

AbhandlungenThierry Urwyler,¹ Winterthur (ZH)

Anwendbarkeit der actio libera in causa bei fehlender Medikamenten-Adhärenz und darauffolgenden störungskonnexen Straftaten

Dogmatische Analyse mit Fokus auf an Schizophrenie leidende Personen

Inhaltsübersicht

I. Einleitung

II. Grundlagen und Ratio der actio libera in causa

III. Potenzieller Konnex zwischen Schizophrenie und actio libera in causa

1. Relevanz des Störungsbilds «Schizophrenie» für die Schuldfähigkeit und für das Rückfallrisiko
2. Symptomkontrolle durch Behandlung: Medikation als Eckpfeiler

IV. Fehlende Medikamenten-Adhärenz und störungskonexe Straftaten: Anwendbarkeit der actio libera in causa?

1. (Mangelnde) Medikamenten-Adhärenz: Herausforderung bei schizophrenen Personen
2. Anwendbarkeit der alic
 - a) Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens
 - b) Vorliegen des subjektiven Tatbestands (vorsätzliche alic) bzw. der Voraussehbarkeit (fahrlässige alic)
 - c) Inhalt des Vorwurfs: Medikamenten-Absetzen = Unterlassung (Erfordernis der Garantenstellung)
 - d) Hypothetische Kausalität, Tatmacht und Zumutbarkeit der gebotenen Handlung

V. Fazit

I. Einleitung

Das schweizerische Strafrecht wird vom Prinzip «nulla poena sine culpa» (keine Strafe oder Schuld) beherrscht. Infolgedessen ist jene Person freizusprechen, die im Tatzeitpunkt schuldunfähig ist ([Art. 19 Abs. 1 StGB](#)). Ist die Schuldfähigkeit vermindert, ist die Strafe zu mildern ([Art. 19 Abs. 2 StGB](#)). Diese Rechtsfolgen gelten aber nur bedingt. [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) stipuliert den Grundsatz der actio libera in causa (kurz: «alic»): *«Konnte der Täter die Schuldunfähigkeit oder die Verminderung der Schuldfähigkeit vermeiden und dabei die in diesem Zustand begangene Tat voraussehen, so sind die Absätze 1–3 nicht anwendbar.»*

Die *actio libera in causa* ist eine Knacknuss, welche selten auf Anhieb verstanden wird. Es könnte diese Komplexität sein, die ihr den zweifelhaften Ruf eingebracht hat, ein praktisch kaum relevantes Glasperlenspiel der Strafrechtsdogmatik zu sein.² Obwohl es sich bei dieser Aussage um eine Zuspitzung handelt, gibt es empirische Anhaltspunkte für die begrenzte Bedeutung des Rechtsinstituts in der Rechtsprechung: Weder finden sich in der jüngeren Vergangenheit Leitentscheide des Bundesgerichts zur Thematik, noch ergibt eine Internetsuche mit dem Begriff *actio libera in causa* bei den Bundesgerichtsentscheiden ab dem Jahr 2000 mehr als 18 Resultate (Stand: 4. Juni 2021; Suche in allen Urteilen; zum Vergleich: Mit dem Begriff «Eventualvorsatz» erzielt man 781 Treffer). Angesichts dieser Ausgangslage darf mit gutem Gewissen konstatiert werden, dass die *actio libera in causa* kein Regelbestandteil der höchstrichterlichen Spruchpraxis darstellt.

In der Praxis ist die *actio libera in causa* vor allem dann relevant, wenn sich Personen durch Einnahme von Alkohol oder Suchtmittel in den Zustand einer Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit im Tatzeitpunkt versetzen. Angesichts der Dominanz dieser Fallgruppe könnte vergessen gehen, dass es eine weitere, durchaus praxisrelevante Sachverhaltslage gibt, bei der die Anwendbarkeit der *alic* auf den ersten Blick nicht ausgeschlossen ist. Es ist dies der Fall bei Personen, deren psychische Störung mit einem erhöhten Deliktbegehungsrisiko einhergeht, die im Rahmen des Behandlungskonzepts Medikamente zur Symptomkontrolle einnehmen sollten (medizinische Indikation) und dies nicht tun, was nachfolgend zum Aufflammen der Symptome und zu einer neuen störungskonnexen Straftat führt. Konkret lässt sich an eine Person denken, welche an einer schizophrenen Störung leidet und bereits früher in einer Psychose, das heisst unter dem Einfluss von Wahn und Halluzinationen, Straftaten beging, nach medikamentöser Einstellung eine Remission der Symptome erfuhr, darauf die Medikamente eigenmächtig absetzt (Nichtadhärenz), anschliessend erneut symptomatisch wird und aufgrund dessen (z.B. wegen psychotischen Bedrohungserlebens) eine neue Gewaltstraftat begeht.

Ist die *actio libera in causa* auch auf solche Fälle des Medikamenten-Absetzens anwendbar? Die intuitive Antwort bzw. rhetorische Gegenfrage könnte lauten: Warum nicht? Der weit gefasste Wortlaut von [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) scheint dieser Annahme nicht entgegenzustehen. Die an Schizophrenie leidende Person hätte die Möglichkeit gehabt, abzuschätzen, was die Folgen ihres Verhaltens (Aufflam-

men der Symptome und daraufhin neue störungskonnexe Straftaten) sein könnten. Wäre es nicht ungerecht, die *alic* in solchen Fällen nicht anzuwenden?³ Doch sogleich stellen sich Zweifel ein: Würde die Anwendbarkeit der *alic* auf die besagten Fälle nicht eine Form der Zwangsmedikation darstellen (strafbewehrte Pflicht zur Medikamenteneinnahme im Falle der störungskonnexen Straftatbegehung in unbehandeltem Zustand)? Was nach diesen Fragen bleibt, ist Ambivalenz. Wer methodisch nach einer Antwort sucht, wird enttäuscht. Weder die Materialien zum StGB⁴ noch die Lehre (vgl. IV.) noch die hiesige Rechtsprechung⁵ ergeben Aufschluss. Diese rechtswissenschaftliche Ausgangslage dürfte auf die traditionelle und historisch durchaus zutreffende Auffassung zurückzuführen sein, wonach psychische Störungen und die damit verbundenen Zustände etwas vom Willen der betroffenen Person Unabhängiges sind.⁶ Bei Zutreffen dieser Prämisse (Nichtbeherrschbarkeit der Störung bzw. ihrer Symptome) käme in der Tat nie die Frage auf, ob man der straffälligen Person die Rechtsfolgen der im Tatzeitpunkt vorliegenden Schuldunfähigkeit bzw. Verminderung der Schuldfähigkeit wegen einer *alic* nicht zugutekommen lässt. Diese Annahme muss aber mit der Entwicklung und dem Einsatz medikamentöser Therapien hinterfragt werden, da diese Behandlungsansätze vielen betroffenen Personen in einem gewissen Rahmen die Symp-

tomkontrolle in die Hand geben.⁷ Wenn kranken Personen mit Medikamenten ein Mass an Beherrschbarkeit über ihre Krankheit ermöglicht wird, scheint die Anwendbarkeit der alic zumindest nicht ausgeschlossen. Aus diesen Erwägungen ergibt sich die Forschungsfrage des vorliegenden Beitrags: Kann einer Person, die einen rückfallrisikobegründenden psychischen Störungszustand mittels Medikamenteneinnahme beherrschen kann, aber die Einnahme der indizierten Medikamente unterlässt, der Vorwurf der actio libera in causa gemacht werden ([Art. 19 Abs. 4 StGB](#)), wenn sie nach Absetzen der Medikamente erneut symptomatisch wird und deswegen im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit eine störungskonnexe Straftat begeht? Da es sich dabei um eine komplexe Frage mit vielen Facetten handelt, wird sie anhand einer konkreten Konstellation analysiert. Der Fokus der nachfolgenden Abhandlung richtet sich auf eine an Schizophrenie leidende Person, die indizierte Medikamente nicht einnimmt und danach aufgrund erneuter Symptome störungskonnexe Gewaltstraftaten⁸ im Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit begeht.⁹

Die Suche nach einer Antwort auf die Forschungsfrage erfolgt in mehreren Teilschritten. Als Fundament ist darzulegen, welche Rolle die actio libera in causa im Strafrechtsgefüge einnimmt und welche rechtlichen Implikationen mit ihrer Anwendung verbunden sind (II.). In einem nächsten Schritt ist zu erörtern, warum das Störungsbild Schizophrenie bzw. die mit ihm verbundene Symptomatik bei einem Absetzen der Medikation für die Anwendbarkeit der actio libera in causa von Bedeutung sein könnte (III.). Auf Basis dieser Bausteine ist das Fundament für den Kern der vorliegenden Abhandlung gelegt: Es gilt zu analysieren, ob bzw. in welchen konkreten Fällen die actio libera in causa nach [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) auf Fälle anwendbar ist, in welchen schizophrene Personen indizierte Medikamente absetzen und danach unter Symptomen erneut in schuldunfähigem oder vermindert schuldfähigem Zustand delinquieren (IV.).

II. Grundlagen und Ratio der actio libera in causa

Der Begriff «actio libera in causa» beschreibt die in ihrer Ursache freie Handlung.¹⁰ Hinter dem Institut steckt der rechtshistorische Gedanke der ausserordentlichen Zurechnung: Eine Tat soll einer Person auch dann zugerechnet werden können, wenn sich diese Person selbst «vorwerfbar ein Zurechnungsmerkmal entzogen hat.»¹¹ Es wäre widersprüchlich und liefe dem Gerechtigkeitssinn zuwider, wenn eine Person von einem Freispruch (Schuldunfähigkeit) oder einer Strafmilderung (verminderte Schuldfähigkeit) profitieren könnte, wenn sie das zu diesem Zustand und zum Delikt führende Geschehen zu verantworten hat. Die alic verschafft diesem Gedanken rechtliche Geltung. Sie beschreibt die Bedingungen, unter welchen eine im Tatzeitpunkt aufgehobene oder verminderte Schuldfähigkeit ausnahmsweise nicht zu einem Freispruch ([Art. 19 Abs. 1 StGB](#)) bzw. einer (vollen) Strafmilderung ([Art. 19 Abs. 2 StGB](#)) führt.¹² Das Gesetz ([Art. 19 Abs. 4 StGB](#)) erfasst dabei sowohl die vorsätzliche als auch die fahrlässige actio libera in causa.¹³ Die vorsätzliche alic beschreibt den Fall, in dem sich eine Person bei vorhandener Schuldfähigkeit vorsätzlich in den Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit versetzt (z.B. bewusstes Sich-Mut-Antrinken), um später im Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit ein Vorsatzdelikt (z.B. einfache Körperverletzung) zu begehen.¹⁴ Notwendig ist dafür ein Doppelvorsatz (sowohl bezüglich des Sich-in-den-schuldunfähigen-Zustand-Versetzens als auch der späteren Tat).¹⁵ Die fahrlässige alic kann zwei Erscheinungsformen annehmen. Erstens tritt sie in Erscheinung, wenn sich eine Person ohne Vorsatz, aber in voraussehbarer Weise (d.h. fahrlässig) in den Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit versetzt und dabei eine voraussehbare Straftat begeht. Zweitens liegt sie vor, wenn sich eine Person vorsätzlich in den Zustand der verminderten oder aufgehobenen

Schuldfähigkeit versetzt und danach eine voraussehbare Straftat begeht.¹⁶ Liegt eine vorsätzliche oder fahrlässige alic vor, «profitiert» die Person nicht (bzw. je nach Konstellation: nicht umfassend) von den

Rechtsfolgen einer im Tatzeitpunkt verminderten (Rechtsfolge: Strafmilderung) oder aufgehobenen Schuldfähigkeit (Rechtsfolge: Freispruch).¹⁷

III. Potenzieller Konnex zwischen Schizophrenie und actio libera in causa

Nachdem die Grundlagen der alic geklärt sind, ist zu erörtern, warum bei straffälligen schizophrenen Personen, deren Delinquenz mit dem Absetzen der Medikation zusammenhängt, der Gedanke an die actio libera in causa aufkommen könnte. Zwei Gründe zeichnen für die Assoziation verantwortlich: Erstens die Verbindungen des Störungsbilds zur Schuldfähigkeit und zum Rückfallrisiko (nachfolgend 1.) und zweitens die grundsätzliche Möglichkeit der Symptomkontrolle durch die Einnahme von antipsychotischen Medikamenten (nachfolgend 2.). Beide Aspekte sind aufgrund der für Jurist*innen fremden fachwissenschaftlichen Grundlagen in Kürze zu erörtern.

1. Relevanz des Störungsbilds «Schizophrenie» für die Schuldfähigkeit und für das Rückfallrisiko

Die Schizophrenie nach ICD-10 F.20 (ab dem Jahr 2022 in der ICD-11 mit «6A20» kodiert) stellt ein Störungsbild dar, das bei ca. 1% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens auftritt (Lebenszeitprävalenz), zu gravierenden Funktionseinschränkungen führt und in vielen Fällen eine langjährige oder dauerhafte Behandlung erfordert.¹⁸ Das Störungsbild ist durch psychotische Symptome (Positivsymptome, Produktivsymptome wie Wahn und Halluzinationen)¹⁹, Negativsymptome (Antriebsstörung, depressive Stimmungslage usw.)²⁰ und kognitive Beeinträchtigungen (Ambivalenz, Verlangsamung oder Inkohärenz des Denkens)²¹ charakterisiert.²²

Die im Vollbild einer schizophrenen Psychose begangene Straftat wird als paradigmatisches Beispiel für die Annahme einer Schuldunfähigkeit angesehen.²³ Dies spiegelt sich prominent im sog. psychopathologischen Referenzsystem von Sass, nach dem die schizophrene Psychose den Referenzmassstab für die aufgehobene Schuldfähigkeit darstellt.²⁴ Betrachtet man die Symptome, die im floriden Stadium einer Schizophrenie auftreten (z.B. Positivsymptome wie Realitätsverlust, Wahn, Halluzinationen, aber auch schwerwiegend ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen usw.), kann aus psychiatrisch-psychologischer Sicht nicht daran gezweifelt werden, dass von aufgehobener Einsichts-/Steuerungsfähigkeit²⁵ auszugehen ist.²⁶ Unterhalb der «Höhenmarke» der schizophreniebedingten Psychose sind generell-abstrakte Aussagen zur Schuldfähigkeit hingegen schwieriger zu treffen, da die Ausprägung der Symptomatik interindividuell unterschiedlich ausfällt und intraindividuell im Laufe der Zeit variiert (Prodromalphase, aktive Phase, Residualphase): Auch ausserhalb florider Phasen liegen oft relevante Beeinträchtigungen oder gar Aufhebungen der Einsichts-/Steuerungsfähigkeit vor, wobei im Rahmen der Begutachtung immer das konkrete Mass an Funktionsbeeinträchtigungen im Einzelfall zu erheben ist.²⁷ Bei Personen mit voll remittierter Schizophrenie ist es je nach Sachlage auch denkbar (sofern sich in der Straftat

nicht das nächste Aufflammen der Schizophrenie spiegelt), dass keine Einschränkung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit besteht.²⁸ Diese forensisch-psychiatrischen Wissensbestände spiegeln sich in der Rechtsprechung zur Schuldfähigkeit.²⁹

Nachdem die Relevanz der Schizophrenie für die Schuldfähigkeit substantiiert worden ist, interessiert auf prospektiver Ebene, inwiefern die betroffene Person im Zustand der von ihr herbeigeführten verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit mit Straftaten rechnen musste (fahrlässige alic) bzw. solche in Kauf nahm oder sie gar direkt ansteuerte (vorsätzliche alic). Zwar sind die Zusammenhänge zwischen Delinquenzrisiko und Schizophrenie im Einzelnen komplex und

ZStrR 1/2022 | S. 1–26 8 | ↑

mit vielen anderen Faktoren verbunden (Biografie, Sozialisierung usw.).³⁰ Dennoch kann in einer Gesamtschau die Aussage gemacht werden, dass die unbehandelte (symptomatische) Schizophrenie mit einem deutlich erhöhten Risiko für Straftaten (insb. Gewaltstraftaten) einhergeht.³¹

Aus diesen beiden Elementen ergibt sich ein erster Konnex zur alic: Das Störungsbild bzw. die mit ihm verbundenen Symptome sind von direkter Relevanz für die Schuldfähigkeit. Sodann wird sich die an Schizophrenie leidende Person – sei es wegen früherer Erfahrungen oder sei es wegen einer erfolgten Psychoedukation im Rahmen der Behandlung – bewusst sein, dass sie ohne Medikation erneut symptomatisch werden kann (Wiederaufflammen der produktiven Symptome, vgl. Verweis) und dass dieser Zustand mit dem Risiko von Straftaten einhergeht. Wenn nun zusätzlich eine individuelle Kontrolle über das (Nicht-)Eintreten solcher Symptomzustände besteht, würde die Assoziation zur alic weiter gefördert (dazu sogleich).

2. Symptomkontrolle durch Behandlung: Medikation als Eckpfeiler

Vorangehend wurde aufgezeigt, dass die Schizophrenie eine Bedeutung für die Schuldfähigkeit und das Rückfallrisiko hat. Dies allein ist aber noch nicht genügend, um die Assoziationen zur alic zu rechtfertigen. Notwendig ist dafür zusätzlich das Element der Kontrolle bzw. Beherrschbarkeit: Es muss der betroffenen Person möglich sein, das Eintreten eines Zustands zu kontrollieren, der die verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit zur Folge hat. Bei vielen an Schizophrenie leidenden Personen kann eine solche Fähigkeit zur Kontrolle durch Medikation herbeigeführt werden. Die Behandlung der Schizophrenie nach den Regeln der Kunst folgt einem multimodalen Ansatz, der neben pharmakologischen Ansätzen weitere Interventionsebenen (z.B. Psychotherapie, psychosoziale Interventionen usw.) enthält.³² Innerhalb dieses Behandlungskonzepts bildet die Pharmakotherapie – primär mit Antipsychotika³³ – aber das Rückgrat der Akut- und Langzeitbehandlung von Personen mit Schizophrenie, was oft zur Teil- oder Voll-

ZStrR 1/2022 | S. 1–26 9 | ↑

remission führt.³⁴ Damit erhält ein wesentlicher Teil der betroffenen Personen (auch Antipsychotika sind nicht bei allen behandelten Personen effektiv³⁵) durch die kontinuierliche³⁶ Einnahme der Medikation eine Kontrolle über das Eintreten psychotischer Zustände.³⁷ Daraus ergibt sich prima facie auch das für die alic relevante Merkmal der Beherrschbarkeit hinsichtlich des Eintritts von schuldfähigkeitsrelevanten Zuständen.

IV. Fehlende Medikamenten-Adhärenz und störungskonexe

Das Dokument "Anwendbarkeit der actio libera in causa bei fehlender Medikamenten-Adhärenz und darauffolgenden störungskonexen Straftaten" wurde von Zentralbibliothek Zürich, Zürich am 06.11.2023 auf der Website zstrr.recht.ch erstellt. | © Staempfli Verlag AG, Bern - 2023

Straftaten: Anwendbarkeit der actio libera in causa?

Im vorangehenden Abschnitt wurde dargelegt, warum bei der Nichteinnahme indizierter antipsychotischer Medikamente Assoziationen zur actio libera in causa aufkommen könnten. Nun gilt es, zu analysieren, ob diese Assoziationen gerechtfertigt sind. Ausgangspunkt der Prüfung bildet die fehlende Medikamenten-Adhärenz einer Person mit schizophrener Störung, die durchaus häufig eintritt (dazu 1.). Kommt es infolge dieses Lebensvorgangs zu einem Wiederaufflammen der Symptomatik und begeht die Person bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit eine Straftat, ist die Anwendbarkeit der alic zu prüfen (dazu 2.).

1. (Mangelnde) Medikamenten-Adhärenz: Herausforderung bei schizophrenen Personen

(Medikamenten-)Adhärenz beschreibt das Ausmass, in welchem das Patientenverhalten mit den ärztlichen Empfehlungen übereinstimmt; für den hier disku-

ZStrR 1/2022 | S. 1–26 10 | ↑

tierten Fall, ob eine Person die ihr verschriebenen Medikamente einnimmt.³⁸ Bei Patient*innen mit schizophrener Störung geschieht es oft, dass sie indizierte Medikamente nach einer gewissen Zeit eigenhändig absetzen. Zwar können eine offene Kommunikation (inkl. Aufklärung über Nebenwirkungen usw.) und weitere Begleitmassnahmen seitens der Behandler*innen die Medikamenten-Adhärenz erhöhen.³⁹ Dennoch stellt die fehlende oder nur teilweise vorhandene Adhärenz ein bekanntes und häufig auftretendes Problem bei der Behandlung von schizophrenen Personen dar.⁴⁰ Vor diesem Hintergrund erweist sich, dass die hier diskutierte Fragestellung bei erneuten Straftaten dieser Personen eine durchaus hohe praktische Relevanz besitzt.

ZStrR 1/2022 | S. 1–26 11 | ↑

2. Anwendbarkeit der alic

Es dürfte nach den vorangehenden Ausführungen nicht zweifelhaft sein, dass einige schizophrene Personen indizierte antipsychotische Medikamente eigenhändig absetzen und danach unter Symptomen erneut Straftaten begehen. Weniger klar ist jedoch, ob dieser Vorgang unter dem Gesichtspunkt der actio libera in causa der Person vorgeworfen werden kann ([Art. 19 Abs. 4 StGB](#)). Die Mehrheit der schweizerischen Strafrechtswissenschaftler adressiert diese Thematik nicht.⁴¹ Trechsel/Jean-Richard subsumieren das Auslösen einer auf Geisteskrankheit zurückzuführenden Psychose unter [Art. 19 Abs. 4 StGB](#), was ansatzweise als Stellungnahme für die Anwendbarkeit der alic auf die hier diskutierten Fälle verstanden werden könnte.⁴² Diese Ansicht wird von Bommer und Mausbach/Straub abgelehnt, da es kaum denkbar sei, dass eine «*Geisteskrankheit bzw. Beeinträchtigung in der geistigen Gesundheit oder Schwachsinn bzw. mangelhafte geistige Entwicklung*» mit einem bewussten Willensakt herbeigeführt werden könne.⁴³ Beide Stellungnahmen bilden die Problematik jedoch nicht umfassend ab. Die Position von Trechsel/Jean-Richard enthält keine weitere Begründung für die Anwendbarkeit der alic, während jene von Bommer und Mausbach/Straub für den vorliegenden Fall insofern nicht weiterführt, als dass es nicht die Störung ist, die mit einem bewussten Willensakt herbeigeführt wird (ergo: der Vorwurf liegt hier nicht auf dem Herbeiführen der Störung), sondern dass der störungskonexe und die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit tangierende Symptom-Sonderzustand (in casu etwa die Psychose) einer

gewissen Beherrschbarkeit durch Medikamenteneinnahme unterliegt (vgl. IV.1), was Ansatz eines alic-Vorwurfs sein könnte.

Mangels belastbarer Leitlinien des Schrifttums sind neue dogmatische Pfade zu schaffen. Dabei wird sich zeigen, dass die Anwendbarkeit der actio libera in causa bei straffälligen, nicht medikamentenadhärenten Personen mit vielen grundsätzlichen Unsicherheiten und beweisrechtlichen Herausforderungen versehen ist. Wegleitend für die nachfolgende Analyse sind die im zweiten Abschnitt enthaltenen Ausführungen zur dogmatischen Struktur der alic (vgl. II.): Für die Annahme einer alic ist erstens die Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Sich-in-verminderter-oder-aufgehobener-Schuldfähigkeit-Bringens (z.B. Sichbetrinken usw.) notwendig. Zweitens erfordert die alic einen Doppelvorsatz hinsichtlich des Herbeiführens des schuldrelevanten Zustands und der späteren Tat (vorsätzliche alic) oder eine Vorhersehbarkeit der Herbeiführung des späteren schuldrelevanten Zustands und der späteren Tat (fahrlässige alic).

Bei der hier zu interessierenden Fallgruppe beginnen die Schwierigkeiten bereits beim ersten Schritt: der Feststellung der Schuldfähigkeit der an Schizophrenie leidenden Person im Zeitpunkt des Absetzens der Medikation (dazu a). Selbst wenn der Nachweis einer Schuldfähigkeit im Handlungszeitpunkt gelänge, wäre die Herleitung des für die alic notwendigen Doppelvorsatzes bzw. der Vorhersehbarkeit als zweites Kriterium in vielen Fällen nicht möglich (dazu b). Wenn auch diese Anwendbarkeitsvoraussetzung im Sinne von [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) ausnahmsweise vorliegen würde, sähe man sich mit dem Problem konfrontiert, dass der Ansatzpunkt der alic beim Absetzen der Medikation nicht ein Tun, sondern ein Unterlassen darstellt, womit sich sämtliche Herausforderungen der Unterlassungsdogmatik einstellen (dazu c und d).

a) Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens

Für die Anwendbarkeit einer alic wäre in einem ersten Schritt zu fordern, dass die Person im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens schuldfähig war: Ist dies nicht der Fall, fällt die Anwendbarkeit der alic von vornherein ausser Betracht.⁴⁴ Auf die hier zu diskutierende Fallgruppe angewendet bedeutet dies: Die an Schizophrenie erkrankte Person müsste Krankheitseinsicht gehabt haben, und ihr müsste bewusst gewesen sein, warum sie aufgrund ihrer Krankheit kontinuierlich Medikation zur Kontrolle ihrer Symptome bedarf.⁴⁵ Damit würden bereits all jene Fälle ausscheiden, in welchen eine Person auf die Medikation nicht anspricht (bzw. unbemerkt nicht anspricht) und weiterhin symptomatisch ist.⁴⁶

Zwar könnte bei der hier diskutierten Fallgruppe die Annahme einer Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Absetzens prima facie aufgrund des Umstands hergeleitet werden, dass man eine an Schizophrenie leidende Person ihre Medikamente selbst einnehmen lässt. Damit könnte der Anschein einhergehen, dass die Person eigenverantwortlich für ihre (Nicht-)Adhärenz ist, wenn man ihr die selbständige Einnahme zutraut.⁴⁷ Eine solche Betrachtung wäre jedoch zu vereinfachend. Entgegen der genannten Vermutung dürfte es höchst herausfordernd sein, Personen, welche das Absetzen in einem schuldfähigen Zustand vorgenommen haben, von jenen zu unterscheiden, bei welchen die schizophrenen Symptome neu «aufgeflammt» sind (bei letzterer Gruppe läge im Zeitpunkt des Absetzens regelmässig eine Schuldunfähigkeit vor, womit die Anwendung der alic ausser Betracht fiel).⁴⁸ Gerade angesichts des starken Zusammenhangs zwischen mangelnder Krankheitseinsicht und Nichtadhärenz⁴⁹ und des bei schizophrenen Personen oft vorliegenden Phänomens der Anosognosie (die

Unfähigkeit, Erkrankungen der eigenen Person wahrzunehmen)⁵⁰ dürfte vielmehr die Annahme berechtigt sein, dass die mangelnde Krankheitseinsicht die Regel bzw. das vom Krankheitseinsichtigen eigenverantwortliche Absetzen die zu beweisende Ausnahme darstellt.

Möchte die Verfahrensleitung in einem Strafverfahren diesen herausfordernden Beweisführungsweg beschreiten, müsste sie angesichts der Technizität der Materie eine sachverständige Person aus dem Feld der forensischen Psychiatrie/Psychologie beiziehen.⁵¹ Doch selbst die sachverständige Person dürfte bei ihrer Arbeit oft vor der Schwierigkeit stehen, dass die Glaubhaftigkeit der Aussagen von schizophrenen Personen zu historischen Sachverhalten je nach Symptombild schwierig zu beurteilen sind.⁵² Daher wäre es zur adäquaten Abklärung des retrospektiven Zustands erforderlich, dass neben der Konsultation bestehender Akten (z.B. Krankenakten von früheren Einweisungen, die einen psychopathologischen Befund enthalten) weitere Aussagen von Personen des unmittelbaren Umfelds (sofern vorhanden) oder allfälliger Behandler*innen erhältlich gemacht werden, ansonsten mit Blick auf das Beweisfundament kaum der in dubio pro reo standhaltende Schluss zulässig wäre, die Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Absetzens sei

erhalten gewesen. Vor diesem Hintergrund erweist sich bereits der Startpunkt der Prüfung – das Vorhandensein der Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens – als hohe faktische Hürde für die Anwendbarkeit der alic auf die vorliegend diskutierte Fallgruppe.

b) Vorliegen des subjektiven Tatbestands (vorsätzliche alic) bzw. der Voraussehbarkeit (fahrlässige alic)

Sofern eine Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Absetzens nachgewiesen werden könnte, müsste in einem nächsten Schritt geprüft werden, ob die Person im Zeitpunkt des Absetzens den erforderlichen Vorsatz hinsichtlich des Herbeiführens des schuldrelevanten Zustands sowie der späteren Delinquenz aufwies (vorsätzliche alic) bzw. ob ihr der Vorwurf gemacht werden kann, sie habe das zur verminderten/aufgehobenen Schuldfähigkeit und das zur Tat führende Geschehen pflichtwidrig nicht vorhergesehen (fahrlässige alic).

Zuerst soll die Frage des Vorsatzes bzw. der Fahrlässigkeit bezüglich des *Herbeiführens des schuldfähigkeitsrelevanten Zustands* thematisiert werden. Bereits hier ergeben sich im Vergleich zu «klassischen» alic-Fällen erhöhte Schwierigkeiten, denn die zum schuldunfähigen oder -mindernden Zustand führende Kausalitätskette ist bei einem Medikamenten-Absetzen deutlich länger und komplexer als bei einem Sichbetrinken: Bei Letzterem liegt ein relativ eng aufeinanderfolgendes Konsum-Wirkungs-Verhältnis vor, während bei der Medikation das Abgleiten in eine Psychose je nach Präparat Tage, Wochen oder Monate dauern kann. Daraus ergeben sich erhöhte Beweisführungsanforderungen. Damit von Vorsatz oder Fahrlässigkeit die Rede sein kann, muss gewährleistet sein, dass die an Schizophrenie leidende Person wusste, welche Wirkung die ihr verschriebene Medikation entfaltet und welche Konsequenzen ein Absetzen für das Krankheitsbild hat.⁵³ Führt man sich vor Augen, dass die Behandlung der Schizophrenie regelmässig mit dem Behandlungsbestandteil der Psychoedukation einhergeht (vgl. III.2) und dass 70–80% aller Personen nach einer Erstpsychose einen Krankheitsrückfall erleiden⁵⁴ (was im Rahmen einer Psychoedukation vermittelt werden sollte), dürfte die Hürde der Vorhersehbarkeit und ggfs. selbst jene des (Eventual-)Vorsatzes bei wegen Schizophrenie *vorbehandelten* Personen hinsichtlich des Herbeiführens der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit bei Absetzen der Medikation überwindbar sein. Dasselbe gilt angesichts des individualisierten Sorgfaltsmassstabs ([Art. 12 Abs. 3 StGB](#)) für an Schizophrenie leidende Personen, die zwar nie eine solche Psy-

choedukation erfahren haben, die aber aufgrund von Sonderwissen über die Konsequenzen eines Medikamenten-Absetzens im Bilde sind (z.B. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pfleger*innen usw., welche je nach Tätigkeitsfeld das erforderliche Sonderwissen aufweisen) oder eigeninitiativ (z.B. Internetrecherchen) solches Sonderwissen erlangt haben. Hingegen wäre eine Vorhersehbarkeit zu verneinen, wenn medizinische Laien unter Behandlung (entgegen den Regeln der Kunst) keine Psychoedukation erhalten haben oder aus anderen Gründen nicht wussten, was die Folgen eines Medikamenten-Absetzens sind.⁵⁵

Die grösste Schwierigkeit dürfte nach dem Gesagten nicht beim Nachweis der vorsätzlichen oder fahrlässigen Herbeiführung des schuldfähigkeitsrelevanten Zustandsbilds liegen. Herausfordernder ist vielmehr die Beweisführung zur Frage, ob die Person diesen Zustand herbeiführte, *um* bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit Vorsatz-Straftaten zu begehen (vorsätzliche alic), bzw. ob es für die Person *vorhersehbar* war, im nicht medizierten Zustand Straftaten zu begehen (fahrlässige alic). Dieser Beweis der rechtsnotwendigen Kenntnisse hinsichtlich des zu Straftaten führenden Kausalverlaufs dürfte die Anwendbarkeit der alic auf viele Fälle der hier analysierten Fallgruppe verunmöglichen oder zumindest deutlich erschweren. Die Rechtsprechung stellt bereits für die Annahme einer fahrlässigen alic strenge Anforderungen an die Vorhersehbarkeit der künftigen Delinquenz. Auch wenn gemäss konstanter Praxis nicht alle Details des späteren Geschehensablaufs voraussehbar sein müssen, ist die blossige Möglichkeit eines nicht näher konkretisierten Delikts unzureichend; es braucht die *Vorhersehbarkeit eines bestimmten Delikts in seinen wesentlichen Zügen*.⁵⁶ Diese Anforderung wird von der Gerichtspraxis (ausserhalb des vorliegend analysierten Kontexts) zu Recht restriktiv ausgelegt: So stellte sich das OGer-ZH auf den Standpunkt, dass die Person aufgrund ihrer Vorgeschichte zwar damit rechnen musste, in psychotische Zustände zu geraten (da dies verschiedentlich in der Vergangenheit der Fall war); da die vergangenen Episoden aber für Dritte folgenlos verliefen, konnte der Person nicht vorgeworfen werden, sie hätte mit dem Eintritt einer schweren Straftat rechnen müssen (keine fahrlässige alic).⁵⁷ Ebenso entschied das Bundesgericht, dass die Kenntnis bezüglich einer bekannten erhöhten Reizbarkeit einer Person bei Alkoholkonsum (z.B. Drohungen, Anschreien Dritter) keine Voraussehbarkeit bezüglich einer schwersten Straftat (vors. Tötung) begründete.⁵⁸ Genauso reichte es nicht,

dass eine Person bekanntermassen emotional unausgeglichen war oder zu Gefühlsausbrüchen oder Unbeherrschtheit neigte, um die Vorhersehbarkeit entsprechender eigenschaftskonnexer Straftaten zu bejahen.⁵⁹ Es braucht entsprechend qualifizierte Hinweise für die Bejahung einer Vorhersehbarkeit. Erst wenn ein hinreichend stabiles Muster von vergangenen Straftaten im psychotischen Zustand vorliegt, wäre es angesichts der strengen Leitlinien der Gerichtspraxis gerechtfertigt, eine Voraussehbarkeit anzunehmen.⁶⁰

Für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand bedeutet dies: Die Kenntnis einer allfälligen störungskonnexen *Vortatengeschichte*⁶¹ ist zentral für das Bejahen der Voraussehbarkeit hinreichend bestimmter erneuter störungskonnexer Straftaten. Fehlt eine entsprechende Vorgeschichte, ist die Vorhersehbarkeit einer hinreichend bestimmten Delinquenz nicht gegeben. Doch selbst wenn sich in der Vergangenheit bereits störungskonnexe Vortaten ereignet haben, dürfte zumindest das Vorliegen einer vorsätzlichen alic kaum hinreichend zu belegen sein. Dies begründet sich wie folgt: Führt man sich das Symptombild einer floriden Schizophrenie vor Augen, könnte die betroffene Person in keiner Weise gewiss sein, dass sie nach dem Absetzen der Medikation und dem Wiederaufflammen der produktiven Symptome einen zuvor im schuldfähigen Zustand gefassten Tatplan noch ansatzweise umsetzen könnte. Eher noch könnte man bei Personen mit einer langen Liste von störungskonnexen Vortaten das Argument vorbringen, dass bestimmte Taten in diesem Zustand im Sinne der fahrlässigen alic

vorhersehbar waren. Als Beispiel könnte man eine Person erwähnen, die immer (der Sachverhalt hat sich fast monatlich ereignet), wenn sie in einem psychotischen Zustand ist, andere beschimpft ([Art. 177 StGB](#)) und Ohrfeigen/Faustschläge verteilt ([Art. 126 StGB](#)). Hier schiene es legitim, bezüglich dieser Delikte eine Vorhersehbarkeit anzunehmen. Allerdings muss in diesem Zusammenhang dem folgenden Aspekt Rechnung getragen werden: Eine Vorhersehbarkeit besteht nur für das bestehende, in der Vergangenheit manifeste Muster. Wenn aber eine Person, die zuvor in Psychosen immer Beschimpfungen ([Art. 177 StGB](#)) aussties und Tätlichkeiten ([Art. 126 StGB](#)) beging, behandelt wird, anschliessend

die Medikamente absetzt und danach in einer erneuten Psychose eine Person tötet, würde bezüglich dieser Tötungshandlung keine Vorhersehbarkeit vorliegen, da es durch das bisherige Muster nicht abgedeckt ist (die Eskalation vom Muster «Tätlichkeit/Beschimpfung» zur Tötung ist angesichts der strengen juristischen Anforderungen an den Bestimmtheitsgrad der Delikte nicht vorhersehbar im Rechtssinne).

Schliesslich ist zu bedenken, dass die Beurteilung von Vorsatz und Fahrlässigkeit auf einer Beweisebene Schwierigkeiten mit sich bringt. Wenn eine an Schizophrenie leidende Person in der Einvernahme sagen würde, sie habe gewusst, dass bei der Nichteinnahme der Medikamente etwas Schlimmes passieren werde, könnte das schlicht ihre Einsicht im (nun) behandelten Zustand reflektieren und nicht ihre subjektive Auffassung im Zeitpunkt des Absetzens im (noch) schulfähigen Zustand, welche aber für die Anwendbarkeit der alic relevant ist.⁶² Entsprechend müsste hier eine sorgfältige Befragung unter Ausschöpfung sonstiger Beweismittel stattfinden, um die hier referierte zweite Anwendungsvoraussetzung von [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) in dubio pro reo zu beweisen. Zusammenfassend ergibt sich daher folgendes Bild: In aller Regel dürfte das Bestreben, Vorsatz oder Fahrlässigkeit hinsichtlich der zu beurteilenden Straftaten zu begründen, fehlschlagen oder zumindest mit wesentlichen (Fahrlässigkeit) oder grössten (Vorsatz) Herausforderungen hinsichtlich der hinreichenden Bestimmtheit neuer Straftaten verbunden sein.

c) Inhalt des Vorwurfs: Medikamenten-Absetzen = Unterlassung (Erfordernis der Garantenstellung)

Selbst wenn in einem konkreten Fall die vorangehend geschilderten Anwendungsvoraussetzungen der alic vorliegen, ergibt sich im Falle des Absetzens der Medikamente eine zusätzliche erhebliche Komplexität. Anders als bei «traditionellen» alic-Fällen wird die Ursache für die spätere verminderte Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit nicht – wie in den «klassischen» alic-Konstellationen – durch ein aktives Tun im Vorfeld der Tat (ein Sichbetrinken oder das Einnehmen von Drogen) herbeigeführt. Vielmehr unterlässt es die an Schizophrenie leidende Person (Absetzen der indizierten Medikamente), in einen Kausalverlauf einzugreifen, welcher zum Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit bei gleichzeitig hinreichend bestimmter Vorhersehbarkeit der Verletzung strafrechtlicher Rechtsgüter führt. Anders gewendet: Bei der hier diskutierten Fallgruppe bildet eine *Unterlassung den Anknüpfungspunkt des durch die alic (möglicherweise) entstehenden Vorwurfs*.⁶³

Auf den ersten Blick scheint dieser Umstand für die Anwendbarkeit der alic keine direkte Hürde darzustellen, denn der Wortlaut von [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) beschränkt sich nicht auf ein aktives Tun («Konnte der Täter die Schuldunfähigkeit oder die Verminderung der Schuldfähigkeit vermeiden und dabei die in diesem Zustand

begangene Tat voraussehen»). Darüber hinaus gibt es in der ausländischen Literatur Stimmen, welche in den vorliegend diskutierten Fällen eine Vorwurfsidentität zwischen aktivem Handeln (z.B. Sichberauschen) und der Unterlassung (keine Medikamente einnehmen) annehmen.⁶⁴ Diese Sichtweise bedarf indes einer näheren Betrachtung. Die Gleichsetzung von Tun und Unterlassen kann nicht unbesehen erfolgen. Vielmehr muss denselben Strukturen Rechnung getragen werden, wie sie im Rahmen der Unterlassungsdogmatik entwickelt wurden.⁶⁵ Die Nichteinnahme der gebotenen Medikation kann der Person unter [Art. 19 Abs. 4 StGB](#) nur dann zum Vorwurf gemacht werden, wenn sie (analog [Art. 11 StGB](#)⁶⁶) eine *Garantenstellung* innehat, welche sie zum schützenden Tätigwerden (*Garantenpflicht*: in casu die Medikamenteneinnahme) verpflichtet.⁶⁷ Nur dann erscheint die Unterlassung als identisches Unrecht wie das aktive Tun (Vorwurfsidentität).⁶⁸

Angesichts der Komplexität der Unterlassungsdogmatik und des zur Verfügung stehenden Raums kann nicht auf alle Facetten der Problematik eingegangen werden (die Thematik böte genug Stoff für eine Monografie). Dennoch lassen sich die zentralen Überlegungen nachfolgend darlegen. Anlasspunkt für eine ausnahmsweise bestehende Handlungspflicht ist eine besondere Beziehung der Person zu einem Rechtsgut oder einer Gefahrenquelle und damit eine qualifizierte Rechtspflicht zum Tätigwerden.⁶⁹ Nun stellt sich die Frage, woraus eine solche im Kontext der vorliegenden Thematik abgeleitet werden könnte. Noch relativ gesichert scheinen hier Garantenpflichten aufgrund spezifischer *Obhuts-/Schutzpflichten*, wie sie sich aus Gesetz, Vertrag oder einer Gefahrengemeinschaft ergeben können ([Art. 11 Abs. 2 lit. a–c StGB](#)). Hier wäre es durchaus legitim, zu argumentieren, dass die Medikamenteneinnahme ein geeignetes Mittel sein kann, um Personen mit besonderem Schutzanspruch vor der strafrechtlichen Verletzung ihrer Rechtsgüter zu bewahren. Dieser Gedanke lässt sich an folgendem Beispiel illustrieren: Eltern weisen gegenüber ihren minderjährigen Kindern eine Garantenstellung auf und müssen schützend eingreifen, um das Kind vor Gefahren zu schützen ([Art. 301 f. ZGB](#)).⁷⁰ Für die vorliegende Thematik würde dies bedeuten: Wenn ein Elternteil selbst die Quelle einer Gefahr bildet, weil er an Schizophrenie leidet und in psychotischem Zustand Personen im Umfeld tötlich angeht, könnte man durchaus argumentieren, dass aus der Obhutsgarantenstellung die Garantenpflicht fließt, antipsychotische Medikamente einzunehmen.⁷¹

Es scheint jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass die voranstehenden Fallgruppen immer nur Schutzpflichten gegenüber bestimmten Individuen (im voranstehenden Beispiel: die minderjährigen Kinder) begründen. Wie sieht es aber bei Konstellationen aus, in welchen eine schizophrene Person nicht gegenüber diesen Personen straffällig wird, sondern *gegenüber Dritten*, bezüglich derer die schizophrene Person *keine* spezifische Obhuts-/Schutzgarantenstellung innehat? Damit wird der Fragekreis zu Garantenstellungen qua Sicherungs- bzw. Überwachungspflichten eröffnet. Intuitiv könnte man dazu neigen, eine solche Garantenstellung auf Basis von Art. 11 Abs. 2 lit. d (Ingerenz: Schaffung einer Gefahr) anzunehmen (Ratio: Durch das Absetzen der Medikamente wird die Gefahr einer Psychose und damit zusammenhängender neuer Straftaten geschaffen). Dieser Ansatz ist aber in casu nicht einschlägig, denn die Garantenstellung qua Ingerenz setzt ein gefährliches *Tun* voraus.⁷² Daran fehlt es in den hier diskutierten Konstellationen, denn die Gefahr aufgrund der Schizophrenie (Symptome) besteht unabhängig eines aktiven Tuns der erkrankten Person. Da auch die anderen gesetzlich genannten Entstehungs-

gründe (Gesetz, Vertrag, Gefahrengemeinschaft) für den vorliegenden Kontext nicht einschlägig sind, müsste sich eine Garantenstellung aus anderen Quellen ergeben. Dies ist nicht von vornherein ausgeschlossen, zählt

doch [Art. 11 Abs. 2 StGB](#) nur vier wesentliche Entstehungsmöglichkeiten von Garantenstellungen in nicht abschliessender Weise auf (was aus dem Wort «namentlich» erkennbar wird).

Dabei ist im Ausgangspunkt zu beachten, dass bei der Anerkennung von Garantenstellungen Zurückhaltung zu üben ist, da keine allgemeine Handlungspflicht zum Schutz fremder Interessen besteht.⁷³ Trotz dieser Vorgabe lassen sich aber für den vorliegenden Kontext durchaus Erklärungsstrukturen bilden, welche die Annahme einer Garantenstellung legitimieren könnten oder zumindest nicht als ausgeschlossen erscheinen lassen. So wird in einem Teil der deutschen Lehre die Ansicht vertreten, dass jeder Mensch Garantenstellung bezüglich jener Gefahren habe, die von seinem Körper ausgehen.⁷⁴ Dieser Gedanke lässt sich in der Schweiz im Rahmen der anerkannten Fallgruppe «Herrschaft über die Gefahrenquelle»⁷⁵ diskutieren. Wenn man sich vor Augen führt, dass unter diesem Begriff diverse Garantenstellungen qua Zustandshaftungen über Sachen diskutiert werden,⁷⁶ über deren Gefahren eine Person die Herrschaft innehat, wäre es durchaus vertretbar, auch für vom eigenen Körper ausgehende Gefahren, über die man die Herrschaft innehat, eine Garantenstellung anzunehmen.⁷⁷ Dieser Betrachtung stehen aber auch gewisse Gründe entgegen, denn eine solche Garantenstellung wäre geeignet, exzessive Limitationen verfassungsrechtlicher Freiheitsräume zu begründen und weit über eine Medikati-

onspflicht hinauszugehen. Diese Überlegung lässt sich an den folgenden Fragen veranschaulichen: Wäre der schizophrenen Person auch vorwerfbar, dass sie sich nicht in psychotherapeutische Behandlung begeben hat? Müsste die medikamentös nicht ansprechbare Person sich einer Elektrokonvulsionsbehandlung unterziehen? Diese Fragekette, die sich weiterführen liesse, weckt Assoziationen zum (unzulässigen) Konstrukt der Lebensführungsschuld.⁷⁸ Angesichts der einleitend gemachten Betrachtungen kann eine Garantenstellung gegenüber Dritten qua Herrschaft über die Gefahrenquelle zwar nicht von vornherein verworfen werden. Es bleibt aber ein flaes Gefühl zum Grund und zu den Grenzen dieser Pflicht bestehen.

Zusammenfassend ergibt sich, dass für den vorliegenden Kontext Garantenstellungen aus Schutz-/Obhutspflichten bestehen und Garantenstellungen auf Basis von Sicherungs- bzw. Überwachungspflichten gegenüber Dritten nicht mit Sicherheit ausschliessbar sind. Wenn die an Schizophrenie leidende Person ihre Medikamente nicht mehr einnimmt und es in der Folge zu Straftaten kommt, könnte in den besagten Konstellationen entsprechend für eine Verletzung der jeweiligen Garantenpflicht argumentiert werden. Damit ist die Anwendbarkeit der alic auf die vorliegend diskutierten Sachverhalte aber noch nicht gesichert, denn ein Vorwurf nach dem Modell der alic liesse sich nur legitimieren, wenn das Unterlassen der gebotenen Handlung (Einnahme der Medikamente) schuldtechnisch mit einer aktiven Handlung (z.B. Sichbetrinken) gleichwertig erscheint und wenn die Unterlassung in einem hypothetischen Kausalzusammenhang zur Aufhebung oder Verminderung der Schuldfähigkeit beim störungskonnexen Delikt steht.

d) Hypothetische Kausalität, Tatmacht und Zumutbarkeit der gebotenen Handlung

Die Verletzung einer Garantenpflicht vermag nach den vorausgehenden Ausführungen noch nicht zu genügen, um eine schuldrechtliche Identität zwischen Tun und Unterlassen zu begründen. Vielmehr muss zusätzlich ein hypothetischer Kausalzusammenhang sowie die Tatmacht belegt und die Zumutbarkeit der gebotenen Handlung geprüft werden.⁷⁹ Ersteres dürfte im Einzelfall durchaus möglich sein: Wenn eine Person gut auf die Medikation anspricht und unter ihrer Einnahme keine produktiven Symptome aufwies und nach Absetzen wieder symptomatisch wird (was der Regelfall darstellt), scheint es legitim, zu argumentieren, dass bei der Einnahme der Medikation der zum störungskonnexen Delikt führende Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeblieben wäre. Ebenso dürfte die zweite Voraussetzung (Tatmacht = physische und psychische Möglichkeit hinsichtlich der Vornahme der

gebotenen Handlung) keine grösseren Probleme aufwerfen. Wenn eine Person im Zeitpunkt des Absetzens schulfähig war, liegt die Tatmacht hinsichtlich der gebotenen Medikamenteneinnahme vor.

Deutlich *anspruchsvoller* ist die *Begründung der Zumutbarkeit*⁸⁰ der gebotenen Handlung. Aus ihr fliesst die Anforderung, dass für die handlungspflichtige Person das Risiko der gebotenen Handlung hinsichtlich des gefährdeten (und zu schützenden) Rechtsguts verhältnismässig ist, was im Sinne der Notstandsdogmatik ein Abwägen von Rechtsgütern erfordert.⁸¹ Dabei lassen sich für den vorliegenden Kontext diverse Konstellationen bilden, in welchen eine Medikamenteneinnahme unzumutbar wäre.⁸² Zur Begründung der letztgenannten Ausführung sind die Freiheitsinteressen der betroffenen Person zu identifizieren. Führt man sich die Implikationen der alic-Anwendbarkeit bei fehlender Medikamenten-Adhärenz vor Augen, bedeutet dies im Reflex einen erheblichen Eingriff in das völker- und verfassungsrechtliche Recht einer urteilsfähigen Person ([Art. 10 BV](#)), die Einnahme von Medikamenten zu verweigern. Einige ausländische Lehrmeinungen sehen darin eine generelle Schranke für eine Handlungspflicht.⁸³ Diese Position dürfte indes zu absolut sein.⁸⁴ Es gibt durchaus legitime öffentliche Interessen für die Annahme einer Pflicht, im Rahmen der Verhältnismässigkeit Vorkehrungen zu ergreifen, um Drittschädigungen abzuwenden.⁸⁵ Daher müssen die relevanten Interessen einer angemessenen Güterabwägung zugeführt werden. In diesem Abwägungsvorgang bildet das durch [Art. 10 BV](#) gewährte Recht auf Behandlungsverweigerung ein erhebliches Gewicht. Dies gilt umso mehr, als dass die Einnahme von Antipsychotika mit erheblichen Nebenwirkungen einhergeht.⁸⁶ Diese reichen je nach Art des Antipsychotikums (typische oder atypische Antipsychotika) von extrapyramidalen Störungen (unwillkürli-

che, unkontrollierbare Bewegungen vom Zittern bis hin zur Unfähigkeit, sitzen bleiben zu können) hin zu metabolischen Störungen (mit Gewichtszunahme), Prolaktinerhöhung, welche sich im Wachstum der auch männlichen Brustdrüse bis hin zur Milchsekretion äussern kann, sexuellen Dysfunktionen, Einschränkungen des psychosozialen Leistungsniveaus usw.⁸⁷ Leidet eine Person an solchen Nebenwirkungen ist eine Pflicht zur Medikamenteneinnahme zumindest bei leichten oder mittleren drohenden Straftaten regelmässig unzumutbar.⁸⁸ Konkret: Wenn bei einer Person in ihren Psychosen relativ geringfügige Delikte wie Beschimpfungen und dergleichen drohen, wäre eine qua alic begründete Pflicht zur Einnahme von Medikamenten entgegen ihrem autonomen Willen unzumutbar. Doch selbst bei schweren drohenden Straftaten tun sich Fragen auf, ob das Nichteinnehmen der Medikation wirklich mit dem aktiven Zuführen einer Substanz vergleichbar ist. Während der sich aktiv Berausende eine schädliche Substanz zu sich nimmt und den damit verbundenen schulfähigkeitsrelevanten Effekt anstrebt, liegt die Sachlage bei einer psychisch kranken Person anders. Sie erlebt ein Dilemma und muss zwischen medikamentös behandeltem Zustand mit (je nach Person) sehr erheblichen Nebenwirkungen und unbehandeltem Zustand mit dem konstant drohenden Abgleiten in eine neue Psychose abwägen. Wird man sich dieser Tatsache bewusst, zeigt sich, dass die Analogie zwischen einem aktiven Sichbetrinken und der hier diskutierten Fallgruppe hinkt und somit hinsichtlich der Vorwurfsidentität selbst bei schwersten Straftaten deutliche Fragezeichen bestehen bleiben.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass eine nennenswerte Zahl von Konstellationen auf der Ebene der Zumutbarkeit ausscheidet. Ein individueller Vorwurf nach dem Muster der alic könnte höchstens bei Personen begründet werden, die ein ausgeprägtes Risikopotenzial für schwerste Straftaten in unbehandeltem Zustand aufweisen und die an keinen erheblichen Nebenwirkungen leiden. Diese Feststellung dürfte bei jenen Stimmen, welche die Anwendbarkeit der alic befürworten, auf Kritik stossen. Nach diesen Stimmen wird die Schuldzurechnung im vorliegenden Kontext als Teil eines «Empowerments» der kranken Personen verstanden,

weil auch ihnen damit eine normative Ansprechbarkeit zugeschrieben wird, was der Selbstwirksamkeit zudient und Diskriminierungen von psychisch gestörten Personen vermeidet.⁸⁹

Angesichts der vielfältigen Probleme, welche das Krankheitsbild der Schizophrenie aufwirft, dürfte es sich hierbei aber um eine reichlich intellektualisierte Betrachtung handeln. Faktisch bedeutet die strafrechtliche Schuldzuschreibung in der hier diskutierten Konstellation nämlich vor allem eines: einen zusätzlichen Stressor für bereits vulnerable Personen, der für ihr Krankheitsbild im Rahmen eines Stress-Vulnerabilitäts-Modells eher negative Auswirkungen zeitigt.⁹⁰ Es ist auch dieser Hintergrund, der das Resultat der vorliegenden Auslegung (Anwendbarkeit der alic, wenn überhaupt, als absolute Ausnahme bei drohenden Schwerstdelikten mit geringen Nebenwirkungen der Medikation im Einzelfall) stützt.

Sofern mit dieser Lösung – so die Position gewisser Autor*innen – «Strafbarkeitslücken»⁹¹ oder ein strategisches Ausspielen der «Krankheitskarte»⁹² durch die straffälligen Personen mit entsprechenden generalpräventiven Defiziten befürchtet werden, ist dem zweierlei entgegenzuhalten: Erstens ist es beim ganz überwiegenden Teil aller an Schizophrenie leidenden Personen unangebracht und stigmatisierend, bei einem derart schwerwiegenden Krankheitsbild die Metapher des Auspielens der Krankheitskarte zu verwenden. Zweitens ist zu beachten, dass die betroffene Person regelmässig nicht ohne strafrechtliche Konsequenzen aus der Begehung einer schweren Straftat hervorgeht, da bei einer schuldunfähigen Person bei relevantem Rückfallrisiko strafrechtliche Massnahmen nach [Art. 56 ff. StGB](#) angeordnet werden können.⁹³ Damit dürften sich auch Befürchtungen hinsichtlich etwaiger «Sanktionslücken» zerstreuen. Das Vertrauen der Bürger*innen in die Rechtsordnung wird durch den Freispruch ([Art. 19 Abs. 1 StGB](#)) oder die Strafmilderung ([Art. 19 Abs. 2 StGB](#)) in den hier diskutierten Fällen nicht in relevanter Weise erschüttert, da im dualen Sanktionensystem der Schweiz für solche Fälle das Massnahmenrecht zur Verfügung steht.

V. Fazit

Ist die actio libera in causa auf Konstellationen mit mangelnder Medikamenten-Adhärenz und nachfolgenden störungskonnexen Straftaten anwendbar? Der prima facie plausible Schluss lautete «Ja!» und begründete sich durch die folgenden rhetorischen Fragen: Warum soll eine Person, die ihre schuldfähigkeitsrelevanten Symptome durch Medikamente kontrollieren kann und mit weiterer Delinquenz in unbehandeltem Zustand rechnen muss, dem strafrechtlichen Schuldvorwurf entgehen, während man dem Sichbetrinkenden einen solchen Vorwurf macht? Trägt die Medikamente absetzende Person nicht auch eine Meta-Verantwortlichkeit («meta-responsibility»⁹⁴) für die nachfolgende störungskonexe Straftat? Dies zu verneinen, schien kontraintuitiv⁹⁵ und ungerecht⁹⁶.

Die vorliegende Analyse hat die dogmatische Überzeugungskraft dieses intuitiven Schlusses jedoch erheblich relativiert, wenn nicht sogar aufgehoben. Zwar ist auch nach den vorangehenden Ausführungen die theoretische Anwendbarkeit der alic auf die betrachtete Fallgruppe nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen. Praktisch dürfte der Sachverhalt indes kaum je so liegen, dass die Anwendbarkeit in einem konkreten Fall gelingt. Insofern bleibt die actio libera in causa in den vorliegend diskutierten Fällen das eingangs erwähnte Glasperlenspiel der Strafrechtsdogmatik.⁹⁷ Die konkreten Herausforderungen bestehen sowohl auf der Ebene der Beweisführung als auch auf der Ebene der Rechtsanwendung. Die alic wäre nur dann anwendbar, wenn die Person im Zeitpunkt des

Medikamenten-Absetzens schuldfähig war. Dies retrospektiv (in dubio pro reo) festzustellen, dürfte erhebliche Schwierigkeiten bereiten (IV.2.a). Selbst wenn dieser Nachweis gelänge, stünde man vor der zweiten Hürde: Es müsste erwiesen sein, dass das Absetzen der Medikation mit Vorsatz oder Fahrlässigkeit hinsichtlich der Herbeiführung der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit sowie hinsichtlich der späteren Straftaten erfolgte. Gerade das letztgenannte Anwendungsmerkmal (hinreichende Bestimmtheit künftiger Taten) dürfte in vielen Fällen kaum zu belegen sein (IV.2.b). Doch auch wenn diese Beweisführung gelänge, sähe man sich mit der Herausforderung konfrontiert, dass das Nichteinnehmen bzw. Absetzen der Medikamente kein Tun, sondern eine Unterlassung darstellt und somit nur bei Vorliegen einer

besonderen Garantenpflicht strafbar sein kann. Auf der Suche nach solchen Sonderpflichten zeigte sich, dass diese zwar begründet werden können (IV.2.c). Spätestens bei der Prüfungsstufe der Zumutbarkeit dürfte aber die Anwendbarkeit der alic in den allermeisten Fällen ausscheiden (IV.2.d).

Möchte eine Strafverfolgungsbehörde bei schwersten Straftaten trotz den geschilderten Ausgangsbedingungen für die Anwendbarkeit der alic plädieren, käme sie nicht umhin, eine sachverständige Person einzubinden, welche insbesondere Fragen zur Schuldfähigkeit im Zeitpunkt des Absetzens der Medikation (und nicht nur bei der späteren Tat, wie das bei sonstigen Gutachten nach [Art. 20 StGB](#) der Fall ist!) thematisiert.⁹⁸

Selbstverständlich bliebe auch dann die notwendige Beweisführung und das Bewältigen rechtlicher Hürden ein «Uphill Battle» mit erheblich unsicherem Ausgang. Daraus folgt, dass die alic bei schizophrenen Personen, welche ihre Medikation absetzen und danach störungskonexe Straftaten begehen, in den meisten Fällen *nicht anwendbar* ist. Dieses Resultat ist angesichts der spezifischen Probleme des Krankheitsbilds und der Folgen seiner Behandlung (inkl. Nebenwirkungen) überzeugend. Die betroffenen Personen benötigen angesichts ihrer prekären Situation keine strafrechtliche Schuldzurechnung, sondern eine adäquate medizinische Behandlung, und dafür bietet das Massnahmenrecht der [Art. 56 ff. StGB](#) die notwendigen Mittel.

¹ Dr. iur. Thierry Urwyler, Lehrbeauftragter (Universität Luzern) und Senior Researcher (Justizvollzug & Wiedereingliederung, Forschung & Entwicklung), Hohlstrasse 552, 8090 Zürich. E-Mail: thierry_urwyler@hotmail.com.

² S. Beck, Neue Konstruktionsmöglichkeiten der actio libera in causa, ZIS 2018, 204 ff., 204. Abgesehen davon stellt sich die grundsätzliche Frage, ob dieses Rechtsinstitut zwingend notwendig ist bzw. ob die mit ihm verfolgten Ziele nicht im Rahmen der sonstigen Zurechnungslehre zu Vorsatz- und Fahrlässigkeitsdelikten (sei es durch Tun oder Unterlassen) erreicht werden könnten. Dies wäre aber ein separates Thema, das durchaus Stoff für eine Monografie bieten würde.

³ G. Andreu, Responsibly irresponsible? An analysis of the medically noncompliant offender's insanity defense, Cardozo Law Review 2017, 34, 62 m.w.N.

⁴ BBl 1979 2007.

⁵ Gerichte haben die ähnlich gelagerte Thematik immerhin im Rahmen der Strafzumessung tangiert; dies aber weder mit detaillierter dogmatischer Herleitung noch durch Rekurs auf die dogmatischen Gesamtüberlegungen: BGer [6P.78/2005](#) E. 8.4 (Absetzen Antidepressiva: Bundesgericht stellte fest, das Absetzen sage nichts über das Tatverschulden aus, kreiert dann aber sogleich wieder Fragezeichen, wenn es sagt, die Medikamente seien in casu nicht zum Zweck der Verhinderung weiterer Straftaten abgegeben worden); in eine andere Richtung dann wieder BGer [6B_55/2015](#) E. 3.6, wo die Nichtinanspruchnahme von Therapieangeboten zur bundesgerichtlichen Feststellung führte, damit werfe die Vorinstanz eine Lebensführungsschuld vor, was in der Lehre als unzulässig bezeichnet werde. Da die Strafzumessung jedoch im Ergebnis haltbar war, musste sich das Gericht nicht weiter über die Thematik auslassen; zur ausländischen Rechtslage OLG-Celle, 24. August 2011, 17 UF 3/11, Rz. 6 (Abbruch medikamentöser Behandlung); OLG-Hamm, 5. November 2007, 3 Ss 461/07, II.2; offengelassen in BGH, 4 StR 694/94 vom 17. Januar 1995, E. 1b (Abbruch antiandrogener Behandlung und nachfolgende Straftat -> BGH führte aus, der Vorwurf der Vorinstanz erinnere an die actio libera in causa. Eine nähere Analyse erübrigte sich aber nach Ansicht des Gerichts, weil der Täter diesen Zustand weder vorsätzlich noch fahrlässig herbeigeführt hatte); zur USA vgl. die Übersicht bei G. Mallha, Noncompliant Insanity, Does it fit within insanity?, Harvard Journal of Law & Public Policy 2018, 647, 655 ff.

- 6 *R. Sherlock*, Compliance and responsibility: new issues for the insanity defense, *The Journal of Psychiatry & Law* 1984, 483, 485/M. *Slodov*, Criminal Responsibility and the Noncompliant Psychiatric Offender: Risking Madness, *Case Western Reserve Law Review* 1989, 271, 301.
- 7 *Sherlock* (Fn. 6), 485; *Slodov* (Fn. 6), 301 f.
- 8 Man könnte die Frage auch mit Blick auf andere Straftaten analysieren. Da aber bei schizophrenen Personen insb. ein erhöhtes Risiko für Gewalt- bzw. insbesondere Tötungsdelikte besteht (dazu *B. Eusterschulte*, Schizophrenie, schizoaffektive und wahnhaftige Störungen, in: H. Dressing/E. Habermeyer [Hrsg.], *Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, 7. Aufl., München 2020, 252, 256), scheint es sinnvoll, die vorliegende Analyse auf diese Fallkonstellation einzuschränken.
- 9 Freilich sind die dabei zutage geförderten Erkenntnisse nicht ausschliesslich für diese Fallgruppe relevant, sondern die strukturellen Überlegungen können durchaus auf andere Fälle angewandt werden, in welchen Personen indizierte Medikamente absetzen und danach deswegen in einen Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit geraten und Straftaten begehen (actio libera in causa) oder eine gebotene Handlung unterlassen (omissio libera in causa).
- 10 *K. Seelmann/C. Geth*, *Strafrecht, Allgemeiner Teil*, 6. Aufl., Basel 2016, N 222.
- 11 *Seelmann/Geth* (Fn. 10), N 222.
- 12 *F. Bommer*, in: M.A. Niggli/H. Wiprächtiger (Hrsg.), *Basler Kommentar Strafrecht I*, 4. Aufl., Basel 2018, Art. 19 N 86 und 125 ff. (zum Rechtsmissbrauchsverbot).
- 13 *S. Trechsel/P. Noll/M. Pieth*, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I*, 7. Aufl., Zürich 2017, 152.
- 14 *Trechsel/Noll/Pieth* (Fn. 13), 152.
- 15 *G. Ege*, Der Affekt im schweizerischen Strafrecht, Die Berücksichtigung von heftigen Gemütsbewegungen im Allgemeinen und Besonderen Teil des schweizerischen Strafgesetzbuches, Zürich 2017, 158 f.; differenzierend *Bommer* (Fn. 12), BSK StGB I, Art. 19 N 99, der von einem Dreifachvorsatz spricht.
- 16 *Ege* (Fn. 15), 159 f.
- 17 Die Einzelheiten der Rechtsfolgen bieten Anlass zu Lehrmeinungsdivergenzen, welche hier aus Platzgründen und mangels direkter Untersuchungsrelevanz nicht genauer wiedergegeben werden. Vgl. einlässlich *Ege* (Fn. 15), 161 ff. sowie *Bommer* (Fn. 12), BSK StGB I, Art. 19 N 96 ff.
- 18 *Eusterschulte* (Fn. 8), 252.
- 19 Dazu gehören etwa Realitätsverlust, falsche Überzeugungen (Wahnvorstellungen wie z.B. Verfolgungs- oder Kontrollwahn), Halluzinationen, seltsam-bizarres Verhalten.
- 20 Dazu gehören ein abgestumpfter Affekt, Anhedonie (Unfähigkeit, Freude/Lust zu empfinden), defizitäre Willenskraft, Apathie und Alogie (Sprachverarmung bzw. Verarmung des Sprachinhalts).
- 21 Z.B. Defizite in Aufmerksamkeit und Konzentration, psychomotorischer Geschwindigkeit, Lernen und Gedächtnis sowie in exekutiven Funktionen (z.B. abstraktes Denken, Problemlösung, Prioritätensetzung, vorausschauende Planung).
- 22 *Eusterschulte* (Fn. 8), 253.
- 23 *J.L. Müller/N. Nedopil*, *Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*, 5. Aufl., Stuttgart/New York 2017, 184.
- 24 *H. Sass*, Die psychopathologische Konzeption der Schuldfähigkeitsbeurteilung, in: F. Riklin (Hrsg.), *Kapituliert die Strafjustiz vor der Psychiatrie*, Bern 2016, 33, 33 ff.; *S. Lau*, Die Schizophrenie im Entwurf der ICD-11 und Implikationen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit, *FPPK 2021 (online first)*, 1, 6.
- 25 Zur Schwierigkeit der Abgrenzung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit vgl. *W. Janzarik*, *Grundlagen der Einsicht und das Verhältnis von Einsicht und Steuerung*, *FPPK 2021*, 406, 406 ff.
- 26 *N. Konrad/C. Huchzermeier/W. Rasch*, *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Rechtsgrundlagen, Begutachtung und Praxis*, 5. Aufl., Stuttgart 2019, 272; *Müller/Nedopil* (Fn. 23), 184; *Eusterschulte* (Fn. 8), 259 f.
- 27 *Müller/Nedopil* (Fn. 23), 184 f.; *Eusterschulte* (Fn. 8), 259 ff.; ausführlich sodann *Lau* (Fn. 27), 4 ff.
- 28 *Müller/Nedopil* (Fn. 23), 185; *Eusterschulte* (Fn. 8), 260.
- 29 Statt vieler: BGer [6B 1451/2019](#) E. 2.8.
- 30 *Lau* (Fn. 27), 4.
- 31 *S. Fazel et al.*, Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis, *PloS Medicine* 2009, e1000120, 1, 1 ff.; *S. Fazel et al.*, Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses, *The British Journal of Psychiatry* 2018, 609, 609 ff.; *Lau* (Fn. 27), 4; *S. Kaiser et al.*, *SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie*, Version Februar 2016 mit Anpassung Tabelle 3 im Oktober 2018, 1, 13.
- 32 *Kaiser et al.* (Fn. 31), 22.

- 33 Eine Liste von in der Schweiz zugelassenen Antipsychotika findet sich bei *Kaiser et al.* (Fn. 31), 13.
- 34 *Kaiser et al.* (Fn. 31), 11; *DGPPN*, S3-Leitlinie Schizophrenie, AWMF-Register Nr. 038-009, Langfassung, Stand vom 15.3.2019, 1, 49 ff.; *F.J. Acosta et al.*, Medication adherence in schizophrenia *World Journal of Psychiatry* 2012, 74, 75; *Eusterschulte* (Fn. 8), 255 bezeichnet die Medikation als «Rückgrat» der Behandlung, ohne die andere Interventionen gar nicht möglich wären.
- 35 Gemäss *Kaiser et al.* (Fn. 31), 11 führen medikamentöse Therapien bei 17–78% der ersterkrankten Personen zu einer Remission der Symptome. Bei multiplen Episoden ist die Ansprechrage immer noch zwischen 16–62%.
- 36 Die Dauer der antipsychotischen Wirkung unterscheidet sich dabei je nach Präparat. Während eine im Notfallkontext verabreichte antipsychotische Medikation nach einigen Stunden wieder abklingt, können Depotpräparate über Wochen/Monate hinweg antipsychotische Wirkung entfalten.
- 37 *Z. Torry/K. Weiss*, Medication noncompliance and criminal responsibility: Is the insanity defense legitimate? *Journal of Psychiatry & Law* 40/Summer 2012, 219, 221 f.
- 38 *R. Lencer/D. Korn*, Adhärenz in der Psychopharmakologie, Psychotherapeutische Strategien zur Adhärenzförderung, *Nervenarzt* 2015, 637, 641; *I. Falkenberg*, Medikamentenadhärenz, in: *Tilo Kirchner* (Hrsg.), *Kompodium der Psychotherapie, Für Ärzte und Psychologen*, 2. Aufl., Berlin 2019, 71, 72; Der Begriff der Adhärenz ersetzt in der wissenschaftlichen Literatur nach und nach den Begriff der «Compliance». Die terminologische Abkehr erfolgt vor dem Hintergrund, dass mit «Compliance» ein Sichfügen der Patient*innen in die von Ärzt*innen vorgegebenen Bahnen (Hierarchie) sowie eine einseitige Schuldzuschreibung bei Nichtbefolgung (Patient*innen) impliziert wird, wogegen der Begriff der Adhärenz die gemeinsame Verantwortung von Behandler*innen und Patient*innen für eine erfolgreiche Therapie betont (Kollaborationsperspektive auf Augenhöhe/geteilte Verantwortung); angesichts des Paradigmas der Patientenautonomie sowie des damit verbundenen shared-decisions-makings stellt der Adhärenzbegriff daher im Rahmen einer personenzentrierten Behandlung die zeitgemässe Formulierung dar (vgl. *E. Gould/E. Mitty*, Medication Adherence is a Partnership, *Medication Compliance is Not*, *Geriatric Nursing* 2010, 290, 291 mit der folgenden Beschreibung: Compliance = Clinician-centered, Clinician dominance, Information is dictated, Goal: patient obedience, Activities are dictated, Rules are dictated, Persuade, Coerce, Resistance is not tolerated v. Adherence = Patient centered, Clinician-patient collaboration, Information is exchanged, Goal: Patient self-mastery, Activities are negotiated, Rules matched to lifestyle, Discuss, Negotiate, Novitate, Resistance provides information for adaption; *I. Falkenberg*, Medikamentenadhärenz, in: *Tilo Kirchner* [Hrsg.], *Kompodium der Psychotherapie, Für Ärzte und Psychologen*, 2. Aufl., Berlin 2019, 71, 72; zur Relevanz des shared-decision-makings im Schizophreniekontext vgl. *Kaiser et al.* [Fn. 31], 5.) Aus diesen Gründen zieht es der Autor vor, den Begriff der Adhärenz zu verwenden, auch wenn der Terminus der Compliance in der klinischen Praxis und in der Rechtsprechung (noch) verwendet wird.
- 39 *Kaiser et al.* (Fn. 31), 15.
- 40 Die Zahlen variieren je nach Studie relativ stark: *Kaiser et al.* (Fn. 31), 25; *H. Yaegashi et al.*, Adherence to Oral Antipsychotics Measured by Electronic Adherence Monitoring in Schizophrenia: A Systematic Review and Metaanalysis, *CNS Drugs* 2020, 579, 579 ff.; *Torry/Weiss* (Fn. 37), 222; *Acosta et al.* (Fn. 34), 74 ff.
- 41 *M. Killias/N. Markwalder/A. Kuhn/N. Dongois*, Grundriss des Allgemeinen Teils des Schweizerischen Strafgesetzbuches, 2. Aufl., Bern 2017, N 926 ff.; *G. Stratenwerth*, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, 4. Aufl., Bern 2011, § 11 N 32 ff.; *Seelmann/Geth* (Fn. 10), N 221 ff.; *A. Donatsch/B. Tag*, Strafrecht I, 9. Aufl., Zürich 2013, 280 f.; *Trechsel/Noll/Pieth* (Fn. 13), 152 ff.; *Ege* (Fn. 15), 156 ff.; *M. Dupuis/L. Moreillon/Chr. Piguët/S. Berger/M. Mazou/V. Rodigari*, Petit commentaire, Code pénal, 2. Aufl., Basel 2017, Art. 19 N 28 ff.; *L. Moreillon*, in: *L. Moreillon/A. Macaluso/N. Queloz/N. Dongois* (Hrsg.), *Commentaire romand, Code pénal I*, 2. Aufl., Basel 2021, Art. 19 N 32 ff.; *J. Hurtado Pozo/T. Godel*, Droit pénal général, 3. Aufl., Genf/Zürich/Basel 2019, N 820 ff.; *J.M. Schwenter*, L'irresponsabilité fautive selon [Art. 263 CP](#), Lausanne 1971, 21 ff.; informativ für den strukturell ähnlich gelagerten Fall bei [Art. 13 Abs. 2 StGB](#); *M. Thommen/E. Habermeyer/M. Graf*, Tatenlose Massnahmen?, *sui generis* 2020, 329, 334, welche die Problematik wahrnehmen und in Kürze ausführen, es sei unklar, ob die Nichteinnahme von Medikamenten überhaupt vorwerfbar sei.
- 42 *S. Trechsel/M. Jean-Richard*, in: *S. Trechsel/M. Pieth* (Hrsg.), *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar*, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen, 2017, Art. 19 N 21.
- 43 *Bommer* (Fn. 12), BSK StGB I, Art. 19 N 92; *J. Mausbach/P. Straub*, in: *D. Graf* (Hrsg.), *StGB Annotierter Kommentar*, Bern 2020, Art. 19 N 30.
- 44 *Mausbach/Straub* (Fn. 43), Art. 19 N 27 ff.; wohl auch *Bommer* (Fn. 12), BSK StGB I, Art. 19 N 92.
- 45 *Sherlock* (Fn. 6), 495 und 500; *M. Wondemaghen*, Testing Equality: Insanity, Treatment Refusal and the CRPD, *Psychiatry, Psychology and Law* 2018, 174, 179; *Torry/Weiss* (Fn. 37), 235; *Maliha* (Fn. 5), 667 und 681.
- 46 Vgl. zu diesen Fallgruppen *Kaiser et al.* (Fn. 31), 19 ff.
- 47 *Torry/Weiss* (Fn. 37), 232.
- 48 *Torry/Weiss* (Fn. 37), 235 und 238.
- 49 *J. Kim et al.*, Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial, *Neuropharmacology* 2020, 107634 (online), 1, 1 ff.; *Y. Zhou et al.*, Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge, *Psychiatry Research* 2017, 129, 129 ff.
- 50 *S.L. Douglas/J. Lorenz*, Anosognosia in Schizophrenia: Hidden in Plain Sight, *Innovations of Clinical Neuroscience* 2014, 10, 10 ff.;

- Torry/Weiss (Fn. 37), 232.
- 51 Andreu (Fn. 3), 49; C. Titcomb Parrot et al., Medication state at the time of the offense: Medication noncompliance, insight and criminal responsibility, Behavioral Science & the Law 2018, 339, 354.
- 52 Maliha (Fn. 5), 668.
- 53 Sherlock (Fn. 6), 493 f.; Slodov (Fn. 6), 312 ff.; in der Sache auch C. Slobogin, Eliminating Mental Disability as a Legal Criterion in Deprivation of Liberty Cases: The Impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the Insanity Defense, Civil Commitment, and Competency Law, Law & Psychology Review 2016, 297 306.
- 54 Kaiser et al. (Fn. 31), 25.
- 55 Strenger wohl R. Weinstock, Moral Capacities of Psychotic and Addicted Individuals, in: D. Thomas/D. Weisstub (Hrsg.), The Variables of Moral Capacity, Dordrecht 2004, 299, 301, der die Vorhersehbarkeit bereits ab der ersten Dekompensation annimmt.
- 56 BGE 120 IV 169 E. 2c.; BGer 6B_1363/2019 E. 2.4.2; BGer 6P.96/2001 E. 5a.
- 57 OGer-ZH, SB170499 vom 27. November 2019, E. 4.3.6; vgl. auch OLG-Hamm, 5 RVs 47/15 vom 28. April 2015, Rz. 11 (aus den Vorstrafen ging nicht hervor, dass die beschuldigte Person – wie im vorliegenden Verfahren – aufgrund einer Panikattacke agiert hätte).
- 58 BGer 6B_1363/2019 E. 2.4.5.
- 59 BGE 120 IV 169 E. 2c.
- 60 Vgl. dazu etwa BGer 6B_58/2012 E. 5.4; BGer 1P.99/2004 E. 1.3; BGE 120 IV 169 E. 2c.
- 61 Vorliegend wird bewusst nicht von «Vorstrafengeschichte», sondern von «Vortatengeschichte» gesprochen. Dies ist durch folgende Überlegung begründet: Es ist davon auszugehen, dass ein wesentlicher Teil der von schizophrenen Personen begangenen Straftaten nie zur Kenntnis von Strafbehörden gelangt (sog. underreporting; besonders prävalent bei Übergriffen von Patient*innen auf das Pflegepersonal oder Ärzt*innen in entsprechenden Einrichtungen) und somit auch keine strafrechtliche Beurteilung erfährt, die dann zu einer «Vorstrafenbelastung» im formellen Sinne führen könnte (dazu A. Convit et al., Underreporting of physical assaults in schizophrenic inpatients. Journal of Nervous and Mental Disease 1988, 507, 507 ff.) Relevanter ist für die vorliegende Betrachtung somit der physische Übergriff – die Vortat – und nicht die (vom Zufall abhängige) Vorstrafe, welche nur nach Durchführung eines Strafverfahrens zustande kommt.
- 62 Maliha (Fn. 5), 668.
- 63 Torry/Weiss (Fn. 37), 233 *“And yet, this act of omission (medication noncompliance) not only potentially led to the offense but also provided the context for an insanity defense”*; Maliha (Fn. 5), 676 *“...noncompliant insanity is caused by ‘not taking’. Perhaps the formal distinction should not matter, but the law does continue to treat acts and omissions differently – especially if there is no legal duty to take medication”*.
- 64 Sherlock (Fn. 6), 495 (befürwortet eine gleitende Skala der Verantwortungszuschreibung, welche nach Art der Umstände differenziert); Slodov (Fn. 6), 302 ff. mit dem Fazit bei 309 *“It is inconsistent to allow an actor who causes his own incapacity by becoming noncompliant with treatment to rely on the insanity defense, especially where the result is foreseeable and the potential for harm is very high”*; wohl auch Slobogin (Fn. 53), 306 f.; Weinstock (Fn. 55), 299 ff.; So wohl E. Mitchell, Culpability for Inducing Mental States: The Insanity Defense of Dr. Jekyll, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2004, 63, 64 ff. *“The only substantial difference between Dr. Jekyll and a noncompliant offender who pleads insanity is that the former has ingested a substance, thereby removing the possibility of self-control and reason, while the latter has omitted ingestion of a substance (medication) with similar consequences. The two are scarcely different, although the law might consider active behavior to differ from passive behavior in its seriousness or in the manner in which it is confronted”*; in der Sache wohl auch Beck (Fn. 2), 207 (Epileptiker, der seine Medikamente nicht einnimmt und danach keine Sicherheitsvorkehrungen trifft = Ansatzpunkt für Unterlassensstrafbarkeit); Slodov (Fn. 6), 312 ff.
- 65 Aus Platzgründen wird nachfolgend nur den zentralen Aspekten Rechnung getragen. Prüfpunkte wie das Bestehen einer hypothetischen Kausalität werden nicht weiter vertieft.
- 66 Hinweis: Art. 11 StGB ist für unechte Unterlassungsdelikte einschlägig. Insofern könnte es Lesende überraschen, dass diese Norm vorliegend im Kontext der alic (Art. 19 Abs. 4 StGB) beigezogen wird. In der Sache ist die analoge Anwendung jedoch strukturell zwingend: Wenn die Rechtsordnung im Rahmen der Zurechnungslehre Tun und Unterlassen juristisch unterschiedlich beurteilt (konkret: bei einer Unterlassung qualifizierte Rechtspflichten fordert, damit eine Person tätig werden muss), kann dies im Rahmen der alic, welche den Schuldvorwurf vorverlagert, nicht anders sein. Aus diesen Gründen muss auch bei Art. 19 Abs. 4 StGB, wenn eine Unterlassung Inhalt eines möglichen alic-Vorwurfs bildet, eine Garantstellung vorliegen.
- 67 Torry/Weiss (Fn. 37), 237; zur in der Literatur und Praxis nicht immer durchgehaltenen Differenzierung von Garantstellung und Garantspflicht vgl. T. Ceffinato, Die Beendigung von Garantstellungen, NSTZ 2021, 65 ff., sowie M.A. Niggli/L.F. Muskens, in: M.A. Niggli/H. Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar Strafrecht I, 4. Aufl., Basel 2018, Art. 11 N 65.
- 68 Stratenwerth (Fn. 41), § 14 N 7.
- 69 BGE 140 IV 11 E. 2.4; BGE 141 IV 459 E. 4.2; BGE 123 IV 70 E. 2.

- 70 Niggli/Muskens (Fn. 67), Art. 11 N 78.
- 71 Torry/Weiss (Fn. 37), 237.
- 72 Niggli/Muskens (Fn. 67), Art. 11 N 92.
- 73 Niggli/Muskens (Fn. 67), BSK StGB I, Art. 11 N 71.
- 74 G. Freund, in: V. Erb/J. Schäfer (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 4. Aufl., München 2020, § 13 N 114 f.; Beck (Fn. 2), 208 f. (zwar nicht im Zusammenhang mit Medikamenten, sondern der Hirnstimulation. Da sie ihre Argumentation aber auch auf den Unterlassungsvorwurf bezüglich Sicherungsvorkehrungen aufbaut, lässt sich die Überlegung auch hier aufführen). Etwas enger (Garantenstellung nur bei vorbestehender gerichtlicher Anordnung zur Medikamenteneinnahme): Torry/Weiss (Fn. 37), 237 *“This could be a legal duty, such as a court order if the noncompliance occurs during outpatient commitment or during parole or conditional release following an insanity acquittal.”*; zur Garantenstellung qua gerichtlichem Entscheid für die Schweiz: BGE 125 IV 64 E. 1a sowie A. Dan, Le délit de commission par omission: éléments de droit suisse et comparé, Genf 2015, N 282 ff.
- 75 Donatsch/Tag (Fn. 41), 321; Stratenwerth (Fn. 41), § 14 N 26 ff. Freilich bestehen hinsichtlich dieser Anwendungsgruppe viele Unsicherheiten hinsichtlich Grund und Grenzen von Garantenstellungen.
- 76 Vgl. stellvertretend Stratenwerth (Fn. 41), § 14 N 26 ff.
- 77 Beck (Fn. 2), 208 f. *«Es ist überzeugend, dass der Mensch, der ja die Hoheit und grundsätzliche Kontrolle über seinen Körper hat, dem Grunde nach auch verantwortlich für die von ihm ausgehenden Gefahren ist – und dies (wenn alle anderen Voraussetzungen vorliegen) auch für die Zeitpunkte, in denen er dessen Funktionen, Bewegungen und Auswirkungen nicht mehr geistig kontrollieren kann. Es ist kein Grund ersichtlich, warum diese Verantwortung nicht auch für die Situationen gelten sollte, in denen bestimmte und dem Willen des Täters unterliegende Einwirkungen auf die Körperfunktionen bewirken, dass man zu einer schuldunfähigen und für den Rest der Gesellschaft potentiell gefährlichen Person wird.»*
- 78 BGer 6B_55/2015 E. 3.6; implizit auch BGer 6B_1092/2009 E. 3.1.
- 79 Niggli/Muskens (Fn. 67), BSK StGB I, Art. 11 N 120 f.
- 80 Hinweis: Über den dogmatischen Aufbau der Unterlassungsstrafbarkeit und insbesondere die Verortung der Zumutbarkeit (Tatbestand oder Schuld) besteht in der Lehre noch keine Einigkeit. Während einige Autoren sie bei der Schuld verorten (Treichsel/Noll/Pieth [Fn. 13], 254), gehen andere davon aus, sie gehörten zum Tatbestand (Niggli/Muskens [Fn. 67], BSK StGB I, Art. 11 N 115 ff.). In der vorliegenden Abhandlung wird von Letzterem ausgegangen.
- 81 Niggli/Muskens (Fn. 67), BSK StGB I, Art. 11 N 121.
- 82 Dazu auch Beck (Fn. 2), 209 und ansatzweise Thommen/Habermeyer/Graf (Fn. 41), 334.
- 83 M. Perlin, God Said to Abraham/Kill Me a Son: Why the Insanity Defense and the Incompetency Status Are Compatible with and Required by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Basic Principles of Therapeutic Jurisprudence, American Criminal Law Review 2017, 477, 502.
- 84 Wondemaghen (Fn. 45), 179; ähnlich Slodov (Fn. 6), 319 f. *“The individual right to choose between treatment alternatives is not in any way lessened by imposing a deterrent on those who choose not to continue treatment”*. Und er führt weiter aus, eine gegenteilige Argumentation käme dem Argument gleich, die individuelle Freiheit übersteige das Interesse der Gesellschaft, vor unverhältnismässigen Risiken geschützt zu sein.
- 85 Beck (Fn. 2), 208 f.
- 86 Yaegashi et al. (Fn. 40), 579 ff.; Torry/Weiss (Fn. 37), 231; Slodov (Fn. 6), 299; Acosta et al. (Fn. 34), 78 mit einer Tabelle von relevanten Faktoren für Nichtadhärenz.
- 87 Kaiser et al. (Fn. 31), 14 ff.
- 88 Vgl. zur Möglichkeit einer entsprechenden Rechtfertigung auch Andreu (Fn. 3), 60; sehr konservativ hingegen Sherlock (Fn. 6), 490, der eine Rechtfertigung nur bei schwersten Nebenwirkungen zulassen will. Freilich müsste für die Zumutbarkeitsprüfung immer individuell festgestellt werden, an welchen Nebenwirkungen eine Person infolge Antipsychotikakonsum konkret leidet. Diese Analyse ist auch deshalb wichtig, weil die Nebenwirkungsbelastung interindividuell erheblich variiert (vgl. M. Neumeier et al., Examining Side Effect Variability of Antipsychotic Treatment in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Meta-analysis of Variance, Schizophrenia Bulletin 2021, sbab078, 1 ff.).
- 89 Vgl. dazu die Ausführungen zum Recovery-Modell bei R. Warner, Recovery from schizophrenia and the recovery model, Current Opinion in Psychiatry 2009, 374 ff.
- 90 Vgl. auch Perlin (Fn. 83), 487.
- 91 Vgl. Titcomb Parrot et al. (Fn. 51), 353.
- 92 So Sherlock (Fn. 6), 499; ähnlich Slodov (Fn. 6), 317 *“In essence, this creates the impression that the mentally ill can get away with murder.”*

- 93 A.M. wohl *Slodov* (Fn. 6), 317, welcher argumentiert, die Hospitalisierung könne – anders als die Strafe – gemischte Signale an die betreffende Person senden und ihr signalisieren, dass mit der fehlenden Medikamenten-Adhärenz nichts falsch sei, womit ihr nicht adhärentes Verhalten verstärkt werde. Wenn man sie strafrechtlich zur Verantwortung ziehe, könne das die Zahl der Straftaten durch diese Gruppe senken. Dabei dürfte es sich indes um reichlich theoretische Überlegungen handeln, denn erstens dauern Massnahmen wohl oft gleich lang oder länger als Strafen (d.h., die Rechtsordnung reagiert auf das Geschehene), zweitens wird im Rahmen des Therapieprozesses sehr wohl das Thema der Verantwortungsübernahme erarbeitet werden, und drittens ist höchst fraglich, ob das Zuschreiben der (vollen) Schuld wirklich einen Einfluss auf die Rückfallraten hat; Gleicher Meinung *Maliha* (Fn. 5), 688 *“Especially considering that a successful insanity defense leads to criminal commitment with potential treatment, it is not clear that defendants would attempt to game the system under a per se rule system (being committed to a criminal mental facility is not exactly a win for the defendant, though defendants may have individual preferences)”*.
- 94 *E. Mitchell*, Madness and meta-responsibility: The culpable causation of mental disorder and the insanity defence, *The Journal of Forensic Psychiatry* 1999, 597, 598; *Titcomb Parrot et al.* (Fn. 51), 340.
- 95 *Maliha* (Fn. 5), 648.
- 96 *Torry/Weiss* (Fn. 37), 238 f.; *Slodov* (Fn. 6), 273 und 280 *“...rewarding or excusing those who are justly held responsible would violate our collective sense of morality”*.
- 97 Es sei jedoch angemerkt, dass der Reiz einer rechtlichen Analyse nicht notwendigerweise in der Veränderung der Praxis liegen muss, sondern in der theoretischen überzeugenden Fundierung des praktischen Vorgehens.
- 98 Solche Fragen könnten etwa lauten: «Bestand bei der beschuldigten Person im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens eine psychische Störung? Wenn ja: welche?» und «War im Zeitpunkt des Medikamenten-Absetzens die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit der beschuldigten Person reduziert? Wenn ja: in welchem Mass?».