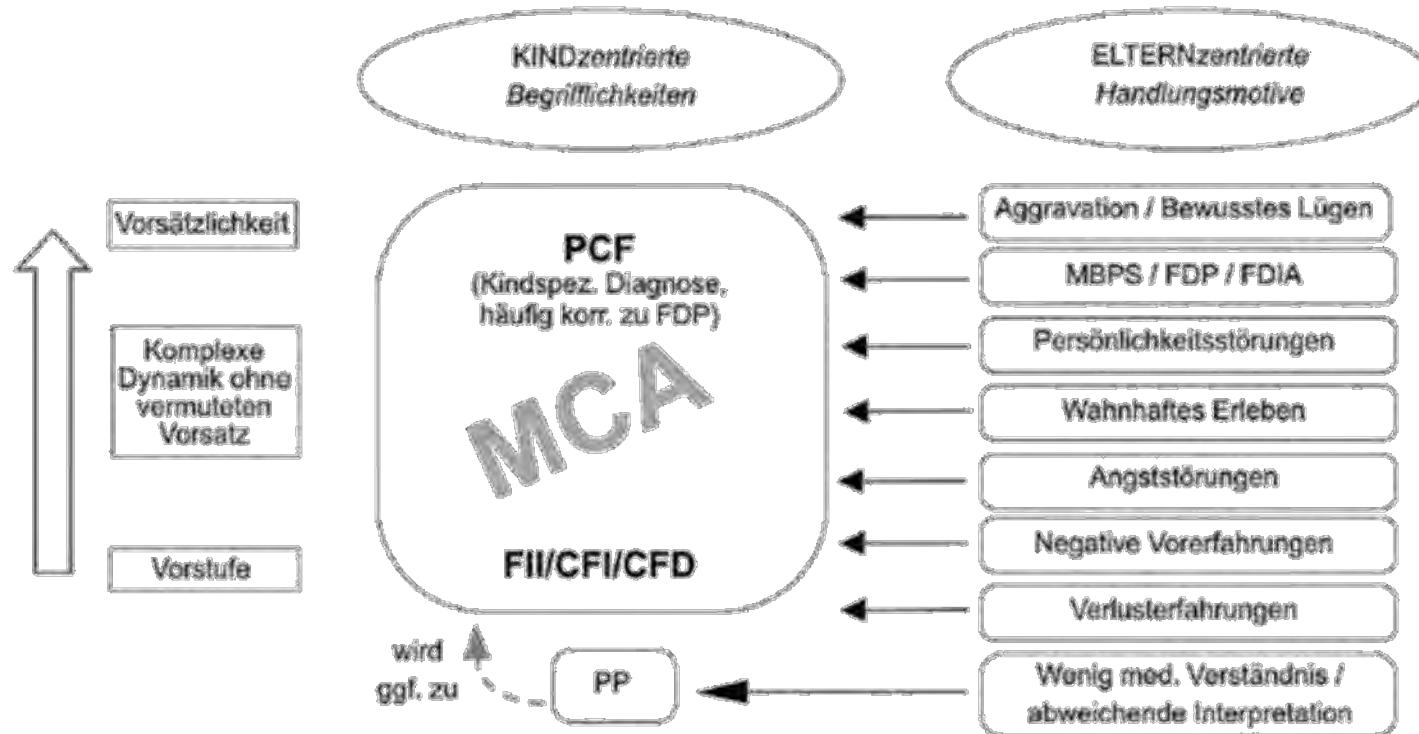


Abbildung 1: Überblick über Begrifflichkeiten und Handlungsmotive. PP: Perplexing Presentations. MCA: Medical Child Abuse. FII: Fabricated or Induced Illness. CFI: Caregiver-Fabricated Illness. CFD: Childhood Factitious Disorder. PCF: Pediatric Condition Falsification. MBPS: Münchhausen-by-proxy Syndrom. FDP: Factitious Disorder by proxy. FDIA: Factitious Disorder imposed on another.

# **Definition - Medizinische Kindesmisshandlung**

Form der Kindesmisshandlung, bei der das medizinische System unwissend eine zentrale Rolle spielt durch nicht indizierte, gefährliche oder potentiell gefährliche ,medizinische Maßnahmen und Eingriffe (diagnostische und therapeutische), die aufgrund von Fehldarstellung der Symptome durch ein Elternteil durchgeführt werden.

# Münchhausen by proxy versus Medical child abuse/Medizinische Kindesmisshandlung

4 Merkmale nach Noeker (angepasst durch Di Maria an den neuen Begriff):

- 1) Bei einem Kind liegt ein Beschwerdebild vor, das von einem Elternteil oder einer anderen Person, die für das Kind Verantwortung trägt, **wahrgenommen, vorgetäuscht und/oder erzeugt worden ist (vorsätzlich! Oder nicht vorsätzlich)**.
- 2) Das Kind wird zur medizinischen Untersuchung und extensiven Behandlung vorgestellt, häufig einhergehend mit multiplen Eingriffen.
- 3) **Die vorstellende Person verleugnet ihr Wissen um die Ursachen des Beschwerdebildes (oder nimmt diese nicht wahr)**.
- 4) Die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der „**verursachenden Person**“ getrennt wird.

# Münchhausen by proxy

Die **Vortäuschung** bzw. aktive Fabrikation solcher Symptome kann sich über **5 Stufen zunehmenden Schweregrads (abnehmender Häufigkeit)** vollziehen:

- 1) **Bewusste Aggravierung** in der Schilderung von Schmerzen, Beschwerden und Symptomen des Kindes.
- 2) **falsche Angaben** zur vermeintlichen Krankheitsanzeichen außerhalb der Untersuchungssituation
- 3) **Aktive Verfälschung von Untersuchungsmaterialien** (Beimischung von Blut, Stuhl, Urinproben, um positive Testbefunde zu induzieren).
- 4) **Aktive Manipulation** am Körper des Kindes **zur Vortäuschung** von Krankheitsanzeichen.
- 5) **Aktive Manipulation** am Körper, die zu **objektiver Schädigung** des Gesundheitsstatus führt. (z.B. Injektion bakteriell kontaminierte Substanzen Verletzung, Vergiftung).

**Schweregrade für MCA/MKM sind noch nicht definiert**

# MCA/MKM: Ursachen und Differenzialdiagnosen

- Gesamtes Spektrum pädiatrisch- somatischer Grunderkrankungen, eventuell mit **psychologischer Fehlverarbeitung der primären Erkrankung** (Cave: Komorbidität ist möglich).
- Spektrum sonstiger Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.
- **Formen abweichenden Krankheits- und Gesundheitsverhaltens bei Eltern mit einer inadäquaten Symptompräsentation bei ihrem Kind (Hypochondria by proxy) - Normvariante von Müttern mit übersteigerte Ängstlichkeit um den Gesundheitszustand des Kindes und einem damit einhergehenden exzessiven Inanspruchnahmeverhalten (DD somatoforme Störung) .**
- **Psychische Erkrankung eines Elternteils.**
- Bewusste Täuschung des Arztes und insistieren auf Maximaldiagnostik aus anderen Gründen (basieren nicht auf eine intentionalen Schädigung des Kindes!) wie bewusste Übertreibung, um eine ausreichend sorgfältige Diagnostik zu erlangen, **Non- Compliance bei abweichendem, elterlichen Krankheitskonzept, Erreichen eines speziellen Ziels, Diskreditierung eines Elternteils, Verschleierung einer Misshandlung.**

# Medizinische Kindesmisshandlung

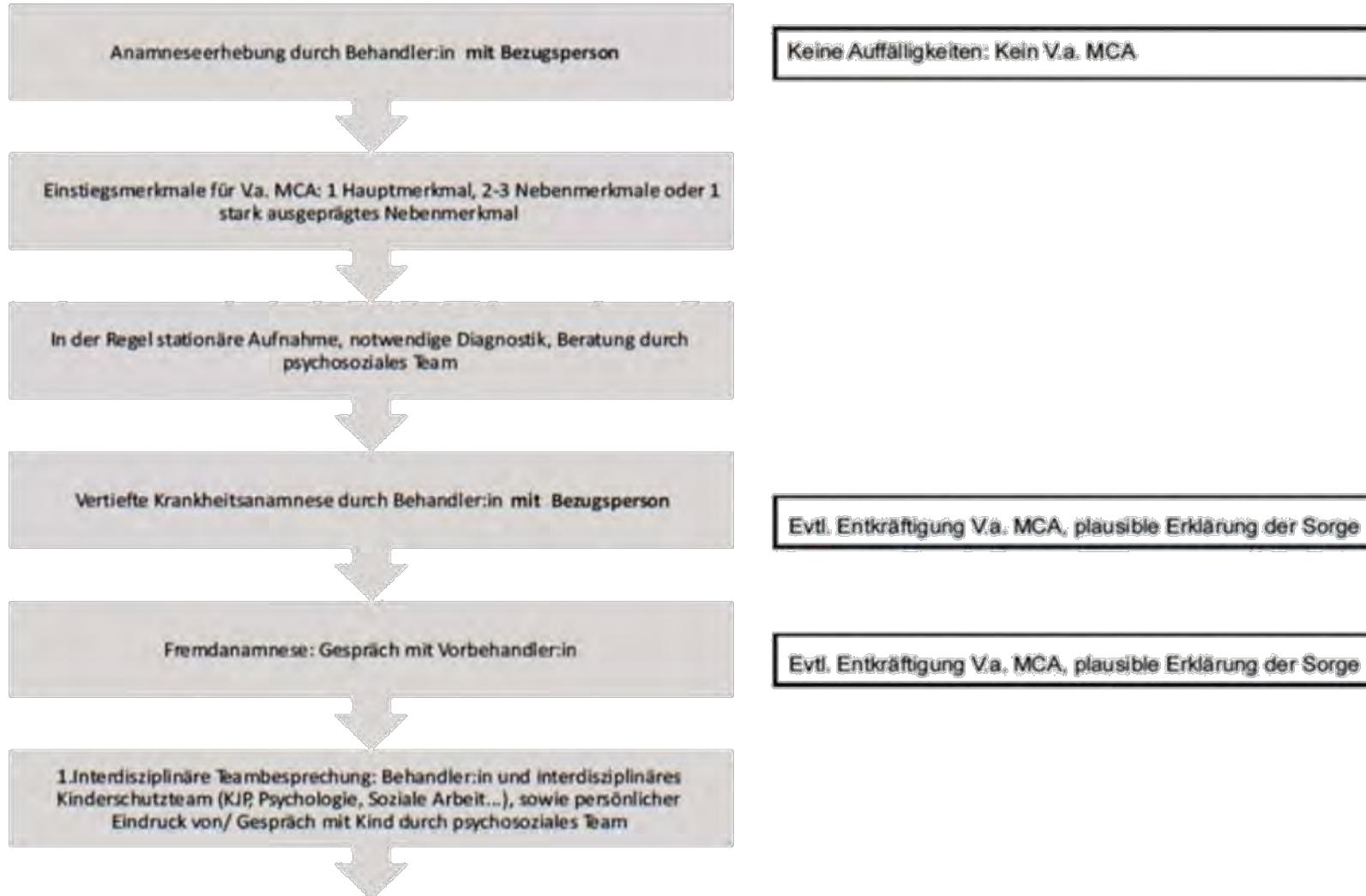
## Leitfaden an der Charité

### Ziele:

- Weg von der möglichen Psychopathologie der Eltern hin zum niederschwelligeren Schutz der Kinder
- In mindestens 3, möglichst interdisziplinären Gesprächen, bei denen die Eltern/das Elternteil mit klaren Verdachtsdiagnosen konfrontiert werden, soll verifiziert werden, ob die entlastenden Befunde zu einer Entlastung der Sorge des Elternteils führen bzw. das Elternteil einlenkbar ist, was die eigene "Hypothese" zur Krankheit des Kindes betrifft.
- Cave: Koexistenz mit anderen somatischen Erkrankungen/ seltene Erkrankungen

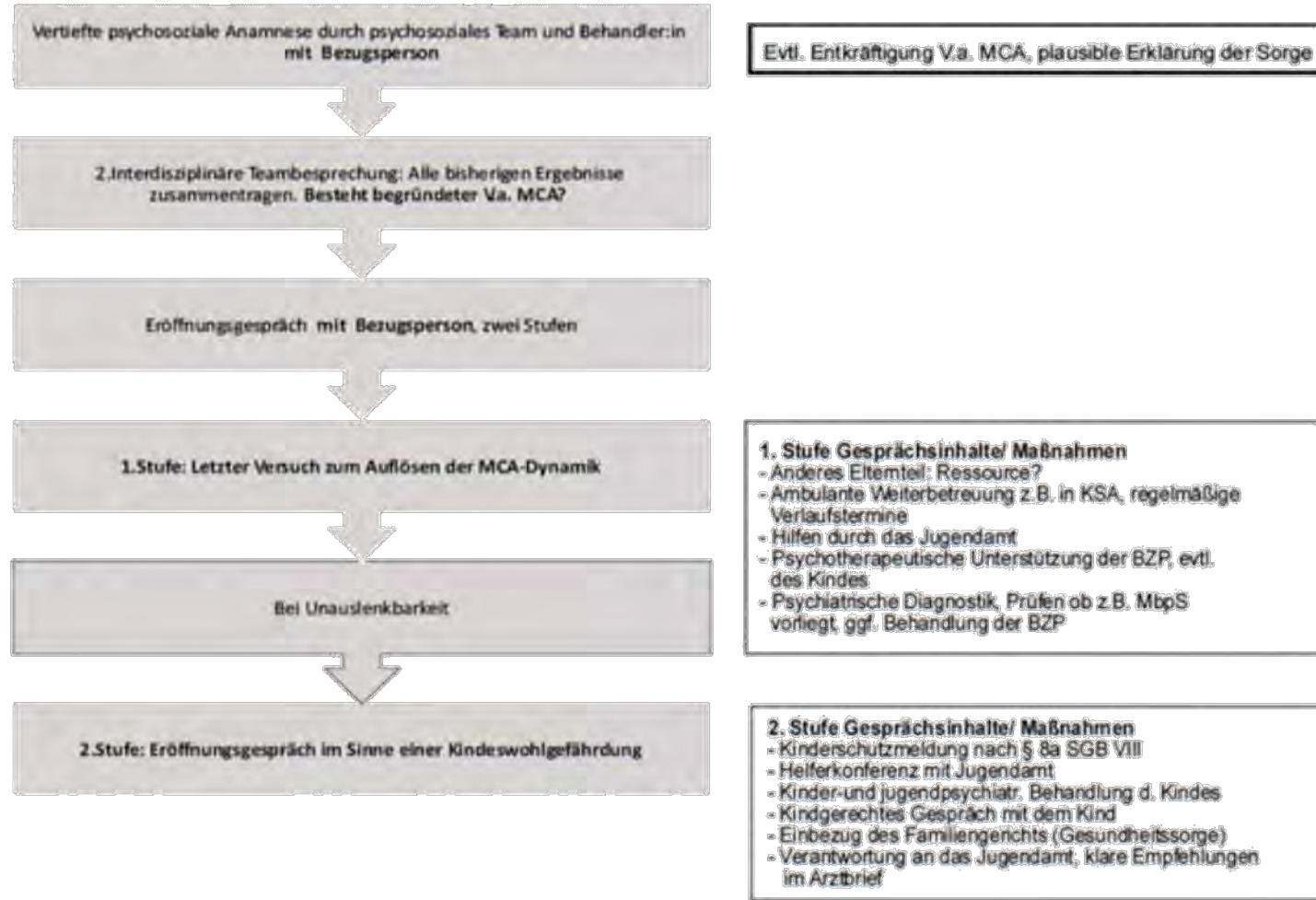
# Medizinische Kindesmisshandlung

## Leitfaden an der Charité



# Medizinische Kindesmisshandlung

## Leitfaden an der Charité



# Wir denken an Kindeswohlgefährdung wenn nach mehreren Gesprächen:

- Das Elternteil auf seine eigene, nicht rationale Krankheitshypothese nicht verzichten kann und Maßnahmen eingefordert werden, die nicht empfohlen und nicht indiziert sind
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht für zwingend notwendig gehalten werden, nicht umgesetzt werden
- Die klare Absicht besteht, das nächste Krankenhaus/Expert:in/Ärzt:in aufzusuchen für weitere Diagnostik
- Bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden, die nicht indiziert sind, wie z.B. Helm tragen, keine feste Nahrung zuführen, Rollstuhl, Blindenstock, Heimbeschulung/Schulabstinenz
- Nicht nachvollziehbare Kommunikationsverbote gegenüber anderen Kolleg:innen(Vor- und Nachbehandler:innen) ausgesprochen werden

# Arztbrief

## **Kinderschutzmeldung - klare Formulierungen:**

- Verantwortung an das JA übergeben - langfristige Anbindung notwendig mit
  - Regelmäßige Rücksprachen mit Kita/Schule und Kinderärzt:in
  - Überprüfen, ob körperliche Untersuchungen/Interventionen, die nicht empfohlen wurden/nicht indiziert waren, stattgefunden haben
  - Info an Kliniken im Umfeld, falls die Gesundheitssorge entzogen wurde
- Empfehlungen wie: diagnostische Trennung von den Eltern, familientherapeutsche stationäre Behandlung, KSA Anbindung, KJP Diagnostik/ Behandlung
- Gegebenenfalls Inobhutnahme

# Fallbeispiel: A. 4-jähriges Mädchen

- 1-wöchiger stationärer Aufenthalt 2021 wegen rezidivierendem Erbrechen (bis zu 14x/ Woche) z.A. Raumforderung
- A. lebt bei den KE (beide hatten die Obsorge), KV Ingenieur arbeitssuchend, KM technische Sachbearbeiterin, keine relevanten, bekannten Vorerkrankungen in der Familie
- A. besuchte den Kindergarten, war sozial gut eingebunden
- Auf Veranlassung des KV hat A. beim Spielen im Kindergraten draußen immer einen Fahrradhelm tragen müssen, um ihren „empfindlichen“ Kopf vor Verletzungen zu schützen
- Somatische Diagnostik (Augenarzt, cMRT und spinales MRT, Sono Abdomen, Wach EEG, IZ-EEG) ergab unauffällige Befunde
- Kein Erbrechen während des stationären Aufenthalts beobachtet
- Mehrere Gespräche haben mit KV und KM stattgefunden, KV lässt sich nicht von seiner eigenen Interpretation der Befunde abbringen
- Aktivierung Kinderschutzteam

# Fallbeispiel: A.

## Verdachtskriterien für V.a. Medical Child Abuse (MCA) nach ausführlicher Anamneseerhebung durch Kinderärzt:innen

- Einfordern von nicht notwendiger, eventuell invasiver Diagnostik (auch im Bereich des V.a. sexuellen Missbrauchs von Kindern)
- Auffälliger Umgang mit Befunden: Verweigerung von Vorlegen von Vorbefunden, Verweigerung, die Schweigepflichtsentbindung für Vor-/Mitbehandler zu erteilen, oder das Vorlegen akribisch gesammelte, bizarre, selbst angefertigte Vorbefunde
- Befund passt nicht zu Aussagen der Bezugsperson (in der Regel die KM)
- Bezugsperson lässt sich nicht durch den Arzt beruhigen, trotz entlastender Befunde !!!
- Bezugsperson verhält sich ungewöhnlich gelassen bei gesundheitlicher Verschlechterung und in Bezug auf schwere Eingriffe
- Gabe von diversen Präparaten aus nicht nachvollziehbarem Grund
- ungutes Gefühl des Arztes / Gedanken an MCA (immer ernst nehmen, wenn mindestens 1 Verdachtskriterium erfüllt ist!)
- häufige Vorstellung in RTS / bei Ärzten / anderen Krankenhäusern
- Kind gerät aus dem Fokus, weil Bezugsperson die Aufmerksamkeit des Arztes für sich beansprucht, z.B. auch durch gereiztes, aggressives Verhalten und Drohungen
- unklare Ursachen für den Befund oder die Symptome
- Symptomverschiebung / Symptomshift/Symptome, die schwer objektivierbar sind
- Achtung auf scheinlogische Erklärungen! (Erklärungen der Symptome, die auf den 1. Blick logisch erscheinen, um die Behandler:innen von ihren Hypothese abzubringen) Sich nicht zu schnell beruhigen lassen und konkret hinterfragen!
- Überdosierung oder Vorenthalten von Medikamenten bei nachweisbarer Erkrankung oder Medikation bei nicht nachweisbarer Erkrankung, auch wenn vom Arzt verschrieben (z.B. Antiepileptika)
- Kind übernimmt Formulierung der Bezugsperson / spricht in dessen Worten
- Bezugsperson lässt nicht zu, dass das Kind alleine mit den Ärzten spricht
- Besonders intensive Beschäftigung mit Symptomen und Ursachen (z.B. intensive Internetrecherche) und / oder profilieren mit medizinischem Wissen.

Bei den hervorgehobenen Kriterien reicht ein Punkt alleine aus, von den andern müssten 2-3 Kriterien gemeinsam erfüllt sein bzw. eins sehr schwer ausgeprägt sein.

# Fallbeispiel: A. - Verlauf

- Weitere Gespräche, Position des KV unverändert, KM hält sich stark zurück
- Gespräch mit dem Kindergarten
- Kinderschutzmeldung
- Nach der Entlassung: erneutes Gespräch mit dem Kindergarten, diese meldeten sich, weil sie sich Sorgen machten, da der KV A. täglich bei den Abholungen suggestiv A. nach Symptomen abfragte und sich als Arzt ausgegeben hatte (auf kritische Nachfrage des Kindergartens äußerte er, er könne ein Arzt sein.)
- Drei Anfragen an die Charité (zuletzt Februar 2023) seitens des KV zur erneuten Erläuterung der schon besprochenen Befunde.

# Fallbeispiel: A.

(Aus der Kommunikation mit dem KV - Email Februar 2023)

**Ein weiteres Problem sind MRT Bilder des Kindes, die eindeutig ein schweres Geburtstrauma zeigen und auch beweisen.** Zum vereinbarten Gespräch mit Frau Tietze konnte ich aufgrund Corona am 18.11.21 nicht kommen. **Durch viele Gespräche und Bilderanalyse anderer Radiologen ergibt sich ein vollkommen anderes Bild, als von Unikliniken behauptet - einer umfangreichen, schweren und bleibenden Schädigung.**

Ein Wiener MRT-Institut erklärte sich bereit eine offizielle Zweitmeinung zu erstellen. Nachdem die Bilder der Charité geprüft wurden, und qualitativ einwandfrei waren, wurde ich aufgefordert Zahlung vorzunehmen. Nach weiteren 15 Minuten habe ich ohne Begründung die Stornierung der Zweitmeinung ohne jegliche Erklärung bekommen. **Warum ist das so Frau Tietze? Warum wurde unauffällige Diagnostik der Charité nicht nur nicht bestätigt, sondern die Beurteilung der MRT komplett abgewiesen? (Frage 6)**

# Fallbeispiel: A.

(Aus der Kommunikation mit dem KV)

Nächste Bilder zeigen Verlagerung, Quetschung und Einengung der größten Venen des Kopfes – des zentralen Sinus und des Sinus-Traversus. Es sind Bilder der Charite' die angeblich absolut normal und neurologisch unauffällig sind???!!! Diese Bilder wie auch weitere Bilder im Anhang des Schreibens bestätigen dass Ausführungen von Frau Laas-Spohn im MRT Befund vom 02.04.19 absolut korrekt sind (Anlage 1).

Frau Bittigau aus welchem Grund wurde MRT Befund vom 02.04.19 wie auch alle weiteren MRTs von Frau Di-Maria für „ab jetzt ungültig“ erklärt? (Frage 14).



Bild 3. Verlagerung, Quetschung und Einengung des zentralen Sinus.

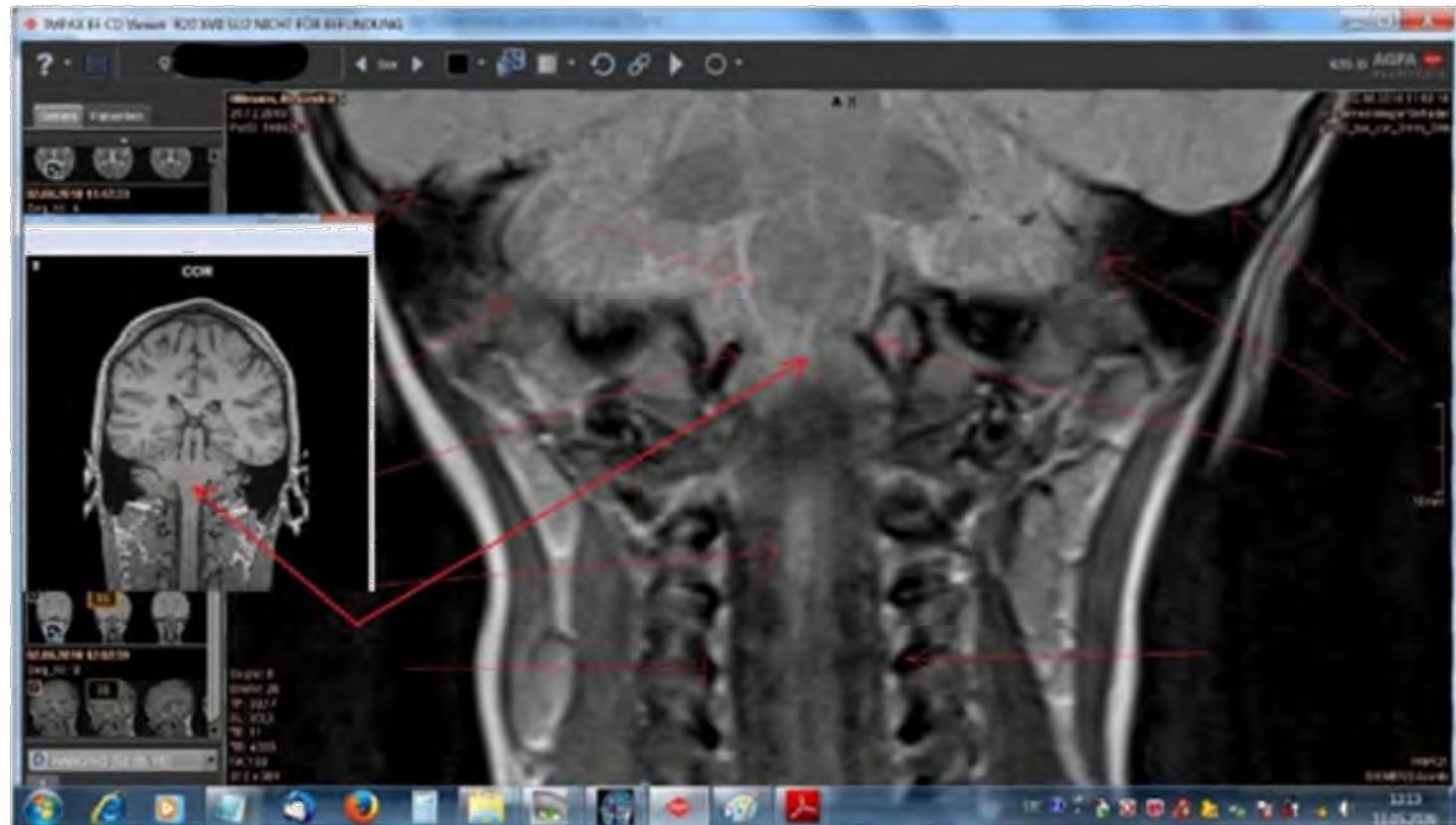
# Fallbeispiel: A.



Bild 18. Wie im Bild 13 und 15 Asymmetrie des Gehirns durch eindrücken der ganzen linken Seite des Gehirns mit der Verschiebung nach hinten und Tieferstellung, Quetschung und Tieferstellung des Kleinhirns. Hirn-Hernie des Kleinhirns (wie oben von 14mm) auf der linken Seite. Tieferstellung des ganzen Kleinhirns (Vergleichsbild links) Ist das befundrelevant? Ab welchem Wert? (Frage 41).

# Fallbeispiel: A.

## Aus der Kommunikation mit dem KV



**Bild 40. Vergleich des Bildes 39 mit dem Normalbefund. In der Mitte des Spinalnervs ist eine Myelinisierung in der Denshöhe deutlich zu sehen – Schädigung der Substanz des Spinalnervs durch Dens-Einschlag. Ist diese Schädigung befundrelevant? (Frage 60).**

## Weitere Fallbeispiele

- 4-jähriger Junge mit 6x z.T. lebensbedrohlichen Salzintoxikationen im Krankenhaus, die mit Sitzwachen in der Klinik und Trennung des Kindes von der Mutter nicht mehr auftraten.
- 8-jähriges Mädchen mit von der Km beschriebenen und vermuteten psychischen Erkrankungen: Autistische Störung, Angststörung und Essstörung. Verschiedene Maßnahmen eingeleitet wie Medikation, Einzelfallhilfe und Sonderschule. Bei der stationären KJP Diagnostik konnten die Störungen nicht bestätigt werden.  
Km gab selbst an, an einer schweren neurologischen Erkrankung zu leiden, die nicht bestätigt werden konnte.

## Weitere Fallbeispiele

- 15-jähriger Junge und 13-jähriges Mädchen (Geschwister) mit laut Eltern ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere schweren Impulsdurchbrüchen mit starker antipsychotischer Medikation und Verdacht der Eltern auf Autoimmune Enzephalitis bei beiden Kindern. Im stationären psychiatrischen Setting, auffällige Verunsicherung und Ängste vor Impulsdurchbrüchen beim Jungen, die jedoch in keiner Situation auftraten. Weder die Enzephalitis noch die aggressiven Verhaltensauffälligkeiten konnten bestätigt werden, diese zeigten sich auch nicht nach Absetzen der Medikation
- 9 Monate alter Säugling mit Gewichtsabnahme und dem Verdacht der Mutter auf eine somatische Erkrankung beziehungsweise Nahrungsunverträglichkeiten. Die von der Mutter beschriebenen Symptome wie Bauchschmerzen, übermäßiges Schreien, übel riechender Geruch aus dem Mund konnten im stationären pädiatrischen Setting nicht objektiviert werden. Daher war auch die Annahme der Mutter nicht nachvollziehbar, dass der Säugling nur kleine Menge an Nahrung zu sich nehmen konnte. Der Wechsel der Bezugsperson von Mutter zu Vater, führt im stationären Setting zu einer raschen Gewichtszunahme.
- 7- jähriges Mädchen mit Verdacht auf vielzählige körperliche Symptome aufgrund von Schimmelbefall in der Wohnung. Häufige Vorstellung des Mädchens bei Ärzten und im Krankenhaus aufgrund der Symptomatik. Schimmelbefall konnte nicht nachgewiesen werden. Eine ausgeprägte wahnhafte Störung lag bei der Mutter vor.

Urheberrechtlich geschütztes Material

# Proxy –

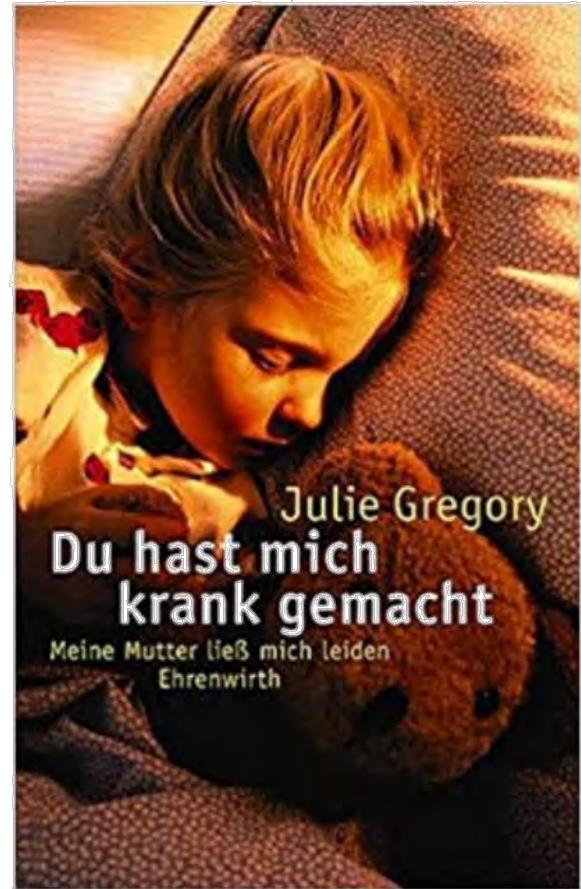
dunkle Seite der Mütterlichkeit



## Empfehlungen zum Vertiefen

**Nobody Should Believe Me**  
Munchausen by Proxy and A Sister's Search for  
Hope — a podcast with Andrea Dunlop

Available to listen on:



# Medical Child Abuse – Ein Leitfaden zur Diagnostik dieser Sonderform der emotionalen und körperlichen Gewalt

Gina-Melissa Semrau, Ruth Härlin, Caroline Di Maria, Birgit Schwartländer und Sibylle M. Winter

## Summary

*Medical Child Abuse – A Guideline to*  
The term Medical Child Abuse (MCA) system is “abused” by carrying out unthe medical system occurs through interpretation or active causation of symptoms child abuse is defined and predisposes an overview of terms that are used cusses the connection between MCA article is the presentation of an international working group on MCA of the Clinic ment of Child and Adolescent Psychiatry Child Protection Outpatient Clinic available interventions.

Monatsschr Kinderheilkd  
<https://doi.org/10.1007/s00112-025-02266-x>  
Eingegangen: 28. Februar 2025  
Angenommen: 9. Juli 2025

© The Author(s) 2025  
Wissenschaftliche Leitung  
Prof. Dr. Freia De Bock, Berlin  
Prof. Dr. Susanne Greber-Platzler, Wien  
Prof. Dr. Christoph Härtel, Würzburg  
Prof. Dr. Lars Pape, Essen  
Prof. Dr. Christian Vogelberg, Dresden



# CME

CME

# Medizinische Kindesmisshandlung

vorgetäuschte und hervorgerufene Erkrankungen und ihre Folgen

<sup>1,2</sup>, G.-M. Semrau<sup>3</sup>, O. Berthold<sup>2,4</sup>, S. Winter<sup>5,6</sup>

Kinder-UKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Medizinische Kinderschutzhotlinie; sektion Traumafolgen und Kinderärztin für Psychiatrie, Psychosomatik und Therapie des Kindes- und Jugendalters Virchow, Charité – Universitätsmedizin Berlin;

<sup>4</sup> DRK Kliniken Berlin; Kinder- und Jugendärztin für Psychiatrie, Psychosomatik und Therapie des Kindes- und Jugendalters, Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>5</sup> DRK Kliniken Berlin; Kinder- und Jugendärztin für Psychiatrie, Psychosomatik und Therapie des Kindes- und Jugendalters, Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

## Zertifizierte Fortbildung

### Fabrizierte und/oder Induzierte Krankheit und medizinische Kindesmisshandlung

Definitionen, Früherkennung und Fallmanagement

Chryssa Grylli<sup>1</sup> · Kira Borgardt<sup>1</sup> · Christian Heil<sup>2</sup> · Oliver Berthold<sup>3</sup> · Eva Anna Mora-Theuer<sup>1</sup> · Johanna Schöggel<sup>1</sup> · Katharina Weimann<sup>1</sup> · Martin Ploder<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Klinische Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

<sup>2</sup> Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie, Salzburg, Österreich

<sup>3</sup> DRK Kliniken Berlin Westend, Medizinische Kinderschutzhotlinie, Kinderschutzambulanz, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup> Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie, Klinik Donaustadt, Wiener Gesundheitsverbund, Wien, Österreich

Paediatr. Paedolog.

<https://doi.org/10.1007/s00608-025-01318-5>

Angenommen: 31. Juli 2025

© The Author(s) 2025



# Medizinische Kindesmisshandlung – eine pädiatrische Diagnose

Elisabeth Gobber · Oliver Berthold<sup>1</sup> · Caroline Di Maria · Jo Ewert<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kinder-UKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Medizinische Kindesmisshandlung – Medical Child Abuse – Münchhausen-by-proxy – Kindeswohlgefährdung – Ärztehopping – Kinderschutz

pädiatrische praxis 103, 258–264 (2025)  
mgo fachverlage GmbH & Co. KG

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Arbeitsgruppe Medizinische Kindesmisshandlung unter Beteilung der Uniklinik Hamburg Eppendorf, der medizinischen Kinderschutzhhotline und der Charité - Universitätsmedizin Berlin.





# Beispiel – Psychische Aspekte bei einer erkrankten Mutter

Ulrich Sachsse „Proxy“

- Bin ich eine Monster-Mutter?
- Unsere Familie war eine absolute Vorzeigefamilie (schönes Haus, großes Auto, Boot in DDR).
- Mein Stiefvater (angesehener Mann) hat jeden zweiten bis dritten Tag an mir massive gewalttätige sexuelle Übergriffe verübt. Manchmal war sein bester Freund aktiv beteiligt (im Alter von 10-14 J.)
- Meine Mutter wusste alles. Sie hat mich gehasst, wenn sie gekonnt hätte, hätte sie mich in der SS abgetrieben.
- Dann habe ich rohe, grüne Bohnen gegessen. Ich glaubte, die seien giftig, ich würde dann ganz krank werden und meine Mutter würde mir dann helfen. Aber das hat nicht geklappt .
- (Mit 14 J.) Hab mir eine spitze Pfeile gegriffen und ihm seitlich in die Rippen gerammt. Danach hat er mich nie wieder angefasst.
- Meine Symptome blieben. Ich musste mich ständig neu „verkleiden“. Nur neue Kleidung war saubere Kleidung. Nur so konnte ich selbstbewusst, aufrecht und stolz in der Öffentlichkeit auftreten.
- Als ich 15 war, ging das los mit dem Kinderwunsch. Ich wollte ganz unbedingt, ganz heftig, ganz dringend ein Kind. Ein Kind würde mich ganz doll lieb haben. Ein Kind würde mich retten, alles wäre anders, ich wäre ein neuer Mensch.
- Die Männer waren Mittel zum Zweck.
- Mit 17 habe ich meine Ausbildung zur Krankenschwester begonnen (gleicher Beruf der Mutter), weil ich gehofft habe, dann würde meine Mama mich endlich lieb haben.
- Mit 18 wurde ich schwanger. Es war eine komplizierte SS, ab dem 6.Mo. war ich ständig in stationärer Behandlung. Krankenhaus war übrigens schön. Krankenhaus war sicher, sauber, Krankenhausmenschen waren viel netter und menschlicher als meine Mama, etc.

# Beispiel – Psychische Aspekte bei einer erkrankten Mutter

- Meine Tochter kam mit einer leichten Behinderung zur Welt. Je gründlicher meine Tochter untersucht wurde, umso deutlicher wurde ihre Gehirnschädigung. Sie war praktisch ihr ganzes erstes Lebensjahr in einer Klinik. Sie wurde dort gut behandelt, natürlich viel besser als ich als Kind.
- In dieser Zeit sind **3 entscheidende Dinge** passiert :
  - **Ein Kinderarzt hat mich gefragt, wie es mir geht.** Mich gefragt, wie es mir geht! Ich glaube, dass dies die allererste Situation war in der ein Mensch mich gefragt hat, wie es mir geht .
  - In meinem Beruf war ich top. Ich habe gemerkt, wie kompetent und konzentriert ich bei Notfällen reagieren kann. Ich habe sehr gut funktioniert und ich bekam Anerkennung. In diesen Momenten war alles gut, es gab keine privaten Sorgen, Kindheitserinnerungen, Ängste , Ekel.....**auf die Notfälle, die Krisensituationen bin ich geradezu angesprungen**, bin da aufgeblüht, war ein ganz anderer Mensch.
  - (bei einem Notfall- Anruf aus der Kinderklinik wegen ihrer Tochter) In dieser Situation hat **meine Mutter zum allererste Mal Anteil genommen** und Mitleid gezeigt. Das war die Erfüllung einer lebenslangen Sehnsucht.

# Beispiel – Psychische Aspekte bei einer erkrankten Mutter

- Der Stress der Arbeit tat mir gut, aber ich wurde permanent „getriggert“ (Intrusionen). Diese Intrusionen gingen nur weg, wenn ich mich „verkleidete“, Geld bekam ich am besten, wenn ich mich bei Y prostituierte.
- Der Teufelskreis war in Gang und ich wusste nicht, wie ich diesem entkommen sollte. Mehr und mehr wurde ich suizidal.
- Meine Tochter war noch nicht ganz 2 Jahre alt da habe ich sie zum ersten Mal krank gemacht.
- **Eigentlich haben ich meine Tochter gar nicht krank gemacht. Es ist mir passiert . Es ist geschehen. Das ganze war überhaupt nicht geplant, nicht vorbereitet, nicht durchdacht. Bis heute kann ich mich nicht genau erinnern , was dem ganzen direkt vorausging. Plötzlich war meine Tochter somnolent, hatte Tabletten intus und war ein Notfall.**
- **Und ich habe wie auf Knopfdruck perfekt funktioniert. Ich war kompetent, ich wurde gebraucht, ich habe meine Tochter gerettet. Ich habe sie in die Klinik gebracht und alle lobten mich, weil ich das kranke Kind so gut versorgt hatte („Flow“-Zustand). Meine quälenden Zustände waren weg. Keine Intrusionen, keine belastenden Gedanken, keine Suizidalität.....eigentlich habe ich mein inneres Kind gerettet, nicht meine Tochter**
- In dieser ersten Situation und auch später hatte ich nie Angst, dass die Ärzte merken würden, was ich meiner Tochter selbst angetan habe. Alles, was ich erzählt habe, stimmte. Ich habe nur weggelassen, was ich getan habe. Und ich habe es nicht einmal bewusst weggelassen, mein eigenes Handeln vorher, war dann völlig ausgeblendet .

# Beispiel – Psychische Aspekte bei einer erkrankten Mutter

- Diese Handlungen waren reine Suizidprophylaxe für mich selbst.
- Ich wurde süchtig danach, dass ich dann, wenn ich in innerseelisch ein Kind in höchster Not wurde, mein reales Kind in höchste Not brachte, um es aus dieser Not zu retten. Und wie bei anderen Suchterkrankungen funktioniert das meistens nie lange.
- Als meine Tochter 4-5 J. alt war wollte ich unbedingt wieder schwanger werden....und ich wollte unbedingt ein schwerstbehindertes Kind zur Welt bringen.
- Ich wurde schwanger, so wie ich es gewollt habe und dann habe ich auf meiner Arbeit alles an Medikamenten geklaut, wo drauf stand, dass es in der SS nicht gut ist und das habe ich dann geschluckt. **Ich wollte ein Kind mit einer ganz schweren Behinderung.**
- Habe ich mir eigentlich jemals klargemacht, was ich meinem 2. Kind da antue? Nein, ich habe nicht einmal darüber nachgedacht. Mir war völlig klar: dieses Kind hat es gut bei mir. Ich werde dieses Kind über alles lieben, gut für das Kind sorgen und ganz für dieses Kind da sein.
- Meine Tochter kam als völlig gesundes Kind auf die Welt.
- Ich bin übrigens immer sehr liebevoll mit meinem Kindern umgegangen, habe sie nie geschlagen und sie hatte nie Angst vor mir.

Misshandlungen des 1. Kindes mehr als 50-mal über 13 J. mit Klinikaufenthalten

Misshandlung des 2. Kindes ca. 5-mal.

1991 Suizidversuch und 1. Behandlung in der Psychiatrie. Beginn langer Therapiephase mit Traumatherapie („es hat 10 Jahre gedauert bis ich zu den Therapeuten so langsam Vertrauen gefasst hatte“), Entwicklung selbstverletzendes Verhalten und artifizielle Störung.

# Beispiel – Psychische Aspekte bei einem Kind einer betroffenen Mutter

Julie Gregory "Du hast mich krank gemacht"

- Ich war von klein auf häufig krank, dünn wie eine Bohnenstange.
- Ich fühlte mich oft schlapp und elend. Die Kinder in der Schule fragten mich ungeniert, ob ich magersüchtig sei, aber das war ich nicht, ich war nur krank, „Meine Mutter riss sich schier ein Bein aus, um herauszufinden, was mir fehlte. Dass mit meinem Herzen etwas nicht stimmte, ließ sich nicht übersehen.“
- (Mutter über den Arzt) „Was für ein Unfähiger Trottel!“ „Mach dir keine Sorgen Mom, wir suchen uns einen anderen“. So tröstete ich sie, mit der Versicherung, dass wir nicht aufgeben würden.  
(Mutter) „Ach, ich will doch nur dein Bestes! Ich opfere mein Leben, damit wir herausfinden, was dir fehlt. Also vermassle es nicht wieder, indem du beim Hereinkommen so tust, als wäre alles normal. Zeig ihnen, wie krank du bist, und las uns der Sache auf den Grund gehen.“

# Beispiel - Psychische Aspekte bei einem Kind einer betroffenen Mutter

- (Arzt) „Sind die Schmerzen an der Stirn?“ Mein Blick wandert zwischen den Beiden (Mutter, Arzt) hin und her. Was sind Kopfschmerzen denn eigentlich? Mir bleibt nur das Raten. Hoffentlich gebe ich die richtige Antwort. „Ich weiß nicht so genau“. (Mutter) „Was heißt, Du weißt nicht so genau? Tut mir leid, Herr Doktor, keine Ahnung, was mit ihr los ist, dass sie mir das antut“.
- „Ich bin Deine Mutter und ich weiß, was vor sich geht. Wenn er (Arzt) also Fragen stellt, dann gebe ich die Antwort“. Als sie die Symptome herrunterrattert, wird mir klar, dass nicht alles davon stimmt.
- Gewöhnlich verschlimmert sich meine Migräne immer dann, wenn Mom mir die kleine weiße Pill e unter die Zunge geschoben hatte. „Ich merke schon, dass du bald wieder Kopfschmerzen kriegst.“
- Wenn Mom sagt, dass ich keine Kopfschmerzen habe, fahre ich auf meinem Fahrrad bis zur nächsten Straße und kurve durch die leere Gasse wieder zurück.....

# Münchhausen by proxy/MCA - Traumatisierungsrisiko

Opfer von Münchhausen bei Proxy sind einem deutlich höheren psychologischen Traumatisierungsrisiko ausgesetzt:

- **Widersprüchliche Erfahrung**, durch die gleiche Person zunächst körperlich aktiv verletzt und dann intensiv gepflegt zu werden, kann nicht sinnvoll integriert werden.
- Die Mutter ist in einer Person die wichtigste Bedrohung und die wichtigste Quelle persönlichen Schutzes..
- Gefühle von **Ohnmacht, Kontrollverlust**, eigene **Schuldzuweisung**.
- Psychische Schädigung infolge wiederholter langzeitiger **Hospitalisierungen**.
- Konsistente Beziehungs- und Bindungsschemata können bis ins Erwachsenenalter hinein beeint rächt, i gt sein.
- Mütter gestehen ihre Taten den Opfern gegenüber normalerweise nicht ein, sodass eine **klärende Aufarbeitung und Verarbeitung sehr erschwert** ist.

# Warnhinweise - Symptome

*Klinische Leitsymptome sind nach Rosenberg:*

- 44 % Blutungen
- 42 % zerebrale Krampfanfälle
- 19 % Apathie und Komazustände
- 15 % Apnoen
- 11 % rezidivierende Durchfälle bzw. Erbrechen
- 10 % Fieber unklarer Genese
- 9 % Hautausschläge
- Auch frühkindliche Gedeihstörung, die nicht auf die Behandlung anspricht.

# Münchhausen by proxy

CrossMark, 2017 Oct 02;45(43). doi: 10.1016/j.jmed.2017.07.003. Epub 2017 Jun 24.

## The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases.

Yates G<sup>1</sup>, Burns C<sup>2</sup>.

 Author information

### Abstract

**INTRODUCTION:** Little is known about the perpetrators of medical child abuse (MCA) which is often described as "Munchausen's syndrome by proxy" or "factitious disorder imposed on another". The demographic and clinical characteristics of these abusers have yet to be described in a sufficiently large sample. We aimed to address this issue through a systematic review of case reports and series in the professional literature.

**METHOD:** A systematic search for case reports and series published since 1965 was undertaken using MEDLINE, Web of Science and EMBASE. 4100 database records were screened. A supplementary search was then conducted using Google Scholar and reference lists of eligible studies. Our search yielded a total sample of 796 perpetrators: 309 from case reports and 487 from case series. Information extracted included demographic and clinical characteristics, in addition to methods of abuse and case outcomes.

**RESULTS:** Nearly all abusers were female (97.5%) and the victim's mother (95.5%). Most were married (75.6%). Mean caretaker age at the child's presentation was 37.5 years. Perpetrators were frequently reported to be in healthcare-related professions (45.6%), to have had obstetric complications (23.5%), or to have histories of childhood maltreatment (30%). The most common psychiatric diagnoses recorded were factitious disorder imposed on self (30.9%), personality disorder (18.6%), and depression (14.2%).

**CONCLUSIONS:** From the largest analysis of MCA perpetrators to date, we provide several clinical recommendations. In particular, we urge clinicians to consider mothers with a personal history of childhood maltreatment, obstetric complications, and/or factitious disorder at heightened risk for MCA. Longitudinal studies are required to establish the true prognostic value of these factors as our method may have been vulnerable to publication bias.

Copyright © 2017. Published by Elsevier Ltd.

## 796 Fälle von Münchhausen by proxy (ICD 10- F68.1):

**92-100 % Frauen**

**76-100 % Mutter des Kindes**

**43-79 % verheiratet**

**27,6 Durchschnittsalter**

**45,6 % Berufe im Gesundheitswesen**

**23,5 Geburtskomplikationen**

**22-79 % Misshandlung in der Lebensgeschichte**

**Hohe psychiatrische Komorbiditäten:**

- **29-64 % artifizielle Störung**
- **9-75 % Persönlichkeitsstörung**
- **5-50 % Depression**
- **52-72% Somatoforme Störungen**

# Münchhausen by proxy – Schutz des Kindes

- In den meisten Fällen ist eine langfristige Herausnahme des Kindes aus der Familie notwendig. **Bei frühzeitiger Rückführung besteht fast in der Hälfte der Fälle erneutes Manipulieren am Kind** (auch Manipulation an zurückgebliebenen Geschwisterkindern, Pflegekindern!)

**Auch Kinder mit vorbestehenden Erkrankungen können „krank gemacht werden“!**

**Geburtskomplikationen als frühes MbP?**

## Literatur

- „40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians?" Paper 1: epidemiology and definition of FII, Davis P, et al., Arch Dis Child February 2019 Vol 104 No 2.
- "The perpetrators of medical child abuse (Munchhausen Syndrm by Proxy)- A systematic review of 796 cases", G. Yates, C. Bass, Cild Abuse & Neglect 72 (2017) 45-53.
- "Münchhausen by proxy Syndrom als Kindesmisshandlung", M. Noeker, K.M. Keller, Monatsschr. Kinderheilkd.2002
- "Proxy- Dunkle Seite der Mütterlichkeit",Ulrich Sachsse, Buch.
- "Du hast mich krank gemacht", Julie Gregory, Buch.