



COMPETENCE CENTER  
FORENSIK UND  
WIRTSCHAFTSKRIMINALISTIK

Lucerne University of  
Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE  
LUZERN

Wirtschaft

## **Master of Advanced Studies in Forensics (MAS Forensics)**

### **Gewaltdelikte im Kontext von Epilepsien**

Eingereicht von

**lic.iur. Michael Grädel**

Klasse MAS Forensics 4

am 10. Juli 2013

betreut von

**Dr. med. Marc Graf**

I.	<b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>	I
II.	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	III
III.	<b>MATERIALIENVERZEICHNIS .....</b>	V
IV.	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	VIII
V.	<b>KURZFASSUNG.....</b>	X

## **I. INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. Einleitung - Wenn ein Patient seine Helfer attackiert.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Einführung in die Epilepsie.....</b>	<b>2</b>
2.1. Die Epilepsieformen und die Verbreitung der Epilepsie.....	2
2.2. Epileptische Anfallsformen und ihre Auswirkungen .....	3
2.2.1. Fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörungen.....	4
2.2.2. Fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörungen .....	5
2.2.3. Absencen.....	6
2.2.4. Generalisiert tonisch-klonische Anfälle.....	6
2.2.5. Der tonische Anfall .....	7
2.2.6. Der atonische Anfall .....	7
2.2.7. Der myoklonische Anfall .....	7
2.2.8. Der klonische Anfall .....	8
2.2.9. Die Aura.....	8
2.3. Der Ablauf eines epileptischen Anfalls im Gehirn.....	9
2.4. Auslöser von epileptischen Anfällen.....	9
2.4.1. Alkohol und Nikotin .....	10
2.4.2. Drogen.....	11
2.4.3. Medikamente.....	11
2.4.4. Schlafentzug.....	11
<b>3. Gewaltdelikte im Kontext eines epileptischen Anfalls.....</b>	<b>12</b>
3.1. Die Delikte gegen Leib und Leben.....	12
3.1.1. Delikte gegen die körperliche Integrität.....	12
3.1.2. Delikte gegen das Leben.....	12
3.2. Tathandlungen in der iktaalen Phase epileptischer Anfälle .....	14
3.2.1. Während fokalen Anfällen ohne Bewusstseinsstörungen .....	14
3.2.2. Während des Auftretens einer Aura.....	15
3.2.3. Während fokalen Anfällen mit Bewusstseinsstörungen .....	15
3.2.4. Während Absencen .....	16
3.2.5. Während isoliert tonischen, atonischen oder klonischen Anfällen .....	16
3.2.6. Während dem Auftreten von Myoklonien .....	16
3.2.7. Während des generalisiert tonisch-klonischen Anfalls .....	17
3.2.8. Schlussfolgerung.....	17
3.3. Tathandlungen in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	18
3.4. Tathandlungen in der interiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	18

3.5. Tathandlungen in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle.....	18
3.6 Schlussfolgerung .....	20
<b>4. Die Schuldfähigkeit im Kontext epileptischer Anfälle .....</b>	<b>20</b>
4.1. Schuldfähigkeit Allgemein und ihre Bedeutung .....	20
4.2. Einsichtsfähigkeit .....	22
4.2.1. Einsichtsfähigkeit in der ictalen Phase epileptischer Anfälle .....	23
4.2.2. Einsichtsfähigkeit in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	24
4.2.3. Einsichtsfähigkeit in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	24
4.3. Steuerungsfähigkeit .....	25
4.3.1. Steuerungsfähigkeit in der ictalen Phase epileptischer Anfälle .....	26
4.3.2. Steuerungsfähigkeit in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	27
4.3.3. Steuerungsfähigkeit in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle .....	27
4.4. Actio libera in causa .....	27
4.4.1. Die Vermeidbarkeit des schuldausschliessenden Zustands .....	27
4.4.2. Die Voraussehbarkeit der Tat .....	29
4.5. Selbstverschuldete Unzurechnungsfähigkeit.....	30
4.6. Schlussfolgerung .....	31
<b>5. Praxisüberlegungen.....</b>	<b>32</b>
5.1. Sind Gewaltdelikte bei epileptischen Anfällen typisch? .....	32
5.2. Zur Vorgehensweise im Vorverfahren .....	33
5.2.1. Der erste Angriff .....	34
5.2.2. Einvernahmen .....	35
5.2.3. Gutachten .....	36
5.2.4. Der epileptische Anfall als Schutzbehauptung .....	37
5.3. Der Anlassfall - Wenn ein Patient seine Helfer attackiert.....	37
<b>6. Fazit .....</b>	<b>39</b>

## II. LITERATURVERZEICHNIS

BERESFORD H. RICHARD

Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1339-1340.

BERGEN D./ KESSLER E./  
MADDEN T.

Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1337-1338.

DELGADO-ESCUETA ANTONIO V./  
MATTSON RICHARD H./  
KING LAMBERT/  
GOLDENSOHN ELI S./  
SPIEGEL HERBERT/  
MADSEN JACK/  
CRANDALL PAUL/  
DREIFUSS FRITZ/  
PORTER ROGER J.

The nature of aggression during epileptic seizures.  
N Engl J Med. 1981; 305; 711-716  
(zit. DELGADO-ESCUETA et al., The nature of aggression during epileptic seizures).

DONATSCH ANDREAS/  
TAG BRIGITTE

Strafrecht I, Verbrechenslehre, 8. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2006 (zit. DONATSCH/TAG, Strafrecht I).

ITO MASUMI/  
OKAZAKI MITSUTOSHI/  
TAKAHASHI SHO/  
MURAMATSU REIMI/  
KATO MASAAKI/  
ONUMA TEIICHI

Subacute postictal aggression in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior 2007; 10; 611-614  
(zit. ITO et al., Subacute postictal aggression in patients with epilepsy).

JAFFE ROBERT

Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1337.

KANEMOTO KOUSUKE/  
TADOKORO YUKARI/  
OSHIMA TOMOHIRO

Violence and postictal psychosis: A comparison of postictal psychosis, interictal psychosis and postictal confusion. Epilepsy & Behavior 2010; 19; 162-166  
(zit. KANEMOTO et al., Violence and postictal psychosis).

KNECHT THOMAS

Zur Neurobiologie des Notwehr-Exzesses, Archiv für Kriminologie 2000, 206, 65-72 (zit. KNECHT, Zur Neurobiologie des Notwehr-Exzesses).

KRÄMER GÜNTER

Epilepsie von A-Z. Medizinische Fachwörter verstehen, 4. Auflage, Stuttgart: TRIAS/Thieme Verlag 2005 (zit. KRÄMER, Epilepsie von A - Z).

KRÄMER GÜNTER

Das große TRIAS-Handbuch Epilepsie, 3. Auflage, Stuttgart: Trias Verlag 2005 (zit. KRÄMER, Handbuch Epilepsie).

KRÄMER GÜNTER

Lexikon der Epileptologie, Bad Honnef: Hippocampus Verlag 2012 (zit. KRÄMER, Lexikon).

NIGGLI MARCEL ALEXANDER/  
WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.)

Basler Kommentar, Strafrecht I, 2. Aufl., Basel 2007  
(zit. BEARBEITER, BSK-Strafrecht I).

NIGGLI MARCEL ALEXANDER/  
WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.)

Basler Kommentar, Strafrecht II, 2. Aufl., Basel 2007  
(zit. BEARBEITER, BSK-Strafrecht II).

PINCUS JONATHAN H.

Can violence be a manifestation of epilepsy? Neurology 1980; 30; 304-307.

SCHMITZ BETTINA/  
TRIMBLE MICHAEL

Psychiatrische Epileptologie. Psychiatrie für Epileptologen - Epilepsie für Psychiater. Stuttgart - New York: Thieme Verlag 2005 (zit. SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2).

TRECHSEL STEFAN et al.

Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, Zürich / St. Gallen 2008 (zit. BEARBEITER, StGB Praxiskommentar).

TRECHSEL STEFAN/ NOLL PETER

Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I: Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit, 5. Aufl., Zürich 1998 (zit. TRECHSEL/NOLL, Strafrecht Allgemeiner Teil I).

TREIMAN DAVID M.

Violence and the epilepsy defense, in: Neurologic Clinics, Volume 17, Number 2, 245 - 255: May 1999.

(zit. TREIMAN, Violence and the epilepsy defense)

WATTS CLARK

Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1339.

### III. MATERIALIENVERZEICHNIS

#### 1. Bundesblatt und Amtliches Bulletin

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (Allgemeine Bestimmungen, Einführung und Anwendung des Gesetzes) und des Militärstrafgesetzes sowie zu einem Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht vom 21. September 1998, BBl 1999 II 1979 ff.

Amtliches Bulletin des Nationalrats, Sitzung vom 9. Dezember 2010, Parlamentarische Initiative Geissbühler Andrea Martina zur Streichung der Artikel 19 und 20 StGB (09.500), AB 2010 N 1957.

Amtliches Bulletin des Nationalrats, Sitzung vom 06. Juni 2001, Schweizerisches Strafgesetzbuch und Militärstrafgesetz. Änderung (98.038), AB 2001 N 544.

#### 2. Internetrecherchen

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10,

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>,  
letztmals besucht am 24. Juni 2013

Einteilung der Epilepsien nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10,

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-g40-g47.htm>,  
letztmals besucht am 24. Juni 2013

BAIER HARTMUT, Epileptische Anfälle,

[http://www.epilepsiezentrumbodensee.de/ElementeDownload/Patientenbroschuere\\_epileptische\\_Anfaelle.pdf](http://www.epilepsiezentrumbodensee.de/ElementeDownload/Patientenbroschuere_epileptische_Anfaelle.pdf) (zit. BAIER, Epileptische Anfälle),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie, Begriffserklärung und Herkunft des Wortes „Tonus“

<http://de.wikipedia.org/wiki/Tonus>,  
letztmals besucht am 24. Juni 2013

SIEGRIST THOMAS/ GERMANN URSULA/ EISENHART DANIEL, Rechtsmedizin, Skriptum - Teil 1, 12. überarbeitete Version 2006,

[http://www.rechtsmedizin.kssg.ch/gn/downloads/\\_jcr\\_content/Par/downloadlist\\_4/DownloadListPar/download\\_0.ocFile/Skript\\_ReMed\\_Teil1.pdf](http://www.rechtsmedizin.kssg.ch/gn/downloads/_jcr_content/Par/downloadlist_4/DownloadListPar/download_0.ocFile/Skript_ReMed_Teil1.pdf) (zit. SIEGRIST/GERMANN/EISENHART, Rechtsmedizin),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

DocCheck Flexikon - offenes medizinisches Lexikon, Vigilanz bedeutet in der Medizin die Wachheit bzw. Daueraufmerksamkeit, <http://flexikon.doccheck.com/de/Vigilanz>, letztmals besucht am 1. Juli 2013.

DocCheck Flexikon - offenes medizinisches Lexikon, Beschreibung des postparoxysmalen Dämmerzustands

[http://flexikon.doccheck.com/de/Postparoxysmaler\\_Dämmerzustand](http://flexikon.doccheck.com/de/Postparoxysmaler_Dämmerzustand),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

Wikipedia - Die freie Enzyklopädie, Eintrag zu Anders Behring Breivik,  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Anders\\_Behring\\_Breivik](http://de.wikipedia.org/wiki/Anders_Behring_Breivik),  
letztmals besucht am 18. Mai 2013

Curia Vista - Geschäftsdatenbank, Parlamentarische Initiative 09.500 vom 2. Dezember 2009,  
[http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20090500](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20090500),  
letztmals besucht am 22. Juni 2013

Neue Zürcher Zeitung, "Das erste Mal, dass mich die Epilepsie verraten hatte" (8. Mai 2013),  
[http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt\\_region/das-erste-mal-dass-mich-die-epilepsie-verraten-hatte-1.18077888](http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt_region/das-erste-mal-dass-mich-die-epilepsie-verraten-hatte-1.18077888),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

Spiegel Online, "Unfall-Urteil: Hohe Haftstrafe für Hamburger Todesfahrer" (5. Juni 2012),  
<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/hamburger-todesfahrer-von-eppendorf-zu-dreieinhalf-jahren-verurteilt-a-837025.html>,  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

„Weisung Information der Staatsanwaltschaft durch die Kantonspolizei“ vom 30. August 2010, Staatsanwaltschaft des Kantons Bern,  
[http://www.justice.be.ch/justice/de/index/justiz/organisation/staatsanwaltschaft/downloads\\_puplications/weisungen\\_und\\_richtlinien.assetref/content/dam/documents/Justice/STAW/de/Weisung\\_Information%20der%20Staatsanwaltschaft%20durch%20die%20Kantonspolizei.pdf](http://www.justice.be.ch/justice/de/index/justiz/organisation/staatsanwaltschaft/downloads_publications/weisungen_und_richtlinien.assetref/content/dam/documents/Justice/STAW/de/Weisung_Information%20der%20Staatsanwaltschaft%20durch%20die%20Kantonspolizei.pdf),  
letztmals besucht am 13. Juni 2013

"Weisung Nr. 1, Information der Staatsanwaltschaft durch die Schaffhauser Polizei" (Stand: 1. Juni 2012), Staatsanwaltschaft des Kantons Schaffhausen, Ziff. 5.1.  
[http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Staatsanwaltschaft/Weisung\\_Nr.\\_1-Information\\_der\\_StA\\_durch\\_die\\_SH\\_Pol.PDF](http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Staatsanwaltschaft/Weisung_Nr._1-Information_der_StA_durch_die_SH_Pol.PDF),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

Schweizerische Epilepsie-Stiftung, Informationsblätter über Epilepsie, EEG und Epilepsie,  
[http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/EEG\\_und\\_Epilepsie.pdf](http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/EEG_und_Epilepsie.pdf),  
letztmals besucht am 13. Juni 2013

Schweizerische Epilepsie-Stiftung, „Checkliste Anfallsbeobachtung: Darauf sollten Sie achten“,  
[http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Anfallsbeobachtung-Darauf\\_sollten\\_Sie\\_achten.pdf](http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Anfallsbeobachtung-Darauf_sollten_Sie_achten.pdf),  
letztmals besucht am 30. Juni 2013

Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie, „Fragenkatalog für Forensisch-Psychiatrische Gutachten“,  
[http://www.swissforensic.ch/domains/swissforensic\\_ch/data/free\\_docs/Fragenkatalog.deutsch.pdf](http://www.swissforensic.ch/domains/swissforensic_ch/data/free_docs/Fragenkatalog.deutsch.pdf),  
letztmals besucht am 14.6.2013

## IV. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

aArt.	alte Fassung des Artikels
AB	Amtliches Bulletin
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BBl	Bundesblatt
Bd.	Band
BGE / BGer	Entscheide des Schweizerischen Bundesgerichts
bspw.	beispielsweise
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heisst
EEG	Elektroenzephalogramm
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950, in Kraft getreten für die Schweiz am 28. November 1974 (SR 0.101)
Erw.	Erwägung
etc.	et cetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
Fn	Fussnote
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ILAE	International League Against Epilepsy
inkl.	inklusive
lat.	Lateinisch
lit.	litera
N	Note / Nationalrat
m.N.	mit Nachweis
m.w.H.	mit weiteren Hinweisen

resp.	respektive
S.	Seite
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311)
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007 (SR 312)
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
Vgl.	Vergleiche
z.B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert

## V. KURZFASSUNG

Ursprung zur Vertiefung des Themas war eine Strafuntersuchung wegen einfacher Körperverletzung gegen einen jungen Mann, der im postiktalen Dämmerzustand nach einem Gelegenheitsanfall vom Typ Grand-Mal zwei Rettungssanitäter attackierte und erheblich verletzte. Schon bald nach Eröffnung der Untersuchung stellte sich die Frage, ob der Mann schuldfähig handelte, als er die Sanitäter angriff, denn der junge Mann konnte es kaum glauben, als ihm von seinem Angriff auf die Sanitäter berichtet wurde.

Die Epilepsie ist eine komplexe und facettenreiche Krankheit. Insgesamt existieren über 30 Epilepsieformen, die sich in verschiedensten Anfallsformen präsentieren. Die Anfälle werden vereinfacht dadurch unterschieden, ob sich der Anfall nur in einem spezifischen Bereich des Gehirns abspielt (fokale Anfälle) oder ob beide Grosshirnhälften (generalisierte Anfälle) vom Anfall betroffen sind. Die vier häufigsten Anfallsformen sind die fokalen Anfälle mit oder ohne Bewusstseinsstörungen, die Absencen und der generalisiert tonisch-klonische Anfall. Darüber hinaus kommt es zu tonischen, atonischen, myoklonischen und klonischen Anfällen sowie zu einem Aura-Phänomen.

Gewaltdelikte sind selten im Rahmen eines epileptischen Geschehens und treten nur bei einzelnen Anfallsformen auf. Während eines epileptischen Anfalls mit Bewusstseinsstörungen sind Gewaltdelikte nur bei einem komplex-fokalen Anfall mindestens theoretisch denkbar, weil dieser Anfallstyp bei den Betroffenen zu Automatismen führt, die unter Umständen aus aggressiven Handlungen bestehen können. In der Nachphase von epileptischen Anfällen mit Bewusstseinsstörungen kommt es regelmäßig zu einem postiktalen oder postparoxysmalen Dämmerzustand. Während dieser Phase nach dem Anfallsgeschehen kann es zu Gewaltakten durch die Betroffenen kommen, wenn ihnen Drittpersonen in löslicher Absicht zu Hilfe eilen. Die Betroffenen deuten diese Hilfe manchmal als Bedrohung und reagieren darauf mit exzessiver Gewalt. Diese zwei Varianten von Gewalthandlungen können als epilepsiebezogene Gewalt im engeren Sinne bezeichnet werden. Nebst diesen unmittelbar mit einem epileptischen Anfall verknüpften Gewalttaten sind solche aber auch in zeitlicher Nähe eines anderen epileptischen Geschehens möglich. Diesen Gewalthandlungen fehlt indessen der unmittelbare Bezug zum Anfallsgeschehen, weshalb sie höchstens als epilepsiebezogene Gewaltdelikte im weiteren Sinne bezeichnet werden können.

Die Schuldfähigkeit richtet sich bei Gewaltdelikten im Kontext eines epileptischen Anfalls im Wesentlichen danach, ob der Anfall zu einer Bewusstseinsstörung führt und ob die Betroffenen die Kontrolle über ihre Gliedmassen behalten. Vor epileptischen Anfällen ist die Schuldfähigkeit regelmäßig erhalten, weil die in dieser Phase auftretenden Prodrome keine Bewusstseinsbeeinträchtigungen zur Folge haben. In der Anfallsphase (iktale Phase) selbst bleibt die Schuldfähigkeit bei vielen Formen von einfachen fokalen Anfällen erhalten, weil es zu keiner Bewusstseinsbeeinträchtigung kommt und auch die Manifestationen der Anfälle nicht derart gravierend sind, als dass die Kontrolle über den Körper verloren ginge. Bei den epilepsiebezogenen Gewalttaten im engeren Sinne verhält es sich genau umgekehrt. In der iktaalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls fehlt meist schon die Einsichtsfähigkeit. Sollte diese für einmal erhalten bleiben, so schliessen die bei dieser Anfallsform typischerweise auftretenden Automatismen, schuldhafte Handeln zweifellos aus. Gewaltdelikte im postiktalen Dämmerzustand werden in den meisten Fällen ebenfalls nicht schulhaft begangen, weil schon die Einsicht ins Unrecht verneint werden muss. Die Regeln der actio libera in causa können zur Begründung einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit nicht beigezogen werden,

weil es regelmässig an der Vorhersehbarkeit der im Rahmen des epileptischen Anfalls begangenen Gewalttat mangelt.

In der Praxis ist es wichtig, dass in den seltenen Fällen, in welchen Gewaltdelikte im Rahmen eines epileptischen Anfalls auftreten, bereits beim ersten Angriff die Weichen richtig gestellt werden. Wünschenswert wäre eine möglichst baldige Untersuchung der Tatverdächtigen durch einen Neurologen oder eine Neurologin mit Spezialkenntnissen in der Epileptologie. Die sofortige fachkundige Untersuchung bietet die besten Chancen, das epileptische Geschehen mit Fakten zu belegen. Wichtig ist zudem, dass die Einvernahmen mit den Opfern sowie den Zeuginnen und Zeugen den Besonderheiten eines solchen Delikts angepasst werden. Die Fragen sollten sich nicht einzig auf den Ablauf der Gewalthandlungen konzentrieren, sondern gerade auch auf die Ausprägungen des epileptischen Anfalls. Schliesslich ist der Bezug von Sachverständigen mit Spezialwissen in der Epileptologie und der forensischen Psychiatrie unumgänglich, um letztlich über eine solide Grundlage für die Beurteilung der Schuldfähigkeit zu verfügen.

Gewaltdelikte im Kontext von epileptischen Anfällen sind eine sehr seltene Erscheinung und keinesfalls eine typische Begleiterscheinung einer Epilepsie.

## **1. Einleitung - Wenn ein Patient seine Helfer attackiert**

Menschen handeln selten ohne Motiv. Dieser einleitende Satz verdient gleich in doppelter Hinsicht Beachtung. Zum Ersten lässt sich damit der Beweggrund zu diesem Masterarbeits-thema herleiten, denn Ursprung zur Vertiefung des Themas war eine Strafuntersuchung wegen einfacher Körperverletzung. Diese führte zur komplexen Frage, ob ein junger Mann schuldhaft handelte, der nach einem morgendlichen Krampfanfall vom Typ Grand-Mal zwei Rettungssanitäter angriff und verletzte. Hört man zum ersten Mal von einem solchen Vorfall, fällt es schwer, das aggressive Verhalten des jungen Mannes zu verstehen. Es macht schlicht keinen Sinn als Patient Rettungssanitäter anzugreifen! Das materiell-strafrechtliche Programm führte vor diesem Hintergrund schnell zur Frage, ob der Mann schuldhaft handelte. Einfluss auf die Beurteilung hatte im konkreten Fall aber nicht nur der Krampfanfall, denn der junge Mann hatte am Vorabend auch reichlich Cannabis konsumiert und zwei Gläser Wein getrunken. Der Einfluss dieser Suchtmittel auf den Krampfanfall war damit, mit Blick auf die actio libera in causa und die selbstverschuldete Unzurechnungsfähigkeit, zusätzlich zu diskutieren. Zum Zweiten lässt sich über die Motivation in weitestem Sinne auch ins zentrale Thema der Arbeit einführen. Die Schuldfähigkeit steht im Fokus bei epilepsiebezogenen Gewaltdelikten. Hierzu gilt es zuerst die verschiedenen Formen und Auswirkungen von Epilepsien bzw. von epileptischen Anfällen auszuführen. In einem zweiten Schritt sind allgemeine Erläuterungen zu möglichen Tathandlungen notwendig, um im nächsten Schritt die Frage der Schuldfähigkeit bei einer epilepsiebezogenen Gewalttat zu erörtern. Am Ende wird diskutiert, ob Gewalttaten ein typisches Merkmal von epileptischen Geschehnissen sind. Zudem wird auf die praktische Vorgehensweise bei Strafuntersuchungen eingegangen, in welchen ein epileptisches Geschehen im Zusammenhang mit einem Gewaltdelikt aufgetreten ist, wobei auch der Aspekt beleuchtet wird, dass ein epileptischer Anfall als Schutzbehauptung geltend gemacht werden könnte. Am Ende der Arbeit folgt letztlich die Auflösung des eingangs beschriebenen Sachverhalts aus der Praxis.

Das Thema der Arbeit erfordert in zweierlei Hinsicht Einschränkungen. Die Bezeichnung Gewaltdelikte umschreibt in allgemeinem Sinn Straftaten, bei welchen in vorsätzlicher Weise Gewalt gegen Personen angewendet oder angedroht wird. Darunter sind im Allgemeinen, nebst den Delikten unmittelbar gegen die Rechtsgüter Leib und Leben, auch Straftaten gegen die Freiheit (z.B. Drohung oder Freiheitsberaubung) und die sexuelle Integrität (z.B. Vergewaltigung) zu verstehen. In dieser Arbeit wird der Begriff Gewaltdelikte allerdings in einem engeren Sinn verwendet, einzig bezogen auf Delikte unmittelbar gegen Leib und Leben. Die ersten laienhaften Assoziationen in Zusammenhang mit dem Begriff Epilepsie gehen in der Regel mit der Vorstellung eines klassischen Krampfanfalles einher. Man denkt sofort an einen Menschen, der am Boden liegt, dessen Gliedmassen unkontrolliert zucken und der Schaum vor dem Mund hat. Die Epilepsie ist aber eine bedeutend komplexere und facettenreichere Krankheit, welche sich in verschiedensten Formen und Auswirkungen präsentiert. Die umfassende Beschreibung der Epilepsie ist allerdings Sache der medizinischen Wissenschaften. Der Fokus wird in dieser Arbeit deshalb auf die wichtigsten Epilepsieformen und vor allem auf die Auswirkungen von epileptischen Anfällen mit Blick auf das menschliche Bewusstsein und Handeln gelegt. Das Ziel der Arbeit ist letztlich den Einfluss eines epileptischen Anfalls auf Gewaltdelikte zu beschreiben und aus juristischer Sicht zu beleuchten sowie herauszufiltern, welchen Einfluss ein epileptisches Geschehen auf die Schuldfähigkeit bei Gewaltdelikten hat. Überdies soll Strafverfolgern und Strafverfolgerinnen der Einstieg in diese Materie erleichtert werden, sollten sie einmal mit einem solchen Fall befasst sein.

## 2. Einführung in die Epilepsie

Das Wort Epilepsie hat seinen Ursprung in der griechischen Sprache. Das Wort "epilambanein" bedeutet packen, jemanden heftig ergreifen,<sup>1</sup> was sehr gut zur Beschreibung eines Grand-Mal-Anfalls passt, bei welchem Betroffene eben krampfen und die Gliedmassen entsprechend zucken. Der Grand-Mal-Anfall ist aber nur eine von vielen Formen eines epileptischen Anfalls, wenngleich diese Form eines Anfalls von Laien gerne mit Epilepsie gleichgesetzt wird. Der Begriff Epilepsie umschreibt hingegen eine Vielzahl von epileptischen Krankheiten und Syndromen. Er wird daher als Oberbegriff verwendet. Epilepsie ist nach KRÄMER "die Bezeichnung für eine Gruppe funktioneller Störungen des Gehirns, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass es zu wiederholten und "spontanen" epileptischen Anfällen kommt."<sup>2</sup> Vereinbarungsgemäß wird in der Epileptologie von einer Epilepsie gesprochen, wenn im Abstand von mindestens 24 Stunden, mindestens zwei epileptische Anfälle aufgetreten sind, ohne dass dafür eine aktuelle Ursache oder ein gegenwärtiger Auslöser zu finden ist.<sup>3</sup>

Der Fokus dieser Arbeit ist, mit Blick auf die Frage der Schuldfähigkeit, auf die epileptischen Anfälle und deren Auswirkungen gerichtet. KRÄMER schlägt vor, epileptische Anfälle wie folgt zu definieren: "Epileptische Anfälle sind relativ kurz dauernde, plötzlich auftretende und unwillkürlich ablaufende Änderungen des Bewusstseins, Verhaltens, Wahrnehmens, Denkens, Gedächtnisses oder der Anspannung der Muskulatur aufgrund einer vorübergehenden Funktionsstörung von Nervenzellen im Gehirn in Form kurz dauernder, vermehrter und gleichzeitig erfolgender Entladungen von Nervenzellen."<sup>4</sup> Bereits diese Definition zeigt auf, dass epileptische Anfälle komplexer Natur sind und in verschiedenster Ausprägung auftreten. Die Einflüsse eines epileptischen Anfalls auf den betroffenen Menschen sind extrem unterschiedlich. Ein fokaler sensibler Anfall, der beispielsweise lediglich ein kurzes Kribbeln in einem einzelnen Körperabschnitt verursacht, unterscheidet sich von einem generalisierten tonisch-klonischen Anfall, der unter anderem zu Bewusstlosigkeit, kurzem Atemstillstand und grobem Zucken führt, mehr als deutlich. Es versteht sich von selbst, dass diese grossen Unterschiede sowohl bei den möglichen Tathandlungen, wie auch bei der Frage nach der Schuldfähigkeit zu Tage treten werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass Anfälle nicht nur bei Epileptikern und Epileptikerinnen vorkommen. Grundsätzlich ist jedes Gehirn krampffähig, auch jenes von Personen ohne Epilepsiediagnose. Mit anderen Worten gilt es hier auch Gelegenheitsanfälle, die einen engen Bezug zu epileptischen Anfällen im engeren Sinn haben und deren Auswirkungen sich gleich präsentieren, zu berücksichtigen. Letztlich kommt es nämlich bei der Frage nach der Schuldfähigkeit im Kontext eines Anfalls nur darauf an, welches Verhalten der Anfall bei der betroffenen Person bewirkt, weil das Verhalten von einer eigentlichen Epilepsiediagnose unabhängig ist.

### 2.1. Die Epilepsieformen und die Verbreitung der Epilepsie

Die diversen Epilepsieformen an dieser Stelle im Detail zu beleuchten, würde den Rahmen dieser Arbeit deutlich sprengen, immerhin werden über 30 verschiedene Varianten unterschieden. Die Aufarbeitung sämtlicher Epilepsieformen ist nicht wesentlich mit Blick auf das

<sup>1</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 381.

<sup>2</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 19 f.

<sup>3</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 19.

<sup>4</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 16.

Ziel der Arbeit, dennoch soll hier ein Überblick über zwei verschiedene Klassifikationssysteme der Epilepsien geboten werden. Erwähnenswert ist, dass nur bei wenigen Epilepsieformen von Epilepsiekrankheiten gesprochen werden kann, betrifft dies doch nur jene, bei welchen eine spezifische Ursache für die Erkrankung nachgewiesen ist. Dies ist nur bei wenigen Formen der Fall, meist werden daher Epilepsiesyndrome oder epileptische Anfälle umschrieben.

Zunächst kann zur Einordnung der Epilepsieformen die Klassifikation nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)<sup>5</sup> vorgenommen werden. Die Epilepsien gehören gemäss dieser Klassifikation zu den Krankheiten des Nervensystems, konkret zu den episodischen<sup>6</sup> und paroxysmalen<sup>7</sup> Krankheiten des Nervensystems. Die Einteilung der Epilepsien nach ICD-10 erfolgt derzeit nach den Codes G40 bis G41.9<sup>8</sup>.

Eine weitere Einteilung der Epilepsieformen wurde durch die International League Against Epilepsy (ILAE) entwickelt. Die Klassifikation wird laufend den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst, so dass unregelmässig von einer Fachkommission neue Einteilungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden. International weit verbreitet ist derzeit immer noch die Einteilung der Epilepsien und Epilepsiesyndrome der Fachkommission der ILAE von 1989, welche vier Hauptgruppen unterscheidet und übersichtlich erscheint.<sup>9</sup>

Epilepsie ist eine in der Bevölkerung relativ wenig bekannte und vor allem kaum auffällige Krankheit. Dies hängt damit zusammen, dass in den meisten Fällen die Syndrome von Epileptikern und Epileptikerinnen im Alltag nicht auffallen. Durch medikamentöse Behandlungen können bei 60 - 70 % aller Epileptiker und Epileptikerinnen die Anfälle stark reduziert oder gänzlich verhindert werden.<sup>10</sup> Ein weiterer Grund der Unauffälligkeit liegt darin, dass teilweise epileptische Syndrome gar nicht erst als solche erkannt werden. In Europa wird geschätzt, dass rund 0.6 % der Bevölkerung eine aktive Epilepsie haben. Davon spricht man, wenn mindestens ein Anfall in den letzten fünf Jahren zu Tage trat. Gemessen an der Schweizer Population von rund 8'000'000 Einwohnern, leben in der Schweiz ergo rund 50'000 Personen mit einer aktiven Epilepsie.<sup>11</sup>

## 2.2. Epileptische Anfallsformen und ihre Auswirkungen

Epileptische Anfälle kann man nach KRÄMER "vereinfachend auch als vorübergehende Funktionsstörung von Nervenzellen des Gehirns aufgrund vermehrter gleichzeitiger Entladungen definieren, wobei die Auswirkungen beziehungsweise Störungen davon abhängen, welche Aufgabe die beteiligten Nervenzellen normalerweise haben."<sup>12</sup> Passend zu den zahlreichen Epilepsieformen existiert auch eine ganze Auswahl von unterschiedlichen Anfallsformen.

<sup>5</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>, letztmals besucht am 24. Juni 2013.

<sup>6</sup> Vorübergehend, (nur) zeitweise auftretend (KRÄMER, Epilepsie von A bis Z, S. 161).

<sup>7</sup> Anfallsweise, plötzlich auftretend (KRÄMER, Lexikon, S. 1024).

<sup>8</sup> Einteilung der Epilepsien nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-g40-g47.htm>, letztmals besucht am 24. Juni 2013 (siehe auch Anhang Abb. 1).

<sup>9</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 99 f. (siehe auch Anhang Abb. 2).

<sup>10</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, Tab. 1, S. 24.

<sup>11</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 28.

<sup>12</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 17.

Dies ist für die Fragen der möglichen Tathandlungen und der Zurechnungsfähigkeit essentiell, denn die Folgen der Anfälle unterscheiden sich sehr deutlich. Die Anfallsformen werden verschieden kategorisiert. Vereinfacht können einmal die Petit-Mal- und die Grand-Mal-Anfälle unterschieden werden. Bereits diese Differenzierung nach der Umschreibung der Anfälle mit grossem und kleinem Übel zeigt, dass lange nicht alle epileptischen Anfälle dramatische Auswirkungen zeitigen. Eine weitere Unterscheidung liegt in der Bezeichnung fokaler<sup>13</sup> und generalisierter<sup>14</sup> Anfälle. Fokale Anfälle spielen sich "nur" in einer spezifische Gehirnregion ab, während bei generalisierten Anfällen beide Grosshirnhälften vom Anfall betroffen sind. Schliesslich gibt es Anfälle, welche fokal beginnen, daher primär fokal sind, sich nachher aber zu (sekundär) generalisierten Anfällen entwickeln. Ganz korrekt dürfte diese Unterscheidung indessen nicht sein, weil auch primär generalisierte Anfälle nur einen Ursprung im Gehirn haben dürften, die Beteiligung des gesamten Gehirns allerdings so rasant geschieht, dass dieser Ursprung nicht bestimmt werden kann.<sup>15</sup> Die Anfallsformen wurden, entsprechend den Epilepsieformen, von Fachkommissionen der ILAE eingeteilt. Verwendet werden zwei Einteilungen, eine stammt aus dem Jahre 1981<sup>16</sup>, die andere aus dem Jahre 2001<sup>17</sup>. Diese Einteilungen sind hingegen für die Verwendung in dieser Arbeit zu detailliert, weil hier vor allem die Auswirkungen der Anfallsformen interessieren. Im Detail werden aus diesem Grund nur die vier häufigsten Anfallsformen erörtert, d.h. die fokalen Anfälle mit oder ohne Bewusstseinsstörung, die Absencen und der generalisierte tonisch-klonische Anfall. Ergänzend werden die tonischen, atonischen, myoklonischen und klonischen Anfälle sowie das Aura-Phänomen näher umrissen.

### **2.2.1. Fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörungen**

Fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung dauern meist nur sehr kurz, üblicherweise fünf bis zehn Sekunden. Die kurze Anfallsdauer führt dazu, dass sie oft von den Betroffenen, deren Umfeld und selbst von Ärztinnen und Ärzten kaum oder erst spät als epileptische Anfälle erkannt werden. Entsprechend ihrer Einteilung spielen sich die Anfälle nur in spezifischen Regionen des Gehirns ab, weshalb sich auch die Anfälle jeweils in spezifischen Auswirkungen manifestieren, abhängig von der betroffenen Gehirnregion. Das Bewusstsein wird durch die Anfälle nicht beeinträchtigt, die Betroffenen können also ihr Umfeld sehr wohl wahrnehmen, nur die Reaktion auf die Umwelt ist je nach spezifischem Anfallstypus eingeschränkt. Im Folgenden werden die motorischen, sensiblen, sensorischen, vegetativen oder autonomen und die psychischen fokalen Anfälle erläutert, um den Variantenreichtum von epileptischen Phänomenen exemplarisch darzustellen.<sup>18</sup>

Motorische fokale Anfälle haben ihren Ursprung in der motorischen Hirnrinde des Frontal- oder Stirnlappens.<sup>19</sup> Je nach betroffener Hirnregion präsentieren sich auch die Auswirkungen unterschiedlich. Es kann zu einer abnormen Haltung von Körperteilen oder des gesamten Körpers kommen, möglich sind aber auch Dreh- oder Wendebewegungen des Kopfes oder des Körpers. Ist das Sprachzentrum vom Anfall betroffen, so kommt es beispielsweise zu einer vorübergehenden Sprechhemmung oder zu (ungesteuerten) Sprachäußerungen. Auch Zuckungen von einzelnen Körperteilen oder Gliedmassen wurden in diesem Zusammenhang

<sup>13</sup> Herdförmig, nur einen Teil betreffend (KRÄMER, Lexikon, S. 474).

<sup>14</sup> Beide Grosshirnhemisphären beteiligend (KRÄMER, Lexikon, S. 524).

<sup>15</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 55.

<sup>16</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 54 f. (siehe auch Anhang Abb. 3).

<sup>17</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 52 f. (siehe auch Anhang Abb. 4).

<sup>18</sup> Ausführlich zu einfachen fokalen Anfällen KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 58 ff.

<sup>19</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 58.

beobachtet. Die Zuckungen können in einem Körperteil, also z.B. in einem Finger beginnen und danach "weiterwandern" zu anderen Muskelgruppen bis der gesamte Arm von den Zuckungen betroffen ist. Alternativ können die Zuckerscheinungen auch auf die andere Seite des Körpers wandern. Diese Art von Anfällen wird nach dem englischen Neurologen John Hughlings-Jackson als Jackson-Anfälle bezeichnet.<sup>20</sup> Nach einem Anfall kann bei Betroffenen für einige Minuten, ausnahmsweise einige Tage, eine Schwächung der vom Anfall ergriffenen Körperpartie erhalten bleiben, was als Todd-Lähmung<sup>21</sup> bezeichnet wird.

Eine andere Erscheinungsform fokaler epileptischer Anfälle betrifft die Gefühlswahrnehmungen, sie werden als sensible Herdanfälle bezeichnet und haben ihren Ursprung in der sensiblen Hirnrinde des Scheitel- oder Parietallappens. Ein dort eintretender epileptischer Anfall führt dazu, dass Betroffene ein Kribbeln, eine Taubheit, Kälte oder Wärme in einzelnen Körperabschnitten wahrnehmen. Die Gefühlsstörung kann hier nach dem Anfall andauern, entsprechend der Todd-Lähmung bei motorischen Anfällen.

Sensorische fokale Anfälle können sämtliche Sinne betreffen und zu entsprechenden Störungen derselben führen. Die Betroffenen sehen beispielsweise Lichtblitze, riechen eigenartige Gerüche, hören Töne und Melodien oder ihnen wird schwindlig. Auch sensorische Störungen haben ihren Ursprung in den entsprechend zuständigen Steuerungszentren im Gehirn und können nach dem Anfall weiterbestehen. Sehstörungen des linken Auges lassen auf einen fokalen Anfall im rechten Hinterhauptlappen schliessen, was Ausfluss dessen ist, dass die rechte Hirnhälfte die linke Körperseite steuert.

Vegetative oder autonome fokale Anfälle betreffen, entsprechend der Bezeichnung, das vegetative Nervensystem. Symptome sind beispielsweise ein veränderter Herzschlag, eine veränderte Atmung oder eine Veränderung der Hautfarbe, auch das Auftreten von Gänsehaut kann in seltenen Fällen Ausfluss eines fokalen epileptischen Anfalls sein.

Interessant mit Blick auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit sind sodann fokale Anfälle mit psychischen Symptomen, wie Angstgefühle, Halluzinationen oder ein verändertes Körpergefühl. Ihr Ursprung liegt in einem fokalen Anfall im Schläfen- oder Temporallappen, der, unter anderem, auch für das Gedächtnis zuständig ist. Ausfluss von dort lokalisierten Anfällen können daher auch Déjà-vu Eindrücke sein.

### **2.2.2. Fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörungen**

Im Gegensatz zu den einfachen fokalen Anfällen, kommt es bei dieser Gruppe von Anfällen regelmässig zu einer Bewusstseinsstörung. Diese fokalen Anfälle werden deshalb auch als komplexe fokale Anfälle bezeichnet, weil es zu vielfältigen Störungen kommt, die sich auch im komplexen Verhalten der Betroffenen ausdrücken.<sup>22</sup> Sie stellen bei Erwachsenen die häufigste Form epileptischer Anfälle dar. Diese Anfälle dauern, mit einer üblichen Dauer von 30 Sekunden bis zu zwei Minuten, deutlich länger als diejenigen Fokalanfälle ohne Bewusstseinsstörung. Der Einteilung entsprechend kommt es bei Betroffenen zu fokalen Anfällen mit partiellen oder kompletten Erinnerungslücken. Die Erinnerung ist während des Anfalls gestört und meist trifft dies auch bereits für eine kurze Zeit vor und nach dem Anfall zu. Trotz den Erinnerungslücken können sich die Betroffenen allerdings oft so adäquat verhalten, dass der

<sup>20</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 688.

<sup>21</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 1355.

<sup>22</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 63.

Anfall für das Umfeld nicht zwingend zu erkennen ist. Die Betroffenen wirken vielleicht einfach etwas eigenartig oder eben verändert. Die Bewusstseinsstörungen bestehen meist nicht von Anfang an. Die Anfälle beginnen in der Regel zunächst mit einer Aura<sup>23</sup> und erst danach kommt es zu einem abwesenden und starren Blick und einer Störung des Bewusstseins. Zu Beginn unterbrechen die Betroffenen oftmals ihre Bewegungsabläufe und im Anschluss folgen mannigfaltige Automatismen, also automatisch ausgeführte Handlungen und Bewegungsabläufe. Diese Automatismen können in einem Blinzeln, Lecken, Kauen, Schlucken oder Reiben mit den Händen bestehen, aber auch kompliziertere Bewegungsabläufe wie Aus- und Ankleiden oder Verrücken von Möbelstücken können vorkommen.<sup>24</sup> Wichtig ist die Erwähnung, dass Betroffene sich nach einem Anfall zuerst wieder reorientieren müssen. Teilweise kommt es vor, dass die Betroffenen sich nach einem Anfall an einem anderen Ort befinden und sich nicht erklären können, wie sie dahin gekommen sind.

### 2.2.3. Absencen

Absencen gehören zu den weniger dramatischen epileptischen Anfallsformen. Der Begriff Absencen kann problemlos mit Aussetzer oder Abwesenheit gleichgesetzt werden. Unterschieden werden typische und atypische Absencen, wobei sich die typischen Absencen in die einfachen und die komplexen Absencen aufteilen lassen. Komplexe Absencen und atypische Absencen treten in der Regel mit zusätzlichen Begleitzeichen auf, wie Zuckungen oder Stürze. Klassisch sind Absencen daran erkennbar, dass die Betroffenen ihre aktuelle Tätigkeit abrupt unterbrechen und einen Moment lang, üblicherweise dauert eine typische Absence fünf bis zwanzig Sekunden (atypische dauern ein- bis zwei Minuten), abwesend bzw. wie benommen wirken. Nach dem Anfall wird die ausgeübte Tätigkeit fortgeführt, wie wenn nichts geschehen wäre.<sup>25</sup> Die Absencen treten am Häufigsten bei Kleinkindern auf und sind auch die bei Kindern weitverbreitetste Form von epileptischen Anfällen. Das Bewusstsein geht während des Anfalls gänzlich verloren. Die betroffenen Kinder merken oft nicht einmal, dass sie solche Anfälle haben. Dies liegt einerseits an der kurzen Dauer der typischen Absencen, andererseits aber auch daran, dass Erwachsene, welche diese Absencen beobachten, einfach davon ausgehen, das Kind träume vor sich hin. In der Regel heilen die Absencen mit fortschreitendem Alter aus.

### 2.2.4. Generalisiert tonisch-klonische Anfälle

Die generalisiert tonisch-klonischen Anfälle werden auch heute noch oft als Grand-Mal-Anfälle bezeichnet. Sie sind die dramatischste Art epileptischer Anfälle und ihr Eintreten ist für die Betroffenen deshalb eben wortwörtlich "ein grosses Übel". Generalisiert tonisch-klonische Anfälle können einerseits aus primär fokalen Anfällen entstehen, insofern dann von sekundär tonisch-klonischen Anfällen gesprochen wird. Sie treten aber auch als primär tonisch-klonische Anfälle in Erscheinung, was allerdings seltener ist. Eine bekannte Epilepsieform nennt sich Aufwach-Grand-Mal-Epilepsie, weil es nach dem Aufwachen bzw. in den ersten Stunden des Tages, ohne Vorzeichen, zu einem generalisiert tonisch-klonischen Anfall kommt.

Der generalisiert tonisch-klonische Anfall ist jener, welcher in der Regel von Laien als der epileptische Anfall schlechthin beschrieben wird. Die Betroffenen werden in der tonischen Phase bewusstlos, stürzen hin, die Atmung setzt kurz aus und der ganze Körper versteift sich.

<sup>23</sup> Zum Begriff Aura siehe hinten Ziff. 2.2.9.

<sup>24</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 64.

<sup>25</sup> BAIER, Epileptische Anfälle, S. 30.

In der klonischen Phase kommt es zu heftigen Zuckungen in den Armen und Beinen, im Gesicht und im Rumpf. In der Regel sind die Augen während des Krampfes geöffnet und die Pupillen sind weit und starr, sodann findet sich oft Schaum vor dem Mund der Betroffenen. Manchmal kommt es in der klonischen Phase zu einem Zungenbiss, der insofern bei dessen Vorliegen als symptomatisches Merkmal für einen Grand-Mal-Anfall bezeichnet werden kann.

Aufgrund des heftigen Anfallsverlaufes sind selbstverständlich auch dessen Auswirkungen auf das Bewusstsein und Handeln der Betroffenen entsprechend gravierend. Der generalisierte tonisch-klonische Anfall führt bei den Betroffenen regelmäßig zu einer Bewusstlosigkeit, welche mit einer Amnesie einhergeht. Nach dem Anfall bleiben dementsprechend keinerlei Erinnerungen über den Anfallsbeginn und dessen Verlauf zurück. Typischerweise kommt es im Nachgang des Anfalls zu einer Re-Orientierungsphase, während welcher die Betroffenen sich erst wieder zu Recht finden müssen.<sup>26</sup> Aufgrund der heftigen Muskelkontraktionen während des Anfalls folgt auch meist ein Erschöpfungszustand.

### **2.2.5. Der tonische Anfall**

Tonus ist die latinisierte Form für das griechische Wort *tonos* und bedeutet Spannung.<sup>27</sup> Im Zusammenhang mit einem epileptischen Anfall wird aufgrund der Wortbedeutung bereits klar, wie sich solche Anfälle ereignen. Im Anfallsstadium spannt sich die Muskulatur an, betroffen sein können einzelne Körperregionen oder auch der ganze Körper. Es kommt mit anderen Worten zu einer Versteifung einzelner Körperabschnitte oder des ganzen Körpers. Sind die Beine betroffen, führt dies unweigerlich zu einem Sturz. Je nach betroffener Muskelgruppe unterscheiden sich die Auswirkungen. Ist das Gesicht betroffen führt dies zu einem verzerrten Gesichtsausdruck, ist die Atemmuskulatur betroffen, kommt es zu einem Atemstillstand. Die Anfallsdauer beträgt normalerweise rund zehn Sekunden, gelegentlich kommen auch Anfälle von bis zu einer Minute vor.<sup>28</sup> Meist kommt es zu einer Bewusstseinsstörung bis hin zu einer Bewusstlosigkeit, dann insbesondere verbunden mit einem Atemstillstand.

### **2.2.6. Der atonische Anfall**

Der atonische<sup>29</sup> Anfall ist das Pendant zum tonischen Anfall. Im Gegensatz zum tonischen Anfall erschlafft hier die Muskulatur. Auch atonische Anfälle können entweder beschränkt auf einzelne Körperregionen oder generalisiert auftreten. Das plötzliche Erschlaffen der Muskulatur in den Beinen kann wiederum zu Stürzen resp. präziser zu einem Zusammensinken führen. Dies geschieht aber nur, wenn der Anfall lange genug andauert. Atonische Anfälle treten überwiegend bei Kindern auf.<sup>30</sup> Das Bewusstsein wird in der Regel nicht beeinträchtigt und die Anfälle dauern in der Regel nur ein- bis zwei Sekunden, manchmal aber auch länger.

### **2.2.7. Der myoklonische Anfall**

Myoklonisch bedeutet mit Muskelzuckungen einhergehend.<sup>31</sup> Myoklonien können im Zusammenhang mit verschiedenen Epilepsiesyndromen auftreten oder auch eine andere Ursache

<sup>26</sup> Ausführlich zum postiktalen Dämmerzustand siehe Ziff. 3.5.

<sup>27</sup> Wikipedia - Die freie Enzyklopädie, Begriffserklärung und Herkunft des Wortes „Tonus“, <http://de.wikipedia.org/wiki/Tonus>, letztmals besucht am 24. Juni 2013.

<sup>28</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 73.

<sup>29</sup> Atonie, griechisch für Mattigkeit, Schlaffheit (KRÄMER, Lexikon, S. 107).

<sup>30</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 75.

<sup>31</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 70.

haben. Meist lassen sich bei einem epileptischen Ursprung via Elektroenzephalographie epilepsietypische Muster im Gehirn feststellen. Im Zusammenhang mit Epilepsie treten myoklonische Anfälle in unterschiedlicher Intensität auf, welche von einem leichten Kopfnicken bis zu Zuckungen der gesamten Körpermuskulatur gehen können. Die Muskelzuckungen treten meist asymmetrisch auf, betreffen oft nur die Schultern und Oberarme und dort vorwiegend die Streckmuskeln.<sup>32</sup> Die Anfälle beginnen ohne Vorwarnung und enden ebenso plötzlich wieder. Die Betroffenen unterbrechen dabei, gleich wie bei Absencen, ihre aktuelle Tätigkeit und führen diese nach dem Anfall fort, als ob nichts geschehen wäre. In der Regel dauern solche Anfälle nur Sekundenbruchteile, gelegentlich kommen auch Anfallsserien vor oder Anfälle, welche einige Sekunden andauern. Myoklonische Anfälle wirken für Betroffene und Dritte wegen ihrer sehr kurzen Dauer oft nur wie ein Schreck oder ein Ungeschick. Als in vorliegendem Zusammenhang interessante Folge von myoklonischen Anfällen kommt es vor, dass Betroffene während des Anfalls Gegenstände von sich schleudern, welche sie gerade in der Hand halten.<sup>33</sup> Es stellt sich die Frage, ob sogar Gewaltdelikte zu erwarten sind, wenn durch weggeschleuderte Gegenstände andere Personen getroffen und verletzt werden.

### 2.2.8. Der klonische Anfall

Die Bezeichnung dieses Anfallstyps entstammt dem griechischen Wort klonus, was heftige Bewegung bedeutet.<sup>34</sup> Der klonische Anfall hat für Betroffene tatsächlich heftige Bewegungen zur Folge, die sich durch rasch aufeinanderfolgende Muskelzuckungen, entweder in einzelnen oder in allen Muskeln des Körpers zeigen. Auch klonische Anfälle gehen oft mit einer Bewusstlosigkeit einher. In isolierter Form treten klonische Anfälle nur selten auf, meist erfolgen sie im Nachgang zu tonischen Anfällen, wie beispielsweise beim generalisierten tonisch-klonischen Anfall.

### 2.2.9. Die Aura

Die Bezeichnung Aura stammt wiederum aus der griechischen Sprache und bedeutet Brise, Hauch, Lufthauch, Windstoss.<sup>35</sup> Eine Aura ist ein kurzer, nur wenige Sekunden dauernder, fokaler Anfall ohne Bewusstseinsstörung.<sup>36</sup> Auren treten bei Betroffenen häufig auf, wenn ein fokaler Anfall mit Bewusstseinsstörung oder ein sekundär generalisierter Anfall ansteht. Das Auftreten einer Aura kann daher die Betroffenen vor dem anstehenden Anfall warnen und sie entsprechende Vorkehrungen, z.B. Hinlegen, treffen lassen. Die Aura ist bereits Teil des Anfallsgeschehens und kann in der Regel, mangels Bewusstseinsstörung, gut erinnert werden, was eben für die nachfolgenden schwerwiegenderen Anfälle gerade nicht mehr zutrifft. Die Art der Aura vor einem Anfall bietet gute Möglichkeiten bei der Forschung nach der Ursache der epileptischen Anfälle. Auren treten unterschiedlich in Erscheinung, je nachdem, welcher Bereich des Gehirns betroffen ist. Zu Denken ist auch in diesem Zusammenhang an sensible, sensorische, motorische, intellektuelle und vegetative Auren, also beispielsweise ein Kribbeln, Sehen von Lichtblitzen, Déjà-vu-Erlebnisse etc. Interessant sind die Auren vorliegend vor allem, weil Epileptiker und Epileptikerinnen, sofern sie regelmässig solche Auren erleben, ihre nachfolgend eintretenden schwerwiegenden Anfälle mindestens einige Sekunden vor dem Anfallsereignis voraussehen können. Es wird zu prüfen sein, ob und ggf. welche Auswirkungen dies für die strafrechtliche Verantwortlichkeit haben könnte.

<sup>32</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 70.

<sup>33</sup> BAIER, Epileptische Anfälle, S. 18.

<sup>34</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 74.

<sup>35</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 112.

<sup>36</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 60.

Eine Ähnlichkeit zu den Auren weisen Vorahnungen von epileptischen Anfällen auf. In der Fachsprache werden solche Vorahnungen Prodrome<sup>37</sup> genannt. Sie definieren sich durch Stunden bis einige Tage andauernde Vorzeichen vor einem anstehenden epileptischen Anfall. Diese Prodrome können in Form von Unruhe, Stimmungsschwankungen, Appetitlosigkeit, Ruhe- und Rastlosigkeit oder Konzentrations- und Schlafstörungen auftreten.<sup>38</sup> Manchmal gelingt es Epileptikern oder Dritten aus deren Umfeld, aus solchen Vorahnungen einen bevorstehenden Anfall zu erkennen. Die Schwierigkeit in der Erkennung eines anstehenden Anfalls besteht allerdings darin, dass die beschriebenen Empfindungen auch unabhängig von einem sich anbahnenden Anfall auftreten können. Es wird sich zeigen, ob und ggf. wie dieses Phänomen der Prodrome bei der Schuldfähigkeit zu berücksichtigen ist.

### **2.3. Der Ablauf eines epileptischen Anfalls im Gehirn**

Ein epileptischer Anfall führt per Definition zu einer Funktionsstörung von Nervenzellen des Gehirns. Die Nervenzellen stehen mit hunderten bis tausenden anderen in Kontakt. Die Verbindung geschieht über die Synapsen, welche die Informationen zwischen den einzelnen Nervenzellen mittels elektrischen und chemischen Impulsen bzw. mittels Neurotransmittern übertragen. Eine aktive Nervenzelle sendet also elektrische Signale an die umliegenden Nervenzellen und entlädt sich dabei. Die benachbarten Nervenzellen nehmen das Signal auf und leiten es ihrerseits weiter. In der Regel sendet eine Nervenzelle ihre Signale relativ langsam aus oder sie ist ganz inaktiv. Eine epileptische Nervenzelle hingegen feuert ihre Signale entweder ununterbrochen mit hoher Frequenz oder in Salven mit einzelnen Ruhepausen zwischendurch ab.<sup>39</sup> Der Grund für diese Überreaktion liegt entweder in Störungen der Zellmembran oder in einem Ungleichgewicht der Neurotransmitterstoffe. Das übersteigerte Senden von Signalen kann bei den benachbarten Zellen zur selben Reaktion führen. Sind letztlich eine genügende Anzahl Nervenzellen über einen längeren Zeitraum beteiligt, kann dies zum epileptischen Anfall führen. Mit anderen Worten schaukeln sich Hunderte, Tausende oder gar Millionen von Nervenzellen durch die gesteigerte Übermittlung von elektrischen Impulsen derart auf, dass es letztlich zu einer synchronen und exzessiven Entladung vieler Nervenzellen kommt. In diesem Zusammenhang passt der Begriff "Gewitter im Gehirn"<sup>40</sup> hervorragend zur Beschreibung. Trotz dieser Beschreibung bleibt indessen letztlich unklar, was denn im Detail bei der Entstehung eines epileptischen Anfalls im Gehirn geschieht. Die Art des Anfalls bestimmt sich nach der Anzahl beteiligter Nervenzellen und deren Lokalisation im Gehirn. Bei fokalen Anfällen ist das betroffene Gehirnareal auf einen Herd beschränkt, während bei primär generalisierten Anfällen von vornherein beide Grosshirnhälften beteiligt sind.

### **2.4. Auslöser von epileptischen Anfällen**

Die Epilepsieforschung ist heute noch nicht so weit, dass bei jeder Form von Epilepsie bzw. bei jedem epileptischen Anfall eine klare Ursache definiert werden könnte. Dennoch sind verschiedene Trigger, die epileptische Anfälle auslösen können, durchaus bekannt. Diese Auslöser können zudem nicht nur bei Menschen mit einer Epilepsiediagnose Anfälle auslösen, sondern auch bei Nichtepikern und Nichtepikern in Form von sogenannten Gelegenheitsanfällen. Auseinanderdividieren kann man die auslösenden Faktoren grundsätzlich in zwei Gruppen, d.h. in die auslösenden Erkrankungen und die auslösenden Verhaltensweisen

<sup>37</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 62.

<sup>38</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 62.

<sup>39</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 46.

<sup>40</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 48.

bzw. Umwelteinflüsse. Bei den Erkrankungen stehen zunächst Krankheitsbilder des Gehirns im Vordergrund, wie Gehirntumore, Kopfverletzungen, Hirnhaut- und Gehirnentzündungen, Schlaganfälle oder Sauerstoffmangel im Gehirn. Darüber hinaus können aber auch Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes), Nierenversagen, Leberversagen oder Leberkrankheiten epileptische Anfälle auslösen. Mit Blick auf die Schuldfrage bei strafbaren Handlungen bzw. den strafrechtlichen Bestimmungen zur *actio libera in causa* oder der selbstverschuldeten Unzurechnungsfähigkeit sind allerdings die anfallsauslösenden Verhaltensweisen ungleich interessanter. Epileptische Anfälle können beispielsweise auftreten bei Schlafmangel, Alkohol- und Drogenexzessen, Alkohol- und Drogenentzügen, bei der Einnahme oder beim Entzug verschiedener Medikamente, bei körperlicher Erschöpfung sowie bei dafür besonders empfindlichen Menschen bei Lichtreizen (z.B. bei Videogames), Musikhören usw.<sup>41</sup>

#### **2.4.1. Alkohol und Nikotin**

Alkohol und Nikotin sind in der Schweiz legale Suchtmittel und in der Gesellschaft weit verbreitet. Obwohl Alkohol und Nikotin legal sind, bergen beide Substanzen ein erhebliches Abhängigkeitspotenzial und der Einfluss auf den Körper und insbesondere auf das Gehirn ist ebenso wenig zu unterschätzen.

Die Wirkung von alkoholischen Getränken ist heute jedermann bestens bekannt. Mit steigender Konsummenge kommt es zu einem Rauschzustand, der bei übermässigem Konsum in eine akute Alkoholintoxikation münden kann. Alkoholkonsum und Alkoholentzug haben einen Bezug zu epileptischen Anfällen, so können einerseits Alkoholexzesse bei Epileptikern einen Anfall auslösen. Der Alkoholexzess gehört aber andererseits auch zu jenen Risikofaktoren, welche das Auftreten eines Gelegenheitsanfalles vom Typ Grand-Mal deutlich begünstigen. Die Phase des Trinkens ist dabei bedeutend weniger gefährlich, als die nach Beendigung des Konsums eintretende Abbauphase. Alkoholentzugsanfälle sind gar die häufigste Form von Gelegenheitsanfällen bei Erwachsenen.<sup>42</sup> Solche Entzugsanfälle treten allerdings nicht nur bei Menschen auf, die einen eigentlichen Alkoholentzug durchmachen, um ihre nachgewiesene Abhängigkeit zu durchbrechen, sondern Entzugssymptome treten schon auf, wenn jemand seinen Alkoholkonsum schlicht drastisch reduziert, was wiederum einen epileptischen Anfall auslösen kann. Die Anfälle treten dabei meist zwischen 12 und 48 Stunden nach Beendigung des übermässigen Konsums auf, manchmal aber auch schon nach sechs bis acht Stunden oder erst nach einigen Tagen.<sup>43</sup> Ein Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und epileptischen Anfällen zeigt sich aufgrund dieser Ausführungen deutlich. Es gilt aber ebenso klar festzuhalten, dass der Konsum von kleinen Mengen, im Hinblick auf das Auftreten eines epileptischen Anfalls, völlig ungefährlich ist. Alkohol kann damit nur bei missbräuchlichem Konsum bzw. den daraus entwickelten Entzugserscheinungen als Auslöser für epileptische Anfälle gesehen werden.

Rauchen birgt bekanntmassen gesundheitliche Risiken in sich. Ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und epileptischen Anfällen ist bislang allerdings nicht bekannt, weshalb tabakkonsumierende Epileptiker ihr Anfallsrisiko nicht erhöhen.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Eingehend hierzu KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 179.

<sup>42</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 186.

<sup>43</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 186 f.

<sup>44</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 187.

## 2.4.2. Drogen

In der Schweiz sind der Handel und der Konsum von Drogen, abgesehen von Alkohol und Nikotin, nicht legal. Dennoch konsumiert eine erhebliche Anzahl in der Schweiz lebender Menschen Cannabis, Amphetamine, Kokain, Heroin und weitere Suchtmittel, weshalb auch der Einfluss dieser Substanzen auf epileptische Anfälle interessant erscheint.

In Bezug auf Marihuana bestehen in der Fachliteratur<sup>45</sup> diverse Hinweise, dass der Cannabis-Konsum das Risiko epileptischer Anfälle senken oder wenigstens die Heftigkeit der Anfälle mildern soll. Haschisch und Marihuana wurden früher bereits therapeutisch eingesetzt und bei homöopathischen Therapien wird die Abgabe von Marihuana oder Haschisch gar empfohlen. Eine verlässliche Studie zum Thema fehlt allerdings bislang. Insgesamt reduziert der Konsum von Marihuana das Auftreten von epileptischen Anfällen eher, als dass Anfälle begünstigt würden. Zu beachten ist allerdings gleichwohl, dass beim Einstellen des Marihuakanums ein gewisses Risiko für einen Entzugsanfall eintritt.

Amphetamine müssen aus der Erfahrung im Alltag als anfallsfördernd bezeichnet werden, obwohl in Tierversuchen eine Tendenz zur Anfallsverhütung festgestellt wurde. Der Konsum von Amphetaminen geht regelmässig mit erheblichem Schlafentzug einher, welcher wiederum epileptische Anfälle fördert.<sup>46</sup>

Unter den harten Drogen wie Kokain und Heroin sticht das Kokain mit einer anfallsfördernden Wirkung hervor. Dabei begünstigt weniger das Schnupfen durch die Nase epileptische Anfälle, als das Rauchen von Crack. Das Rauchen von Crack, bei welchem reines Kokain angezündet und die heißen Dämpfe eingeadmet werden, wirkt gemäss Beschreibungen anfallsfördernd und es kann gar zum sogenannten "Status epilepticus"<sup>47</sup> kommen, der aufgrund seines langen Zustandes meist lebensbedrohlich ist. Eine anfallsfördernde Wirkung von Heroin wurde bislang in der Epileptologie nicht festgestellt.

## 2.4.3. Medikamente

Ein begünstigender Einfluss von Medikamenten auf epileptische Anfälle liegt sinnigerweise darin, dass Epileptikerinnen und Epileptiker die ihnen verschriebenen Antiepileptika nicht nach Verordnung des Arztes einnehmen. Die Einnahme bestimmter Psychopharmaka, Antibiotika und anderer Medikamente kann epileptische Anfälle auslösen, was aber nur in weniger als einem Prozent der Fälle und damit sehr selten vorkommt.<sup>48</sup>

## 2.4.4. Schlafentzug

Schlafentzug ist ein nicht zu unterschätzender Auslöser von epileptischen Anfällen. Schlafentzug, worunter schon der Mangel an normalerweise üblichem Schlaf zu verstehen ist, kann epileptische Anfälle begünstigen. Der Grund hierfür kann bislang aus medizinischer Sicht nur vermutet werden. Eine typische, mit Schlafentzug einhergehende Anfallsform, ist der sogenannte Aufwach-Grand-Mal-Anfall, der typischerweise in den ersten Morgenstunden auftritt. Schlafentzug begünstigt aber auch einmalige Gelegenheitsanfälle, häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Gerade in diesem Alter ist zudem auch die Verbindung zum gleich-

<sup>45</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 225 f. m.N.

<sup>46</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 188; näheres zum Schlafentzug bei Ziff. 2.4.4.

<sup>47</sup> Daueranfall, der nicht nach der für den jeweiligen Anfallstyp üblichen Zeit, endet (KRÄMER, Lexikon, S. 1286).

<sup>48</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 189.

zeitigen Trinken von Alkohol zu beachten. Interessanterweise führt aber nicht nur der Schlafentzug zu einer erhöhten Anfallsneigung, sondern auch übermässiges Schlafen, weil gerade die besonders anfallsgefährdeten Übergangsphasen zwischen Schlafen und Wachen verlängert werden.<sup>49</sup>

### **3. Gewaltdelikte im Kontext eines epileptischen Anfalls**

Aufgrund der zuvor umschriebenen epileptischen Anfallsformen ist nicht ohne weiteres erkennbar, wie es im Kontext epileptischer Anfälle zu Gewaltdelikten kommen kann. Die Gewaltdelikte im engeren Sinne, also solche gegen Leib und Leben, sind zunächst kurz zu umreissen. Im Anschluss gilt es zu klären, bei welchen Anfallsformen überhaupt Körperverletzungen oder gar Tötungen im Rahmen des gesamten Anfallsgeschehens denkbar sind. Das Anfallsgeschehen lässt sich, entsprechend der in der Epileptologie üblichen Klassifikation, in die präiktale, die iktale, die postiktale und die interiktale Phase unterscheiden. Da die Auswirkungen des Anfalls auf die Betroffenen stark variieren, sind sodann diese Phasen näher zu betrachten.

#### **3.1. Die Delikte gegen Leib und Leben**

##### **3.1.1. Delikte gegen die körperliche Integrität**

Das Recht auf körperliche Integrität geniesst in der Schweiz Verfassungsrang. Artikel 10 Abs. 2 BV garantiert die körperliche Unversehrtheit als Teil des Rechts auf persönliche Freiheit, welche jedem Menschen zusteht. Das Strafrecht schützt deshalb in den Art. 122 ff. StGB, als direkter Ausfluss dieses Grundrechts, die körperliche Integrität jedes menschlichen Individuums.<sup>50</sup> Täglichkeiten sind die leichteste Form der körperlichen Beeinträchtigungen eines anderen Menschen. Es genügt bereits der folgenlose Angriff auf den Körper oder die Gesundheit eines anderen Menschen.<sup>51</sup> Steigert sich die körperliche Beeinträchtigung bzw. hinterlässt der Angriff innere oder äussere Verletzungen oder Schädigungen, die wenigstens eine gewisse Behandlung erfordern, so ist von einer einfachen Körperverletzung auszugehen.<sup>52</sup> Die schwere Körperverletzung unterscheidet sich schliesslich durch den Erfolg im strafrechtlichen Sinne von der einfachen Körperverletzung,<sup>53</sup> wobei, mit Ausnahme der Generalklausel, die wesentlichsten Erfolgskriterien im Gesetzestext zum Ausdruck kommen. Letztlich wird die körperliche Integrität in Art. 125 StGB auch vor fahrlässigen Beeinträchtigungen geschützt. Im Zentrum steht jedenfalls bei allen diesen Delikten eine Tathandlung gegen die körperliche Integrität. Der aus der Handlung resultierende Erfolg führt bei den Vorsatzdelikten zur Qualifikation, welcher Tatbestand beim vollendeten Delikt<sup>54</sup> erfüllt ist.

##### **3.1.2. Delikte gegen das Leben**

Das Recht jedes Menschen auf Leben wird bereits auf der Ebene des Völkerrechts durch die EMRK<sup>55</sup> geschützt. In der Schweizerischen Bundesverfassung erfolgte die Umsetzung des Rechts auf Leben in Art. 10 Abs. 1 BV, wobei auch das Verbot der Todesstrafe kodifiziert

<sup>49</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 185.

<sup>50</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Vor Art. 122 N 4; ROTH/BERKEMEIER, BSK-Strafrecht II, Vor Art. 122 N 12.

<sup>51</sup> BGE 103 IV 65, 69.

<sup>52</sup> ROTH/BERKEMEIER, BSK-Strafrecht II, Art. 123 N 4.

<sup>53</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 122 N 1.

<sup>54</sup> Sofern von Versuch auszugehen ist, richtet sich die Qualifikation nach dem subjektiven Tatbestand.

<sup>55</sup> Art. 2 Abs. 1 EMRK.

wurde. Das Recht auf Leben ist damit ein unmittelbares und absolutes Grundrecht. Das Strafrecht schützt als Ausfluss dieses Grundrechts das Leben in den Art. 111 ff. StGB. Die Aufteilung in die verschiedenen Straftatbestände erfolgt nach den Umständen, unter welchen ein Mensch getötet wird. Art. 111 StGB ist der Grundtatbestand und stellt in allgemeinem Sinne das vorsätzliche Bewirken des Todes eines Menschen unter Strafe.<sup>56</sup> Beim Mord im Sinne von Art. 112 StGB geht es nebst der vorsätzlichen Tötung darum, dass der Täter oder die Täterin besonders skrupellos handelt, mithin sein bzw. ihr Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich erscheinen. Die Tatbestandsmerkmale des Beweggrundes und des Tatzwecks zielen von ihrer Bedeutung her in dieselbe Richtung. Konsequenterweise führen besonders verwerfliche Tatmotive dazu, dass auch der Tatzweck besonders verwerflich erscheint, weshalb letzterem Element keine eigenständige Bedeutung zukommt.<sup>57</sup> Als besonders verwerfliche Beweggründe kommen diverse Motive wie bspw. Habgier, Rache, extremer Egoismus, Mordlust, sexuelle Befriedigung usw. in Frage.<sup>58</sup> Die verwerfliche Art der Tatausführung liegt vor, wenn der Täter oder die Täterin eine ausserordentliche Grausamkeit an den Tag legt, die deutlich über die für die Tötung notwendige Einwirkung auf das Opfer hinausgeht.<sup>59</sup> Die Tatausführung ist aber auch bei Heimtücke oder dem Einsatz von Feuer, Gift und ähnlichen Tatmitteln besonders verwerflich.<sup>60</sup> Ob eine Tötungshandlung letztlich als Mord zu qualifizieren ist, ist nach herrschender Lehre und Rechtsprechung regelmässig aufgrund einer Gesamtwürdigung aller Tatumstände zu beurteilen.<sup>61</sup> Nebst dieser qualifizierten Form der Tötung, stellt der Totschlag die privilegierte Tötung unter Strafe, sofern der Täter oder die Täterin in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung einem anderen Menschen das Leben nimmt. Der Begriff heftige Gemütsbewegung kann mit Affekt gleichgesetzt werden,<sup>62</sup> wobei sämtliche Emotionszustände erfasst werden, wie bspw. Trauer, Furcht, Wut, Abscheu oder Glück.<sup>63</sup> Wichtig ist zu betonen, dass der Tatbestand auf die heftigen Gemütsbewegungen beschränkt ist, blosse Emotionen genügen damit nicht, dürften diese doch ohnehin bei sämtlichen Tötungsdelikten zu finden sein, sofern diese nicht gerade durch eigentliche Psychopathen oder Psychopathinnen begangen werden. Eine Tötung unter grosser seelischer Belastung bedingt einen chronischen seelischen Zustand, einen psychischen Druck, der sich während eines langen Zeitraums solange sukzessive aufbaut, bis die Täter keinen anderen Ausweg mehr sehen, als die Tötung desjenigen Menschen, welcher für die Belastung verantwortlich ist.<sup>64</sup> Unabhängig davon, ob eine heftige Gemütsbewegung oder eine grosse seelische Belastung vorliegt, sind diese nur relevant, wenn sie entschuldbar waren.<sup>65</sup> Die Entschuldbarkeit bezieht sich dabei nicht auf die Tat, sondern vielmehr auf die heftige Gemütsbewegung oder die grosse seelische Belastung selbst.<sup>66</sup> Nur wenn dieses Erfordernis bejaht werden kann, welches sich in der Regel danach richtet, ob auch eine andere Person in diesen Affekt<sup>67</sup> oder

<sup>56</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB-Praxiskommentar, Art. 111 N 1.

<sup>57</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB-Praxiskommentar, Art. 112 N 15.

<sup>58</sup> Zum Ganzen SCHWARZENEGGER, BSK-Strafrecht II, Art. 112 N 8 ff.

<sup>59</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 112 N 20.

<sup>60</sup> SCHWARZENEGGER, BSK-Strafrecht II, Art. 112 N 19 ff.

<sup>61</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 112 N 1 m.w.H.

<sup>62</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 113 N 5.

<sup>63</sup> SCHWARZENEGGER, BSK-Strafrecht II, Art. 113 N 6.

<sup>64</sup> Illustrativ hierzu die Ausführungen des Bundesgerichts in BGer vom 16. Juni 2011 6B\_66/2011, Erw. 4.3.2.

<sup>65</sup> SCHWARZENEGGER, BSK-Strafrecht II, Art. 113 N 8 und 15.

<sup>66</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 113 N 8 und 13.

<sup>67</sup> TRECHSEL/FINGERHUTH, StGB Praxiskommentar, Art. 113 N 9.

unter denselben Bedingungen in einen solchen seelischen Zustand geraten könnte,<sup>68</sup> ist die Entschuldbarkeit gegeben.

Nebst diesen drei Tötungsdelikten existieren weitere Spezialbestimmungen einer vorsätzlichen Tötung, wie die Tötung auf Verlangen, die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord, die Kindstötung und der Schwangerschaftsabbruch, auf deren Erläuterung hier aber verzichtet werden kann.<sup>69</sup> Letztlich ist auch die fahrlässige Verursachung des Todes eines anderen Menschen strafbar, wie der Regelung in Art. 117 StGB zu entnehmen ist.

Im Zusammenhang mit den hier interessierenden Fragestellungen nach der Korrelation zwischen epileptischen Anfällen und Gewaltdelikten, spielt die tatbestandsmässige Einordnung der verschiedenen Körperverletzungs- und Tötungsdelikte eine untergeordnete Rolle. Vielmehr interessieren nämlich die möglichen Handlungen im Rahmen der diversen Anfallsstadien, mehr oder weniger unabhängig davon, ob diese nun zu einer einfachen Körperverletzung oder zur Tötung im Sinne des Strafgesetzbuches führen.

### **3.2. Tathandlungen in der iktalen Phase epileptischer Anfälle**

Als iktale<sup>70</sup> Phase wird die akute Phase des epileptischen Anfalls bezeichnet, während welcher sich die Auswirkungen des betreffenden Anfallstypus manifestieren. Es ist die intensivste Phase und die überwiegende Mehrheit aller Epileptiker und Epileptikerinnen empfindet den Anfall, sofern dieser überhaupt bewusst erinnert werden kann, als sehr unangenehmes Erlebnis. Bei den nachfolgenden Ausführungen zu möglichen Tathandlungen müssen diese unangenehmen Folgen eines Anfalls daher aus dieser Optik betrachtet werden.

#### **3.2.1. Während fokalen Anfällen ohne Bewusstseinsstörungen**

Einfache fokale Anfälle dauern üblicherweise nur fünf bis zehn Sekunden<sup>71</sup> und sind damit sehr kurze Ereignisse, was die gleichzeitige Begehung eines Delikts bereits naturgemäß deutlich einschränkt. Soweit motorische fokale Anfälle Zuckungen in einem Körperteil oder Dreh- und Wendebewegungen des Kopfes zur Folge haben, ist kaum vorstellbar, wie Epileptiker oder Epileptikerinnen in diesem Stadium eine andere Person verletzen oder gar töten sollen, haben sie doch ihre Gliedmassen bzw. ihren Kopf nicht unter Kontrolle. Sofern sich die Anfälle "lediglich" in einer Sprachhemmung manifestieren, sind Körperverletzungsdelikte oder Tötungen denkbar. Dasselbe dürfte für sensible, sensorische, vegetative und psychische Herdanfälle gelten, zumal diese Anfälle nicht zu einem Kontrollverlust über die Gliedmassen führen und daher Tathandlungen wenigstens theoretisch möglich erscheinen. Die betroffenen Epileptiker und Epileptikerinnen dürften hingegen während der Anfallsphase trotzdem so stark durch die Auswirkungen des Anfalls beeinträchtigt sein, dass Körperverletzungsdelikte oder gar Tötungen wenig wahrscheinlich sind. Gänzlich ausschliessen kann man Körperverletzungsdelikte indessen, mit Ausnahme der motorischen Anfälle, nicht. Insgesamt haben fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung aber keinen unmittelbaren Bezug zu Gewaltdelikten. Hier auftretende Gewaltakte können nur im weiteren Sinne als epilepsiebezogene Gewalt bezeichnet werden.

<sup>68</sup> SCHWARZENEGGER, BSK-Strafrecht II, Art. 113 N 17.

<sup>69</sup> Die Art. 114 - 116 sowie Art. 118 StGB sind Spezialtatbestände, welche eine Tötung unter den genannten besonderen Umständen regeln. Diese scheiden bereits aus diesem Grund als mögliche Straftatbestände in einem epileptischen Kontext aus.

<sup>70</sup> Lat. ictus = Schlag, Fall (KRÄMER, Lexikon, S. 651).

<sup>71</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 58.

### **3.2.2. Während des Auftretens einer Aura**

Auren sind im Prinzip nichts anderes als fokale Anfälle ohne Bewusstseinsbeeinträchtigung. Ihre Erscheinungsformen entsprechen denjenigen bei einfachen fokalen Anfällen. Während der Aura sind daher theoretisch Gewalthandlungen denkbar. Die Auren sind aber von sehr kurzer Dauer, so dass ein Konnex zu deliktischem Verhalten wiederum unwahrscheinlich ist. Da Auren oft Vorboten von schwereren Anfällen mit Bewusstseinsbeeinträchtigungen sind, ist ihnen vielmehr bei der Vorhersehbarkeit von komplex-fokalen oder generalisiert tonisch-klonischen Anfällen Beachtung zu schenken.

### **3.2.3. Während fokalen Anfällen mit Bewusstseinsstörungen**

Komplexe fokale Anfälle gehen regelmässig mit einer Bewusstseinsstörung einher und dauern mit einem Verlauf von 30 Sekunden bis zwei Minuten deutlich länger als die einfachen Herdanfälle. Typische Auswirkungen dieser Anfälle sind verschiedene Automatismen, wobei auch kompliziertere Bewegungsabläufe möglich sind. Die betroffenen Epileptikerinnen und Epileptiker sind bei diesen Formen der Anfälle nicht in der Lage ihre Handlungen zu kontrollieren, diese geschehen eben automatisch. Diese Automatismen können allerdings in sehr seltenen Fällen auch aus aggressiven Handlungen bestehen. Dies belegt eine Studie von DELGADO-ESCUETA et al., in welcher 19 Patienten aus einer Gruppe von etwa 5400 Patienten untersucht wurden, bei welchen angenommen wurde, sie würden während des Anfalls aggressives Verhalten zeigen. Einer dieser untersuchten Patienten nahm während eines komplex-fokalen Anfalls eine Karatestellung ein und führte auch entsprechende Schlagbewegungen aus. Andere wiederum schrien herum, beleidigten Personen, spuckten diese an, versuchten deren Gesicht zu zerkratzen oder beschädigten Sachen im Untersuchungsraum.<sup>72</sup> Diese Studie bestätigt, dass aggressive Handlungen während eines komplex-fokalen Anfalls vorkommen können. Diese wiederum können im Extremfall Attacken auf andere Personen beinhalten und somit zu Körperverletzungen führen, wobei die obgenannte Studie auch ergab, dass die beobachteten aggressiven Automatismen kurzlebig, fragmentarisch und jedenfalls nicht lange aufrecht zu erhalten waren. Sie waren sodann auch stereotyp, einfach und nie durch eine Reihe zielgerichteter Bewegungen unterstützt.<sup>73</sup> Es lässt sich damit festhalten, dass Körperverletzungsdelikte während eines komplex-fokalen Anfalls auftreten können, ein solches Delikt würde aber absoluten Seltenheitswert geniessen. Tötungsdelikte dürften auszuschliessen sein, weil die Automatismen nicht lange genug aufrecht erhalten werden können, um beispielsweise eine andere Person zu erschlagen oder erwürgen. Komplexere Handlungen unter Benutzung von Waffen dürften an der Stereotypie der Bewegungen scheitern. Als einzige theoretische Möglichkeit einer Tötungshandlung könnte man allenfalls an Schläge denken, welche zufällig auf den Solarplexus oder den Sinus caroticus treffen und stark genug sind, um einen Kreislaufkollaps zu verursachen.<sup>74</sup>

Gewaltdelikte in der iktalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls erscheinen nach diesen Ausführungen grundsätzlich plausibel, weshalb in diesem Zusammenhang von einer epilepsiebezogenen Gewalttat gesprochen werden kann. In der Realität dürfte es indessen kaum je dazu kommen, dass die Automatismen tatsächlich ausreichen um einen anderen Menschen ernsthaft zu verletzen oder gar zu töten.

---

<sup>72</sup> DELGADO-ESCUETA et al., The nature of aggression during epileptic seizures, S. 552, Table 2.

<sup>73</sup> DELGADO-ESCUETA et al., The nature of aggression during epileptic seizures, S. 555.

<sup>74</sup> Zum Ganzen SIEGRIST/GERMANN/EISENHART, Rechtsmedizin, S. 66 f.

### **3.2.4. Während Absencen**

In der ausgewerteten Literatur wurde von keinem der Autoren eine Gewalttat beschrieben, welche während einer Absence aufgetreten wäre. Dies erstaunt nicht weiter, wenn man sich deren Ausprägungen in Erinnerung ruft. Bei einfachen typischen Absencen unterbrechen Betroffene einfach ihre Tätigkeit, verharren in einer ruhigen Position und führen ihre vorherige Tätigkeit nachher weiter. Es ist nicht ersichtlich, wie in diesem Kontext deliktisches Handeln möglich sein sollte. Dasselbe gilt auch für die komplexen Absencen oder die atypischen Absencen. Diese können zwar Störungen der Motorik zur Folge haben, allerdings nicht solche, die zu einer Gewalttat führen könnten. Da bei Absencen das Bewusstsein nur während des Anfalls verloren geht und vor und nach dem Anfall keine Bewusstseinsbeeinträchtigungen auftreten, können Absencen im weiteren Verlauf der Arbeit ausgeblendet werden.

### **3.2.5. Während isoliert tonischen, atonischen oder klonischen Anfällen**

Bei tonischen Anfällen sind gezielte Handlungen bzw. Handlungen überhaupt, aufgrund der versteiften Muskulatur in der iktaLEN Phase, nicht zu erwarten. Die Bewegungsfähigkeit ist schlicht aufgehoben. Da diese Anfälle mit Bewusstseinsstörungen oder gar mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen, gilt es zu prüfen, wie die Reaktion der Betroffenen in der postiktalen Phase ausfällt.

Der atonische Anfall führt zu einer Erschlaffung der Muskulatur, weshalb keine Tathandlungen zu erwarten sind, die zu einer Körperverletzung oder Tötung führen könnten. Die Anfälle sind zudem von so kurzer Dauer (ein bis zwei Sekunden), dass ein Zusammenhang mit einem Gewaltakt bei realistischer Betrachtung schon deshalb ausscheidet. Mangels einer Bewusstseinsbeeinträchtigung können diese Anfälle im weiteren Verlauf der Arbeit aussen vor bleiben, da ein Delikt vor oder nach dem Anfall, wie gewöhnliche Körperverletzungsdelikte ohne Epilepsiebezug zu beurteilen sind.

Im klonischen Anfall selbst erleiden die Betroffenen heftige Zuckungen einzelner oder aller Muskeln des Körpers. Sie treten mit oder ohne Bewusstseinsstörung auf, wobei generalisierte Klonusanfälle, im Gegensatz zur fokalen Variante, zur Bewusstlosigkeit führen. Für die Zeit des Anfalls muss wegen der Muskelkontraktionen von einer Bewegungsunfähigkeit ausgegangen werden, weshalb keine Gewalttaten zu erwarten sind. Sofern es zu Bewusstseinsbeeinträchtigungen kommt, ist die postiktale Phase beachtlich.

### **3.2.6. Während dem Auftreten von Myoklonien**

Myoklonische Anfälle führen typischerweise zu Muskelkontraktionen, von welchen oft die Schultern und Oberarme betroffen sind. Es konnte in diesem Zusammenhang klinisch beobachtet werden, dass Betroffene während eines Anfalls Gegenstände von sich schleudern, die sie zu Beginn des Anfalls in der Hand hielten.<sup>75</sup> In Bezug auf deliktisches Verhalten, welches zu Körperverletzungen führt, könnte exzessiv die Theorie aufgestellt werden, dass umstehende Personen vom weggeschleuderten Gegenstand getroffen und verletzt werden. Wäre dem so, könnte aber höchstens fahrlässige Körperverletzung diskutiert werden. Diese scheitert allerdings bereits an der notwendigen Voraussetzbarkeit dieser „Tathandlung“, spätestens allerdings an deren Vermeidbarkeit, können die von solchen Anfällen betroffenen Epileptiker und Epileptikerinnen doch die auf willkürlichen Muskelzuckungen basierenden Schleuderbewegungen unmöglich vermeiden. Als abwegige Hypothese kann hier eine vorsätzliche Kör-

<sup>75</sup> BAIER, Epileptische Anfälle, S. 18; KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 71.

perverletzung gleichwohl diskutiert werden. Sofern ein Epileptiker oder eine Epileptikerin mit häufigen myoklonischen Anfällen in der Lage wäre einen Anfall vorauszusehen und gleichzeitig wüsste, welche Schleuderbewegungen im Anfall auftreten, könnten sich diese Epileptiker und Epileptikerinnen mit einem geeigneten Gegenstand in der Hand in Position bringen, um diesen im Anfall gegen eine im Raum anwesende Drittperson zu schleudern. Diese Hypothese ist aber gewiss zum Scheitern verurteilt, weil sowohl die unmittelbare Voraussehbarkeit eines Anfalls, wie auch die perfekte Positionierung für den Schleuderwurf verneint werden müssen. In der Realität sind Körperverletzungsdelikte aufgrund der sehr kurzen Anfallsdauer und wegen des Kontrollverlusts über die Gliedmassen auszuschliessen. Mit derselben Argumentation gilt dies selbstredend auch für Tötungsdelikte. Im Übrigen wäre auch schuldhafte Handeln zu verneinen, weil es überdeutlich an der notwendigen Steuerungsfähigkeit im wahrsten Sinne des Wortes fehlt. Zu einer Bewusstseinsbeeinträchtigung führen die myoklonischen Anfälle nicht, weshalb dem Anfall keine Reorganisationsphase folgt. Diese Anfallsform bleibt damit ohne deliktischen Bezug, weshalb ihr im weiteren Verlauf der Arbeit keine Beachtung mehr zu schenken ist.

### **3.2.7. Während des generalisiert tonisch-klonischen Anfalls**

Das schwerste Anfallsereignis ist der generalisiert tonisch-klonische Anfall. In der tonischen Phase versteift sich der gesamte Körper, so dass Gewalthandlungen ebenso ausscheiden, wie beim isolierten tonischen Anfall. In der klonischen Phase kommt es zu heftigen, unkontrollierbaren Muskelkontraktionen am ganzen Körper. Diese sind für die Betroffenen nicht kontrollierbar, weshalb auch in diesem Stadium des Anfallsgeschehens Tathandlungen jeglicher Art auszuschliessen sind. Es gilt daher festzuhalten, dass während des Grand-Mal-Anfalles keine Gewaltdelikte zu erwarten sind. Dennoch kommt aggressives Verhalten im Zusammenhang mit einem solchen Anfallsereignis durchaus vor. Dies allerdings, in sehr seltenen Fällen, vor dem eigentlichen Anfall, daher in der präiktalen Prodromalphase sowie etwas häufiger in der anschliessenden postiktalen Phase.

### **3.2.8. Schlussfolgerung**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Gewalthandlungen im unmittelbaren Kontext von epileptischen Anfällen nur äusserst selten vorkommen. Die obigen Ausführungen verdeutlichen, dass Gewaltdelikte im Wesentlichen nur in der iktalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls ein mindestens theoretisch mögliches Szenario darstellen. TREIMAN führte hierzu zu iktaler Aggression aus, dass einerseits an nichtaggressive gewalttätige Automatismen in stereotyper Form zu denken ist, welche sich von Anfall zu Anfall wiederholen. Andererseits ist von Automatismen auszugehen, bei welchen die Betroffenen nach Anfallsbeginn auf die Umwelt reagieren und insofern als Reaktion gezielte Aggressionen zeigen.<sup>76</sup> Iktale Aggression während komplex-fokalen Anfällen kann damit als Erscheinung mit absolutem Seltenheitswert<sup>77</sup> bezeichnet werden. Bei allen anderen Anfallsformen sind Gewaltdelikte in der iktalen Phase entweder schon aufgrund der Auswirkungen des Anfalls auszuschliessen oder solche weisen keine Besonderheiten auf und unterscheiden sich insofern in strafrechtlicher Hinsicht nicht von normalen Gewalttaten ohne näheren epileptischen Bezug. Mehrmals angesprochen wurde bereits die Unterteilung von epileptischen Anfällen in die präiktale, die iktale und die postiktale Phase. Während die Auseinandersetzung mit möglichen Tathandlungen in der iktalen Phase somit zum Ergebnis führt, dass solche nur bei komplex-fokalen An-

<sup>76</sup> TREIMAN, Violence and the epilepsy defense, S. 251.

<sup>77</sup> Zu aggressiven Ausbrüchen kommt es nur gerade in 1/1000 Fällen. SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 38 m.N.

fällen überhaupt vorkommen, sind im Weiteren die Vor-, Nach-, und Zwischenphasen von epileptischen Anfallsgeschehnissen zu betrachten.

### **3.3. Tathandlungen in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Als präiktale Phase wird jene vor dem epileptischen Anfall bezeichnet. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die bei einigen Epileptikern und Epileptikerinnen auftretenden Prodrome zu beachten, die Stunden oder Tage vor dem eigentlichen Anfall auftreten können. Diese Prodrome treten nach SCHMITZ/TRIMBLE teilweise in Form einer „dysphorischen Verstimmung“ auf. Diese kann die Reizbarkeit der Betroffenen erhöhen und in seltenen Fällen bis zu tätlicher Aggression gegen Drittpersonen führen.<sup>78</sup> Die Prodrome sind nicht Teil des epileptischen Anfallsgeschehens und sie führen zu keiner Bewusstseinstrübung. Aggressive Handlungen sind damit während der Prodromalphase denkbar, wobei jegliche körperlichen Übergriffe möglich erscheinen, im Extremfall also selbst die Tötung eines anderen Menschen. Zur Diskussion steht in letzterem Falle, ob das Auftreten der Prodrome allenfalls als heftige Gemütsbewegung zu sehen und deshalb auf Totschlag zu erkennen wäre. Hier dürfte es darauf ankommen, wie schwer die Verstimmungslage die Reizbarkeit tatsächlich beeinträchtigt. Insgesamt ist wohl richtigerweise davon auszugehen, dass die Reizschwelle, alleine durch die Prodrome, kaum die erforderliche Intensität erreicht, um von einer heftigen Gemütsbewegung auszugehen. Aus demselben Grund wäre auch bei Körperverletzungsdelikten eine Strafmilderung im Sinne von Art. 48 lit. c StGB, also ebenfalls bei heftigen Gemütsbewegungen und bei grosser seelischer Belastung, nicht angebracht. Die Prodrome sind die einzige Erscheinungsform vor dem eigentlichen Anfall, Auren sind als einfache fokale Anfälle bereits Teil des Anfallsgeschehens selbst und daher hier nicht zu behandeln.

### **3.4. Tathandlungen in der interiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Als interiktale Phase wird in der Epileptologie die Phase zwischen dem Auftreten von epileptischen Anfällen, daher die anfallsfreie Zeit, bezeichnet. Kommt es in dieser Phase zu aggressivem Verhalten, so ist dieses nicht im Zusammenhang mit einem unmittelbaren epileptischen Anfallsgeschehen zu sehen. SCHMITZ/TRIMBLE verweisen zwar immerhin auf die aggressive Impulskontrollstörung, bei welcher 20- bis 30-minütige Episoden mit unverhältnismässiger Aggressivität im Sinne von Wutanfällen vorkommen. Die Impulskontrollstörung ist auf organische Ursachen mit fronto-amygdalären Läsionen zurückzuführen und solche Läsionen bei dieser Lokalisation können auch auf eine Epilepsie hinweisen, weshalb die Autoren das gemeinsame Auftreten von Impulskontrollstörungen und epileptischen Anfällen für möglich halten.<sup>79</sup> Diese Form aggressiven Verhaltens erscheint damit geeignet zu Gewaltdelinquenz zu führen. Eine eingehendere Auseinandersetzung drängt sich im Rahmen dieser Arbeit, mangels eines engeren Kontexts zu epileptischen Anfällen, nicht auf, weil keine Unterschiede zu Gewalttaten ohne Epilepsiebezug ersichtlich sind.

### **3.5. Tathandlungen in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Die postiktale Phase ist jene, welche bei vielen Anfallsformen unmittelbar im Anschluss an den Anfall auftritt. Oft kommt es für die Dauer einiger Minuten, selten sogar auch für einige Stunden, zu einem Verwirrtheitszustand, welcher als postiktaler Dämmerzustand, manchmal auch als postparoxysmaler Dämmerzustand, bezeichnet wird.<sup>80</sup> Zu Denken ist dabei an jene

<sup>78</sup> SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 38.

<sup>79</sup> Zum Ganzen SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 38.

<sup>80</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 1083.

Anfallsformen, welche mit einer Bewusstseinsstörung oder gar einem Bewusstseinsverlust einhergehen. Im Vordergrund stehen die komplex-fokalen Anfälle und der Grand-Mal-Anfall, aber auch bei tonischen oder klonischen Anfällen folgt meist eine Re-Orientierungsphase, in welcher die Betroffenen ihre Vigilanz<sup>81</sup> nicht sofort wiederfinden. Obwohl auch Absencen zum Verlust des Bewusstseins führen, spielen sie an dieser Stelle gerade keine Rolle, weil Betroffene im Nachgang von Absencen typischerweise ihre zuvor ausgeführte Tätigkeit fortführen, ihr Bewusstsein also nach dem Anfall sofort wieder klar ist.

Im postparoxysmalen Dämmerzustand kommt es regelmässig zu einer starken Bewusstseinstrübung, die Wahrnehmung ist stark eingeengt und die Betroffenen sind in ihren Denkprozessen, Handlungen und im Verhalten stark verlangsamt. Die Bewusstseinstrübung bedeutet im Wesentlichen, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, sich selbst und ihre Umwelt korrekt wahrzunehmen.<sup>82</sup> In diesem Zustand reagieren die Betroffenen sehr heftig auf äussere Reize. Insbesondere wenn Drittpersonen sie festzuhalten oder zu beruhigen versuchen, können Epileptiker und Epileptikerinnen diese Intervention mit Gewalthandlungen beantworten.<sup>83</sup> Gerade in diesem Stadium des Anfalls kommt es damit sehr viel häufiger als in den übrigen Stadien zu aggressiven Reaktionen und damit verbunden eben auch zu Gewalttakten.<sup>84</sup> Der Beweis für solches Verhalten kann exemplarisch der Studie von DELGADO-ESCUETA et al. entnommen werden, in welcher zwei der untersuchten Exploranden, während den Videoaufzeichnungen, drei bzw. vier Minuten nach einem generalisierten tonisch-klonischen Anfall kämpften, als sie festgehalten wurden.<sup>85</sup>

Aufgrund der stark eingeengten Wahrnehmung im postiktalen Dämmerzustand können die in diesem Zustand ausgeführten Handlungen, in Verkennung der realen Situation, sehr massiv ausfallen. Der Grund liegt darin, dass die vorhin bezeichneten Interventionen durch Dritte bei den Betroffenen ein Bedrohungsszenario auslösen können, auf welches reagiert wird. Das Gehirn ist in der Lage, in einen Notfallmodus zu schalten, wenn das eigene Überleben auf dem Spiel steht. In diesem Modus werden Sinneseindrücke vom Thalamus direkt, und damit ohne Verarbeitung im Bewusstseinszentrum des Grosshirns, zur Amygdala weitergeleitet, wo unmittelbar eine Reaktion eingeleitet wird.<sup>86</sup> Diese Reaktion ist aber gerade nicht bewusstseinsgesteuert, weshalb zur Abwehr der Bedrohung unkontrollierte, exzessive Gewalt eingesetzt wird. Unter Berücksichtigung, dass der betroffene Epileptiker oder die betroffene Epileptikerin sich in einer Art Todeskampf wähnt, überrascht es daher nicht, wenn die freigesetzten Kräfte deutlich stärker ausfallen als normal. KANEMOTO et al. berichten vom Fall einer Epileptikerin, welche in der postiktalen Phase aggressiv wurde und letztlich nur durch sechs Polizisten überwältigt werden konnte.<sup>87</sup> Diese überaus kräftigen Gewaltausbrüche können selbstredend mannigfaltige, mitunter auch schwere Verletzungen bei den attackierten Personen verursachen, wenn ihnen nicht ihrerseits rechtzeitig die Flucht gelingt. Im schlimmsten Falle sind wohl selbst Attacken möglich, welche den Tod der Drittperson verursachen können. Dabei ist einerseits an mehrfache Faustschläge oder Fuss- bzw. Knietritte gegen den

<sup>81</sup> DocCheck Flexikon - offenes medizinisches Lexikon, Vigilanz bedeutet in der Medizin die Wachheit bzw. Daueraufmerksamkeit, <http://flexikon.doccheck.com/de/Vigilanz>, letztmals besucht am 1. Juli 2013.

<sup>82</sup> DocCheck Flexikon - offenes medizinisches Lexikon, Beschreibung des postparoxysmalen Dämmerzustands, [http://flexikon.doccheck.com/de/Postparoxysmaler\\_Dämmerzustand](http://flexikon.doccheck.com/de/Postparoxysmaler_Dämmerzustand), letztmals besucht am 30. Juni 2013.

<sup>83</sup> ITO et al., Subacute postictal aggression in patients with epilepsy, S. 611.

<sup>84</sup> SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 39.

<sup>85</sup> DELGADO-ESCUETA et al., The nature of aggression during epileptic seizures, S. 553.

<sup>86</sup> KNECHT, Zur Neurobiologie des Notwehr-Exzesses, S. 69 f.

<sup>87</sup> KANEMOTO et al., Violence and postictal psychosis, S. 165.

Kopf zu denken, andererseits dürfte aber selbst ein Erwürgen des Gegenübers denkbar sein. Schläge, Tritte oder gar Würgegriffe sind in der postiktalen Phase möglich, nachdem die durch den Anfall bedingten körperlichen Beeinträchtigungen (z.B. die Muskelzuckungen), zu diesem Zeitpunkt bereits aufgehoben sind. Nebst Gewalthandlungen unter alleiniger Verwendung des eigenen Körpers zeigen die Beschreibungen von zwei Fallbeispielen bei ITO et al., dass selbst die Verwendung eines Gegenstandes oder wenn verfügbar einer Waffe nicht auszuschliessen ist, attackierte doch im einen Fall ein Mann seine Ehefrau im postiktalen Dämmerzustand mit einem Bambusstock, im anderen Fall bewarf wiederum ein Epileptiker seine Ehefrau mit Gegenständen.<sup>88</sup> Ob letztlich auch die Verwendung einer Schusswaffe und damit eine komplexere Bedienung eines Instruments möglich wäre, ist zu bezweifeln, weil es hierzu der betreffenden Epileptikerin bzw. dem betreffenden Epileptiker am notwendigen Verständnis zur Bedienung der Schusswaffe fehlen dürfte.

### **3.6. Schlussfolgerung**

Nach diesen Ausführungen kann resumiert werden, dass Gewaltdelikte im Rahmen eines epileptischen Geschehens selten sind und nur bei wenigen spezifischen Anfallsformen überhaupt in Erscheinung treten. Als kaum realistisches Szenario sind hier erstens Gewalttaten in der iktalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls und zweitens gewalttätige Angriffe im postparoxysmalen Dämmerzustand nach einem generalisiert tonisch-klonischen Anfall oder einem komplex-fokalen Anfall zu nennen, wobei postiktal begangene Delikte noch am Häufigsten vorkommen. In diesen Konstellationen treten Gewalthandlungen auf, welche einen eigentlichen Bezug zum epileptischen Anfall aufweisen, was mit den in der Fachliteratur dokumentierten Fällen übereinstimmt. Einzig diese Art von Gewaltdelikten kann daher als epilepsiebezogene Gewalt im engeren Sinne bezeichnet werden.

Nebst diesen unmittelbar mit einem epileptischen Anfall verknüpften Gewalttaten darf indessen nicht gänzlich ausser Acht gelassen werden, dass Gewaltdelikte auch in zeitlicher Nähe eines anderen epileptischen Anfallsgeschehens auftreten können. Dabei handelt es sich allerdings um Gewaltakte, welche keinen unmittelbaren Bezug zum Anfallsgeschehen aufweisen und somit nicht wirklich epilepsiebezogen sind. Diese Trennung muss beim Umgang mit dieser Thematik beachtet werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

## **4. Die Schuldfähigkeit im Kontext epileptischer Anfälle**

### **4.1 Schuldfähigkeit Allgemein und ihre Bedeutung**

In der Systematik des Strafrechts definiert sich eine Straftat dadurch, dass ein menschliches Verhalten tatbestandsmässig, rechtswidrig und schulhaft erfolgte.<sup>89</sup> Nur wenn diese drei Voraussetzungen erfüllt sind, folgt dem Verhalten eine strafrechtliche Sanktion, man spricht insofern vom "Verbrechensaufbau".<sup>90</sup> Auf der Ebene der Tatbestandsmässigkeit ist zu prüfen, ob ein bestimmtes menschliches Verhalten gegen eine Strafrechtsnorm verstösst, ob das Verhalten somit verbots- oder gebotswidrig im Sinne einer der Normen war. Bei der Rechtswidrigkeit gilt es festzustellen, ob das an sich normwidrige Verhalten, unter den gegebenen Umständen, ausnahmsweise erlaubt ist, daher ein Rechtfertigungsgrund, wie beispielsweise Notwehr, vorliegt. Tatbestandsmässigkeit und Rechtswidrigkeit umschreiben das Unrecht eines

<sup>88</sup> ITO et al., Subacute postictal aggression in patients with epilepsy, S. 612.

<sup>89</sup> TRECHSEL/NOLL, Strafrecht Allgemeiner Teil I, S. 67.

<sup>90</sup> DONATSCH/TAG, Strafrecht I, S. 78.

bestimmten Verhaltens, das Unrecht der Tat.<sup>91</sup> Als dritte Voraussetzung wird schuldhaftes Handeln verlangt. Solches liegt vor, wenn dem Täter oder der Täterin das (unrechte) Verhalten persönlich vorzuwerfen ist.<sup>92</sup> Die Prüfung der Tatbestandsmässigkeit und der Rechtswidrigkeit bezieht sich auf die Tat, die Feststellung der Schuld hingegen immer auf die Täterin oder den Täter.<sup>93</sup> Die Schuldfähigkeit ist damit eine persönliche Eigenschaft des Täters oder der Täterin und steht nur insofern mit der Tat im Zusammenhang, als die Schuldfähigkeit immer in Bezug auf das konkrete tatbestandsmässige Verhalten geprüft wird. Die Schuldfähigkeit kann mithin bei Täterinnen und Tätern mit mehrfacher Delinquenz, für das eine Delikt gegeben sein, für das Andere hingegen nicht. Die Schuldfähigkeit ist ein Aspekt des das Strafrecht beherrschenden Schuldprinzips, welches Verfassungsrang geniesst.<sup>94</sup>

Aus konzeptioneller Sicht erscheint es zunächst logisch, ja beinahe selbstverständlich, dass nur diejenigen Täterinnen und Täter eine strafrechtliche Sanktion erfahren sollen, welche schuldhaft gehandelt haben. Betrachtet man dieses Prinzip indessen aus einer anderen Optik, nämlich aus der Sicht des Opfers einer Straftat, ändert sich diese stringente Auffassung womöglich drastisch. Das Opfer einer schweren Körperverletzung, dessen Gesicht bis an sein Lebensende entstellt ist, bekundet oft Mühe mit der Vorstellung, dem Täter oder der Täterin sei, beispielsweise aufgrund einer schweren psychischen Störung, die ihm zugefügte Körperverletzung persönlich gar nicht vorwerfbar. Die Frage der Schuldfähigkeit erhitzt damit regelmässig auch in der Öffentlichkeit die Gemüter. Exemplarisch kann hierzu auf den Prozess gegen Anders Behring Breivik<sup>95</sup> verwiesen werden, der im ersten Gutachten als nicht schuldfähig eingestuft wurde. Im Zweitgutachten wurde er sodann für schuldfähig befunden, welchem Gutachten das Gericht letztlich folgte. Wäre das Gericht allerdings dem Erstgutachten gefolgt und Breivik wäre als nicht schuldfähig befunden worden, so hätte der Prozess, in welchem notabene Anklage wegen 77-fachen Mordes erhoben worden war, mangels Schuldfähigkeit zu einem Freispruch führen müssen. Auf Schuldunfähigkeit basierende Freisprüche oder auch nur schon deswegen erfolgende Strafmassreduktionen werden von Laien oft nicht verstanden. Dies zeigt beispielsweise auch eine im Dezember 2009 von Nationalrätin GEISS-BÜHLER lancierte parlamentarische Initiative zur Streichung der Art. 19 und 20 des StGB. Die Artikel sollten abgeschafft werden, weil es in der Praxis oft vorkomme, dass unter Drogen oder Alkohol stehende Täter und Täterinnen Gewaltdelikte verüben würden, aber aufgrund von Art. 19 StGB einer Strafe entgehen oder mindestens milder bestraft werden.<sup>96</sup> Die Initiative verkannte allerdings in fataler Weise, dass nicht nur berauschte Personen mangels Schuldfähigkeit nicht oder milder bestraft werden können, sondern auch Personen, welche an schweren hirnorganischen Störungen, an Schizophrenien, an wahnhaften Störungen usw. leiden, denen sie mehr oder minder hilflos ausgeliefert sind. Die Abschaffung der StGB-Artikel zur Schuldfähigkeit würde somit dazu führen, dass solche Menschen für inkriminiertes Verhalten eine Sanktion erhalten müssten, welche sie aber notabene genau so wenig nachvollziehen könnten, wie das von ihnen begangene Unrecht. Dies kann nicht der Zweck einer Sanktion sein. Die Initiative verkannte überdies, dass der Zweck einer Strafe darin liegt, den Straftä-

<sup>91</sup> DONATSCH/TAG, Strafrecht I, S. 78.

<sup>92</sup> TRECHSEL/NOLL, Strafrecht Allgemeiner Teil I, S. 143; DONATSCH/TAG, Strafrecht I, S. 258; BOMMER, BSK-Strafrecht I, Vor Art. 19 N 3.

<sup>93</sup> DONATSCH/TAG, Strafrecht I, S. 258.

<sup>94</sup> Näher dazu BOMMER, BSK-Strafrecht I, Vor Art. 19 N 32 m.w.H.

<sup>95</sup> Wikipedia - Die freie Enzyklopädie, Eintrag zu Anders Behring Breivik, [http://de.wikipedia.org/wiki/Anders\\_Behring\\_Breivik](http://de.wikipedia.org/wiki/Anders_Behring_Breivik), letztmals besucht am 18. Mai 2013.

<sup>96</sup> Siehe Curia Vista zur Parlamentarischen Initiative 09.500 vom 2. Dezember 2009, [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20090500](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20090500), letztmals besucht am 22. Juni 2013.

ter oder die Straftäterin für ihr unrechtes Handeln zur Rechenschaft zu ziehen, welches sie im Wissen darum begangen haben, dass dieses Handeln den Verboten und Geboten zuwiderläuft. Dem legitimen Schutz der Bevölkerung vor gefährlichen Straftätern oder Straftäterinnen ist mit den verschuldensunabhängigen Massnahmen, so beispielsweise mit der Verwahrung, Rechnung zu tragen. Der Nationalrat gab der Initiative keine Folge, womit weiterhin nur Straftäterinnen und Straftäter eine Sanktion zu gewärtigen haben, wenn sie schuldhaft handelten.<sup>97</sup> Der konkrete Fall aus der Praxis wird am Ende zeigen, weshalb das Konzept der Schuldfähigkeit zu Recht beibehalten wurde.

Schuldunfähigkeit liegt gemäss Art. 19 Abs. 1 StGB vor, wenn der Täter oder die Täterin zur Zeit der Tat nicht fähig war, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder gemäss dieser Einsicht zu handeln. Als Einsichtsfähigkeit wird dabei die Fähigkeit des Individuums bezeichnet Unrecht zu erkennen, womit das intellektuelle Element angesprochen wird. Mit Steuerungsfähigkeit wird die Fähigkeit bezeichnet, auch entsprechend dieser Einsicht zu handeln, womit auf das voluntative Element abgestellt wird.<sup>98</sup>

Die Ursachen, weshalb Schuldunfähigkeit vorliegen kann, ergeben sich aus dem aktuellen Gesetzestext nicht mehr. Dies im Gegensatz zu Art. 10 StGB, wo die Geisteskrankheit, der Schwachsinn und die schwere Störung des Bewusstseins noch als Ursachen für die Schuldunfähigkeit explizit im Gesetz verwendet wurden. Die Nichtnennung der Ursachen erscheint auf den ersten Blick eigentlich. Der Nationalrat, welcher den in der Botschaft des Bundesrates<sup>99</sup> noch verwendeten Begriff der schweren psychischen Störung aus dem Gesetzestext strich, war aber der Auffassung, dass es letztlich nicht darauf ankomme, aus welchen Gründen es einem Täter oder einer Täterin an der Einsicht ins Unrecht mangle bzw. aus welchen Gründen Täter und Täterinnen nicht entsprechend dieser Einsicht handeln.<sup>100</sup> Diese Formulierung wurde in der Lehre heftig kritisiert und es wurde postuliert Art. 19 Abs. 1 StGB um den Wortlaut der schweren psychischen Störung zu ergänzen, um auch den Grund der Schuldunfähigkeit im Gesetzestext abzubilden.<sup>101</sup> Letztlich gilt es indessen klar festzuhalten, dass in Lehre und Praxis als Ursachen der fehlenden Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit unbestritten die sehr schweren psychischen Störungen, die schweren Intelligenzmängel und die schweren Störungen des Bewusstseins weiterhin Geltung beanspruchen.<sup>102</sup>

Im Kontext zu epileptischen Anfällen ist einzig der Variante der schweren Störung des Bewusstseins Beachtung zu schenken, nachdem die Epilepsie nicht zu den psychischen Störungen zählt und nicht auf schweren Intelligenzmängeln basiert, wenngleich Korrelationen vorliegen können, welche hier aber nicht behandelt werden.

## 4.2. Einsichtsfähigkeit

Die Ausführungen zu den Gewaltdelikten im Kontext eines epileptischen Anfalls führten zum Ergebnis, dass eigentlich nur Gewaltakte in der ictalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls und in der postiktalen Phase von komplex-fokalen und generalisiert tonisch-klonischen Anfällen als epilepsiebezogene Gewalttaten im engeren Sinne zu sehen sind. Trotz dieser Feststel-

<sup>97</sup> AB 2010 N 1957.

<sup>98</sup> TRECHSEL/JEAN-RICHARD, StGB Praxiskommentar, Art. 19 N 1.

<sup>99</sup> BBI 1999 II 2006.

<sup>100</sup> AB 2001 N 544.

<sup>101</sup> BOMMER/DITTMANN, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 12.

<sup>102</sup> BOMMER/DITTMANN, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 30 ff.; TRECHSEL/JEAN-RICHARD, StGB Praxiskommentar, Art. 19 N 6.

lung rechtfertigen sich auch Ausführungen zur Einsichtsfähigkeit im Zusammenhang mit den anderen Anfallstypen, weil teilweise auch bei deren Auftreten Gewaltdelikte denkbar sind, wenngleich auch ohne epilepsietypischen Bezug. Die Erörterung erfolgt in Anlehnung an die vier Anfallsstadien des vorherigen Kapitels, wobei hier auf die interiktale Phase nicht mehr näher einzugehen ist, weil diese nicht von wesentlicher Bedeutung ist.

Die Ausführungen sind noch weiter einzuschränken. Im Zusammenhang mit Absencen, mit atonischen Anfällen und Myoklonien konnten bereits Tathandlungen, die zu einem Gewaltdelikt führen, ausgeschlossen werden. Da im Kontext mit diesen Anfallsformen keine tatbestandsmässigen Körperverletzungs- oder Tötungsdelikte erwarten sind, erübrigen sich Ausführungen zur Einsichts- bzw. Schuldfähigkeit schon gestützt auf den allgemeinen Verbrechensaufbau.

#### **4.2.1. Einsichtsfähigkeit in der iktalen Phase epileptischer Anfälle**

In der iktalen Anfallsphase sind nur Delikte im Zusammenhang mit einfachen fokalen Anfällen,<sup>103</sup> Auren und komplex-fokalen Anfällen denkbar. Mit diesen drei Anfallsformen gilt es sich hier auseinanderzusetzen. Die übrigen Anfallsformen haben derart heftige Auswirkungen auf die betroffenen Epileptiker und Epileptikerinnen, dass in der iktalen Phase jegliche Gewaltdelinquenz von vornherein ausgeschlossen ist.

Einfache fokale Anfälle, welche sich "lediglich" in einer Sprachhemmung präsentieren, haben keinen Einfluss auf die Einsichtsfähigkeit, weil das Bewusstsein in der iktalen Phase anfalls-typisch gerade erhalten bleibt. Für sensible, sensorische und vegetative Herdanhäufungen, bei welchen eine Bewusstseinsstörung ebenso ausbleibt, gilt dies ebenso wie für das Auftreten von Auren, die nur eine Unterform der einfachen fokalen Anfälle sind. Es wird somit für diese Anfälle zu prüfen sein, ob auch das einsichtsgemässen Handeln ganz oder teilweise erhalten bleibt, sofern ausnahmsweise ein Gewaltdelikt im Anfallszeitpunkt begangen werden sollte.

Als Ausnahmeerscheinungen sind die einfachen fokalen Anfälle und die Auren mit psychischen Symptomen zu nennen. Solche psychischen Symptome können beispielsweise in Form von Halluzinationen auftreten und diese sind natürlich, wie sämtliche Arten von Wahnvorstellungen, geeignet, die realitätsbezogene Wahrnehmung einzuschränken oder gar aufzuheben, so dass in diesem Falle auch die Einsichtsfähigkeit beeinträchtigt resp. aufgehoben sein kann. In der konsultierten Literatur konnte kein Fall gefunden werden, in welchem die Einsichtsfähigkeit bei einem einfachen fokalen Anfall mit psychischen Symptomen oder bei einer entsprechenden Aura diskutiert worden wäre. Dies dürfte einerseits an der kurzen Anfallsdauer liegen, welche ein gemeinsames Auftreten mit Gewaltdelikten weitgehend ausschliesst. Andererseits könnte es auch daran liegen, dass die der Halluzination zu Grunde liegende epileptische Ursache nicht entdeckt wurde und man sich mit der Feststellung der Halluzination allein begnügte, um die Schuldunfähigkeit zu diskutieren. Die Einsichtsfähigkeit bei psychischen Fokalanfällen und entsprechenden Auren ist jedenfalls stark anzuzweifeln und sehr genau zu untersuchen, soweit unbestimmte Angst- bis hin zu Terrorgefühlen oder Halluzinationen mit den Anfällen einhergehen. Den Anfällen mit Déjà-vu-Eindrücken oder einem veränderten Körper- oder Zeitgefühl ist hingegen kaum Einfluss auf die Einsichtsfähigkeit zuzugestehen. Die Umstände des Einzelfalles werden hier entscheidend sein, ob die Einsicht ins Unrecht fehlt oder noch vorhanden ist.

---

<sup>103</sup> Mit Ausnahme der Sprachhemmungen ohne motorische Fokalanfälle; siehe oben Ziff. 3.2.1.

Nachdem direkt epilepsiebezogene Gewalthandlungen in der ictalen Phase eines Anfalls nur im Zusammenhang mit komplex-fokalen Anfällen überhaupt realistisch erscheinen, ist hier die Frage der Schuldfähigkeit von zentraler Bedeutung. Die komplexen fokalen Anfälle gehen, entsprechender ihrer Kategorisierung, regelmässig mit einem Bewusstseinsverlust einher, so dass die Wahrnehmung der Umwelt zwangsläufig nicht mehr möglich ist. Verstehen und Erinnern können allerdings auch nur unvollständig gestört sein,<sup>104</sup> weil diese Anfälle infolge ihrer Typologie auf einzelne Bereiche (Herde) des Gehirns beschränkt sind. Für die Wahrnehmungsfähigkeit kommt es damit entscheidend darauf an, in welchem Teil des Gehirns der Anfall stattfindet. Es kann also durchaus sein, dass die Betroffenen im Anfall ihre Umgebung wahrnehmen können. Solange eine Wahrnehmung der Umwelt und selbst deren Deutung noch vorhanden sind, kann von fehlender Einsichtsfähigkeit nicht die Rede sein. Anders verhält es sich natürlich, wenn das Bewusstsein vollständig aufgehoben ist, dann ist von fehlender Einsichtsfähigkeit während des Anfalls auszugehen. In der Praxis dürfte der Nachweis, ob der oder die Betroffene noch Wahrnehmungen hatte, schwierig sein, sofern die Person nicht kooperiert. Dies hat allerdings keine schwerwiegenden Folgen, sind Betroffene doch während des Anfalls, selbst bei erhaltener Wahrnehmung, ausser Stande, auf diese Eindrücke zu reagieren, was allerdings bei der Steuerungsfähigkeit zu diskutieren ist.

#### **4.2.2. Einsichtsfähigkeit in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle**

In der präiktalen Phase von komplex-fokalen Anfällen und generalisiert tonisch-klonischen Anfällen erleben einige Epileptiker sogenannte Prodrome. Diese gehören nicht zum eigentlichen Anfallsgeschehen und führen nicht zu einer Beeinträchtigung des Bewusstseins. Wohl können Prodrome die Reizbarkeit der betroffenen Personen erhöhen, ein Einfluss auf die Einsichtsfähigkeit ist darin aber nicht zu sehen. Die Wahrnehmung der Umwelt und auch die Interpretation derselben werden durch die Prodrome nicht derart stark beeinflusst, als dass die Einsichtsfähigkeit fraglich erscheinen müsste. Prodrome tangieren damit die Einsichtsfähigkeit nicht. Andere präiktale Phänomene existieren im Kontext von epileptischen Anfällen nicht, weshalb festgehalten werden kann, dass die Einsichtsfähigkeit in der präiktalen Phase eines Anfalls immer erhalten ist. In dieser Phase auftretende Straftaten sind allerdings auch nicht als unmittelbar epilepsiebezogene Delikte zu sehen.

#### **4.2.3. Einsichtsfähigkeit in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Im Anschluss an komplex-fokale, generalisiert tonisch-klonische sowie an isoliert tonische und klonische Anfälle erleben Betroffene meist einen Verwirrtheitszustand, sie befinden sich alsdann im postiktalen Dämmerzustand. Diese Phase des Anfallsgeschehens ist interessant, weil (sogar zielgerichtete) Handlungen hier möglich sind und epilepsiebezogene Gewaltdelikte vorkommen können.

Führt man sich nochmals vor Augen, welche komplizierten Automatismen und Bewegungsabläufe während eines komplex-fokalen Anfalls möglich sind, wie beispielsweise das Verrücken von Möbeln oder das an einen anderen Ort einer Stadt begeben, wird augenscheinlich, weshalb der Anfall bei Betroffenen zu Verwirrung führt und es im Nachgang eines solchen Anfalls zu einer Re-Orientierungsphase kommt. Der Grand-Mal-Anfall ist "ein grosses Übel" und die Auswirkungen auf die Betroffenen sind äusserst heftig, weshalb ohne weiteres nachvollziehbar ist, warum die Wahrnehmung im Nachgang des Anfalls nicht sofort wieder herge-

---

<sup>104</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 62.

stellt ist. Gleiches gilt auch für die isolierten tonischen und klonischen Anfälle, deren Einfluss auf die Betroffenen nicht wesentlich minder schwer ausfällt.

Nebst den heftigen Auswirkungen des Anfallsgeschehens gehen Grand-Mal-Anfälle und komplex-fokale Anfälle, letztere mit Ausnahmen, regelmässig mit einer Bewusstlosigkeit während des Anfallsgeschehens einher. Das Bewusstsein, unter welchem die Übereinstimmung von Erleben, Gedächtnis und Gefühlen und der sogenannten Orientierung zur Person, zum Ort und zur Zeit verstanden wird,<sup>105</sup> fehlt somit während des Anfalls. Das Bewusstsein kehrt nach einer Bewusstlosigkeit erfahrungsgemäss nicht augenblicklich zurück, sondern es dauert einige Minuten, bei manchen Grand-Mal-Anfällen sogar einige Stunden, bis die Betroffenen wieder vollkommen wach sind. Genau diese Phase nach epileptischen Anfällen wird als postparoxysmaler Dämmerzustand bezeichnet. In dieser Phase sind in erster Linie die Orientierung, nebenher aber auch die Aufmerksamkeit, die Auffassung, das zusammenhängende Denken und das Gedächtnis gestört.<sup>106</sup> Typischerweise bewegen sich Betroffene im postiktalen Dämmerzustand von der Bewusstlosigkeit zur vollständigen Wachheit hin. Dabei existieren verschiedene Stufen zwischen der vollständigen Bewusstlosigkeit und der vollständigen Vigilanz, in welchen sich die Einschränkungen der Bewussteinstrübung und der Bewusstseinengung durchaus verändern.

Die Wahrnehmung und Deutung der Umwelt funktioniert unmittelbar nach dem Anfallsgeschehen noch nicht richtig und die Betroffenen sind dadurch hochgradig beeinträchtigt in ihrer Einsichtsfähigkeit. Mindestens zu Beginn des postiktalen Dämmerzustandes muss daher von fehlender Einsichtsfähigkeit ausgegangen werden. Danach sind die verschiedenen Stufen des Bewusstseins zu berücksichtigen, denn mit fortlaufender Aufklärung des Bewusstseins werden die Einschränkungen in der Wahrnehmung schwächer, so dass die Einsichtsfähigkeit letztlich davon abhängt, wie weit das Bewusstsein schon wieder hergestellt ist. Je nach dem, in welcher Phase des postiktalen Dämmerzustandes ein Gewaltdelikt begangen wird, kann die Einsichtsfähigkeit somit ganz oder auch nur teilweise aufgehoben sein.

Aufgrund dieses dynamischen Prozesses gilt es die konkreten Umstände einer Gewalttat im postiktalen Dämmerzustand äusserst präzise und gezielt daraufhin zu untersuchen, in welcher Phase des Dämmerzustandes sich der Täter oder die Täterin befand, als das Gewaltdelikt begangen wurde. Mithin sind die konkreten Umstände des Einzelfalles exakt abzuklären, um später überhaupt eine Aussage treffen zu können, in welcher Ausprägung die Einsichtsfähigkeit allenfalls noch vorhanden war.<sup>107</sup>

### 4.3. Steuerungsfähigkeit

Auf den ersten Blick erstaunt eine Diskussion der Steuerungsfähigkeit im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen vielleicht, umso mehr als in dieser Arbeit verschiedenste Formen von Anfällen vorgestellt wurden, bei welchen das Wort Steuerung absurd klingen mag. Nachdem die Einsichtsfähigkeit, gemäss den vorstehenden Ausführungen, in verschiedenen Konstellationen bei epileptischen Anfällen erhalten bleiben kann, ist der strafrechtlichen Konzeption der Schuldfähigkeit folgend zu prüfen, ob schuldhaftes Handeln an mangelnder Steuerungsfähigkeit scheitert. Die Erörterung erfolgt wiederum in Anlehnung an die verschiedenen Anfallsstadien, wobei die interiktale Phase weiterhin ausgeklammert wird.

<sup>105</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 57.

<sup>106</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 57.

<sup>107</sup> Zur praktischen Vorgehensweise siehe unten Ziff. 5.2.

#### **4.3.1. Steuerungsfähigkeit in der iktalen Phase epileptischer Anfälle**

Einfache fokale Anfälle treten mit verschiedensten Symptomen auf, abhängig von der betroffenen Gehirnregion, in welcher der epileptische Anfall auftritt. Da das Bewusstsein bei allen Varianten erhalten bleibt, ist eingehender zu prüfen, wie es sich im Einzelnen mit der Steuerungsfähigkeit verhält, wobei die kurze Anfallsdauer von nur fünf bis zehn Sekunden, Straftaten im Zusammenhang mit einfachen fokalen Anfällen bereits sehr unwahrscheinlich erscheinen lässt. Motorische fokale Anfälle können in einer spezifischen Form unkontrollierte sprachliche Äusserungen zur Folge haben, wenn das Sprachzentrum betroffen ist. Die Verbalisierungen können nicht kontrolliert werden, weshalb diesbezüglich von aufgehobener Steuerungsfähigkeit auszugehen ist, wenn die Äusserungen allenfalls beschimpfenden Inhaltes wären. In Bezug auf Gewaltdelikte wäre die Steuerungsfähigkeit aber trotz des Anfalls insofern erhalten, als nebst den anfallsbedingten Symptomen, noch Handlungen denkbar sind, mit welchen Menschen verletzt oder gar getötet werden könnten. Der Anfall selbst führt jedenfalls nicht zwangsläufig dazu, dass gezielte Handlungen auszuschliessen sind, wenngleich ein Körperverletzungs- oder Tötungsdelikt im Zusammenhang eines motorisch fokalen Anfalls mit Sprachhemmungen kaum wahrscheinlich ist, weil die Betroffenen im Anfallszeitpunkt mit sich selbst beschäftigt sein dürften. Bei sensiblen fokalen Anfällen verhält es sich zur Steuerungsfähigkeit ebenso, wie bei motorischen Anfällen mit einer Sprechstörung. Es ist nicht einzusehen, weshalb Gefühlsstörungen, wie z.B. ein Kribbeln in einer Körperregion, die Steuerungsfähigkeit beeinträchtigen sollten. Dies gilt gleichermaßen bei sensorischen Anfällen. Soweit allerdings das Sehen beeinträchtigt ist, werden gezielte Handlungen im Hinblick auf Körperverletzungs- oder Tötungsdelikte stark eingeschränkt durch die visuelle Beeinträchtigung. Vegetative fokale Anfälle dürften wiederum kaum Einschränkungen der Steuerungsfähigkeit nach sich ziehen. Einfache fokale Anfälle mit psychischen Symptomen bedingen vorwiegend eine genaue Prüfung der Einsichtsfähigkeit, da Halluzinationen und Ängste bereits die Wahrnehmung beeinträchtigen. Wird die Tatsituation wegen einer Halluzination verkannt, so fehlt es bereits an der Einsicht ins Unrecht des Handeln und nicht an der Steuerung derselben. Die Steuerungsfähigkeit dürfte schliesslich bei einigen psychischen Anfallsvarianten problemlos erhalten bleiben, zu denken ist hierbei an Déjà-vu, Déjà-entendu oder Déjà-vecu Eindrücke oder auch an veränderte Zeit und Körpergefühle. Soweit die Steuerungsfähigkeit bei einfachen Fokalanfällen erhalten bleibt, ist die Schuldfähigkeit gegeben. Allenfalls müsste, abhängig von der Beeinträchtigung durch den konkreten Anfall, geprüft werden, ob die Steuerungsfähigkeit wenigstens teilweise vermindert war. Sollte sich dies feststellen lassen, müsste dies zu einer Strafminderung infolge verminderter Schuldfähigkeit führen. Auren äussern sich im Wesentlichen sehr ähnlich wie einfache fokale Anfälle, wobei dieselben Phänomene auftreten. Aufgrund dieser Parallelen zu den soeben behandelten einfachen fokalen Anfällen verhält es sich mit der Steuerungsfähigkeit bei den Auren genau gleich.

Gewalthandlungen in der iktalen Phase von komplex-fokalen Anfällen sind meistens schon deshalb nicht als schuldhafte Taten zu sehen, weil es an der notwendigen Einsicht ins Unrecht fehlt. Sollte allerdings ausnahmsweise die Einsichtsfähigkeit erhalten bleiben, scheitert die Schuldfähigkeit an der Steuerungsfähigkeit, weil die im Anfall auftretenden Automatismen nicht kontrolliert werden können und es daher an einsichtsgemässem Handeln zweifellos fehlt. Die Schuldfähigkeit ist damit bei Gewaltdelikten während eines komplex-fokalen Anfalls aufgehoben.

### **4.3.2. Steuerungsfähigkeit in der präiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Prodrome als einziges Phänomen vor epileptischen Anfällen, bestehen aus Vorahnungen wie Unruhe, Stimmungsschwankungen, Appetitlosigkeit, Ruhe- und Rastlosigkeit oder Konzentrations- und Schlafstörungen. Die Einsichtsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt und dasselbe gilt auch für die Steuerungsfähigkeit. Zielgerichtete Handlungen sind in dieser Phase jedenfalls noch möglich, weshalb allfällige Gewaltdelikte vor epileptischen Anfällen regelmässig schuldhaft begangen werden, sofern nicht andere die Schuldfähigkeit tangierende Faktoren zu berücksichtigen sind.

### **4.3.3. Steuerungsfähigkeit in der postiktalen Phase epileptischer Anfälle**

Grundsätzlich ist die Einsichtsfähigkeit im postiktalen Dämmerzustand nicht vorhanden, weil sich die Anfallsbetroffenen exakt in dieser Phase, unmittelbar nach dem Anfall, zunächst wieder orientieren und das Bewusstsein wiedererlangen müssen. Die Aufklärung nach dem Anfall ist hingegen ein dynamischer Prozess, was bedeutet, dass das Bewusstsein langsam zurückkehrt. Sofern ein Gewaltdelikt in der Spätphase des postiktalen Dämmerzustandes begangen wird, kann daher nicht in jedem Fall von aufgehobener Einsichtsfähigkeit ausgegangen werden. Ist das Bewusstsein bereits weitgehend wieder hergestellt, dürfte es den Betroffenen möglich sein, das Unrecht ihrer Handlungen einzusehen. Sobald allerdings die Einsichtsfähigkeit bejaht werden kann, sind keine Gründe ersichtlich, weshalb an der Steuerungsfähigkeit zu zweifeln wäre. Für Gewaltdelikte in der Spätphase von postiktalen Dämmerzuständen muss daher in Einzelfällen von Schuldfähigkeit ausgegangen werden. Delikte in dieser Phase haben allerdings auch keinen unmittelbaren Bezug mehr zum vorhergehenden Anfallsgeschehen, es handelt sich mithin nicht mehr um epilepsiebezogene Gewaltdelikte im engeren Sinne.

## **4.4 Actio libera in causa**

Im Grundsatz werden schuldunfähige Täter oder Täterinnen freigesprochen oder das Verfahren wird schon nach der Untersuchung eingestellt. Dieses Resultat ist allerdings stossend, wenn der Täter oder die Täterin den zur Schuldunfähigkeit führenden Zustand selber herbeigeführt hat. Dieser Problematik wird mit dem Konstrukt der sogenannten *actio libera in causa* begegnet. Ein Freispruch soll daher gemäss Art. 19 Abs. 4 StGB selbst bei vollständiger Schuldunfähigkeit nicht ergehen, wenn der Täter oder die Täterin die Schuldunfähigkeit oder die Verminderung der Schuldfähigkeit hätte vermeiden können und kumulativ die in diesem Zustand begangene Tat voraussehen konnte. Während der Schuldausschluss alternativ bei schweren psychischen Störungen, schwerem Intelligenzmangel und schweren Störungen des Bewusstseins möglich ist, beschränkt sich die Anwendung der *actio libera in causa* auf schwere Störungen oder Beeinträchtigungen des Bewusstseins.<sup>108</sup>

### **4.4.1. Die Vermeidbarkeit des schuldausschliessenden Zustands**

Die Regeln der *actio libera in causa* kommen nach dem Wortlaut des Gesetzes nur zur Anwendung, wenn der Täter die Herbeiführung der Schuldunfähigkeit bzw. der verminderten Schuldfähigkeit selbst verschuldet hat. Selbstverschulden ist nicht mit vorsätzlicher Beeinträchtigung des Bewusstseins gleichzusetzen, es liegt schon vor, wenn die Beeinträchtigung des Bewusstseins voraussehbar und vermeidbar war. Insofern genügt für die Anwendung der *actio libera in causa* eine vom Täter verschuldete Schuldunfähigkeit. Auszuschliessen sind allerdings Fälle, in welchen der Täter die Wirkung der von ihm eingenommenen Substanz

---

<sup>108</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 92.

unverschuldet nicht kannte, die Substanz ihm von Dritten verabreicht wurde oder der Täter bereits vor Einnahme der Substanz schuldunfähig war.<sup>109</sup> Egal ist allerdings, mit welchen Mitteln der Täter seine Unzurechnungsfähigkeit herbeigeführt hat.

Epileptische Anfälle können durch gewisse Anfallsauslöser mindestens begünstigt werden, so beispielsweise durch Alkoholexzesse bzw. Alkoholentzug, Schlafmangel, Kokainkonsum oder Videospiele.<sup>110</sup> Diese Risikofaktoren zählen zu den anfallsauslösenden Verhaltensweisen, welche wiederum von Menschen kontrolliert werden können. Diese Faktoren erhöhen aber lediglich die Wahrscheinlichkeit, dass ein Anfall auftritt. Das direkte und willentliche Bewirken eines Anfalls ist, beispielsweise im Gegensatz zum Konsum von Alkohol bis zum Rausch, nicht möglich. Sofern sich Betroffene allerdings den ihnen bekannten Risikofaktoren bewusst aussetzen, kann man durchaus argumentieren, dass ein Anfall in Kauf genommen wurde. Exemplarisch ist an eine Epileptikerin oder einen Epileptiker zu denken, die bzw. der Crack rauchen will, obwohl bekannt ist, dass das Rauchen von Crack einen epileptischen Anfall auslösen kann. Der Anfall ist sodann unerwünschte Nebenfolge, welche indessen zu Gunsten des Kokainkonsums hingenommen wird. Die eventualvorsätzliche Herbeiführung eines Anfalls ist damit denkbar.

Als weitere Variante kommt in Frage, dass Täter oder Täterinnen die ihnen bekannten Risikofaktoren ihres Verhaltens kennen und trotzdem darauf vertrauten, ihr risikoreiches Verhalten werde nicht zu einem Anfall führen. Angesprochen ist damit die (bewusste) fahrlässige Herbeiführung eines epileptischen Anfalls. Soweit den betroffenen Epileptikern und Epileptikerinnen bekannt ist, dass sie bei Schlafmangel, Kokainkonsum oder anderen Faktoren ein massiv erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle schaffen, so ist das Auftreten eines Anfalls für sie ohne weiteres voraussehbar. Dasselbe gilt auch für Nichてepileptiker und Nichてepileptikerinnen, die schon einmal einen Gelegenheitsanfall erlitten haben, der auf eine spezifische, beeinflussbare Ursache zurückgeführt werden konnte. Diese Schlussfolgerung ist bei Nichてepileptikerinnen und Nichてepileptikern aber insofern zu relativieren, als Gelegenheitsanfälle zeitlich mehrere Jahre auseinander liegen können und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens weit weniger gut zu bestimmen ist, wie bei den eigentlichen Epileptikerinnen und Epileptikern. Die Voraussehbarkeit eines Gelegenheitsanfalls dürfte in solchen Fällen, mit fortschreitender Zeitspanne seit dem letzten Anfallsereignis, geringer werden. Entscheidend sind die konkreten Umstände des Einzelfalles bezogen auf die auslösende Verhaltensweise, den zeitlichen Intervall zwischen den Anfällen und die Art des Anfalls. Auszuschliessen wäre die Voraussehbarkeit eines Gelegenheitsanfalls mindestens dann, wenn seit dem letzten Gelegenheitsanfall die risikobehaftete Verhaltensweise bereits mehrfach in gleicher Art wiederholt wurde, ohne dass ein Anfall stattfand. Insgesamt kann die Voraussehbarkeit eines Anfalls für Epileptiker und Epileptikerinnen mit bekannten anfallsauslösenden Verhaltensweisen bejaht werden, bei Nichてepileptikern und Nichてepileptikerinnen kann dies nur mit Zurückhaltung gelten. Da menschliches Tun kontrollierbar ist, sind anfallsauslösende Verhaltensweisen problemlos vermeidbar. Zusammenfassend ist die selbstverschuldeten Auslösung eines epileptischen Anfalls durch pflichtwidrige Nichtbeachtung der bewussten Risikofaktoren möglich. Es ist in dieser Konstellation von bewusster Fahrlässigkeit auszugehen.

Selbst die unbewusste Fahrlässigkeit ist allerdings denkbar. Sofern Epileptiker oder Epileptikerinnen geltend machen, ein Risikofaktor für das Auftreten eines epileptischen Anfalls sei

---

<sup>109</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 97.

<sup>110</sup> Dazu ausführlich oben Ziff. 2.4.

ihnen nicht bewusst gewesen, reicht dies noch nicht zur Exkulpation. Sofern objektiv betrachtet die Vorhersehbarkeit eines Anfalls bejaht werden kann, was z.B. der Fall sein dürfte, wenn ein Arzt die betreffenden Epileptiker oder Epileptikerinnen auf die bekannten Anfallsauslöser hingewiesen hat, so handeln letztere pflichtwidrig, wenn sie die Warnungen nicht beachtet und darauf vertraut haben, ihr Verhalten werde schon keinen Anfall zur Folge haben. Darüber hinaus ist zu beachten, dass schwerere Anfälle manchmal durch Prodrome oder Auren angekündigt werden. Kam es vor dem Anfall zu solchen Erscheinungen, muss die Voraussehbarkeit des Anfalls mit allen seinen Folgen bejaht werden.

Die durch einen epileptischen Anfall hervorgerufene Schuldunfähigkeit kann somit selbstverschuldet bewirkt worden sein, sofern die betreffenden Epileptiker oder Epileptikerinnen die anfallsauslösenden Risikofaktoren nicht beachtet haben. Es gilt jedoch darauf hinzuweisen, dass nur bei einem beschränkten Teil der epileptischen Anfälle eine Ursache und damit ein Risikofaktor benannt werden kann. Existieren solche nicht, scheidet eine vom Täter oder der Täterin verschuldeten Unzurechnungsfähigkeit von vornherein aus.

#### 4.4.2. Die Voraussehbarkeit der Tat

Nebst der selbstverschuldet herbeigeführten Schuldunfähigkeit muss als zweite Voraussetzung die in diesem Zustand begangene Tat für den Täter oder die Täterin voraussehbar gewesen sein. Diesbezüglich wird zwischen der vorsätzlichen und der fahrlässigen *actio libera in causa* unterschieden. Falls zu Beginn der schulhaften Herbeiführung der Bewusstseinsstörung die spätere Tatbegehung mindestens ernsthaft in Betracht gezogen und insofern in Kauf genommen wurde, liegt eine vorsätzliche *actio libera in causa* vor. Wird zu Beginn der schulhaften Herbeiführung der Bewusstseinsstörung zwar die Tatbegehung vorhergesehen, aber darauf vertraut, die Straftat werde nicht begangen, liegt fahrlässige *actio libera in causa* vor. Von fahrlässiger *actio libera in causa* ist zudem auch dann auszugehen, wenn der Täter oder die Täterin die spätere Tat nicht vorhergesehen hat, diese aber objektiv vorhersehbar war.<sup>111</sup>.

Die vorsätzliche *actio libera in causa* kommt nur in Betracht, wenn Täter oder Täterinnen ihre Schuldunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt haben oder diese durch ihr Verhalten mindestens in Kauf nahmen. Zweitens müssen Täter und Täterinnen einen Vorsatz oder Eventalvorsatz bilden im Hinblick auf die Begehung eines Delikts und letztlich ist dieser gebildete Vorsatz auch durchzuhalten und die bezweckte Tat ist zu begehen. BOMMER spricht diesbezüglich vom erforderlichen "Dreifachvorsatz".<sup>112</sup> Im Zusammenhang mit epilepsiebezogenen Gewaltdelikten bedeutet dies konkret, dass zur Annahme einer vorsätzlichen *actio libera in causa* mindestens das Eintreten eines Anfalls in Kauf genommen und vor dem Anfall bereits der Vorsatz gebildet werden musste eine Gewalttat gegen einen bestimmten Menschen zu begehen. Hinzu kommt, dass der Tatplan bis zur Begehung des Delikts auch umgesetzt und durchgehalten werden muss. Die eventalvorsätzliche Herbeiführung eines Anfalls ist mindestens theoretisch denkbar. Die Provokation eines Anfalls ist im Endeffekt aber wenig sinnvoll zur Ausführung eines Gewaltdelikts, ist doch unerfindlich, weshalb beispielsweise das Auftreten eines komplex-fokalen oder generalisiert tonisch-klonischen Anfalls in Kauf genommen werden soll, wenn eine Gewalttat gegen einen bestimmten Menschen während eines komplex-fokalen Anfalls oder im postiktalen Dämmerzustand begangen werden soll. Hinzu kommt, dass der gewillte Täter bzw. die deliktsbereite Täterin gar nicht in der Lage ist, den zuvor ge-

<sup>111</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 98; DONATSCH/TAG, Strafrecht I, S. 269.

<sup>112</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 99.

fassten Vorsatz respektive den Tatplan durchzuziehen. Während eines komplex-fokalen Anfalls kommt es als Auswirkung des Anfalls zu Automatismen. Dabei handelt es sich um unwillkürliche Muskelkontraktionen und diese unterliegen gerade nicht der Kontrolle der Betroffenen, weshalb das Durchhalten eines Tatplans unmöglich erscheint. Im postiktalen Dämmerzustand können die Betroffenen zwar ihre Handlungen wieder mehr oder minder steuern, zu Gewaltdelikten kommt es allerdings nur, wenn die Betroffenen nach dem Anfall durch gut gemeinte Hilfe von Dritten provoziert werden.<sup>113</sup> Diese Umstände sind nicht vereinbar mit einem Vorsatz, der vor dem Anfall gefasst wurde, weil es einerseits nicht vom Verhalten der betroffenen Epileptiker und Epileptikerinnen abhängt, ob die Drittperson die Hilfestellung leistet und andererseits die Hilfe auch nicht zwingend eine aggressive Reaktion provozieren muss. Epilepsiebezogene Gewalttaten führen somit nach den Regeln der vorsätzlichen *actio libera in causa* nicht zu einer strafrechtlichen Verantwortung der Betroffenen.

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf den vorsätzlichen Körperverletzungs- und Tötungsdelikten. Von fahrlässiger *actio libera in causa* ist indessen auch bei vorsätzlich begangenen Delikten auszugehen, sofern der Täter oder die Täterin pflichtwidrig nicht bedacht hat, dass bei schuldhaft bewirkter Unzurechnungsfähigkeit eine Gewalttat begangen werden könnte.<sup>114</sup> Entscheidend zur Annahme einer Pflichtwidrigkeit ist die Vorhersehbarkeit der begangenen Tat, welche nach ihrer Art und bezogen auf Zeit und Ort wenigstens in groben Zügen bestimmbar gewesen sein muss.<sup>115</sup>

Im hier interessierenden Kontext bedeutet dies, dass ein Täter oder eine Täterin für ein Gewaltdelikt während eines komplex-fokalen Anfalls oder im postiktalen Dämmerzustand verantwortlich gemacht werden könnte, wenn das begangene Körperverletzungs- oder Tötungsdelikt vor dem Anfall mindestens bezüglich Zeit und Ort sowie hinsichtlich des Opfers in groben Zügen bestimmbar war. Genau an dieser Bestimmtheit der Tat scheitert indessen die Verantwortlichkeit auch nach den Regeln der fahrlässigen *actio libera in causa*. Vorsätzliche Gewaltdelikte richten sich regelmässig gegen bestimmte Personen. Nachdem das Auftreten eines Anfallsgeschehens regelmässig dem Zufall überlassen ist, lässt sich nicht vorhersehen, dass ein bestimmter Mensch im komplex-fokalen Anfall oder im postiktalen Dämmerzustand verletzt wird. Dies gilt umso mehr, als Ort und Zeit des Anfalls und damit auch des epilepsiebezogenen Gewaltdelikts genau so wenig vorherzusehen sind.

Abschliessend ist daher zu konstatieren, dass schuldhaftes Handeln, mit dem Konstrukt der *actio libera in causa*, bei epilepsiebezogenen und vorsätzlich begangenen Gewaltdelikten nicht begründet werden kann.

#### **4.5 Selbstverschuldete Unzurechnungsfähigkeit**

Das Strafgesetzbuch sieht in Art. 263 StGB einen speziellen Tatbestand vor, der mit dem Schuldprinzip eigentlich nicht vereinbar ist.<sup>116</sup> Gemäss dieser Bestimmung wird nämlich bestraft, wer infolge selbstverschuldeter Trunkenheit oder Betäubung unzurechnungsfähig ist und in diesem Zustand eine als Verbrechen oder Vergehen bedrohte Tat verübt.<sup>117</sup> Im Vorder-

<sup>113</sup> SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 39.

<sup>114</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 105.

<sup>115</sup> BOMMER, BSK-Strafrecht I, Art. 19 N 104.

<sup>116</sup> Nach der Ansicht von TRECHSEL/NOLL, Strafrecht Allgemeiner Teil I, S. 158; führe die Bestimmung zu reiner Erfolgshaftung; TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 263 N 1 m.w.H.

<sup>117</sup> Art. 263 Abs. 1 StGB.

grund steht dabei, nach grammatischer Auslegung des Gesetzestextes, die schwere Trunkenheit oder die Betäubung durch den Konsum von Rauschmitteln, also Drogen oder berauschenden Medikamenten. Strafbar machen kann sich also, wer sich selbst in einen derartigen Rauschzustand versetzt, dass er oder sie als schuldunfähig gilt und in diesem Zustand überdies ein Verbrechen oder Vergehen begeht. Epileptische Anfälle können durch den Konsum von Alkohol und Kokain durchaus begünstigt werden.<sup>118</sup> Tritt als Folge des Alkohol- oder Kokainkonsums hingegen ein epileptischer Anfall auf, so stellt dieser keinen Rauschzustand, sondern vielmehr eine Funktionsstörung von Nervenzellen des Gehirns dar, weshalb Art. 263 StGB, der gerade Rauschtaten<sup>119</sup> für strafbar erklärt, nicht einschlägig ist. Der Straftatbestand scheitert deswegen bereits an der objektiven Strafbarkeitsbedingung der Rauschtat, weshalb er im Kontext von epilepsiebezogenen Gewalttaten ohne Bedeutung bleibt.

#### 4.6. Schlussfolgerung

Zunächst sind sowohl die Einsichts- und die Steuerungsfähigkeit in der präiktalen Phase von epileptischen Anfällen erhalten, weshalb bei Gewaltdelikten in der Prodromalphase volle Schuldfähigkeit vorliegt. Soweit Gewaltdelikte im nahen zeitlichen Kontext von einfachen fokalen Anfällen oder Auren auftreten sollten, ist die Einsichtsfähigkeit regelmäßig erhalten. Als Ausnahme sind die einfachen fokalen Anfälle und die Auren mit psychischen Symptomen, insbesondere solche halluzinatorischer Natur, zu bezeichnen, bei welchen die Einsichtsfähigkeit infolge der Wahnvorstellungen aufgehoben sein kann. Erhalten bleibt auch die Steuerungsfähigkeit bei diversen Formen von einfachen fokalen Anfällen und Auren während der Anfälle, so insbesondere bei sensiblen und vegetativen sowie teilweise bei motorischen, sensorischen und psychischen Symptomen. Zur Beurteilung der Schuldfähigkeit sind hier die Besonderheiten des Einzelfalles entscheidend.

Demgegenüber ist bei epilepsiebezogenen Gewalttaten in der iktalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls oder im postiktalen Dämmerzustand nach komplex-fokalen und generalisiert tonisch-klonischen Anfällen im Regelfall von Schuldunfähigkeit auszugehen, weil schon die Einsichtsfähigkeit aufgehoben ist. Dasselbe gilt bei den übrigen Anfallsformen mit einhergehenden Bewusstseinsbeeinträchtigungen. Sofern in der iktalen Phase von komplex-fokalen Anfällen ausnahmsweise die Einsichtsfähigkeit noch erhalten bleibt, schliesst die mangelnde Steuerungsfähigkeit der hier typischerweise auftretenden Automatismen schuldhaftes Handeln endgültig aus. Im postiktalen Dämmerzustand gilt es zu beachten, dass das Bewusstsein in dieser Phase kontinuierlich aufklart, weshalb die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit von den konkreten Umständen des Einzelfalles abhängen und daher sehr detailliert zu untersuchen sind. Es erscheint mindestens denkbar, dass am Ende des Dämmerzustandes sowohl die Einsichts-, als auch die Steuerungsfähigkeit bereits wieder soweit vorhanden sind, dass schuldhafte Gewalthandlungen wenigstens nicht gänzlich auszuschliessen sind.

Sofern die Schuldfähigkeit zu verneinen ist, was bei epilepsiebezogenen Gewalttaten im engeren Sinne die Regel ist, lässt sich eine strafrechtliche Verantwortlichkeit nicht mit den Regeln der *actio libera in causa* begründen. Dabei scheitert deren Anwendung weniger an der Vermeidbarkeit eines Anfalls, als vielmehr an der Voraussehbarkeit der nachfolgend begangenen Straftat. Die Anwendbarkeit von Art. 263 StGB scheitert bereits an der fehlenden objektiven Strafbarkeitsbedingung der Rauschtat.

<sup>118</sup> Siehe oben Ziff. 2.4.1. und 2.4.2.

<sup>119</sup> Nach Meinung von TRECHSEL/VEST, StGB Praxiskommentar, Art. 263 N 4; sei die Rauschtat objektive Strafbarkeitsbedingung.

## 5. Praxisüberlegungen

Straftaten im Kontext eines epileptischen Geschehens sind selten, doch sie kommen vor. Erst im Mai 2013 verhandelte das Bezirksgericht Zürich eine Anklage wegen fahrlässiger Tötung gegen einen Epileptiker, welcher während dem Lenken seines Fahrzeugs einen Anfall erlitten hatte und dabei am Bürkliplatz in Zürich zwei Fischer tötete.<sup>120</sup> Im März 2012 verhandelte das Landgericht Hamburg einen ähnlichen Fall, wobei es allerdings den epilepsiekranken Todesfahrer zu einer erheblichen Freiheitsstrafe von drei Jahren und sechs Monaten verurteilte.<sup>121</sup> Die Internetrecherche führte sehr schnell zu diesen beiden und weiteren, hier nicht im Detail erwähnten, Fällen, in welchen allerdings immer wegen eines Fahrlässigkeitsdelikts, meist im Zusammenhang mit dem Strassenverkehr, Anklage erhoben wurde. Ein Bericht über eine Gerichtsverhandlung wegen eines Gewaltdelikts forderte die Recherche nicht zu Tage. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass solche Fälle wohl kaum je zur Anklage kommen. Nichts desto trotz beweist der einleitende Anlassfall, dass Delikte mit epileptischem Kontext nicht nur im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen vorkommen. Im Alltag von Polizei und Staatsanwaltschaft ist jedenfalls mit Gewalttaten und Delikten aus dem strassenverkehrsrechtlichen Bereich im Kontext eines epileptischen Geschehisses zu rechnen, weshalb praxisbezogene Erörterungen zum Umgang mit dieser speziellen Materie hier nicht fehlen dürfen.

### 5.1. Sind Gewaltdelikte bei epileptischen Anfällen typisch?

Diese provokative Frage mag angesichts der bisherigen Ausführungen erstaunen. Tatsächlich ist der Ursprung dieser Fragestellung im 19. Jahrhundert verankert. Cesare Lombroso vertrat in seinem Werk "L'uomo delinquente" die Behauptung, dass die meisten Kriminellen Epileptiker seien oder mindestens einen epileptoiden Hintergrund hätten.<sup>122</sup> Aus heutiger Sicht erscheint diese Theorie absurd und tatsächlich wurden die Behauptungen von Lombroso auch bald widerlegt. Dennoch blieb aber die Idee einer Verbindung zwischen Gewalttaten und Epilepsie, noch lange populär, selbst als die Theorie von Lombroso schon längst obsolet war.<sup>123</sup> Der mögliche Kontext zwischen Epilepsie und Gewalttaten wurde so noch 1980 mit der Frage thematisiert, ob Gewalt eine Manifestation der Epilepsie sein könnte. Der Autor resümiert zur Thematik, so lange nicht Einigkeit herrsche bezüglich der Fragen, wann psychomotorische Symptome als psychomotorische Anfälle gelten und wann krampflösende Medikamente Gewaltausbrüche einschränken können, bleibe die Uneinigkeit bestehen, ob iktales oder postiktale Aggression in einem Zusammenhang zur Epilepsie steht.<sup>124</sup> Mit diesem Artikel wurde eine fachliche Diskussion zur Hypothese einer Korrelation zwischen Gewalt und Epilepsie angelegt.<sup>125</sup> Im Jahre 1981 wurde zu diesem Thema eine Studie verfasst, nachdem seit 1977 in zwölf Fällen Gewaltverbrecher auf Schuldunfähigkeit wegen Epilepsie plädiert hatten. Ein

<sup>120</sup> Siehe den Artikel "Das erste Mal, dass mich die Epilepsie verraten hatte" in der NZZ vom 8. Mai 2013, [http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt\\_region/das-erste-mal-dass-mich-die-epilepsie-verraten-hatte-1.18077888](http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt_region/das-erste-mal-dass-mich-die-epilepsie-verraten-hatte-1.18077888), letztmals besucht am 30. Juni 2013.

<sup>121</sup> Siehe den Artikel "Unfall-Urteil: Hohe Haftstrafe für Hamburger Todesfahrer" im Spiegel Online vom 5. Juni 2012, <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/hamburger-todesfahrer-von-eppendorf-zu-dreieinhalf-jahren-verurteilt-a-837025.html>, letztmals besucht am 30. Juni 2013.

<sup>122</sup> KRÄMER, Lexikon, S. 834 m.N.

<sup>123</sup> KANEMOTO et al., Violence and postictal psychosis, S. 162.

<sup>124</sup> PINCUS, Can violence be a manifestation of epilepsy? Neurology 1980; 30; 304-307.

<sup>125</sup> Vgl. JAFFE R., Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1337; BERGEN D./KESSLER E./MADDEN T., Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1337-1338; WATTS C., Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1339 und BERESFORD H. R., Can violence be a manifestation of epilepsy? Letter to the editor. Neurology 1980; 30; 1339-1340.

Ausschuss von mehreren Epilepsie-Spezialisten untersuchte im Videostudium 19 Patienten bzw. 33 epileptische Anfälle und stellte dabei aggressive Reaktionen verschiedenster Art fest, welche hernach von den Experten bewertet wurden.<sup>126</sup> Der Ausschuss entwickelte gestützt auf ihre Erkenntnisse fünf Kriterien zur Diagnose einer epilepsiebezogenen Gewalt.<sup>127</sup> Diese Kriterien wurden später von HINDLER vereinfacht und beanspruchen noch heute ihre Gültigkeit. Demnach müssen zur Annahme epilepsiebezogener Gewalt folgende Kriterien erfüllt sein: Erstens benötigt es eine sichere Epilepsiediagnose durch einen Neurologen mit Spezialkenntnissen in der Epilepsie. Zweitens muss die Kriminalität im Widerspruch zur Persönlichkeit des Beschuldigten stehen. Drittens muss die Tat unmotiviert und unvorbereitet durchgeführt worden sein. Viertens müssen die EEG-Befunde mit einer Epilepsie kompatibel sein und letztlich muss eine Bewusstseinsstörung mit partieller oder totaler Amnesie für die Tat vorliegen.<sup>128</sup>

Im Vergleich zu diesem reichen Diskurs am Ende des letzten Jahrhunderts, herrscht heute allerdings weitgehende Einigkeit mit der Auffassung von SCHMITZ/TRIMBLE: "Aggressivität bei Epilepsie ist nur selten die unmittelbare Folge epileptischer Aktivität...Gezielte aggressive Handlungen in epileptischen Anfällen sind aber ausgesprochen selten, auch wenn unglückliche Verletzungen z.B. bei hypermotorischen Anfällen oder in der postiktalen Verwirrung vorkommen können."<sup>129</sup> Zu dieser Erkenntnis führen auch die Ausführungen in dieser Arbeit, weshalb hier bezugnehmend auf die Eingangsfrage der klare Merksatz aufgestellt werden kann: Gewaltdelikte im Kontext eines epileptischen Anfalls kommen zwar in seltenen Fällen vor, sie gehen allerdings bestimmt nicht typischerweise mit einer Epilepsie bzw. mit epileptischen Anfällen einher.

## 5.2. Zur Vorgehensweise im Vorverfahren

Das Vorverfahren setzt sich aus dem polizeilichen Ermittlungsverfahren und der Untersuchung der Staatsanwaltschaft zusammen.<sup>130</sup> Das Ziel des Vorverfahrens ist, ausgehend von einem Tatverdacht, Erhebungen anzustellen und Beweise zu sammeln zur Feststellung, ob ein Strafbefehl zu erlassen, Anklage zu erheben oder das Verfahren einzustellen ist.<sup>131</sup> Zur Einleitung eines Vorverfahrens kommt es aber regelmässig nur dann, wenn die Polizei selber ein Delikt festgestellt hat oder das Opfer eine Anzeige erstattet. Im Kontext von epilepsiebezogenen Gewalttaten gilt es zu beachten, dass, wenn überhaupt, Angehörige oder Freunde von allfälligen Attacken während bzw. insbesondere in der postiktalen Phase eines Anfalls betroffen sind. Sofern der Angriff keine allzu gravierenden Verletzungen hinterlässt, werden die Strafverfolgungsbehörden daher oft gar keine Kenntnis von der Straftat erhalten, weshalb eine strafrechtliche Aufarbeitung des Geschehens ausbleibt.

Sofern hingegen keine Bezugspersonen des agierenden Epileptikers bzw. der agierenden Epileptikerin betroffen sind, dürfte regelmässig Anzeige erstattet werden und das Vorverfahren wird eingeleitet. Die Polizei klärt in diesem Fall den für die Straftat relevanten Sachverhalt durch entsprechende Ermittlungen ab. Diese zusammengetragenen Erkenntnisse muss die Polizei der Staatsanwaltschaft übermitteln. Die Polizei kann also, selbst wenn sie infolge ei-

<sup>126</sup> Siehe oben Fn. 63 und 64.

<sup>127</sup> DELGADO-ESCUETA et al., The nature of aggression during epileptic seizures, S. 555 f.

<sup>128</sup> HINDLER, Epilepsy and violence, S. 246-249.

<sup>129</sup> SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, S. 41.

<sup>130</sup> Art. 299 Abs. 1 StPO.

<sup>131</sup> Art. 299 Abs. 2 StPO.

nes Gewaltaktes im Rahmen eines epileptischen Anfalls bereits selber Zweifel an der Schuldfähigkeit des Angreifers haben sollte, das Vorverfahren nicht selber gesetzeskonform abschliessen. Sofern sich aus den polizeilichen Akten ein hinreichender Tatverdacht ergibt, eröffnet die Staatsanwaltschaft eine Strafuntersuchung,<sup>132</sup> in welcher der Sachverhalt in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht so weit abgeklärt werden muss, dass das Vorverfahren in einer der eingangs erwähnten Formen abgeschlossen werden kann.<sup>133</sup>

Das Verfahren bei Gewaltdelikten mit epileptischem Kontext unterscheidet sich auf den ersten Blick nicht wesentlich von den Ermittlungen und Beweiserhebungen bei anderen Gewalttaten. Dennoch sind einige Besonderheiten zu beachten, damit nach Abschluss der Strafuntersuchung keine ungeklärten Fragen offen bleiben.

Zunächst wäre es wünschenswert, wenn die Polizei bei Gewaltdelikten mit epileptischem Bezug unverzüglich die Staatsanwaltschaft informiert. In den meisten Kantonen wurden gestützt auf Art. 307 Abs. 1 und 2 StPO Weisungen zur Informationspflicht der Polizei an die Staatsanwaltschaft erlassen.<sup>134</sup> In den meisten Weisungen findet sich der Passus, wonach die Polizei die Staatsanwaltschaft, unabhängig vom Vorliegen einer schweren Straftat oder eines schweren Ereignisses im Sinne von Art. 307 Abs. 1 StPO, auch dann unverzüglich zu informieren hat, wenn ein Verfahren besondere Problemstellungen erkennen lässt.<sup>135</sup> Diese Informationspflicht ist Ausfluss des in Art. 307 Abs. 2 StPO verankerten Weisungsrechts der Staatsanwaltschaft, welches nur wahrgenommen werden kann, sofern diese überhaupt eine Information erhält. Eine epilepsiebezogene Gewalttat ist, schon wegen ihrer Seltenheit, zweifellos kein gewöhnlicher Strafsachverhalt, weshalb hier eine unverzügliche Meldung der Polizei an die Staatsanwaltschaft dringend angezeigt ist. Die zeitnahe Information der Staatsanwaltschaft ist allerdings nicht nur wegen des Seltenheitswerts eines solchen Falles gerechtfertigt, wie die nachfolgend dargestellten Besonderheiten zeigen.

### **5.2.1. Der erste Angriff**

Eine Gewalttat mit Bezug zu einem epileptischen Anfall erfordert bereits von Beginn weg besondere Massnahmen. In aller Regel treffen die ersten Polizisten am Tatort ein, wenn nicht nur die Tat, sondern gerade auch das epileptische Anfallsgeschehen längst beendet ist. Sofern die mutmasslichen Täter und Täterinnen geltend machen, sie hätten einen epileptischen Anfall erlitten und möchten sich an eine von ihnen verübte Gewalttat überhaupt nicht erinnern, wird das erste Problem offensichtlich. Die Behauptung eines epileptischen Anfallsgeschehens ist letztlich zu beweisen. Eine wichtige Möglichkeit zum objektiven Nachweis eines Anfallsgeschehens ist die Ableitung eines Elektroenzephalogramms (EEG), mit welchem, wenigstens bei manchen Anfallsformen, sogenannt epilepsiotypische Potenziale nachgewiesen werden können.<sup>136</sup> Das Vorkommen dieser Potenziale beweist zwar ein vorhergehendes Anfallsgeschehen.

<sup>132</sup> Art. 309 Abs. 1 lit. a StPO.

<sup>133</sup> Art. 308 Abs. 1 StPO.

<sup>134</sup> „Weisung Information der Staatsanwaltschaft durch die Kantonspolizei“ vom 30. August 2010, Staatsanwaltschaft des Kantons Bern, [http://www.justice.be.ch/justice/de/index/justiz/organisation/staatsanwaltschaft/downloads\\_publikationen/weisungen\\_und\\_richtlinien.assetref/content/dam/documents/Justice/STAW/de/Weisung\\_Information%20Oder%20Staatsanwaltschaft%20durch%20die%20Kantonspolizei.pdf](http://www.justice.be.ch/justice/de/index/justiz/organisation/staatsanwaltschaft/downloads_publikationen/weisungen_und_richtlinien.assetref/content/dam/documents/Justice/STAW/de/Weisung_Information%20Oder%20Staatsanwaltschaft%20durch%20die%20Kantonspolizei.pdf), letztmals besucht am 13. Juni 2013.

<sup>135</sup> „Weisung Nr. 1, Information der Staatsanwaltschaft durch die Schaffhauser Polizei“ (Stand: 1. Juni 2012), Staatsanwaltschaft des Kantons Schaffhausen, Ziff. 5.1,

[http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Staatsanwaltschaft/Weisung\\_Nr.\\_1\\_-Information\\_der\\_StA\\_durch\\_die\\_SH\\_Pol.PDF](http://www.sh.ch/fileadmin/Redaktoren/Dokumente/Staatsanwaltschaft/Weisung_Nr._1_-Information_der_StA_durch_die_SH_Pol.PDF), letztmals besucht am 30. Juni 2013.

<sup>136</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 231 f.

schehen oder eine Epilepsie nicht unmittelbar, immerhin kann das EEG aber wichtige Informationen für die Beurteilung liefern, ob tatsächlich ein Anfall erfolgte. Aus diesem Grund kann darauf kaum verzichtet werden. Das EEG liefert während der iktalen Phase des Anfalls die aussagekräftigsten Ergebnisse.<sup>137</sup> Ein Anfalls-EEG ist im Nachgang einer Straftat selbstverständlich nicht mehr möglich, doch innerhalb von 24 Stunden nach einem Anfall liegt die Sensitivität von epilepsiotypischen Potenzialen immer noch bei rund 50%.<sup>138</sup> Diese Chance, wenigstens ein objektives Indiz bezüglich des möglichen Anfalls zu erhalten, sollte daher genutzt werden. Im Zuge des ersten Angriffs muss daher sichergestellt werden, dass die einen epileptischen Anfall behauptenden Tatverdächtigen, möglichst rasch einem Neurologen oder einer Neurologin bzw. noch besser einem Epileptologen oder einer Epileptologin vorgeführt werden. Diese sollten in diesem Zusammenhang auch gleich die allgemeine Anamnese inkl. körperlicher Untersuchung vornehmen, weil in der ersten Zeit nach dem Anfall noch körperliche Veränderungen bestehen können und die Untersuchung wichtige Hinweise auf die Art des Anfalls und manchmal gar zur Ursache liefern kann.<sup>139</sup> Als Beispiel einer solchen Verletzung ist an den Zungenbiss zu denken, der ein körperliches Zeichen für einen generalisiert tonisch-klonischen Anfall sein kann, insbesondere dann, wenn der Biss auf einer Seite der Zunge festgestellt werden kann.<sup>140</sup> Die Untersuchung durch Sachverständige bedarf eines Gutachtensauftrages der Staatsanwaltschaft, weshalb eben, gerade wegen der zeitlichen Dringlichkeit, die unverzügliche Information der Staatsanwaltschaft unabdingbar ist. Die Untersuchung selbst dürfte durchaus auch im Interesse der mutmasslichen Epilepsietäter resp. der mutmasslichen Epilepsietäterinnen sein, weshalb kaum Widerstand zu erwarten ist.

Nebst dieser ärztlichen Untersuchung durch spezialisierte Fachleute, ist auch bei epilepsiebezogener Gewalt die übliche Präzision bei der Tatortarbeit gefordert. Insbesondere kommt der Erhebung sämtlicher Zeugen des Geschehens eine gewichtige Bedeutung zu, weil die Diagnose eines epileptischen Anfalls oftmals nur aufgrund der Beschreibungen von Drittpersonen möglich ist.<sup>141</sup>

### 5.2.2. Einvernahmen

Gerade weil die Beschreibung des Geschehens wohl das wichtigste Puzzleteil ist, um eine epilepsiebezogene Gewalttat nachzuweisen oder auszuschliessen, kommt auch den Einvernahmen von Opfern, Zeugen bzw. Zeuginnen und sofern möglich der Tatverdächtigen eine gewichtige Bedeutung zu. Es handelt sich somit nicht um Standardeinvernahmen zu einer Gewalttat, bei welcher die üblichen Routinefragen abzuhandeln sind. Das Verhalten der Tatverdächtigen rund um den gesamten Gewaltakt muss bei Opfern und Zeugen bzw. Zeuginnen umfassend erfragt werden. Dabei interessieren nicht nur die konkreten Tathandlungen, sondern gerade auch das Verhalten der Tatverdächtigen vor und nach der Tat. Namentlich gilt es gezielte Fragen im Hinblick auf ein epileptisches Geschehen zu stellen, welche nachfolgend für die Sachverständigen von zentraler Bedeutung sind, um den Ablauf des Gewaltaktes hinsichtlich der Schuldfähigkeit beurteilen zu können. Sachdienlich ist hier sicherlich die Beachtung von methodischen Checklisten zur Anfallsbeobachtung, die heutzutage auf dem Internet

---

<sup>137</sup> Schweizerische Epilepsie-Stiftung, Informationsblätter über Epilepsie, EEG und Epilepsie, [http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/EEG\\_und\\_Epilepsie.pdf](http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/EEG_und_Epilepsie.pdf), letztmals besucht am 13. Juni 2013.

<sup>138</sup> SCHMITZ/TRIMBLE, Psychiatrische Epileptologie, Bd. 2, Tabelle 1.1.7.5, S. 16.

<sup>139</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 226.

<sup>140</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 227.

<sup>141</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 225.

kostenlos zur Verfügung stehen.<sup>142</sup> Die Einvernahmen von Opfern und Zeuginnen bzw. Zeugen sollten in diesem speziellen Fall möglichst durch die Staatsanwaltschaft selbst durchgeführt werden. Sofern sehr viele Personen befragt werden müssen, erscheint auch eine (teilweise) Delegation an die Polizei möglich,<sup>143</sup> wobei die entscheidenden Fragen zur Anfallsbeobachtung sinnvollerweise vorher abzusprechen sind.

Da Epilepsie-Kenntnisse für die Einvernahmen von Vorteil wären, könnte man sich fragen, ob nicht den Sachverständigen die Befragung der Drittpersonen überlassen werden soll. Hierbei muss allerdings bedacht werden, dass in erster Linie die Strafverfolgungsbehörden die nötigen Beweismittel zu erheben haben und Einvernahmen gemäss Art. 142 StPO grundsätzlich der Polizei, der Staatsanwaltschaft (oder der Übertretungsstrafbehörde) und den Gerichten vorbehalten sind. Sachverständige können zwar einfache Erhebungen im Zusammenhang mit dem Gutachtensauftrag selber vornehmen und dazu auch Beschuldigte und Drittpersonen befragen.<sup>144</sup> Davon sollte zurückhaltend Gebrauch gemacht werden. Es ist nicht die primäre Aufgabe der Gutachter und Gutachterinnen Einvernahmen unter Beachtung sämtlicher Formalitäten, wie bspw. der Teilnahmerechte, durchzuführen. Die formellen Vorgaben wären indessen einzuhalten, um überhaupt verwertbare Aussagen zu generieren. Die notwendigen Informationen mittels Einvernahmen sind durch die Staatsanwaltschaft, allenfalls in Kooperation mit der Polizei, zu erheben, so dass die Sachverständigen letztlich nur noch ergänzende Angaben erheben müssen, sofern dies notwendig erscheint.

Die Einvernahme der Tatverdächtigen eines epilepsiebezogenen Gewaltdelikts kann sich schliesslich schwierig gestalten. Sofern der Gewaltakt nämlich effektiv in der iktalen oder postiktalen Anfallsphase erfolgte, liegt diesbezüglich regelmässig eine durch die Bewusstseinsstörung verursachte Amnesie vor, welche es ernst zu nehmen gilt. Die Einvernahme der beschuldigten Person wird sich in diesem Falle auf die Zeit vor und nach dem Anfall konzentrieren müssen, konkrete Fragen zum Anfall oder zum Delikt werden aufgrund der Amnesie keine Erkenntnisse bringen.

### 5.2.3. Gutachten

Das Führen einer Strafuntersuchung wegen eines epilepsiebezogenen Gewaltdelikts erfordert in jedem Falle besondere Kenntnisse und Fähigkeiten. Diese fehlen den Strafverfolgungsbehörden zweifellos, weshalb der Bezug von Sachverständigen unabdingbar ist.<sup>145</sup> Nebst den auf Epilepsie spezialisierten Neurologen oder Neurologinnen, welche im Optimalfall bereits im Rahmen des ersten Angriffs beigezogen werden, ist auch der Bezug eines forensischen Psychiaters oder einer forensischen Psychiaterin notwendig, weil letztlich die Schuldfähigkeit der Tatverdächtigen beim Entscheid, ob das Vorverfahren mit einer Einstellung oder einer Anklage abzuschliessen ist, die zentrale Frage sein wird. Gutachten zur Schuldfähigkeit gehören zur Kerndisziplin der forensischen Psychiatrie und nicht zu jener der Epileptologie, weshalb zwingend Sachverständige aus beiden medizinischen Fachrichtungen beizuziehen sind. Konkret bedeutet dies, dass durch die Staatsanwaltschaft ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben ist, wobei die üblichen Anforderungen im Sinne von Art. 184 StPO bei der Ernennung und der Auftragsvergabe zu beachten sind. Das Gutachten ist in Auf-

<sup>142</sup> Schweizerische Epilepsie-Stiftung, „Checkliste Anfallsbeobachtung: Darauf sollten Sie achten“, [http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Anfallsbeobachtung-Darauf\\_sollten\\_Sie\\_achten.pdf](http://www.swissepi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Anfallsbeobachtung-Darauf_sollten_Sie_achten.pdf), letztmals besucht am 30. Juni 2013.

<sup>143</sup> Art. 312 Abs. 2 StPO.

<sup>144</sup> Art. 185 Abs. 4 StPO.

<sup>145</sup> So die klaren gesetzlichen Regelungen in den Art. 20 StGB und Art. 182 StPO.

trag zu geben, sobald die übrigen Beweiserhebungen, insbesondere die detaillierten Einvernahmen der Opfer, der Zeugen und Zeuginnen sowie der beschuldigten Person in der vorerwähnten Weise, abgeschlossen sind. Schliesslich gilt es der besonderen Thematik bei der Ausarbeitung des Fragekatalogs Rechnung zu tragen. Als Anhaltspunkt kann der Standardfragebogen für forensisch-psychiatrische Gutachten<sup>146</sup> dienen, wobei die Fragen sinnvollerweise der besonderen Konstellation entsprechend zu modifizieren sind.

#### **5.2.4. Der epileptische Anfall als Schutzbehauptung**

Im Rahmen von Strafuntersuchungen kommt es immer wieder vor, dass beschuldigte Personen Schutzbehauptungen aufstellen, in der Absicht sich der strafrechtlichen Verantwortung zu entziehen. Dieser Variante gilt es auch hier Beachtung zu schenken, umso mehr als die Behauptung, das Gewaltdelikt sei im Rahmen eines epileptischen Anfalls geschehen, mindestens in amerikanischen Strafprozessen schon öfters vorgekommen ist. TREIMAN konstatierte diesbezüglich, dass in 75 Fällen vor amerikanischen Berufungsgerichten zwischen 1984 und 1999 Epilepsie als Verteidigungsstrategie vorgebracht wurde.<sup>147</sup> Dieses Ergebnis belegt zunächst, dass ein epileptischer Anfall, mindestens in der amerikanischen Praxis, schon als Schutzbehauptung vorgebracht wurde, weshalb bei von Epileptikern oder Epileptikerinnen begangenen Gewaltdelikten, sie dies iktal oder postiktal, die obgenannten Kriterien von HINDLER<sup>148</sup> stets zu beachten sind. Sofern bei den Ermittlungen und in der Strafuntersuchung die Besonderheiten beim ersten Angriff, den Einvernahmen und bei der Gutachtenserteilung beachtet werden, sollte die Schutzbehauptung eines epileptischen Anfalls hingegen zuverlässig widerlegt werden können. Es erscheint daher wenig aussichtsreich, die Verteidigung auf der Schutzbehauptung eines epileptischen Anfalls aufzubauen, was dadurch bestätigt wird, dass diese Verteidigungsstrategie in den zuvor erwähnten Fällen nur gerade einmal erfolgreich war.<sup>149</sup> Jenes Urteil dürfte allerdings ein Fehlurteil gewesen sein, weil die beschuldigte Person keine Epilepsie hatte und ihr Tatverhalten überhaupt nicht mit dem behaupteten komplex-fokalen Anfall übereinstimmte.<sup>150</sup>

Die Anwendung der erwähnten Kriterien muss schliesslich bei einem Sonderfall eine Ausnahme erfahren. Sofern die beschuldigte Person die Gewalttat in der postiktalen Phase eines Gelegenheitsanfalles begangen hat, werden die EEG-Befunde unspezifisch bleiben, obwohl die beschuldigte Person einen Grand-Mal-Anfall erlitten hat. Das alleinige Fehlen von epilepsiekompatiblen EEG-Befunden, darf somit nicht zum Ausschluss eines epilepsiebezogenen Gewaltdelikts führen, wenn die übrigen Kriterien allesamt erfüllt sind. Die EEG-Befunde sind, sofern sie negativ ausfallen, nur ein Indiz und kein direkter Beweis gegen das Vorliegen eines epileptischen Geschehens.

### **5.3. Der Anlassfall - Wenn ein Patient seine Helfer attackiert**

Der einleitende Fall aus der Praxis begann am frühen Morgen mit dem Sanitätsnotruf einer Mutter. Sie meldete, ihr Sohn liege in seinem Zimmer am Boden, schlage wild mit den Armen und Beinen um sich und habe Schaum vor dem Mund. Zudem reagiere er auf Ansprache

<sup>146</sup> Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie, „Fragekatalog für Forensisch-Psychiatrische Gutachten“, [http://www.swissforensic.ch/domains/swissforensic\\_ch/data/free\\_docs/Fragekatalog.deutsch.pdf](http://www.swissforensic.ch/domains/swissforensic_ch/data/free_docs/Fragekatalog.deutsch.pdf), letztmals besucht am 14. Juni 2013.

<sup>147</sup> TREIMAN, Violence and the epilepsy defense, S. 251.

<sup>148</sup> Siehe oben Ziff. 5.1.

<sup>149</sup> TREIMAN, Violence and the epilepsy defense, S. 251.

<sup>150</sup> TREIMAN, Violence and the epilepsy defense, S. 253.

nicht. Gestützt auf den Notruf rückten zwei Rettungssanitäter an den Ort des Geschehens aus. Dort angekommen erkundigten sie sich bei der wartenden Mutter über ihre Beobachtungen und begaben sich hernach ins Zimmer des jungen Mannes. Dieser lag bei ihrem Eintreffen hinter der Türe auf dem Boden. Der eine Rettungssanitäter versuchte den jungen Mann zunächst anzusprechen und als dies erfolglos blieb, rüttelte oder schubste er ihn. Schliesslich drehten die Sanitäter den Mann gemeinsam auf den Rücken. In diesem Moment öffnete dieser die Augen, stand auf und setzte sich schliesslich auf die Bettkante. Plötzlich begann der Mann allerdings den einen Rettungssanitäter verbal zu attackieren und er wies beide Sanitäter an sein Zimmer zu verlassen und ihn in Ruhe zu lassen. Die Sanitäter stellten sich vor und auch die Mutter versuchte ihren aufgebrachten Sohn zu beruhigen, was aber ebenfalls nicht fruchte te. Schliesslich attackierte der junge Mann die Sanitäter physisch. Den einen Sanitäter packte er mit beiden Händen so fest am Hals, dass dieser Atemnot bekam. Gleichzeitig drängte der junge Mann den Sanitäter gegen die Zimmerwand und schlug seinen Oberkörper mehrmals gegen die Wand. Letztlich trat er den Sanitäter gegen das Knie und in den Genitalbereich. Der andere Sanitäter kam seinem Kollegen zu Hilfe, worauf er vom jungen Mann in den Arm gebissen wurde. Den Rettungssanitätern gelang es zu zweit nicht den jungen Mann zu beruhigen und selbst die beruhigenden Worte der Mutter verklangen erfolglos, so dass den Rettungssanitätern letztlich nur noch die Flucht aus dem Zimmer übrig blieb. Die während der Auseinandersetzung verständigte Polizei traf kurze Zeit später am Tatort ein und konnte den jungen Mann ansprechbar antreffen. Er konnte letztlich überzeugt werden sich ins Spital bringen zu lassen, wo durch den Notfallarzt die Diagnose eines Gelegenheitsanfalls gestellt wurde.

Die Polizei eröffnete ein Vorverfahren ohne die Staatsanwaltschaft zu informieren. Sie befragte die beiden Rettungssanitäter als Auskunftspersonen sowie den Mann als Beschuldigten und rapportierte hernach ans damals zuständige Bezirksamt. Der Sachverhalt löste Verwirrung aus, weil ein rationales Motiv für den Angriff fehlte. Zweifel an der Schuldfähigkeit bestanden von Beginn weg. Nach Gesprächen mit der Rechtsmedizin, der Neurologin, an welche der junge Mann inzwischen zur Behandlung überwiesen worden war, sowie dem forensischen Psychiater, wurde letzterem der Auftrag erteilt ein forensisch-psychiatrisches Gutachten über den jungen Mann zu erstellen. Dem Auftrag wurde der Standardfragekatalog für forensisch-psychiatrische Gutachten beigelegt. Der forensische Psychiater erstattete das Gutachten aufgrund der vorhandenen Akten, einigen ergänzenden Auskünften (u.a. Mutter, Hausarzt, behandelnder Neurologe) und des Explorationsgesprächs. Er kam zum Schluss, der Mann habe sich zum Tatzeitpunkt in einem postiktalen Dämmerzustand mit verlorengegangener situativer Orientierung befunden und sei deshalb in seiner Einsichts- und Bestimmungsfähigkeit höchstgradig eingeschränkt gewesen. Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, dass wohl von einer völlig aufgehobenen Schuldfähigkeit auszugehen sei.

Das Gutachten wurde den Parteien eröffnet und gleichzeitig wurde die Einstellung des Strafverfahrens in Aussicht gestellt, weil die Ausführungen des Gutachters überzeugten. Der Rechtsverteilter des einen Opfers wandte sich allerdings gegen die geplante Einstellung und beantragte die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei einer spezialisierten Gutachtensstelle. Der Antrag wurde von der Strafverfolgungsbehörde abgewiesen, hingegen wurde die ausführliche Stellungnahme des Opfervertreters dem forensischen Psychiater zur ergänzenden sachverständigen Stellungnahme zugestellt. Dieser erläuterte nochmals ausführlich die Umstände einer epilepsiebezogenen Gewalttat im postiktalen Dämmerzustand und verdeutlichte seine Einschätzung, dass von Schuldunfähigkeit auszugehen sei. Der Opfervertreter gab sich damit nicht zufrieden und beantragte erneut ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen, wobei auch zu berücksichtigen sei, dass der junge

Mann in den Tagen vor dem mutmasslichen Anfall massiv Cannabis konsumiert und am Vorabend der Tat Alkohol getrunken habe. Der Beweisergänzungsantrag wurde abgewiesen. In Bezug auf den Alkohol- und Cannabiskonsum konnte eine *actio libera in causa* bereits deshalb ausgeschlossen werden, weil der Mann das erste Mal einen Gelegenheitsanfall erlitten hatte und dieser somit nicht vorhersehbar war. Eine Straftat wegen selbstverschuldeter Unzurechnungsfähigkeit scheiterte bereits am objektiven Tatbestand von Art. 263 StGB. Der Alkohol- und Marihuakankonsum erfolgten am Vorabend, weshalb eine Tat im Alkohol- oder Drogenrausch keine plausible Alternative war. Die Ablehnung des Beweisergänzungssentscheids wurde mit Beschwerde beim Obergericht angefochten, welches aus formellen Gründen nicht auf die Beschwerde eintrat.<sup>151</sup> Im Sinne eines *Obiter Dictums* führte die Beschwerdeinstanz trotzdem aus, es sei zunächst die Mutter des jungen Mannes staatsanwaltlich einzuhören und hernach das forensisch-psychiatrische Gutachten durch einen Epilepsiespezialisten überprüfen zu lassen. Dieser Empfehlung folgte die Staatsanwaltschaft und sie erhob die geforderten Beweismittel. Der beigezogene Epileptologe bestätigte schliesslich das Vorliegen eines Gewaltaktes im postiktalen Dämmerzustand und verdeutlichte die Schlussfolgerung des forensischen Psychiaters, wonach der junge Mann mangels Einsichtsfähigkeit nicht schuldfähig sei. Das Strafverfahren wurde daraufhin wegen fehlender Schuldfähigkeit eingestellt. Der Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen.

## 6. Fazit

Die spannende Auseinandersetzung mit einem epilepsiebezogenen Gewaltdelikt wird in der Praxis der Staatsanwaltschaften eine seltene Erscheinung darstellen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass solche Gewalthandlungen gerade nicht typischerweise mit einem epileptischen Anfall einhergehen, sondern eben als sehr seltene Ausnahmeerscheinungen ab und an auftreten. Dennoch ist es mindestens möglich, dass es in der iktalen Phase eines komplex-fokalen Anfalls einmal zu Gewalthandlungen kommt, wenn die vom Anfall betroffene Person aggressive Automatismen präsentiert und dabei umstehende Personen verletzt. In der postiktalen Phase von komplex-fokalen und generalisiert tonisch-klonischen Anfällen kann es, etwas häufiger als in der iktalen Phase von komplex-fokalen Anfällen, als Reaktion auf eine Dritteinwirkung, zu Abwehrreaktionen der Anfallsbetroffenen kommen. Diese Gewaltausbrüche fallen regelmässig sehr heftig aus, weshalb auch schwerere Verletzungen, im Extremfall vielleicht sogar Tötungen, denkbar sind. Sofern solche Gewalttaten nachweislich im Rahmen eines epileptischen Anfalls erfolgten und keine Schutzbehauptung vorliegt, ist hingegen regelmäßig von fehlender Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt auszugehen, weshalb Strafverfahren in aller Regel mit einer Einstellung des Verfahrens enden werden. In der Praxis erscheint es wichtig, die Besonderheiten eines epilepsiebezogenen Gewaltdeliktes beim ersten Angriff, den Einvernahmen und bei der Erteilung des Gutachtensauftrags zu beachten. Werden die Kriterien zur Diagnose eines epilepsiebezogenen Gewaltdelikts sowie die empfohlene Vorgehensweise bei der Untersuchungsführung eingehalten, sollte am Ende eine fundierte Grundlage vorhanden sein, um die Einstellungsverfügung wegen mangelnder Schuldfähigkeit so überzeugend begründen zu können, dass der Entscheid letztlich auch für das Opfer mindestens nachvollziehbar ist.

---

<sup>151</sup> Siehe Art. 318 Abs. 3 StPO, wonach die Ablehnung von Beweisanträgen nicht anfechtbar ist.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit resp. die von mir ausgewiesene Leistung selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und nur unter Ausnutzung der angegebenen Quellen verfasst resp. erbracht habe.

---

Michael Grädel  
Neuhausen am Rheinfall, im Juli 2013

## ANHANG

Abb. 1: Klassifikation der Epilepsien nach ICD-10

Klassifikation nach ICD-10
G40.0 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.1 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3 Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4 Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5 Spezielle epileptische Syndrome
G40.6 Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
G40.7 Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle
G40.8 Sonstige Epilepsien
G40.9 Epilepsie, nicht näher bezeichnet

Abb. 2: Einteilung der Epilepsien und Epilepsiesyndrome (Kommission der ILAE von 1989)<sup>152</sup>

1	Fokale (herdförmige, lokale, partielle, auf eine Stelle im Gehirn zu beziehende) Epilepsien und Epilepsiesyndrome
1.1	Idiopathisch mit altersabhängigem Beginn <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gutartige Epilepsie des Kindesalters mit zentro-temporalen Spitzen (Rolando-Epilepsie)</li> <li>▪ Gutartige Epilepsie des Kindesalters mit okzipitalen Paroxysmen</li> <li>▪ Primäre Leseepilepsie</li> </ul>
1.2	Symptomatisch <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronisch-progrediente Epilepsia partialis continua im Kindesalter (Kojewnikoff-Epilepsie)</li> <li>▪ Epileptische Syndrome mit spezifischen Auslösungen (Reflexepilepsien)</li> <li>▪ Epileptische Syndrome von grosser individueller Variabilität</li> <li>▪ Temporallappenepilepsien</li> <li>▪ Frontallappenepilepsien</li> <li>▪ Parietallappenepilepsien</li> <li>▪ Okzipitallappenepilepsien</li> </ul>
1.3	Kryptogen (=wahrscheinlich symptomatisch, aber derzeit noch nicht fassbar)
2	Generalisierte (nicht auf eine Stelle im Gehirn zu beziehende) Epilepsien und Epilepsiesyndrome
2.1	Idiopathisch, mit altersabhängigem Beginn (nach dem Erkrankungsalter geordnet) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gutartige familiäre Neugeborenenanfälle</li> <li>▪ Gutartige (nichtfamiliäre) Neugeborenenanfälle</li> <li>▪ Gutartige frühkindliche myoklonische Epilepsie</li> <li>▪ Absenceepilepsie des Kindesalters (Pyknolepsie)</li> <li>▪ Juvenile Absenceepilepsie</li> <li>▪ Juvenile myklonische Epilepsie (Impulsiv-Petit-Mal)</li> <li>▪ Aufwach-Grand-Mal-Epilepsie</li> <li>▪ Andere idiopathische generalisierte Epilepsien</li> <li>▪ Epilepsien mit Anfällen bei bestimmten auslösenden Situationen (Reflexepilepsien)</li> </ul>
2.2	Kryptogen oder Symptomatisch (nach dem Erkrankungsalter geordnet) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ West-Syndrom (Epilepsie mit BNS-Anfällen oder infantilen Spasmen)</li> <li>▪ Lennox-Gastaut-Syndrom</li> <li>▪ Epilepsie mit myoklonisch-astatischen Anfällen</li> <li>▪ Epilepsie mit myoklonischen Absencen</li> </ul>
2.3	Symptomatisch
2.3.1	Unspezifische Ätiologie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühkindliche myoklonische Enzephalopathie</li> <li>▪ Frühkindliche epileptische Enzephalopathie mit Burst-Suppression-EEG</li> <li>▪ Andere symptomatische generalisierte Epilepsien</li> </ul>
2.3.2	Spezifische Syndrome <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epilepsie bei Fehlbildungen des Gehirns (z.B. Phakomatosen, Aicardi-Syndrom, Lissenzephalie, Pachygyrie)</li> <li>▪ Angeborene Stoffwechselstörungen inklusive Pyridoxin- oder Vitamin-B<sub>6</sub>-Abhängigkeit und Störungen, die häufiger zu einer progredienten Myoklonus-</li> </ul>

<sup>152</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 99 f.

epilepsie führen	
3	Epilepsien und Syndrome, bei denen nicht festgelegt werden kann, ob sie fokal oder generalisiert sind
3.1	Mit fokalen und generalisierten Anfällen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neugeborenenanfälle</li> <li>▪ Schwere frühkindliche myoklonische Epilepsie</li> <li>▪ Epilepsie mit kontinuierlichem Spike-Wave-Muster im synchronisierten Schlaf</li> <li>▪ Aphasie-Epilepsie-Syndrom (Landau-Kleffner-Syndrom)</li> <li>▪ Andere unbestimmte Epilepsien</li> </ul>
3.2	Ohne eindeutige fokale oder generalisierte Merkmale <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viele generalisierte tonisch-klonische Anfälle im Schlaf (Schlaf-Grand-Mal-Epilepsie)</li> </ul>
4	Besondere Epilepsieformen und Syndrome
4.1	Gelegenheitsanfälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fieberanfälle</li> <li>▪ Isolierte Anfälle oder isolierter Status epilepticus</li> <li>▪ Anfälle in Verbindung mit akuten metabolischen und toxischen Schädigungen (Alkohol, Medikamente, Eklampsie, nichtketoazidotische Hyperglykämie)</li> </ul>
4.2	Einzelne, anscheinend unprovzierte epileptische Anfälle (Oligo-Epilepsie)
4.3	Epilepsien mit speziellen Formen der Anfallsauslösung (Reflexepilepsien)
4.4	Chronisch progrediente Epilepsia partialis continua des Kindesalters

Abb. 3: Einteilung epileptischer Anfallsformen nach der ILAE von 1981<sup>153</sup>

I	Fokale (herdförmige, lokale, auf eine Stelle im Gehirn zu beziehende) Anfälle
A	Einfache fokale Anfälle (ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins)
1.	<b>Anfälle mit motorischen Symptomen</b>
1.1	ohne March (Marsch)
1.2	mit March (=Jackson-Anfälle)
1.3	versiv/adversiv (=mit Dreh- oder Wendebewegungen des Kopfes oder Körpers)
1.4	postural (=die Körperhaltung betreffend)
1.5	phonatorisch (=mit Stimm- oder Sprachäußerungen oder Unterbrechung des Sprechens)
2.	<b>Anfälle mit sensiblen oder sensorischen Symptomen</b>
2.1	sensibel (=mit Empfindungen wie Kribbeln, Schmerz oder Wärme)
2.2	visuell (=das Sehen betreffend)
2.3	auditiv (=das Hören betreffend)
2.4	olfaktorisch (=das Riechen betreffend)
2.5	gustatorisch (=den Geschmack betreffend)
2.6	vertiginös (=Dreh- oder Schwindelempfindungen betreffend)
3.	<b>Anfälle mit vegetativen oder autonomen Symptomen (wie epigastrische Sensationen [=z.B. Kribbel- oder Wärmegefühl im Oberbauch], Schwitzen, Blässe, Piloerektion [=Aufstellen der Haare], Pupillenerweiterung, Inkontinenz [unwillkürlicher Urin- oder Stuhlabgang])</b>
4.	<b>Anfälle mit psychischen Symptomen (Achtung: kommen nur selten ohne Bewusstseinstörung vor, meist komplexe fokale Anfälle)</b>
4.1	aphasisch (die Sprache betreffend)
4.2	dysmnestisch (das Gedächtnis betreffend, z.B. Déjà vu)
4.3	kognitiv (das Denken betreffend, z.B. traumhafte Zustände, Verzerrungen der Zeitempfindung)
4.4	affektiv (Gefühle betreffend, z.B. Angst, Wut usw.)
4.5	Illusionen (Fehlwahrnehmungen, z.B. Makroskopie [abnorm grosses Sehen])
4.6	strukturierte Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, z.B. Musik, szenische Abläufe)
B	Komplexe fokale Anfälle (mit Beeinträchtigung des Bewusstseins)

<sup>153</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 54 f.

<b>1.</b>	<b>Einfache fokale Anfälle mit nachfolgender Bewusstseinsstörung (Übergang in komplexe fokale Anfälle)</b> 1.1 mit anfänglich einfachen fokalen Merkmalen und nachfolgender Bewusstseinsstörung 1.2 mit Automatismen
<b>2.</b>	<b>Komplexe fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörungen von Anfang an</b> 2.1 nur mit Bewusstseinsstörung 2.2 mit einfachen fokalen Merkmalen 2.3 mit Automatismen
C	Fokale Anfälle, die in generalisierte Anfälle übergehen
1.	<b>Einfache fokale Anfälle, die in generalisierte Anfälle übergehen</b>
2.	<b>Komplexe fokale Anfälle, die in generalisierte Anfälle übergehen</b>
3.	<b>Einfache fokale Anfälle, die zunächst in komplexe fokale und dann in generalisierte Anfälle übergehen</b>
<b>II</b>	<b>Generalisierte Anfälle</b>
A	Absencen
1.	<b>Typische Absencen</b> a nur mit Bewusstseinsstörung b mit klonischen Komponenten c mit atonischen Komponenten d mit tonischen Komponenten e mit Automatismen f mit autonomen Komponenten
2.	<b>Atypische Absencen</b>
B	Myoklonische Anfälle
C	Klonische Anfälle
D	Tonische Anfälle
E	Tonisch-klonische Anfälle
F	Atonische (astatische) Anfälle
<b>III</b>	<b>Anfälle, bei denen aufgrund unzureichender Informationen nicht entschieden werden kann, ob es sich um fokale oder generalisierte Anfälle handelt</b>
z.B. einige Anfallsformen bei Neugeborenen	

Abb. 4: Epileptische Anfallsformen und auslösende Reize für Reflexanfälle (Kommission ILAE 2001)<sup>154</sup>

<b>1. Von allein aufhörende Anfallstypen</b>	
1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalisierte Anfälle           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tonisch-klonische Anfälle (beinhaltet auch Formen, die mit einer klonischen oder myoklonischen Phase beginnen)</li> <li>▪ Klonische Anfälle               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ohne tonische Merkmale</li> <li>➢ mit tonischen Merkmalen</li> </ul> </li> <li>▪ Typische Absencen</li> <li>▪ Atypische Absencen</li> <li>▪ Myoklonische Absencen</li> <li>▪ Tonische Anfälle</li> <li>▪ Epileptische Spasmen</li> <li>▪ Myoklonische Anfälle</li> <li>▪ Lidmyoklonien               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ohne Absencen</li> <li>➢ mit Absencen</li> </ul> </li> <li>▪ Myoklonisch-atonische Anfälle</li> <li>▪ Negativer Myoklonus</li> <li>▪ Atonische Anfälle</li> <li>▪ Reflexanfälle bei Epilepsiesyndromen mit generalisierten Anfällen</li> </ul> </li> </ul>
1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fokale Anfälle           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neugeborenenanfälle, die anderweitig nicht eingeordnet werden können</li> <li>▪ Fokal sensorische Anfälle               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ mit elementaren sensorischen Symptomen (z.B. Okzipital- und Parietallappen-anfälle)</li> <li>➢ mit über elementare Symptome hinausgehenden (szenischen oder polymodalen) sensorischen Symptomen (experenziell; z.B. Anfälle der temporo-parieto-okzipitalen Übergangsregion)</li> </ul> </li> <li>▪ Fokal-motorische Anfälle               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ mit elementaren klonischen motorischen Zeichen</li> <li>➢ mit asymmetrischen tonischen motorischen Anfällen (z.B. supplementär-motorische Anfälle)</li> <li>➢ mit typischen (Temporallappen-)Automatismen (z.B. mesiale Temporallappenepilepsie)</li> <li>➢ mit hyperkinetischen Automatismen</li> <li>➢ mit fokalem negativem Myoklonus</li> <li>➢ mit inhibitorischen motorischen Anfällen</li> </ul> </li> <li>▪ Gelastische Anfälle</li> <li>▪ Hemiklonische Anfälle</li> <li>▪ Sekundär generalisierte Anfälle</li> <li>▪ Reflexanfälle bei Epilepsiesyndromen mit fokalen Anfällen</li> </ul> </li> </ul>
<b>2. Längere Zeit anhaltende Anfallstypen</b>	
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalisierter Status epilepticus</li> <li>Generalisierter tonisch-klonischer Status epilepticus</li> <li>Klonischer Status epilepticus</li> </ul>

<sup>154</sup> KRÄMER, Handbuch Epilepsie, S. 52 f.

Absencenstatus
Tonischer Status epilepticus
Myoklonischer Status epilepticus
2.2 Fokaler Status epilepticus
Epilepsia partialis continua (Kojewnikoff)
Aura continua
Limbischer Status epilepticus (psychomotorischer Status)
Halbseitiger tonisch-klonischer Status mit Hemiparese

### **3. Auslösende Reize für Reflexanfälle**

- Visuelle Reize
  - Flickerlicht, Farben
  - Muster
  - Andere visuelle Reize
- Denken
- Musik
- Essen
- Praxis (Handlungen)
- Somatosensorische Reize
- Propriozeptive Reize
- Lesen
- Heisses bzw. warmes Wasser
- Erschrecken