

Deliktprävention durch ambulante kriminaltherapeutische Behandlung des Forensik-Ambulatoriums des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern : Kasuistik eines jungen Mannes mit Klinefelter-Syndrom und massiven Gewaltfantasien ohne bekannte...

Autor(en): Braunisch, Stefan

Objektyp: Article

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie = Revue suisse de criminologie = Rivista svizzera di criminologia = Swiss Journal of Criminology**

Band (Jahr): **10 (2011)**

Heft 2

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1050675>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Stefan Braunsch

Deliktprävention durch ambulante kriminaltherapeutische Behandlung des Forensik-Ambulatoriums des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern

Kasuistik eines jungen Mannes mit Klinefelter-Syndrom und massiven Gewaltfantasien ohne bekannte deliktische Auffälligkeit in der Vorgeschichte

Zusammenfassung

Im Frühjahr 2007 wurde das Forensik-Ambulatorium vom zuständigen Arzt, einem Facharzt FMH für Innere Medizin und psychosomatische Medizin, um Unterstützung bei der Behandlung eines 26-jährigen Mannes mit massiven Gewaltfantasien gebeten. Der Erstkontakt mit dem Patienten fand in der geschlossenen psychiatrischen Aufnahmestation nach suizidaler Krise statt. Der Patient wurde nach Entlassung aus der Psychiatrie 3,5 Jahre ambulant kriminaltherapeutisch behandelt. Es wurde die Chromosomenanomalie 47-XXY (Klinefelter-Syndrom) diagnostiziert, komorbid lag eine Schmerzmittelabhängigkeit, eine Adipositas permagna sowie eine deutlich verringerte psychosoziale Leistungsfähigkeit vor. Im Wesentlichen stellte sich die Frage, ob die beim Klinefelter-Syndrom indizierte Testosteronsubstitution bei einer Person mit massiven Gewaltfantasien eingesetzt werden sollte. Nach Evaluation der Gewaltfantasien, der Installation eines engen Netzwerkes von Behandlern, sozialen Einrichtungen und Familie bzw. Arbeitgeber konnte eine Testosteronsubstitution begonnen werden. Die ambulante Hormonsubstitution erfolgte in enger Kooperation mit einer Fachärztin für Endokrinologie. Nach Abschluss der Behandlung im Frühjahr 2011 war eine deutliche körperliche, psychische und psychosoziale Besserung zu sehen; die Gewaltfantasien wirkten glaubhaft reduziert. Eine berufliche Rehabilitation durch die Invalidenversicherung mit Teilberentung war installiert.

Schlüsselwörter: Klinefelter-Syndrom – ambulante Testosteronsubstitution – Gewaltfantasien.

Résumé

Au printemps 2007, un médecin, spécialiste FMH en médecine interne et médecine psychosomatique, qui traitait un monsieur âgé de 26 ans souffrant de fantasmes violents massives, avait demandé le soutien de l'ambulatorio forensique. Le premier contact avec le patient avait lieu à l'unité fermée psychiatrique après une crise suicidaire. Après la sortie de la clinique psychiatrique, le patient suivait un traitement thérapeutique pendant 3,5 ans. Il est diagnostiqué d'une anomalie chromosomique 47-XXY (syndrome Klinefelter), en plus d'une dépendance d'analgésiques, une adipositas permagna et une capacité psychosociale clairement réduite. Il se posait la question si le traitement du syndrome Klinefelter par substitution de testostérone était approprié vu les fantasmes violents. Après une évaluation des fantasmes violents et l'installation d'un réseau étroit avec des thérapeutes, des institutions sociales, la famille et l'employeur, le patient recevait une substitution de testostérone. Elle avait lieu en coopération étroite avec un médecin spécialiste en endocrinologie. A la fin du traitement en printemps 2011 le patient montrait une amélioration corporelle, mentale et psychosociale claire; les fantasmes violents semblent réduites. La réintégration professionnelle avec une rente partielle de l'assurance invalidité suivait.

Mots-clés: Syndrome Klinefelter – substitution de testostérone ambulatoire – fantasmes violentes.

Summary

In spring 2007, a doctor, specialized in internal medicine and psychosomatic medicine (FMH), who treated a 26 year old male suffering from massive violent fantasies, asked for the support of the forensic ambulatory service. The first contact with the patient happened on a closed psychiatric unit. After being released from the psychiatric clinic, the patient followed a psychiatric treatment during 3,5 years. He was diagnosed with a chromosome anomaly 47-XXY (Klinefelter's syndrome), co morbid with abuse of painkillers, adipositas permagna and clearly reduced psychosocial capacities. It was questionable whether a treatment with testosterone substitution, indicated for the treatment of Klinefelter's syndrome, was suitable for a patient with violent fantasies. After an evaluation of the fantasies and the installment of a tight net consisting of therapists, social institutions, the family and the employer, the patient received a testosterone substitution therapy. It took place in close cooperation with a doctor specialized in endocrinology. At the end of the treatment, in spring 2011, the patient showed a marked physical, mental and psychosocial improvement; the violent fantasies were believably reduced. The professional re-integration with a partial annuity from social security was then possible.

Keywords: Klinefelter's syndrome – ambulatory testosterone substitution – violent fantasies.

1. Einleitung

Primärprävention setzt gemäss der Definition des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit zeitlich vor dem Auftreten von Symptomen (Risiken) ein und wendet sich an Personen, bei denen das zu verhütende Problem noch nicht aufgetreten ist, sowie an deren Umfeld (BAG, 2011).

In der vorliegenden Kasuistik wird die Besonderheit einer primär-präventiven Behandlung eines Menschen beschrieben, der zwar bisher nicht strafrechtlich aufgefallen ist, bei dem aber aufgrund seiner Störungen und Gewaltfantasien von einem erhöhten Risiko der Begehung eines Gewalt- oder Sexualdeliktes auszugehen war.

Nielsen (1970) hat die Inzidenz von Kriminalität bei 61 Klinefelter-Patienten und 12 Patienten mit einem XYY-Syndrom untersucht und

bei 56 Prozent der Klinefelter-Patienten kriminelles Verhalten festgestellt, wobei schwerwiegende Kriminalität (Gewaltdelikte, Sexualstraftaten) bei 46 Prozent zu finden war. In der Vergleichsgruppe von 293 erwachsenen Männern aus der dänischen Normalbevölkerung wurden bei 19 Prozent kriminelles Verhalten und bei 10 Prozent schwerwiegende Delikte gefunden. Die Chromosomenanomalie wurde als Indikator für eine höhere Kriminalität angesehen, wobei sehr wahrscheinlich die Folgen der Erbgutschädigung wie verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, mangelnde soziale Kompetenz und dissoziales Verhalten eng in Zusammenhang mit der Kriminalitätsrate stehen. Bojesen et al. (2006) fanden beim Vergleich von 832 Klinefelter-Patienten mit einer Kontrollgruppe (n=4033) eine signifikante Komorbidität von psychiatrischen Störungen und Intelligenzminderung.

Das Deliktrisiko ist erhöht, wenn bestimmte Faktoren, sog. kriminogene Faktoren, vorliegen. Es kann sich dabei um genetische Faktoren, prä- und perinatale Komplikationen, Umweltgifte und psychotrope Substanzen sowie psychosoziale Faktoren und kriminogene Einstellungen handeln (Müller-Isberner, 2006).

Im vorliegenden Fall stiess die allgemeinpsychiatrische bzw. hausärztliche Versorgung an die Grenzen ihrer Kompetenzbereiche. Vor dem Hintergrund eines möglichen Gewalt- oder Sexualdeliktes ersuchte der behandelnde Arzt um die Beratung bzw. die Kooperation mit dem Fachbereich Forensische Psychologie und Psychiatrie.

Während in der Behandlung von Sexualstraftätern deliktpräventiv in der Regel eine antiandrogene Behandlung, also eine pharmakologische Testosteronabsenkung, indiziert ist (Berner/Bricken, 2007), wird in der Behandlung von Klinefelter-Patienten die Testosteronsubstitution eindeutig vorgeschlagen (Nabi, 1988; Nieschlag, 2009). Nieschlag (2009) empfiehlt beim Klinefelter-Syndrom grundsätzlich eine möglichst frühzeitige Substitution, das heisst ab der Pubertät, weil auf diese Weise eine bessere körperliche, psychische und schulische Entwicklung sowie soziale Integration erzielt werden könne. Eine psychologische Begleitung sei in jedem Fall ratsam. Bei erwachsenen Klinefelter-Patienten sollte eine Testosteronsubstitution grosszügig eingesetzt werden, um die Lebensqualität zu verbessern und Spätfolgen zu vermeiden.

Diese sind neben kaum vorhandener Libido ein sehr geringer Bartwuchs, verminderte Muskelkraft mit möglicher Osteoporose und Adipositas oder Diabetes mellitus als Folgen. Psychosozial findet sich bei vielen unbehandelten Klinefelter-Patienten eine eingeschränkte Verbalisierungsfähigkeit (Itti, 2006), Legasthenie, Aufmerksamkeitsdefizit und eine berufliche Entwicklung unter Familienniveau.

Es stellte sich im vorliegenden Fall die Frage, ob bei einem Patienten, bei dem eigentlich die Testosteronbehandlung indiziert war, diese trotz der Gewaltfantasien durchgeführt werden konnte.

In der telefonischen Beratung durch Prof. Nieschlag, 2008, damals Leiter des Zentrums für Reproduktionsmedizin und Andrologie sowie Präsident der European Society of Endocrinology (ESE), wurde für diesen Fall die Testosteronbehandlung vorgeschlagen, möglichst mit Beginn der Substitution im eng kontrollierten Setting einer stationären psychiatrischen Klinik.

Im Vorfeld erfolgte eine genaue Analyse der Gewaltfantasien auf ihre Handlungsrelevanz und sadistischen Elemente hin. Dissozialität in der Vorgeschichte konnte ausgeschlossen werden. Des Weiteren wurde eine Evaluation der sozialen und intellektuellen Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeitseigenschaften vorgenommen.

2. Kasuistik

2.1 Familienanamnese

Die Eltern hätten sich scheiden lassen, als der Patient 2 oder 4 Jahre alt war. Der Vater habe eine Aussenbeziehung gehabt. Der Patient sei mit seinen zwei Brüdern (4 Jahre älter bzw. 2 Jahre jünger) bei der Mutter aufgewachsen. Die Brüder seien vor etwa 4 bzw. 7 Jahren ausgezogen und lebten selbständig. Er selber lebe noch bei seiner Mutter (30 Jahre älter), welche zu 100% arbeite. Die Mutter sei liebevoll-fürsorglich, würde sich aber nicht gross in sein Leben einmischen oder versuchen ihn zu erziehen.

Der Vater sei vor einem Jahr zweites Mal wegen eines Karzinoms der Hypophyse operiert worden. Man habe ihm die IV-Berentung empfohlen. Zum Vater und dessen jetziger Frau bestehe ein guter Kontakt.

Bis zu seinem 10. Lebensjahr habe die Grossmutter mütterlicherseits im Haushalt gewohnt. Als sie verstarb, habe er nie wieder weinen und keine Trauer nach aussen zeigen wollen.

2.2 Eigenanamnese

Die Schwangerschaft sei unauffällig gewesen. Die Geburt sei wegen Übertragung des Fötus eingeleitet worden. Seine Mutter habe ihm erzählt, er habe bei der Geburt unter Sauerstoffmangel gelitten, sei als Kleinkind sehr ruhig und pflegeleicht gewesen.

Mit sechs Jahren sei er in den Kindergarten gekommen, wo er ebenfalls unauffällig gewesen sei. Mit 7 Jahren wurde er in die erste Klasse der Regelschule eingeschult.

In der Schule habe er Mühe gehabt, dem Stoff folgen zu können. In der dritten Klasse habe eine Abklärung eine Lese-Rechtschreib-Schwäche ergeben.

Die Mutter berichtete, ihr Sohn habe ab dem 10. bis 12. Lebensjahr sehr in sich gekehrt gewirkt. Sie habe bemerkt, dass ihn etwas beschäftigte, jedoch habe er nie davon erzählt oder über die Inhalte seiner Gedanken berichtet.

Nach der Schule habe er eine Lehre als Zimmermann begonnen und dann aufgrund seiner schulischen Probleme in der Berufsschule auf eine Anlehre reduziert, welche er abgeschlossen habe.

Seine Gewichtszunahme begann nach seiner Beschreibung im 2. Lehrjahr, wobei er sehr viel Fastfood zu sich genommen habe. In dieser Zeit hätten auch die massiven Rückenschmerzen eingesetzt, die schlussendlich zum Arbeitsabbruch geführt hätten. Nach vier Monaten Arbeitssuche habe er mit Unterstützung der Familie bei einem grossen Detailhändler als Aushilfe begonnen, wo er noch heute tätig sei. Er könne dort zwischen 15 und 25 Stunden pro Woche arbeiten je nachdem, wie er sich fühle.

Bei der Musterung zum Militär sei er als untauglich eingestuft worden. Der Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung sei nicht geäussert worden.

Der Patient gibt an, mit zirka 10 oder 12 Jahren Gewaltfantasien entwickelt zu haben, die den Charakter von statischen Bildern aus Horrorfilmen hatten. Einmal habe er zu Beginn seiner sexuellen Reifung mit einer Cousine gespielt und habe erstmals Gewaltfantasien bemerkt. Zur Entspannung und Kontrolle dieser Fantasien habe er in der Pubertät bis zu

15 Mal pro Tag masturbiert. Er gab mit auffälligem Stolz die erste Erektion und regelmässige Selbstbefriedigung ab dem Alter von 8 Jahren an.

Mit 18 Jahren sei er das erste Mal verliebt gewesen. Er beschreibe sich als heterosexuell mit Interesse an Gleichaltrigen bzw. erwachsenen Frauen. Sexuellen Verkehr habe er jedoch nicht gewollt. Er habe sich geschämt, weil er gedacht habe, sein erigiertes Glied sei viel zu klein für den Geschlechtsverkehr. Geschlechtsverkehr mit einer Frau habe er bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nie gehabt. Er wolle auch keine intime Beziehung aufnehmen, da seine Gefühle plötzlich zu stark würden und er seine Fantasien nicht mehr kontrollieren könne. Ausserdem habe er zu wenig Selbstbewusstsein.

Den ersten Konsum psychotroper Substanzen erfolgte nach seiner Beschreibung mit 16 Jahren, als er erstmals begonnen habe, Alkohol zu konsumieren. Er habe sich dann mit zirka 20 Jahren am Wochenende öfters einen kleinen Rausch angetrunken. Ab dem 22. Lebensjahr habe er kurzzeitig mit Alterskollegen Cannabis konsumiert. Das habe ihn entspannt. Als er den Kontakt zu den Kollegen abgebrochen habe, habe er nicht mehr konsumiert, sondern sich eher zu Hause zurückgezogen. Ein Abhängigkeitssyndrom wurde nicht eruiert.

Seit dieser Zeit habe er begonnen, regelmässig, bis zu 10 g Schmerzmedikamente (Paracetamol) pro Tag zu konsumieren. Sein Hausarzt habe ihm vor einem Jahr gegen sein Schmerzsyndrom, er bezeichnete dieses als Weichteilrheumatismus, Tramadol verschrieben.

3. Untersuchungsbefunde

Der Patient wurde im Frühjahr 2008 in der endokrinologischen Sprechstunde des Universitätsspitals Bern untersucht. Festgestellt wurde neben einer Adipositas Grad III (BMI 42,8) eine Hyperlipidämie, ein Vitamin D-Mangel, ein hypergonadotroper Hypogonadismus mit Verdacht auf ein Klinefelter-Syndrom. Der Gesamttestosteronwert wurde mit 2,2 nmol/l angegeben. In einer weiteren Untersuchung am 9. Juli 2008 wurde das Klinefelter-Syndrom 47-XXY nach Karyotypisierung festgestellt.

In einer psychologischen Untersuchung im Oktober 2008 wurde ein Gesamt-IQ von 89 gemessen, wobei sich Verbalteil und Handlungs-

teil signifikant unterschieden (Verbalteil = IQ von 80, Handlungsteil = IQ von 104).

Im sprachfreien Test zur Erfassung der allgemeinen Intelligenz, Standard Progressive Matrizen (SPM) nach Raven, erreichte der Patient einen IQ von 118.

Im Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierung IKP als Selbstbeschreibung markanter Persönlichkeitseigenschaften wies der Patient im Merkmalsbereich schizoide Persönlichkeitsakzentuierung einen sehr hohen Wert (T = 75) auf.

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) beschrieb sich der Patient als eher emotional labil, empfindlich und ängstlich, bisweilen wechselnd reizbar, erregbar und abgespannt matt (Bereich hohe Emotionalität, T = 65). Das Item «Geringe Lebenszufriedenheit» bedeutet mit einem T-Wert von 67, dass er sich zurzeit als unzufrieden mit seinen gegenwärtigen und früheren Lebensbedingungen, der Partnerbeziehung oder dem Beruf erlebt.

Der Merkmalsbereich antisoziale/dissoziale Persönlichkeit lag beim IKP im Normbereich. Desgleichen finden sich keine testpsychologischen Anhaltspunkte für eine gestörte Impulskontrolle, Aggressivität oder hohe Erregbarkeit.

4. Therapie und Verlauf

Nach der Erstexploration des Patienten in der psychiatrischen Aufnahmeklinik wurden regelmässige ambulante psychotherapeutische Gespräche vereinbart und der Hausarzt über diese Entscheidung informiert. Aufgrund des obsessiv-zwangähnlichen Charakters der Fantasien wurde im stationären Setting eine hochdosierte SSRI-Behandlung mit Paroxetin begonnen. Der Patient stoppte ca. 7 Wochen nach der Entlassung aus der Psychiatrie ohne ärztliche Empfehlung diese Medikation, da er subjektiv keine rasche Verbesserung erlebt habe.

Die regelmässigen Psychotherapiegespräche wirkten entlastend. Bezüglich der Gewaltfantasien wurde deutlich, dass sie für den Patienten einen überwiegend ich-dystonen Charakter hatten, eine Handlungsrelevanz konnte nicht festgestellt werden. Im Gegenteil, der Patient berichtete unter den Fantasien zu leiden, er könne wenig an Aktivitäten teilnehmen

und er fühle sich in seiner Lebensgestaltung sehr eingeschränkt.

Daneben war aber auch ein narzisstisches Selbsterleben bei diesen Berichten festzustellen, eine sadistische Befriedigung war nicht zu eruieren.

Durch verhaltenstherapeutische Interventionen sollte versucht werden, den zwischen 8 und 12 Stunden dauernden TV-Konsum pro Tag zu relativieren, die soziale Kompetenz und die Selbstwirksamkeit zu verbessern. Bei einem Hausbesuch zeigte der Patient seine Sammlung von Video-Filmen mit einer kleinen Anzahl von Horror Filmen. Vorrangig würde er, altersadäquat, Serien und Manga-Abenteuer-Filme im Fernsehen oder im Internet auf myVideo.ch ansehen.

Gleichzeitig waren ihm die Langzeitauswirkungen seiner Störung, des Klinefelter-Syndroms, zu erklären, psychoedukativ darauf einzuwirken und an Bewältigungsstrategien zu arbeiten. Dazu dienten auch intensive Gespräche mit den Eltern.

Die medizinisch indizierte Behandlung des Klinefelter-Syndroms mit einer Testosteron-Zugabe wurde mit dem Patienten diskutiert. Aufgrund der vorhandenen Gewaltfantasien wurde ihm erklärt, dass eine beginnende Substitution nur im stationären Rahmen einer psychiatrischen Klinik möglich sei.

Zum damaligen Zeitpunkt war mit einem Beutel Testogel 1 Mal täglich begonnen worden. Nachdem sich der Patient die doppelte Dosis Testosteron als Gel zugeführt hatte, wurde der stationäre Behandlungsversuch abgebrochen und die Testosteron-Substitution eingestellt.

Die enge Kooperation mit der niedergelassenen Fachärztin für Endokrinologie ermöglichte dann ambulant mit einer Hormonsubstitution, zunächst wieder einem Beutel Testosteron-Gel, zu beginnen. Dieses hatte der Patient täglich auf den Bauch aufzutragen. Die Kontakte wurden intensiviert und die Familie in den ambulanten Behandlungsversuch eingebunden.

Gleichzeitig war die Beurteilung durch die Invalidenversicherung abgeschlossen. In Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber wurde eine Teilberentung unter Fortsetzung des bisherigen Anstellungsverhältnisses ausgesprochen. Die finanzielle Begleitung, nicht zuletzt aufgrund der hohen Behandlungskosten, konnte durch eine Vernetzung mit dem zuständigen Sozialdienst seiner Gemeinde erreicht werden.

Festzustellen ist in diesem Behandlungsverlauf, dass der Patient bei den psychosozialen Aktivitäten compliant war, mittlerweile seine schwerwiegende Erkrankung akzeptieren konnte und zu Bewältigungsstrategien in der Lage war. Dabei begann er regelmäßig, nicht zuletzt aufgrund der verbesserten körperlichen Kraft, mit dem Fahrrad seine Termine zu erledigen. Dabei kam es zu einer Gewichtsreduktion von 25 bis 30 kg. Insgesamt wirkte der Patient schlanker, dynamischer, der Bartwuchs war intensiver, das Gesicht männlich-markanter.

Im Rahmen der Therapie kam es zu einer Verbesserung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit. Der Patient beschrieb glaubhaft einen Rückgang der obsessiven Fantasien; diese würden lediglich am Ende des Testosteron-Depot-Intervalls auftreten.

In der eng vernetzten kombinierten psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und endokrinologischen Behandlung konnte der Patient eine neue Lebensperspektive aufbauen und zeigte stärker ein zielorientiertes Handeln. Die Veränderungen seines Verhaltens wie verbesserte Leistungen bei der Arbeit oder mehr Teilnahme an Familienaktivitäten wurden durch die soziale Umgebung bestätigt.

5. Diskussion

Der bisherige Verlauf gibt der Entscheidung für eine eng kontrollierte Substitutionstherapie recht. Voraussetzung für diese Entscheidung war eine fehlende dissoziale Entwicklung in der Vorgeschichte, die Fähigkeit zur Impulskontrolle, tragfähige familiäre Bindungen bei ausreichender intellektueller und sozialer Leistungsfähigkeit und vor allem Fantasien ohne sadistische Prägung und ohne Handlungsrelevanz. Nach Feststellung der eher günstigen Konditionen wurde die Testosteron-Substitution trotz möglicher Zunahme von Risikoaspekten wie verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit oder Aggressivität erwogen.

Der Patient berichtet nachvollziehbar den entlastenden Rückgang der obsessiven, ich-dystonen Fantasien.

Am Schluss sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die für die Behandlung solcher Fälle notwendige Vernetzung nicht rückerstattbar ist.

Es wäre zu wünschen, dass das Tarmed-System in diesen spezifischen Fällen überschritten werden dürfte, damit die Leistungen in Abwesenheit des Patienten (LAP), wie sie das Case-Management mit sich bringt, eindeutig als Behandlungszeiten verrechnet werden können.

Literatur

- Berner W., Briken P., Hill, A. (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*, Köln, 2007
- Bundesamt für Gesundheit BAG, 2011 (<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00628/index.html?lang=de>)
- Bojesen A. et al., Morbidity in Klinefelter's Syndrome, A Danish Register Study Based on Hospital Discharge Diagnoses, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2006
- Ineichen H., *TARMED-Manual*, Psy&Psy Edition 2, Version TARMED 1.1r, 2003
- Itti E. et al., The Structural Brain Correlates of Cognitive Deficits in Adults with Klinefelter's Syndrome, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2006
- Nabi S., Testosterone Treatment of an XYY Male Presenting with Aggression: a Case Report, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 33, 1988
- Müller-Isberner R., Eucker S., Effektive Behandlung psychisch kranker Straftäter, *Neuropsychiatrie*, Band 20/1, 2006
- Nieschlag E., Behre H., Nieschlag S., *Andrologie*, Springer, Heidelberg, 2009
- Nielsen J., Criminality among Patients with Klinefelter's Syndrome and the XYY Syndrome, *British Journal of Psychiatry*, 117, 1970, 365-369
- Nielsen J., Follow-up 20 years later of 34 Klinefelter males, *Human Genetics*, 77, 1987, 188-192

Stefan BRAUNISCH

Psychologe FSP, psychologischer Psychotherapeut

Universität Bern

Medizinische Fakultät

Institut für Rechtsmedizin

Forensisch-Psychiatrischer Dienst

Falkenplatz 18

CH-3012 Bern

Tel. +41 (0)31 631 34 51

Mobile +41 (0)79 542 02 90

Fax +41 (0)31 631 41 71

mailto: stefan.braunisch@fpd.unibe.ch

www.fpd.unibe.ch