

Dietmar Heubrock

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Probleme der familienrechtlichen Begutachtung bei einer seltenen Form der Kindesmisshandlung

Zusammenfassung

Das lange Zeit als extrem selten geltende Münchhausen-by-proxy-Syndrom gibt auch heute noch viele Rätsel auf, die eine rechtspsychologische oder -medizinische Begutachtung erschweren können. Der mentale Zustand der Täterinnen während der eigentlichen Schädigungen, die meist nicht vorhandene Einsichtsfähigkeit und der schwierige Nachweis eines aktiven schädigenden Handelns stellen die Begutachtung im Familienrecht vor große Herausforderungen. In familienrechtlichen Verfahren wurde die Möglichkeit von Münchhausen-by-proxy-Konstellationen erst in jüngerer Zeit als Variante im eskalierenden Streit um das Sorge- und Umgangsrecht erkannt, was dadurch begünstigt wurde, dass sich einige Merkmale der Täterinnen in den forensischen Settings unterscheiden. Auch erleichtert ein unkontrolliertes Agieren der Kindesmütter im eigenen Haushalt bei gleichzeitiger Abwesenheit des Vaters nach der Trennung entweder das Vortäuschen nicht vorhandener Erkrankungen oder aber aktives künstliches Schädigen. Eine in familienrechtlichen Verfahren nicht seltene Münchhausen-by-proxy-Konstellation betrifft den unbewiesenen Verdacht sexueller Missbrauchshandlungen, der bei dem Kind zu ungerechtfertigten Untersuchungen und Interventionen sowie zu Umgangsunterbrechungen mit einem Elternteil führen und damit eine Kindeswohlgefährdung darstellen kann. Fallbeispiele und „Frühwarnzeichen“ sollen hierbei die Sensibilität für das Münchhausen-by-proxy-Syndrom erhöhen.

Schlüsselwörter: Münchhausen-by-proxy-Syndrom, vorgetäuschte Störung, sexueller Missbrauch, Familienrecht

Abstract

Münchhausen-by-proxy syndrome, which has long been considered extremely rare, still has many obstacles that can complicate assessment in forensic context. The mental condition of the perpetrators during the actual damage, the usually non-existent insight and the difficult proof of an active harmful action entail great challenges for assessment in family law. In family law proceedings, the possibility of Münchhausen-by-proxy constellations has only recently been recognized as a variant in the escalating

DOI: 10.5771/2365-1083-2018-3-331

<https://doi.org/10.5771/2365-1083-2018-3-331>

Generiert durch IP '3.147.83.106', am 15.07.2024, 00:00:45.

Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

dispute over custody and contact rights, which was favored by the fact that some characteristics of the perpetrators differ in forensic settings. Also, an uncontrolled action of the child mothers in their own household with simultaneous absence of the father after separation facilitates either the faking of non-existent diseases or active artificial harm. A Münchhausen-by-proxy constellation, which is not uncommon in family law proceedings, concerns the unproven suspicion of sexual abuse, which can lead to unjustified examinations and interventions in the child and interruptions of contact with a parent and thus endanger the child's well-being. Case studies and "early warning signs" should increase the sensitivity for the Münchhausen-by-proxy syndrome.

Keywords: Münchhausen-by-proxy syndrome, factitious disorder, sexual abuse, family law

1. Einleitung

In Deutschland wurden im Jahr 2016 63.694 Kinder bis 14 Jahren Opfer von Straftaten (BKA, 2017), oft durch Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sowie gegen die körperliche Unversehrtheit. Eine seltene Variante der Kindesmisshandlung stellt das Münchhausen-by-proxy-Syndrom dar. Hierbei handelt es sich um eine besonders bizarre Form der Misshandlung, bei der die Täter - vorwiegend die Mütter - Krankheiten ihrer Kinder entweder erfinden oder auf unterschiedliche Weise selbst hervorrufen. Die Kinder werden häufig bei Ärzten oder in Kliniken vorgestellt („doctor hopping“), während die Täterinnen jede Kenntnis der Krankheitsursache bestreiten (vgl. Rosenberg, 2002). Da von den Täterinnen, selbst bei überzeugender Beweislage wie etwa dem in britischen Kliniken möglichen Video-Beweis, in der Regel kein Geständnis zu erwarten ist und da die kindlichen Opfer meist noch sehr jung sind und sich in einer engen Abhängigkeit von den misshandelnden Müttern befinden, gestalten sich die polizeilichen Ermittlungen in diesen Fällen außerordentlich schwierig (Der Spiegel, 2002). Auch eine in diesen Fällen herangezogene rechtspsychologische Begutachtung, die sich auf eine kriminalpsychologische Analyse, eine begleitende Unterstützung bei der Vernehmung der kindlichen Opferzeugen oder der Täterinnen oder aber auch eine Stellungnahme zur Schuldfähigkeit für die Staatsanwaltschaft oder das Gericht beziehen kann, ist mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Zum einen ist der Forschungsstand zum Münchhausen-by-proxy-Syndrom insgesamt defizitär, zum anderen ist die Motivlage und der mentale Zustand der Täterinnen zum Tatzeitpunkt noch immer rätselhaft; es verwundert vor allem, wie es den Täterinnen gelingen kann, in einem Zustand fehlender Einsichtsfähigkeit in die objektive Schädlichkeit des eigenen Handelns derart präzise Tathandlungen durchzuführen, dass die Opfer zwar immer wieder schwer geschädigt, nicht jedoch zu Tode gebracht werden.

Forensisch lässt sich das Münchhausen-by-proxy-Syndrom als eine besondere Form der Kindesmisshandlung einordnen (Nowara, 2005; Tishelman, Newton, Denton & Vandeven, 2006), so dass sich rechtlich zwei Ebenen ergeben:

- Familienrechtlich handelt es sich um eine Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (§ 171 StGB) und um eine Gefährdung des Kindeswohls gem. § 1666, 1666a BGB mit dem Erfordernis schnellen Handelns, einschließlich einer eventuellen Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt (Mertens, 2009; siehe auch die Fallbeschreibung bei Heubrock, 2001).
- Strafrechtlich ist eine Einordnung schwieriger; unter der Voraussetzung, dass das Opfer keine schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) oder den Tod erleidet, kommt hier meist eine Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) sowie eine Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (§ 171 StGB) in Frage.

In jedem Fall muss jedoch geklärt werden, welche konkreten Tathandlungen vorgenommen wurden (Mertens, 2009). Genau dieser Tatnachweis gestaltet sich jedoch gerade beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom sehr schwierig. Mindestens ebenso schwierig ist die Beurteilung der Schuldfähigkeit, die jedoch daran geknüpft ist, ob der Tatvorwurf überhaupt nachgewiesen werden kann.

2. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom“ wurde erstmals von Asher (1951) für Patienten benutzt, die mit besonderem Geschick Krankheiten vortäuschen, ohne dass tatsächlich eine ernsthafte Erkrankung vorliegt oder nachweisbar ist. Diese Patienten, deren Schilderungen an die Lügengeschichten des Barons von Münchhausen erinnern, schaden sich objektiv selbst und suchen dann wiederholt Ärzte auf, um in einem Krankenhaus aufgenommen und behandelt zu werden.

2.1 Häufigkeit, Mortalität, Täter und Opfer

Während sich beim Münchhausen-Syndrom die Betroffenen selbst schaden, fügen die Täterinnen beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom anderen, von ihnen abhängigen Menschen, meist ihren eigenen Kindern, Schaden zu, indem sie bei ihnen Krankheits-symptome vortäuschen oder hervorrufen (Eminson & Postlethwaite, 2000). Diese andere Person nimmt also die Rolle eines Stellvertreters (*engl.*: by-proxy) ein, weswegen in der deutschsprachigen Literatur auch die Bezeichnung „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“ verwendet wird (Feldman, 2006; Krupinski, 2013).

Es ist insofern gerechtfertigt, den Täterinnenkreis auf die Mütter der betroffenen Kinder nahezu einzuschränken, weil in mindestens drei Viertel aller Fälle die biologische Mutter des Kindes bzw. der Kinder die Täterinnen waren (Cunnien, 1997; Feldman, 2006; Sheridan, 2003). Weitere Tätergruppen sind mit den restlichen maximal 25% Großmütter, Stiefmütter oder Babysitter, also überwiegend ebenfalls andere Frauen; Väter nehmen mit 3% eine untergeordnete Rolle ein (Feldman, 2006). Unter den n=50 von Lorenc gesicherten Münchhausen-by-proxy-Fällen an deutschen Kinderkliniken waren bei 96% die leiblichen Mütter die Täterinnen, bei den übrigen 4% handelte es sich um eine Geliebte des Vaters sowie eine Pflegemutter (Lorenc, 2012).

Die Inzidenzrate wird mit ca. zwei Fällen auf 100.000 Kinder bei den unter 16-Jährigen angegeben (Klein & Püschel, 2004); international schwanken die berichteten Inzidenzraten allerdings zwischen 0,4 und 2 Fälle auf 100.000 Kinder (Krupinski, 2006), eine irisch-britische Studie nennt sogar eine Inzidenzrate von mindestens 2,8 Fällen pro 100.000 bei den unter einjährigen Kindern (McClure, Davis, Meadow & Sibert, 1996). Angesichts des schwierigen Nachweises ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen; einer amerikanischen Schätzung zufolge werden jährlich ca. 1.200 neue Fälle dokumentiert (Feldman, 2006). Die Mortalitätsrate wird auf 9% geschätzt (Cunnien, 1997; Rosenberg, 1987).

Die Annahme, dass es sich bei dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom um ein Phänomen westlicher Kulturen handelt, kann heute nicht mehr aufrecht erhalten werden; vielmehr konnte inzwischen gezeigt werden, dass Fälle nicht nur aus England, Frankreich, Spanien Deutschland und den Niederlanden, sondern auch aus Süd- und Zentralafrika, Saudi-Arabien, Oman, Indien, Pakistan und dem fernen Osten berichtet wurden (Feldman & Brown, 2002), so dass es sich um ein Misshandlungsmuster von internationaler Dimension zu handeln scheint (Feldman, 2006).

Betroffen sind in der Regel sehr junge Kinder (vgl. Paulk, 2001), weil Neugeborene und Kleinkinder dem künstlichen Schädigen keinen Widerstand entgegensetzen können und eine besonders enge Verbindung zwischen Mutter und Kind in dieser Lebensphase nicht auffällt; im Durchschnitt sind die Opfer 48,6 Monate alt (Sheridan, 2003). Künstliches Schädigen kann jedoch auch schon direkt nach der Geburt oder auch während der Schwangerschaft beginnen. So behauptete eine Mutter im fortgeschrittenen Teil der Schwangerschaft, dass sich ihr Fötus nicht bewege, was wiederum zahlreiche unnötige Untersuchungen zur Folge hatte, bis das Kind gesund zur Welt kam (Feldman, 2006).

Eine Geschlechterpräferenz ist bei den Opfern nicht vorhanden, Jungen und Mädchen sind annähernd gleich verteilt (Keller et al., 1997; Sheridan, 2003).

Auch bei bestehendem Verdacht eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms werden mehr als die Hälfte der Kinder nach einem Klinikaufenthalt wieder in die Obhut der Mutter übergeben (Lorenc, 2012), bei 6% der Opfer kam es danach zum Tod. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Todes liegt bei 18,8 Monaten (Sheridan, 2003). Auch in anderen Studien waren bei den Todesfällen alle Opfer unter drei Jahre (Rosenberg, 1987). Ältere Kinder wissen oft um die Manipulationen durch ihre Mütter, sie schützen diese aber durch loyale Verschwiegenheit (Krupinski, 2006). Zusätzlich zu einer Mortalitätsrate von 9% entwickelt bei den überlebenden Kindern über 50% der Betroffenen eine Langzeitmorbidität (Department of Health, 2008).

Auch die Geschwister der zunächst betroffenen Kinder sind gefährdet. Von den in der Studie von Sheridan (2003) beschriebenen Opfern hatten 25% Geschwister, die unter ungeklärten Umständen zu Tode kamen, und 61,3% der Geschwister ähnlich verdächtige Krankheitssymptome. In der Literatur wird immer wieder auch ein Zusammenhang zwischen dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom und dem plötzlichen Kindstod (auch „sudden infant death syndrome“, SIDS) hergestellt, bei dem der unerwartete Tod bei einem Säugling eintritt, der weder durch die Anamnese noch durch

postmortale Untersuchungen erklärbar ist. Schätzungen zufolge soll sich hinter 5% bis 11% dieser Fälle ein Infantizid verbergen, für den wiederum ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom in Betracht kommt (Häßler, Zamorski & Weirich, 2007).

2.2 Phänomenologie und Diagnostik

Es gibt mehrere Möglichkeiten, eine andere Person künstlich zu schädigen, etwa durch falsche Angaben zur Anamnese (vgl. Heubrock, 2007). Daraus kann dann aber auch eine Kindesmisshandlung im Sinne eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms werden, wenn eine Mutter von epileptischen Anfällen berichtet, unter denen ihr Kind leide. Mit einer solchen Vortäuschung veranlasst die simulierende Mutter eine medizinische Diagnostik und unter Umständen auch eine unbegründete Medikation, die sie selber dem Kind zu verabreichen hat. Nunmehr ist aus der vortäuschenden Mutter eine schädigende Täterin geworden. Die aktive schädigende Rolle der Täterinnen wird allerdings in denjenigen Fällen deutlicher, in denen die Gesundheitsstörungen bei dem Kind selbst direkt herbeigeführt werden, sei es durch Würgen oder das Zuhalten von Mund und Nase, um einen Atemstillstand zu produzieren. Daher kann ein Verdacht, der sich auf vorgetäuschte Symptome eines Kindes bezieht, ein „Frühwarnzeichen“ darstellen. Diese zu erkennen ist insbesondere deswegen bedeutsam, da zwischen den ersten Symptomen und der endgültigen Diagnosestellung im Durchschnitt 21,8 Monate vergehen, in denen sich das betroffene Kind in ständiger Gefahr befindet (Sheridan, 2003). Um diese lange Latenzperiode zu verkürzen, ist auch eine Kenntnis der am häufigsten vorkommenden Symptome wichtig, die auf Manipulationen im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms zurückzuführen sind (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Häufigkeit führender Krankheitssymptome in Münchhausen-by-proxy-Fällen (nach Sheridan, 2003; siehe auch Eckhardt-Henn, 2015).

Symptom	Häufigkeit in Prozent
Apnoen	26,8
Störung der Nahrungsaufnahme	24,6
Diarrhoe	20,0
(Krampf-) Anfälle	17,5
Zyanose	11,7
Verhaltensstörungen	10,4
Asthma	9,5
Allergien	9,3
Fieber	8,6

Eine Studie von Lorenc (2012), die sich ausschließlich auf nachgewiesene Fälle deutscher Kinderkliniken bezog, ergab für Störungen des Zentralen Nervensystems eine Häufigkeit von 40%, für alle Arten von Infekten 26% und für Atemstörungen 20%. Auch hier fällt die Präferenz für Atem- und neurologische Störungen auf.

Um bei einem grundsätzlich gesunden Kind derartige Krankheitssymptome vorzutäuschen, werden von den Täterinnen unterschiedliche Schädigungstechniken angewandt (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Ursachen und Symptome vorgetäuschter Erkrankungen bei Kindern (nach Keller, Noeker, Hilliges, Lenard & Lentze, 1997; Meadow, 1989).

Vorgetäuschte Symptome	Ursachen
Anfälle, Apnoen, Schwindel	Vergiftung, Ersticken, Druck auf Karotis
Blutungen	Mütterliches Blut (z.B. Tampon), rohes Fleisch, Verschmieren kindlichen Blutes (z.B. Nase, Vulva)
Fieber	Erwärmtes Thermometer, manipulierte Temperaturkurven, Injektion kontaminierten Materials in die Vene oder in einen Zentralen Venenkatheter
Durchfälle	Gabe von Laxantien
Erbrechen	Mechanische Induktion oder Gabe von Salz und Emetika
Bluthochdruck	Manipulation der Blutdruckkurven oder Manschetteninstruktionen
Hautausschläge	Mechanische Läsionen der Haut, Ätz- und Farbstoffe
Nierensteine	Gries in kindlichem Urin, der zuvor mit Blut kontaminiert wurde
Koterbrechen (Miserere)	Erbrechen induzieren und mit Stuhl vermengen
Gedehstörungen	Nahrung vorenthalten, verdünnen oder aus der Magensonde abziehen

Die Nähe zu vorgetäuschten Störungen hat dazu geführt, dass auch das Münchhausen-by-proxy-Syndrom sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-V unter den vorgetäuschten Gesundheitsstörungen gefasst wurde (Kapfhammer et al., 1998; Kapfhammer, 2017). Im ICD-10 kann das Münchhausen-by-proxy-Syndrom unter T74.8 („Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen“) und zur Beschreibung der Täter unter F68.1 („Absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen“; WHO, 2014) verschlüsselt werden. Das DSM-V listet für das hier „Factitious Disorder Imposed on Another“ genannte Münchhausen-by-proxy-Syndrom vier konstituierende Kriterien auf, wobei die Diagnose für den Verursacher und nicht für das Opfer gestellt wird (APA, 2013):

- A. Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, in another, associated with identified deception.
- B. The individual presents another individual (victim) to others as ill, impaired, or injured.
- C. The deceptive behaviour is evident even in the absence of obvious external rewards.
- D. The behaviour is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.

Um die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom von medizinischem Personal überhaupt als vorgetäuschte Störung erkannt werden kann, lassen sich auch verschiedene Ansätze zur Beschreibung der entscheidenden

Merkmale finden. Als konkrete Orientierungshilfe hat sich hierbei eine Merkmalsliste von Rosenberg (1987) erwiesen:

1. Es liegt beim Kind ein Beschwerdebild vor, das nicht auf einer realen medizinischen Erkrankung beruht, sondern durch einen Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder herbeigeführt wurde.
2. Das Kind wird wiederholt zur medizinischen Untersuchung und Behandlung vorgestellt und aufwendigen sowie invasiven, für das Kind physisch und psychisch belastenden Untersuchungsprozeduren ausgesetzt.
3. Der Täter leugnet, die Ursachen der Beschwerden zu kennen.
4. Akute Symptome und Krankheitsanzeichen lassen nach, wenn das Kind vom Täter getrennt ist.

Auch wenn in dieser Kriterienliste die zentralen Merkmale auf der phänomenalen Ebene prägnant zusammengefasst sind, ist der Weg vom Verdacht bis zur Diagnosestellung oft noch sehr lang (vgl. Eckhardt-Henn, 2015). Vor allem die Sorge, Eltern Unrecht zu tun oder eine medizinische Differentialdiagnose übersehen zu haben, verhindert, dass Ärzte und Pfleger eine manipulative Verursachung in Erwägung ziehen und die Behörden einschalten (Krupinski, 2013).

2.3 Psychosoziale Merkmale der Täterinnen

Ähnlich wie bei Kindstötungen durch die leibliche Mutter, für die sich in empirischen Untersuchungen drei ungefähr gleich große homogene Täterinnen-Cluster finden ließen (Fisch, 2009), scheint sich auch für die Täterinnen des Münchhausen-by-proxy-Syndroms ein charakteristisches Persönlichkeitsbild abzuzeichnen.

Nach außen hin wirken diese Mütter auf ihr Umfeld ausgeglichen und engagiert (Rosenberg, 2002) und sehr häufig haben sie beruflich einen paramedizinischen Hintergrund oder sie sind in der Lage, sich medizinische Kenntnisse erstaunlich schnell und zuverlässig anzueignen (Meadow, 1989; Rosenberg, 1987). Eine formale medizinische Ausbildung haben zwischen 14,2% (Sheridan, 2003) und 27% (Rosenberg, 1987) der Täterinnen. Bools, Neale und Meadow (1994) interviewten 19 Mütter mit einem Münchhausen-by-proxy-Syndrom, die aktiv Schädigungen ihrer Kinder begangen hatten. Die Analyse konnte zeigen, dass das Durchschnittsalter der Mütter zum Tatzeitraum bei 25 Jahren lag, 15 von ihnen waren seinerzeit verheiratet (vgl. auch Paulk, 2001). Ebenfalls 15 der Täterinnen gaben an, während ihrer eigenen Kindheit an emotionaler Vernachlässigung oder unter sexuellem Missbrauch gelitten zu haben (vgl. auch Meadow, 1993; Paulk, 2001), bei fast allen Müttern konnte eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Die bisher untersuchten Fälle deuten darauf hin, dass bei den Täterinnen eine histrionische oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegt, bei der die Unfähigkeit zu authentischen Beziehungen im Vordergrund steht (Meadow, 1993; Paulk, 2001); als Diagnosen konnten auch die dependente Persönlichkeitsstörung, depressive Symptome und die narzisstische Persönlichkeitsstörung festgestellt werden (Bools, Neale & Meadow, 1994). Auffällig ist, dass sich in der Famili-

enanamnese sowohl bei Angehörigen als auch bei den betroffenen Täterinnen selbst eine längere und vielfältige Krankheitserfahrung findet, wodurch die spezifische Tatbegehung des Münchhausen-by-proxy-Syndroms erklärlich wird.

Als charakteristische Merkmale der Täterinnen lassen sich nach Krupinski (2006) und Noeker, Mußhoff, Franke und Madea (2010) folgende Verhaltensweisen feststellen:

Die Mutter

- wirkt engagiert, vertrauenswürdig, fürsorglich und liebevoll um das Kind bemüht;
- ist während des Klinikaufenthaltes ständig bei ihrem Kind anwesend, zum Teil unter massiver Vernachlässigung von Geschwisterkindern und anderen Familienangehörigen;
- entwickelt enge und vertrauliche Beziehungen zum Klinikpersonal;
- macht bei der Anamnese falsche oder unvollständige Angaben;
- besitzt medizinische Kenntnisse und schlägt oft invasive Untersuchungsmethoden vor;
- verhält sich ungewöhnlich gelassen bei einer gesundheitlichen Verschlechterung;
- hat oder hatte in der Vergangenheit ähnliche gesundheitliche Probleme wie das behandelte Kind.

Die ständige Anwesenheit der Täterinnen in der Klinik und die damit verbundene enge Beziehung zum Opfer werden als nahezu symbiotisch beschrieben (Keller, Noeker, Hilliges, Lenard & Lentze, 1997). In der Folge nimmt das Klinikpersonal die Täterinnen als „ideale Fürsorgeperson“ wahr (Krupinski, 2013), so dass das engagierte und aufopferungsbereite Verhalten der Täterinnen die Beobachter in einen Zwiespalt bringt, dieses Verhalten mit einer aktiven Kindesmisshandlung überhaupt in Verbindung zu bringen (Noeker et al., 2010).

Zum Hintergrund fällt auf, dass die Väter in den betroffenen Familien nicht präsent sind; entweder haben sie die Familie verlassen, so dass Mutter-Kind-Dyaden oder – in Einzelfällen – Großmutter-Mutter-Kind-Triaden (auch „menage a trois“ genannt; siehe auch Heubrock, 2001) vorliegen, oder die physisch präsenten Väter spielen aufgrund ihrer submissiven Persönlichkeitsstruktur keine entscheidende Rolle im Familienverband (Keller et al., 1997). Diese Passivität ist unter Umständen aber auch als Unterstützung der Täterinnen zu sehen (Eckhardt-Henn, 2000); bei Konfrontation mit Misshandlungsvorwürfen reagieren die Väter zunächst abwehrend, ergreifen später aber meist Partei für ihre Frau.

3. Zur Frage der Schuldfähigkeit beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Die bisher bekannten Entstehungs- und Verlaufsbedingungen des Münchhausen-by-proxy-Syndroms liefern keine überzeugenden Erklärungen für das Verhalten der Täterinnen. Auch die Feststellung, dass die betroffenen Mütter offensichtlich überwiegend

an einer schwerwiegenden Persönlichkeitsstörung zu leiden scheinen, reicht nicht aus, die Spezifität dieser seltenen Form einer Kindesmisshandlung erschöpfend zu begründen. Vor allem die Frage nach dem mentalen und affektiven Zustand, in dem gleichzeitig die vorgetäuschte Fassade eines Krankheitsgeschehens, oft über lange Zeiträume, vorbereitet und aufrechterhalten wird, präzise dosierte Tathandlungen ausgeführt und weiterhin eine Beteiligung auch bei einer Konfrontation mit eindeutigen Beweisen wie Videoaufnahmen geleugnet wird, ist bislang weitgehend unbeantwortet geblieben. Sie stellt jedoch nicht nur für die Beurteilung der Schuldfähigkeit im strafrechtlichen Sinne die zentrale Frage dar, sondern ist auch für die Wirksamkeit öffentlicher Hilfen in Sorge- und Umgangsrechtsverfahren von großer Bedeutung; möglicherweise ergibt sich fallbezogen auch die Notwendigkeit der Einrichtung einer Ergänzungspflegschaft.

Erste Hinweise zu einem Verständnis dieses Aspektes ergeben sich aus dem Überwiegen der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, vorwiegend vom Borderline-Typ (Bools et al., 1994; Sheridan, 2003). Beim Borderline-Typ der Persönlichkeitsstörung kommt es zusätzlich zu einer mangelnden Impulskontrolle, einem streitsüchtigen Verhalten und einer ausgeprägten Affektlabilität auch zu einer Störung des Selbstbildes, zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen und zu einer Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten (Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011). Es findet sich eine als Identitätsdiffusion gekennzeichnete Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 2000). Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich am deutlichsten in den interpersonellen Beziehungen und können daher auch als Beziehungsstörungen aufgefasst werden (Eckhardt-Henn, 2015; Streek, 2000).

Tatsächlich zeigte sich bei an einem Münchhausen-by-proxy-Syndrom leidenden Patientinnen ein äußerst auffälliges Bindungsverhalten (Adshead & Bluglass, 2001). In Anlehnung an die Bindungstheorie von Bowlby (2010) wiesen 88% der untersuchten Münchhausen-by-proxy-Täterinnen einen unsicheren Bindungsstil auf, wobei in dieser Gruppe der Bindungstyp D („dismissing“) vorherrschte, der durch eine distanzierte und beziehungsabweisende Bindungseinstellung geprägt ist. Adshead und Bluglass (2001) schlussfolgern, dass unter einem Münchhausen-by-proxy-Syndrom leidende Mütter im Kontakt mit ihrem auf Fürsorge angewiesenen Kind eine emotionale Mischung aus Panik, Unsicherheit, Hilflosigkeit und Feindseligkeit empfinden und ihr Kind in einem kranken Zustand brauchen, um ihm überhaupt nahe sein zu können. Eine dritte Partei, in der Regel das Klinikpersonal, wird als Zeuge für ihr scheinbar fürsorgliches Verhalten benötigt, um Verhaltenssicherheit zu erlangen. Diese Dynamik zwischen Macht und Abhängigkeit scheint tatsächlich nicht nur den Umgang mit dem betroffenen Kind, sondern auch mit dritten Personen wesentlich zu bestimmen; sie ist auch ein charakteristisches Merkmal der Beziehungsgestaltung bei Patientinnen mit dem Borderline-Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (vgl. auch Adshead & Bluglass, 2005).

Die Nähe zum kranken Kind bei Münchhausen-by-proxy-Täterinnen wird auch von anderen Autoren als übertrieben symbiotische Mutter-Kind-Beziehung beschrieben (Heubrock, 2001; Keller et al., 1997; Sigal et al., 1989). Hierzu muss man sich vor Augen führen, dass in einer symbiotischen Beziehung beide Seiten einander für ihre je-

weiligen Bedürfnisse benötigen und sich gegenseitig instrumentalisieren. Bei Münchhausen-by-proxy-Müttern finden sich daher oft auch narzisstische Tendenzen (Bools et al., 1994), die mit einem ausgeprägten Selbstbezug und einem Mangel an Empathie einhergehen (Ritter & Lammers, 2007). Narzisstische Täterinnen sind offenbar in der Lage, emotional völlig unberührt von den Verletzungen ihrer Opfer, materiellen, emotionalen und sozialen Gewinn aus ihren Tathandlungen zu ziehen. Sie scheinen sich demnach von den Konsequenzen für ihre Opfer dissoziieren zu können, sofern die persönliche Belohnung ausreichend ist (Freyberger & Freyberger, 1997; Freyberger & Stieglitz, 2012; Sigal et al., 1989). Die persönliche Belohnung von Münchhausen-by-proxy-Täterinnen scheint vor allem in Aufmerksamkeit, Anerkennung und Mitgefühl zu bestehen, die durch die Rolle als scheinbar aufopferungsvolle Mutter eines kranken Kindes entsteht (van Marle, 2009). Möglicherweise soll die so erzielte Aufmerksamkeit auch dazu beitragen, selbst Hilfe zu erhalten (Eckhardt, 1989; Krupinski, 2006, 2013).

Sehr häufig kommt es bei den überwiegend weiblichen Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ auch zu Selbstverletzungen aus als unangenehm erlebten Zuständen, die von den Betroffenen als hohe Anspannung oder als das Gefühl von Leere oder Einsamkeit beschrieben werden. Diese als nicht aushaltbar erlebten Zustände können nur in Form selbstverletzenden Verhaltens zeitweise gelindert werden. Die selbstverletzenden Handlungen (meist „Ritzen“ mit scharfen Gegenständen) werden häufig in dissoziativen Zuständen vollzogen, die Selbstverletzungen dienen gewissermaßen als Antidissoziativum.

Diese Überlegungen führen zu der Hypothese, dass die eigentlichen Tathandlungen von Münchhausen-by-proxy-Müttern in einem *dissoziativen Zustand* geschehen. Hierfür spricht im Besonderen, dass einerseits manche Mütter selbst von der Sorgfalt berichten, mit der sie die Misshandlungen ihres Kindes geplant haben (Bools et al., 1994), andererseits leugnen die Täterinnen mehrheitlich die Durchführung der Misshandlungen vollständig (Noeker et al., 2010; Rosenberg, 1987).

Als Dissoziation wird ein psychischer Zustand verstanden, der es ermöglicht, verschiedenen mentale Prozesse und Inhalte voneinander zu trennen (Fiedler, 2013; Freyberger & Freyberger, 1997). Als nicht-pathologische dissoziative Zustände sind tiefe Entspannung, Hypnose oder Meditation bekannt. Die Grenze zwischen normalen und pathologischen Phänomenen kann durchaus fließend verlaufen (Freyberger & Stieglitz, 2012; Vogel, 2011). Dissoziative Störungen als pathologische Variante führen letztlich zu einem deutlichen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns (Fiedler, 2013). Der Verlust der integrativen Funktionen des Bewusstseins kann sich dabei auf die Identität, das Gedächtnis, Kognitionen und Affekte beziehen; körperbezogen kann es aber auch zu einer Dissoziation von Bewegung und Sinnesempfindungen kommen (Priebe, Schmahl & Stiglmayr, 2013).

4. Grauzonen des Münchhausen-by-proxy-Syndroms im Familienrecht

Die besonderen Merkmale des Münchhausen-by-proxy-Syndroms können durchaus erklären, warum gerade in familienrechtlichen Auseinandersetzungen mit einem im Vergleich zu anderen Settings häufigeren Vorkommen dieser Form der Kindesmisshandlung zu rechnen ist.

4.1 Münchhausen-by-proxy-Konstellationen in Sorge- und Umgangsrechtsverfahren

Zum einen werden Kinder gerade nach hoch konflikthafter Trennungen und Scheidungen regelmäßig zum Streitgegenstand und Auseinandersetzungsmittel (vgl. Dietrich, Fichtner, Halatcheva & Sandner, 2010), wobei die Kinder bei der sich entwickelnden stufenhaften Eskalation der Auseinandersetzung zunehmend aktiv in die Auseinandersetzungen einbezogen werden (Alberstötter, 2012; Bernet et al., 2010; Kadkhoa & Heubrock, 2015).

Im Zuge eines Streites um das Sorge- und Umgangsrecht vor dem Familiengericht müssen die streitenden Parteien zum einen nachweisen, dass es dem Wohl des Kindes am besten entspricht, wenn es seinen Lebensmittelpunkt bei einem der Elternteile hat. Gleichzeitig wird häufig versucht, dem anderen Elternteil eine Kindeswohlgefährdung nachzuweisen oder zu unterstellen, um auch Umgangskontakte mit diesem Elternteil zu unterbinden. Nahe liegender Weise kann dabei der betreuende Elternteil den „Heimvorteil“ des Lebensmittelpunktes hierzu gezielt nutzen. Er kann

- durch Vortäuschen oder künstliches Schädigen des Kindes einen fiktiven oder tatsächlichen Gesundheitszustand herbeiführen, der es dem anderen Elternteil scheinbar unmöglich macht, diesem ohne eine Kindeswohlgefährdung gerecht zu werden.
- Als eine zunehmend auftretende Sonderform des „Münchhausen-by-proxy-Syndroms“ im Zuge familienrechtlicher Auseinandersetzungen kann der betreuende Elternteil auch über den Vorwurf eines sexuellen Missbrauchs entweder durch den Kindesvater oder den neuen Lebenspartner der Kindesmutter gynäkologische oder rechtsmedizinische Untersuchungen sowie psychotherapeutische Interventionen bis hin zu mehrmonatigen stationären Aufenthalten in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung veranlassen. Diese stellen bei unbegründetem Verdacht einen Eingriff in die Unversehrtheit des Kindes und damit ihrerseits eine Kindeswohlgefährdung dar.

Hinsichtlich des Auftretens eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms in verschiedenen forensischen Settings ist zu beachten, dass die im Rahmen familienrechtlicher Auseinandersetzungen agierenden Mütter älter sind als dies für das klassische Syndrom beschrieben wird, demzufolge es sich bei den Täterinnen in der Regel um jüngere Mütter, charakteristischerweise Anfang bis Mitte 20 Jahre alt (Paulk, 2001), handelt. Diese Verschiebung des Durchschnittsalters ergibt sich allein daraus, dass ein gesundheitsbezogenes Agieren erst nach längerer gemeinsamer Familiengeschichte sowie nach der Trennungsphase und dann auch erst nach vorausgegangenen eskalierenden Sorge- und

Umgangsrechtsstreitigkeiten in Frage kommt. Aus einem schrittweise eskalierenden Trennungs- und Scheidungsverlauf ergibt sich auch, dass eine Münchhausen-by-proxy-Konstellation in familienrechtlichen Auseinandersetzungen nicht selten nach oder im Kontext einer Entfremdungsstrategie zur Anwendung kommt.

4.2 Fallbeispiele

4.2.1 Langjährige Traumatherapie bei unbegründetem Missbrauchsverdacht

Im Zuge eines mehrjährigen Streites um das Sorge- und Umgangsrecht der gemeinsamen Tochter erhob die Kindesmutter erstmalig kurz nach der Trennung von dem Kindesvater den Vorwurf sexueller Übergriffe nach einem Umgangskontakt. Dieser wurde ausschließlich mit „sexualisiertem Verhalten“ des Kindes begründet und führte zur Vorstellung des Mädchens in verschiedenen Beratungsstellen und -institutionen. Nachdem ein erstes Sachverständigengutachten für das Familiengericht zu der Einschätzung gekommen war, dass der Verdacht der Kindesmutter ausschließlich ihren fantasievollen Projektionen entsprungen sei, erhob die Kindesmutter wenig später erneut den Verdacht eines sexuellen Missbrauchs durch den Kindesvater, den sie nunmehr mit erheblichen zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten der Tochter, darunter extreme Zwangsgedanken und -handlungen, begründete. Das Mädchen wurde daraufhin kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht, wobei es auch zu einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt kam; erneut fand sich kein Hinweis auf sexuelle Übergriffe. In dieser Zeit wurden Umgangskontakte mit dem Kindesvater, auch durch einen Umzug in ein anderes europäisches Land mit dort ebenfalls erfolgenden therapeutischen Interventionen, unterbunden.

Gestützt durch systematische Beeinflussungen der Kindesmutter im Sinne eines elterlichen Entfremdungssyndroms und durch einen massiven Loyalitätskonflikt auf Seiten des Kindes lehnte das Mädchen schließlich Umgangskontakte mit dem Kindesvater vollständig ab, nachdem auch eine nunmehr involvierte Traumatherapeutin mit dem Kind ein tatsächlich nicht stattgefundenes „Trauma“ bearbeitete.

Dieser Fall endete trotz eines die Konstellation aufklärenden neuen familienrechtlichen Sachverständigengutachtens tragisch, da der Kindesvater kurz nach Zustellung des Gutachtens Suizid beging, den er mit der Aussichtslosigkeit seiner Bemühungen in dem Familiengerichtsverfahren begründete.

4.2.2 Medikamentöse Behandlung verschiedener nicht bestätigter Krankheiten

Zweifel an der Erziehungsfähigkeit ergaben sich für die Mutter von vier Mädchen, die zum Begutachtungszeitpunkt 8, 10, 14 und 17 Jahre alt waren. Das Jugendamt vermutete eine schwerwiegende psychische Störung der Kindesmutter und nahm die drei jüngeren Kinder durch Beschluss des Familiengerichtes in Bereitschaftspflege. Während der dann veranlassten Begutachtung zur Erziehungsfähigkeit zeigte sich, dass die

Gedanken der Kindesmutter bereits seit mehreren Jahren ausschließlich um vermutete Krankheiten der Kinder kreisten, die von ihr stets drastisch geschildert und auch selbst mediziert wurden. Als Verdachtsdiagnosen, die bei den Kindern zu zahlreichen stationären und ambulanten Klinikaufenthalten führten, wurden unter anderem das Asperger-Syndrom, Epilepsie, Diabetes, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, Asthma, Neurodermitis und Immunschwäche behauptet, für die sich durchweg nie ein Anhalt ergab. Dennoch wurden alle Kinder mit jeweils wechselnden Medikamenten behandelt. Durch den Hausarzt wurde zwischenzeitlich der Verdacht eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms geäußert, aber nicht konsequent weiter verfolgt. Auch die Ernährung der Kinder wurde entsprechend den jeweils behaupteten Diagnosen stets verändert, zeitweise durften die Kinder lediglich laktosefreie Milch, Sojamilch oder Ziegenmilch trinken. Weiterhin wurden bestimmte Obstsorten und andere Nahrungsmittel von der Kindesmutter verboten und eines der Kinder durfte nur mit einem Mundschutz das Haus verlassen. Auch die Kindesmutter selbst gab vor, an diversen Erkrankungen zu leiden; es zeigte sich, dass sie durch ihre eigene Selbstmedikation bereits eine chronische toxische Leberschädigung herbeigeführt hatte. Eine akute Kindeswohlgefährdung trat ein, nachdem eines der Mädchen von der Kindesmutter weiterhin mit Antiepileptika behandelt wurde, obwohl sich bei mehreren Untersuchungen in verschiedenen Kliniken kein Anhalt für eine Epilepsie ergeben hatte und die angeblichen dramatischen Krampfanfälle lediglich von der Mutter berichtet, niemals jedoch von Dritten beobachtet worden waren.

Bei der Begutachtung zur Erziehungsfähigkeit bewegte sich die Kindesmutter mit Unterarmgehstützen fort, obwohl Rentengutachten bei ihr keine nennenswerten Gesundheitsstörungen bestätigt hatten. Die Begutachtung ergab unter anderem, dass die Kindesmutter eigentlich einen medizinischen bzw. paramedizinischen Beruf hatte ergreifen wollen, diesen Wunsch durch die Schwangerschaften, d.h. wegen ihrer Kinder, nicht realisieren konnte. Durch die Begutachtung konnte herausgearbeitet werden, dass die Kindesmutter symbolisch stellvertretend diejenigen medizinischen Handlungen einschließlich des An- und Absetzens unnötiger Medikamente an ihren eigenen Kindern vornahm, die sie in einem medizinischen Beruf an Patienten hätte vornehmen wollen. In psychologischer Hinsicht „bestrafte“ sie einerseits durch unnötige und körperverletzende Handlungen ihre Kinder dafür, ihren Berufswunsch vereitelt zu haben, andererseits konnte sie sich selbst dabei jedoch suggerieren, durch diese Maßnahmen die angeblichen Erkrankungen ihrer Kinder kompetent zu behandeln.

4.2.3 Kontraindizierte Ernährung, Medikamente und Physiotherapie

Eine allein erziehende Mutter versuchte nach der Trennung, Umgangskontakte des Kindesvaters mit dem fünfjährigen Sohn der Kindeseltern mit der Begründung zu verhindern, dass der Kindesvater das Kind schlage; auch sei es während eines Umganges zu einem lebensbedrohlichen Hitzschlag des Kindes gekommen, allerdings konnten weder klinische Auffälligkeiten noch die von der Kindesmutter berichteten Verhaltens-

störungen durch Dritte bestätigt werden. Als schließlich auch der Junge selbst über Schläge, das Verweigern von Flüssigkeit, Brandverletzungen und Ausgesperrt-Werden durch den Kindesvater berichtete, wurde durch das Familiengericht eine Begutachtung veranlasst. Auch in diesem Fall zeigte sich, dass die Kindesmutter über eine paramedizinische Vorbildung verfügte. Sie hatte eine Ausbildung zur Altenpflegerin begonnen, diese jedoch wegen eines Bandscheibenvorfalles kurz vor dem Examen zur examinierter Altenpflegerin nicht abschließen können. Seither interessierte sich die Kindesmutter für Pädagogik und bezeichnete sich auch als Pädagogin, obwohl sie keine einschlägige Ausbildung absolviert hatte. Eine Fixierung auf Gesundheitsstörungen konnte mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in Verbindung gebracht werden, die zu einer Frühgeburt des Kindes und zu Gedeihstörungen mit einem gastroösophagealen Reflux, bei dem Mageninhalt in die Speiseröhre zurückfließt, geführt hatten. Diese vorübergehende Problematik und ein mutmaßliches KISS-Syndrom, eine umstrittene „Kopfgelenk-induzierte Symmetrie-Störung“, deren Existenz in der Schulpädiatrie überwiegend bestritten wird, hatten die Kindesmutter veranlasst, diverse Therapiemethoden anzuwenden, darunter eine zweifelhafte „Helmtherapie“, bei der bestimmte Schädellokalisationen durch das 23-stündige Tragen eines Helmes eingeengt und dadurch an ihrem Wachstum gehindert werden, sowie Osteopathie und Krankengymnastik nach der Vojta-Methode, bei welcher in verschiedenen Lagen bei dem Säugling durch Druck verschiedene Reflexe ausgelöst werden, wobei diese Therapie vom Kind als unangenehm erlebt wird. Zum Zeitpunkt der familienrechtlichen Begutachtung wurde mit dem Jungen nicht nur die Vojta-Therapie wegen angeblicher „Blockaden“ weiterhin durchgeführt; auch der nicht mehr vorhandene Reflux wurde von der Kindesmutter mit einer kompletten Ernährungsumstellung sowie mit Medikamenten „behandelt“. Die von der Kindesmutter angestrebte, „kurzfristige“ Unterbrechung der Umgangskontakte mit dem Kindesvater, womit sie einen Zeitraum von etwa zwei Jahren meinte, wurde auch mit der fehlenden Compliance des Kindesvaters bei der Anwendung der von der Kindesmutter verordneten „Schonkost- und Medikamenten-Liste“ begründet, die unter anderem ein Probiotikum, als fiebersenkendes Medikament Ben-u-ron-Saft, welches Paracetamol enthält und bei Kindern nur unter großer Vorsicht und bei exakter Dosierung einzusetzen ist, und Nurofen-Saft (ein Fieber- und Schmerzsaft für Kinder) enthalten hatte. Die dem Kindesvater übergebene Liste der Ernährungsempfehlungen und -verbote für den Jungen enthielten als „Schonkost“ bei mutmaßlichem gastroösophagealem Reflux unter anderen Banane, geriebenen Apfel und naturtrüben Apfelsaft, obwohl etwa Äpfel und auch naturtrüber Apfelsaft häufig viel Säure und auch Kohlendhydrate und Zucker enthalten und grundsätzlich bei einem gesicherten gastroösophagealen Reflux fett-, kohlehydrat- und zuckerarme Nahrungsmittel empfohlen werden.

5. Fazit

Während für viele Bereiche der rechtspsychologischen und –medizinischen Begutachtungspraxis – etwa zur Glaubhaftigkeitsbeurteilung und zur Schuldfähigkeit im Strafrecht oder zur Fahreignung und zur waffenrechtlichen Eignung im Verwaltungsrecht – zwischenzeitlich etablierte Begutachtungsroutinen entwickelt werden konnten, ergeben sich im Familienrecht weiterhin wenig bearbeitete diagnostische Dunkelfelder. Diese betreffen neben einer Einordnung von entfremdenden Verhaltensweisen bei Auseinandersetzungen um das Sorgerecht auch potenziell Kindeswohlgefährdende Schädigungen des Kindes durch ein Vortäuschen oder durch das aktive Herbeiführen von Krankheitszuständen und die daraus abgeleiteten diagnostischen und interventiven Maßnahmen im Sinne eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.

Wurde bereits die Bedeutung dieses Syndroms in klinischen Settings lange Zeit unterschätzt, scheint auch erst in jüngerer Zeit langsam deutlich zu werden, dass Münchhausen-by-proxy-Konstellationen bei Streitigkeiten um das Sorge- und Umgangsrecht offenbar weitaus häufiger vorkommen, als veröffentlichte Inzidenzraten nahe legen. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich einige demografische Merkmale der Täterinnen wie etwa das Lebensalter im Zuge von familienrechtlichen Auseinandersetzungen von denjenigen unterscheiden, die bei Täterinnen in anderen Settings als konstitutiv gelten. Auch wird unter dem Bindungsaspekt ein liebevolles Verhalten der Kindesmütter erwartet, das sich oft erst bei eingehender Begutachtung als überfürsorglich und bei genauem Hinsehen als unsicher-vermeidender Bindungsstil erkennbar wird. Weiterhin begünstigt die Abwesenheit des Kindesvaters nach einer Trennung ein ungehindertes Agieren der Kindesmutter, wenn das Kind im Haushalt der Mutter seinen Lebensmittelpunkt hat.

Es lassen sich in Bezug auf Fälle im Rahmen familienrechtlicher Auseinandersetzungen bestimmte Merkmale beschreiben, die auch in klinischen und in anderen forensischen Settings als „Frühwarnzeichen“ einer Münchhausen-by-proxy-Konstellation gelten. Hierzu gehören

- vorgetäuschte Erkrankungen des Kindes, für die sich in klinischen Untersuchungen kein Anhalt findet,
- eine Bevorzugung von Störungen des Zentralen Nervensystems, häufige oder chronische Infekte und Atemstörungen als behauptete Grunderkrankung des Kindes,
- eine biografisch begründete Fixierung auf Krankheiten, ein besonderes Interesse für medizinische Themen oder auch eine (begonnene oder abgebrochene) paramedizinische Ausbildung,
- Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ bei der Kindesmutter und
- als Besonderheit in familienrechtlichen Verfahren – wiederkehrende Vorstellungen des Kindes in Beratungsstellen, bei (Trauma-) Therapeuten und in Kliniken mit dem Verdacht eines sexuellen Missbrauchs, für den sich außer den von der Kindesmutter beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten kein Nachweis finden lässt.

Literatur

- Adshead, G., & Bluglass, K. (2001). Attachment representations and factitious illness by proxy: relevance for assessment of parenting capacity in child maltreatment. *Child Abuse Review*, 10, 398–410.
- Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 328–333.
- Alberstötter, U. (2012). Wenn Eltern Krieg gegeneinander führen - Zu einer neuen Praxis der Beratungsarbeit mit hoch strittigen Eltern. In M. Weber & H. Schilling (Hrsg.), *Eskalierete Elternkonflikte. Beratungsarbeit im Interesse des Kindes bei hoch strittigen Trennungen* (S. 29-51). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Asher, R. (1951). Munchausen's Syndrom. *The Lancet*, 257, 339–341.
- Bernet, W., von Boch-Galhau, W., Baker, A. J. & Morrison, S. L. (2010). Parental Alienation, DSM-IV. and ICD-11. *The American Journal of Family Therapy*, 38(2), 76-187.
- Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness: (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 69, 625–630.
- Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18, 773–788.
- Bolwby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.). (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland, Jahrbuch 2016, Band 2: Opfer, Version 1.0*. Zugriff am 20.7.2017. Verfügbar unter www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2016/pks2016_node.html.
- Department of Health (2008). *Safeguarding Children in whom illness is fabricated or induced*. Zugriff am 23.4.2014. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277314/Safeguarding_Children_in_whom_illness_is_fabricated_or_induced.pdf.
- Der Spiegel (2002). *Grausame Mutterliebe: Dokumentation*. Hamburg: Spiegel-Verlag. Zugriff am 6.3.2014. Verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=7sqYuw1hUSY&oref=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3D7sqYuw1hUSY&has_verified=1.
- Dietrich, P. S., Fichtner, J., Halatcheva, M., Sandner, E. (2010). *Arbeit mit hochkonflikthaften Trennungs- und Scheidungsfamilien: Eine Handreichung für die Praxis*. München: IFK-Verlag.

- Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Eckhardt, A. (1989). *Das Münchhausen-Syndrom: Formen der selbstmanipulierten Krankheit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Eckhardt-Henn, A. (2015). Artificielle Störungen. Heimliche Selbstbeschädigung. *Psychotherapeut*, 60, 18-24.
- Eckhardt-Henn, A. (2000). *Artificielle Störung und Münchhausen-Syndrom*. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 331-345). Stuttgart: Schattauer.
- Eisendrath, S. J. (1994). Factitious Physical Disorders. *Topics in Primary Care Medicine*, 160, 177-179.
- Eminson, M. & Postlethwaite, R.J. (2000). *Munchausen syndrome by proxy abuse: A practical approach*. Oxford: Butterworth & Heinemann.
- Feldman, M. D. (2006). *Wenn Menschen krank spielen: Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störungen*. München: Reinhardt.
- Feldman, M. D., & Brown, R. M. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect*, 26, 509-524.
- Feldman, M. D., Rosenquist, P., & Bond, J. P. (1997). Concurrent Factitious Disorder and Factitious Disorder by Proxy: Double Jeopardy. *General Hospital Psychiatry*, 19, 24-28.
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion: Trauma und Traumabehandlung* (3., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2013). *Dissoziative Störungen* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fisch, S. (2009). *Neugeborenentötung (Neonazid) – Eine Typologisierung der Fälle und Kindsmütter auf Basis einer Auswertung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsakten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bremen.
- Freyberger, H. J., & Freyberger, H. (1997). Artificielle Störungen und Dissoziation. *Medizinische Klinik*, 92, 46-48.
- Freyberger, H.J., & Stieglitz, R.D. (2012). Dissoziative Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (4. Aufl.; S. 613-621). München: Elsevier.
- 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*, 35, 237-246.
- Heubrock, D. (2001). Münchhausen by proxy syndrome in clinical child neuropsychology: A case presenting with neuropsychological symptoms. *Child Neuropsychology*, 2001, 7, 273-285.

- Heubrock, D. (2007). Forensische Neuropsychologie. In: S. Gauggel & M. Herrmann (Hrsg.), *Handbuch der Neuro- und Biopsychologie* (S. 639-651). Göttingen: Hogrefe.
- Kadkhodaey Y. & Heubrock, D. (2015). Psychische Auswirkungen hoch konflikthafter Scheidungen auf Kinder – die Kontroverse um das „Parental Alienation Syndrom“. *Rechtspsychologie – Zeitschrift für Familienrecht, Strafrecht, Kriminologie und Soziale Arbeit*, 2015, 1, 147-162.
- Kapfhammer, H.-P. (2017). Artificielle Störungen. *Nervenarzt*, 88, 549-570.
- Kapfhammer, H.-P., Rothenhäusler, H. B., Dietrich, E., Dobmeier, P. & Mayer, C. (1998). Artificielle Störungen - Zwischen Täuschung und Selbstschädigung. *Nervenarzt*, 69, 401-409.
- Keller, K., Noeker, M., Hilliges, C., Lenard, H. G. & Lentze, M. J. (1997). Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145, 1156-1162.
- Kernberg, O. F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45-56). Stuttgart: Schattauer.
- Krupinski, M. (2006). Wenn Mediziner ungewollt zur Kindesmisshandlung verführt werden: Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156, 441-447.
- Krupinski, M. (2013). Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In M. Grassberger (Hrsg.), *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern* (S. 283-291). Wien: Springer.
- Langer, A. (2002). *Das Kind als Objekt: Wenn Mütter zu Monstern werden*. Hamburg: Spiegel Verlag. Zugriff am 15.5.2014. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/sptv/special/a-187552.html>
- Langer, R. (2009). "A Dignified and Caring Mother:" An Examination of Munchausen Syndrome by Proxy Case Law. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16, 217-239.
- Lorenc, S. (2012). *Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in Deutschland - erste Daten*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Würzburg.
- McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchhausen Syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75, 57-61.
- Meadow, R. (1977). Munchhausen syndrome by proxy - the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 330, 343-345.
- Meadow, R. (1989). Munchhausen syndrome by proxy. *British Medical Journal*, 299, 248-250.
- Meadow, R. (1993). False allegations of abuse and Munchhausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 68, 444-447.

- Mertens, V. (2009). Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom und seine zivil- und strafrechtliche Bedeutung. *Neue Juristische Online-Zeitschrift*, 20, 1665–1681. Zugriff am 28.5.2014. Verfügbar unter <https://beck-online.beck.de/Default.aspx?typ=reference&y=300&z=NJOZ&b=2009&s=1665&n=1>.
- Morley, C.J. (1995). Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 528–538.
- Noeker, M., Mußhoff, F., Franke, I., & Madea, B. (2010). Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159, 265–276.
- Noeker, M. (2004). Artificielle Störung und artifizielle Störung by proxy. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 450–467.
- Nowara, S. (2005). Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 128–140). Göttingen: Hogrefe.
- Paulk, D. (2001). Munchausen Syndrome by Proxy: Tall tales and real hurts. *Clinician Reviews*, 11, 51–56.
- Plassmann, R. (2004). *Der Arzt als Detektiv: Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom*, 1–16. Zugriff am 16.6.2014. Verfügbar unter http://www.ptz.de/fileadmin/media/pdf_19.08.05/M_nchhausen-by-proxy-Syndrom.pdf.
- Priebe, K., Schmahl, C., & Stiglmayr, C. (2013). *Dissoziation: Theorie und Therapie*. Dordrecht: Springer.
- Ritter, K., & Lammers, C.-H. (2007). Narzissmus - Persönlichkeitsvariable und Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 57, 53–60.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: a literature review of munchausen syndrome by proxy, *Child Abuse and Neglect*, 11, 547–563.
- Rosenberg, D. A. (2002). Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Falsches Spiel mit der Krankheit. In M. E. Helfer (Hrsg.), *Das misshandelte Kind: [körperliche und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch, Gedeihstörungen, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Vernachlässigung]* (S. 615–641). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rosenberg, D. A. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse and Neglect*, 27, 421–430.
- Sachsse, U. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten: Psychodynamik, Psychotherapie ; das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung* (6. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sanders, M. J., & Bursch, B. (2002). Forensic Assessment of Illness Falsification, Munchausen by Proxy, and Factitious Disorder, NOS. *Child Maltreatment*, 7, 112–124.

- Schatz, D. (2009). *Dissoziation, Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenie: Syndromalität oder Komorbidität?* Unveröffentlichte Dissertation, Universität Greifswald.
- Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse and Neglect*, 26, 537–549.
- Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 126–143.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect*, 27, 431–451.
- Sigal, M., Gekkopf M., & Meadow, R. (1989). Munchausen by Proxy Syndrome: The Triad of Abuse, Self-Abuse, and Deception. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 527–533.
- Souid, A.-K., Keith, D. V., & Cunningham, A. S. (1998). Munchausen Syndrome by Proxy. *Clinical Pediatrics*, 37, 497–503.
- Streek, U. (2000). Diagnose Persönlichkeitsstörung: Zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 99-113). Stuttgart: Schattauer.
- Tishelman, A.C., Newton, A.W., Denton, J.E. & Vandeven, A. M. (2006). Child physical abuse and neglect: Medical and other considerations in forensic psychological assessment. In S.N. Sparta & G.P. Koocher (eds.), *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents* (pp. 175-189) Oxford: University Press.
- Van Marle, H. (2009). Mental disorders and criminal behaviour. In R.N. Kocsis (ed.), *Applied Criminal Psychology. A guide to forensic behavioural sciences* (pp. 5-19). Springfield: Thomas.
- Vogel, M. (2011). Dissoziation: Tradition, Bedeutung und Wesen eines psychischen Phänomens. *Psychotherapeut*, 56, 345–357.
- World Health Organization (WHO). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. ICD-10 German Modification, Version 2014. Zugriff am 10.6.2014. Verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/kl assi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/html>.
- Zamorski, H., Weirich, S. & Häßler, F. (2008). Münchhausen-Syndrom by proxy (MBPS). In F. Häßler, R. Schepker & D. Schläfke (Hrsg.), *Kindstod und Kindstötung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kontakt:

Prof. Dr. Dietmar Heubrock
 Universität Bremen
 Institut für Rechtspsychologie
 Grazer Straße 2
 D-28359 Bremen
 heubrock@uni-bremen.de

**Die Untersuchungshaft**

Eine Untersuchung unter rechtsdogmatischen, kriminologischen, rechtsvergleichenden und europarechtlichen Aspekten

Von PD Dr. Christine Morgenstern

2018, 880 S., geb., 179,- €

ISBN 978-3-8487-4182-3

eISBN 978-3-8452-8487-3

(*Neue Schriften zum Strafrecht, Bd. 13*)

nomos-shop.de/29889

Untersuchungshaft – zu häufig, zu lang, zu oft gegen Fremde? Freiheitsrecht und Unschuldvermutung sind Menschenrechte von zentraler Bedeutung, eine Inhaftierung darf daher nur ultima ratio der Sicherung eines Strafverfahrens sein. Inwiefern dies in Deutschland und anderen europäischen Staaten der Fall ist, beleuchtet diese Schrift.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos