

Aus der Abteilung für Forensische Psychiatrie
in der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Universitätsklinikum Würzburg
Anstalt des öffentlichen Rechts
Professor Dr. med. Martin Krupinski

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in Deutschland
- erste Daten -

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von
Simone Iris Lorenc, geb. Lindhof
aus Bensheim

Würzburg, November 2011

Referent: Professor Dr. M. Krupinski

Korreferent: Professor Dr. H. M. Straßburg

Dekan: Professor Dr. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung : 27.11.2012

Die Promoventin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Allgemeiner Überblick	1
1.2 Zielsetzung der Studie	14
2. Patienten und Methode	16
3. Ergebnisse	20
3.1 Allgemeine Fallzahlen	20
3.2 Datenbereinigung	20
3.3 Gesicherte Fälle	22
3.3.1 Opfer	22
3.3.2 Verursachende Person	23
3.3.3 Vorfeld	25
3.3.4 Verlauf	25
3.3.5 Geschwisterkinder	28
3.3.6 Symptome	29
3.4 Verdachtsfälle	30
3.4.1 Opfer	30
3.4.2 Symptome	31
3.4.3 Verursachende Person	31
3.4.4 Verlauf	33
3.4.5 Vorfeld	33
3.4.6 Folgen	33
3.4.7 Geschwisterkinder	33
3.5 Korrelationsberechnungen	34
4. Diskussion	37
4.1 Auswertung	38
4.1.1 Alter des Opfers	38
4.1.2 Geschlecht des Opfers	40
4.1.3 Verursachende Person	40
4.1.4 Alter der Verursachenden Person	41
4.1.5 Partnerschaft	42

4.1.6 Erkrankungen der Verursachenden Person	42
4.1.7 Sorgerechtsentzug	42
4.1.8 Strafrechtliche Schritte	43
4.1.9 Mortalität	43
4.1.10 Symptome.....	44
4.1.11 Weiterer Verlauf.....	44
4.1.12 Geschwisterkinder	45
4.1.13 Sonstiges.....	46
4.2 Hypothesen.....	48
4.3 Signifikante Ergebnisse.....	50
4.4 Praktische Konsequenzen.....	51
5. Zusammenfassung.....	53
6. Literatur.....	56

Anhang

Danksagung

Lebenslauf

1. Einleitung und Problemstellung

1.1 Allgemeiner Überblick

In einem geschichtlichen Abspann von Lighthart und Verhulst 1990 wurde auf einen bereits 1943 von Menninger veröffentlichten Aufsatz hingewiesen, in dem dieser Patienten erwähnte, die den krankhaften Wunsch zeigten, sich wiederholt eingreifenden operativen Behandlungen zu unterziehen, ohne dass dafür eine ausreichende medizinische Indikation gegeben war. Menninger schilderte eine Anzahl von Patienten, die sich aus unterschiedlichen Gründen - wie zum Beispiel Bedürfnis nach Beachtung und/oder Unterkunft für die Nacht, Freiplatz in Zusammenhang mit polizeilicher Verfolgung, etc. - wiederholt medizinischen Behandlungen unterzogen, indem sie akute Beschwerden vortäuschten. Lighthart und Verhulst berichteten ferner, dass von Wittels 1944 aus psychoanalytischer Sicht bereits auf eine Form von Kindstötung, den sogenannten Medea-Komplex, hingewiesen wurde. Medea war in der griechischen Mythologie eine Zauberin aus dem Zyklus der Argonauten, welche mit ihrem Mann Jason floh und von ihm verlassen wurde. Aus Rache erwürgte sie die aus diesem Verhältnis geborenen Kinder. Ende der 60er- und Anfang der 70er-Jahre wurden die ersten Fälle von Kindern beschrieben, welche von Elternteilen -retrospektiv im Sinne eines MbpS deutbar- absichtlich körperlich geschädigt und somit behandlungsbedürftig wurden. Die Hintergründe dieser Form von Kindesmisshandlung wurden in Zusammenhang mit einer ernsten Ehe- und Partnerschaftsproblematik sowie einem krankhaften, zu starken gegenseitigen Band zwischen Eltern und Kind gesehen. Laut den o.g. Autoren wurde schließlich durch Money (1976) und Meadow (1977) das Spektrum der Kindesmisshandlung erweitert:

Money und Verlas benutzten den Ausdruck „Syndrom von Münchhausen by proxy“ 1976 erstmals. Sie beschrieben dabei die Möglichkeit, dass das Kind bis zu einem bestimmten Grade vom Fälschungsverhalten weiß, aber darüber Dritten nichts mitteilen will. Dieses Schweigen könne man aus Sicht der Autoren als die Erteilung einer Vollmacht (= by proxy) für Falschangaben interpretieren (Money & Werlwas, 1976). Die inzwischen klassische Veröffentlichung zweier Fälle von Roy Meadow (1977) erschien ein Jahr später (Lighthart & Verhulst, 1990). Diese zwei originalen Index-Fälle waren zum einen eine Mutter, welche ihr Kind ab dessen Alter von 6 Wochen mit Salz vergiftet hatte, bis es im Alter von 15 Monaten verstarb, zum anderen eine Mutter, welche

erfundene Informationen über den Urinstatus ihres Kindes sowie Krankheitssymptome hierzu angab und dabei den Urin des Kindes mit ihrem eigenen Urin verunreinigte, um falsche Resultate zu erzielen und zahlreiche Eingriffe, Operationen und Untersuchungen für ihr Kind in unterschiedlichen medizinischen Zentren zu erzwingen (Meadow, 1977).

Bereits im selben Jahr (1977) wurde die Meadow'sche Namensgebung von Burmann und Stevens in Zweifel gezogen. Diese schlugen den Terminus Polle-Syndrom nach dem angeblichen Namen eines Sohnes des Barons von Münchhausen vor, der nur ein Jahr gelebt haben soll. 1984 zeigten sowohl Straßburg und Peuckert (Strassburg & Peuckert, 1984) sowie Meadow und Lennert (Meadow & Lennert, 1984), dass es einen Sohn Polle nie gegeben hat (Ligthart & Verhulst, 1990). Der von Meadow und Lennert 1984 verfasste Artikel über das Polle-Syndrom sowie ein Artikel aus dem „Täglicher Anzeiger Holzminden“ (Bode, 1983) beschrieben den am 11. Mai 1720 aus einer aristokratischen Familie geborenen Hieronymus Karl Friedrich Freiherr von Münchhausen als bekannt für seine Häuslichkeit und seinen Humor. Seine „After-Dinner-Stories“ gaben später die Basis für seine Reisephantasien, welche in Englisch von R.E. Raspe geschrieben und später auch ins Deutsche von Gottfried Burger übersetzt wurden. Polle ist der Name eines kleinen Ortes an der Weser, aus dem seine zweite Frau Bernhardine, welche er 1794 heiratete, kam. Aus dieser Verbindung stammte eine Tochter, Maria, welche im Alter von 10 Monaten verstarb. Der Begriff „Polle-Syndrom“ sollte zur Syndrombeschreibung nicht verwendet werden. Hierfür hat sich MbpS durchgesetzt (Meadow & Lennert, 1984).

Das sogenannte Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) leitet sich von dem bereits im Jahre 1951 erstmals von Asher erwähnten Münchhausen-Syndrom ab: Hierbei wird dem Geheimnis einer Krankheit nachgespürt, welche im Zusammenspiel von Selbstverletzung, Selbsttäuschung und bewusster Lüge zum Ausdruck kommt. Patienten mit Münchhausen-Syndrom schaden sich selbst, wandern von Arzt zu Arzt und erzählen unwahre Geschichten. Der englische Mediziner Richard Asher fühlte sich 1951 an die Lügengeschichten des Baron von Münchhausen erinnert, als er zur Bezeichnung einer komplexen Krankheit, welche die Patienten leicht der moralischen Verurteilung aus-

setzt, den Namen des amoralisch lügenden Münchhausen wählte, wenngleich auch aus grundlegend anderer Motivation (Wiebel, 1998).

Das von diesem Syndrom abgeleitete, erstmals von Meadow 1977 so genannte und in dieser Studie untersuchte Münchhausen-by-proxy-Syndrom ist eine spezielle Form der Kindesmisshandlung, welche in verschiedenen Ländern und Kontinenten einen unterschiedlichen Bekanntheitsgrad aufweist, jedoch nach zunehmender Studienzahl und Informationen einen nicht zu übersehenden Schweregrad an Schädigung und Gefährdung bis hin zum Tod für die betroffenen Opfer zeigt. Die Namengebung für das Phänomen ist umstritten, wobei in den beiden großen Klassifikationssystemen derzeit folgende Codierung vorgegeben wird:

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD- 10) wird das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ohne nähere Angaben unter T 74.8 verschlüsselt. Im Allgemeinen bezieht sich die Symptomatik auf die Klasse der Artefiziellen Störungen (F 68.1) mit absichtlichem Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen.

Das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)** der American Psychiatric Association verwendet den Begriff **Factitious-disorder-by-proxy** wie folgt:

- a) Beabsichtigtes Hervorrufen von körperlichen Symptomen bei einer anderen Person, welche unter der jeweiligen Fürsorge steht
- b) Die Motivation für das Verhalten des Verursachers ist, die Krankenrolle stellvertretend zu übernehmen
- c) Äußere Anreize für das Verhalten (wie z.B. sozialer Gewinn) fehlen
- d) Das Verhalten ist nicht besser zu erklären mit einer anderen Form von geistigen Erkrankungen

Der Begriff wird primär dem Verursacher zugesprochen und nicht zur Kategorisierung des Missbrauchs selbst verwendet.

Da diese Definitionen in den Klassifikationssystemen für die Praxis unzureichend sind, haben sich in den letzten Jahren einige Autoren um eine Ergänzung der diagnostischen Kriterien bemüht:

Roy Meadow schlug als Kriterien für das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in einem 2002 veröffentlichten Artikel folgendes vor:

- a) Produzierte Erkrankung von Eltern oder jemandem an deren Stelle
- b) Die Kinder werden den Ärzten häufig mehrfach vorgestellt und der Verursacher verneint, für die Kindeserkrankung verantwortlich zu sein
- c) Die Erkrankung sistiert, wenn das Kind von dem Verursacher separiert wird
- d) Der Verursacher verursacht die Erkrankung stellvertretend, um selbst Aufmerksamkeit zu bekommen (Meadow, 2002).

Bereits 1986 schlugen Libow und Schreier, ähnlich wie Nadelson dies für das Münchhausen-Syndrom der Erwachsenen getan hatte, eine prototypische Einteilung in 3 Gruppen für das Münchhausen-by-proxy-Syndrom vor:

1. Help Seekers
2. Doctor Addicts
3. Active Inducers

1. Help Seekers:

Diese eher depressiven und ängstlichen Mütter mit tendenziell seltenen Vorstellungen ihrer Kinder in medizinischen Einrichtungen reagieren bei angebotener Hilfe oder Unterstützung meist mit Dankbarkeit und kooperativem Verhalten. Wenn das Personal auf den Hilferuf reagiert, ist der Gebrauch der Krankheit des Kindes nicht länger erforderlich. Ursachen hierfür sind häufig häusliche Gewalt, ungewollte Schwangerschaften, Überforderung und andere soziale Probleme (Fisher & Mitchell, 1995; Libow & Schreier, 1986).

2. Doctor Addicts:

Bei diesem eher passiven Missbrauch sind die Kinder häufig bereits im Schulalter oder älter, mit mehr Kapazität Eingriffe abzuwehren, und die meist misstrauischen und paranoiden Mütter beschränken sich in der Regel auf das Erzählen von falschen Krankheits-

geschichten und Symptomen. Dabei besteht meist ein symbiotisches Verhältnis zwischen ihnen und dem Kind, jedoch zeigen sie sich gegen psychiatrische Interventionen resistent mit häufigen Beziehungsabbrüchen gegenüber den Behandlern (Libow & Schreier, 1986).

3. Active Inducers:

Diese Gruppe induziert aktiver und direkter dramatische Symptome meist bei Säuglingen oder Vorschulkindern. Fast alle der oft ängstlichen und depressiven Mütter werden als kooperativ, besorgt, liebevoll, devot und vertrauenswürdig beschrieben, sind meistens jedoch ebenfalls resistent gegen therapeutische Interventionen und brechen häufig den Kontakt ab (Libow & Schreier, 1986).

Rosenberg (1987) fasste folgende Kriterien als Münchhausen-by-proxy-Syndrom zusammen:

- a) Die Erkrankung des Kindes wird verursacht oder hervorgerufen durch ein Elternteil oder jemandem an dessen Stelle.
- b) Die zum Teil mehrfache Vorstellung der Kinder in medizinischen Einrichtungen haben in der Regel viele medizinische Untersuchungen zur Folge.
- c) Die Verursacher verschweigen ihre Kenntnis über die Ätiologie der Krankheit des Kindes.
- d) Akute Symptome und Anzeichen bei den Kindern sistieren nach Separierung von dem Verursacher (Rosenberg, 1987).

Herrmann et al. beschrieben in ihrem Buch 2010 das Münchhausen-by-proxy-Syndrom als vermutlich seltene, schwer zu diagnostizierende, kombinierte Form der Kindesmisshandlung. Dabei erfinden vorwiegend Mütter Krankheiten ihres Kindes, täuschen diese vor oder erzeugen sie durch aktive Schädigung. Auch vorhandene Erkrankungen können erheblich aggraviert werden. Ziele sind wiederholte ärztliche Untersuchungen, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu Gunsten des Erwachsenen vermutlich auf Grund einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung (Herrmann, Banaschak, Thyen & Dettmeyer, 2010).

Eminson und Postlethwaite beschrieben 1992 ein dimensionales Modell: Auf der einen Seite das klassische Ignorieren der Gesundheit eines Kindes, auf der entgegengesetzten Seite das typische Produzieren von Symptomen im Rahmen eines MbpS. Als weitere Ebene beschrieben sie die unterschiedliche Fähigkeit der Eltern, die Bedürfnisse des Kindes von den eigenen zu unterscheiden. Auf dieser Ebene nannten sie drei Gruppen:

1. Eltern, welche die eigenen Bedürfnisse von denen des Kindes nicht unterscheiden können und ihre eigene Person an erste Stelle setzen (klassischer Neglect und prototypisches Münchhausen-by-proxy-Syndrom).
2. Die Gruppe der Eltern, welche inkonstant und variabel die kindlichen Bedürfnisse von den eigenen Bedürfnissen unterscheiden. Diese pendeln zwischen der normalen Position und den beiden Polen des dimensionalen Modells hin und her.
3. Die Gruppe derjenigen, welche die kindlichen Bedürfnisse akkurat und unbeeinflusst von den eigenen Bedürfnissen unterscheiden können (Eminson & Postlethwaite, 1992; Fisher & Mitchell, 1995).

2002 unterteilte Schreier ergänzend das Münchhausen-by-proxy-Syndrom in eine medizinische Diagnose bei den Opfern (PCF= pediatric condition falsification) und in eine diagnostische Kategorie für die Verursacher (FDP= factitious disorder by proxy), welche ihre Kinder durch PCF verletzen, jedoch eigentlich eigene psychologische Bedürfnisse damit befriedigen (H. Schreier, 2002a). In einer weiteren Arbeit (H. Schreier, 2002b) beschrieb er die pediatric condition falsification (PCF) als eine Art von Kindesmissbrauch, bei welchem ein Erwachsener physische oder psychische Symptome bzgl. eines Opfers angibt, um das Opfer als krank darzustellen. Factitious disorder by proxy (FDP) beschrieb er als Erkrankung einer Person, welche die Krankengeschichte oder Symptome bei einer anderen Person fälscht, um eigene psychologische Bedürftigkeit zu befriedigen. Beide Diagnosen, PCF und FDP können ebenso auch getrennt vorkommen. So fallen beispielsweise nach Schreier die „Help Seekers“ in den Bereich des PCF, aber nicht des FDP. Hierbei ist die Mutter zwar überbehütend und schildert Symptome, was jedoch aufhört, wenn sie selbst Hilfe bekommt. Situationen, in welchen die Eltern über den Gesundheitsstatus ihrer Kinder lügen, um für deren mangelnde Versorgung Hilfe zu bekommen, zählen nach Schreier weder zu PCF noch zu FDP. Auch Eltern, welche mit medizinischen Meinungen nicht übereinstimmen oder Behandlungen sogar abbrechen

oder welche wirklich überängstlich bzgl. der Gesundheit des Kindes sind oder das Gefühl haben, dass ihnen nicht richtig zugehört wird, mögen zwar Symptome vortäuschen, hören jedoch damit auf, wenn das Kind adäquat versorgt wird. Auch dies sind nach Schreier keine Fälle von FDP (H. Schreier, 2002b).

Aus psychodynamischer Sicht beschrieb Plassmann die Erkrankung 2002 so, dass passiv erlebte, destruktive Erfahrungen immer und immer wieder aktiv wiederholt werden, damit sich die verursachende Person möglichst nie wieder so hilflos fühlen braucht wie in ihrer als traumatisch erlebten Vergangenheit. Dabei ist erstens die Heimlichkeit der Gewalt, die den Arzt zum Detektiv macht, zweitens der Missbrauch des Arztes, der zum Kinderschänder werden soll und drittens die transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen von einer Generation zur nächsten Thema. Die Mütter, welche die Kinder als krank, lebensuntüchtig und nicht gedeihfähig bzw. völlig abhängig von ihr ansehen, sehen sich im Bündnis mit den Ärzten als lebensrettende Engel. Es sei so, als ob die Mütter die Normalität, die Gesundheit und Vitalität ihres Kindes nicht ertragen können und wie süchtig nach der Existenz eines von ihnen auf Leben und Tod abhängigen Kindes sind. Ein Teil der Mütter erlebt das Kind als Bedrohung, das Kind scheint nur zu fordern und nicht zu geben. Menschen mit traumatischen Kindheitserfahrungen haben jene gute Mütterlichkeit und Väterlichkeit, welche sie für ihre eigenen Kinder brauchen, nicht verinnerlicht. Frauen geben die Destruktivität in der Regel an ihren eigenen Körper oder an ihr Kind weiter, der traumatisierte Junge wird sein destruktives Potential mit hoher Wahrscheinlichkeit nach außen richten (Plassmann, 2002).

Im Hinblick auf die Ätiologie und die Funktion, welche das Manipulationsverhalten erfüllt, unterschieden Ligthart und Verhulst bereits 1990 folgende Voraussetzungen:

- a) Sekundärer Gewinn: Zum Beispiel kann das Verhalten dazu dienen, die Aufmerksamkeit indirekt auf die Mutter zu richten, die Sorge, Liebe und Anerkennung möchte (Meadow, 1977; Meadow & Lennert, 1984) oder es kann eine stellvertretende Funktion einnehmen, wodurch sich zum Beispiel auch Gefühle der Einsamkeit bekämpfen lassen (Guandolo, 1985). Auch Spannungen in der Familie können durch die Sorge für ein schwerkrankes Kind herabgesetzt oder Verantwortlichkeiten umgangen werden.

- b) Aggressive Komponenten: Z.B. gegenüber der Medizin, welche durch die unbehandelbaren Beschwerden des Kindes als ineffektiv dargestellt werden soll.
- c) Stress als „trigger“: Hier wird davon ausgegangen (Rosen et al., 1983), dass Stress die Persönlichkeit der Eltern desintegriert, wodurch sie die Kontrolle über ihre negativen Impulse verlieren.
- d) Symbiotische Mutter-Kind-Beziehung: Hier sollen Wahnvorstellungen der Mutter auf das Kind übertragen werden (Guandolo, 1985; Hughes, 1984) (Ligthart & Verhulst, 1990).

Was hinter dem Interesse und dem Verhalten der verursachenden Person steht und die primäre Motivation darstellt, ist, ein krankes Kind als Vehikel zu benutzen oder ein Verhältnis mit einem Arzt oder anderem medizinischen Personal zu regulieren. Dies führt bis hin zu Situationen, in welchen Ärzte beeinflusst und manipuliert werden, das Kind während dem Vorgang der Diagnostik zu schaden. Sie werden angegriffen in der eigentlichen Arbeit, Kindern zu helfen. Somit gehen die sadistischen Attacken nicht nur gegen das Kind, sondern auch gegen das helfende Personal. Dabei spielt die Rolle des Arztes beim Factitious disorder by proxy (FDP) eine zentrale Rolle. Somit ist u.a. der Versuch, den Arzt bei der Arbeit und im „going-on“ zu halten, ein Grund für den Missbrauch. In manchen Fällen hören die Mütter mit der Schädigung des Kindes auf, wenn sie selbst wieder schwanger werden oder selbst Hilfe bekommen (H. Schreier, 2002b).

Im Hinblick auf die Frage der besseren Vermeidung bzw. Erkennung des Syndroms fasste 1995 Morley nicht spezifische Richtlinien als Warnhinweise zusammen:

1. Unbeständige Krankheitsgeschichte von unterschiedlichen Fürsorgenden.
2. Symptome oder Anzeichen, welche unpassend oder bizarr sind und inkonsistent mit der bekannten Pathophysiologie der jeweiligen Erkrankung.
3. Handlungen sind nicht konsistent mit den Angaben der Eltern oder dem Zustand des Kindes.
4. Durchführen von Untersuchungen, welche ineffektiv oder schwer tolerierbar sind.
5. Symptome oder Anzeichen, welche nur in der Anwesenheit von einem Elternteil beginnen.

6. Außergewöhnlich gelassene Eltern im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung.
7. Außergewöhnlich informierte Eltern über die jeweilige Erkrankung.
8. Sehr häufig anwesende oder die Angestellten beobachtende Eltern.
9. Unpassende oder unerklärbare Erkrankungen oder sogar Tod bei weiteren Kindern.
10. Eltern mit einer Vergangenheit einer unerklärlichen Krankheit.
11. Eltern, welche selbst missbraucht wurden als Kind.
12. Eltern mit einer Essstörung in der Vergangenheit (Meadow & Lennert, 1984; Morley, 1995).

Im selben Jahr (1995) wurde eine Gesellschaft für Kindesmissbrauch, American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), ins Leben gerufen, welche sich u.a. mit den Bedingungen von MbpS befasst (Ayoub, Schreier, & Keller, 2002). Das Augenmerk dieser Gesellschaft liegt auf der Präsentation, der Motivation und der Prognose, um eine Unterscheidung von anderen Formen des PCF möglich zu machen, denn mittlerweile wird dort davon ausgegangen, dass das Münchhausen-by-proxy-Syndrom keine seltene Erkrankung ist und es nicht nur das Verhältnis zum Kind, sondern auch zum medizinischen Personal und anderen involvierten Personen betrifft (H. Schreier, 2002a).

2002 wiesen Sanders und Bursch auf Ungereimtheiten hin, welche auf eine evtl. Kindesmisshandlung aufmerksam machen sollen und ergänzten diese durch weiterführende Empfehlungen:

- a) Berichtete Symptome haben keinen objektivierbaren Grund.
- b) Die berichtete medizinische Vergangenheit des Kindes stimmt nicht mit dem dokumentierten Krankenhausberichten überein.
- c) Eine angegebene Diagnose passt nicht zu den objektivierbaren Symptomen.
- d) Das Verhalten der Eltern passt nicht zu dem eigentlich geschilderten Stress oder den berichteten Symptomen des Kindes.
- e) Andere fremdanamnestische Angaben oder Krankenberichte sind falsch.
- f) Die angegebenen Namen und Angaben sind verändert bzw. stimmen nicht.

Sie wiesen auf die Wichtigkeit hin, alle medizinischen Berichte von dem Index-Kind und so gut es geht auch der anderen Geschwister und der Mutter durchzugehen und zu schauen, ob Dokumente fehlen oder die Dokumentation mangelhaft ist. Ebenso sollen Erkrankungen der Verursacher bzw. der Mütter angeschaut, eine Fremdanamnese erhoben und ggf. ein Separationstest, ein Trennen von Mutter und Kind, durchgeführt werden. Ferner sahen sie das Anpassen des Alltagslebens an die Krankheit des Kindes als auffällig an, so zum Beispiel, wenn die Eltern den ganzen Tag am Bett des Kindes sitzen und deswegen zum Beispiel ihren Job aufgeben. Die Reaktion der Eltern bei der Mitteilung von Testergebnissen ist ebenso interessant wie das drängende Fordern von invasiven Tests oder Prozeduren (Sanders & Bursch, 2002).

Obwohl weltweit in den vorangegangenen 25 Jahren bis 2004 laut Klein und Püschel (2004) mehr als 700 Fälle von Münchhausen-by-proxy-Syndrom identifiziert wurden mit einer äußerst ernst zu nehmenden Bedrohung von Geschwisterkindern, ist eine weit höhere Dunkelziffer zu vermuten. Zur Frage, warum die Diagnose Münchhausen-by-proxy-Syndrom so selten gestellt wird, führen die Autoren folgende Punkte an:

1. Die am häufigsten gezeigten Symptome des Kindes sind sehr unspezifisch.
2. Die Mutter hat eine Vorbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich.
3. Untersuchungsmaterialien und Befunde werden von den Täterinnen, zum Teil mit medizinisch fundiertem Hintergrundwissen, verfälscht und Ärzte somit vorerst auf eine falsche Fährte geführt.
4. Es bestehen Schwierigkeiten in der Differenzierung und Abgrenzung eines Elternteils mit Münchhausen-by-proxy-Syndrom gegenüber lediglich überbesorgten Eltern oder solchen mit eventuellen Zügen einer somatoformen oder hypochondrischen Störung.
5. Es gibt Unsicherheiten seitens des medizinischen Personals.
6. Das ärztliche Personal nimmt an, es läge eine noch nicht erkannte, seltene, pädiatrische Grunderkrankung bzw. ein atypisches Beschwerdebild vor.
7. Schwierige oder vereitelte Verifizierung eines Münchhausen-by-proxy-Syndrom-Verdacht.

Die Autoren fassten Charakteristika und somit Warnhinweise für das Vorliegen eines Münchhausen-by-Proxy-Syndroms zusammen wie folgt:

1. Von klinischer Erfahrung abweichendes, ungewöhnliches Beschwerdebild, welches trotz zahlreicher, umfangreicher, diagnostischer, oftmals auch invasiver Maßnahmen nicht zu erklären ist, jedoch immer wiederkehrt.
2. Besserung des kindlichen Gesundheitsstatus bei Abwesenheit der Mutter.
3. Wiederholte Vorstellung im Krankenhaus und bei Ärzten ohne klare Diagnosefindung.
4. Häufige häusliche Anforderung des Notarztes.
5. Komplikationen in der Therapiedurchführung bzw. klinisch nicht erklärbare Therapieresistenz.
6. Unphysiologische Laborbefunde.
7. Im Gegensatz zu den Symptomschilderungen der Mutter relativ beschwerdefreie Kinder.
8. Untypische klinische Beschwerden.
9. Koexistenz von Münchhausen-by-proxy-Syndrom und echten organischen Erkrankungen.

Die Mütter charakterisierten sie folgendermaßen:

1. Ständige Anwesenheit bei ihrem Kind, dabei auch sehr zugänglich, fürsorglich und eher überprotektiv.
2. Ungewöhnlich gefasst bei akuten gesundheitlichen Krisenzuständen des Kindes.
3. Sich aktiv bei ärztlichen Besprechungen über Befunde und Behandlungspläne einbringend.
4. Emotional abgekühlt erscheinende Beziehung zum Partner.
5. Weitere, nicht immer identische, aber häufig unerklärliche Erkrankungen in einem von der Mutter betreuten Personenkreis.
6. Häufig selbst als Kind missbraucht.
7. Evtl. ähnliche Krankheitszeichen wie das Kind.
8. Verweigerung oder Verfälschung von anamnestischen Angaben.

Psychische Folgeschäden in Form von häufig auftretenden Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten erfährt das Kind z.T. durch längere Hospitalisierung, durch die nicht

einschätzbare Bedrohung von Seiten der Mutter sowie deren paradoxes Verhalten als teils fürsorgliche, teils feindselige primäre Bezugsperson (Klein & Püschel, 2004).

Als Unterscheidungsmöglichkeit zu nicht echten Münchhausen-by-proxy-Syndrom-Fällen wurde von Meadow 1995 folgendes ausgeführt:

1. Unerkannter körperlicher Missbrauch zum Beispiel, um das Kind ruhig zu stellen oder um diesem eine Lektion zu erteilen. Dabei wird gelogen, um den körperlichen Missbrauch zu verschweigen.
2. Falsche Angaben, um mangelnde Fürsorge zu erklären, wenn eine Mutter nicht in adäquater Weise das Kind versorgen kann und lügt, um die Umstände zu verbergen. Diese Eltern übernehmen keine kranke Rolle für sich selbst.
3. Überängstliche Eltern.
4. Mütter mit wahnhaften Vorstellungen. Diese Mütter werten sich nicht durch die Kindeserkrankung auf.
5. Mascarade-Syndrom: Der Grund für das mütterliche Verhalten ist ihr Wunsch, das Kind eng bei sich zu behalten, sich selbst in einer aktiven Mutterrolle zu sehen und das Kind davor zu schützen, selbständig das eigene Leben leben zu können.
6. Hysteria-by-Proxy: Wenn die Mutter glaubt, selbst eine unheilbare Erkrankung zu haben und das Kind stellvertretend ebenfalls zu einem Invaliden macht.
7. Doctor-Shopping: Meist wird Doctor-Shopping von Elternteilen betrieben, welche in realistischer oder unrealistischer Weise ängstlich und sensibel auf die Erkrankung ihrer Kinder reagieren. Nur ganz Wenige machen dies, um die Krankenrolle zu übernehmen.
8. Mothering to death: Mütter halten ihre Kinder unbeweglich oder krank, binden sie ans Bett oder an den Rollstuhl oder bandagieren sie, bis sie sterben oder permanent krank sind, ohne dabei einen Arzt zu konsultieren. Sie verursachen Krankheiten mit dem Ziel einer permanenten Abhängigkeit ihres Kindes, hauptsächlich um eine Mutter- oder Schwesterrolle zu übernehmen.

Der Autor wies darauf hin, dass viele von diesen Formen Verbindung zum Münchhausen-by-proxy-Syndrom haben. Ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom oder allgemeiner

Kindesmissbrauch kann jedoch nach dessen Ansicht durch eine lügende oder verschweigende Mutter alleine nicht begründet werden (Meadow, 1995).

Laut Feldman und Brown (2002) sind die meisten der bis 2002 mehr als 400 Artikel, Aufsätze und Bücher über das Münchhausen-by-proxy-Syndrom von einer kleinen Gruppe von Autoren aus englisch sprechenden Ländern verfasst worden. Dabei wurden in 59 Artikel aus 24 Ländern 122 Fälle in 9 verschiedenen Sprachen beschrieben. Die Literatur stammt hauptsächlich aus den USA, Kanada, UK, Australien und Neuseeland, anfänglich überwiegend in Form von Fallstudien ab Ende der 70er Jahre. Größere, auch retrospektive Studien erschienen etwa 10 Jahre später. Studien aus Israel folgten (M. D. Feldman & Brown, 2002), und bis heute wurden Studien und Fallbeschreibungen von MbpS aus Frankreich, Italien, Spanien, Canada, Polen, Schweden, Australien, Wales, Japan, Taiwan, Holland, Süd- und Zentralamerika, Afrika, Saudi-Arabien, Oman, Indien, Pakistan und dem fernen Osten berichtet. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom kommt somit nicht nur in der westlichen Welt oder in medizinisch hoch entwickelten Ländern vor. 2009 wurde erstmals diese Schwerpunktbezeichnung der Kindesmisshandlung bei Pädiatern international anerkannt (Denton, Newton, & Vandeven, 2011). Bis heute gibt es keine anerkannten Richtlinien zum Umgang mit Kindesmisshandlung im Allgemeinen und MbpS im Speziellen (Al-Haidar, 2008). Auf eine problematische Verbindung zwischen dem Plötzlichen Kindstod (SIDS) und MbpS weisen die Autoren Hassler, Zamorski und Weirich 2007 hin (Hassler, Zamorski, & Weirich, 2007). Laut Autoren verbergen sich hinter 5 bis 11% der SIDS-Fälle Infantizide, wie der Kindstod im ersten Lebensjahr bezeichnet wird. Die Autoren betonen, dass diese Kindstötungen auch durch ein MbpS verursacht sein kann. Der Nachweis ist schwierig, dennoch berichtete Steinschneider bereits 1972 über 5 Kinder mit verlängerten Apnoephasen während des Schlafes, die mit Hilfe eines Monitors, der die Atempausen aufzeichnete, überwacht wurden (Steinschneider, 1972).

Die Kosten des Münchhausen-by-proxy-Syndroms sind hoch und schwer zu beziffern. Die medizinischen Kosten eines Einzelfalles können sich bis auf 1 Millionen Dollar belaufen (H. A. Schreier & Libow, 1994).

1.2 Zielsetzung der Studie

Die Informationslage in Deutschland über die Erscheinungsformen und Häufigkeit des Münchhausen-by-proxy-Syndroms und dessen Auswirkungen auf die Opfer sowie die Interaktionen zwischen verursachenden Personen, Opfer und Personal ist noch sehr gering. Einzelfallberichte sind zwar auch in Deutschland bereits mehrfach erschienen, systematisch erhobene Daten für Deutschland fehlen jedoch (Krupinski, 2006; Krupinski, Tutsch-Bauer, Frank, Brodherr-Heberlein & Soyka, 1995; Krupinski & Tutsch-Bauer, 2009).

Unklar ist derzeit auch, in welchem Umfang das Krankheitsbild bei den Ärzten allgemein - und speziell bei der hauptsächlich betroffenen Facharztgruppe der Kinderärzte - bekannt ist, zumal diese Form des Kindesmissbrauchs in einem sehr subtilen Rahmen erfolgt und für den Beobachter schwer zu erkennen ist. Selbst bei bestehenden Verdachtsmomenten mit schwer nachvollziehbaren Krankheitssymptomen, welche auffallend oft wiederkehren, ist der Nachweis einer manipulierten Erkrankung schwer zu erbringen. Die Misshandlungen finden meist ohne Zeugen statt und bis heute wird eine Überwachung mit einer Videokamera als illegal angesehen (Jacobi, 2008). Auch die emotionalen Belastungen sowie die weit reichenden Folgen bei einer entsprechenden Diagnosestellung bzw. Beweisführung sind nicht außer Acht zu lassen. Ferner bereitet nicht nur ein oft unklarer Diagnostikweg Schwierigkeiten, sondern auch das weitere Procedere selbst bei erfolgreicher Diagnosestellung. So ist zum Beispiel bei einer Involvierung der Jugendämter sowie bei der Einleitung eventueller strafrechtlicher Schritte gegen die verursachenden Personen mit erheblichen Abwehrmechanismen zu rechnen, was unter anderem im beruflichen Alltag verbale Angriffe von Seiten der verursachenden Personen oder gar rechtliche Schritte gegen Ärzte bzw. Krankenhäuser zur Folge haben kann. Southall zum Beispiel, ein Kinderarzt aus London, hatte in der Zeit von 1986 bis 1994 eine Untersuchung durchgeführt und junge Krankenhauspatienten per Videoüberwachung beobachtet. Ziel war es, einen Missbrauch durch die Fürsorgenden zu erkennen. In Folge wurde Southall 2004 für 3 Jahre aus dem Ärzteregister gelöscht, nachdem er einen Vater (Steve Clark) des Mordes an seinen zwei Söhnen beschuldigt und argumentativ ein Video anführt hatte (www.wikipedia.org). Ähnlich erging es Roy Meadow, Gerichtsgutachter, der 1977 erstmals das MbpS beschrieb. Er

wurde im Jahre 2005 aus dem General Medical Council ausgeschlossen, weil er fehlerhafte und irreführende Beweise abgegeben haben soll, so dass Sally Clark, die Ehefrau von Steve Clark, und zwei andere Mütter unschuldig verurteilt wurden, ihre Kinder getötet zu haben. 2006 wurde er nach einer Berufung am High Court in London wieder eingesetzt. Nach drei Jahren „ungerechtfertigter“ Haft starb Clark 2007 an den Folgen einer Alkoholintoxikation (www.petra-heller.com; www.wikipedia.org).

Eine wichtige Grundlage für die Arbeit in Kinderkliniken ist ein funktionierendes Eltern-Kind-Verhältnis, da die jungen Patienten oftmals noch nicht in der Lage sind, in ausreichendem Maße Angaben zu ihrer Erkrankung zu machen. In diesen Fällen ist häufig erst durch die Angaben Dritter, meist der Eltern, eine adäquate Behandlung oder zielgerichtete Diagnostik möglich. Ist diese Grundlage gestört und sind die Angaben nicht im Sinne der ehrlichen Hilfe für das Kind gemeint, wirkt sich das deutlich erschwerend auf die weitere Diagnostik und die ggf. notwendige Behandlung aus und birgt die Gefahr, die jungen Patienten unnötigen Untersuchungen auszusetzen und ggf. erheblichen Schaden zuzufügen.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Sinne einer Pilot-Studie erstmals systematische Informationen über die Häufigkeit des Münchhausen-by-proxy-Syndroms in Deutschland zu gewinnen und eventuell bestehende Verhaltensmuster im Umgang mit einem Verdacht unter Miteinbeziehung möglichst vieler beeinflussender Faktoren zu erkennen. Zudem soll durch die Studie auf ein noch wenig bekanntes Krankheitsbild aufmerksam gemacht werden, damit ggf. differenzialdiagnostische Überlegungen auch bezüglich dieses Krankheitsbildes in Erwägung gezogen werden. Eine möglichst umfangreiche Information über Situationen, eventuell hauptsächlich auftretende Symptome sowie das Aufzeigen der Häufigkeit in nachgewiesenen bzw. Verdachtsfällen in verschiedenen Kliniken soll die Sensibilität für diesen sehr schwierig zu erkennenden Kindesmissbrauch erhöhen sowie die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den sonstigen involvierten Fachpersonen erleichtern.

2. Patienten und Methode

Um erste Daten über in Deutschland vorkommenden Fälle von Münchhausen-by-proxy zu erhalten, wurden 379 Kinderkliniken in ganz Deutschland angeschrieben. Die Adressen wurden von der Vereinigung Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD e.V.) freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Ein allgemein gehaltenes Anschreiben an die jeweiligen Klinikdirektoren mit der Erklärung der Studie bzw. des Studienaufbaus mit einem Fax-Antwortbogen zur Unterteilung in gesicherte sowie Verdachtsfälle im jeweils überblickten Beobachtungszeitraum diente einer ersten Trennung zwischen Kliniken mit und ohne Fälle von MbpS sowie einer groben Unterteilung in Verdachtsfälle und gesicherte Fälle. Eine bereits bei der Beantwortung des Anschreibens erbetene, ggf. vorhandene Fallzahl sollte zudem einen groben Überblick über die Häufigkeit von MbpS bieten. Darüber hinaus wurde um die Mitteilung eines Ansprechpartners in den Kliniken für gegebenenfalls vorhandene Fälle gebeten (vgl. Anlage).

Mit einem zweiten Schreiben wurden die Kliniken, welche Fälle angeben konnten, erneut kontaktiert. Der angegebenen Kontaktperson wurde ein 22-seitiger Fragebogen zugeschickt (vgl. Anlage). Ob anschließend für die Bearbeitung des Fragebogens ein telefonischer Kontakt zustande kam oder ob sich das jeweilige Krankenhaus dazu entschied, selbst die Daten einzutragen, hing u.a. von den jeweiligen zeitlichen Möglichkeiten und Wünschen der kooperierenden Ärztinnen und Ärzten ab. Kriterien waren hauptsächlich, ob die Akten bereits vorlagen oder gesucht werden mussten bzw. ob die jeweilige Person sich bei freier Zeiteinteilung, meist außerhalb der regulären Arbeitszeit, zum Ausfüllen entschied oder sich nach Terminvereinbarung etwa 1-2 Stunden pro Telefonkontakt Zeit nehmen konnte. Nur durch Offenhalten all dieser Optionen konnte eine relativ hohe Anzahl an genauen Fallbeschreibungen eingeholt werden, so dass an dieser Stelle von der ursprünglich geplanten einheitlichen Vorgehensweise einer semi-strukturierten telefonischen Befragung mit vorliegenden Akten abgerückt werden musste.

Der Fragebogen beinhaltete eine allgemeine Fallschilderung in freien Worten, ferner Angaben zum Opfer, zur verursachenden Person, zum Partner der verursachenden Per-

son sowie zu evtl. vorhandenen Geschwistern des Opfers. Im Anschluss daran wurde der jeweils referierenden bzw. mit dem Fall befassten Person die Möglichkeit gegeben, belastende bzw. für sie erfreuliche Dinge in Zusammenhang mit der Bearbeitung des Falles von MbpS in freien Worten niederzuschreiben (vgl. Anlage).

Erhebungszeitraum war vom 03.02.2004 (erstes Anschreiben) bis zum 31.12.2004. Je nach individueller Wahl der Teilnehmer wurden die Fragebögen telefonisch durchgegangen oder ausgefüllt zurückgeschickt. Einige Kliniken, insbesondere Kliniken mit mehreren Fällen, sahen sich aufgrund des großen Zeitbedarfs bei der Bearbeitung jedes einzelnen Fragebogens von mehreren Stunden pro Fall nicht in der Lage, zusätzlich zu den allgemeinen Angaben eine spezifische Fallanalyse zu ermöglichen.

Die Auswertung der Daten erfolgte generell im Sinne einer so genannten post-hoc-Analyse, was bedeutet, dass erst im Nachhinein, also nach der eigentlichen Erhebung, Hypothesen und Annahmen formuliert wurden, die dann mit dem bereits vorhandenen Datenmaterial überprüft wurden. Bei solchen post-hoc-Analysen sind die Daten nicht immer optimal zu rechnen und auch bei den statistischen Gütekriterien müssen einige Abstriche gemacht werden. Trotzdem können mit dieser Vorgehensweise gerade im Rahmen einer Pilotstudie sinnvolle Ergebnisse erzielt werden, die für die Diskussion und weitere Forschungen sehr wichtig und interessant sein können.

Bei einer Varianz-Analyse, das Verfahren, nach dem die Auswertung vorgenommen wurde, wird überprüft, ob sich Gruppen hinsichtlich ihrer Bedingungen signifikant unterscheiden. Die Berechnung erfolgt mit skalierten Daten der auszuwertenden Einzeltabellen, welche vorher in Nominaldaten umgesetzt wurden. Hierbei wurden Einzeldaten zum Teil zu Gruppen zusammengefasst, andere, für die Auswertung im Hinblick auf die Hypothesen nicht wichtigen Informationen, wurden nicht weiter berücksichtigt.

Bei diesem Datensatz ist generell außer der Skalierung auch die Stichprobengröße von Bedeutung. Mit steigender Stichprobengröße steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Berechnungen signifikant Ergebnisse liefern. An Hand der im Folgenden formulierten Hypothesen wurden Einzelvergleiche mit jeweils verschiedenen unabhängigen Variab-

len (UV) und abhängigen Variablen (AV) sowohl für die gesicherten, als auch für die Verdachtsfälle gerechnet.

Hypothesen zur Auswertung der sicheren und der Verdachtsfälle von Münchhausen-by-proxy-Syndrom:

1. Die Schädigung bzw. das Ausmaß der Misshandlung steht im Zusammenhang mit dem Alter des Kindes (mit der Frage, ob jüngere Kinder sich weniger wehren können) (UV: Alter des Kindes, AV: Hauptsymptome).

2. Je jünger die Kinder sind, desto eher intervenieren die behandelnden Einrichtungen durch Einschalten des Jugendamtes (UV: Alter des Kindes, AV: rechtliche Schritte, Folgen verursachende Personen, Entlassung nach Hause).

3. Das Hinzuziehen eines Psychiaters ist von den jeweiligen Symptomenkomplexen abhängig (UV: Hauptsymptome, AV: Kinder- und Jugendpsychiater und Erwachsenenpsychiater).

4. Bestimmte Symptomenkomplexe bewirken eher eine Intervention durch Einleitung ambulanter oder rechtlicher Schritte mit entsprechenden Folgen für die verursachende Person (UV: Hauptsymptome, AV: ambulante oder rechtliche Schritte, Folgen für die verursachende Person).

5. Die Art der Misshandlung ist abhängig von 1) den medizinischen Vorkenntnissen, 2) dem Familienstand (UV: Hauptsymptome, AV: Beruf verursachende Personen, Familienstand).

6. Wenn eine externe Fachperson (Psychiater) hinzugezogen wird, werden auch weitere ambulante oder rechtliche Schritte eingeleitet (UV: Kinder- und Jugendpsychiater, AV: Entlassung Kind, Folgen verursachende Person, UV: Erwachsenenpsychiater, AV: Entlassung Kind).

7. Bei Einschaltung eines Psychiaters wird das Kind eher wieder nach Hause entlassen (UV: Kinder- und Jugendpsychiater / Erwachsenenpsychiater, AV: Entlassung Kind).

8. Die Entscheidung, einen Psychiater hinzuzuziehen, hängt ab von 1) Familienstand, 2) Beruf der verursachenden Person, 3) Anwesenheit weiterer Kinder (UV: Familienstand, AV: Erwachsenenpsychiater / Kinder- und Jugendpsychiater, UV: Geschwister, AV: Erwachsenenpsychiater / Kinder- und Jugendpsychiater, UV: Beruf verursachende Person, AV: Erwachsenenpsychiater / Kinder- und Jugendpsychiater).

9. Die Einschaltung ambulanter Dienste oder rechtliche Schritte haben meist einen Entzug des Sorgerechts und die Entlassung nicht nach Hause zur Folge (UV: ambulante oder rechtliche Schritte, AV: Folgen verursachende Person, Entlassung Kind).

10. Die Entscheidung, ambulante oder rechtliche Schritte einzuleiten, hängt 1) vom Beruf, 2) dem Familienstand, 3) der Anwesenheit weiterer Kinder ab (UV: Beruf verursachende Person, AV: ambulante oder rechtliche Schritte, UV: Familienstand, AV: ambulante oder rechtliche Schritte, UV: Geschwister, AV: ambulante oder rechtliche Schritte).

11. Wenn der Missbrauch Folgen für die verursachende Person hat, heißt das gleichzeitig, dass das Opfer nicht mehr nach Hause entlassen wird (UV: ambulante oder rechtliche Schritte, AV: Folgen verursachende Person, Entlassung Kind, UV: Folgen verursachende Person, AV: Entlassung Kind).

12. Allein lebenden, arbeitslosen oder kinderlosen verursachenden Personen (VP) wird das Sorgerecht eher entzogen als berufstätigen, verheirateten VP (UV: Familienstand, AV: Folgen verursachende Person, UV: Beruf verursachende Person, AV: Folgen verursachende Person, UV: Geschwister, AV: Folgen verursachende Person).

13. Das Opfer wird bei verheirateten, berufstätigen verursachenden Personen mit weiteren Kindern eher wieder nach Hause entlassen (UV: Familienstand, AV: Entlassung

Kind, UV: Geschwister, AV: Entlassung Kind, UV: Beruf verursachende Person, AV: Entlassung Kind).

Ferner wurde als unabhängige Variable der Missbrauch der Geschwister zu der abhängigen Variablen (AV) ambulanter oder rechtlicher Schritte, Folgen für die verursachende Person und Entlassung des Kindes gerechnet.

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeine Fallzahlen

Insgesamt wurden zur Datenerhebung 379 Kinderkrankenhäuser in Deutschland angeschrieben, 203 Krankenhäuser schickten den Fax-Antwortbogen zurück (54%). Davon gaben 86 (42%) Krankenhäuser an, Verdachtsfälle und/oder gesicherte Fälle zu haben. 117 (58%) Krankenhäuser verneinten dies. Von den 86 Krankenhäusern wurden nach der Auswertung des Faxantwortbogens und ggf. unter Berücksichtigung von zusätzlichen Zahlenangaben aus dem 22-seitigen Fragebogen insgesamt mindestens 91 Verdachtsfälle und mindestens 99 gesicherte Fällen von Münchhausen-by-proxy-Syndrom genannt. Dies ergibt eine Fallzahl von 190 positiven Fällen (Verdachtsfälle und gesicherte Fälle) bei einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 11 Jahren.

3.2 Datenbereinigung

Wir erhielten 7 Fragebögen zu Verdachtsfällen, welche nach unserer Einschätzung, unter anderem aufgrund positiver Angaben zur Diagnosesicherung, durchaus zu den gesicherten Fällen hätten gezählt werden können. Diese wurden aber aus der Auswertung genommen, da keine Verletzung der primär pädiatrischen Fachkompetenz zur Diagnosestellung und Bewertung erfolgen sollte.

Ferner ergaben sich in 5 aufgeschlüsselten Fällen in den Angaben der verschiedenen Kliniken auffallende Überschneidungen durch mehrfache Klinikaufenthalte der Opfer in unterschiedlichen Kliniken. Hierzu zählt der bei den gesicherten Fällen aufgenommene

Fall 64, welcher nach Durchsicht der Daten wahrscheinlich mit dem Verdachtsfall 344 identisch ist, so dass der Verdachtsfall 344 entfernt wurde. Ebenso verhält es sich mit dem gesicherten Fall 339, welcher identisch sein kann mit dem angegebenen Verdachtsfall der Klinik 325. Auch dieser wird zu den gesicherten Fällen gezählt, der Verdachtsfall 325 wurde ebenfalls aus der Auswertung genommen.

Da sich ferner die Situation ergab, dass Verdachtsfälle oder gesicherte Fälle zwar bei der ersten Antwort bei der Gesamtfallzahl angegeben wurden, jedoch hierzu keine ausführlichen Fragebögen zu erhalten waren, wird zum einen der ausführlich bearbeitete Verdachtsfall des Krankenhauses 165, in dem der weitere Verlauf bekannt war und eine Sicherung im Krankenhaus Nr. 274 beschrieben wurde, als gesicherter Fall des Krankenhauses 274 aufgenommen. Dieses Krankenhaus 274 hatte diesen Fall in der Zusammenstellung der Gesamtfallzahl zwar angegeben, hierzu jedoch keinen ausführlichen Fragebogen verschickt. Somit entspricht der aufgeschlüsselte, gesicherte Fall 274 dem Verdachtsfall 165. Ebenso verhält es sich mit dem gesicherten Fall des Hauses 97. Dieses Krankenhaus hatte nicht auf unser Anschreiben geantwortet, das Krankenhaus Nr. 100 hatte jedoch einen Verdachtsfall ausführlich beschrieben, konnte ferner angeben, dass die Sicherung der Diagnose im Krankenhaus 97 stattfand und weitere Daten dazu liefern. Das Krankenhaus Nr. 77 beschrieb einen vom Krankenhaus 136 gesicherten Verdachtsfall, welcher von dem Krankenhaus 136 nicht angegeben wurde, da er vor dessen überblickten Zeitraum lag. Dieser Verdachtsfall Nr. 77 wurde ebenfalls als gesicherter Fall des Krankenhauses 136 aufgenommen und bewertet. Es konnten neben den gesicherten Fällen zudem 21 Fragebögen zu Verdachtsfällen ausgewertet werden. Es liegen zwar 23 ausgefüllte Fragebögen vor, aussortiert wurden jedoch 2, da der Fall Nr. 325 (Fallnummer bei fortlaufender Nummerierung) bereits als gesicherter Fall 339 beschrieben wurde und ein weiterer keine hinreichend verwertbaren Angaben enthielt.

Die Zusammenschau der im zweiten Schritt erbetenen ausführlichen Fallangaben ergab einen Rücklauf von letztendlich 80 ausführlich bearbeiteten Fragebögen, da es den kooperierenden Ärzten wie bereits oben beschrieben u.a. aus Zeitgründen nicht immer möglich war, trotz vorliegender Verdachts- oder gesicherter Fälle aufgeschlüsselte Daten zu liefern. Datenbasis für die weiterführende Analyse nach der oben ausführlich

beschriebenen Datenbereinigung bilden somit 50 Datensätze zu gesicherten Fällen und 21 verwertbare Fragebögen zu Verdachtsfällen (s. Anlage).

3.3 Gesicherte Fälle (50):

(s. Anlage)

3.3.1 Opfer

Bei den Opfern ergab sich eine Geschlechterverteilung von 27 (54%) männlichen und 23 (46%) weiblichen Opfern. Das Durchschnittsalter der Opfer lag bei 49,5 Monaten. Die Durchschnittsaufenthaltsdauer im Krankenhaus bei Diagnosestellung lag bei 35,7 Tagen.

Ein Kinder- und Jugendpsychiater oder Erwachsenenpsychiater wurde in 31 Fällen (62%) hinzugezogen. Dabei war es in 13 von den 31 Fällen (41%) nur ein Kinder- und Jugendpsychiater, in 8 von 31 Fällen (26%) Fällen nur ein Erwachsenenpsychiater und in 10 Fällen von 31 (32%) wurden beide Sparten hinzugezogen, um zur diagnostischen Klärung beizutragen.

Konsiliarische Tätigkeiten:

Kinder-u. Jugendpsychiater	Erwachsenen-Psychiater	Beide Sparten	Gesamt
13	8	10	31

Tabelle 1

Im Hinblick auf die vorherrschenden sozialen Verhältnisse der Kinder zum Zeitpunkt der Diagnosestellung zeigte sich, dass 22 (44%) der 50 Opfer alleine bei der Mutter lebten. Zur weiteren Klärung der familiären Situation ist hier zu vermerken, dass von diesen 22 Müttern 13 ledig und 3 verheiratet, jedoch vom Partner getrennt und somit allein erziehend waren. 27 der 50 Opfer (54%) lebten bei beiden Elternteilen, wobei auch hier in 5 Fällen die Partner häufig getrennt waren. Ein Opfer lebte bei einer Pflegemutter.

Lebensumfeld des Opfers:

Mutter	Beiden Elternteilen	Pflegemutter	Gesamt
22	27	1	50

Tabelle 2

3.3.2 Verursachende Personen:

Im Hinblick auf die Verteilung des jeweiligen Verhältnisses der verursachenden Personen zum Opfer war auffällig, dass von den 50 beschriebenen Fällen bei 48 Fällen (96%) die verursachende Person die leibliche Mutter des Kindes war. In einem Fall (2%) wurde die Geliebte des Vaters angegeben, in einem anderen Fall (2%) die Pflegemutter. Eine männliche verursachende Person wurde in keinem der 50 eingehender ausgewerteten, gesicherten Fälle angegeben.

Verhältnis zum Opfer:

VP: leibl. Mutter	VP: Geliebte d. Vaters	VP: Pflegemutter	VP: weiblich
48	1	1	50 (100%)

Tabelle 3

29 der verursachenden Personen (58%) waren verheiratet, 13 der verursachenden Personen (26%) waren ledig. 4 der verursachenden Personen (8%) waren geschieden, 1 verursachende Person (2%) verwitwet, 1 weitere wurde als getrennt lebend angegeben. In 2 Fällen (4%) wurden zu den familiären Verhältnissen keine Angaben gemacht.

Familienstand:

verheiratet	ledig	geschieden	verwitwet	Getrennt lebend	unbekannt
29	13	4	1	1	2

Tabelle 4

Auf die Frage der Beziehung zwischen verursachender Person und Kind wurden in dem Fragebogen verschiedene Antwortmöglichkeiten angeboten. Hierbei wurde unterteilt zwischen unauffällig, eng, distanziert sowie Sonstiges, falls keine der Kategorien ausgewählt werden konnte. Es ergab sich hierbei, dass in 9 Fällen (18%) die VP/Kind-

Beziehung unauffällig war, in 21 Fällen (42%) wurde die Beziehung als auffallend eng, in 8 Fällen (16%) als auffallend distanziert beschrieben. In 2 Fällen waren keine Angaben zu erhalten und in 10 weiteren Fällen (20%) konnte zu dieser Kategorie keine genaue Zuordnung getroffen werden, wobei die Beziehung zum Beispiel als wechselnd, schwankend oder ambivalent angeführt wurde.

VP/Kind-Beziehung:

unauffällig	eng	distanziert	Sonstiges	Keine Angaben
9	21	8	10	2

Tabelle 5

Das Durchschnittsalter der verursachenden Personen lag bei 30,7 Jahren bei einer Altersspanne von 17 bis 48 Jahren. In 6 Fällen (12%) war das Alter der verursachenden Personen nicht angegeben.

In 29 Fällen (58%) wurde die Frage nach einer bekannten oder vermuteten psychischen Erkrankung bei der verursachenden Person bejaht. In einem Fall konnte keine Angabe dazu getroffen werden.

Zur näheren Beschreibung der Beziehung zwischen der verursachenden Person und dem Team wurden Antwortmöglichkeiten in Form von unauffällig, eng, distanziert, Spannungen verursachend sowie Sonstiges angeboten. Es ergab sich, dass in 11 Fällen (22%) die Beziehung zwischen verursachender Person und dem behandelnden Team unauffällig war, in 9 Fällen (18%) fiel sie als ausgesprochen eng auf, in 5 Fällen (10%) als deutlich distanziert. In 13 Fällen (26%) wurden zunehmende Spannungen zwischen verursachender Person und Team beschrieben. Bei 3 (6%) von den 50 Fällen wurden keine Angaben gemacht, 9 weitere (18%) fielen in die Kategorie Sonstiges.

Beziehung zw. VP/Team:

unauffällig	eng	distanziert	Spannungen	Sonstiges	Keine Angaben
11	9	5	13	9	3

Tabelle 6

3.3.3 Vorfeld

Von weiterem Interesse war die Frage, ob im Vorfeld häufige Arztbesuche, auch im ambulanten Rahmen, stattgefunden hatten, frühere Beziehungsabbrüche zu medizinischem Personal bekannt waren oder ob bereits früher einmal ein Manipulationsverdacht von anderer Stelle geäußert worden war. Hierbei ergab sich, dass in 30 (60%) Fällen häufige Arztbesuche bekannt waren, in 2 Fällen (4%) konnten dazu keine Angaben gemacht werden. Frühere Beziehungsabbrüche mit dem medizinischen Personal waren in 9 Fällen (18%) bekannt, bei 3 (6%) Fällen konnte auch hierzu keine Angabe gemacht werden. Ein früher einmal geäußerter Manipulationsverdacht wurde in 12 Fällen (24%) angegeben. Ein Fall blieb ohne Angaben.

3.3.4 Verlauf

Zur Frage der Diagnosesicherung ergab sich in 25 Fällen eine endgültige Diagnosesicherung durch Nachweis per Toxikologie durch Untersuchungen von Körperflüssigkeiten. Dabei erfolgte einmal der Nachweis von Tierblut, einmal von mütterlichem Blut. Hierbei waren 22 Untersuchungen mit Blut und Urin durchgeführt worden, eine davon zusätzlich mit Magensaft, 2 Untersuchungen nur mit Magensaft und eine Untersuchung mit Stuhl. Neben der Untersuchung der Körperflüssigkeiten sicherte eine zusätzliche Verhaltensbeobachtung in 4 Fällen den Verdacht. Es konnte jeweils ein körperfremder Stoff nachgewiesen werden. Eine Röntgenuntersuchung mit Nachweis eines körperfremden Gegenstandes, 3 Kontrollen (der Nahrung, der Temperatur sowie des angeblich Erbrochenen) sowie einmalig rein durch Bestätigung der verursachenden Person nach Ansprache bei Verdacht war weiterhin richtungsweisend. In 20 Fällen war eine Diagnosesicherung letztlich primär durch Beobachtung möglich.

Diagnosesicherung:

Toxikologie	Beobachtung	Rö-Unters.	Kontroll-Unters.	Sonstiges
25	20	1	3	1(Bestätigung)

Tabelle 7

Bei bestehendem Verdacht bzw. bereits gesicherter Diagnose wurde die verursachende Person auf den jeweiligen Manipulationsverdacht angesprochen. Hierbei ergab sich bei

diesen 50 aufgeschlüsselten, gesicherten Fällen, dass 45 verursachende Personen (90%) vom Klinikpersonal direkt auf den Manipulationsverdacht angesprochen wurden, 10 der Konfrontierten (22%) gaben dabei die Misshandlung direkt zu. Andere verneinten eine solche, reagierten empört oder wütend oder brachen die Beziehung ab. Bis auf 5 der angesprochenen Personen (11%) wurde bei allen anderen 40 auf den Manipulationsverdacht angesprochenen Personen auch das Jugendamt hinzugezogen. In 3 weiteren Fällen in denen die verursachende Person nicht auf den Manipulationsverdacht angesprochen wurde, wurde dennoch das Jugendamt hinzugezogen. Nur in 2 Fällen wurde weder die verursachende Person auf den Manipulationsverdacht angesprochen, noch wurde das Jugendamt informiert. Die Diagnosesicherung erfolgte hier zum einen durch Verhaltensbeobachtung, im anderen Fall durch Nachweis eines Antidepressivums im Urin bzw. Blut.

Handlungen/Folgen:

	Direkte Ansprache	Keine direkte Ansprache
Insgesamt	45	5
Verdacht bestätigt von VP	10	
Verdacht nicht bestätigt von VP	35	
Einschaltung Jugendamt	40	3

Tabelle 8

Das Jugendamt wurde in 43 Fällen (86%) eingeschaltet, bei 8 dieser Fälle wurden zudem strafrechtliche Schritte eingeleitet. Bei nur einem Fall, bei dem das Jugendamt eingeschaltet wurde und strafrechtliche Schritte eingeleitet wurden, wurde die verursachende Person davor nicht auf den Manipulationsverdacht angesprochen.

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit bei involviertem Jugendamt der verursachenden Person das Sorgerecht entzogen wurde bzw. die Opfer jeweils wieder nach Hause entlassen wurden. Nach Aufschlüsselung der Angaben ergab sich hierbei, dass im Hinblick auf die Entlassung der Opfer nach Diagnosestellung im Krankenhaus in 35 Fällen (70%) das Opfer wieder nach Hause entlassen wurde, 3 davon nur vorerst. Somit wurden insgesamt 32 Opfer (64%) endgültig nach Hause entlassen. 10 Opfer (20%) kamen

zu Pflegeeltern, 3 Opfer in ein Heim. Ein Kind wurde zu dem getrennt lebenden Vater gebracht, ein weiteres Kind zur Großmutter, ein Kind verstarb. Bei zwei weiteren Opfern war die Situation nach dem Krankenhausaufenthalt nicht bekannt.

Im Hinblick auf einen eventuellen Sorgerechtsentzug ergab sich, dass in insgesamt 22 (51%) von 43 Fällen mit involviertem Jugendamt der Mutter das Sorgerecht entzogen wurde. 10 Opfer wurden trotz entzogenem Sorgerecht wieder nach Hause entlassen, von den übrigen 12 Opfern gingen 8 zu Pflegeeltern, 2 ins Heim und ein Opfer zu dem getrennt lebenden Vater. Der weitere Verbleib eines Kindes ist nicht bekannt. 21 von 43 Müttern (49%) wurde trotz Einschalten des Jugendamtes das Sorgerecht nicht entzogen. In diesen Fällen gingen 15 Kinder (71%) wieder nach Hause, 2 Kinder (10%) kamen zu Pflegeeltern, ein Kind ins Heim, ein Kind zu seiner Großmutter, ein Kind verstarb und bei einem weiteren Kind war der weitere Verbleib unbekannt.

Involviertes Jugendamt/Aufenthaltsort:

Entlassung	Sorgerechtsentzug mit Jugendamt (22)	Kein Sorgerechtsentzug trotz Jugendamt (21)	Gesamt
	22	21	N=43
Entl. n. Hause	10	15	25
Entl. Pflegeeltern	8	2	10
Entl. Heim	2	1	3
Entl. Partner	1		1
Entl. Großeltern		1	1
Tod		1	1
unbekannt	1	1	2

Tabelle 9

Bei der Frage der psychiatrischen Weiterbehandlung der verursachenden Person zeigte sich, dass in 16 Fällen (32%) die verursachende Person in eine psychiatrische Klinik

eingewiesen wurde, eine davon in die forensische Abteilung. 2 diesbezügliche Empfehlungen (4%) wurden ausgesprochen, ohne dass weitere Angaben über die Folgen gemacht werden konnten.

Strafrechtlich wurden zwei verursachende Personen (4%) zu Bewährungsstrafen verurteilt, eine weitere verursachende Person (die Geliebte des Vaters) kam ins Gefängnis, allerdings aufgrund einer Brandstiftung. In einem Fall ist ein Suizid der verursachenden Person bekannt, in einem anderen Fall wurde ein Suizidversuch verübt.

Bei 9 Opfern (18%) waren den Kliniken ernsthafte gesundheitliche Folgeschäden bekannt. Diese Angaben beziehen sich hauptsächlich auf körperliche/organische Schäden, eine psychische Traumatisierung wurde hierbei kaum beurteilt. Eines dieser 9 Opfer ist verstorben.

3.3.5 Geschwisterkinder

19 Familien (38%) der 50 hatten keine weiteren Kinder. In genau der Hälfte der beschriebenen Familien (50%) gab es zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits insgesamt 49 Geschwisterkinder. In 3 (6%) Familien waren insgesamt 4 Geschwisterkinder bereits vor Diagnosestellung des Münchhausen-by-proxy-Syndroms verstorben. Bei einem dieser 4 bereits verstorbenen Geschwisterkinder war ein allgemeiner Missbrauch bekannt, bei 2 weiteren Kindern einer Familie konnte zu einem Missbrauch keine Angabe gemacht werden. Bei der letzten dieser drei Familien wurde ein Missbrauch verneint. In 3 Familien kamen später insgesamt noch 4 Geschwisterkinder hinzu, eine Familie dieser drei hatte bereits ein Kind. Bei einer weiteren Familie konnte zu evtl. vorhandenen Geschwisterkindern keine Angabe gemacht werden.

Geschwisterkinder (GK):

	GK	Keine GK	GK verstorben
Familie	25	19	3
Gesamt			
Anzahl GK	49		4
Gesamt			

Tabelle 10

In Bezug auf die 25 Familien mit bereits vorhandenen Geschwisterkindern wurde in 4 dieser 25 Familien (16%) bei insgesamt 6 Geschwisterkindern ein allgemeiner Kindesmissbrauch vermutet. In 2 dieser Familien waren bei 2 misshandelten Kindern zudem speziell ein Verdacht auf Münchhausen-by-proxy-Syndrom geäußert und rechtliche Folgen bezüglich der Geschwisterkinder eingeleitet worden. Bei den anderen 2 Familien bestand kein Verdacht auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom.

Der Verdacht auf ein MbpS (ohne weitere Misshandlungen) ergab sich bei weiteren 9 (36%) Familien mit insgesamt 10 Geschwisterkindern. Ein Geschwisterkind war bereits verstorben. Rechtliche Folgen waren bei 2 dieser 9 Familien (22%) bekannt. Somit bestanden bei insgesamt 13 der 25 Familien mit Kindern (52%) ein der Klinik bekannter allgemeiner Kindesmissbrauch bzw. ein zu vermutendes Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Bezogen auf das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ergaben sich insgesamt 11 Familien (44%) (9 Familien nur Münchhausen-by-proxy-Syndrom, 2 Familien Kindesmissbrauch und Münchhausen-by-proxy-Syndrom, 2 Familien nur Kindesmissbrauch).

MbpS-Verdacht bei aktuell vorhandenen Geschwisterkindern (GK):

Familien mit GK insgesamt	GK insgesamt	Familien mit V.a. MbpS	GK mit V.a. MbpS
25	49	11	49

Tabelle 11

3.3.6 Symptome

Im Hinblick auf die jeweils angegebenen Symptome, mit welchen die Kinder ins Krankenhaus gebracht wurden bzw. welche von der jeweils verursachenden Person angegeben wurden, war eine Gruppierung in den Fragebögen in ZNS-Symptome, Infekte, Stoffwechselfälligkeiten, Störung der Atmung, Gastrointestinale Störungen sowie Sonstiges durchgeführt worden mit der Möglichkeit zu Mehrfachantworten: Es zeigte sich, dass in 20 Fällen (40%) unterschiedlichste ZNS-Symptome auffällig waren bzw. angegeben wurden, 13 (26%) Infekte, 4 (8%) Stoffwechselfälligkeiten, 10 (20%) Störungen der Atmung (hier einschließlich ein Fall mit chronischem Husten) sowie 22 (44%) gastrointestinale Störungen, hauptsächlich Durchfall und Erbrechen. 25 Mal

wurde auch die Gruppierung Sonstiges, teils zusätzlich gewählt. Hierunter fallen Stürze, Verletzungen, Gedeihstörungen etc.. Mehrere Kategoriengruppen wurden in 31 der 50 Fälle (62%) angegeben.

Zum Vermerk der Differenzierung zwischen rein anamnestisch angegebenen Symptomen bzw. auch für das Krankenhauspersonal sichtbaren Symptomen ist zu erwähnen, dass von den 20 ZNS-Symptomen 12 Fälle (60%) nur berichtet, aber nicht beobachtet wurden, von den 13 Fällen mit unterschiedlichen Infekten waren 4 Fälle (31%) nur anamnestisch berichtet worden. Eine von 4 Stoffwechsellauffälligkeiten war anamnestisch angegeben worden, 4 (40%) der 10 Fälle von Atemstörungen und 6 (27%) der 22 Gastrointestinalen Störungen wurden nicht direkt beobachtet. In die Gruppierung Sonstiges fielen weitere 6 Fälle (s. Anlage).

Symptome, davon Mehrfachangaben in 62% der Fälle:

	ZNS	Infekte	Stoffwechsel	Atmung	GI	Sonstiges
	20	13	4	10	22	25
Davon anamnest. Angaben	12	4	1	4	6	6

Tabelle 12

3.4 Verdachtsfälle (21):

(s. Anlage)

Neben den oben beschriebenen gesicherten Fällen konnten auch 21 Fragebögen von Verdachtsfällen ausgewertet werden. Bei den beschriebenen 21 Fällen handelt es sich um Fälle zwischen 1980 und 2003.

3.4.1 Opfer

Die Opfer konnten unterteilt werden in 9 männliche (45%) und 11 weibliche (55%) Opfer, bei einem weiteren Opfer war das Geschlecht nicht angegeben. 14 dieser Kinder (70%) lebten bei beiden Elternteilen, 6 weitere (30%) bei der Mutter, bei einem Fall war das familiäre Setting nicht bekannt. Im Durchschnitt betrug das Alter der Opfer 85,4 Monate mit einer Spannweite von 2 Wochen bis 192 Monaten.

Ein Psychiater wurde nur bei 8 Opfern (38%) hinzugezogen. Dabei erhielten 6 Opfer (29%) Unterstützung von einem Kinder- und Jugendpsychiater, drei Erwachsenenpsychiater wurden zusätzlich hinzugezogen. 12 weitere Opfer (57%) erhielten somit keine psychiatrische Unterstützung, bei einem weiteren Kind blieb die Angabe offen.

3.4.2 Symptome

Mehrfachantworten fanden sich bei 11 Fällen (52%), wobei sich folgende Verteilungen in den 5 Kategorien ergab: In 10 Fällen Symptome aus der Gruppe des Zentralnervensystems, 2 Fälle aus der Gruppe der Infekte, 1 Fall aus der Gruppe der Stoffwechselfälligkeiten, 2 Fälle aus der Gruppe der Atemstörungen sowie 10 angegebene Gastrointestinalsymptome. In 11 weiteren Fällen wurden unterschiedliche Symptome angegeben, welche nicht in die 5 Kategorien eingeordnet werden konnten.

3.4.3 Verursachende Person

Betrachtet man die vermutlich verursachenden Personen von den 21 Verdachtsfällen, so war es in 18 Fällen (86%) die Mutter, welche die Manipulationen vorgenommen haben soll, in einem Fall (5%) der Vater, in einem weiteren Fall die Tante. Zudem war In einem Fall unklar, ob die Mutter oder der Vater als verursachende Person in Frage kam.

Im Hinblick auf eine Suchterkrankung war in einem Fall ein Alkohol-Abusus, in einem weiteren Fall ein Schmerzmittel-Abusus und in einem dritten Fall ein Schmerzmittel-Abusus mit psychischer Störung bekannt oder vermutet. In 6 weiteren Fällen (29%) wurde eine psychische Störung, in 2 weiteren Fällen (10%) eine Psychose vermutet.

Die mutmaßlich verursachende Person war in 14 von den mit Angaben versehenen 18 Fällen verheiratet, eine davon war getrennt lebend und hatte einen neuen Partner, von diesem war sie jedoch häufig getrennt. In 3 weiteren Fällen dieser 14 Verheirateten waren die Frauen häufig vom Partner getrennt. In zwei Fällen war die verursachende Person geschieden ohne Partner, in einem weiteren Fall verwitwet, ebenfalls ohne Partner. In einem Fall befand sich die verursachende Person in einer Partnerschaft, es war jedoch der Status des Zusammenlebens nicht bekannt. In 3 Fällen war die Lebenssituation nicht bekannt, so dass keine Angaben dazu gemacht werden konnten.

Das Durchschnittsalter von 19 mutmaßlich verursachenden Personen war 35 Jahre (zwischen 22 und 51 Jahren), bei 2 Fällen war das Alter nicht bekannt.

Die Beziehung zwischen mutmaßlich verursachender Person und Team war in 6 Fällen unauffällig, in 2 Fällen auffällig eng, in 3 Fällen auffällig distanziert, wobei letztere zudem Spannungen im Team verursachten. In einem weiteren Fall (5%) kam es nur zu Spannungen im Team und in 8 (40%) weiteren Fällen (40%) war das Verhalten unterschiedlich bis ambivalent und konnte nicht näher bezeichnet werden. In einem Fall liegen keine Angaben vor.

Betrachtet man die Beziehung zwischen der mutmaßlich verursachenden Person und den Opfern, so war diese nur in 2 von den beschriebenen 19 Fällen (11%) Fällen unauffällig, in deutlicher höherer Zahl, nämlich in 8 Fällen (42%) auffällig eng, in 6 Fällen (32%) auffällig distanziert. Bei 2 weiteren Fällen waren dazu keine Angaben zu erhalten, 3 Fälle (16%) fielen unter Sonstiges.

Wurden bei den gesicherten Fällen häufig die verursachenden Personen oder andere Personen auf den Verdacht angesprochen, so fällt bei den Verdachtsfällen auf, dass nur 5 verursachende Personen (24%) auf den Verdacht angesprochen wurden. Alle 5 verneinten den Verdacht, eine davon brach den Kontakt zu dem Krankenhauspersonal vorübergehend ab. In 5 Fällen (24%) wurden andere Personen auf den Verdacht angesprochen, in einem weiteren Fall erwähnte der Partner von sich aus den Verdacht, dass eine Manipulation vorliegen könnte. In den 5 Fällen, in denen andere Personen angesprochen wurden, waren dies in 2 Fällen ärztliche Kollegen, welche den Verdacht bestätigten, in 2 weiteren Fällen waren es die Partner der mutmaßlich verursachenden Person, zum einen eine Mutter, die den geäußerten Verdacht bestätigte, zum anderen ein Vater, der den Verdacht verneinte. In einem weiteren Fall wurden sowohl der Partner der verursachenden Person sowie die mitbetreuenden Kinderärzte, der Sozialdienst sowie Mitarbeiter der Kindertagesstätte angesprochen. Es bestätigten alle die Vermutung.

3.4.4 Verlauf

Im Gegensatz zu der deutlich höheren Zahl bei den gesicherten Fällen wurde in nur 3 Fällen (14%) das Jugendamt hinzugezogen, einmal mit Ansprache des Verdachtes, einmal bei dem von dem Vater selbst erwähnten Verdachtsfall sowie zum dritten in einem Fall, in dem keine weitere Person angesprochen wurde. Dabei war der neue Partner der mutmaßlich verursachenden Person des Missbrauchs an einem weiblichen Geschwisterkind verdächtigt worden, so dass im Hinblick darauf primär das Jugendamt informiert wurde. In einem weiteren Fall wurde das Jugendamt erst später hinzugezogen.

3.4.5 Vorfeld

Arztbesuche im Vorfeld waren bei 16 Kindern (76%) bekannt, dabei war es in 6 Fällen (38%) zu früheren Beziehungsabbrüchen zu dem Behandler durch die mutmaßlich verursachende Person gekommen, wobei nur in einem davon ein Verdacht im Sinne eines MbpS geäußert wurde.

3.4.6 Folgen

Nur ein Opfer wurde in die Kinder- und Jugendpsychiatrie verlegt, alle anderen Opfer wurden nach Hause entlassen. Folgeschäden bei den Opfern auf Grund der Manipulation waren bei 10 Opfern (48%) bekannt oder wurden vermutet. In 10 weiteren Fällen wurden solche verneint.

Folgen für die mutmaßlich verursachende Person wurden in 9 von den mit Angaben versehenen 13 Fällen (69%) Fällen verneint, eine weitere mutmaßliche VP bekam das Sorgerecht entzogen und wurde in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, bei einem weiteren Fall wurde ähnliches für später angegeben. Eine mutmaßlich verursachende Person wurde psychiatrisch behandelt, brach diese Behandlung jedoch frühzeitig ab, in einem weiteren Fall wurde eine Mutter-Kind-Kur empfohlen, ob diese durchgeführt wurde, ist nicht bekannt. In 8 Fällen ist über die Folgen für die mutmaßlich verursachenden Personen nichts bekannt.

3.4.7 Geschwisterkinder

Ohne weitere Kinder waren 9 der mit Angaben versehenen 18 mutmaßlich verursachenden Personen (50%), 7 weitere (39%) hatten insgesamt 13 Geschwisterkinder. In einer

weiteren Familie war ein Kind bereits verstorben, ein weiteres Kind kam erst später als zum Zeitpunkt der Diagnosestellung zur Welt. In einer Familie wurde von drei bereits verstorbenen Kindern berichtet.

In 3 Fällen wurde die Frage nach den Geschwistern nicht beantwortet.

Das Durchschnittsalter der Geschwisterkinder, das Alter war von 12 Geschwisterkindern bekannt, lag bei 12,8 Jahren mit einer Spannweite zwischen 2 Wochen und 21 Jahren.

Im Hinblick auf die Frage des allgemeinen Missbrauchs war bei einem Geschwisterkind ein späterer Missbrauch durch den neuen Partner der mutmaßlich verursachenden Person bekannt, was später auch zur Einschaltung des Jugendamtes geführt hatte. Der Verdacht auf ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom im Speziellen war bei einem Geschwisterkind gegeben, rechtliche Schritte diesbezüglich wurden jedoch nicht eingeleitet. Bei einer weiteren mutmaßlich verursachenden Person (Tante) war bei den drei bereits verstorbenen Kindern der Verdacht aufgekommen, dass diese jeweils im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms verstorben waren. Rechtliche Schritte waren nicht eingeleitet worden. Somit war bei allen 4 verstorbenen Geschwisterkindern zum Erhebungszeitpunkt ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom vermutet worden, wobei drei Kinder aus einer Familie kamen.

3.5 Korrelationsberechnungen der gesicherten Fälle

Es wurde deutlich, dass die Art des Familienstandes einen signifikanten Einfluß auf die Entlassung des mutmaßlichen Opfers nach Hause hat ($p=0.49$). Dabei hatte eine bestehende Beziehung einen positiven Einfluss.

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Familienstand 1	Ledig	13
VP 2	verheiratet	28
3	getrennt	2

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Entlassung Kind

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	4,775a	2	2,387	3,262	,049
Konstanter Term	63,425	1	63,425	86,670	,000
Familienstand	4,775	2	2,387	3,262	,049
Fehler	29,272	40	,732		
Gesamt	148,000	43			
Korrigierte Gesamtvariation	34,047	42			

a. R-Quadrat=,140 (korrigiertes R-Quadrat = ,097)

Signifikante Ergebnisse lieferte auch die Gegenüberstellung der Folgen für die verursachende Person auf die Entlassung des Kindes nach Hause ($p=0.38$). Dabei sprachen direkte Folgen ($p=0.38$) und eingeleitete ambulante bzw. rechtliche Schritte ($p=0.02$) gegen die Entlassung des Kindes wieder nach Hause.

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Folgen VP 0	Nein	7
1	Sorgerechtsentzug	11
2	Psychiatrie (oder geplant)	7
3	Gefängnis (oder geplant)	1
4	Sonstiges	10
5	Sorgerechtsentzug und Psychiatrie (1 und 2)	10

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Entlassung Kind

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
--------	--------------------------	----	---------------------	---	-------------

Korrigiertes Modell	9,086a	5	1,817	2,631	,038
Konstanter Term	60,818	1	60,818	88,043	,000
Folgen	9,086	5	1,817	2,631	,038
Fehler	27,631	40	,691		
Gesamt	159,000	46			
Korrigierte Gesamtvariation	36,717	45			

a. R-Quadrat=,247 (korrigiertes R-Quadrat = ,153)

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N	
Ambulante oder rechtliche Schritte VP	0	Nein	5
	1	JuA, VoG, amb. Hilfe	34
	3	Beides (1 und 2)	8

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Folgen VP

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	37,968a	2	18,984	6,976	,002
Konstanter Term	174,721	1	174,721	64,207	,000
Schritte	37,968	2	18,984	6,976	,002
Fehler	119,734	44	2,721		
Gesamt	459,000	47			
Korrigierte Gesamtvariation	157,702	46			

a. R-Quadrat=,241 (korrigiertes R-Quadrat = ,206)

Weiterhin erwähnenswert ist, dass bei zwei weiteren Korrelationen nur knapp die Signifikanzgrenze verpasst wurde. Dies waren zum einen die Einschaltung eines Erwachsenenpsychiaters, welche möglicherweise einen positiven Einfluss auf die Entlassung des Kindes nach Hause hat ($p=0.74$). Ähnlich wertig wirkte sich der Einfluss des

Berufes der verursachenden Person möglicherweise mildernd auf die Art der eingeleiteten Schritte für diese aus ($p=0.64$).

4. Diskussion

Ein Problem bei der Auswertung der Daten war die eventuelle Überschneidung von Fällen durch einen möglicherweise erfolgten Beziehungsabbruch mit im Vorfeld konsultierten, behandelnden Stellen und Krankenhäusern. Fälle, welche in einer Klinik als Verdacht angegeben wurden, können von der folgenden Klinik aber bereits als gesicherter Fall beschrieben werden. Da die Daten in dieser Studie anonym erhoben wurden, ist eine Überschneidung von zwei Fällen, welche von einem Krankenhaus als Verdachtsfall, von einem anderen Krankenhaus als gesicherter Fall angegeben wurde, prinzipiell möglich. Es wurde jedoch sorgfältig versucht, anhand der ausführlich beschriebenen Fälle Parallelen zu filtern und eine mögliche Doppelauswertung zu vermeiden. In den Übersichtsangaben können Fehler dieser Art und Überschneidungen dieser Art jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Eine weitere Problematik der ausführlichen Datenerhebung lag darin, dass sich Verdachtsmomente zum Teil bereits vor Jahren ergaben, so dass die Besprechung des jeweiligen Falles nur im Rahmen von Aktenstudien stattfinden konnte. Die vorliegenden Daten waren dann von der jeweiligen Dokumentation und der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Kenntnis des Syndroms abhängig und somit sehr unterschiedlich. Die Auswertung des sozialen Umfeldes der verursachenden Person war in diesen, den Bearbeitenden nicht persönlich bekannten Fällen meist schwierig bzw. die gesamte Datenlage unzureichend.

Methodisch muss zudem darauf hingewiesen werden, dass sich aufgrund der Stichprobengröße die signifikanten Ergebnisse bei fast doppelt so hoher Fallzahl nur auf die gesicherten Fälle beziehen. Bei den Verdachtsfällen waren keine signifikanten Daten zu erhalten.

4.1 Auswertung

Schreier et al kamen durch eine 1993 veröffentlichte Studie zu der Aussage, dass die Erkrankung Münchhausen-by-proxy nicht so selten vorkommt wie häufig beschrieben. Von 178 veröffentlichten Artikeln zum Münchhausen-by-proxy-Syndrom wurden 143 in medizinischen Journalen und nur 19 in der psychiatrischen und psychologischen Literatur gefunden. Die 1991 durchgeführte Studie von Schreier et al richtete sich an alle 870 Kinderneurologen und 388 Kindergastroenterologen in den USA und es zeigte sich, dass diese zwei Untergruppen die meisten Fälle dieses Syndroms sahen. Die Antwortrate zu dem Fragebogen lag in der ersten Gruppe bei 22% und in der zweiten Gruppe bei 32%. Die zwei Gruppen zusammen berichteten von 465 Fällen, von welchen 273 gesichert waren und 192 ernsthaft vermutet wurden. Allerdings lag der Rücklauf positiver Antworten der Befragten zu diesem Zeitpunkt noch deutlich unterhalb der in unserer Studie erreichten 50%. Die berichteten 465 Fälle lagen hingegen deutlich über unserer Fallzahl bei einem Mehrfachen der befragten Stellen (H. A. Schreier & Libow, 1993). 2008 berichtete die Arbeitsgruppe von Fujiwara von insgesamt 21 Fällen von MbpS und unterteilten diese in 16 (76,2%) mit physischen Symptomen (PHY) - einschließlich 12 Fällen mit gastrointestinalen Symptomen, 2 Fällen von Sepsis, 2 Fällen von Diabetes insipidus sowie einem Fall mit Epilepsie -, und 5 Fällen mit primär psychischen Symptomen (23,8%). Dabei war letztere Gruppe signifikant älter als die Opfer mit körperlichen Symptomen (Fujiwara, Okuyama, Kasahara, & Nakamura, 2008).

Im Folgenden sollen einige Ergebnisse näher betrachtet und kritisch hinterfragt werden:

4.1.1 Alter der Opfer

So könnte zum Beispiel das in unserer Studie erfasste Durchschnittsalter der Opfer von 49,5 Monaten unter anderem darin eine Erklärung finden, dass ältere Kinder im Schulalter möglicherweise eher in der Lage sind, sich gegen Manipulationen in direkter oder indirekter Form wehren zu können bzw. mit zunehmendem Alter auch direkt Ansprechpartner für die Behandler sein könnten. Kleinkinder hingegen sind in vielerlei Hinsicht abhängig von der sie versorgenden Person und den Untersuchungsmaßnahmen.

Am ehesten begründet durch die Unfähigkeit der Kinder, sich gegen die Machenschaften der Fürsorgenden zu wehren, benennt Freiburger Kinder unter 5 Jahren, wie auch in unserer Studie, als am meisten gefährdet. Eine Diagnosestellung war nach einer Studie von Feldman et al 2002 in einem mittleren Kindesalter von 4 Jahren möglich, was sich gut mit unseren Erhebungen und dem Durchschnittsalter von 49,5 Monaten deckt (M. D. Feldman & Brown, 2002). Deutlich niedriger lag in einer Untersuchung von Truman et al 2002 das mittlere Alter bei 6,9 Monaten mit einer Spannbreite von 2 Tagen bis zu 4 Jahren (Truman & Ayoub, 2002), bei Hettler 2002 bei etwa 20 Monaten (Hettler, 2002). Galvin et al beschrieben das Alter der meisten Opfer allgemeiner mit unter 5 Jahren (Galvin, Newton, & Vandeven, 2005). Sheridan fasste im Jahr 2003 154 Artikel mit 451 Fällen zusammen, die bis zum Jahr 1999 publiziert wurden (Sheridan, 2003). Das mittlere Alter der Kinder lag entsprechend unseren Ergebnissen bei 48,6 Monate. Feldman et al beschrieben 2002 59 Artikel aus 24 Ländern mit insgesamt 122 Fällen in 9 verschiedenen Sprachen. Die Opfer waren zwischen 3 und 13 Jahre alt (M. D. Feldman & Brown, 2002). Jureidini benannte 1993 das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung mit ca. 3 ¼ Jahren (Jureidini, 1993). Die Mehrheit der betroffenen Kinder war in einem Artikel von Klein et al 2004 jünger als 5 Jahre bzw. im Durchschnitt 20 Monate alt (Klein & Püschel, 2004). In keiner Untersuchung ergaben sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Nur Fujiwara et al unterteilten 2008 in ihrer Studie die Symptome unter anderem in physische und psychische Symptome und zeigten dabei einen signifikanten Altersunterschied auf.

Es ist zu vermuten, dass die deutliche Diskrepanz in Bezug auf das Durchschnittsalter der Opfer unter anderem mit der Art der Stichproben zu begründen ist. Insbesondere die Erfassung von Manipulationen bei sehr jungen Kindern, die in vielen angelsächsischen Ländern durch geheime Videoüberwachung möglich ist, dürfte in Deutschland unzureichend sein und in unserer Studie den Altersdurchschnitt der Opfer tendenziell heben.

Bis heute ist die Videoüberwachung, die in den USA und England bereits erfolgreich angewandt wird, in Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, nicht etabliert bzw. nicht zulässig (Jacobi, 2008). Dabei unterliegt die Videoüberwachung einem datenschutzrechtlichen Vorbehalt. Allerdings ist die Videoüberwachung im Einzelfall als

Mittel zur Aufdeckung eines MbpS als Strafverfolgungsmaßnahme zulässig nach Anordnung durch den Strafrichter, den Staatsanwalt oder – bei Gefahr in Verzug – auch durch die Polizei (Noeker, Mußhoff, Franke, & Madea, 2010). David Southall hatte zwischen 1986 und 1994 ein Projekt geleitet, in dem er Kinder in einem Krankenhaus mittels Videokamera überwachen ließ. 2005 wurde Southall aus dem Ärztereister gestrichen, nachdem er durch den General Medical Council dafür kritisiert wurde, einen Mann anhand einer Videoaufzeichnung des Mordes an seinen zwei Kindern für schuldig befunden zu haben (www.wikipedia.org).

4.1.2 Geschlecht der Opfer

In unserer Studie zeigten sich im Hinblick auf die 50 aufgeschlüsselten, gesicherten Fälle eine Unterteilung der Opfer in 27 männliche und 23 weibliche Opfer. Die fast gleiche Verteilung des Geschlechterverhältnisses lässt eher nicht davon ausgehen, dass das Geschlecht des Kindes zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Kindesmisshandlung motiviert. Dies bestätigt die bereits im Vorfeld aufgeworfene Vermutung, dass das Opfer selbst nicht ausschlaggebend, sondern vielmehr die Psychopathologie der verursachenden Person bzw. deren soziale Situation und emotionale Stimmungslage für das Krankheitsbild des Münchhausen-by-proxy-Syndrom verantwortlich zu machen sind. Auch die Literatur zeigt kaum signifikante Geschlechtsunterschiede der Opfer. Hinzuweisen ist allerdings auf die von Jacobi 2008 beschriebenen 19 MbpS-Fälle. Davon waren 13 Opfer männlich (Jacobi, 2008).

4.1.3 Verursachende Person

In 48 der in unserer Studie beschriebenen 50 gesicherten Fälle war die Mutter die verursachende Person. Eine männliche verursachende Person wurde in keinem der uns vorliegenden aufgeschlüsselten Fälle angegeben. Feldman beschrieb 2002 in 75% der Fälle die Verursacherin als Mutter des Opfers, in weiteren 25% der Fälle wurde eine andere Frau als Verursacherin benannt, der Vater selbst war so gut wie nie daran beteiligt (K. W. Feldman, Stout, & Inglis, 2002). Übereinstimmend mit unseren Ergebnissen fanden sich auch in der Studie von Freiberger 2006 fast ausschließlich Mütter als Verursacherinnen (Freyberger, 2006). Ayoub et al bezogen sich bei der Angabe der Häufigkeit des weiblichen Geschlechtes der verursachenden Person auf Rosenberg 1987 und nannten in

Einklang mit unseren Ergebnissen Zahlen von 93-98% (Ayoub, et al., 2002). Nach Adshead und Bluglass (2005) waren 75-95% der dokumentierten Verursacher von Münchhausen-by-proxy Mütter (Adshead & Bluglass, 2005). Schreier benannte den Anteil der Mütter 2004 mit 93%, zeigte aber, dass auch Väter, Großväter und andere als Verursacher in Betracht kommen. Unsere Studie zeigte eine Beteiligung der Mütter von 96% und liegt demnach geringfügig über den bis dato erhobenen Daten, bestätigt aber ebenfalls die Konzentration auf den mütterlich-weiblichen Part (Tumolo, 2001). Wir fanden keine einzige männliche verursachende Person in den näher aufgeschlüsselten gesicherten 50 Fällen.

Sheridan fasste 2003 154 Artikel mit 451 Fällen zusammen. In nur 76,5% der Fälle waren die leiblichen Mütter die Verursacher, in 6,7% waren immerhin Väter als Täter benannt. Feldman et al beschrieben 2000 59 Artikel aus 24 Ländern mit insgesamt 122 Fällen in 9 verschiedenen Sprachen. In 86% war auch hier die Mutter die einzige Verursacherin (Sheridan, 2003). In einem Artikel von Klein et al 2004 war in mehr als 85% der Fälle die biologische Mutter die Täterin (Klein & Püschel, 2004).

Trotz eines einsetzenden Wandels in der Geschlechterrollenverteilung bei der Kindererziehung ist derzeit nach wie vor meist die Mutter die erziehende und betreuende Person und sie ist diejenige, die das Kind den ganzen Tag umsorgt. Ob dies alleine als Ursache für die Geschlechterverteilung verantwortlich gemacht werden kann oder ob eine geschlechtsspezifische Psychopathologie neben der Rollenverteilung als weiterer Begründungsversuch herangezogen werden kann, überschreitet die Datenlage dieser Studie.

4.1.4 Alter der verursachenden Person

Das mittlere Alter der Mütter wurde von Adshead und Bluglass 2005 mit 28 Jahren angegeben (Adshead & Bluglass, 2005), Klepper berichtete in seinem Artikel über eine 16 Jahre alte Mutter. Im Durchschnitt lagen unseren Ergebnissen bei 30,7 Jahren und stimmen bei einer Spannbreite von 17-48 Jahren damit überein. In 58% wurde dabei die Frage nach einer bekannten oder vermuteten psychischen Erkrankung bejaht.

4.1.5 Partnerschaft

Die Autoren wiesen in derselben Studie auf Ergebnisse von Pilowsky hin, der bereits 1977 55% der Mütter, ähnlich wie nach unseren Berechnungen mit 58%, in einer Partnerschaft oder verheiratet beschrieben hatte (Adshead & Bluglass, 2005).

4.1.6 Erkrankungen der verursachenden Person

Angaben zu Persönlichkeitsstrukturen oder Vorerkrankungen der verursachenden Personen waren in der Literatur nur wenige zu erhalten. Laut Feldmann haben viele der Frauen Persönlichkeitsstörungen, hauptsächlich Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder narzisstische Störungen (M. D. Feldman & Brown, 2002). In unserer Studie war eine Differenzierung diesbezüglich nicht möglich, denn Auskünfte über Erkrankung der verursachenden Personen waren in den wenigsten Fällen zu erhalten. Infolge seiner Erhebungen rät Freyberger von einer direkten Konfrontation bei Patienten mit artefizieller Störung, also u.a. Patienten mit zusätzlichem Münchhausen-Syndrom und vorliegender Persönlichkeitsstörung, zum Beispiel im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, dringend ab. Er beschreibt als drohende Folge einen meist plötzlichen Beziehungsabbruch durch den Patienten bzw. die verantwortliche Person, zumindest aber eine erheblich verminderte Bereitschaft zu seiner bzw. deren Mitarbeit (Freyberger, 2006). Auch in unserer Studie fiel auf, dass trotz direktem Ansprechen des Manipulationsverdachtes oder des Beweises in bis zu 90% der Fälle dies nur zu einer direkten Bestätigung in 22% der Fälle führte.

4.1.7 Sorgerechtsentzug

Zudem zeigte sich, dass der verursachenden Person in nur 10 Fällen der 32 endgültig nach Hause entlassenen Opfer das Sorgerecht entzogen worden ist. Dies bedeutet, dass in 22 Fällen, in denen das Opfer wieder nach Hause entlassen wurde und das Jugendamt eingeschaltet war, die verursachende Person weiterhin das Sorgerecht behielt und somit die Möglichkeit bekam, trotz eventueller Unterstützung durch Familienhelfer weiterhin Manipulationen vorzunehmen. Das Ausmaß der Misshandlung bzw. deren weitreichenden Folgen, ferner die Dynamik des Münchhausen-by-proxy-Syndroms als solches scheint den Verantwortlichen nicht in vollem Umfang bewusst zu sein, oder aber der durchaus schwierige und einschneidende Weg bis hin zum Sorgerechtsentzug über-

schattet in der Realität die Gefährlichkeit des Krankheitsbildes. Vergleichbare Daten waren in der Literatur nicht zu finden.

4.1.8 Strafrechtliche Schritte

Im Hinblick auf strafrechtliche Schritte ist die Zahl der Fälle, in denen definitive Folgen für die verursachende Person ausgesprochen wurden, im Hinblick auf die Zahl der vorliegenden Fälle sehr gering (2 bzw. 3, letztere mit stattgehabter Brandstiftung). Warum es nicht zu häufigeren Verurteilungen und Strafen gekommen ist, kann anhand dieser Studie nicht abschließend geklärt werden, dürfte aber unter anderem an dem medizinischen Selbstverständnis als Helfer und Heiler liegen, was viele Mediziner vor einer Einschaltung der Staatsanwaltschaft zurückschrecken lässt. Auch hier finden sich in der Literatur bislang keine vergleichbaren Daten.

4.1.9 Letalität

Im Hinblick auf die Letalität hatte eine Studie von Feldman 2002 eine Todesrate von etwa 10% von Münchhausen-by-proxy-Opfern gezeigt (K. W. Feldman, et al., 2002). Die Prognose der betroffenen Kinder ist laut einer Untersuchung von Freyberger 2006 schlecht und er vermutet, dass über 50% im Verlauf weniger Jahre an den Folgen der Misshandlungen sterben. Jacobi gab 4 Todesfälle von 19 Kindern an (Jacobi, 2008). Die Letalität ist bei unserem Studiendesign nicht zu beurteilen, zumal der weitere Verlauf in den meisten Fällen nicht bekannt ist. Bereits 1984 hatte Meadow auf eine große Spanne zu den Angaben der Mortalität bzw. Letalität der Opfer hingewiesen, die zwischen 9 und 31% liege. Dabei betonte er, dass die Todesrate umso höher sei, je mehr Zeit nach der Diagnosestellung vergehe, bis die Kinder aus ihren Familien entfernt würden (Meadow & Lennert, 1984). Sheridan fasst 2003 154 Artikel mit 451 Fällen zusammen. 6% (33) dieser Kinder verstarben an den Folgen von Mbp, 7,3% erlitten dauerhafte Folgeerkrankungen (Sheridan, 2003). Meadow beschrieb 1990 27 junge Kinder als Opfer von Münchhausen-by-proxy-Syndrom. 9 dieser 27 Kinder starben, eines war stark hirngeschädigt (Meadow, 1990). Jacobi berichtete von 4 von 19 Todesfällen (Jacobi, 2008). In unserer Studie waren bei 9 Opfern (18%) ernsthafte gesundheitliche Folgeschäden bekannt, wobei im Verlauf einer dieser 9 Kinder verstarb. Über die Art und das Ausmaß psychischer Schäden ist wenig bekannt. Zu erwarten sind vor allem Störungen in der

Persönlichkeitsentwicklung (Krupinski & Tutsch-Bauer, 2009). Jacobi berichtet, dass 50% der Überlebenden bleibende emotionale, mentale oder neurologische Folgen haben (Jacobi, 2008).

4.1.10 Symptome

Die in der Literatur häufig beschriebenen Symptome waren laut der 2002 veröffentlichten Studie von Feldman unter anderem Vergiftungen, Atemstillstände, Durchfälle, Blutungen und Fieber sowie Verhaltensauffälligkeiten. Dabei wurden die Atemstörungen als das häufigste Symptom angegeben (K. W. Feldman, et al., 2002). Krupinski und Tutsch-Bauer (2009) nannten als häufig beschriebene Symptome Blutungen, Anfälle, ZNS-Dämpfung, Atemstörungen, Durchfälle, Erbrechen, Fieber und Ausschläge. Klepper berichtet 2008 über ein 6 Monate altes Kind, das sich mit wiederholten Erbrechen, blutigen Durchfällen sowie einem lebensbedrohlichem Event (ALTE) viermal in stationärer Behandlung befand. In unserer Studie zeigten sich in 40% der Fälle (20 Fälle) unterschiedliche ZNS-Symptome, worunter wir 20% Atemstörungen sahen. Mit einem etwas höheren Anteil von 44% der Fälle waren in unserer Untersuchung gastrointestinale Störungen zu sehen mit hauptsächlich Durchfall und Erbrechen, sodass hier ein leichter Unterschied in der Symptomverteilung zu erkennen ist. Allerdings ergibt sich bei diesen Ergebnissen die Frage, inwieweit die im deutschsprachigen Raum nicht erlaubte Videoüberwachung zum Beispiel induzierte Atemstillstände oder Erstickungen weniger zum Vorschein bringt, im Gegenzug dazu somit die Opfer durch Vergiftungen bzw. gastrointestinale Störungen häufiger auffällig werden.

4.1.11 Weiterer Verlauf

Ebenfalls nur wenige Informationen liegen zu der Frage der weiteren Versorgung der Kinder vor. Im deutschsprachigen Raum zudem nicht ausreichend untersucht ist die Frage, wann das Jugendamt eingeschaltet wird mit welchen Folgen für die verursachende Person. In unserem Fall zeigt sich eine relativ hohe Zahl an Opfern, welche wieder nach Hause entlassen wurden, ohne dass eine ausreichende Überwachung oder ein hinreichender Schutz für das Opfer gewährleistet wäre.

4.1.12 Geschwisterkinder

Unsere Zahlen der vorhandenen Geschwisterkinder bei 50% der Indexfamilien decken sich weitgehend mit den Angaben von Truman et al 2002 (Truman & Ayoub, 2002). Ayoub et al sprechen 2002 von einer Mortalitätsrate der Geschwisterkinder zwischen 9 und 22%. Dabei berufen sie sich auf eine Untersuchung von Kaufman et al 1998 (Ayoub, Schreier & Keller, 2002; Kaufman, Coury, Pickrell & McCleary, 1998). Rosenberg beschrieb 1987 in ihrer Studie eine Sterblichkeit von 4,8% (Rosenberg, 1987). In unserer Studie waren 4 Geschwisterkinder im Vorfeld bereits verstorben, ohne dass eine eindeutige Diagnose gestellt worden wäre, ein weiteres Geschwisterkind verstarb in Folge. Somit liegen unsere Zahlen deutlich niedriger, wobei sich im Hinblick auf den relativ geringeren Bekanntheitsgrad der Erkrankung in Deutschland allerdings die Frage stellt, inwieweit bei der Behandlung der Indexkinder das Augenmerk überhaupt auf die Sterblichkeit der Geschwisterkinder gerichtet wurde. Nicht außer Acht zu lassen ist, dass sich unsere Angaben auch auf bereits verstorbene Geschwisterkinder beziehen, wobei rückblickend unklar bleibt, ob diese im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms verstorben sind. Nähere Angaben waren diesbezüglich zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung nicht zu erhalten. Sheridan et al fassten im Jahr 2003 154 Artikel mit 451 Fällen zusammen, welche bis 1999 publiziert wurden. Dabei beschrieben sie 451 Opfer mit insgesamt 210 Geschwisterkindern, was prozentual mit unseren Zahlen annähernd vergleichbar ist. Laut Autoren verstarben 25% dieser Geschwisterkinder und 61% hatten ähnliche Erkrankungen wie die Opfer selbst. Zu letzterem Punkt kann in unserer Studie keine Aussage getroffen werden. 27 von Meadow 1990 beschriebene Indexkinder hatten insgesamt 15 lebende ältere Geschwisterkinder sowie 18 bereits früher plötzlich und unerwartet verstorbene Geschwister. Bereits 1984 berichtete Meadow von 33 Geschwisterkindern, von denen 7 am plötzlichen Kindstod verstorben waren (Meadow & Lennert, 1984). In der Studie von Fujiwara et al 2008 waren unter Berücksichtigung der Teilung der Indexkinder in Kinder mit körperlichen und Kinder mit psychischen Symptomen keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl oder dem Vorhandensein von Geschwisterkindern zu sehen (Fujiwara, et al., 2008).

In unserer Studie gab es in genau 50% der beschriebenen Familien zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits insgesamt 49 Geschwisterkinder. 4 Geschwisterkinder waren

bereits vor Diagnosestellung verstorben. In diesen Familien wurde bei insgesamt 6 Geschwisterkindern ein allgemeiner Kindesmissbrauch vermutet, bei 2 misshandelten Kindern wurde speziell der Verdacht auf Münchhausen-by-proxy-Syndrom geäußert. Es ergaben sich in 52% der angegebenen Familien (13 von 25 Familien mit Kindern) ein der Klinik bekannter allgemeiner Kindesmissbrauch bzw. ein zu vermutendes Münchhausen-by-proxy-Syndrom bei Geschwisterkindern, was insgesamt auf ein hohes Maß an Auffälligkeiten und Gefährdung in diesen Familien verweist. Ein ausschließlicher Münchhausen-by-proxy-Syndrom-Verdacht wurde bei 11 diese 13 Familien geäußert. Eine 70%ige Mitbetroffenheit der Geschwisterkinder - wie von Freyberger 2006 angegeben - ist mit unserer Studie also nicht zu bestätigen.

4.1.13 Sonstiges

Keine Studien liegen bislang zu der Frage der Beteiligung der Kinder- und Jugend- bzw. Erwachsenenpsychiater vor, welche von den jeweiligen Kliniken zur Beurteilung der Verdachtspersonen oder der Opfer hinzugezogen wurden. Unsere Studie zeigte, dass in 62 % ein Kinder- und Jugend- oder Erwachsenenpsychiater hinzugezogen wurde, um zur Klärung beizutragen. Es fällt ferner auf, dass nur in 51 % der Fälle mit involviertem Jugendamt der Mutter das Sorgerecht entzogen wurde. Dabei wurden 10 Opfer trotz entzogenem Sorgerecht wieder nach Hause entlassen. Es stellt sich somit die Frage, weshalb Kinder trotz Aktivierung des Jugendamtes und trotz gesichertem Münchhausen-by-proxy-Syndrom wieder in die verursachende Familie zurückgeführt werden und inwieweit hier tatsächlich ein ausreichendes Maß an Schutz für diese Opfer aufgebaut wurde. Leider war über die Nachsorge bzw. Überprüfung der Sicherheit der Kinder in unserer Studie wenig zu erfahren, da oftmals über den Verbleib und den weiteren Verlauf nur wenige oder keine Informationen vorlagen, so dass zumindest eine erhebliche weitere Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

Auch international gibt es bislang kaum Studien, welche sich mit dem weiteren Verlauf nach Diagnosestellung und der Entlassung aus der Klinik beschäftigen. Bools et al haben jedoch schon 1993 in einer Follow-up-Studie von 54 Kindern, deren Misshandlung im Mittel 5,5 Jahre zurücklag, in etwa der Hälfte der Fälle inakzeptable Schäden aufgezeigt (Bools, Neale, & Meadow, 1993).

2008 wurde erstmals in einer Studie von Spence et al (2008) der Einsatz einer funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRI) zur Kontrolle des Wahrheitsgehaltes einer getätigten Aussage nach Konfrontation beschrieben (Spence, Kaylor-Hughes, Brook, Lankappa, & Wilkinson, 2008). Ein Jahr zuvor versuchten Hassler et al, das Münchhausen-by-proxy-Syndrom vom Plötzlichen Säuglingstod (SIDS) und Infantizid zu differenzieren. Dabei gaben sie an, dass sich hinter 5 bis 11% der SIDS-Fälle Infantizide, das heißt Kindstötungen, verbergen, welche durch ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom verursacht sein könnten. Laut den Autoren liegt die Inzidenz von Kindstötungen bei 8,0 auf 100.000 Kinder im ersten Lebensjahr. Mit 2,9 auf 100.000 Kinder betrage die Prävalenz in Kanada weniger als die Hälfte von der der USA, wobei sie sich auf Friedmann et al (2005) bezogen. Sie empfahlen, einen Infantizid als Folge eines MbpS in Erwägung zu ziehen, wenn sich nach unklarer Todesursache eines Kleinkindes herausstellt, dass es kein älteres Geschwisterkind gibt oder ein solches verstorben ist, der Tod zwischen 11 und 22 Uhr eingetreten ist, die Eltern angeben, das Kind maximal 2 Stunden vor dessen Auffinden noch lebendig gesehen zu haben oder vorherige Atemstillstände, lebensbedrohliche Zustände (ALTE: apparent life threatening event) oder mehrere ambulante oder stationäre ärztliche Behandlungen beschrieben wurden (Hassler, et al., 2007).

Pankratz wies in seiner Studie 2006 auf die weiterhin bestehende Problematik in der Diagnosestellung hin und verglich die gesetzlichen Verankerungen und Richtlinien im Umgang mit Kindesmisshandlungen in den verschiedenen Ländern. Er sah sowohl hinsichtlich der Gesetzgebung, der medizinischen Literatur als auch bezüglich des nächsten psychiatrischen Diagnosemanuals Verbesserungsnotwendigkeiten (Pankratz, 2006). Neben der Schwierigkeit der Diagnosestellung betonen Squires et al 2010, dass mittlerweile eine frei zugängliche Internetrecherche ausreichende Informationsmöglichkeiten bietet bzgl. Symptomen, Diagnosen und Diagnostikmöglichkeiten, die im Hinblick auf das Münchhausen-by-proxy-Syndrom dann gezielt angewendet werden können (Squires & Squires, 2010).

4.2 Hypothesen

Letztendlich lässt die Zusammenschau unserer Ergebnisse die Vermutung zu, dass das Hinzuziehen Dritter in Form von psychiatrisch tätigen Ärzten bzw. im sozialen Bereich tätigen Mitarbeitern die Sensibilität der involvierten Personen erhöht, das Umfeld des Opfers mehr zu beleuchten und auch die Last der Verantwortung etwas mehr zu verteilen. Ob diese multiprofessionelle Herangehensweise die Entscheidung bezüglich eines Sorgerechtsentzuges oder die Entlassung des Kindes nach Hause signifikant beeinflusst, ist bei der jetzigen Datenlage abschließend nicht eindeutig beurteilbar. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass multifaktorielle Einflüsse und das Ausmaß des persönlichen Engagements letztendlich den weiteren Werdegang der Opfer beeinflussen. Es war kein „Domino-Effekt“ nachweisbar, das heißt keine systematische Kaskade an Entscheidungs- und Handlungsabläufen bezüglich der ersten Reaktion der Behandler bis hin zum sicheren Schutz des Opfers. Vielmehr scheint die emotionale Dominanz des Krankheitsbildes mit den multiplen Symptomen und den unterschiedlichsten Schweregraden den Umgang mit dieser Form der Kindesmisshandlung deutlich zu erschweren. Weitere Studien mit gezielten Fragestellungen sind hier notwendig, um die Gefahrenlage im Verlauf besser erkennen und einen möglichst umfangreichen Schutz der Opfer gewährleisten zu können.

Ein wichtiges diagnostisches Problem ergibt sich aus häufigen Klinikaufenthalten bzw. Vorstellungen bei niedergelassenen Ärzten, was zunächst oft unerkannt bleibt und somit nicht oder erst später als Teil des Krankheitsbildes gesehen wird. Die Symptome zeigen sich häufig auch nur im häuslichen Bereich und „sistieren“ bereits bei Vorstellung bei der behandelnden Stelle, so dass die dann in den jeweiligen Kliniken durchgeführte Diagnostik auf fremdanamnestischen Angaben der verursachenden Person beruht und oftmals bereits keine nachweisbaren und für den Behandler erkennbaren, diagnostisch richtungsweisenden Symptome zum Vorstellungszeitpunkt vorliegen. Eine im Vorfeld stattgehabte Diagnostik oder gar Behandlung ist meist nicht bekannt und die jeweiligen Daten liegen den nachfolgenden Krankenhäusern und Behandlern nicht in ausreichendem Maße vor. Letzteres ist im deutschen Gesundheitssystem zwar nicht spezifisch für den kindärztlichen Bereich, stellt aber für die Diagnostik eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms ein besonderes Problem dar. Ursächlich hierfür ist u.a. die Dynamik des

Krankheitsbildes, welche einen möglichen Beziehungsabbruch von Seiten der verursachenden Person mit der behandelnden Stelle, zum Beispiel schon nach erstmaliger Formulierung eines Verdachtes, bedingt, so dass eine abschließende Beurteilung und Intervention häufig nicht weiter verfolgt werden kann.

Bei einem bestehenden Verdacht ergibt sich die Frage der Diagnosesicherung. Dabei unterliegt die „Beweisführung“ mehreren Einflüssen. Zum Einen ist hierbei die Kenntnis des Krankheitsbildes wichtig, da ein Verdacht nur dann entstehen und verfolgt werden kann, wenn die Symptome, Handlungsweisen und Interaktionen hinreichend bekannt sind. Ist das Krankheitsbild mit den verschiedenen Auswirkungen nicht oder nur unzureichend bekannt, wird vielleicht nie auf Manipulationen geachtet, was richtungsweisend für die dann folgende Eingruppierung sein kann. Wird beispielsweise eine immer wiederkehrende anamnestische Angabe eines Atemstillstandes nicht als eventuelle Symptomdarstellung eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms zumindest in Erwägung gezogen, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine entsprechende Reaktion erfolgt, eher gering. Auf der anderen Seite kann eine detaillierte Kenntnis des Krankheitsbildes und mangelnde Sorgfalt bei der Beachtung sonstiger Erklärungsmöglichkeiten zu schnellen, vielleicht auch voreiligen und ungerechten Rückschlüssen führen, welche einen MbpS-Verdacht aufkommen lassen, der der Realität nicht gerecht wird. Neben der individuellen Vorkenntnisse ist die erhobene Datenqualität auch stark vom Engagement der jeweiligen untersuchenden Person und der Bereitschaft, eigene Einstellungen und Wertungen kritisch zu hinterfragen, abhängig.

Ferner beeinflusst neben den individuellen Voraussetzungen zur Diagnosestellung auf ärztlicher Seite wahrscheinlich auch die Reaktion der verursachenden Person auf eine eventuelle Ansprache des Manipulationsverdachtes die Reaktionen der Behandler und die weiteren Schritte, so zum Beispiel, ob ein Weiterverfolgen bzw. eine Kontaktaufnahme mit anderen Kliniken überhaupt noch stattfindet. Ist die Reaktion der verursachenden Person ablehnend, wütend oder verneinend oder kommt es gar zu einem Beziehungsabbruch, besteht vermutlich eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass das Verdachtsmoment erneut hinterfragt und weitere rechtliche Schritte gegebenenfalls unterlassen werden, als wenn die verursachende Person tendenziell Hilfe suchend reagiert

oder gar Dritte den Verdacht bestätigen oder zumindest dem involvierten Kollegen stützend zur Seite stehen. Diesbezügliche Informationen wurden zwar bei der Datenerhebung von den involvierten Kinderärzten immer wieder mal nebenbei erwähnt, wurden aber quantitativ nicht systematisch erhoben.

Stirling et al empfahlen 2007 in ihrer Untersuchung zur Diagnosestellung und Zukunftssicherung des Opfers wenn möglich einen in Kindsmisshandlung erfahrenen Kinderarzt hinzuzuziehen, alle notwendigen medizinischen Untersuchungen zu dokumentieren, mit einem multidisziplinären Team zusammenzuarbeiten und die gesamte Familie mit in das Geschehen einzubeziehen (Stirling, 2007). Im Hinblick auf die Problematik der involvierten Behandler wies der Autor eines Medical Law Reviews 2006 (Jones, 2006) noch einmal darauf hin, dass die Ärzte damit beauftragt sind, zum Schutz der Patienten tätig zu sein und sich im Falle einer Unsicherheit für die Interessen des Kindes einzusetzen.

4.3 Signifikante Ergebnisse

Bei der Auswertung unserer Daten mit Blick auf die aufgestellten Hypothesen ergaben sich wenige statistisch signifikante Ergebnisse. Eine Signifikanz zwischen den variablen Daten kann in diesen Punkten zwar aufgezeigt werden, es kann jedoch keine weitere Einteilung in die jeweiligen Untergruppen stattfinden.

So wurde deutlich, dass die Art des Familienstandes einen signifikanten Einfluss auf die Entlassung des Opfers nach Hause hat ($p < 0,05$). Es kann jedoch im Rahmen dieser Analyse nicht gesagt werden, welcher Familienstand zu welcher Art der Entlassung führt. Hier bleibt zu diskutieren, ob der Einfluss eines gesicherten „Zuhause“ mit weiteren Geschwisterkindern und einem im häuslichen Umfeld lebenden Partners gegebenenfalls die Entscheidung, ob das Kind nach Hause entlassen wird, positiv beeinflusst. In der Analyse hatte sich die unabhängige Variable der vorhandenen Geschwisterkinder nicht signifikant auf die Entlassung des Kindes nach Hause ausgewirkt und auch der Beruf der verursachenden Person war dabei nicht maßgeblich. Eine genauere Analyse kann anhand der vorliegenden Daten nicht durchgeführt werden.

Signifikante Ergebnisse ($p < 0,05$) lieferte auch die Gegenüberstellung der Folgen für die verursachende Person auf die Entlassung des Kindes nach Hause. Ferner dürften die Folgen für die verursachende Person in Abhängigkeit von den eingeleiteten ambulanten oder rechtlichen Schritten sein, auch wenn die diesbezüglichen Korrelationsberechnungen mit der Entlassung des Kindes keine signifikanten Ergebnisse brachten. Es bleibt also zu diskutieren, ob eine frühzeitige Reaktion auf einen Verdacht oder einen Nachweis eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms die Entlassung des Opfers nach Hause in relevanter Weise beeinflusst, auch wenn anhand der vorliegenden Daten nur gemutmaßt werden kann, welche Reaktion zu welchen Folgen und welche Folgen daraufhin wieder zu welchen Entscheidungen führen. Auch hier ist anhand der derzeitigen Datenlage keine endgültige Aussage möglich.

Weiterhin ist interessant, dass in zwei Fällen nur knapp ein relevantes Korrelationsniveau verpasst wurde. Dies waren zum einen die Einschaltung eines Erwachsenenpsychiaters, welche möglicherweise Einfluss auf die Entlassung des Kindes nach Hause hat ($p = 0,74$). Ähnlich grenzwertig war der Einfluss des Berufes der verursachenden Person auf die Art der eingeleiteten Schritte ($p = 0,64$). Ersteres kann darauf hinweisen, dass eine Mitbeurteilung seitens Dritter einer genaueren Hinterfragung der komplexen Situation die Türen öffnet für weitere Überlegungen, möglicherweise auch eine gegenseitige Stärkung und Unterstützung bedeutet. Der zweite Punkt lässt die Frage aufkommen, ob bei einer berufstätigen verursachenden Person die Einschätzung der weiteren Gefahr des Missbrauchs eventuell geringer ausfällt bzw. eher eine gewisse Stabilität unterstellt wird, und ob eine nicht berufstätige verursachende Person in der Zusammenschau prognostisch eher negativ betrachtet wird, wozu allerdings auch in der Literatur keine Informationen zu erhalten waren.

4.4 Praktische Konsequenzen

Das MbpS basiert in der großen Mehrzahl der Fälle auf subtilen Manipulationen einer meist labilen Mutter und eines passiven, kindlichen Opfers unter Einbeziehung des medizinischen Systems. Ältere Kinder sind wahrscheinlich eher in der Lage, sich gegen Manipulationen in direkter oder indirekter Form zu wehren, weshalb das Durchschnitts-

alter der Opfer in der Literatur eher niedrig ist. Allerdings verhindert die im deutschsprachigen Raum nicht erlaubte Videoüberwachung das Erkennen zum Beispiel von manipulierten Atemstillständen oder Erstickten im Säuglingsalter, weshalb das Durchschnittsalter der Opfer in unserer Studie im Vergleich zur Literatur wahrscheinlich etwas höher liegt. Wegen diesem Aufdeckungsdefizit dürften die ermittelten Fallzahlen auch die tatsächlichen Fälle eher unterschätzen. Im Hinblick auf eventuelle strafrechtliche Schritte ist die Zahl der Fälle, in denen definitive Folgen für die verursachende Person ausgesprochen wurden, sehr gering. Es fand sich aber ein hoher Anteil an Opfern, welche wieder nach Hause entlassen wurden, ohne dass eine ausreichende Überwachung oder ein hinreichender Schutz für das Opfer gewährleistet worden wäre. Das Ausmaß der Misshandlungen und deren weitreichende Folgen scheinen den Verantwortlichen nicht in vollem Umfang bewusst zu sein. Es ist zu vermuten, dass unter anderem das medizinische Selbstverständnis als Helfer und Heiler dazu führt, dass viele Mediziner vor einer Einschaltung der Staatsanwaltschaft zurückschrecken. Dass die Art des Familienstandes einen signifikanten Einfluss auf die Entlassung des Opfers nach Hause hat, gibt einen Hinweis darauf, wie subtil der emotionale Bereich in die grundlegenden Entscheidungen einwirkt und wie sehr das traditionelle Vertrauen in familiäre Bindungen trotz massiver Störungen das Denken und Handeln beeinflusst. Dies lässt vermuten, dass es auch in Zukunft schwer sein wird, das bei MbpS-Familien nicht berechnete Grundvertrauen in das familiäre System aufzuweichen und kritisch zu hinterfragen.

Dass die Einschaltung eines psychiatrischen Facharztes tendenziell Einfluss auf die Entlassung des Kindes nach Hause hat, kann darauf hinweisen, dass eine Miteinbeziehung Dritter einer genaueren Hinterfragung der komplexen Situation förderlich ist, die Sensibilität der involvierten Personen erhöht und eine gegenseitige Stärkung und Unterstützung bedeutet. Ob diese multiprofessionelle Verfahrensweise die Entscheidung bezüglich eines Sorgerechtsentzugs oder die Entlassung des Kindes nach Hause in relevanter Weise beeinflusst, bleibt bei grenzwertig signifikanten Ergebnissen vorerst nur zu vermuten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit das Ausmaß des persönlichen Engagements und somit letztendlich auch den weiteren Werdegang des Opfers beeinflusst. Auch die Frage, ob bei einer berufstätigen verursachenden Person die Einschätzung der weiteren Gefahr des Missbrauchs grundsätzlich gerin-

ger ausfällt, weil sie eine gewisse „Stabilität“ erwarten lässt, kann bei grenzwertiger Signifikanz anhand der vorliegenden Daten nicht klar beantwortet werden. Eine zumindest indirekte Verknüpfung zwischen der „sozialen Integration“ und der vermuteten zukünftigen „Verlässlichkeit“ der Familie scheint jedoch nicht ausgeschlossen und bedarf der Überprüfung.

Die Provokation von starken Emotionen auf Behandlerseite durch das Krankheitsbild scheint den Umgang mit dieser Form der Kindesmisshandlung deutlich zu erschweren. Da die berichteten Symptome oftmals bereits bei der Arztvorstellung nicht mehr vorhanden sind, beruhen die jeweiligen Anamnesen auf Informationen, die meist durch die verursachende Person selbst erfolgten. Die spärliche Datenlage zum Verlauf zeigt, wie wichtig eine weitere Verfolgung der Opfer des MbpS ist angesichts der aus der Literatur bekannten Gefährdung, so dass hier Verbesserungen sowohl in der medizinischen Nachsorge aber auch hinsichtlich der Kontrolle durch Jugendämter und Justiz notwendig erscheinen. Zum Schutz der jetzigen und der zukünftigen Opfer erscheint eine kritische Hinterfragung des tendenziell fest verankerten Gutgläubens in die familiäre Verlässlichkeit auch bei MbpS-Familien nach Aufdeckung des Missbrauchs dringend erforderlich. Weitere Studien mit gezielten Fragestellungen wären zudem sinnvoll, insbesondere um diagnostisch die Opfer schneller zu erkennen und positive wie negative Prädiktoren für den weiteren Verlauf herauszuarbeiten.

5. Zusammenfassung

Die Informationslage in Deutschland über die Erscheinungsformen und Häufigkeit des Münchhausen-by-proxy-Syndroms (MbpS) ist noch sehr gering, systematisch erhobene Daten für Deutschland fehlen weitgehend. Diese Form des Kindesmissbrauchs ist meist subtil und für den Beobachter nur schwer zu erkennen. Der Nachweis einer manipulierten Erkrankung ist häufig kaum zu erbringen und die emotionalen Belastungen und weitreichenden Folgen bei Diagnosestellung sind nicht außer Acht zu lassen.

Um erste Daten über die in Deutschland vorkommenden Fälle des MbpS zu erhalten,

wurden 379 Kinderkliniken in ganz Deutschland angeschrieben. Ein kurzes Anschreiben mit einer Erklärung der Studie lieferte eine erste Trennung zwischen Kliniken mit und ohne Fälle von MbpS sowie eine grobe Unterteilung in Verdachtsfälle und gesicherte Fälle. Es folgte ein 23-seitiger Fragebogen, der spezielle Informationen lieferte. Erhebungszeitraum war von Februar bis Ende Dezember 2004. Die Auswertung der Daten erfolgte im Sinne einer post-hoc-Analyse unter Berücksichtigung von 13 Arbeitshypothesen.

203 von 379 Kinderkrankenhäusern schickten den Fax-Antwortbogen zurück, 86 davon gaben insgesamt mindestens 91 Verdachtsfälle und mindestens 99 gesicherte Fälle von MbpS an bei einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 11 Jahren. Im zweiten Schritt ergaben sich 50 verwertbare ausführliche Datensätze zu gesicherten Fällen und 21 Fragebögen zu Verdachtsfällen. Statistisch sinnvoll verwertbare Daten waren nur für die gesicherten Fälle zu erhalten, wobei sich die nachfolgenden Angaben auf letztere beziehen. Dabei hatten sowohl der Familienstand mit bestehender Beziehung als auch eingeleitete ambulante oder rechtliche Schritte für die verursachende Person einen signifikanten Einfluss auf die Entlassung des mutmaßlichen Opfers nach Hause. Bei der Frage, ob die Unterstützung eines Psychiaters richtungsweisend für Entlassung des Kindes nach Hause war und ob sich eine Berufstätigkeit der verursachenden Person mildernd auf die Art der eingeleiteten Schritte auswirkte, wurde die Signifikanzgrenze nur knapp verpasst. Das Alter des Opfers betrug im Durchschnitt 49,5 Monate bei annähernd gleicher Verteilung des Geschlechterverhältnisses. In 48 der in unserer Studie detaillierter ausgewerteten 50 gesicherten Fälle war die Mutter die verursachende Person. In nur 51 % der Fälle mit Jugendamtinvolvierung wurde der Mutter das Sorgerecht entzogen. Dabei wurden 10 Opfer trotz entzogenem Sorgerecht wieder nach Hause entlassen. Bei neun Opfern waren ernsthafte gesundheitliche Folgeschäden bekannt, ein Opfer verstarb. Symptomatisch wurden 44 % der Fälle durch gastrointestinale Störungen, hauptsächlich Durchfall und Erbrechen, auffällig, 40 % der betroffenen Kinder hatten Auffälligkeiten des zentralnervösen Systems. In 25 Fällen erfolgte eine endgültige Diagnosesicherung per Toxikologie durch Untersuchungen von Körperflüssigkeiten. Neben der Untersuchung der Körperflüssigkeiten sicherte eine zusätzliche Verhaltensbeobachtung in 4 Fällen den Verdacht. Eine Röntgenuntersuchung mit Nachweis

eines körperfremden Gegenstandes, 3 Kontrollen (der Nahrung, der Temperatur sowie des angeblich Erbrochenen) sowie einmalig rein durch Bestätigung der verursachenden Person nach Ansprache bei Verdacht waren zudem diagnostisch richtungsweisend. In 20 Fällen war eine Diagnosesicherung letztlich durch Beobachtung möglich. 45 von 50 verursachende Personen (90%) wurden vom Klinikpersonal direkt auf den Manipulationsverdacht angesprochen, nur 10 der Konfrontierten (22%) gaben dabei die Misshandlung direkt zu. Es gab in genau 50 % der beschriebenen Familien zum Zeitpunkt der Diagnosestellung MbpS bereits insgesamt 49 Geschwisterkinder. In gut der Hälfte (52 %) der betroffenen Familien war ein allgemeiner Kindesmissbrauch beziehungsweise ein zu vermutendes MbpS der Geschwisterkinder angegeben.

Mit Hilfe dieser Daten soll auf ein noch wenig bekanntes Krankheitsbild aufmerksam gemacht werden, damit dies bei diagnostischen Überlegungen Beachtung findet. Die Entwicklung einer möglichst hohen Sensibilität für subtile Verhaltensauffälligkeiten soll ferner die notwendige multiprofessionelle Zusammenarbeit bei diesem Krankheitsbild erleichtern.

6. Literaturverzeichnis

- Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *Br J Psychiatry*, 187, 328-333.
- Al-Haidar, F. A. (2008). Munchausen syndrome by proxy and child's rights. *Saudi Med J*, 29(3), 452-454.
- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
- Ayoub, C. C., Schreier, H. A., & Keller, C. (2002). Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child Maltreat*, 7(2), 149-159.
- Bode, L. (1983). Brief an Dr. Straßburg.
- Bools, C. N., Neale, B. A., & Meadow, S. R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child*, 69(6), 625-630.
- Denton, J., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2011). Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr*, 23(2), 240-248.
- Eminson, D. M., & Postlethwaite, R. J. (1992). Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child*, 67(12), 1510-1516.
- Feldman, K. W., Stout, J. W., & Inglis, A. F., Jr. (2002). Asthma, allergy, and sinopulmonary disease in pediatric condition falsification. *Child Maltreat*, 7(2), 125-131.
- Feldman, M. D., & Brown, R. M. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse Negl*, 26(5), 509-524.
- Fisher, G. C., & Mitchell, I. (1995). Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Arch Dis Child*, 72(6), 530-534.
- Freyberger, H. J. (2006). [Artificial disturbances]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 74(10), 591-600; quiz 601-593.
- Fujiwara, T., Okuyama, M., Kasahara, M., & Nakamura, A. (2008). Differences of Munchausen syndrome by proxy according to predominant symptoms in Japan. *Pediatr Int*, 50(4), 537-540.
- Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr*, 17(2), 252-257.
- Guandolo, V. L. (1985). Munchausen syndrome by proxy: an outpatient challenge. *Pediatrics*, 75(3), 526-530.
- Hassler, F., Zamorski, H., & Weirich, S. (2007). [The problem of differentiating between sudden infant death syndrome, fatal Munchausen's syndrome by proxy, and infanticide]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 35(4), 237-244; quiz 245-236.
- Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., & Dettmeyer, R.B. *Kindesmisshandlung Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Heidelberg: Springer Verlag, Seite 97
- Hettler, J. (2002). Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Emerg Care*, 18(5), 371-374; quiz 375-376.
- Hughes, M. C. (1984). Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observations of 23 children and their families. *Am J Orthopsychiatry*, 54(1), 146-155.
- Jacobi, G. (2008). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. *Huber Verlag*, 133, 241-254.
- Jones, M. A. (2006). Child abuse: when the professionals get it wrong. *JD v. East Berkshire Community Health NHS Trust*. *Med Law Rev*, 14(2), 264-276.

- Jureidini, J. (1993). Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 135-137.
- Kaufman, K., Coury, D., Pickrell, E., McCleary, J. (1998). Munchausen syndrome by proxy: A survey of professionals knowledge. *Child Abuse and Neglect*, 13, 141-147.
- Klein, A., & Püschel, K. (2004). Forensische Pädiatrie: Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *päd 10*, 200-205
- Klepper, J., Heringhaus, A., Wurthmann, C., Voit, T. (2008). Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *Eur J Pediatr*, 167, 1085-1088.
- Krupinski, M. (2006). [When health care professionals become unwillingly involved in child abuse: the Munchhausen-by-proxy syndrome]. *Wien Med Wochenschr*, 156(15-16), 441-447.
- Krupinski, M., Tutsch-Bauer, E., Frank, R., Brodherr-Heberlein, S., & Soyka, M. (1995). [Munchausen syndrome by proxy]. *Nervenarzt*, 66(1), 36-40.
- Krupinski, M., & Tutsch-Bauer, E. (2009). Misshandelte Kinder und als Missbraucher missbrauchte Ärzte: Münchhausen-by-proxy-Syndrom. In O. Peschel, E. Mützel, R. Penning *Das Kind in der Forensischen Medizin Festschrift für Wolfgang Eisenmenger* (S. 381-394). Landsberg/Lech: ecomed
- Libow, J. A., & Schreier, H. A. (1986). Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry*, 56(4), 602-611.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2(8033), 343-345.
- Meadow, R. (1990). Suffocation, recurrent apnea and sudden infant death. *J Pediatr*, 117(3), 351-357.
- Meadow, R. (1995). What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'? *Arch Dis Child*, 72(6), 534-538.
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*, 26(5), 501-508.
- Meadow, R., & Lennert, T. (1984). Munchausen by proxy or Polle syndrome: which term is correct? *Pediatrics*, 74(4), 554-556.
- Money, J., & Werlwas, J. (1976). Folie a deux in the parents of psychosocial dwarfs: two cases. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 4(4), 351-362.
- Morley, C. J. (1995). Practical concerns about the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*, 72(6), 528-529; discussion 529-530.
- Noeker, M., Mußhoff, F., Franke, I., & Madea, B. (2010). Münchhausen-by-Proxy-Syndrom. *Rechtsmedizin*, 20(3), 223-237.
- Pankratz, L. (2006). Persistent problems with the Munchausen syndrome by proxy label. *J Am Acad Psychiatry Law*, 34(1), 90-95.
- Plassmann, R. (2002). Der Arzt als Detektiv: Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Vortrag auf der Frühjahrs-Regionaltagung des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim, 1-16
- Rosen, C. L., Frost, J. D., Jr., Bricker, T., Tarnow, J. D., Gillette, P. C., & Dunlavy, S. (1983). Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Munchausen syndrome by proxy or child abuse? *Pediatrics*, 71(5), 715-720.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*, 11(4), 547-563.

- Sanders, M. J., & Bursch, B. (2002). Forensic assessment of illness falsification, Munchausen by proxy, and factitious disorder, NOS. *Child Maltreat*, 7(2), 112-124.
- Schreier, H. (2002a). Munchausen by proxy defined. *Pediatrics*, 110(5), 985-988.
- Schreier, H. (2002b). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse Negl*, 26(5), 537-549.
- Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1993). Munchausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence. *Am J Orthopsychiatry*, 63(2), 318-321.
- Schreier HA, Libow JA, eds. Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome. *New York, NY: Guilford*. 1993
- Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1994). Munchausen by proxy syndrome: a modern pediatric challenge. *J Pediatr*, 125(6 Pt 2), S110-115.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*, 27(4), 431-451.
- Spence, S. A., Kaylor-Hughes, C. J., Brook, M. L., Lankappa, S. T., & Wilkinson, I. D. (2008). 'Munchausen's syndrome by proxy' or a 'miscarriage of justice'? An initial application of functional neuroimaging to the question of guilt versus innocence. *Eur Psychiatry*, 23(4), 309-314.
- Squires, J. E., & Squires, R. H., Jr. (2010). Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 51(3), 248-253.
- Steinschneider, A. (1972). Prolonged apnea and the sudden infant death syndrome: clinical and laboratory observations. *Pediatrics*, 50(4), 646-654.
- Stirling, J., Jr. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026-1030.
- Strassburg, H. M., & Peuckert, W. (1984). Not "Polle syndrome", please. *Lancet*, 1(8369), 166.
- Täglicher Anzeiger Holzminden (1982). Münchhausens zweite Ehe.
- Truman, T. L., & Ayoub, C. C. (2002). Considering suffocatory abuse and Munchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome. *Child Maltreat*, 7(2), 138-148.
- Tumolo, J. (2001). Making children sick. Munchausen's syndrome by proxy. *Adv Nurse Pract*, 9(6), 103-106.
- Von Leo, E.E., Lighthart, R., & Verhulst, F.C. (1990). Das Munchausen-syndrom. Welcher Name verdient den Vorzug? "Munchausen's syndrome by proxy" oder "Munchausen's syndrome-e-proximo." *Der Kinderarzt*, 21(8), 1110-1114
- Wiebel, B. (1998). Münchhausen - Raspe - Bürger: ein phantastisches Triumvirat. Einblick in die Münchhausen-Szene und die Münchhausen-Forschung mit einem besonderen Blick auf R. E. Raspe. In: Münchhausen-Museum Bodenwerder. *Münchhausen - Vom Jägerlatein zum Weltbestseller* (S. 8) Göttingen. Arkana Verlag. S. 13 - 55.

www.petra-heller.com

www.wikipedia.org

Anrede
Name des Empfängers
Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ihr Zeichen:

Bitte bei Antwort angeben:

Unser Zeichen:

Telefon: (09 31) 2 01 – 7 75 10

Telefax: (09 31) 2 01 – 7 75 20

www.forensik.uni-wuerzburg.de

Würzburg, 03.02.2004

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Sehr geehrte(r) Herr /Frau.....

angesichts der Diskussionen im Rahmen des Symposiums zum Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom während des Kinderärztekongresses in Bonn 2003 sowie angesichts der wenigen Fälle, die bislang aus deutschsprachigen Ländern publiziert wurden, erscheint es sinnvoll, dieser seltenen Form der Kindesmisshandlung auch hierzulande eine über Kasuistiken hinausgehende Untersuchung zu widmen.

In Zusammenarbeit mit allen Kinderkliniken in Deutschland ist die Abteilung für Forensische Psychiatrie an der Universität Würzburg derzeit bemüht, Informationen über Erscheinungsbild, Häufigkeit, Umgang und Auswirkungen dieses Störungsbildes in Deutschland zu gewinnen, wofür wir Sie höflichst um Ihre Unterstützung bitten.

Durch strukturierte, telefonisch geführte Interviews mit behandelnden Ärzten aus den jeweiligen Kliniken sollen einige relevante Informationen sowohl über gesicherte Fälle von Münchhausen-by-proxy-Syndrom als auch über ernsthafte Verdachtsfälle zusammengetragen werden. Die Daten werden selbstverständlich nur in anonymisierter Form erhoben und nach den Regeln des Datenschutzes verwertet.

Wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie uns beiliegenden Fax-Antwortbogen zurücksenden und ggf. einen Ansprechpartner Ihrer Klinik benennen würden. Für nähere Informationen stehen wir selbstverständlich jederzeit zu Verfügung.

Mit der Hoffnung, dass Sie die Untersuchung sinnvoll und unterstützenswert finden, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen und besten Dank für Ihre Mühe

Prof. Dr. M. Krupinski

S. Lorenc

Universitätsklinikum Würzburg
Abteilung für
Forensische Psychiatrie
Fuchsleinstr. 15
97080 Würzburg



An das
Universitätsklinikum Würzburg
Abteilung für Forensische Psychiatrie
Prof. Dr. M. Krupinski
Füchsleinstr. 15
97080 Würzburg

Faxantwortbogen

(Fax-Nr.: 0931-20177520)

(Bitte ankreuzen)

Gesicherte Fälle:

- Soweit mir bekannt sind an unserer Klinik bislang **keine gesicherten Fälle** von Münchhausen-by-proxy-Syndrom aufgetreten.
Hierbei überblicke ich einen Zeitraum von (Monat/Jahr) bis heute.
- An unserer Klinik ist mindestens **ein gesicherter Fall** von Münchhausen-by-proxy-Syndrom aufgetreten.

Ernsthafte Verdachtsfälle:

(Nicht lediglich differentialdiagnostische Überlegung, sondern zumindest diesbezügliche Diagnostikversuche. Keine zufriedenstellende diagnostische Klärung und letztlich nicht völlig ausgeräumter Manipulations-Verdacht auch nach Abschluss der Behandlung)

- Soweit mir bekannt sind an unserer Klinik bislang **keine ernsthaften Verdachtsfälle** von Münchhausen-by-proxy-Syndrom aufgetreten.
Hierbei überblicke ich einen Zeitraum von (Monat/Jahr) bis heute.
- An unserer Klinik ist mindestens **ein ernsthafter Verdachtsfall** von Münchhausen-by-proxy-Syndrom aufgetreten.

Für nähere Informationen in anonymisierter Form kann als Ansprechpartner Herr/Frau Dr. _____ kontaktiert werden. Er/Sie ist über die Telefonnummer _____ zu erreichen.

Abs. bzw. Klinikstempel

Datum

Leiter der Klinik
oder zuständiger
Oberarzt

.....
Klinik/Anschrift/Tel.Nr.

.....
Ansprechpartner

.....
Datum/Fall

.....000/000/000

CODE

Fragenkatalog zur Studie: Untersuchungen zum Münchhausen- by- proxy- Syndrom in Deutschland (Arbeitstitel)

Alle Daten sind nur anonym zu erfassen. Eine Bewertung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen erfolgt nicht. Ziel ist lediglich eine Erhebung von einigen Basisdaten zu gesicherten bzw. ernsthaften Verdachtsfällen von Münchhausen-by-prox-Syndrom.

1. Kurze Fallschilderung in freier Form:

.....

2. Allgemeine Informationen

2.1. Wie viele Betten hat Ihre Klinik?

2.2. Welchen Zeitraum können Sie überblicken?

Jahre

Monate

2.3. Wie viele ernsthaften Verdachtsfälle sind in Ihrer Klinik bekannt?

2.4. Wie viele gesicherte Fälle sind in Ihrer Klinik bekannt?

3. Soziobiographische Daten zum Patienten

3.1. Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Diagnosestellung/des Verdachtes?

Jahre

Monate

3.2. Welches Geschlecht hatte das Kind? (m/w)

3.3. Welche Staatsangehörigkeit hatte das Kind?

1 Deutsch

2 Andere:.....

[.....]

[.....]

CODE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.5. Wie wurde die Diagnose ggf. gesichert?(Mehrfachantworten möglich)

- 1 Einlassung von Seiten der (mutmaßlich) verursachenden Person
- 2 Einlassung von Seiten des Kindes
- 3 Röntgenuntersuchung
- 4 Operation
- 5 Urinuntersuchung
- 6 Blutuntersuchung
- 7 Sonstige.....

.....

.....

.....

.....

4.6. Wie lange war die Aufenthaltsdauer des Kindes in Ihrer Klinik?

Tage

4.7. Wurde ein Kinder- und Jugendpsychiater hinzugezogen?

- 1 Ja
- 2 nein

[.....]

CODE

4.8. Wurde ein Erwachsenen-Psychiater hinzugezogen?

- 1 Ja
- 2 nein

4.9. Wie war die Beziehung zwischen der (mutmaßlich) verursachenden Person und dem Kind? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Keine Auffälligkeiten
- 2 Auffällig eng
- 3 Auffällig distanziert
- 4 Sonstiges:.....

.....

.....

.....

4.10. Wurde die (mutmaßlich) verursachende Person auf den Manipulationsverdacht im Laufe des Klinikaufenthaltes gezielt angesprochen?

- 1 ja
- 2 Nein

4.10.1. Falls ja, zu welchem Zeitpunkt?

- 1 Zu Beginn des Klinikaufenthaltes
- 2 Im Laufe des Klinikaufenthaltes
- 3 Am Ende des Klinikaufenthaltes
- 4 Sonstiges:.....

.....

.....

.....

[.....]

CODE

4.10.2. Falls ja, welche Reaktion(en) der betroffenen Person folgte(n)?

(Mehrfachantworten möglich)

- 1 Verneinen
- 2 Erstaunen
- 3 Wut
- 4 Empörung
- 5 Beziehungsabbruch
- 6 Sonstiges.....

.....

.....

.....

.....

4.11. Wurden andere Personen auf den Manipulationsverdacht angesprochen?

- 1 ja
- 2 nein

4.11.1. Falls ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

[.....]

4.11.2. Falls ja, welche Reaktion(en) dieser Person folgte(n)?

(Mehrfachantworten möglich)

- 1 Verneinen
 - 2 Erstaunen
 - 3 Wut
 - 4 Empörung
 - 5 Beziehungsabbruch
 - 6 Vermutung bestätigt
 - 7 Sonstige.....
-
-
-

4.12. Wurden rechtliche Schritte von seitens des Krankenhauses eingeleitet?

(Mehrfachantworten möglich)

- 1 nein
 - 2 bereits im Vorfeld geschehen
 - 3 Jugendamt/Vormundschaftsgericht
 - 4 strafrechtl. Schritte
 - 5 Sonstige.....
-
-
-
-
-

5. Fragen zu früheren Klinikaufenthalten des Kindes:

5.1. Sind Ihnen frühere Klinikaufenthalte des Kindes bekannt?

- 1 Ja
- 2 Nein

5.1.1. Falls ja, wie viele?

5.1.2. Sind Ihnen andere Diagnosen/Symptome des Kindes bekannt, die zu diesem Klinikaufenthalt/diesen Klinikaufenthalten geführt haben?

- 1 Ja
- 2 nein

5.1.2.1. Falls ja, welche Diagnosen/Symptome?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[.....]

5.2. Gab es Hinweise auf häufige Arztbesuche im Vorfeld?

- 1 Ja
- 2 nein

5.2.1. Falls ja, gab es Hinweise auf frühere Beziehungsabbrüche mit dem medizinischen Versorgungssystem im Kontext eines Manipulationsverdachtes?

- 1 Ja
- 2 nein

5.2.2. Falls ja, wurde früher bereits einmal der Manipulationsverdacht geäußert?

- 1 Ja
- 2 nein

5.2.3 Falls ja, von wem?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Fragen zum weiteren Verlauf nach Entlassung:

6.1. Wohin wurde das Kind entlassen?

- 1 nach Hause
- 2 in ein anderes Krankenhaus
- 3 Heim
- 4 Pflegeeltern
- 5 Sonstige.....

.....

.....

.....

.....

6.2. Sind Ihnen bleibende gesundheitliche Folgeschäden oder körperliche Beeinträchtigungen bekannt?

- 1 Ja
- 2 nein

6.2.1 Falls ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[.....]

6.3. Haben Sie Informationen darüber, welche Folgen dies für die (mutmaßlich) verursachenden Person hatte?

- 1 Ja
- 2 nein

6.3.1. Falls ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Keine
 - 2 Entzug des Sorgerechts
 - 3 Einweisung in eine psychiatrische Klinik
 - 4 Gefängnis
 - 5 Sonstige.....
-
-
-
-

7. Fragen zu der (mutmaßlich) verursachenden Person:

7.1. In welchem Verhältnis stand die (mutmaßlich) verursachende Person zu dem Kind?

- 1 Mutter
 - 2 Vater
 - 3 Großmutter
 - 4 Großvater
 - 6 Stiefmutter
 - 7 Stiefvater
 - 8 Sonstige.....
-
-

7.2. In welchem Land lebte die (mutmaßlich) verursachende Person zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes?

- 1 Deutschland
- 2 Andere:.....
- 3 unbekannt

7.3. Welche Staatsangehörigkeit hatte die (mutmaßlich) verursachende Person?

- 1 Deutsch
- 2 Andere:.....
- 3 unbekannt

7.4. Wie alt war die verursachende Person?

Jahre

7.5. Welchen Beruf hatte die (mutmaßlich) verursachende Person?

.....

.....

.....

7.6. Welchen Berufsstatus hatte die (mutmaßlich) verursachende Person?

- 1 Arbeiter/in
- 2 Angestellte/r
- 3 Beamter/Beamtin
- 4 Selbständige/r
- 5 Auszubildende/r
- 6 Schüler/in
- 7 Student/in
- 8 Nicht erwerbstätig/arbeitslos
- 9 Sonstiges.....
- 10 unbekannt

[.....]
CODE

7.7. Bestand der Verdacht auf einen Suchtmittel/Medikamentenmissbrauch der (mutmaßlich) verursachenden Person?

- 1 Ja
- 2 Nein

7.7.1 Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

7.8. Bestand der Verdacht auf eine psychische Erkrankung der (mutmaßlich) verursachenden Person?

- 1 Ja
- 2 Nein

7.8.1 Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

[.....]
CODE

7.9. Welchen Familienstand hatte die (mutmaßlich) verursachende Person zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes?

- 1 Ledig
- 2 Verheiratet
- 3 Verwitwet
- 4 Geschieden
- 5 unbekannt

7.10. Lebte die (mutmaßlich) verursachende Person in einer festen Partnerschaft?

- 1 Seit < 2 Jahren
- 2 2-4 Jahren
- 3 4-8 Jahren
- 4 häufig getrennt vom Partner
- 5 häufig wechselnde Partner
- 6 Nein
- 7 unbekannt

7.10.1. Falls der Partner bekannt ist, war der Partner ein leibliches Elternteil des Kindes?

- 1 Ja
- 2 nein

7.11. Wie war die Beziehung zwischen der (mutmaßlich) verursachenden Person und dem Team? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Keine Auffälligkeiten
- 2 Auffällig eng
- 3 Auffällig distanziert
- 4 verursachte Spannungen im Team
- 5 Sonstiges.....

.....

.....

.....

[.....]

CODE

8. Fragen zu dem Partner:

8.1. Wie alt war der Partner der (mutmaßlich) verursachenden Person?

Jahre

8.2. Welchen Beruf hatte der Partner der (mutmaßlich) verursachenden Person?

.....

.....

.....

8.3. Welchen Berufsstatus hatte der Partner der (mutmaßlich) verursachenden Person?

- 1 Arbeiter/in
- 2 Angestellte/r
- 3 Beamte/r
- 4 Selbständige/r
- 5 Auszubildende/r
- 6 Schüler/in
- 7 Student/in
- 8 Nicht erwerbstätig/arbeitslos
- 9 Sonstiges.....
- 10 unbekannt

8.4. In welchem Land lebte der Partner der (mutmaßlich) verursachenden Person zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes?

- 1 Deutschland
- 2 Andere:.....
- 3 unbekannt

[.....]
CODE

8.5. Welche Staatsangehörigkeit hatte der Partner der (mutmaßlich) verursachenden Person?

- 1 Deutsch
- 2 Andere:.....
- 3 unbekannt

8.6. War ein Suchtmittel/Medikamentenmissbrauch des Partners bekannt?

- 1 Ja
- 2 Nein

8.6.1 Falls ja, welche?

.....

.....

.....

.....

8.7. War eine psychische Erkrankung des Partners bekannt?

- 1 Ja
- 2 Nein

8.7.1 Falls ja, welche?

.....

.....

.....

.....

[.....]
CODE

9. Fragen zu Geschwistern:

9.1. Hatte der Patient Geschwister?

- 1 Ja
- 2 Nein

9.1.1 Falls ja, wie viele?

9.1.2 Falls ja, wie alt waren die Geschwister?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 4 | 7 |
| 2 | 5 | 8 |
| 3 | 6 | 9 |

9.1.3 Falls ja, welches Geschlecht hatten die Geschwister?
(m=männlich/w=weiblich)

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 4 | 7 |
| 2 | 5 | 8 |
| 3 | 6 | 9 |

9.2. Bestand bei den Geschwistern der Verdacht auf Kindesmisshandlung
allgemein?

- 1 Ja
- 2 Nein

[.....]
CODE

9.2.1 Falls ja, bei welchen Geschwistern? (vgl. Frage 9.1.2)

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 4 | 7 |
| 2 | 5 | 8 |
| 3 | 6 | 9 |

9.2.2 Falls ja, sind rechtliche Schritte gegen die verursachende Person in Bezug auf die Geschwister des Patienten bekannt?

- 1 Nein
 - 2 Entzug des Sorgerechts
 - 3 Einweisung in eine psychiatrische Klinik
 - 4 Gefängnis
 - 5 Sonstige.....
-
-

9.3. Bestand bei den Geschwistern der Verdacht auf Kindesmisshandlung im Sinne von Münchhausen by proxy?

- 1 Ja
- 2 nein

9.3.1 Falls ja, bei welchen? (vgl. Frage 9.1.2)

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 4 | 7 |
| 2 | 5 | 8 |
| 3 | 6 | 9 |

[.....]
CODE

9.3.2. Falls ja, sind rechtliche Schritte gegen die verursachende Person in Bezug auf die Geschwister des Patienten bekannt? (Mehrfachantworten möglich)

- 1 Nein
- 2 Entzug des Sorgerechts
- 3 Einweisung in eine psychiatrische Klinik
- 4 Gefängnis
- 5 Sonstige.....

.....

.....

9.4. Sind bei den Geschwistern Fälle von Plötzlichem Kindstod bekannt?

- 1 Ja
- 2 nein

9.4.1 Falls ja, bei wie vielen?

[.....]
CODE

10. Fragen zum Behandler

10.1. Was hat Sie bei der Behandlung dieses Falles besonders belastet?

10.2. Was haben Sie bei der Behandlung dieses Falles als besonders hilfreich empfunden?

gesicherte Fälle gesamt				
KH	2	gesichert	3	3.1 Kindes- alter
		j/n		Monate
5		j		13
15		j		6
27		j		42
37		j		24
43		j		35
54		j		48
64		j Verdacht bereits geäußert)		18
90		j		96
94		j		38
107		j		72
109		j		9
119		j		132
136		j		8
142		j		39
146		j		9
147		j (Verdacht bereits im Vorfeld geäußert)		96
148		j (Verdacht bereits im Vorfeld in Rheumaklinik aber Kind schon E)		84
165		j		60
174		j		16
177		j		9
177		j		48
195		j		18
195		j		24
229		j		60
229		j		44
233		j		120
238		j		36
245		j		192
254		j		5
264		j		5
273		j (Verdacht bereits im Vorfeld geäußert)		108
273		j (Verdacht bereits im Vorfeld geäußert)		30
274		j		12
321		j		5
339		j (Verdacht bereits im Vorfeld geäußert)		9
344		j		60
346		j		72
349		j		132
350		j		24
359		j		108
365		j		33
365		j		7
366		j		18
374		j		3
377		j		158
381		j (später endgültig gesichert)		87
381		j		161
100		j (VF, später 1996 gesichert -keine Angaben-) hier jedoch bereits angesprochen		36
165		j (VF, später gesichert- nur allgemein erwähnt-) hier bereits angesprochen		5
77		j (VF, später 1992 gesichert -keine Angaben-)		3

3.2 Geschl. Kind	3.3 Nationali- tät K.	3.4 Erziehungs- berater			4	4.1 Jahr Diagnose- stellung
		m/w	D/Andere	Mutter		
m	d		j			2001
w	d			j		2003
m	d			j		1991
w	d			j		1995
m	d		j			2001
m	?		j			2003
w	d		j		und Cousine	2003
m	d		j			2001
w	d		j			2003
m	d		j			1999
w	d		j			2002
w	?				Pflegemutter	?
m	d		j			2004
w	d		j			1998
m	d		j			2003
m	d		j			2002
w	d		j			1995
m	d		j			1998
m	d		j			1995
w	d		j			1997
w	d		j			2000
m	d		j			2002
m	d		j			1997
m	türkisch		j			2002
m	d		j			1996
w	d		j			2000
m	d		j			2002
w	d		j		Großmutter	2000
w	d		j			1996
w	d		j		Lebensgefährten	2003
m	d		j			2003
m	d		j		Stiefvater	2000
w	türkisch		j			2003
m	d		j			1994
w	d		j			2002
w	d		j			2000
w	d		j			2003
m	d		j			1998
w	d		j			2000
w	d		j			2004
m	d		j			1997
m	d		j			1998
w	d		j			1999
w	d		j			2002
m	d		j			1999
w	d		j			1995
m	d		j			1996
m	d		j			1995
m	d		j			1999
m	d		j			1992

4.2
Hauptsymptome

ZNS	Infekte
rez. Krampfanfälle anamn.	
rez. Somnolenz, Ataxie, Fallneigung	
rez. Fieberkrämpfe anamn.	rez. Harnwegsinfekte anamn.
rez. somnolente Zustände	
Synkope anamn.	
rez. Krampfanfälle anamn. im Vorfeld m. Vigilanzstörung	
	rez. Fieberhafte Infekte anamn.
rez. diff. neurolog. Auffälligkeiten	rez. Fieber
	rez. Fieber anamn.
Krampfanfälle anamn.	
rez. neurol. Auffälligkeiten	rez. Fieberhafte Infekte
rez. Krampfanfälle anamn.	
	rez. Fieberhafte Infekte
rez. Synkopen, Schmerzen	Harnwegsinfekt
	Z.n. Schoenlein-Henoch-S.
rez. Synkopen, neurol. Auffälligkeiten	
Diabetes Insipidus zentralis	rez. Sepsen
	chron. Husten
rez. Krampfanfälle anamn.	
	Katheter- u. PortSepsis
	Harnwegsinfekt
rez. Krampfanfälle anamn.	
rez. Krampfanfälle anamn., neurol. Auffälligk.	
rez. Synkopen anamn.	rez. Fieber
rez. Krampfanfälle	
rez. Synkopen anamn.	
rez. Krampfanfälle anamn.	rez. Fieber anamn.

4.2
Hauptsymptome

<i>Stoffwechsel</i>	<i>Atmung</i>
	rez. Erstickungsanfälle anamn.
	Erstickungsanfälle
Hyperglykämien anamn.	
	rez. Erstickungsanfälle
	Erstickungsanfälle anamn.
	Atemstörung anamn.
Hypoglykämie	
	rez. Apnoen
Hypoglykämie bei Diabetes?	
	rez. Apnoen
	rez. Erstickungsanfälle
früher Hypoglykämien	rez. Apnoen anamn.

4.2
Hauptsymptome

<i>GI-Symptome</i>	<i>Anderes</i>
	blutiger Speichel
	Schwäche
	Manipulationen am Geschlechtsorgan
Bauchkoliken anamn. Erbrechen, Durchfall m. Fieber rez. Koliken mit Erbrechen	
rez. GI-Beschwerden	Gedeihstörung
starke Obstipationsneigung anamn. (bereits Rektumresektion) rez. Durchfall, Erbrechen	Gedeihstörung
GI-Beschwerden rez. GI-Beschwerden rez. Erbrechen chron. Durchfall Blutungen rektal u. oral anamn. rez. Blut. Erbrechen/Durchfall anamn.	Herzrhythmusstörungen Ernährungsschwierigkeiten anamn. orale Verletzungen, Entwicklungsstörung Gedeihstörung
Apetitminderung rez. GI-Beschwerden	Sturz einmalig Inkontinenz mit SPF im Vorfeld, Niereninsuff. div. Symptome anamn.
rez. Erbrechen, Durchfall	ausgepr. Wundheilungsstörungen
rez. Blut. Stühle red. Nahrungsaufnahme anamn. rez. Erbrechen anamn.	Schlafstörungen anamn. Gedeihstörung
Diarrhoen	Thrombosen
mass. Diarrhöen mit Analprolaps, Erbrechen	Entwicklungsverzögerung, Leistungsminderung Novalginintoxikation
	rez. Bradykardien
	Reanimation diff. Symptome anamn. rez. Tachykardien anamn.
Heisshunger	Entwicklungsstörung, multiple Symptome
rez. blutige Stühle	Verwirrheitszustände Ernährungsschwierigkeiten anamn.

4.3
diagn. Maßnahmen

Rö-Abdomen
LP, MRT, EEG, Toxikologie
cCT, EKG, LP, Toxikologie, HNO u. intern. Konsil
EEG, EKG, cCT
MCU invasiv, Beobachtung
Toxikologie, EKG, Langzeit-RR-u-EKG, cCT, EEG, HNO-Konsil
Labor, EEG, EKG, Herz-Echo, Abdomen-Sonogr., Beobachtung
Sono-Abdomen, Kolonkontrast, Labor
Rö-Thorax, Toxikologie
Coloskopie, Sono-Abd., MDP, EEG, cCT, Endoskopie
EKG, MDP, Dünndarmbiopsie, Sono-Abd., Labor
EEG, Toxikologie
EKG, EEG, Labor, MRT Schädel, Cardiorespirogramme, Augen-Konsil, LP
Bronchoskopie, immunolog. Diagnostik
MDP, Sono-Abd., Labor, Beobachtung
Toxikologie (im Vorfeld Rest abgeklärt)
MRT, Gespräche (EEG, Toxikologie im Vorfeld abgeklärt)
EEG, Labor
Sono-Abdomen, EKG, Rö, Oesophagoskopie, Labor
Labor, (Voruntersuchungen in anderen Kliniken), Beobachtung
Stuhlanalyse, (weitere Untersuchungen in anderen Kliniken gemacht)
Labor
Labor, Beobachtung
EEG, cCT, Sono-Abdomen, kard. Abklärung
Labor, Sono-Beckenorgane, Uroflow, Beobachtung
EKG, EEG, MRT, Rö, Langzeit-RR, Labor
Darmbiopsien, Labor
Beobachtung
EEG, Labor, Rö, Monitoring
Labor, Gewicht, Beobachtung
Beobachtung (Abklärung bereits in anderer Klinik)
EEG, Beobachtung, (bereits in anderen Kliniken abgeklärt)
Labor, Beobachtung
EKG, Labor, Monitoring
EEG, Labor, Refluxdiagnostik, neurolog. Untersuchung
Labor, zahlreiche weitere Untersuchungen
Labor, Beobachtung
psycholog. Testung, EEG
EEG, EKG, Labor, Rö, MDP, Sono, Langzeit-EKG
Labor, endokr. Belastungstests, Beobachtung
LP, KMP, Labor, EEG
EKG, Langzeit-EKG, Herz Echo, Polysomnographie, EEG, MRT, Refluxdiagnostik, Konsile, Monitoring
Labor, Polysomnographie, Blasenkatheter
EKG, EEG, Labor, Sono, Bildgebung
Labor, Sono-Abdomen
Herz-Echo, Labor, Langzeit-EKG, EEG, Sono-Abdomen, EKG
Labor, Nieren- u. Dünndarmbiopsie, MRT, Leistungsdiagnostik, Lungenfunktionstest, Beobachtung
EEG, LP, cCT, MRT, Labor, Augenkonsil, Stoffwechseldiagnostik
Labor, Beobachtung
EEG, Monitoring, Herzecho, EKG, Labor, Sono

<i>4.4 therap. Maßnahmen</i>	<i>4.5 Sicherung</i>	
	<i>Einlassung VP</i>	<i>Einlassung Kind</i>
Entfernung von Gegenständen aus Rectum		
Infusion, Antidot gg. Paracetamol		
Behandlung d bek. Grunderkrankung		
Überwachung, Reanimation		
OP Phimose		
Beobachtung		
Beobachtung		
Elterngespräch		
Infusionstherapie		
Carbamazepin, Infusionstherapie, Diät		
Sondenernährung, Infusionstherapie		
lange antiepilept. Therapie		
Beobachtung		
Temperaturkontrolle		
Diät		
Beobachtung		
Beobachtung, Gespräche	j	
symptomatisch, Beobachtung		
Infusionstherapie	j	
Beobachtung		
symptomatisch		
Beobachtung, Gespräche		
Infektbehandlung		
Paracetamol, symptomatisch		
Beobachtung	j	
Beobachtung		j
Antibiotika	j	
symptomatisch		
Beobachtung		
Infusionstherapie, Beobachtung		
Beobachtung		
Spieltherapie, Schutz ausgezogen		
Beobachtung		
Infusionsbehandlung, Beobachtung	j	
Antibiotika, Diät, Beobachtung		
Femoralis-Katheter, Gastro-Koloskopie, Broviac-Katheter, Port-Implantation, symptomatisch		j (Streit zw. Mutter u- Kind)
parenterale Ernährung, Magen-Darm-Sonde, Subklavia-Katheter, Ösophagogastrojejunoskopie, Ileokoloskopie, Rö		
früher Tegretal, Beobachtung		
Infusionstherapie		
Beobachtung		
Beobachtung	j	
Beobachtung		
HNO-OP, Medikamente		
Dormicum, Reanimation, Antikonvulsiva		
Beobachtung	j	j
Medikamente, Beobachtung		
Immunglobuline, HNO-OP, Diät, Beobachtung		j
Beruhigungsmittel, symptomatisch		
Infusionstherapie		
Beobachtung		

**4.5
Sicherung**

<i>Röntgen</i>	<i>OP</i>	<i>Urin-/Blut</i>
j		
		j (Paracetamol)
		j (Benzos)
		j (Antidepressiva)
		j
j		j
		j
		j (Amantadin)
		j (Bisacodyl)
		j
		j (Benzos u. Amphetamine im Vorfeld)
j		j
		j (Leitungswasser)
		j (Tierblut)
		j (Amitryptilin)
		j (mütterl. Blut)
		j
		j (Novalgin)
		j
		j (Antidepressiva)
		j (Medikamente)
		j (Medikament nachgewiesen)
		später

4.5
Sicherung

Sonstiges

manuelle Entf. v. Gegenständen, Schleimhautwunden

Beobachtung der Tat

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Magensaft auf Toxikologie (Bisacodyl)

Magensaft auf Toxikologie (Doxylamin, Propyphenazon)

Temperaturkontrolle, Beobachtung, Atosil u. Phenobarbital im Nachtsch

Verhaltensbeobachtung per Video

Temperaturkontrollen

Verhaltensbeobachtung per Video

Nahrungskontrolle (Haldol)

Endoskopie

Beobachtung

Stuhluntersuchung (Laxantien)

Erbrochenes war angerührter Tee

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung

Beobachtung (schlechtes Video)

Beobachtung der Tat

Magensaft auf div. Medikamente

Beobachtung

Nachweis einer mit Insulin manipulierten Infusion

Beobachtung

Beobachtung der Manipulationen am Gerät u. durch die Eltern

Beobachtung

Beobachtung, Recherche

später durch Beobachtung

4.6 Aufenthalts- dauer	4.7 KJP	4.8 EP	4.9 Beziehung VP/Kind			
			Tage	j/n	j/n	unauffällig
5	n	n		j		
11	n	n			j	
90	j	n			j	
9	n	n	j			
14	n	n				ambivalent
9	n	n	?			
15	j	j	j			
?	n	n		j		
21	j	j	j			
3	j	n				?
7	n	j				ambivalent
?	j	n	?			
44	j	n		j		
12	j	n			j	hilflos
32	j	j	j			
13	j	n	j			
30	j	j		j		
37	j	n		j		
14	j	j			j	
44	j	n		j		
45	j	n		j		
21	n	j	j			
21	n	j			j	
10	j	n		j		
4	n	n		j		
10	n	n		j		
5	j	n	j			
fast täglich	j	j				ambivalent
21	n	j				ambivalent, demonstrativ
35	n	n			j	
270	n	j	j			
95	n	n			j	
?	j	j		j		
18	n	n			j	
14	n	n		j		
100	j	n		j		
180	j	j		j		
1	n	n				?
68	n	j				inadäquat, ambivalent
41	j	j		j		
40	n	n				ambivalent
125	n	n				ambivalent
10	n	n		j		
5	n	j		j		
7	n	n		j		
5	j	j		j		
24	n	j		j		
20	n	n				unecht, Vater war Ansprechpartner
30	j	n		j		
5	n	n	j			

4.10 Ansprache VP	4.10.2 Reaktion VP			
j/n	Verneinen	Erstaunen	Wut	Empörung
n				
j	vorerst	j		
j	j			j
j	vorerst			
auf Manipulationsverdacht am Organ	?			
j				
j	j	j	j	j
j	j			
j	vorerst			
j		j		j
j				
j	?			
j	j	j		
j	j			j
j	j			j
j	vorerst			
j	j		j	
j	j			
j				j
j			j	j
j	j			j
j				
j	j			
n				
j	j		j	j
j				
j	j			
j				
j	j	j	j	j
j	j		j	j
j	j		j	j
j	j			
j	vorerst			j
j	j			j
j	j			
j	j	j		
n				
j	j		j	j
j	j	j		
j				
n				
j	j			
n				
j	j			
n				
j	j	j		j
j	vorerst			
j				
j	j			
j				j
später				

<i>4.10.2 Reaktion VP</i>		<i>4.11 Ansprache Andere</i>
<i>Beziehungsabbruch</i>	<i>Sonstiges</i>	<i>n/Person</i>
		Eltern
	zugegeben	Vater
		Vater
	zugegeben	Vater
		KA
	zugegeben	?
		Cousine
		n
	zugegeben	Vater
		n
	verletzt, rückzünftig	n
		?
	weiterhin eng zu Team	Lebenspartner
		n
j		Großmutter
	zugegeben	Vater
	ängstlich, introvertiert	Vater, Großmutter
		Vater
		Vater, Großeltern
		n
		Vater
	zugegeben	n
	inadäquat, "Geschichten erzählt"	Vater, Großmutter
		n
		Jugendamt
		n
	Schweigen, Gespräche gesucht	Vater
		Großmutter, Geschwister
j	rückzünftig	n
		Vater
		Großeltern
		Vater, Stiefvater
		Vater
	zugegeben	Großmutter
		Lebenspartner
		KA
		Vater, 3 Söhne
		n
		zuk. Schwiegermutter
	SV	Vater
	zugegeben	n
		Vater
j		Eltern
		n
		n
	zugegeben	n
j		n
		Vater
j (nach anderer Klinik)		n
	zugegeben	später

4.11.2
 Reaktion
 Andere

<i>Verneinen</i>	<i>Erstaunen</i>	<i>Wut</i>	<i>Empörung</i>	<i>Beziehungs- abbruch</i>
j		j	j	
		j	j	
j		j	j	
	j			
j	j	j	j	
	j			
	j			
j			j	j
		j	j	
j			j	
			j	
j			j	
	j			
j			j	
	j		j	
j (Stiefvater)				
j				
	j			
j			j	
j				
		j (Vater)	j (Vater)	
	j		j	
	j	j	j	
	j		j	j
vorerst				
			j	

4.11.2 Reaktion Andere		4.12. Rechtl. Schritte VP		
Vermutung bestätigt	Sonstiges	j/n	im Vorfeld	Jugendamt/ Vorm.gericht
		j		j
		j		j
		j		j
	später akzeptiert	j		j
j		j (später)		j (später)
		j		j
		j	j	j
		n		
		j		j
		j		j
		j		j
		j		j
früher		j		j
		j		j
j		j		j
		j		j
		j		j
		j		j
		j		j
		j		j (Frauenhaus)
j		j		j
		n		
		j	j	j
		j		j
	Gespräche gesucht	n		
		j		j
		j		j
j		j		j
j		j	j	(j)
j (Vater)		j		j
		j		j
j		j		j
		j		j
		j		j
j (Söhne)		j	j	j
		n		
		j		j
leicht		j		j
		j		j
j		j		j
später		j (durch die Eltern)		j
		n		
		n		
		j		j
		j	j (Jugendärztin)	j
		später		später
		später		später
	?	n		

4.12. Rechtl. Schritte VP	5	5.1 frühere KH- Aufenthalte
strafrechtl. Schritte	Sonstiges	n/Anzahl
		Frühgeburt
j		2 (selbe)
		j (?)
j		j (selbe)
		8
		?
		3
		j (?)
		3
		20
		15
		j (?)
j		n
		15
		n
		12
		4
		n
j		4 (selbe)
		6
		1
		n
		2
		7 (auch andere Klinik)
		3
j (ohne Erfolg)		3
		12 (selbe)
j		3
	Kinderschutzbund	1
		1
		8
		5
		1
		n
		1
		5
		3
		6
		13
j		3
	Familienhilfe	4
j		12
		6
		n
		1
		6
		j
		3
		j
	psycholog. Unterstützung	1

<i>5.1.2 andere Diagnosen/Symptome</i>	<i>5.2 häufige Arztbesuche</i>	<i>5.2.1 Beziehungs- abbrüche</i>
<i>n/Diagnose</i>	<i>j/n</i>	<i>j/n</i>
n	j	n
Atemstörung, Krampfanfall	n	n
bek. neurolog. Störung	j	n
n	n	n
n	j	n
?	?	?
Fieberkrämpfe	j	j
n	j	n
Ritalinintox., Fieber, cervicale Lymphadenitis	n	n
n	n	n
div. fieberhafte Infekte	j	n
n	j	?
	n	n
n	n	n
	n	n
rez. Diarrhoen, leichte Infekte, Gedeihstörung	j	n
Kollagenose, Herzrhythmusstörungen	j	j
	n	n
Intoxikationen, Sturz, rez. Gastroenteritiden	n	n
n	j	n
n	n	n
	j	n
n	j	n
n	j	n
n	j	j
n	j	n
n	n	n
rez. Bauchschmerzen	j	j
n	n	n
n	j	n
HNO, Hyperkinetisches Syndrom	j	j
n	j	j
n	n	n
	n	n
n	n	n
j	j	j
Facialisparese	j	n
div. Schmerzen anamn. Krampfleiden anamn.,	?	?
n	j	j
n	j	n
n	n	n
obstruktive Bronchitis	j	n
n	j	j
	j	n
n	j	n
Lupus er., Gastroenteritiden, Leistungsminderung, Proteinurie	j	n
Minderwuchs, Imundefekt	j	n
n	n	n
n	n	n
Hypoglykämien	j	n

5.2.2 früherer Manipulation-sverdacht	6	6.1 poststation. Verlauf Kind
n/Wer		n/Was
n		Pflegefamilie
j (selbe)		gut bei Vater
n		gut
n		gut bei Vater
n		n
?		gut bei Vater
j		n
n		gut
j (Bruder)		gut
n		gut bei Vater
n		langsame Entwicklung
j		weitere Abklärung ADHS geplant
n		gut
vorherige Klinik (Rheumaklinik)		Betreuung begonnen
n		Pflegefamilie
selbe Klinik		gut bei Pflegefamilie
n		vorerst Pflegefamilie
n		Presse
n		Betreuung begonnen, gut
n		gut bei Pflegefamilie
n		kinderneurolog. Sprechstunde ambulant
n		Vater nach 8 Jahren Verlauf angefordert
n		Freispruch
n		enger Kontakt zu Klinik
n		Kind in psychiatr. Behandlung
n		gut bei Pflegefamilie
n		Sorgerechtsentzug später, weil Therapie nicht angetreten
j		gut bei Pflegefamilie
j		gut bei Vater
j		gut bei Vater
n		gut
n		gut bei Großmutter (freiwillig)
anderes KH		weitere Abklärung von Dritten erst bei Geschwisterkind, gut ab Schulalter
n		gut, Mutter in Behandlung
n		n
n		geheiratet, für 3 Kinder Sorgerechtsentzug
n		psychiatr. Betreuung aller, gut bei Vater
n		gut
n		Entwicklungsverzögerung
j (andere KH)		gut bei Großeltern
n		Suizid Mutter, Tod des Kindes
n		gut
n		gut
j (Jugendärztin)		gut im Heim, Mutter uneinsichtig
n		gut bei Vater
n		später in Essen diagnostiziert, gut bei Pflegeeltern
n		Therapie nicht wahrgenommen, weiteres Kind

6.2
Entlassung
Kind

<i>nach Hause</i>	<i>anderes KH</i>	<i>Heim</i>	<i>Pflege- eltern</i>	<i>Sonstiges</i>
vorerst			später	
j				
später				vorerst Verwandte
j				
j				
j			j	
j				
j				
j				
j				
?				
			j	
später				erst Mutter-Kind-Heim
j				
j				
j				
			j	
			j	
			vorerst	
			j	
j			j	
j				
vorerst		später		
j				
j				
		j		
j			j	
			j	
				Vater
j				
j				
vorerst				Großmutter
j				
j				Tante
j				
j				Familienhilfe
j	vorerst (Psychosomatik)			
j				Familienhilfe
j				
j				
				verstorben
j				
j				Familienhilfe
		j		
j				
	vorerst		j	
später	vorerst			

6.3 ernsth. gesundheit. Folgen Kind	6.4 Folgen VP		
	j/n	Sorgerechts- entzug	psychiatrische Klinik
n	j		
n	j	j	j (Forensik)
n	j		j
n	j	j	j
Enkopresis	?		geplant
n	j	j	?
n	j	j	
n	n		
n	j		j
n	j	j	j
n	j		
n	j	j	
n	j	j	j (empfohlen)
Rektumresektion	j		
n	j		
Retardierung	j		
?	j		
n	j	j	j
n	j	j	später
n	j		j (SV)
n	j	j	
n	j		j
Leistungsschwäche, Niereninsuff. soziale u. körp. Retardierung	n		
n	j	j	
n	n		
Autoaggression, Narbenkeloid mit Schiefhals	j		
n	j	j	
n	j	später	empfohlen/verweigert
n	j	j	
n	j	j	
n	j	j	j
n	n		
n	n		
n	?		
Analprolapse, ZV-Narbe	j	j	j
n	?		
Retardierung	j	j	
n	j		j
n	n		
Entwicklungsverzögerung, Bindungsstörung	j	j	j
n	j	j	
Tod	j		
n	j		j
n	j		
n	j	j	
n	j		j
n	später	später	
n	n		

7.3 Nationalität VP	7.4 Alter VP	7.5 Beruf VP	7.6 Status VP
D/Andere			
d	30	?	?
d	28	Metzgereimitarbeiterin	arbeitslos
d	31	Apothekenhelferin	arbeitslos
d	28	?	arbeitslos
d	22	?	arbeitslos
?	?	?	?
d	35	RA, Altenpflegerin	angestellt
d	45	?	angestellt
d	30	Altenpflegerin	arbeitslos
d	27	Hausfrau	arbeitslos
d	33	n	arbeitslos
?	?	?	?
d	?	?	arbeitslos
d	25	?	arbeitslos
d	?	Reitlehrerin	selbstständig
d	32	Bibliothekarin	angestellt
d	31	Feinoptikerin, Umschulung begonnen zur Bürokauffrau	arbeitslos
d	38	Altenpflegerin	angestellt
d	24	?	arbeitslos
d	28	Arzthelferin	arbeitslos
d	31	Arzthelferin	arbeitslos
d	35	n	arbeitslos
Russlanddeutsche	30	?	?
türkisch	38	n	arbeitslos
d	34	?	arbeitslos
d	41	Altenpflegerin	angestellt
d	30	?	arbeitslos
Russlanddeutsche	37	Spielhallenaufsicht	angestellt
d	19	Schülerin	Schülerin
d	24	?	arbeitslos
d	48	Kinderkrankenschwester	arbeitslos
d	29	Facharbeiterin	arbeitslos
türkisch	17	Hausfrau	arbeitslos
d	17	Schülerin	Schülerin
d	22	abgebr. Krankenschwesterausbildung	arbeitslos
d	?	frgl. Arzthelferin	arbeitslos
d	45	MTRA	arbeitslos
d	37	?	?
d	28	n	arbeitslos
d	30	Friseurin	angestellt
d	26	Küchenhilfe	arbeitslos
d	26	Kauffrau	arbeitslos
d	?	?	?
d	34	?	arbeitslos
d	39	Industriekauffrau	arbeitslos
d	29	Feinoptikerin	arbeitslos
d	30	Krankenschwester	arbeitslos
d	35	?	arbeitslos
d	26	Büroangestellte	arbeitslos
d	27	Bauersfrau	arbeitslos

7.7 Sucht VP	7.8 psych. Erkr. VP	7.9 Familienstand VP	
n/Welche	n/Welche	ledig	verheiratet
n	n	j	
n	j (?)		j
Benzodiazepinabusus	Münchhausen-S., Persönlichkeitsstörung		j
n	n		j
n	j (?)	j	
?	n		
n	n		
n	n		j
n	n		j
n	n		j
n	Depression	j	
?	?		j
n	zwanghaft		
n	verlangsamt		
n	Essstörung, Borderline, PTSD	j	
n	V.a. Angststörung		j
j	Persönlichkeitsstörung		j
n	n		j
n	n	j	
n	n		j
n	Borderline		j
n	n		j
Medikamentenabusus	V.a. Psychose, Missbrauch		j
n	n		j
n	j (?)		j
n	n	j	
n	impulsive PS		j
n	impulsive PS		
n	j (?)	j	
n	n		
n	labil	j	
n	Borderline		j
n	Missbrauch		j
n	n	j	
n	Traumatisierung in d. Kindheit	j	
n	n		j
n	j (?)		j
n	j (?)		
n	n		
n	n		j
n	j (?)	j	
n	Depression, Epilepsie		j
V.a. Drogenabusus	j (?)	j	
n	Depression		j
Alkoholmissbrauch	paranoide PS		j
Medikamentenabusus	Anorexie, PS		j
n	n	j	
n	Depression		j
n	n		j
n	n		j

7.9 Familienstand VP		7.10 Partnerschaft VP	
<i>geschieden</i>	<i>Sonstiges</i>	<i>j/n</i>	<i>häufig getrennt</i>
		n	
		2-4 J.	
		10 J.	
		< 2 J.	j
	?	j	
j			
		4-8 J.	
		4-8 J.	
		?	
		n	
		j	
	getrennt lebend	j	
	?	n	
		j	
		4-8 J.	j
		4-8 J.	j
		4-8 J.	j
		< 2 J.	
		j	j
		2-4 J.	
		2-4 J.	
		j	j
		j	
		j	
		4-8 J.	
	verwitwet (Ehemann an HNO-CA verstorben)	n	
		n	
j			
		n	
		< 2 J.	j
		< 2 J.	
		n	
		< 2 J.	
		j	
		> 20 J.	j (Ausland)
j			
j		< 2 J.	
		4-8 J.	
		n	
		2-4 J.	
		j	
		4-8 J.	
		4-8 J.	
		4-8 J.	j (Montage)
		n	
		4-8 J.	
		2-4 J.	
		4-8 J.	

<i>7.11 Beziehung VP/Team</i>		<i>8</i>	<i>8.1 Alter P</i>	<i>8.2 Beruf P</i>
<i>Spannungen</i>	<i>Sonstiges</i>		<i>Jahre</i>	
			26	Maschinenhelfer
			35	Landwirt
	häufig da		35	Sanitäter
			?	?
	nur eine Bezugsperson n. ärztl. Anordnung		?	?
			?	?
j	Einmischung		35	?
			56	?
			45	Monteur
			31	Redakteur
			?	?
			?	?
j				
j			?	Landwirt
			40	Maurer auf Montage
	fordernd		34	Maschinist, Baustellenhandwerker
j			44	Schlachthof
j			30	Sicherheitsdienst
			?	Monteur
			33	?
	sex. Kontakt zu Pfortner		?	?
			?	?
	dramatisch, informiert		?	Post
j			35	?
	vorwurfsvoll, tgl. Gespräche		39	Bankkauffmann
j			35	Bankkauffmann
	unberechenbar, übergreifig			
	?			
	zugehört, aber o. Anweisungen zu befolgen		44	?
j	ambivalent			
j	bis 8 mal angerufen/d		?	Koch
			?	?
			40	?
j			?	?
			45	leit. Vers. Angestellter
			?	?
	fordernd, unangenehm		20	Berufssoldat
			30	?
j			33	Stadtverwaltung
			?	?
			40	Betonbauer
			49	Kellereiarbeiter
			?	Baustellenhandwerker
			30	Ausbildung zum Pfleger
j			28	?
	leicht anstrengend		?	Landwirt

8.3 Berufstatus P	8.4 Wohnort P	8.5 Nationalität P	8.6 Sucht P
	D/Andere	D/Andere	n/Welche
?	d	d (durch Heirat)	n
selbstständig	d	d	n
angestellt	d	d	Alkoholmissbrauch
angestellt	d	d	n
?	?	?	?
?	d	?	?
?	d	d	n
angestellt	d	d	n
Arbeiter	d	USA	Alkoholmissbrauch
angestellt	d	d	n
?	?	?	?
angestellt	d	d	n
?	d	?	n
Arbeiter	d	d	n
Arbeiter	d	d	n
angestellt	zeitweise nach Indien ausgewiesen	Inder	n
angestellt	d	d	n
angestellt	d	d	n
angestellt	d	d	n
Arbeiter	d	d	n
?	d	d	n
angestellt	d	türkisch	n
angestellt	d	d	n
angestellt	d	d	n
angestellt	d	d	n
arbeitslos	d	d	n
angestellt	d	d	n
arbeitslos	d	türkisch	n
?	d	d	?
?	d	d	n
angestellt	d	d	n
?	?	?	?
angestellt	d	d	Novalginmissbrauch
verbeamtet	d	d	n
verbeamtet	d	d	n
?	d	?	Drogenmissbrauch
angestellt	d	d	n
angestellt	d	d	Alkoholmissbrauch
Arbeiter	d	d	n
Auszubildender	d	d	n
angestellt	d	d	n
selbstständig	d	?	n

8.7 psych. Erkr. P	9	9.1 Geschwister	9.1.2 Alter d. Geschwister 1-6	9.1.3 Geschlecht d. Geschwister 1-6
n/Welche		j/Anzahl	Jahre	m/w
n		n		
n		n		
n		1	108	m
n		früher 2		
?		n		
?		n		
n		3	12,10,1,5	m,m,m
n		n		
n		5	17,10,9,7,5	w,m,m,w,m
n		1	0,5	w
		3	10,7,4	m,w,w
?		?		
n		n		
		1 (später)		
j (?)		n		
n		n		
n		2	13,5	m,w
n		n		
n		2 (später)		m,w
n		1	5	m
n		n		
n		1	5	w
n		1	4	w
n		1	6	w
n		n		
n		1	15	m
n		2	x,1	m,w
		6	x,20,18,17,11,9	m,m,m,m,m,m
n		n		
n		1	2	w
		1	24	w
n		n		
n		n		
		n		
?		n (Stiefgeschwister neu)		
n		1	1	w
n		3	20,18,16	m,m,m
?		3	13,x,x	m,m,w
n		3	10 (Pflegefamilie),3,1	w,m,m
n		2	13,5	w,w
		n		
n		1 (verstorben)	2	m
n		n		
n		1	6	m
n		1	18	m
n		2	8,1	w,x
		n		
labil		2	4,0,5	w,m
n		1 (verstorben)	x	w
n		2 (1 später)	1,5,später	m,m

9.2 Mißbrauch bei Geschwistern		9.2.2 rechtl. Schritte bzgl. KM Geschwister	9.3 Mbp bei Geschwistern	
<i>j/n</i>	<i>Welchen? 1-6</i>	<i>j/n</i>	<i>j/n</i>	<i>Welchen? 1-6</i>
n			n	
?			?	
j (Vater)	1,2,3	j (Vater)	j	3
n			j	5
n			n	
n			j	3
n			n	
n			n	
n			j	1
n			j	1
n			j	1
n			n	
n			j	1
j (sex.M.)	1	?	n	
n			n	
n			n	
n			j	1
j (Vater)	1	?	n	
j	1	n	j	1
n			n	
n			n	
n			j	2,3
n			n	
j	1	n	n	
n			j	1
n			n	
n			n	
n			j	2
n			n	
n			n	

9.3.2 rechtl. Schritte bzgl. Mbp Geschwister	9.4 allgemein Tod Geschwister	9.5 plötzl. Kindstod Geschwister
j/n	n/Welche 1-6	n/Welche 1-6
	n	n
	n	n
	Todgeburt	n
	1,2	1,2
	n	n
	?	?
j	n	n
	n	n
n	n	n
	n	n
n	3	n
	?	?
	n	n
	?	?
	n	n
	n	n
	n	n
j (Gefängnis)	n	n
n	n	n
	n	n
n	n	n
	n	n
n	n	n
	n	n
	n	n
	n	n
	n	n
	1 (1998 org.)	n
	n	n
	?	?
n	n	n
	n	n
	n	n
	n	n
	n	n
n	n	n
	n	n
	n	n
j	n	n
	n	n
	n	n
	1	1
	?	?
j	n	n
	n	n
	n	n
	n	n
n	n	n
	1	1
	n	n

Kurzzusammenfassung gesicherte Fälle

KH / GF	2.4 Zeitraum	3.2 Geschlecht Kind	3.1 Kindesalter	4.2 Hauptsymptome	4.1 Jahr Diagnosestellung	4.12. Rechtl. Schritte VP			6.1 poststation. Verlauf Kind	6.3 ernsthafte gesundheitliche Folgen Kind	6.4 Folgen VP			7.4 Alter VP	7.5 Beruf VP	9.1 Geschwister	9.2 Mißbrauch bei Geschwistern	9.3 Mbp bei Geschwistern	9.4 allgemein Tod Geschwister
						j/n	Jugendamt/Vormund. gericht	strafrechtl. Schritte			n/Was	j/n	Sorge-rechts-entzug						
5	26	m	13	blutiger Speichel	2001	j	j		Pflegefamilie	n	j		j (auch wg. Brandstift.)	30	?	n			n
15	4	w	6	rez. Krampf-u. Erstickungsanfälle anamn.	2003	j	j	j	gut bei Vater	n	j	j	j (Forensik)	28	Metzgereimitarbeiterin	n			n
27	13	m	42	rez. Somnolenz, Ataxie, Fallneigung, Schwäche	1991	j	j		gut	n	j		j	31	Apothekenhelferin	1	n	n	Todgeburt
37	13	w	24	rez. Erstickungsanfälle	1995	j	j	j	gut bei Vater	n	j	j	j	28	?	früher 2	?	?	1,2
43	7	m	35	rez. Fieberkrämpfe, HWI anamn., Manipulation am Genital	2001	j (später)	j (später)		n	Enko-presis	?		geplant	22	?	n			n
54	?	m	48	rez. somnolente Zustände	2003	j	j		gut bei Vater	n	j	j	?	?	?	n			?
64	10	w	18	rez. Synkopen u. Hyperglyk. anamn.	2003	j -im Vorfeld	j		n	n	j	j		35	RA, Altenpflegerin	3	1,2,3	3	n
90	16	m	96	Bauchkoliken anamn.	2001	n			gut	n	n			45	?	n			n
94	26	w	38	Erbrechen, Durchfall m. Fieber	2003	j	j		gut	n	j		j	30	Altenpflegerin	5	n	5	n
107	5	m	72	rez. Krampfanfälle anamn. im Vorfeld m. Vigilanzstörung, rez. Koliken m. Erbrechen	1999	j	j		gut bei Vater	n	j	j	j	27	Hausfrau	1	n	n	n
109	25	w	9	rez. Fieberhafte Infekte anamn., Gedeihstörungen	2002	j	j Familienhilfe)		langsame Entwicklung	n	j			33	n	3	n	3	3
119	?	w	132	rez. diff. neurolog. Auffälligkeiten, Fieber, GI-Beschwerden	?	j	j		weitere Abklärung ADHS geplant	n	j	j		?	?	?			?
136	2	m	8	rez. Erstickungsanfälle	2004	j	j	j	gut	n	j	j	j (empfohlen)	?	?	n			n
142	25	w	39	starke Obstipationsneigung anamn. (bereits Rektumresektion), rez. Fieber anamn.	1998	j	j (Familienhilfe)		gut	Rektumresektion	j			25	?	1 (später)	n	n	?
146	7	m	9	rez. Durchfall, Erbrechen, Gedeihstörungen	2003	j	j (Heilpädagogin)		gut	n	j			?	Reitlehrerin	n			n
147	8	m	96	Krampfanfälle anamn.	2002	j	j		gut	Retardierung	j		psychoth. Behandlung	32	Bibliothekarin	n			n

148	10	w	84	rez. neurol. Auffälligkeiten, fieberh. Infekte, Herzrhythmusstörung	1995	j	j		Betreuung begonnen	?	j		Familien-therapie		31	Feinoptikerin, Umschulung begonnen zur Bürokauffrau	2	n	n	n
165	10	m	60	rez. Krampfanfälle anamn., GI-Beschwerden, Ernährungsschwierigkeiten anamn.	1998	j	j		Pflegefamilie	n	j	j	j		38	Altenpflegerin	n			n
174	11	m	16	orale Verletzungen, Entwicklungsstörung, rez. GI-Beschwerden	1995	j	j	j	gut bei Pflegefamilie	n	j	j	später	auf Bewäh- rung	24	?	2 (später)	n	l	n
177		w	9	rez. Erbrechen, Gedeihstörungen	1997	j	j		vorerst Pflegefamilie	n	j		j (SV)		28	Arzthelferin	1	n	l	n
177		w	48	chron. Durchfall	2000	j	j		Presse	n	j	j			31	Arzthelferin	n			n
195	20	m	18	Blutungen rektal u. oral anamn.	2002	j	j (Frauen- haus)		Betreuung begonnen, gut	n	j		psycholog. Betreuung		35	n	l	n	n	n
195		m	24	rez. Blut. Erbrechen/Durchfall anamn., rez. fieberhafte Infekte, Sturz	1997	j	j		gut bei Pflegefamilie	n	j		j		30	?	l	n	n	n
229	17	m	60	Inkontinenz mit SPF im Vorfeld, Niereninsuff., rez. HWI, rez. Synkopen, Schmerzen	2002	n			kinderneurolog. Sprechstunde ambulant		n				38	n	l	n	l	n
229		m	44	Z.n. Schoenlein-Henoch-S., div. Symptome anamn.	1996	j -im Vorfeld	j		Vater nach 8 Jahren Verlauf angefordert	soziale u. körperl. Retardierung	j	j			34	?	n			n
233	6	w	120	rez. Synkopen, neurol. Auffälligkeiten, Appetitminderung	2000	j	j	j (ohne Erfolg)	Freispruch	n	j			Freispru- ch	41	Altenpflegerin	1	l	n	n
238	6	m	36	Diab. insipidus zentr., rez. Sepsen, rez. GI-Beschwerden	2002	n			enger Kontakt zu Klinik	n	n				30	?	2	n	n	l (1998 org.)
245	18	w	192	ausgepr. Wundheilungsstörungen	2000	j	j	j	Kind in psychiatr. Behandlung	Autoag- gression, Narben- keloid mit Schiefhals	j		psychiatr. Begutach- tung		37	Spielhallenaufsi- cht	6	n	n	n
254	22	w	5	Erstickungsanfälle anamn.	1996	j	j (Kinder- schutz- bund)		gut bei Pflegefamilie	n	j	j			19	Schülerin	n			?
264	2	w	5	rez. Erbrechen, Durchfall	2003	j	j		Sorgerechtsentzug später, weil Therapie nicht angetreten	n	j	später	empfohlen/ verweigert		24	?	l	n	l	n
273	5	m	108	chron. Husten	2003	j -im Vorfeld	(j)		gut bei Pflegefamilie	n	j	j			48	Kinderkranken- schwester	l	l	n	n
273		m	30	rez. Krampfanfälle anamn.	2000	j	j		gut bei Vater	n	j	j			29	Facharbeiterin	n			n
274	5	w	12	rez. blutige Stühle	2003	j	j		gut bei Vater	n	j	j	j		17	Hausfrau	n			n
321	22	m	5	red. Nahrungsaufnahme, Atemstörung u. Schlafstörung anamn.	1994	j	j		gut	n	n				17	Schülerin	n			n

339	5	w	9	rez. Erbrechen anamn., Gedeihstörungen	2002	j	j		gut bei Großmutter (freiwillig)	n	n				22	abgebr. Krankenschwesterausbildung	n (Stiefgeschwisterneue)			n
344	20	w	60	Katheter- u. PortSepsis, Thromben, Hypoglykämien, Diarrhoen	2000	j	j		weitere Abklärung von Dritten erst bei Geschwisterkind, gut ab Schulalter	n	?				?	figl. Arzthelferin	1	1	1	n
346	5	w	72	mass. Diarrhöen mit Analprolaps, Erbrechen, HWI	2003	j -im Vorfeld	j		gut, Mutter in Behandlung	Analprolaps, ZV-Narbe	j	j	j		45	MTRA	3	n	n	n
349	10	m	132	rez. Krampfanfälle anamn., Entwicklungsverzögerung, Leistungsminderung	1998	n			n	n	?				37	?	3	n	n	n
350	5	w	24	rez. Krampfanfälle anamn., neurol. Auffälligk., rez. Apnoen, Novalginintox.	2000	j	j		geheiratet, für 3 Kinder Sorgerechtsentzug	Retardierung	j	j			28	n	3	n	2,3	n
359	14	w	108	Hypoglykämie bei Diabetes?	2004	j	j	j	psychiatr. Betreuung aller, gut bei Vater	n	j		j (SV)		30	Friseurin	2	n	n	n
365	?	m	33	rez. Synkopen u. Fieber anamn.	1997	j	j (Familienhilfe)		gut	n	n				26	Küchenhilfe	n			n
365		m	7	rez. Apnoen m. Bradykardien	1998	j	j	j	Entwicklungsverzögerung	Entwicklungsverzögerung, Bindungsstörung	j	j	j	j (auf Bewährung)	26	Kauffrau	1 (verstorben)	1	n	1
366	15	w	18	rez. Erstickungsanfälle	1999	j (durch die Eltern)	j		gut bei Großeltern	n	j	j			?	?	n			?
374	2	w	3	rez. Krampfanfälle, Reanimation	2002	n			Suizid Mutter, Tod des Kindes	Tod	j		Suizid		34	?	1	n	1	n
377	10	m	158	diff. Symptome anamn.	1999	n			gut	n	j		j		39	Industriekauf-frau	1	n	n	n
381	35	w	87	rez. Synkopen m. Tachykardien anamn.	1995	j	j		gut	n	j		amb. Therapie		29	Feinoptikerin	2	n	n	n
381		m	161	Entwicklungsstörung, multiple Symptome, Heisshunger	1996	j -im Vorfeld	j		gut im Heim, Mutter uneinsichtig	n	j	j			30	Krankenschwester	n			n
100	18	m	36	rez. Krampfanfälle m. Fieber anamn., Verwirrheitszustände	1995	später	später		gut bei Vater	n	j		j		35	?	2	n	2	n
165	10	m	5	Ernährungsschwierigkeiten anamn., rez. blutige Stühle	1999	später	später		später diagnostiziert, gut bei Pflegeeltern	n	später	später			26	Büroangestellte	1 (verstorben)	n	n	1
77	22	m	3	rez. Apnoen anamn., früher Hypoglykämien	1992	n		psycholog. Unter-	Therapie nicht wahrgenommen, weiteres Kind	n	n				27	Bauersfrau	2 (1 später)	n	n	n

Verdachtsfälle gesamt											
KH	2	gesichert	3	3.1 Kindes- alter	3.2 Geschlecht Kind	3.3 Nationalität Kind	3.4 Erziehungsberater			4	4.1 Jahr Diagnosestellung
		j/n		Monate	m/w	D/Andere	Mutter	beiden Elternteilen	Andere		
28		n		101	m	d	j				2002
43		n		42	m	d		j			2000
44		n		108	w	d		j			2003
85		n		132	w	d		j			2003
107		n		18	w	d		j			2000
109	n	(keine weiteren Angaben, VF erst nach dem Kind verstorben und Thema aktueller)									
119		n		144	w	d	j				2001
153		n		23	m	d		j			1996
175		n		120	m	d	j				2001
233		n		192	m	d		j			1998
283		n		30	w	d	j				2002
287		n		108	w	d	j				1980
		n		9	?	d		j			1983
299	Brief	n	Brief	15	m	?		j		Brief	1996
	Brief	n	Brief	132	m	?			?	Brief	2003
325	als GF 339 beschr		als GF 339							als GF 339 beschr	
330		n		60	m	d		j			1999
333		n		144	w	d		j			1993
336		n		72	w	P		j			1998
370		n		60	m	d	j				2001
374		n		72	w	d		j			2003
		n		2 Wochen	w	d		j			2002
375		n		111	w	d		j			2003

4.2 Hauptsyptome		4.2 Hauptsymptome			
ZNS	Infekte	Stoffwechsel	Atmung	GI-Symptome	Anderes
			rez. Laryngotracheitische Beschwerden (Krupp)		ausgeprägte Schreiatacken
				anamn. Bauchschmerzen, Durchfall	
rez. Krampfanfälle					
rez. Krampfanfälle					Schlafstörungen
				rez. Diarrhöen, Erbrechen	allg. Schwäche
Gehstörungen, Lagerungsschwindel					Gelenkschmerzen mit Immobilität, Müdigkeit
Krampfanfall	Sepsis		beatmungspfl. Pneumonie	postenteritisches Syndrom	bek. Mucoviszidose
	anamn. Fieberschübe				anamn. allg. Schwäche
					Gelenk-, Kopf-, Rückenschmerzen
rez. Krampfanfälle anamn.					
				Bauchschmerzen	
		hypertone Dehydratation			
Krampfanfall				Erbrechen	
				chron. Bauchschmerzen	anamn. untersch. Schmerzen
				chron. Diarrhöe	Gedeihstörung, Makrohämaturie
				Bauchschmerzen	Kopfschmerzen
				Bauchschmerzen	blutiger Ausfluss
rez. Krampfanfälle anamn.					
rez. Krampfanfälle anamn.					
Krampfanfälle				Asphyxie	near SIDS mehrfach
rez. Krampfanfälle anamn.					Entwicklungsverzögerung

4.3 diagn. Maßnahmen	4.4 therap. Maßnahmen	4.5 Sicherung						4.6 Aufenthaltsdauer	4.7 KJP	4.8 EP
		Einlassung VP	Einlassung Kind	Röntgen	OP	Urin-/Blut	Sonstiges	Tage	j/n	j/n
Laryngotracheoskopie, Beobachtung	Micronephrin-Inhalation						Beobachtung	6	j	n
Labor, Cöliakiediagn., Immundiagn.	Ernährung geändert							45	n	n
EEG	antiepileptische Medikation							3	n	n
EEG, Polysomnographie	Medikamente							2	j	n
vorher bereits Sono, EEG, EKG, NLG, EMG, Labor, Beobachtung	Infusionstherapie						Beobachtung	20	n	n
Drogenscreening, Labor, EEG, Schmerz-ambulanz, Konsile (zusätzl. zu anderen Kliniken)	Physiotherapie, psycholog. Einzelbeh., Medikamente, Trennungsversuche M+K	Trennungsversuch (Mutter drohte)						32	j	n
	PEG-Sonde, Medikamente, Beatmung							30	n	n
Labor, Sono, neurol. Konsil	keine							10	n	n
MRT, Rö, Sinti, KM-Punktion, Labor	Medikamente							21	n	j
EEG, Stoffwechseldiagnostik	keine							5	j (später in Reha)	n
Rö, Darmspiegelung, Laparatomie mit Appendektomie, MDP	keine							5	n	n
Labor, Klinik	Infusionstherapie							4	n	n
Bakteriologie, Labor, EEG	Medikamente, Beatmung							11	?	?
Labor, Stoffwechselscreening, Atemtest, Pricktest, Sono-Abdomen	keine							13	j	j
Labor, Sono-Abd., Coloskopie	Medikamente, Infusionsbeh., Magensonde							viele Tage mit Unterbrechung	n	n
Labor, EEG, EKG, Sono-Abd., Atemtest	Medikamente, psycholog. Betreuung							34	n	j
Sono	keine							3	n	n
EEG	Medikamente							ambulant	j	n
EEG, CT	Monitoring							1	n	n
Bildgebung, EEG	Antikonvulsiva							45	n	n
MRT, EEG, neuropsychol. Diagnostik, Video-Monitoring	Absetzen d. antikonv. Medikation							65	n	n

4.9 Beziehung VP/Kind				4.10 Ansprache VP	4.10.2 Reaktion VP						4.11 Ansprache Andere
unauffällig	eng	distanziert	sonstiges	j / n	Verneinen	Erstaunen	Wut	Empörung	Beziehungsabbruch	Sonstiges	n/ Person
			aggressiv	j	j		j	j			n
		j	Kind ängstlich, Mutter eiskalt	n							n
j				n							n
		j		n							j (Kinderarzt)
		j		j	j						n
	j			n							n
	j			n							mitbehandelnde Kollegen
	j			n							n
	j			n							n
j				n							n
	j			j	j			j			n
		j		j	j						n
			?	n							j Mutter)
			?	n							n
	j			n							n
	j			n							n
		j	ambivalent (Sorge aber distanziert)	n							n (indirekt Vater)
			dramatisierend, keine therap. Interventionen möglich, ambivalent	n							n
	j			n							n
		j		n							j (Vater)
			ambivalent, mal eng, mal distanziert	j	j	j			j (vorübergehend)		j (KÄ, Sozialdienst, Kindertagesstätte)

4.11.2 Reaktion Andere							4.12 rechtliche Schritte VP					5	5.1 frühere K H-aufenthalte
Verneinen	Erstaunen	Wut	Empörung	Beziehungsabbruch	Vermutung bestätigt	Sonstiges	j / n	im Vorfeld	Jugendamt/Vorm. gericht	strafrechtl. Schritte	Sonstiges		n/ Anzahl
							j		j				3
											Caritas informiert zur Kontrolle		1
							n						j
					j		n						6
							n			n			12
							n						j (viele)
j (ein Kollege)					j (ein Kollege)		n						j (viele)
							n						n
							n						4
							j (wegen Partner/Missbrauch)		j				8
							n						6
							n						n
					j		n					Brief	?
							n				Kuraufenthalt M+K	Brief	?
												als GF 339 beschri	
							n						j
							n						5
							j		j		Helferkonferenz		n
							n						n
							n						13
j		j	j				n (später)		j (später)				n
					j		n						14

5.1.2 andere D/S	5.2 häufige Arzbesuche	5.2.1 Beziehungs- abbrüche	5.2.2 früherer Manipulation- sverdacht	6	6.1 poststation. Verlauf Kind	6.2 Entlassung Kind				
n/ Diagnose	j/n	j/n	n/ Wer		n/ Was	nach Hause	anderes KH	Heim	Pflege- eltern	Sons- tiges
n	j	j	n		KJP		j			
n	j	n	n		gut mit Caritas	j				
Bauchschmerzen, Erbrechen, Paracetamolvergiftung 03	j	n	?		n	j				
Retardierung mit Tetraspastik, Schluckstörung, Luftwegsinfekte, drohende Exicose	j	n	n		gut	j				
n	j	n	n		gleichbleibend	j				
V.a. Gastritis	?	n	n		n	j				
auch bek. Mucov.	j	n	n		bei zunehmenden Verdacht Bziehungabbruch	j				
	j	n	n		n	j				
n	j	n	n		psychiatr. Therapie empfohlen	j				
path. Glucosetol., Milch-Eiweiß-Unvertr.	j	j	n		Jugendamt nach Rücksprache mit Rehaklinik	j				
6 Ops, Polypen, Mandeln	j	n	n		n	j				
	n	n	n		gut	j				
	?				Brief	gut (wird nicht mehr von Tante beaufsichtigt)	j			
	?				Brief	Kuraufenthalt und amb. Therapie empfohlen	j			
					als GF 339 beschr					
n	j	j (häufig)	vermutlich (Kinderärzte)		n	j				
Bluterbrechen, anamn. Prügeleien	j	n	n		erneut in anderer Klinik wg. Bluterbr., Jugendamt geplant	j				
	j	j	n		Helferkonferenz	j				
	j	n	n		n	j				
blutige Stühle, Enuresis, Angiom	j	j	n		antikonvulsive Behandlung	j (später)	j			
	n				später JA/vorrübergehend Sorgerechtsentzug	j				
Retardierung, Bauchschmerzen, Erythrozyturie, etc.	j	j	n		Geistigbehindertenschule	j				

6.3 ernsth. gesundheitl. Folgen Kind	6.4 Folgen VP					7	7.1 Verhältnis VP/Kind	7.2 Wohnort VP	7.3 Nationalität VP	7.4 Alter VP	7.5 Beruf VP
	j/n	Sorgerechts- entzug	psychiatrische Klinik	Gefängnis	Sonstiges						
n	j	j	j				j	d	d	51	Kinderkrankenschwester
n	n						j	d	d	25	?
Intelligenzminderung (Zusammenh. ?)	?						j	d	d	32	?
n	n						j	d	d	45	n
gest. Essverhalten	n						j	d	d	32	Krankengymnastin
psych. Schäden	?						j	d	?	51	Tierärzhelferin
j (Grunderkr.)	?						j	d	d	27	?
n	n						j	d	d	45	?
n	n						Vater	d	d	43	?
n	?						j	d	d	42	?
OP-Folgen	n						j	d	d	30	Krankenschwester
n	?						j	d	d	25	?
n	n					Brief	Tante	?	?	32	?
V.a. PS bzw. Somatisierungsstörung					gem. psychosom. Kur empfohlen	Brief	j	d	?	?	?
						als GF 339 beschr					
Gedehstörung, Nierensteine (?)	?						j	d	d	30	?
n	j				amb. Psychiatr. Behandlung		j	n	n	?	?
n	?						j	d	P	38	?
psychische Schäden	?						j	d	d	30	Langzeitstudentin
fgl. Entwicklungsstörung	n						j	d	d	30	?
Anfallsleiden, milde Cerebralparese	j (später)	j (später)					j	d	d	22	abgebrochene Krankenschwesterausbildung
chron. Nicht epil. Anfallsleiden, Entwicklungsstörung	n						Vater (oder beide Eltern?)	d	d	37	?

7.6 Status VP	7.7 Sucht VP	7.8 psych. Erkr. VP	7.9 Familienstand VP				7.10 Partnerschaft VP				7.10.1 leibl. Elternteil P
	n/ Welche	n/ Welche	ledig	verhei- ratet	geschieden	Sonstiges	j / n	häufig getrennt	häufig wechselnd	unbekannt	j/n
arbeitslos	n	j (?)			j		n				
arbeitslos	n	n		j			j	j			j
?	n	n		j			4-8 J.				j
arbeitslos	Schmerzmittel	PS, chron. somatoforme Schmerzstörung		j			4-8 J.				j
angestellt	n	n		j						j	j
?	n	j				?				j	
arbeitslos	n	n		j			2-4 J.				j
?	n	n			j		n				
EU	Schmerzmittel	n		j			j				j
arbeitslos	n	n				verwitwet	n				
angestellt	n	j				?				?	
arbeitslos	n	n		j						j	
?	?	V.a. psychog. Krampfanfälle				?	j				n
?	?	Somatisierungsstörung				?				? (einmal Gespräch mit Eltern erwähnt)	?
arbeitslos	n	n		j			4-8 J.				j
arbeitslos	n	Psychose		j			4-8 J.				j
?	n	Psychose		j			4-8 J.	j			j
Studentin	n	n		j		getrennt	< 2 J. (neuer P.)	j			n
arbeitslos	n	n		j			4-8 J.				j
arbeitslos	n	j		j			j	j			j
wechselnde Hilfsarbeiten	Alkohol	n		j			4-8 J.				j

7.11 Beziehung VP/Team					8	8.1 Alter P	8.2 Beruf P	8.3 Berufs- status P	8.4 Wohnort P	8.5 Nationalität P	8.6 Sucht P	8.7 psych. Erkr. P	9	9.1 Geschwister	9.1.2 Alter d. Geschwister 1-6
unauffällig	eng	distan- ziert	Spannung en	Sonstiges		Jahre			D/ Andere	D/ Andere	n/ Welche	n/ Welche		j/ Anzahl	Jahre
				aggressiv										n	
				mal freundlich, mal aggressiv		?	? (Fernfahrer)	angestellt	d	d	?	n		n	
j						37	?	?	d	d	n/Welche	n		n	
	j					45	?	angestellt	d	d	n	n		1	17
				fördernd		35	Ingenieur	?	d	d	n	n		n	
j														n	
j						30	?	?	d	d	Alkohol	n		n	
				auf einzelne Personen fixiert										n	
	j					39	Schneiderin	arbeitslos	d	d	n	n		6	21,20,18,15,9,3
j														2	17,14
				anstrengend, nervig, nörgelnd, immer soll jemand nach dem Kind schauen										?	
j														?	
				kein weiterer Kontakt	Brief	?	?	?	?	?	?	?	Brief	3 (Tante: bereits verstorben)	
				?	Brief								Brief	?	
					als GF 339 beschri								als GF 339 beschri		
		j				31	Friseur	selbstständig	d	d	n	n		1	7
			j			50	Klinikumsangestellter (?)	angestellt	d	d	n	n		n	
		j	j			40	Facharbeiter	Arbeiter	d	P	n	n		1	10
j						?	?	?	?	?	n	n		1	3
				ungefragt viel erzählt		35	?	?	d	d	n	n		1	älter
		j		selten da		25	Bundeswehrsoldat/O ffiziersanwärter	angestellt	d	d	n	n		1 (später), 1 (bereits verstorben)	2 Wochen
				ambivalent, unehrlich		32	n	arbeitslos	d	d	n	n		n	

Verdachtsfälle Zusammenfassung									
KH	2.4 Zeit raum	3.2 Geschlecht Kind	3.1 Kindes alter	4.2 Haupt- symptome	4.1 Jahr Diagnose- stellung	4.12 Rechtl. Schritte VP			6.1 poststation. Verlauf Kind
VF		m/w	Monate			j/n	Jugendamt/ Vorm.gericht	Sonstiges	n/Was
28	5	m	101	rez. Laryngotracheitische Beschwerden (Krupp), Schreiattecken	2002	j	j		KJP
43	7	m	42	anamn. Bauchschmerzen, Durchfall	2000			Caritas in- formiert zur Kontrolle	gut mit Caritas
44	35	w	108	rez. Krampfanfälle	2003	n			n
85	15	w	132	rez. Krampfanfälle, Schlafstörungen	2003	n			gut
107	5	w	18	rez. Diarrhöen, Erbrechen, allg. Schwäche	2000	n			gleichbleibend
119	?	w	144	Gehstörungen, Lagerungsschwindel, Gelenkschmerzen m. Immobilität, Müdigkeit	2001	n			n
153	30	m	23	Krampfanfall, Sepsis, beatmungspf. Pneumonie, postenterit. Syndrom, bek. Mucoviszidose	1996	n			bei zunehmenden Verdacht Bziehungsabbruch
175	4	m	120	anamn. Fieberschübe u. allg. Schwäche	2001	n			n
233	6	m	192	Gelenk-, Kopf-, Rückenschmerzen	1998	n			psychiatr. Therapie empfohlen
283	30	w	30	rez. Krampfanfälle anamn.	2002	j (wegen Partner/ Missbrauch)	j		Jugendamt nach Rücksprache mit Rehaklinik
287	29	w	108	Bauchschmerzen	1980	n			n
287 (?)		?	9	hypertone Dehydratation	1983	n			gut
299	?	m	15	Krampfanfall, Erbrechen	1996	n			gut (wird nicht mehr von Tante beaufsichtigt)
299 (?)		m	132	chron. Bauchschmerzen, anamn. untersch. Schmerzen	2003	n		Kuraufenthalt M+K	Kuraufenthalt und amb. Therapie empfohlen
330	8	m	60	Gedeihstörung, Makrohämaturie, chron. Diarrhöe	1999	n			n
333	5	w	144	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen	1993	n			erneut in anderer Klinik wg. Bluterbr., Jugendamt geplant
336	4	w	72	Bauchschmerzen, blutiger Ausfluss	1998	j	j	Helferkonferenz	Helferkonferenz
370	1	m	60	rez. Krampfanfälle anamn.	2001	n			n
374	2	w	72	rez. Krampfanfälle anamn.	2003	n			antikonvulsive Behandlung
374 (?)		w	2 Wochen	Krampfanfälle, near SIDS mehrfach, Asphyxie	2002	n (später)	j (später)		später JA/vorrübergehend Sorgerechtsentzug
375	11	w	111	rez. Krampfanfälle anamn., Entwicklungsverzögerung	2003	n			Geistigbehindertenschule

6.3 ernsth. gesundheitl. Folgen Kind		6.4 Folgen VP		7.5 Beruf VP	9.1 Geschwister	9.2 Mißbrauch b. Geschwistern	9.3 Mbp b. Geschwis- tern	9.4 allgemein Tod Geschwister
	j/n	Sorge- rechts- entzug	Sonstiges		j/Anzahl	j/n	j/n	n/Welche 1-6
n	j	j	psych. Klinik	Kinderkranken- schwester	n			n
n	n			?	n			?
Intelligenzminderung (Zusammenh. ?)	?			?	n			?
n	n			n	1	n	n	n
gest. Essverhalten	n			Krankengymnastin	n			n
psych. Schäden	?			Tierärzthelferin	n			n
j (Grunderkrankung)	?			?	n			n
n	n			?	n			n
n	n			?	6	n	n	n
n	?			?	2	j (später durch neue Beziehung)	n	n
OP-Folgen	n			Krankenschwester	?			n
n	?			?	?			n
n	n			?	3 (Tante: bereits verstorben)		Tante: j	Tante: 1,2,3
V.a. PS bzw. Somatisierungsstörung			gem. psychosom. Kur empfohlen	?	?			?
Gedehstörung, Nierensteine (?)	?			?	1	n	n	n
n	j		amb. psychiatr. Behandlung abgebrochen	?	n			n
n	?			?	1	n	n	n
psychische Schäden	?			Langzeitstudentin	1	n	j	n
figl. Entwicklungsstörung	n			?	1	n	n	n
Anfallsleiden, milde Cerebralparese	j (später)	j (später)		abgebrochene Krankenschwester- ausbildg.	1 (später), 1 (bereits verstorben)	n	n	1
chron. Nicht-epil. Anfallsleiden, Entwicklungsstörung	n			?	n			n

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Martin Krupinski für die kontinuierliche und hervorragende Betreuung und Unterstützung.

Weiterhin danke ich sehr meinem jetzigen Chef Herrn Prof. Dr. Hartmut Berger für seine kontinuierliche Unterstützung und Beratung, der mich ermutigt, meine Arbeit zeitnah kritisch gelesen und mir Frau Jana Lampert vermittelt hat.

Und Frau Jana Lampert danke ich herzlich dafür, dass sie schnell und problemlos die ausführliche statistische Berechnung durchgeführt und somit meine vorliegenden Daten erst in eine verwertbare Form umgewandelt hat.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Lorenc
Vorname: Simone Iris
Geburtsdatum: 21.05.1970
Geburtsort: Frankfurt a.M.
Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulbildung:

1976-1980 Grundschule
1980-1989 Altes Kurfürstliches Gymnasium
1989 Abitur

Medizinische Ausbildung:

1989-1991 Ausbildung zur Medizinisch- Technischen- Assistentin, Wiesbaden
1991-2000 Studium der Humanmedizin

Berufliche Tätigkeit:

01/2001 bis 3/2009 Tätigkeit als Assistenzärztin ganztags
März 2009 Facharztprüfung
Seit Juni 2009 Tätigkeit als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie