

DIE DUNKLE SEITE DER MUTTERLIEBE

MÜNCHHAUSEN BY PROXY

Diplomarbeit zur diplomierten Expertin Notfallpflege NDS HF



Kim Fuhrer
Binzenmatt 2
6314 Unterägeri
April 2018

Fachmentorat

Dr. med. Romedius Alber
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH

Mentorat

Sibylle Bracher
Expertin Intensivpflege NDS HF
XUND Luzern

Zuger Kantonsspital
NDS 16H N

Abstract

Das Münchhausen by Proxy Syndrom (MbpS) welches seinen Namen dem bekannten Lügenbaron zu verdanken hat, ist eine der seltensten und zugleich komplexesten Kindesmisshandlungsformen der Welt. Diese beruht darauf, dass eine nahestehende Person, in 95% die Mutter, einem Kind absichtlich physische oder psychische Beschwerden erzeugt oder vortäuscht. Diese Beschwerden zwingen das medizinische Fachpersonal zu invasiven Therapien oder multiplen Diagnostiken. Das betroffene Kind wird dadurch mehrfach körperlich vom unwissenden medizinischen Personal Misshandelt und potenziell irreversiblen Schädigungen ausgesetzt. Unerkannte Fälle eines MbpS können bis zum Tode des betroffenen Kindes führen.

Das MbpS wurde bereits im Jahre 1877 erkannt und erforscht. Trotzdem kämpft es auch heute noch gegen sein Schattendasein an. Denn die Verifizierung eines Verdachts erfordert ein Zusammenspiel aus fundiertem Wissen, Fingerspitzengefühl und strukturierter interdisziplinärer Zusammenarbeit. Experten gehen von einer hohen Dunkelziffer der MbpS Diagnose aus, da viele Fälle nie verfolgt oder erst gar nicht erkannt werden. Das Problem liegt vor allem am mangelndem Wissensstand der medizinischen Fachbereiche, deshalb behandelt die vorliegende Arbeit eine fundierte theoretische Ausarbeitung zum Thema MbpS aus dem Notfallmedizinischen Kontext und setzt sich mit folgenden Fragestellungen auseinander: „Anhand welchen charakteristischen Merkmalen kann ein MbpS Verdacht verifiziert werden? Und was wäre ein möglicher Handlungsablauf nach einem Verdacht auf ein MbpS im Notfallmedizinischen Setting?“

Die Erkenntnis aus der Arbeit zeigt klar auf, dass eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema MbpS unumgänglich für eine mögliche Verdachtserhebung ist. So sind theoretische Anteile wie Formen von Täterprofilen, Manipulationstheorien und -strategien und grundsätzliches Wissen über Kindesmisshandlung unerlässlich. Ebenfalls zeigt diese Arbeit ein kongruentes charakteristisches Muster bei den involvierten Personen der jeweiligen MbpS Fällen. Damit konnte ein Red-Flag-Merkblatt erarbeitet werden, mit Hilfe dessen ein Verdacht geprüft werden kann. Mithilfe eines Pädiaters konnte ein Algorithmus für das Notfallmedizinische Setting erarbeitet werden, welche die wichtigsten Teile des Prozesses veranschaulicht. Damit wurde abschliessend erkannt dass die Zahl der Dunkelziffer mit theoretischem Fachwissen und dem Einbezug des Red-Flag-Merkblattes sowie des Algorithmus minimiert werden kann.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Hinführung zum Thema	4
1.2 Fragestellung.....	6
1.3 Ziel.....	7
1.4 Abgrenzungen	7
1.5 Methodik.....	7
2. Kindesmisshandlung- ein Überblick.....	8
2.1 Die fünf Formen der Kindesmisshandlung	9
2.2 Die Misshandlungsformen im Bezug auf das MbpS.....	11
3. MbpS- ein erster Einblick	13
3.1 Definition	13
3.2 Formen des MbpS/ Täterprofile.....	15
3.3 Epidemiologie.....	16
4. Manipulation- ein Grundpfeiler der MbpS Diagnose	17
5. Rätselhaft und gefährlich – Symptome und ihre manipulative Strategie	18
6. Mehr als nur ein Bauchgefühl? Charakteristische Merkmale.....	20
6.1 Opfer	20
6.2 Täter/innen	21
6.3 Umfeld und Familie	21
7. Verdacht! Was jetzt? - Handlungsmassnahmen.....	23
7.1 Handlungsempfehlungen Theorie	23
8. Diskussion.....	26
9. Schlussfolgerung	27
10. Reflexion	30
11. Danksagung.....	31
12. Literaturverzeichnis.....	32
13. Abbildungsverzeichnis	35
14. Anhang.....	36

1. Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Lange ist es her, seit Hieronymus Carl Friedrich Freiherr von Münchhausen mit seinen abenteuerlichen Schauermärchen die Leute in seinen Bann zog. Im Volksmund wurde der Freiherr auch Lügenbaron genannt. Wer seine Geschichten kennt, weiss, dass dieser Name nicht zufällig entstanden ist (Wiebel, 2013).

Noch heute sorgt die Medizin dafür, dass sein Name nicht in Vergessenheit gerät. Das Münchhausen by Proxy Syndrom (MbpS) oder Münchhausen Stellvertreter Syndrom wirkt wie die alten Geschichten des verstorbenen Barons, unglaublich und schockierend zugleich (Neue Zürcher Zeitung Online, 2003).

Das MbpS ist eine Form der Kindsmisshandlung und zählt zu den artifiziellen Störungen. Die von der Störung betroffene Person erzeugt bei einem Kind absichtlich physische oder psychische Beschwerden oder täuscht diese vor. Die in der Behandlung involvierten Personen werden dabei im Unklaren gelassen (Noeker, Keller, 2002). Das Kind wird dadurch körperlich und emotional misshandelt sowie in der medizinischen Unversehrtheit vernachlässigt (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Thyen, 2010).

Die Täterin oder der Täter, in 95% die eigene Mutter, nimmt dabei eine aktive und fürsorgliche Rolle ein. Die Geschädigten sind in fast allen Fällen die eigenen Kinder. Die Opfer glauben tatsächlich krank zu sein, denn sie werden mit manipulativen Strategien und emotionaler Abhängigkeit beeinflusst. Die Schilderungen der nicht vorhandenen Symptome reichen von epileptischen Anfällen und Apnoe, bis hin zur Erzeugung realer Symptomen, wie Verfälschung von Körpersubstanzen des Kindes oder Intoxikationen durch Medikamente (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak&Thyen,2010).

Wenn der oder die Täter/in und das betroffene Kind medizinische Hilfe aufsuchen, werden ausgedehnte Massnahmen eingeleitet. Das Behandlungsteam wird dabei invasive Diagnostiken wählen, um dem vermeidlich kranken Kind zu helfen. Die invasiven Eingriffe stellen dabei die eigentliche körperliche Misshandlung des Opfers dar. Der oder die Täter/in entzieht sich vollständig ihrer Verantwortung gegenüber dem Kind und überlässt das Kind schutzlos der medizinischen Diagnostik. Die Motivlage der von der Störung betroffenen Person ist für Aussenstehende und auch für Fachexperten so rätselhaft wie unverständlich (Sonnenmoser, 2010).

Da es sich beim MbpS um eine komplexe und seltene Erkrankung handelt, wird nachfolgend ein Fall dargestellt. Die Fallgeschichte ereignete sich 2016 in Zürich. Keinesfalls ist dieser

Fall vollständig beschrieben, sondern soll einen Überblick über die Komplexität dieser Erkrankung verschaffen.

Über einen langen Zeitraum stellte sich eine Mutter mit ihrem damals 4 jährigen Sohn in verschiedenen Spitälern und Kinderpraxen vor. Auffällig viele verschiedene Ärzte und Ärztinnen wurden in die Diagnostik miteinbezogen oder nach ihrer Meinung gefragt. Das Kind zeigte jeweils ausgeprägte Symptome einer Hypoglykämie, Wesensveränderungen, Tremor, Schwitzen bis hin zur Somnolenz. Eine Hypoglykämie konnte auch laborchemisch bewiesen und therapiert werden. Nach der Normalisierung des Glukosewertes zeigten sich die Symptome regredient. Eine Ursache konnte mit invasiven Diagnostiken und unterschiedlichen Therapien nicht gefunden werden. Lange tappten die Ärzte und Ärztinnen im Dunkeln, bis der erste Verdacht von der seltenen und kontroversen Diagnose diskutiert wurde: MbpS. Das Behandlungsteam konnte den Verdacht mit viel Aufwand und Detektivarbeit von diversen Fachbereichen bestätigen. Die Mutter, selbst ein Opfer von Kindesmisshandlung in jungen Jahren, applizierte ihrem gesunden Kind immer wieder Insulin. Sie provozierte schwerwiegende Hypoglykämien, was ihr Aufmerksamkeit und Hilfe aus dem nahen Umfeld garantierte (Alber, 2017).

Mit nur 700 beschriebenen Fällen über den Zeitraum von 20 Jahren in 52 Ländern ist die artifizielle Störung des MbpS selten (Noeker, 2002). Fälle wie oben geschildert sind jedoch in dieser oder ähnlichen Formen Realität. Mildere Formen von MbpS tauchen vorab in Kinderarztpraxen oder Notfallaufnahmen auf. Dort werden sie selten registriert. Dies aufgrund der Komplexität der Krankheit oder der mangelnden Bekanntheit der Diagnose MbpS. Falls trotzdem ein Verdacht aufkommt, wird dieser oft nicht verfolgt, daher wird eine entsprechend hohe Dunkelziffer vermutet (Lips, n.d. zitiert in NZZ 2003).

Ein ungerechtfertigter Verdacht kann zu schwerwiegenden rechtlichen Konsequenzen führen. Des Weiteren kann ein solcher Verdacht einer Familie das Vertrauen ins Gesundheitswesen zerstören. Auf der anderen Seite führt das Nichterkennen eines MbpS zu jahrelanger Schädigung und Misshandlung des Opfers. Dabei kann die Misshandlung ohne Diagnosestellung bis zum Tod des Kindes führen (Noeker&Keller, 2002; Sonnenmoser, 2010).

Persönlicher Bezug zum Thema

In der Einleitung kommt die Komplexität und Wichtigkeit dieser Diagnose bereits zum Vorschein. Es wird deutlich, dass ein ausgedehntes Fachwissen zum Krankheitsbild MbpS nötig ist. Ich habe die beschriebene Geschichte im Praxisalltag auf der Notfallabteilung miterlebt. Bei uns wurde, wie in vielen anderen Spitälern oder Praxen eine ausgedehnte Diagnostik durchgeführt. Trotz vieler Anzeichen auf ein MbpS wurde die Verdachtsdiagnose nicht gestellt. Erst später wurden wir von Vorgesetzten informiert dass es sich bei diesem Fall um ein MbpS gehandelt hatte. Auch wenn die Diagnose weit nach der Vorstellung auf unserer Notfallabteilung gestellt wurde, hat mich dieses Syndrom beeindruckt. Ich habe festgestellt, dass mit genügend Fachwissen ein erster Verdacht auf hätte gestellt werden können. Dies gab für mich den Ausschlag dieses Thema als meine Diplomarbeit zu wählen.

Durch den engen Kontakt in der Notfallpflege zu Mutter und Kind könnte es möglich sein, Merkmale dieser Erkrankung zu erkennen. Dies bedingt jedoch theoretisches Fachwissen und Sensibilisierung des Pflegepersonals für die Thematik.

Ich sehe das MbpS als geeignete Thematik, um sie im Rahmen meiner Ausbildung zu bearbeiten. Mit meiner Arbeit kann ich neues Wissen generieren und fördern. Zusätzlich sehe ich den Profit meiner Arbeit in der Praxis. Die Ausarbeitung eines Red-Flag Merkblattes gibt einen übersichtlichen Aufschluss über die Merkmale des MbpS. Der ausgearbeitete Handlungsablauf bei Verdacht einer MbpS Problematik für das notfallmedizinische Setting kann im Alltag als Instrument genutzt werden. Diese Arbeit wird zudem zum Nachschlagen für Notfallmitarbeiter dienen und mittels einer Präsentation an einer Teamsitzung werde ich über dieses Thema aufklären. Die Experten/Expertinnen Notfallpflege werden so auf das MbpS aufmerksam und können ihr Wissen in den Arbeitsalltag einfließen lassen.

1.2 Fragestellung

Anhand welcher charakteristischen Merkmale kann ich als Notfallpflegeperson einen Verdacht des MbpS begründen?

Welche Massnahmen können auf einer Notfallstation beim Verdacht auf das MbpS von Arzt/Ärztinnen und Notfallpflegepersonen getroffen werden?

1.3 Ziel

Im Rahmen meiner Arbeit wird das Krankheitsbild MbpS beschrieben. Aus der Theorie werden charakteristische Merkmale und damit Warnhinweise für das Vorliegen eines MbpS abgeleitet. Diese Hinweise können bei Verdacht als Beobachtungskriterien im Notfallalltag zur Hilfe genommen werden. Dieses erarbeitete Merkblatt soll als Hilfestellung dienen, um einen Verdacht fachlich begründen oder widerlegen zu können. Um dies übersichtlich darstellen zu können wird ein Red-Flag Merkblatt erstellt. Zusätzlich wird eine Handlungsanweisung in Form eines Algorithmus erarbeitet, welche im notfallmedizinischen Setting bei einem Verdacht befolgt werden kann.

1.4 Abgrenzungen

Hauptsächlich wird in dieser Arbeit das Krankheitsbild der MbpS erläutert und dabei die Merkmale des MbpS und eine Handlungsanleitung bei Verdachtsfällen erarbeitet. Von dieser Arbeit ausgenommen sind die psychischen Folgeschäden der involvierten Personen, sowie der Opfer, Täter/innen und Angehörigen. Die Behandlung oder Therapie von Täter/innen und Opfern ist nicht Teil dieser Arbeit. Die ausführliche Theorie der Kindsmisshandlung wird ebenfalls ausgegrenzt, ausser sie sind für das Verständnis des MbpS notwendig. Über die Beweggründe der Täterschaft wird in dieser Arbeit kein Aufschluss gegeben. Die genaue Fallbearbeitung und endgültige Diagnosestellung in einer Spezialklinik ist im Berufsalltag kaum relevant für eine Notfallpflegeperson, daher wird diese nicht erläutert. Ebenfalls wird die Rechtslage nicht Teil dieser Arbeit sein.

1.5 Methodik

Mit der Recherche der Fachliteratur werden Warnhinweise und Erkennungsmerkmale zusammengestellt. Anhand derer wird ein Red-Flag-Merkblatt erarbeitet. Dies wird die Charakteristika eines MbpS Opfer, sowie der Täterin oder des Täters aufzeigen und kann im Notfallzentrum zum nachschlagen bei Verdachtsfällen genutzt werden. Zusätzlich wird mit dem gewonnenen Wissen und der Hilfe von Dr. med. R. Alber ein Algorithmus erarbeitet, welcher als Handlungsunterstützung dienen soll. Dieser soll Möglichkeiten aufzeigen, wie auf einer Notfallabteilung mit einem MbpS Verdacht umgegangen werden kann. In dieser Arbeit wird auf die Grundlagen der Forschung zu MbpS zurückgegriffen und wenig neue Forschungsergebnisse und Theorien verwendet, da sich bei der Literaturrecherche herausgestellt hat, dass in den letzten Jahren kaum über dieses Thema geforscht wurde.

In der gesamten Arbeit werden die Gender Anforderungen der Uni Luzern berücksichtigt. Im Anhang wird zur besseren Übersicht ausschliesslich eine Person verwendet.

2. Kindesmisshandlung- ein Überblick

Um das MbpS in seiner Komplexität verstehen zu können, ist eine Auseinandersetzung mit der Definition der Kindesmisshandlung nötig. Das MbpS ist eine kombinierte Misshandlungsform und setzt dadurch das Wissen über alle Kindsmisshandlungsarten voraus. Im nachfolgenden Kapitel wird daher eine Definition der Kindesmisshandlung gegeben, sowie die fünf Kindesmisshandlung-Formen erläutert.

Definition der Kindesmisshandlung

Eine allgemeingültige Definition, welche alle Facetten abdeckt, existiert nicht. Der Begriff Kindesmisshandlung ändert sich je nach Blickwinkel. Es existieren gesellschaftliche, strafrechtliche, kriminologische und medizinische Ansätze für die Definition der Kindsmisshandlung, welche jeweils ihr Fachgebiet ins Zentrum stellen. Die Definition des deutschen Soziologen Heinrich Bast besitzt weitreichende Gültigkeit.

„Kindsmisshandlung ist die nicht zufällige, bewusste oder unbewusste körperliche und/oder psychische Schädigung. Die Schädigung wird durch aktives Handeln oder unterlassene Handlungen vollzogen. Ausführende Personen stellen dabei Eltern, Erziehungspersonen oder Dritte dar oder werden durch Institutionen, gesellschaftliche Strukturen vollzogen. Resultierend daraus sind Entwicklungshemmungen, Verletzungen oder Tod“ (Bast, 1990).

Aus medizinischer Sicht fällt die Definition kurz und prägnant aus:

„Ein Kind gilt als missbraucht, wenn er oder sie in einer Weise behandelt wird, die in einer gewissen Kultur zu einer bestimmten Zeit inakzeptabel ist“ (Meadow, 1989 zitiert in Jacobi, 2008, S.71, freie Übersetzung der Autorin).

2.1 Die fünf Formen der Kindesmisshandlung

Durch die enorme Spannweite der weltweit bekannten Misshandlungsarten an Kindern hat sich in der Fachwelt eine Einteilung in fünf Formen etabliert. Diese haben nur geringe praktische Relevanz, helfen aber Kindesmisshandlungen zu erkennen und zu verstehen (Lips, 2011). Die neuen Zahlen einer Erhebung der Schweiz aus 21 Kliniken werden durch die Abbildung 1 am Ende des Kapitels verdeutlicht. Daraus kann auch das Vorkommen der einzelnen Formen auf Schweizer Notfallabteilungen abgeleitet werden.

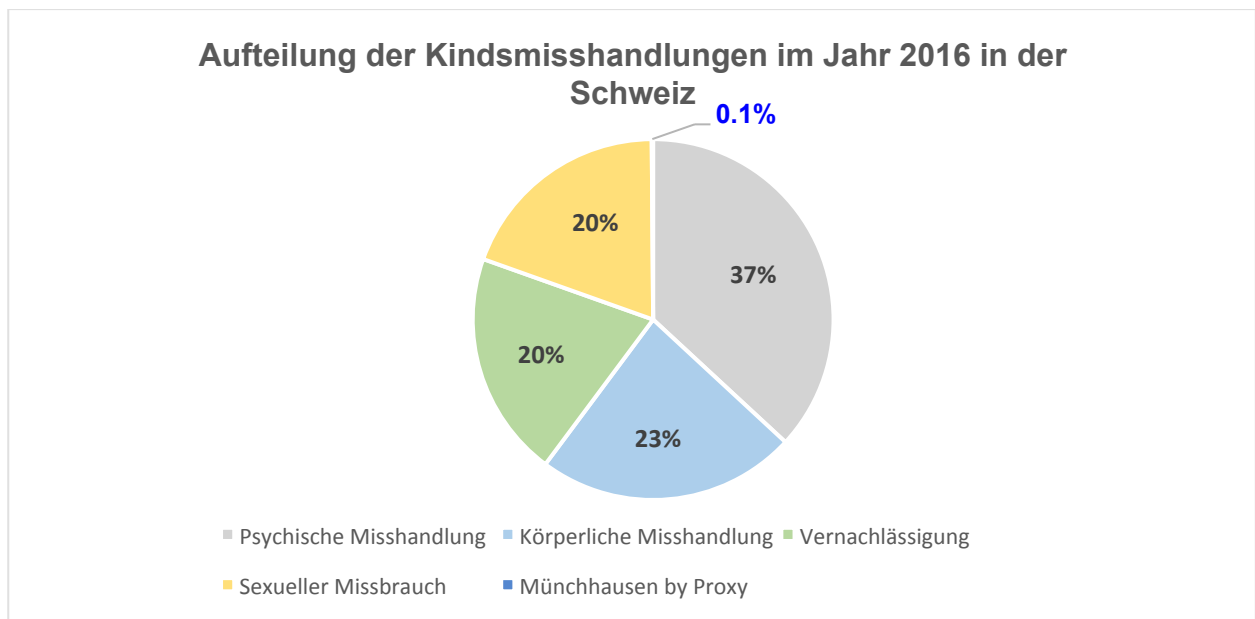


Abb.1

Körperliche Misshandlung

Es handelt sich dabei um ein breites Spektrum an Gewalt, welche gegen den Körper des Opfers gerichtet ist. Schläge, thermische Verletzungen, das Herbeiführen von Distorsionen oder Kontusionen zählen zu den häufigsten Delikten. Auch das Schütteln eines Kindes gilt als körperliche Misshandlung, denn daraus können Hirnparenchymläsionen, subdural Hämatoome sowie Thorax-, Extremitäten- und/oder Abdominaltraumata resultieren (Lips, 2011).

Vernachlässigung (Neglect)

Bei der Vernachlässigung, auch bekannt als Neglect, wird das Kind bewusst oder unbewusst den kindlichen Bedürfnissen entzogen. Unterschieden wird die körperliche und psychische Vernachlässigung. Die körperliche Vernachlässigung zeigt sich durch Mangelernährung,

dem Entzug von Hygiene und Sauberkeit bis hin zur kompletten Verwahrlosung. Die körperliche Vernachlässigung manifestiert sich oft als nicht organische Gedeihstörung.

Die psychische Vernachlässigung bedeutet das Entziehen von sozialer Bindung wie Liebe, Schutz und Geborgenheit sowie die unzureichende Beachtung und das Nichterfüllen der Entwicklungsbedürfnisse (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Thyen, 2010).

Psychische Misshandlung

Psychische Misshandlung wird definiert durch eine langfristige negative- destruktive Einstellung des Erziehungsberechtigten gegenüber dem Kind. Bezeichnend für die psychische Misshandlung sind Beschimpfungen, Entwürdigungen, Demütigungen oder das verbale Terrorisieren. Dadurch wird das Kind in der eigenen Person und Zukunft kontinuierlich negativ beeinflusst. Daraus entsteht ein nachhaltig herabgesetztes Selbstwertgefühl, welches das Kind langfristig schädigt (Lips, 2011).

Sexueller Missbrauch

Der sexuelle Missbrauch, die sexuelle Nötigung oder der sexuelle Übergriff hat viele Synonyme, welche oft gleichwertig verwendet, jedoch der Komplexität dieser Misshandlungsform nicht gerecht werden. Daher wurde in der Optimus Studie der Schweiz eine Zusammenstellung erarbeitet, welche dieses vielschichtige Phänomen definiert.

Diese Definition der Optimus Studie unterscheidet zwischen dem sexuellen Missbrauch im Kindesalter und der sexuellen Viktimisierung im Jugendalter (Schmid, 2012).

“Sexueller Missbrauch von Kindern liegt dann vor, wenn Kinder in sexuelle Aktivitäten einbezogen werden, die sie noch nicht vollständig verstehen, zu denen sie keine informierte Einwilligung geben, für die das Kind aufgrund seiner Entwicklung noch nicht bereit ist und daher kein Einverständnis erteilen kann oder die Gesetze oder gesellschaftliche Tabus verletzen” (WHO n.d, zitiert in Schmid 2012, S.23).

Die in der WHO beschriebene Form trifft vor allem im Kleinkindalter zu und ist Geschlechts unabhängig. Zum Missbrauch zählen Exhibitionismus, Pornografie mit Kindern, Masturbation mit dem Kind und jegliche Formen der Penetration (Lips, 2011).

Bei der sexuellen Viktimisierung hingegen wird der Fakt miteinbezogen, dass sich bei Jugendlichen die Ausgangslage mit dem Erwachsenwerden ändert. Daher trifft im Jugendalter der Begriff sexuelle Viktimisierung zu. Davon wird gesprochen, wenn die sexuelle und persönliche Integrität bedroht und/oder verletzt wird. Die sexuelle Viktimisierung ist bei Mädchen deutlich häufiger (Schmid, 2012).

Die Abbildung 2 zeigt eine Darstellung der Fälle nach Geschlechtern. Diese Daten unterscheiden die oben genannten Formen nicht.

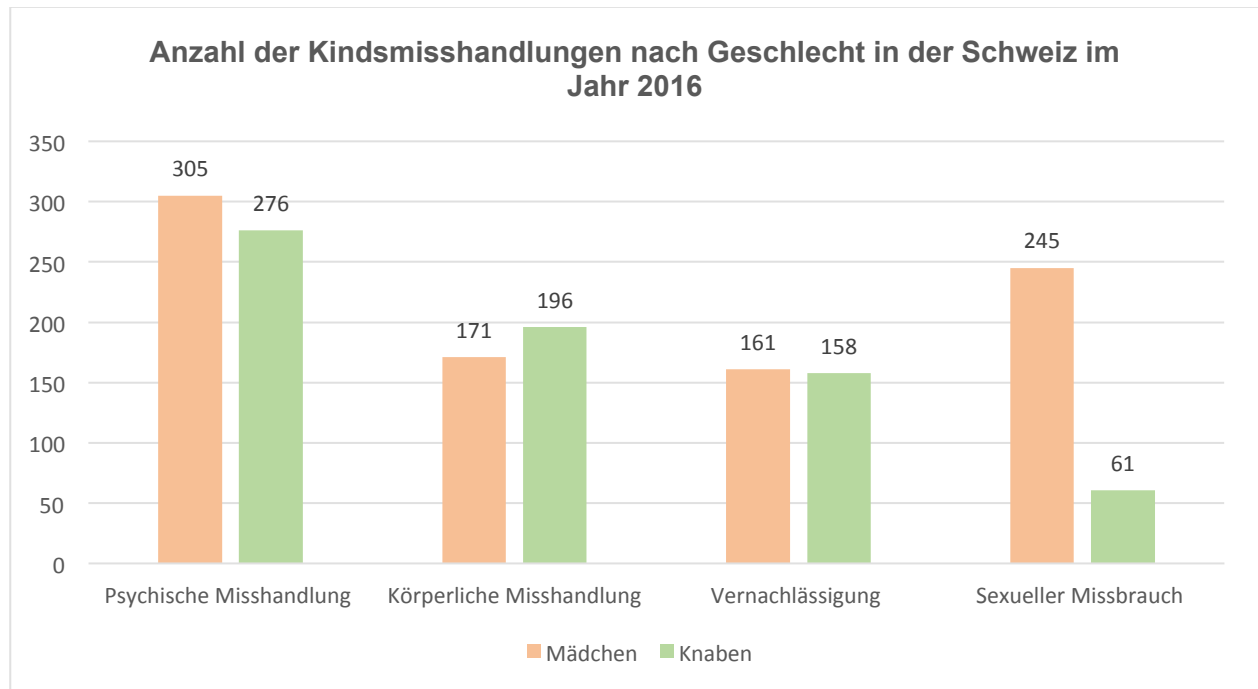


Abb.2

Müchhausen by Proxy

Eine weitere, seltene Misshandlungsformen, die in der vorliegenden Arbeit vertieft wird.

2.2 Die Misshandlungsformen im Bezug auf das MbpS

MbpS gilt als kombinierte Form der Kindsmisshandlung. Das heisst, es kann keiner Misshandlungsform eindeutig zugeteilt werden. Das MbpS enthält Elemente aus der körperlichen und emotionalen Misshandlung sowie der Vernachlässigung (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Thyen, 2010).

Die Symptome, welche durch die Mütter erzeugt werden, bedrohen die körperliche Unversehrtheit des Kindes. Ebenso stellen die folgenden invasiven, diagnostischen Massnahmen und die invasiven Therapien eine körperliche Misshandlung dar.

Das betroffene Kind wird im Glauben gelassen es sei krank und leide tatsächlich an den Symptomen, welche die Mutter den Ärzten berichtet. Dadurch erfährt das Kind über eine lange Zeit eine negative-destruktive Einstellung gegenüber sich selbst, es wird emotional misshandelt.

Die herbeigeführten Symptome haben gesundheitliche Folgen für das Kind. Trotzdem ändern die Mütter ihr Verhalten nicht, wohlwissend, dass ihr Kind ohne die Manipulation gesund wäre. Dieser Zustand wird der Vernachlässigung zugeschrieben.

3. MbpS- ein erster Einblick

3.1 Definition

Das MbpS bezeichnet eine Sonderform der artifiziellen Störungen. Artifizielle Störungen zeichnen sich durch Krankheitssymptome aus, welche durch die Person selbst aggraviert, vorgetäuscht oder künstlich erzeugt werden. Dadurch möchten die Betroffenen Aufenthalte in Spitälern, medizinische Behandlungen oder invasive Diagnostik erreichen. Bei den artifiziellen Störungen handelt es sich um ein zwanghaftes Verhalten, welches von 80% der Betroffenen nicht beendet werden kann. Die Sonderform des MbpS bedeutet eine artifizielle Störung, welche nicht an sich selbst, sondern stellvertretend (by-proxy) an deren Kindern oder anderen Kindern welche unter ihrem Schutz stehen ausgeübt wird (Deegener, 2005).

Da es sich beim MbpS um eine schwer zu diagnostizierende Störung handelt, ist es naheliegend, dass die Entdeckung als erwiesene Erkrankung einige Zeit dauerte. Um einen ersten Einblick in diese komplexe Diagnose zu erhalten, ist die Entstehungsgeschichte der MbpS Diagnose relevant und hilft ein erstes Bild, dieser schwer verständlichen Erkrankung zu schaffen. Die darin enthaltenen Fallbeispiele sollen aufzeigen, wie diese Diagnose im medizinischen Alltag vorkommen könnte.

Von der „Fabricated Story“ zur klassifizierten Erkrankung

Der Begriff MbpS geht auf den britischen Professor Roy Meadow zurück. Er veröffentlichte 1977 zwei Fälle in einer medizinischen Fachzeitschrift. Im ersten Fall beschreibt Meadow eine Mutter, welche ihr Kind über sechs Jahre hinweg krank gemacht hat. Von Geburt an hatte die Mutter dem Urin des Kindes Blut und seröse Flüssigkeit beigemischt. Unzählige diagnostische Massnahmen und Therapien waren die Folge. Erst im sechsten Altersjahr wurde erkannt, dass das absolut gesunde Kind Opfer einer „Fabricated Story,, war. Die Mutter wurde in einer Psychiatrischen Klinik therapiert und das Kind erholte sich vom Moment der Trennung zur Mutter rasant (Meadow, 1977 zitiert in Fischer, 2016).

Im zweiten Fall wird eine Mutter beschrieben, welche ihr Kind erstmalig im Alter von sechs Wochen in einer Kinderklinik vorstellte. Wegen Emesis und Somnolenz kam es zur ersten stationären Aufnahme. Weitere, unzählige stationäre Aufnahmen folgten im Jahr darauf. Ausgeprägte Hybernatriämie wurde diagnostiziert und behandelt. Während der stationären Aufnahme zeigten sich die Symptome rasch regredient. Erst im Alter von 14 Monaten fiel den Ärzten und Ärztinnen auf, dass die plötzliche Somnolenz nie im stationären Setting aufgetreten war, sondern immer nur im häuslichen Umfeld. Aufgrund dieser Beobachtung trennte man die Mutter von ihrem Kind. Rasch stagnierten die Symptome, bis zum Zeitpunkt als die Sperrzeit der Mutter aufgehoben wurde. Trotz dem Verdacht einer „Fabricated Story“

wurde das Kind wegen mangelnder Beweise nach Hause entlassen. Einige Tage später kam es zu einer erneuten Vorstellung. Dieses Mal kam jedoch jede Hilfe zu spät, das Kind verstarb noch auf der Notfallstation. Erst die Autopsie ergab traurige Klarheit. Die Mutter, welche als Pflegefachfrau arbeitete, hatte ihrem Sohn Speisesalz mittels einer Magensonde infundiert. Wobei die letzte Dosis tödlich endete (Meadow, 1977 zitiert in Fischer, 2016).

Meadow verglich dabei diese Fälle, die damals unter „Fabricated story“ bekannt waren, mit Patienten welche unter einem Münchhausen Syndrom litten. Schnell wurden eindeutige Parallelen erkannt. Für Meadow war klar, dass es sich um ein stellvertretendes Münchhausen Syndrom handeln muss und so war der Name des MbpS erstmal in der Medizin verwendet worden (Meadow, 1977 zitiert in Besteher 2014, S.5). Dieser ersten Publikation folgten zahlreiche Berichte über ähnliche Fälle aus der ganzen Welt. Bis heute steigen die Zahlen der gemeldeten Fälle rasant an. Zahlreiche Artikel und Bücher folgten auf die Entdeckung dieses Syndroms und später erschienen erste Studien (Plassmann, 2004).

Definition nach D. Rosenberg

10 Jahre lang galt die Definition von Meadow als vorherrschend, bis D. Rosenberg, eine renommierte Pädiaterin, diese auf Grund einer Literaturanalyse von 177 Fällen 1978 revolutionierte. Erstmals wurden Merkmale dieser Störung definiert, welche auch heute noch allgemeingültig sind.

- Bei einem Kind liegen Symptome vor, welche von den Eltern oder verantwortlichen Personen erzeugt worden sind.
- Das Kind wird mit dem Wunsch nach medizinischen Diagnostiken und invasiven Behandlungen vorstellig.
- Das Wissen über die Ursachen wird gegenüber Dritten verleugnet.
- Die Symptome sind regredient sobald das Kind von der Täterin/des Täters getrennt wird.

(Rosenberg, 1987 zitiert in Noeker& Keller, 2002)

Das MbpS im ICD-10 heute

Heute befindet sich die Definition des MbpS in der International Classification of Diseases (ICD). Darin enthalten sind ebenfalls vier Kriterien des MbpS. Die Kriterien der ICD beziehen sich auf den oder die Verursacher/in und nicht auf das geschädigte Kind wie bei D. Rosenberg, daher ist auch diese Definition für das medizinische Fachpersonal wichtig.

1. Gezieltes Herbeiführen oder Vortäuschen von physischen Krankheitszeichen bei einer Person, für die der Verursacher Verantwortung trägt.
2. Die Person stellt eine andere Person gegenüber Dritten als krank dar.
3. Externe Anreize für das Verhalten sind nicht vorhanden.
4. Das Verhalten kann nicht durch eine andere psychische Erkrankung begründet werden.

(Fischer, 2016 zitiert in DSM-5, 2013, freie Übersetzung der Autorin)

3.2 Formen des MbpS/ Täterprofile

Durch Analysen der bekannten Fälle gelang eine Profilerstellung der Täter/innen. Dabei war auffällig, dass sich die Täter/innen auf drei Profile aufteilen liessen. Diese drei Formen stellen einen wichtigen Teil der Theorie zum MbpS dar, denn damit können Fachpersonen auffällige Verhaltensmuster in der Praxis feststellen, mit der Theorie verbinden und daraus wichtige Schlüsse für ein MbpS Verdacht ziehen.

Active Includer - Die Aktiv Herbeiführenden

Diese Täter/innen lösen die physischen Symptome aktiv am Kind aus. Dieses Profil betrifft meist Mütter mit Kindern im Säuglings-/ oder Kleinkindalter. Die Symptome reichen von induzierter Apnoe oder Herzstillständen durch Erstickungsversuche und Carotis-Massagen bis hin zu Vergiftungen durch Laxantien, Emetika, Opiode, Sedativa oder Missbräuchen durch Injektionen von Insulin, Kochsalz oder Exkrementen. Viele dieser aktiven Symptominduktionen sind lebensgefährlich (Baumann&Yalow, 1981 zitiert in Jacobi 2008).

Doctor Addicts - Die Ärzte Süchtigen

Bei diesem Profil erfinden die Täter/innen die Symptome der Kinder, ohne sie aktiv auszulösen. Betroffen sind vor allem ältere Kinder. Die geschilderten Symptome können Epilepsien, Synkopen oder Psychosen sein. Die Ausscheidungen mit Fremdstoffen wie Blut, Tierfleisch oder seröser Flüssigkeit zu manipulieren gehört ebenfalls zu dieser Form (Meadow, 1977 zitiert in Jacobi 2008).

Help Seekers - Die Hilfesuchenden

Hilfesuchende melden sich immer wieder in Praxen und Notaufnahmen. Typische Angaben sind dabei, dass das Kind nicht richtig essen oder trinken kann. Das Kind sei nicht groß oder schwer genug für sein Alter, oder es entspreche nicht der normalen Altersentwicklung. In der Regel sind diese Täter/innen unproblematisch und der Übergang zu einer beispielsweise besorgten Mutter ist fließend. (Waller&Eisenberg, 1980 zitiert in Jacobi 2008).

Durch die Motiv-/ und Handlungsunterschiede der einzelnen Profile kann zusätzlich zum ersten Verdacht auch das Risiko für das Kind eingeschätzt werden. So befindet sich zum Beispiel ein Kind eines Activ-Includer in grosser Gefahr. Es müssen zwingend schnelle und konkrete Handlungen erfolgen, um die Unversehrtheit des Kindes zu schützen. Bei der Gruppe der Help-Seeker hingegen, benötigt es keine vorschnellen Handlungen, die Kinder sind meist nicht physisch bedroht und die Täter/innen nur schwer von überfürsorglichen Erziehungspersonen zu unterscheiden. Die Doctor-Addicts greifen vor allem in die psychische Unversehrtheit ein. Auch hier besteht Handlungsbedarf, es bleibt jedoch genügend Zeit um alle Hinweise genau zu prüfen.

3.3 Epidemiologie

Statistisch tritt das MbpS relativ selten auf, jedoch gehört es zu den häufigsten nicht erkannten Erkrankungen unserer Breitengrade. Die Diagnose zu beweisen ist ein Detektivspiel für das gesamte Behandlungsteam und muss mit genügend Indizien bewiesen werden können. Daher wird weltweit von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak & Thyen, 2010). Eine vorsichtige Schätzung geht von einer jährlichen Zunahme von 1200 neuen Fällen in den USA aus. Dokumentierte Fälle des MbpS sind in 20 Ländern und in zehn Sprachen erschienen. Die kontinuierliche Meldung von neu entdeckten Fällen weltweit, zeigt dass sich dieses Misshandlungsmuster keineswegs nur auf die westliche Kultur beschränkt, sondern von internationaler Bedeutung ist (Feldmann, 2006).

4. Manipulation- ein Grundpfeiler der MbpS Diagnose

Wie gelingt es einer Person in der heutigen fortschrittlichen Medizin eine Geschichte mit erfundenen Symptomen zu erzählen, ohne dass dies über Monate bemerkt wird? Zu Recht stellt sich diese Frage, denn beim MbpS gelingt es der Täterschaft tatsächlich ohne ersichtliche Mühe, einen ganzen Fachstab an medizinischem Personal in die Irre zu führen.

Eine Antwort kann in der Manipulationstechnik gefunden werden. Damit ist es den Täter/innen möglich, Fachleute wie Ärzte und Pflegepersonen über einen langen Zeitraum zu täuschen, so dass ein artifizieller Hintergrund nur selten als Differenzialdiagnose erhoben wird.

Die Täuschung, beziehungsweise die aktiv herbeigeführten Symptome, lassen sich in ein theoretisches Modell von vier Stufen mit zunehmendem Schweregrad darstellen. Die Abbildung 3 stellt dieses Modell zum besseren Verständnis dar.

Die vier Stufen der Manipulation

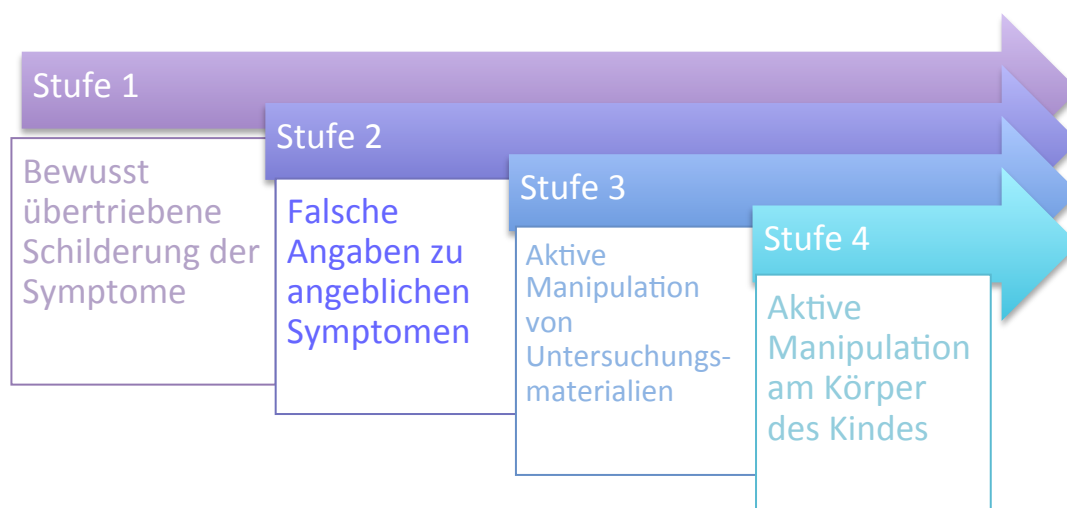


Abb.3

Oft entwickelt sich die Manipulation um das MbpS entlang der vier Stufen. Dabei gehen die Täter/innen immer invasiver vor. Die einzelnen Stufen müssen nicht nacheinander durchlaufen werden. Täter/innen können Stufen überspringen, oder sich während der gesamten Zeit in der gleichen Stufe befinden (Noeker, Musshoff, Franke, Medea, 2012).

Durch die Theorie der Manipulationsstufen gelingt uns ein Einblick in die Vorgehensweise der Täter/innen. Ihre Handlungen werden für Fachpersonen ersichtlich und vorstellbar. Die Theorie der Manipulation wird zudem benötigt, um rätselhafte Symptome von vorstelligen Kindern zu hinterfragen. Daher dient diese Theorie als Grundlage des nachfolgenden Kapitels.

5. Rätselhaft und gefährlich – Symptome und ihre manipulative Strategie

Viele Krankheitsbilder werden anhand ihrer Symptomkomplexe erkannt, so auch das MbpS. Dazu ist es nötig, die häufigsten künstlich herbeigefügten Symptombilder zu kennen und mit den Manipulationsstrategien zu vernetzen. Bereits bei der Anamnese kann eine Sensibilisierung auf das MbpS als bekannter Symptomkomplex helfen. Die Relation zwischen den geschilderten Symptomen und den angewendeten Manipulationstechniken erkannte Rosenberg bereits 1987. Diese sind noch heute fester Bestandteil der Diagnostik.

Zur Verdeutlichung der einzelnen Manipulationsstufen aus der Abbildung 3 werden diese mit den entsprechenden Nummern hinter den Manipulationsmethoden gekennzeichnet, beispielsweise (4) für Stufe vier der Manipulationsstufen. Dabei ist es wichtig, dass die vorgestellten Symptome erst in Verbindung mit dem MbpS gestellt werden, wenn keine andere pathologische Diagnose oder Begründung gefunden wird. Zudem hat die Stabilisierung des Zustandes oberste Priorität.

Blutungen

In 44 Prozent aller Fälle werden MbpS Opfer mit Blutungen jeglicher Art und mit unterschiedlicher Intensität vorstellig. Die Blutungen werden von der Täterschaft erfunden, keine andere Person hat die Blutung beobachtet, mit Ausnahme der Täter/innen (1). Es gibt Fälle in denen die Kinder mit Fremdblut verschmiert wurden oder die Täterschaft die Ausscheidung des Kindes mit Farbe manipulierte (3). Die Kinder werden vorstellig mit Stich- oder Schnittverletzungen durch eine aktive Handlung der Mutter (4). Bei veränderten oder auffälligen Gerinnungswerten muss zudem eine Vergiftung mit Antikoagulantien in Betracht gezogen werden (4) (Plassmann, n.d zitiert in Rosenberg, 1987). Die Blutungsquellen können dabei zur Diagnosestellung verhelfen. Mittels toxikologischem Screening oder Blutgruppenbestimmung sollte das Blut bei Verdacht untersucht werden. So kann der oder die Täter/in bestenfalls überführt werden (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2012).

Anfälle aller Art

Bei 42 Prozent der Fälle werden die Täter/innen mit geschilderten Anfällen vorstellig. Diese Spannweite reicht von beschriebenen zerebralen Anfällen über Apathien, Komazuständen bis hin zu beobachteten Apnoe. Normale Verhaltensweisen von Kindern werden übertrieben geschildert (1) meist jedoch schlicht erfunden (2). Wird ein Kind häufig mit einem anfallartigen Beschwerdebild vorstellig, muss eine Manipulation mit Elektrolyten oder Zentralnervensystem wirksame Antidepressiva ausgeschlossen werden (4) (Plassmann, n.d zitiert in Rosenberg,1987). Dazu kann ein Medikamentenspiegel im Blut oder eine Urinanalyse zur Diagnose führen. Bei herbeigeführten Apnoen sind oft Druckstellen an Nase

und Mund, Petechien oder Stauungsblutungen zu beobachten (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2012).

Bewusstseinsstörungen

Mit 19 Prozent die dritthäufigste Eintrittsdiagnose beim MbpS sind Zustandsbilder von Somnolenz bis zum Koma. Auch diese können von der Täterschaft nur als das wahrgenommen werden (1), erfunden (2) oder von der Täterschaft aktiv ausgelöst sein (4). Ist der Zustand für das Behandlungsteam sichtbar, so gilt es wie immer den Zustand des Kindes zu verbessern und sein Leben zu retten. Danach können die einzelnen Gründe dafür eruiert werden. Bewusstseinsstörungen wurden mit Paracetamol, Insulin, Antidepressiva und Barbituraten herbeigeführt (Plassmann, n.d zitiert in Rosenberg, 1987). Diese können durch Blutanalysen, Urinproben und Test des Mageninhaltes aufgedeckt werden (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2012).

Häufige Symptome von MbpS Opfern sind des weiteren Diarrhoe, Erbrechen, Fieber oder Exanthem. (Plassmann, n.d zitiert in Rosenberg, 1987) Auch diese zeigen ein weites Spektrum an Manipulationsmerkmalen, welche sich von den beschriebenen kaum unterscheiden.

Durch die Techniken der Täter/innen, welche in diesem Kapitel behandelt wurden, kann ein neuer Blickwinkel auf die häufigsten Symptome entstehen. Zudem soll es zu konkreten Hypothesen der Symptomfabrikation führen, das heißt, eine Idee zu bekommen, wie die Symptome entstanden sind. Durch die Idee der Symptomfabrikation der Täterschaft können spezifische Untersuchungen angestellt werden, wie zum Beispiel die Suche nach infundierten Stoffen im Urin des Kindes.

6. Mehr als nur ein Bauchgefühl? Charakteristische Merkmale

Wenn das Verhalten der potentiellen Täterschaft genau beobachtet und mit den Symptomen des potentiellen Opfers verknüpft wird, ist dies ein erster Schritt zur Diagnose des MbpS. Im folgenden Kapitel konkretisiert sich ein Verdacht nun weiter. In der Literatur wird beschrieben, dass an den involvierten Personen kongruente charakteristische Merkmale aufgefallen sind, welche wichtige Hinweise auf ein MbpS liefern. Mit diesen beschriebenen Merkmalen und den Kenntnissen darüber ist ein weiterer Schritt zum begründeten Verdacht möglich. So wird aus einem Bauchgefühl eine begründete Verdachtsdiagnose. Eine Häufung der beschriebenen Merkmale, also der charakteristischen Warnhinweise, sollen dieses Bauchgefühl fachlich bestätigen (Krupinski, 2013). Dafür werden die involvierten Personen mit ihren charakteristischen Merkmalen in diesem Kapitel genau beleuchtet.

6.1 Opfer

Die Opfer weisen ein Durchschnittsalter von 48,2 Monaten auf und sind gleichmässig auf beide Geschlechter verteilt (Lips, 2017). Bei den Kindern werden persistierende und wiederkehrende Symptome festgestellt, welche auch nach mehrfacher und ausgedehnter Diagnostik und Hospitalisation keine plausiblen Erklärungen ergeben (Krupinski, 2006). Auch für erfahrene Pädiater/innen sind die Symptomkombinationen unbekannt und aussergewöhnlich (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2012). Die Symptome präsentieren sich bei MbpS-Opfern meist atypisch (Noeker, Keller, 2002). Trotz adäquater, symptomatischer Therapie zeigt sich keine klinische Besserung. Häufig werden Komplikationen der Therapiemassnahmen beschrieben (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010). Untersuchungsbefunde, Anamnese der erziehungsberechtigten Person sowie das klinische Bild, zeigen eindeutige Diskrepanzen. Die Laborbefunde sind physiologisch unplausibel. Das heisst, sie beinhalten atypische Substanzen oder unübliche Keimbildungen im noch jungen Körper (Noeker, Keller, 2002). Positiver Trennungstest und Symptomexazerbation während der Anwesenheit der Mutter sind zu beobachten (Feldmann, 2006). Es gilt zu bedenken, dass die oft noch kleinen Kinder emotional und physisch von ihrer Erziehungsperson abhängig sind, daher werden die Symptome und Geschichten von den Kindern glaubhaft geschildert und stimmen der Täterschaft bedingungslos zu. Oft sind die Opfer mit ihren Symptomen so stark manipuliert worden, dass sie sich ihrer Krankheit sicher sind.

6.2 Täter/innen

In der überwiegenden Zahl der Fälle wurden die Mütter als Täterinnen enttarnt. Die meisten wirken auf den ersten Blick psychisch unauffällig. Bei genauer Betrachtung zeigen sich jedoch Auffälligkeiten wie soziale Isolation, das Gefühl von Einsamkeit, Vernachlässigung oder physischer-/ sexueller Missbrauch in der eigenen Kindheit. Während der Aufenthalte im Spital zeigen sich die Mütter aufopfernd für das Kind und werden als engagiert, vertrauenswürdig, liebevoll und fürsorglich beschrieben (Krupinski, 2006). Deutlich wird auch die ungewöhnliche und schnelle Bindung zum medizinischen Personal. Es wirkt, als würde sie den Aufenthalt im Spital mögen und unnatürlich genießen (Meadow, 1985). Hervorstechend ist häufig auch die Vorbildung im medizinischen Bereich. Die Täter/innen wirken versiert in der medizinischen Theorie und benutzen ausgesprochen oft die Fachtermini. Zudem diskutieren sie aktiv weitere diagnostische Massnahmen mit und erzwingen dabei invasive Prozedere (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Then, 2010). Die Täter/innen bewegen sich oft zwischen drei Rollenbildern, um so die verschiedenen Berufsgruppen individuell herauszufordern. Dabei beschreibt Noeker die typische Täterin in der Rolle der fürsorglichen und liebevollen Mutter, in der Rolle der eiskalt berechnenden Täterin und in der Rolle der hilfsbedürftigen und durch die Krankheit des Kindes hoch belastete Mutter (Noeker, 2004).

Bei der Erhebung der Anamnese geben die Täter/innen bewusst falsche oder unvollständige Angaben. Meist verschweigen sie auch die häufigen Arztwechsel und ausgedehnten Untersuchungen der Spezialisten. Während des Aufenthaltes hält sich die Täterschaft immer beim Kind auf und verlässt die Koje/Zimmer auch nicht um auf die Toilette zu gehen (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak, Then, 2010). Meist weigern sich die Täter/innen auch den Raum während Strahlenuntersuchungen zu verlassen. Bei akuten Verschlechterungen bleiben die Täter/innen ungewohnt gelassen oder greifen das Behandlungsteam mit Aussagen zu deren Untätigkeit an (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

6.3 Umfeld und Familie

Auch die Familie spielt beim MbpS eine zentrale Rolle und die einzelnen charakteristischen Merkmale der Familie oder deren Strukturen können Hinweise für das Vorliegen eines MbpS geben.

Die Partner/innen

In der Literatur werden weitere Erziehungsberechtigte der Opfer und Partner/innen der Täter/innen nur selten erwähnt. Wenn, dann wird hauptsächlich von Vätern gesprochen. In einer Literaturanalyse werden die Väter als unbeteiligt, zurückhaltend und emotional von der

Familie distanziert beschrieben. Bei der Erziehung der Kinder sind sie kaum involviert. Im Umgang in der Ehe nimmt die Täterin als meist intellektuell überlegene Person die dominierende Stellung ein. Selten besuchen die Väter die Kinder im Krankenhaus oder begleiten die Familie auf die Notfallstation oder zum Pädiater. Oft wird ein hoher Arbeitsaufwand des Vaters als Grund angegeben (Morell& Tilley, 2012).

Nach der Aufdeckung oder Konfrontation wurde festgestellt, dass die Väter trotz einschlägiger Beweise die Ehefrau verteidigen und die Ärzte und Ärztinnen und Justiz als überdramatisierend darstellen. Bei der MbpS Diagnose wurde zudem eine Analogie zum innerfamiliären sexuellen Missbrauch durch Väter erkannt. Beim innerfamiliären sexuellen Missbrauch sind es oft die Mütter, welche wegschauen, oder die Taten nicht wahrhaben wollen. So scheint das MbpS eine umgekehrte Rollenverteilung zu haben, indem die Väter das gefährliche Spiel der Mutter tolerieren. Keiner der Väter gab an, jemals bemerkt zu haben, dass die Symptome nur im Beisein der Mutter auftreten. Daher ist bis heute nicht klar, ob sich die Väter in einer Rolle der Komplizenschaft befanden, tatsächlich nur ignorant waren oder aus Angst vor den Folgen nicht interagierten (Morell& Tilley, 2012).

Familienstruktur

Die Herkunftsfamilie der Täterschaft wird auffallend oft mit unerklärlichen Symptomen vorstellig. Ebenfalls wird ein ungeklärter Todesfall von Geschwisterkindern beschrieben. Die Partnerschaftsbeziehung gestaltet sich meist emotional distanziert und lastet auf der Täterschaft (Noeker, Keller, 2002).

Die spezifischen Merkmale, wie sie in diesem Kapitel beschrieben wurden, zeigen wichtige Warnzeichen auf, welche den Fachpersonen auf ein MbpS hinweisen können. Während der Anamnese auf der Notfallabteilung einer pädiatrischen Klinik oder Praxis können diese Hinweise hilfreich sein, um einen Verdacht zu überprüfen. Daher wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Red-Flag-Merkblatt erstellt, welches im Anhang zur Verfügung steht. Dies soll in der praktischen Anwendung als Hilfsmittel dienen. Es muss betont werden, dass es sich bei diesem Merkblatt nicht um ein evidenzbasiertes, geprüftes Screening Medium handelt. Das Red-Flag-Merkblatt dient ausschliesslich dazu, einen Verdacht mit den charakteristischen Merkmalen zu vergleichen und zu begründen. Mit einer Häufung an vorliegenden charakteristischen Merkmalen sollte die Diagnose des MbpS genauer abgeklärt werden, gibt jedoch noch kein Hinweis über das tatsächliche Vorliegen eines MbpS. Das Vorgehen beim begründeten Verdacht wird im nachfolgenden Kapitel behandelt.

7. Verdacht! Was jetzt? - Handlungsmassnahmen

Dass es kaum zu einer Diagnose kommt, gilt noch heute als Hauptgrund für die hohe Dunkelziffer und auch als Erklärungsansatz für die lange Misshandlungszeit, welcher MbpS Opfer ausgesetzt sind (Lips, 2017).

Die Verdachtsäusserung muss begründet und unter äusserster Vorsicht angegangen werden. Eine falsche positive Diagnose, das heisst ein diagnostiziertes MbpS, obwohl keines vorliegt, bedeutet, dass die Kinder fälschlicherweise aus einer funktionierenden Familie herausgenommen werden. Dadurch kommen die Kinder zu Schaden und zusätzlich wird der Familie jegliches Vertrauen ins Gesundheitswesen genommen.

Eine falsche negative Diagnose, das bedeutet das Übersehen eines MbpS, führt zu einer jahrelangen, unbemerkten Misshandlung des Opfers mit massiven physischen und psychischen Folgen (Noeker&Keller, 2002).

In der Theorie existieren Ansatzpunkte zum Management beim MbpS- Verdacht, welche im folgenden Kapitel dargestellt werden.

7.1 Handlungsempfehlungen Theorie

An erster Stelle steht der Schutz des Kindes. Dieser muss bei allen Handlungen zu jeder Zeit gewährleistet sein. Erst im zweiten Schritt wird versucht, ein Verdacht mit Beweisen zu erhärten. Mittels der zuvor behandelten Theorie kann ein Verdacht entstehen und konkrete Hypothesen der Symptombildung gefunden werden. Doch die Schwierigkeit besteht in der richtigen Handhabung dieses Verdachtes.

Wird ein Kind mit einem erhärteten Verdacht vorstellig, entsteht eine Chance und diese gilt es zu nutzen. Schöpft die Täterschaft Verdacht, wird das Kind schnell der medizinischen Obhut entzogen und der Täuschungskreislauf wird an einer anderen Stelle fortgesetzt. Auch können die Täter/innen bei nahendem Aufdecken der Diagnose psychisch dekompenzieren, was mit Suiziddrohungen oder Selbstverletzungshandlungen einhergehen kann (Krupinski, 2006). Daher ist eine Konfrontation mit dem Verdacht im notfallmedizinischen Setting kontraindiziert und ein strukturiertes Vorgehen unerlässlich.

Die Theorie gibt nur oberflächliche Auskunft über die Vorgehensweise bei einem konkreten Verdacht. Die folgenden Themen beschreiben die wichtigsten Schritte aus theoretischer Sicht.

Dokumentation

Die genaue Dokumentation stellt den ersten Teil des Prozedere dar. So soll von pflegerischer und ärztlicher Seite eine genaue Anamnese erfolgen. Eine ausführliche soziale und familiäre Anamnese ist notwendig (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

Zudem müssen bestehende Berichte der eigenen Klinik mit den vorstelligen Symptomen und der Anamnese verglichen werden. Durch die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen sind Berichte und Daten von zuvor aufgesuchten Ärzten/Ärztinnen und des zuständigen Pädiaters/der zuständigen Pädiaeterin einzuholen. Diese dienen zum erkennen endlicher Vorstellungen und verhindern doppelte invasive Massnahmen am Kind (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

In den Spitalakten sind auch die Angaben der Erziehungsberechtigten und Geschwisterkinder zu prüfen. Auch diese können eindeutige Hinweise liefern. Alle diese Daten müssen bei einer Verlegung dem Empfänger Spital lückenlos zur Verfügung stehen (Noeker& Keller, 2002).

Beobachtungen zur An-/Abwesenheit der Erziehungsperson sowie ein genauer Symptomverlauf sind zusätzliche Dokumentationsgrundlagen beim Verdacht eines MbpS (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

Alle diese Daten werden nach sorgfältiger Dokumentation mit den charakteristischen Merkmalen verglichen. Kommt es zu einer Anhäufung der Merkmale erhärtet sich der Verdacht. Die festgestellten Merkmale sind vom Arzt oder der Ärztin und der zuständigen Notfallpflegeperson genauestens zu dokumentieren.

Material

Um eine mögliche artifizielle Diagnose stellen zu können, werden zum späteren Zeitpunkt Beweise wichtig. Daher ist es von Vorteil bereits im Zuweisungsspital Hinweise zu asservieren. So müssen Blutentnahmen, Urinproben oder sonstige Entnahmen unbedingt laborchemisch aufbewahrt werden. Zwingend sind ebenfalls fotografische Dokumentationen von Symptom Präsentationen oder Verletzungen (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010). Die Spurensicherung ist bis maximal 72 Stunden nach Ereignis sinnvoll oder möglich. Ungewaschene Kleider sollen falls möglich sichergestellt werden. Um die Spuren nicht zu verwischen ist es untersagt das Kind zu waschen (Draths, Shavit, Neuhaus, Imahorn, 2016).

Information an Empfängerspital

Wird ein MbpS als mögliche Differenzialdiagnose durch den behandelnden Arzt oder Ärztin bestätigt, wird das vorgesehene Empfängerspital über den Verdacht informiert. Der Erstkontakt zum Empfängerspital wird via Telefon empfohlen, um in kurzer Zeit eine grosse Menge an Information zu garantieren. Die erhobenen Daten und Krankenakten werden vollständig und noch vor dem Eintreffen des Patienten/ der Patientin übermittelt. So hat das Empfängerspital die Möglichkeit weitere Schritte einzuleiten (Alber, 2018).

Überweisung an Kinderspital

Einem Verdacht nachzugehen ist im ambulanten Setting nur äusserst selten möglich. Sind alle beschriebenen Handlungen bereits erfolgt und ein Verdacht scheint von ärztlicher Seite plausibel, erfordern alle weiteren Handlungen eine stationäre Aufnahme (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010). Im notfallmedizinischen Setting der erwachsenen Medizin, wird daher eine Überweisung in eine umliegende pädiatrische Klinik empfohlen.

Wird ein Kind mit einem MbpS Verdacht in ein Schweizer Kinderkrankenhaus überwiesen, wird automatisch die Kinderschutz-Gruppe informiert. Diese nehmen sich dem Fall an und prüfen den Verdacht genauer. Daher ist für das Zuweisungsspital die Arbeit nach der Überweisung der Asservation und der vollständigen Dokumentation abgeschlossen (Alber, 2018).

Handlungsempfehlung in der Praxis

Um die Handlungsempfehlungen für das notfallmedizinische Setting praxisrelevant zu gestalten, wurde eine Algorithmus-Variante zusammen mit einem Pädiater unter Einbezug der Möglichkeiten im notfallmedizinischen ambulanten Setting und in Anlehnung der vorhandenen Theorien erarbeitet. Dieser Algorithmus steht im Anhang zur Verfügung und gilt nicht als geprüfte evidenzbasierte Handlungsanweisung sondern als Übersicht über einen sinnvollen Ablauf nach dem Verdacht.

8. Diskussion

Bei der Erarbeitung wurden keine fundamentalen Abweichungen in der Literatur erkannt. Aufgefallen sind trotzdem einige Punkte.

Die charakteristischen Merkmale der beteiligten Personen wurden in allen Quellen identisch beschrieben. Dies zeigt, dass die ausgearbeiteten Merkmale evidenzbasiert auf ein MbpS hinweisen können. Eine Gemeinsamkeit im Bezug auf die charakteristischen Merkmale der Täter/innen zeigt sich bei Noeker & Keller (2002), Krupinski (2006), Noeker, Musshoff, Franke, Madea (2010).

Die Theorie widerspricht sich hingegen in den Erklärungsansätzen zu den Beweggründen der MbpS Erkrankten. So besagt die Definition in DSM-5 (2013) bei Punkt drei, dass keine externen Anreize oder finanziellen Gewinne für das Verhalten eines MbpS Erkrankten vorhanden sind. Dem widersprechen Theorien von Rosenberg (1987), Schreier (2004) und Meadow (2002). Laut Schreier können durchaus externe Reize neben der Krankheitsrolle vorliegen. Auch Meadow (2002) beschreibt in seinen Fallbeispielen Familien, welche durch die artifizielle Erkrankung eines Kindes erhebliche finanzielle Unterstützung erhielten. Vor allem Schreier (2004) macht sich stark, den Punkt Drei der DSM-5 Definition zu ändern. Der Punkt Drei soll laut Schreier beinhalten, dass die externen Anreize kein Hauptmotiv einer Täterschaft darstellen, jedoch trotzdem ein Beweggrund einer MbpS Diagnose sein kann. Faust, (n.d.) ist der Meinung, dass finanzielle Anreize nicht die einzigen externen Anreize der Täter/innen sind. Seine Theorie beschreibt auch Versicherungsbetrug, Entziehung vom Wehrdienst und Erleichterung der Haftbedingungen als externe Anreize der Täter/innen. Diese Ansicht wird in keiner anderen Literatur erwähnt.

In mehreren Fallbeispielen von Meadow (1978) wurde von Geschwister Kindern von MbpS Opfern berichtet, welche an Sudden Infant Death Syndrom (SIDS) verstorben sind. Dieser Zusammenhang wird in den Theorien von Noeker & Keller (2002) bestätigt. In einer Studie von Hässler, Zamor und Weirich (2007) wird die Existenz des SIDS sogar in Frage gestellt und mit der Diagnose des MbpS begründet. So besagt diese Studie, dass die Todesursachen welche mit dem SIDS begründet würden, in Wirklichkeit unerkannte MbpS Fälle gewesen sein sollen. Der Blickwinkel aus dieser Studie wurde in keiner anderen Literatur aufgegriffen und auch nicht durch Experten und Expertinnen kommentiert.

9. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auf, dass das MbpS mit seinem artifiziiellen Charakter gegen sein Schattendasein anzukämpfen hat. Das MbpS, welches zu den fünf Kindesmisshandlungsformen zählt, gilt in der Fachwelt als wenig bekannt und erforscht. Mit einer Inzidenzrate von 0,4- 2,0 aus 100`000 Kindern im deutschsprachigen Raum ist das MbpS zudem weitaus seltener als die anderen Misshandlungsformen (Krupinski, 2006).

Die Zahlen sind jedoch trügerisch. So weiss man heute um die hohe Dunkelziffer der MbpS Diagnose (Herrmann, Dettmeyer, Banaschek& Thyen, 2010). Auch die geschätzte Todesrate von 9-10 Prozent aller MbpS Fälle spricht eine deutliche Sprache. So ist die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema MbpS für medizinische Fachpersonen unumgänglich und ein erster Schritt zur Abhilfe der hohen Dunkelziffer.

Um einen gezielten Verdacht eines MbpS erheben zu können, ist unter anderem die Theorie zu den unterschiedlichen Profilen des MbpS wichtig. Dabei zeigt sich der Unterschied zwischen den Activ-Inducers, welche durch gezieltes auslösen der Symptome das Kind in Lebensgefahr bringen. Weniger dramatisch hingegen die Help-Seekers, welche die Symptome des Kindes aggravieren oder erfinden, um Hilfe in ihrer Unsicherheit zu erhalten. Eine Mischform stellen die Doctor-Addicts dar. Diese verfälschen Ausscheidungen mit Fremdstoffen, um invasive Abklärungen zu erzwingen (Jacobi, 2008).

Die Manipulationstechniken, welche durch die Täter/innen angewendet werden, erweisen sich ebenfalls als wichtiger Anteil um ein MbpS verstehen zu können. Die Handlungen der Täter/innen werden durch die Theoriekenntnisse ersichtlich und das Risiko für das Opfer kann anhand des Stufen-Schemas der Manipulation eingeschätzt werden. Die Manipulationstechniken sind vielfältig und reichen von Vortäuschung, Krankenakten Fälschung, bis hin zum aktiven Auslösen von lebensgefährlichen Symptomen (Noeker et al. 2011).

Da ein MbpS Verdacht meist im medizinischen Setting gestellt wird, ist es essentiell, dass Ärzte, Ärztinnen und das pflegerische Personal über die Warnsignale einen MbpS informiert sind. So gibt es, wie bei anderen Krankheitsbildern, auch beim MbpS Anzeichen, dass ein MbpS vorliegen könnte. Dies war die Zentrale Fragestellung dieser Arbeit und wurde im Kapitel sechs ausführlich beantwortet. Die Zielsetzung, die sich aus dieser Fragestellung heraus ergab, wurde mit dem erstellten Red-Flag-Merkblatt erreicht. Anhand dieses Merkblattes, ist es möglich ein Screening in Verdachtsfällen durchzuführen. Das Merkblatt sollte grosszügig bei jeglichen Verdachtshinweisen angewendet werden. Je mehr charakteristische Merkmale zutreffend sind, desto eher erhärtet sich ein Verdacht. Ein Verdacht ergibt sich demnach aus der Häufung und Konfiguration der Merkmale und stellt

den wichtigsten Anteil zur Begründung einer Verdachtsdiagnose dar (Noeker& Keller, 2002). Bei dem erarbeiteten Red-Flag-Merkblatt handelt es sich nur um eine Hilfestellung und darf nicht als evidenzbasiertes, validiertes Assessmentinstrument verwendet werden.

Einige klinische Leitsymptome haben sich aus zahlreichen Fallanalysen von MbpS Fällen ergeben. So sind Blutungen (44%), zerebrale Krampfanfälle (42%), Komazustände/ Apathie (19%), Apnoen (15%), Diarrhoe oder Emesis (11%), Fieber unklarer Genese (10%) und Hautexantheme (9%) Leitsymptome eines MbpS (Noeker& Keller, 2002). Liegen diese Symptome bei einem Kind in Kombination mit charakteristischen Warnhinweisen vor, müssen Folgeschritte eingeleitet werden.

Diese Folgeschritte stellen das Prozedere beim MbpS-Verdacht im ambulanten Setting dar. Mögliche Massnahmen, die auf einer Notfallstation bei Verdachtsfällen getroffen werden können, sind Inhalt der zweiten Fragestellung dieser Arbeit. Die wichtigste Aufgabe im gesamten Prozedere besteht darin, die Warnhinweise aufmerksam wahrzunehmen (Noeker& Keller, 2002). Eine ausführliche Anamnese ist unerlässlich. Mittels des Red-Flag-Merkblattes im Anhang ist ein Screening anhand der Merkmale möglich. Die zutreffenden Merkmale müssen von Pflegepersonen, sowie von ärztlicher Seite lückenlos dokumentiert werden. Das Red-Flag-Merkblatt kann dabei als Unterstützung dienen. Durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen sind Berichte und Daten von zuvor aufgesuchten Ärzten und Ärztinnen und des zuständigen Pädiaters oder der zuständigen Pädiatricerin einzuholen, um den Verdacht zu erhärten und Wiederholungen von invasiven Massnahmen zu verhindern (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

Da das Verifizieren eines MbpS-Verdachts im ambulanten Setting nur in Ausnahmefällen gelingt, ist eine stationäre Aufnahme erforderlich. Eine Einweisung in ein umliegendes Kinderspital sollte angestrebt werden. Dazu sind einige Schritte vor der Verlegung notwendig.

Das Empfängerspital wird vom fallführenden Arzt oder der fallführenden Ärztin des Zuweisungsspitals informiert. Die Verdachtsdiagnose wird ausführlich geschildert und die Krankengeschichte kurz zusammengefasst. Das Empfängerspital hat so die Möglichkeit für Rückfragen und Zeit bis zum Eintreffen der Familie die Kinderschutz Gruppe zu informieren (Alber, 2018). Die eingeholten Daten zur Krankheitsgeschichte und die gesamte Dokumentation des Zuweisungsspitals werden dem Empfängerspital noch vor dem Eintreffen des Patienten oder der Patientin übermittelt (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010). Der Transport wird privat empfohlen, falls der Zustand des Kindes dies zulässt. Das Empfängerspital ist angehalten sich nach dem Eintreffen der Familie beim Zuweisungsspital zu melden, so dass die Dokumentation vollständig erfolgen und abgeschlossen werden kann (Alber, 2018). Falls es dem Zuweisungsspital möglich ist, können Materialien asserviert

werden. Diese können zu einem späteren Zeitpunkt wichtige Beweise erbringen oder die Diagnose bestätigen. Blut, Urin Kleider oder DNA Spuren sollen falls möglich aufbewahrt werden. Wichtig sind fotografische Dokumentationen von Symptompräsentationen oder Verletzungen (Noeker, Musshoff, Franke, Madea, 2010).

Eine Handlungsanweisung zu erarbeiten, welche im notfallmedizinischen Setting bei Verdachtsfällen befolgt werden kann, war ebenfalls Ziel dieser Arbeit. Im Anhang liegt ein Algorithmus vor, welcher in Zusammenarbeit mit einem Pädiater erstellt wurde. Er soll die Handlungsmassnahmen kurz und einfach darstellen und als Hilfestellung dienen. Grundsätzlich gilt jedoch folgendes:

Das MbpS stellt eine erhebliche Körperverletzung dar, welche zu psychischen Traumazuständen und lebensbedrohlichen Verläufen führen kann. Vorrangig ist dabei die sofortige Unterbrechung der Kette von weiteren Misshandlungsepisoden. Es ist die Pflicht jeder Fachperson, das Kindeswohl schnellst möglich sicher zu stellen (Noeker& Keller, 2002).

10. Reflexion

Bereits zu Beginn wusste ich, dass mein gewähltes Thema im Alltag der Notfallabteilung selten anzutreffen ist. Nichts desto trotz habe ich mich dazu entschieden, weil ich im Vorfeld festgestellt habe, dass kaum Wissen über dieses Thema vorhanden ist. Ich war überrascht, wie wenig fundiertes Wissen von Seiten der Notfallpflegepersonen, aber auch von ärztlicher Seite vorhanden war. Daher wollte ich mit diesem Thema auch ein Stück Aufklärungsarbeit leisten.

Genauso hatte ich wenig Vorwissen und musste mich von Grund auf einlesen. Die Literaturrecherche gestaltete sich schwieriger als erwartet, denn die Forschung zum Thema MbpS wurde ausschliesslich nach der Entdeckung dieser Erkrankung und um die Jahrhundertwende betrieben, was eine aktuelle Literaturanalyse verunmöglichte.

Das Thema hat mich von Anfang an fasziniert, so war es leicht für mich, Zeit zu investieren und ich war stets motiviert, weiter zu Arbeiten. Texte zu formulieren und Inhalte klar, strukturiert und verständlich zu verfassen war schwierig für mich und nahm viel Zeit in Anspruch. Die Arbeit mit verschiedenen Software-Programmen zur Erstellung von Titelbildern, Algorithmen oder Merkblättern war für mich neu. Davon habe ich jedoch sehr profitiert. Die Zeiteinteilung ist mir sehr gut gelungen. Da ich bereits im Dezember begonnen habe, hatte ich immer genügend Zeit um die Texte zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal kritisch zu betrachten und zu überarbeiten.

Durch meine gewählte Fragestellungen und meine Ziele war es mir möglich das Thema praxisrelevant zu gestalten und am Ende einen Output für meinen notfallmedizinischen Alltag zu erarbeiten. Es ist mir gelungen, einen fachrelevanten Überblick der Diagnose des MbpS zu geben. Die gewonnenen Ergebnisse scheinen mir logisch und die erarbeiteten Hilfsmittel sinnvoll. Die Fragestellungen konnte ich für mich zufriedenstellend beantworten. Nun freue ich mich, meine Arbeit an einer Teamsitzung des Notfallzentrums Zug vorzustellen und meine Erkenntnisse weitergeben zu dürfen.

11. Danksagung

Ein herzliches Dankeschön an meine Mentorin Sibylle Bracher für ihre kompetente und flexible Begleitung. Ebenso geht ein spezieller Dank an Dr. Romedius Alber für die fachliche Unterstützung und die Ausarbeitung des Algorithmus. Zudem danke ich all jenen, welche in irgendeiner Form einen Beitrag an dieser Arbeit geleistet haben.

12. Literaturverzeichnis

Zeitschriften:

- Hässler F., Zamorski, H., Weirich S.,(2007) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* S.237-246.
- Krupinski,M.(2006). Wenn Mediziner ungewollt zur Kindesmisshandlung verführt werden: Münchhausen-by –proxy-Syndrom. *Wiener medizinische Wochenschrift* 156/15/16, S.441-447
- Morell, B. & Tilley, DS.(2012) The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*. S.332-331
- Noeker, M. (2002) Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*11/2002, S. 1357-1369
- Noeker,M., Musshoff, F., Franke, I., Madea, B.(2012) Warnhinweise erkennen: Das Münchhausen-by -proxy-Syndrom. *CME/Springermedizin* 2012/9. S.5-18
- Plassmann, R (n.d) Der Arzt als Detektiv - Das Münchhausen by proxy Syndrom. *Psychotherapeutisches Zentrum Kitzberg*. S.1-16
- Rand, C.& Feldman, M. (2001). An explanatory Model for Munchhauen by proxy abuse. *Psychiatry in Medicine, Vol.31*. S.113-126
- Schmid, C. (2012) Optimus Studie Schweiz. *UBS Optimus Foundation* 2012. S.1-106
- Sonnenmoser, M. (2010) Rätselhaft und gefährlich. *Deutsches Ärzteblatt Heft 9/2010*, S.417-420

Bücher/ Broschüren:

- Alber, R.(2003) *Kindesmisshandlung-Kinderschutz aus systematischer Sicht*. Ohne Verlag
- Bast, U.(1990) *Gewalt gegen Kinder. Kindesmißhandlung und ihre Ursachen*. Berlin: Rowohlt Verlag

Deengener, D.(2005) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag

Gert, J. (2008) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Bern: Huber Verlag

Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Thyen, U. (2010) *Kindesmisshandlung (2.Auflage)*. Heidelberg: Springer Verlag

Jacobi, G.(2008) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Bern: Huber Verlag

Lips, U. (2011) *Ein Leitfaden zur Früherkennung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis*. Stämpfli Publikationen AG

Gespräche mit Experten:

Alber, R. Facharzt Kinder-/Jugendmedizin FMH, Zuger Kantonsspital& Praxis Kunterbunt, November 2017 und Februar 2018

Organisationen

Continuing Medical Education/CME (2012). *Warnhinweise erkennen: Das Münchhausen-by – proxy-Syndrom*. Heidelberg:Springer

Continuing Medical Education/CME(2010). *Münchhausen-by-proxy-Syndrom*. Heidelberg:Springer

Spitalregion Luzern/ Nidwalden(2016). *Vorgehen in Praxis bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch an Kindern*.

Online

Neue Zürcher Zeitung Online. (NZZ) *Die fürsorgliche Täterin*.(2003) Abgefragt am 30.10.2017 von <https://www.nzz.ch/article92RGA-1.321273>

Plassmann, R.(2004) *Der Arzt als Dedektiv-Das Münchhausen by Proxy Syndrom*.

Abgefragt am 07.12.2017, von http://www.ptz.de/fileadmin/media/pdf_19.08.05/M_nchhausen-by-proxy-Syndrom.pdf

Wiebel, B., (2013). *Der Mythos des harmlosen Lügenbaron*. Abgefragt am 5.11.2017 von <https://www.nzz.ch/der-mythos-vom-harmlosen-luegenbaron-1.17921004>

Wopmann, M.(2017) *Erneute Zunahme der Fälle von Kindsmisshandlungen an Schweizerischen Kinderkliniken*. Abgefragt am 07.12.2017, von

http://www.swisspaediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2016_d.pdf

World Health Organisation (2016) *Historie of ICD*. Abgefragt am 19.12.2017, von

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Abschlussarbeiten

Besteher, F.(2014) *Das Münchhausen by Proxy-Syndrom als Form der Kindesmisshandlung*.

Bachelorarbeit Bildung- und Erziehungswissenschaften. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Fischer, S.(2016) *Das Münchhausen by proxy Syndrom. Eine subtile Form der*

Kindesmisshandlung. Bachelorarbeit Bildung- und Erziehungswissenschaften. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Unterrichtsunterlagen

Lips, U.(2017). *Münchhausen Stellvertreter-Syndrom*. Schweizerische

Interessengemeinschaft Notfallpflege Herbstsymposium 2017.

13. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fuhrer, K. (2018) aus Daten von: Erneute Zunahme der Fälle von Kindsmisshandlungen an Schweizerischen Kinderkliniken(2017). Abgefragt am 07.12.2017, von http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2016_d.pdf

Abbildung 2: Fuhrer, K. (2018) aus Daten von: Erneute Zunahme der Fälle von Kindsmisshandlungen an Schweizerischen Kinderkliniken(2017). Abgefragt am 07.12.2017, von http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2016_d.pdf

Abbildungen 3: Fuhrer, K. (2018) aus Daten von: Vier Stufen der Manipulation (Noeker et al. 2011)

14. Anhang

I: Red-Flag Charakteristika

MERKMALE DER OPFER

- ❑ Persistierende Symptomatik, welche durch gründliche Diagnostik zu keiner Erklärung führt
- ❑ Auch erfahrende Ärzte finden keinen plausiblen Grund für die Beschwerden
- ❑ Atypische Symptome werden beschrieben
- ❑ Ausbleibender Therapieerfolg
- ❑ Gehäufte Komplikationen im Therapieverlauf
- ❑ Positiver Trennungstest (Symptome sind regredient nach Trennung der Mutter)
- ❑ Exazerbation der Symptome bei Anwesenheit der Mutter
- ❑ Untersuchungsbefunde und Klinik des Opfers sind inkongruent
- ❑ Häufige Aufenthalte im Spital, lange Krankenakte, interdisziplinäre Abklärungen
- ❑ Blutungen, Krampfanfälle, Apathie- und Komazustände, Apnoen, rez. Diarrhoe bzw. Emesis, Fieber unklarer Genese oder Hautausschläge sind sichtbare Symptome

MERKMALE DER MUTTER(Täterin/Täter)

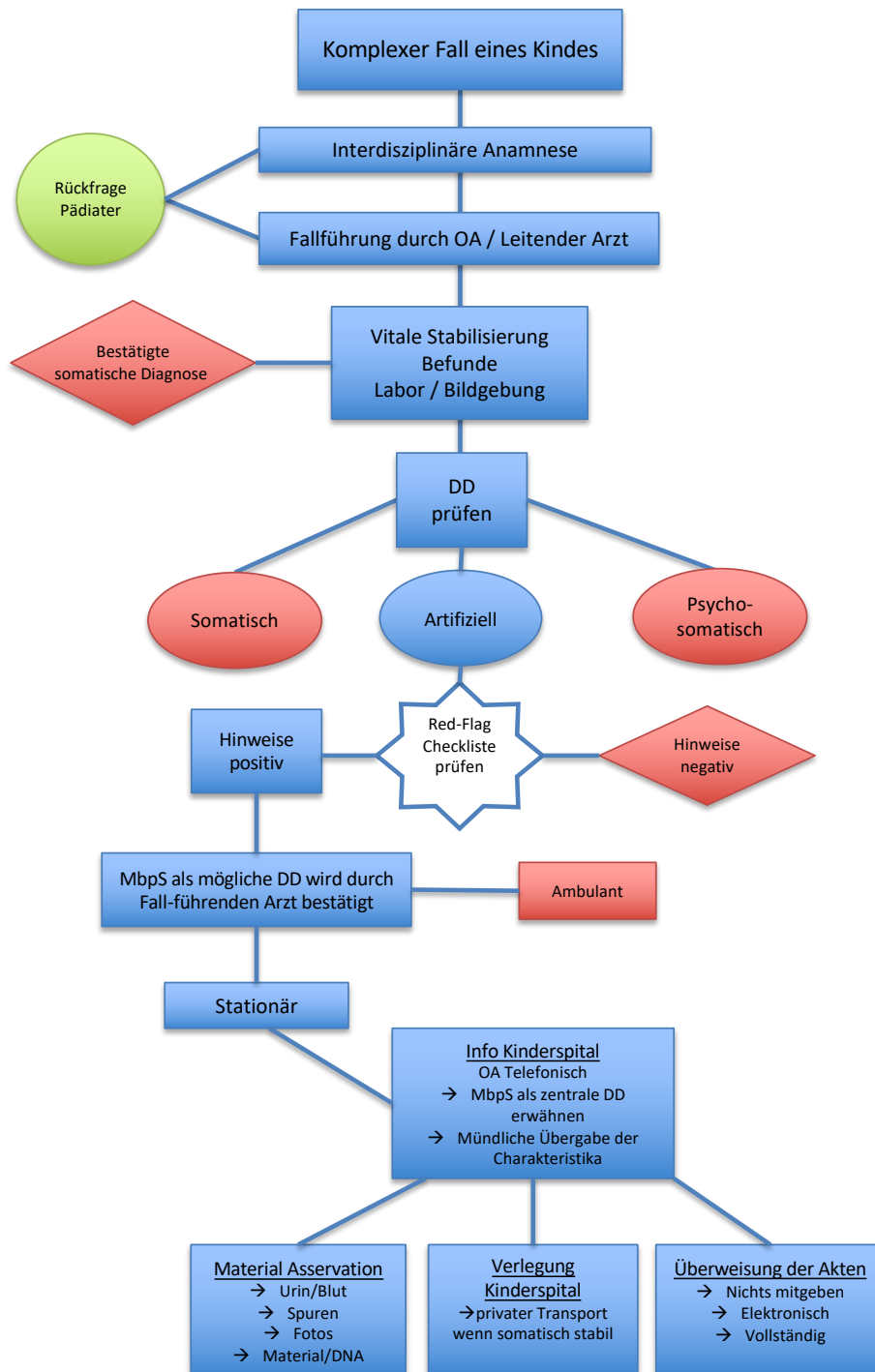
- ❑ Ständige, nicht trennbare Anwesenheit der Mutter während des gesamten Aufenthalts
- ❑ Auffällige Fürsorge und Aufopferung, engagiert in Pfllegetätigkeit und Arztgesprächen
- ❑ Aktive Suche nach sozialer Bindung zum Spitalpersonal
- ❑ Misshandlung in eigener Kindheit erfahren
- ❑ Spricht sich aktiv für invasive Diagnostik oder Therapie aus
- ❑ Ausbildung oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich spürbar
- ❑ Ungewöhnliche Gelassenheit auch in akuten physischen Krisen des Kindes
- ❑ Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme bei der Mutter
- ❑ Unvollständige oder fehlerhafte Anamnese des Kindes
- ❑ Verfälschung der psychosozialen Anamnese

MERKMALE DER FAMILIE / DES UMFELDS

- ❑ Verfälschung der psychosozialen Anamnese
- ❑ Unerklärliche Erkrankung oder Tod eines Geschwisterkindes ist bekannt
- ❑ In Herkunftsfamilie der Täterin ist anamnestischer Missbrauch bekannt
- ❑ Anamnese der Herkunftsfamilie der Täterin zeigt gesteigertes Krankheitsverhalten
- ❑ Auffällige emotionale Distanz in der Partnerschaft

II: Algorithmus

Algorithmus MbpS im notfallmedizinischen Setting



Als komplexer Fall gilt: Ab ESI Triage 3, mehrmalige Vorstellung, unklare Symptome, seltene Beschwerdebilder oder nicht Alters entsprechende Symptome

DD werden von Fall-führendem Arzt geprüft und den verschiedenen Untergruppen zugeordnet

Können artifizelle Hintergründe nicht ausgeschlossen werden, muss ein mögliches MbpS anhand der Red-Flag-Liste geprüft werden.

Eine stationäre Aufnahme soll angestrebt werden. Verweigern die Erziehungsberechtigten eine stationäre Weiterabklärung, ist das Verfolgen des MbpS nicht mehr möglich.

Asservierte Materialien werden im Spital des Erstkontakts gelagert.

Fuhrer & Alber, (2018)

III: Erklärung



Erklärung zur Diplomarbeit

Ich bestätige,

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und dass fremde Quellen, welche in der Arbeit enthalten sind, deutlich gekennzeichnet sind.

dass alle wörtlichen Zitate als solche gekennzeichnet sind.

dass ich das Prorektorat vorgängig informiere, wenn die Arbeit als Ganzes oder Teile davon veröffentlicht werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Bildungszentrum Xund über die Aufnahme der Diplomarbeit in der Bibliothek, einer Aufschaltung auf der Homepage des Bildungszentrums Xund oder auf Homepages von Fachgesellschaften entscheidet. Sie kann ebenso zu Schulungszwecken für den Unterricht in den NDS Studien AIN verwendet werden.

Ort und Datum:

Vorname, Name:

Unterschrift:

1.8.2017