Steckbrief: Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)

Einleitung

Jo Ewert
Oberarzt, Kinderschutzmediziner (DGKiM), Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Die Medizinische Kindesmisshandlung (MKM) stellt eine besondere Form der Kindesmisshandlung dar, bei der Kinder im medizinischen System geschädigt werden, meist weil Sorgeberechtigte sie unter Vortäuschung falscher Tatsachen oder Übertreiben von Symptomen ärztlich vorstellen. Der Begriff MKM ist kindzentriert und rückt den Schaden für das betroffene Kind in den Fokus, unabhängig von der Motivation oder der psychischen Verfassung der verursachenden Person. Die früher als „Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS)“ bezeichnete Störung fokussiert auf die verursachende Person und deren unterstellte bewusste Täuschungsabsicht. Angesichts der langfristigen psychischen Folgen und einer erheblichen Sterblichkeitsrate erfordert der Verdacht auf MKM ein strukturiertes, interdisziplinäres Vorgehen zur Sicherung des Kindeswohls.

Störungsbegriff

Die Medizinische Kindesmisshandlung (MKM) beschreibt eine Form der Kindesmisshandlung, die im medizinischen System stattfindet. Sie wird definiert als die unnötige und (potenziell) schädigende medizinische Diagnostik oder Therapie von Minderjährigen, die von engen Bezugspersonen provoziert wird.[1] MKM unterscheidet sich in der Perspektive vom Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS). Das MbpS, als Diagnose der verursachenden Person, fokussiert auf deren Motive und Psychopathologien und ist somit in der Pädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht immer diagnostizierbar. Im WHO Klassifikationssystem ICD-11 ist das MbpS als „Artifizielle Störung, auf andere gerichtet“ (6D51) als psychiatrische Diagnose der verursachenden Person definiert. Im Gegensatz dazu ist MKM ein kindzentrierter Ansatz, der den Schaden des Kindes in den Mittelpunkt rückt. Bei der Art der Schädigung kann zwischen vorgetäuschter und hervorgerufener Erkrankung (Fabricated or Induced Illness [2]) unterschieden werden. In den meisten Fällen wird anamnestisch oder durch Fälschung von Befunden ein falsches Bild der Gesundheit eines Kindes gezeichnet. Das tatsächliche Hervorrufen von Befunden, z. B. durch Intoxikieren oder Infizieren ist deutlich seltener, dafür aber mit einer erhöhten Sterblichkeit vergesellschaftet.[3]

Vorkommen und Häufigkeit

Für MKM liegen keine gesicherten Prävalenz- oder Inzidenzzahlen vor, von einer hohen Dunkelziffer ist auszugehen. Die betroffenen Kinder sind bei der Feststellung der Misshandlung im Durchschnitt zwischen 14 Monaten und viereinhalb Jahren alt und in zwei Dritteln der Fälle jünger als sechs Jahre. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich kein Unterschied.[4] MKM ist eine potentiell lebensbedrohliche Form der

Misshandlung: Die Sterblichkeitsrate liegt laut manchen Studien bei 6 bis 12 % der Betroffenen, wobei hier vor allem die selteneren hervorgerufenen Erkrankungen im Fokus stehen. Zudem können die Betroffenen erheblichen Schaden in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung nehmen.

Symptomatik

Typisch ist die Präsentation eines chronischen und wiederkehrenden Symptombildes, das trotz umfassender Diagnostik ungeklärt bleibt. Die Symptome bleiben, insbesondere bei der vorgetäuschten Erkrankung, meist deskriptiv und nicht objektivierbar. Die häufigsten Symptomkomplexe sind Blutungen, Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen, gastrointestinale Symptome und Atemstörungen.[5] Ein zentraler Hinweis ist die Diskrepanz zwischen den anamnestischen Angaben der Bezugsperson und den objektiv erhobenen Befunden. Ein starker Hinweis und teils beweisend ist die Symptomfreiheit nach Trennung von der verursachenden Bezugsperson.

Die Schädigung des Kindes erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen: 1. Direkte Schädigung durch aktive Handlungen der Bezugsperson (z. B. Verabreichung toxischer Substanzen, Herbeiführung von Infektionen); 2. Indirekte Schädigung durch unnötige, ärztlich durchgeführte Maßnahmen, wie Operationen oder invasive Diagnostik; 3. Sekundäre Schädigung, die psychosoziale und psychische Folgen beschreibt. Hierbei entwickelt das Kind ggf. die falsche Überzeugung, chronisch krank zu sein.[6]

Diagnostisches Vorgehen

Die Diagnose der MKM erfordert ein strukturiertes und interdisziplinäres Vorgehen. Der Schlüssel zur Erkennung liegt in der Aufdeckung von Diskrepanzen in der Anamnese, Befunderhebung und im Verhalten der Bezugsperson. Notwendig sind die systematische Sammlung und chronologische Analyse aller Vorbefunde und ärztlicher Dokumentation. Um auch seltene Differentialdiagnosen auszuschließen und eine umfassende Beobachtung zu ermöglichen, ist eine stationäre Aufnahme in einer Klinik der Maximalversorgung mit Kinderschutzgruppe empfehlenswert. Die Beobachtung des Kindes, idealerweise in Abwesenheit der mutmaßlichen Verursacher:innen, kann wichtige diagnostische Erkenntnisse liefern. Nach der Sammlung der Befunde muss eine interdisziplinäre Teambesprechung stattfinden, um einen Konsens über die Einschätzung zu erzielen. Teamkonflikte sind im Rahmen einer MKM häufig. [7]

Therapie und Intervention

Nachdem sich im Team eine Haltung entwickelt hat und gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, ist die Mitteilung an das zuständige Jugendamt gemäß § 4 KKG im Regelfall notwendig. Bei schwerer MKM ist ein Eingriff in das Sorgerecht meist unumgänglich, um weiteren Schaden abzuwenden. Die Trennung vom verursachenden Elternteil dient dabei sowohl dem Schutz als auch der Diagnoseerhärtung. Die Konfrontation der Bezugsperson mit dem Verdacht sollte strukturiert erfolgen. Zunächst wird im Gespräch versucht, die MKM-Dynamik zu besprechen mit dem Ziel sie zu beenden; bei Misserfolg wird die Informationsweitergabe an das Jugendamt angekündigt. Das betroffene Kind benötigt nach der

Sicherstellung des Schutzes eine altersgerechte Aufklärung über das Geschehene und

häufig psychotherapeutische Unterstützung. Die langfristige Sicherheit des Kindes muss durch ein individuelles Schutzkonzept, unter Einbeziehung einer zuständigen Kinderarztpraxis gewährleistet werden.[8]

Exkurs: Die verursachende Person

Die verursachende Person ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle weiblich (>97 % der Fälle), meistens die Mutter des Kindes (97 % der Fälle).

Teils liegen Psychopathologien (u. a. artifizielle Störungen auf das Selbst gerichtet, Persönlichkeitsstörungen und pathologisches Lügen) vor, auch eigene negative Kindheitserfahrungen sind häufig. Die Motive der Handlungen sind jedoch vielfältig und reichen von dem Erlangen von Anerkennung und Zuwendung bis hin zur Entlastung eigener innerer Spannungen oder Konflikte durch die Übertragung der Krankenrolle auf das Kind. Auch finanzielle oder andere materielle Interessen können eine Ursache in der Entstehung einer MKM sein.[9] Die Motivation der verursachenden Person ist für die Diagnose MKM jedoch nachrangig, insbesondere in pädiatrischen Settings.

Für die Verursacher:innen ist die Prognose aufgrund der häufig fehlenden Krankheitseinsicht und geringen Therapiemotivation oft ungünstig.

Nach der Konfrontation kann bei der verursachenden Person eine psychische Destabilisierung bis hin zur Suizidalität auftreten, was eine psychiatrische Begleitung erforderlich machen kann.[10]

Quellenangaben

[1] Ewert J, Heimann T, Gröll H, et al. Medizinische Kindesmisshandlung. Kooperation mit der Medizin und Vorgehen der Jugendhilfe - Teil 1. Jugendamt JAmt 2025; 2–8

[2] RCPCH. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in children – guidance. RCPCH Child Prot Portal 2021;

[3] Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. Child Abuse Negl 2017; 72: 45–53. doi:10.1016/j.chiabu.2017.07.008

[4] Hornor G. Medical Child Abuse: Essentials for Pediatric Health Care Providers. J Pediatr Health Care 2021; 35: 644–650. doi:10.1016/j.pedhc.2021.01.006

[5] Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse Negl 2003; 27: 431–451.

doi:10.1016/S0145-2134(03)00030-9

[6] Ewert J, Semrau G-M, Berthold O, et al. Medizinische Kindesmisshandlung – Aggravierte, vorgetäuschte und hervorgerufene Erkrankungen und ihre Folgen. Pädiatr Prax 2025; 103: 1–7

[7] Semrau G-M, Härlin R, Di Maria C, et al. Medical Child Abuse – Ein Leitfaden zur Diagnostik dieser Sonderform der emotionalen und körperlichen Gewalt. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2024; 73: 85–109. doi:10.13109/prkk.2024.73.1.85

[8] Heimann T, Ewert J, Bange D, et al. Medizinische Kindesmisshandlung – Kooperation mit der Medizin und Vorgehen der Jugendhilfe - Teil 2. Jugendamt JAmt 2025; 63: 63–68

[9] Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. Arch Dis Child 2019; 104: 110–114. doi:10.1136/archdischild-2017-314319

[10] Vennemann B, Perdekamp MG, Weinmann W, et al. A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. Forensic Sci Int 2006; 158: 195–199. doi:10.1016/j.forsciint.2005.07.014