

# **SO\_GERICHTE STBER.2015.81 vom 28. Juni 2017**

SO Obergericht, 2017-06-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_STBER.2015.81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_STBER.2015.81)

FR: SO\_GERICHTE STBER.2015.81 du 28 juin 2017

IT: SO\_GERICHTE STBER.2015.81 del 28 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Unbestrittener Sachverhalt Der Unfallablauf ist unbestritten: Der Beschuldigte A. \_\_\_ fuhr am 19. August 2011, um 13.00 Uhr, als Lenker seines Personenwagens «Opel» von [...] herkommend auf der [...] strasse in Richtung [...]. Eingangs der Baustelle befand sich ein Baugestell mit dem Vorschriftssignal Höchstgeschwindigkeit 40 km/h, welches vom Beschuldigten noch wahrgenommen wurde. Er bremste sein Fahrzeug folglich auf eine Geschwindigkeit von ca. 40 bis 45 km/h ab und fuhr danach im Baustellenbereich in einem stetigen Bogen auf die Gegenfahrbahn, wo er zuerst frontal mit dem korrekt entgegenkommenden Personenwagen von C. \_\_\_ kollidierte. Das Fahrzeug von C. \_\_\_ drehte sich als Folge der Kollision um 180 Grad, so dass es mit der Front Richtung Westen auf der Gegenfahrbahn stehen blieb. Nach dieser ersten Kollision kollidierte der Beschuldigte zudem noch leicht mit dem Personenwagen «Volvo» des ebenfalls korrekt entgegenkommenden Fahrzeuglenkers D. \_\_\_. Gemäss Arztbericht von Dr. med. [...] vom 10. Dezember 2011 erlitt der Pw-Lenker C. \_\_\_ bei der Frontalkollision eine Distorsion der Halswirbelsäule (Schleudertrauma) und eine Prellung der Brustwand vorne. Er war aufgrund dieser Verletzungen in der Zeit vom 19. August 2011 bis 9. Oktober 2011 zu 100 % und in der Zeit vom 10. Oktober 2011 bis 20. November 2011 zu 50 % arbeitsunfähig. Zu prüfen ist, weshalb der Beschuldigte auf die Gegenfahrbahn geriet bzw. ob ihm subjektiv ein strafrechtlicher Vorwurf dafür gemacht werden kann. Die Staatsanwaltschaft geht von einem Sekundenschlaf aus. Das wird vom Beschuldigten bestritten, da keinerlei Anzeichen von Müdigkeit, Unwohlsein oder einer anderen Beeinträchtigung des Wohlbefindens bestanden hätten. Der Beschuldigte macht geltend, dass sich der Unfall aufgrund eines medizinischen Problems ereignet habe.

### **E. 1.2**

Hat der Täter durch eine oder mehrere Handlungen die Voraussetzungen für mehrere gleichartige Strafen erfüllt, so verurteilt ihn das Gericht zu der Strafe der schwersten Straftat und erhöht sie angemessen. Es darf jedoch das Höchstmass der angedrohten Strafe nicht um mehr als die Hälfte erhöhen. Dabei ist es an das gesetzliche Höchstmass der Straftat gebunden (Art. 49 Abs. 1 StGB). 2. Konkrete Strafzumessung 2.1 Der Strafraum für beide Delikte beträgt Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe. Schwerstes Delikt zur Bemessung der Einsatzstrafe ist die fahrlässige einfache Körperverletzung. C. \_\_\_ wurde durch den vom Beschuldigten verursachten Unfall nicht unerheblich verletzt, dauerte doch die vollständige Ausheilung der erlittenen Verletzungen und Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit mehrere Monate. Der Eingriff in das geschützte Rechtsgut ist vor diesem Hintergrund jedenfalls nicht mehr als Bagatelle zu bezeichnen. Durch das Fahren in einem fahruntüchtigen Zustand (Übermüdung) kam der Beschuldigte seiner Vorsichtspflicht, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen

verpflichtet und die ihm unter den gegebenen Umständen auch zumutbar gewesen ist, nicht nach. Immerhin handelte es sich nicht um eine lange nächtliche Fahrt. Aber wenn Anzeichen von Ermüdung ignoriert werden, führt das im Strassenverkehr immer zu höchst gefährlichen Situationen, weshalb der Fahrlässigkeitsvorwurf in diesen Fällen nie leicht wiegt. Es ist dabei aber festzuhalten, dass der Beschuldigte in der Nacht vor dem Unfall genügend geschlafen hatte. Das Tatverschulden kann noch als leicht bezeichnet werden.

2.2 Bei den Täterkomponenten ist festzuhalten, dass der Beschuldigte im schweizerischen Strafregister nicht verzeichnet ist. Auch im Administrativregister der Motorfahrzeugkontrolle ist er bis dato nie registriert worden. Sein automobilistischer Leumund war bis zum Unfall ungetrübt. Er ist pensioniert und lebt in geordneten persönlichen Verhältnissen.

2.3 Hinsichtlich des Verhaltens nach der Tat und im Strafverfahren kann zur Haltung der Beschuldigten positiv erwähnt werden, dass er sich seit dem heute zu beurteilenden Vorfall vom 19. August 2011, also seit fast sechs Jahren wohl verhalten hat. Zu berücksichtigen ist im Rahmen des Sanktionenpakets die Administrativmassnahme in Form eines Führerausweisentzuges. Unter Berücksichtigung des Verschuldens und der leicht strafmindernd wirkenden Täterkomponenten ist die von der Vorinstanz ausgefallte Strafe von 25 Tagessätzen Geldstrafe zu je CHF 180.00 und einer Busse von CHF 900.00, ersatzweise fünf Tage Freiheitsstrafe, allein für das Körperverletzungsdelikt, grundsätzlich angemessen. Da nur der Beschuldigte ein Rechtsmittel erhoben hat, hat es wegen des Verschlechterungsverbots bei dieser Strafe zu bleiben. Gleiches gilt für die Straferhöhung zur Abgeltung des SVG-Delikts. Allerdings ist nicht einzusehen, weshalb ein Teil der Strafe in Form einer Verbindungsbusse auszufallen wäre. Es ist deshalb als Gesamtstrafe eine Geldstrafe von 30 Tagessätzen zu je CHF 180.00, bedingt auf eine Probezeit von zwei Jahren, auszusprechen. Die Tagessatzhöhe von CHF 180.00 ist angesichts der Steuerzahlen pro 2015 (steuerbares Einkommen CHF 158'455.00, steuerbares Vermögen CHF 520'450.00) ebenfalls sehr tief angesetzt worden.

2.4 Die Voraussetzungen für die Gewährung des bedingten Vollzugs gemäss Art. 42 Abs. 1 StGB liegen beim Beschuldigten in objektiver Hinsicht vor. A.\_\_\_\_ ist nicht vorbestraft. Subjektiv gesehen kann dem Beschuldigten gestützt auf seinen bisher unbescholtenen Lebenswandel eine günstige Prognose für die Zukunft attestiert werden. Der bedingte Strafvollzug ist demgemäss zu gewähren, wobei die Probezeit, analog dem erstinstanzlichen Urteil, auf zwei Jahre festzusetzen ist (Art. 44 Abs. 1 StGB).

V. Verfahrenskosten Fällt die Rechtsmittelinstanz selber einen neuen Entscheid, so befindet sie drin auch über die von der Vorinstanz getroffene Kostenregelung (Art. 428 Abs. 3 StPO). Die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens von CHF 3'700.00 sind dem Beschuldigten, welcher verurteilt wird, in Anwendung von Art. 426 Abs. 1 StPO aufzuerlegen. Für das Berufungsverfahren ist die Staatsgebühr auf CHF 3'000.00 festzusetzen, womit sich mit den Auslagen, vorwiegend bestehend aus den Honoraren für den Gutachter B.\_\_\_\_ (CHF 7.000.00 + CHF 3'625.00 + CHF 2'275.00), Gesamtkosten von CHF 16'020.00 ergeben. Diese sind in Anwendung von Art. 428 Abs. 1 StPO dem im Berufungsverfahren unterliegenden Berufungskläger aufzuerlegen. Entschädigungen im Sinne von Art. 429 Abs. 1 lit. a und 436 Abs. 1 StPO sind nicht auszurichten. Demnach wird in Anwendung der Art. 34, 42 Abs. 1, 44 Abs. 1, 47, 49 Abs. 1 und 125 Abs. 1 StGB, Art. 91 Abs. 2 SVG, Art. 426 Abs. 1 und 428 Abs. 1 und 3 StPO erkannt :

## **E. 2**

Beweiswürdigung im Allgemeinen 2.1 Gemäss der in Art. 32 Abs. 1 BV und Art. 6 Ziff. 2 EMRK sowie Art. 10 Abs. 3 StPO verankerten Maxime «in dubio pro reo» ist bis zum

Nachweis der Schuld zu vermuten, dass die einer Straftat angeklagte Person unschuldig ist: es gilt demnach die Unschuldsvermutung. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 120 Ia 36 ff, 127 I 40 f) betrifft der Grundsatz der Unschuldsvermutung sowohl die Verteilung der Beweislast als auch die Würdigung der Beweise. Als Beweislastregel bedeutet die Maxime, dass es Sache des Staates ist, die Schuld des Angeklagten zu beweisen und nicht dieser seine Unschuld nachweisen muss. Als Beweiswürdigungsregel ist der Grundsatz «in dubio pro reo» verletzt, wenn sich der Strafrichter von der Existenz eines für den Beschuldigten ungünstigen Sachverhaltes überzeugt erklärt, obschon bei objektiver Betrachtung Zweifel bestehen, dass sich der Sachverhalt so verwirklicht hat. Dabei sind bloss abstrakte und theoretische Zweifel nicht massgebend, da solche immer möglich sind. Obwohl für die Urteilsfindung die materielle Wahrheit wegleitend ist, kann absolute Gewissheit bzw. Wahrheit nicht verlangt werden, da diese der menschlichen Erkenntnis bei ihrer Unvollkommenheit überhaupt verschlossen ist. Mit Zweifeln ist deshalb nicht die entfernteste Möglichkeit des Andersseins gemeint. Erforderlich sind vielmehr erhebliche und schlechthin nicht zu unterdrückende Zweifel, die sich nach der objektiven Sachlage aufdrängen. Bei mehreren möglichen Sachverhaltsversionen hat der Richter auf die für den Beschuldigten günstigste abzustellen. Eine Verurteilung darf somit nur erfolgen, wenn die Schuld des Verdächtigten mit hinreichender Sicherheit erwiesen ist, d.h. wenn Beweise dafür vorliegen, dass der Täter mit seinem Verhalten objektiv und subjektiv den ihm vorgeworfenen Sachverhalt verwirklicht hat. Voraussetzung dafür ist, dass der Richter einerseits persönlich von der Tatschuld überzeugt ist und andererseits die Beweise die Schuld des Verdächtigten in einer vernünftige Zweifel ausschliessenden Weise stützen. Der Richter hat demzufolge nach seiner persönlichen Überzeugung aufgrund gewissenhafter Prüfung der vorliegenden Beweise darüber zu entscheiden, ob er eine Tatsache für bewiesen hält oder nicht (BGE 115 IV 286).

2.2 Das Gericht folgt bei seiner Beweisführung dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 10 Abs. 2 StPO): es würdigt die Beweise frei nach seiner aus dem gesamten Verfahren gewonnenen Überzeugung und ist damit bei der Wahrheitsfindung nicht an die Standpunkte und Beweisführungen der Prozessparteien gebunden. Unterschieden wird je nach Art des Beweismittels in persönliche (Personen, welche die von ihnen wahrgenommenen Tatsachen bekannt geben: Aussagen von Zeugen, Auskunftspersonen und Beschuldigten) und sachliche Beweismittel (Augenschein und Beweisobjekte wie Urkunden oder Tatspuren). Dabei kommt es nicht auf die Zahl oder Art der Beweismittel an, sondern auf deren Überzeugungskraft oder Beweiskraft. Das Gericht entscheidet nach der persönlichen Überzeugung, ob eine Tatsache bewiesen ist oder nicht. Wie jedes Beweismittel unterliegen auch Gutachten der freien richterlichen Beweiswürdigung. In Fachfragen darf das Gericht nur aus triftigen Gründen von einem Gerichtsgutachten abweichen. Die Beweiswürdigung und die Beantwortung der sich stellenden Rechtsfragen ist Aufgabe des Gerichts. Dieses hat zu prüfen, ob sich auf Grund der übrigen Beweismittel und der Vorbringen der Parteien ernsthafte Einwände gegen die Schlüssigkeit der gutachterlichen Darlegungen aufdrängen (BGE 138 III 193 E. 4.3.1; 133 II 384 E. 4.2.3; je mit Hinweisen). Privatgutachten haben nicht den gleichen Stellenwert wie ein Gutachten, das von der Untersuchungsbehörde oder vom Gericht eingeholt wurde. Sie bilden bloss Bestandteil der Parteivorbringen. Die Qualität von Beweismitteln kommt ihnen nicht zu. Ein Parteigutachten ist nur geeignet, die Erstellung eines (zusätzlichen) Gutachtens zu rechtfertigen oder darzulegen, dass das gerichtliche oder amtliche Gutachten mangelhaft oder nicht schlüssig ist (vgl. BGE 141 IV 305E. 6.6.1 mit Hinweisen).

### E. 3

Die Beweismittel 3.1 Bei der polizeilichen Befragung nach dem Unfall gab der Beschuldigte, selbst Arzt und Radiologe FMH, am 19. August 2011 an, er könne sich noch an das Baustellensignal erinnern und habe danach auf 40 km/h verlangsamt. Dann könne er sich an nichts mehr erinnern, er müsse zu dieser Zeit ein «Blackout» gehabt haben. Als Nächstes könne er sich an das Auslösen der Airbags erinnern. Es komme ihm sehr seltsam vor, er habe keine gesundheitlichen Probleme (AS 016).

3.2 In der Eingabe an die Motorfahrzeugkontrolle vom 9. Dezember 2011 wurde dargelegt, der Beschuldigte, der keine gesundheitlichen Probleme habe, sei Opfer eines Kreislaufzusammenbruchs geworden, welcher zum fraglichen Unfall geführt habe (AS 060 ff.). Weiter wurde ausgeführt, er leide an keiner die Fahreignung beeinträchtigenden Erkrankung (Befunde im Arztbericht von Dr. med. [...], Allgemeinärztin, vom 21. November 2011; AS 064, von Dr. med. F.\_\_\_\_, Kardiologe, AS 065 f., sowie im Schädel/Hirn-MRI vom 24. August 2011, AS 067). Zudem sei der 19. August 2011 ein Hitzetag gewesen, mit einer Temperatur in [...] von über 30 Grad. In der Kombination mit den Tatsachen, dass der Beschuldigte am fraglichen Tag seit dem Frühstück nichts mehr getrunken habe und bereits mehrere Stunden unterwegs gewesen sei, erscheine die eingangs erwähnte Unfallursache (Kreislaufkollaps) als höchstwahrscheinlich. Dabei wird auf den ärztlichen Bericht von Frau Dr. med. [...] vom 21. November 2011 verwiesen. Darin ist festgehalten, Herr A.\_\_\_\_ habe am 19. August 2011 an einem heissen Sommertag am Steuer seines Personenwagens eine kurze Absenz erlitten. Es bestehe eine Gedächtnislücke von höchstens ein paar wenigen Millisekunden, laut Angaben der beifahrenden Person keine wirkliche Bewusstlosigkeit (Anmerkung: Der Beschuldigte war im Zeitpunkt des Unfalls unbestrittenermassen allein unterwegs). Zu bemerken sei, dass Herr A.\_\_\_\_ am besagten Tag nach dem Frühstück nichts mehr getrunken habe und mehrere Stunden mit dem Auto unterwegs gewesen sei. Eine Allgemeinuntersuchung habe unauffällige Befunde ergeben. Eine zusätzliche Untersuchung durch den Kardiologen Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 19. November 2011 ergab zwar eine «symptomatische, nicht belastungsabhängige ventrikuläre Extrasystolie». Weil die Extrasystolen unter Belastung verschwänden, die systolische Funktion des linken Ventrikels normal sei und echokardiographisch keine kardiale Strukturanomalie nachweisbar sei, bestehe keine Indikation zum Einsatz eines Antiarrhythmikums. Falls die Extrasystolie stark störe, könne ein niedrig dosierter Betablocker versucht werden. Eine «Extrasystole» ist ein Herzschlag, der außerhalb des physiologischen Herzrhythmus auftritt. Sie zählt zu den Herzrhythmusstörungen.

3.3 Im Aktengutachten des Institutes für Rechtsmedizin der Universität [...] vom 12. Januar 2012 (AS 096 ff.) wurde u.a. festgehalten, dass aufgrund der Unterlagen aus verkehrsmedizinischer Sicht keine Krankheiten oder Zustände, die zu einer kurzen Bewusstlosigkeit führen könnten, bestünden. Es bestehe eine Erinnerungslücke von wenigen Sekunden ohne irgendwelche vorherige Anzeichen des Unwohlseins oder einer gesundheitlichen Veränderung, dies mit Weckreaktion beim Aufprall (Wahrnehmen des Aufgehens der Airbags). Der Beschuldigte habe am Ereignistag offenbar bei hohen Temperaturen sein Motorfahrzeug über mehrere Stunden hinweg gelenkt. Schliesslich hätten sich in seinem Blut, rund vier Stunden und zehn Minuten nach dem Ereignis, subtherapeutische Mengen der Schlaf- und Beruhigungsmedikamente «Lexotanil» und «Temesta» finden lassen. Aus verkehrsmedizinischer Sicht sei das Unfallereignis am ehesten auf ein kurzzeitiges Einnicken am Steuer und nicht auf eine echte gesundheitliche Störung zurückzuführen. Die gesamten Umstände des Unfallereignisses könnten mit einem Einnicken am Steuer

lückenlos erklärt werden. Der geltend gemachte Kreislaufzusammenbruch passe überhaupt nicht zu dem beschriebenen Unfallhergang, insbesondere nicht zu den Beschreibungen der Wahrnehmung des Beschuldigten vor und nach dem Unfallereignis. Ein Kreislaufzusammenbruch infolge langanhaltender Hitze kündige sich stets durch gewisse Vorzeichen wie Schwächegefühl, Übelkeit, verschwommenes Sehen etc. an. Ebenfalls finde bei einem Kreislaufzusammenbruch keine unmittelbare Beendigung der Bewusstlosigkeit beim Aufprall statt. Schliesslich müsse erwähnt werden, dass der Beschuldigte in einem näheren zeitlichen Umfeld des Unfallereignisses die Medikamente «Lexotanil» und «Temesta» eingenommen haben müsse. Da die Blutentnahme erst vier Stunden und zehn Minuten nach dem Unfallereignis vorgenommen worden sei, könne nachträglich nicht mehr festgestellt werden, ob und in welcher Weise die Medikamente Auswirkungen auf die Fahrfähigkeit des Beschuldigten im Unfallzeitpunkt gehabt hätten. Beide Medikamente hätten aber eine schlafanstossende Wirkung. Zusammenfassend könnten sie sich der Meinung des Beschuldigten, wonach das Geschehen auf einen kurzen Kreislaufzusammenbruch zurückzuführen sei, nicht anschliessen. Aus verkehrsmedizinischer Sicht sei am ehesten von einem kurzzeitigen Einnicken am Steuer auszugehen. Dabei sei zu bemerken, dass eine gesunde Normalperson am Steuer nicht einschlafen könne, ohne vorher entsprechende Symptome der Müdigkeit oder Schläfrigkeit wahrgenommen zu haben.

3.4 Nach Erlass des Strafbefehls durch die Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn vom 30. November 2012 wurde mit Eingabe vom 1. Februar 2013 neu geltend gemacht, beim Beschuldigten bestehe ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, welches mittels eines nachträglichen Flowgenerators seit vielen Jahren behandelt werde. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. August 2011 sei ein Gerätedownload erfolgt, welcher in der Nacht zuvor eine ausreichende Nutzung und einen ausreichenden Therapieerfolg dokumentiert habe. In concreto könne damit nachgewiesen werden, dass der Beschuldigte vor dem Unfallereignis genügend geschlafen habe und entsprechend ausgeruht gewesen sei. Als Beweis legte der Verteidiger eine Bescheinigung der Klinik [...] vom 14. Januar 2013 ins Recht, wonach davon ausgegangen werden könne, dass das Unfallereignis ohne direkten Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom stehe (AS 128 ff.).

3.5 Schliesslich wies der Verteidiger im Beweisantrag vom 14. März 2013 (AS 138 ff.) darauf hin, beim Beschuldigten hätten seit dem Jahre 2006 immer wieder Herzrhythmusstörungen beobachtet werden können, die sich oft durch einen unregelmässigen Puls äusserten und einige Stunden anhielten. Aufgrund des vorliegenden Unfallereignisses seien deshalb weitergehende medizinische Untersuchungen vorgenommen worden, insbesondere an der Universitätsklinik für Kardiologie am [...] spital [...]. Der daraus resultierende Arztbericht von Dr. med.H.\_\_\_\_, Bereichsleiter Rhythmologie, gehe davon aus, dass es beim Beschuldigten zum Unfallzeitpunkt am wahrscheinlichsten zu einer rhythmogenen Synkope ohne jegliche Prodromi, also zu einer herzhrythmisch bedingten kurzzeitigen Bewusstlosigkeit ohne jegliche krankheitstypische vorangehende Symptome, gekommen sei (vgl. Bericht vom 31. März 2013 in den Akten, AS 143/144). Weiter sei zu bemerken, dass der Beschuldigte nicht durch den Airbag seines eigenen Fahrzeugs aufgeweckt worden sei, sondern erst bei der zweiten Kollision wieder zu Bewusstsein gekommen sei. Somit sei der Beschuldigte eben gerade nicht in einen Sekundenschlaf verfallen. Weiter führte Dr. med. H.\_\_\_\_ im erwähnten Bericht aus, dass sich diese Herzrhythmusstörungen (Herzrasen) beim Beschuldigten durch ein Vorhofflimmern äusserten und es sei dem Beschuldigten die Implantation eines Ereignisrekorders empfohlen worden. Ein solcher wurde am 8. Mai 2013 beim Beschuldigten eingebaut (vgl.

Operationsbericht Dr. med. [...],[...], vom 10. Mai 2013, AS 162). 3.6 Gestützt auf diese Eingaben und Berichte liess die Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn beim Institut für Rechtsmedizin der Universität [...] ein verkehrsmedizinisches Aktengutachten erstellen. Zu diesem Zwecke wurden dem Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rechtsmedizin, sämtliche Akten und Berichte zur Verfügung gestellt. Im Gutachten vom 23. Dezember 2013 hält der Gutachter u.a. fest (AS 174 ff.): «Zusammenfassend liegen also folgende Besonderheiten des Unfalls vor: «Blackout»; Erinnerungslücke; Wiedereinsetzen der Erinnerung im Moment der Airbagauslösung; langsames, aber stetiges Abweichen von der Fahrbahn auf die Gegenfahrbahn; Nichtbemerken von Lichtzeichen und Hupsignal. Diese Charakteristika sind typisch für ein Einschlafen am Steuer, namentlich auch das «Erwachen» durch das Auslösen des Airbags. Die von Herrn A.\_\_\_\_ angegebene Hitze am Ereignistag fördert zudem ein Einschlafen. Gemäss Klinik [...] hat Herr A.\_\_\_\_ den Flowgenerator zur Behandlung seines Schlafapnoe-Syndroms in der Nacht auf den Unfalltag dokumentiert und mit therapeutischem Erfolg verwendet. Dies spricht nicht gegen ein Einnicken am Steuer, da ein solches ja auch bei Personen ohne Schlafapnoe-Syndrom auftreten kann. Herr A.\_\_\_\_ stand gemäss forensisch-toxikologischen Untersuchungen nicht unter der Wirkung von Alkohol, Drogen und/oder psychoaktiven Substanzen. In den uns vorliegenden Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Erkrankung das «Blackout» ausgelöst hat (z.B. keine Hinweise auf ein epileptisches Geschehen oder Stoffwechselstörungen wie einen Diabetes mellitus, unauffällige cerebrale Bildgebung). Bei Herrn A.\_\_\_\_ liegt unzweifelhaft eine kardiale Erkrankung mit Rhythmusstörungen vor. Bei einem «Blackout» aus kardiologischen Gründen wäre eher eine andere Symptomatik zu erwarten als die oben aufgeführte (z.B. Übelkeit, Schwitzen, Kältegefühl usw. als Vorzeichen einer klassischen [neurokardiogenen] Synkope [«Ohnmacht»]; Herzrasen, Herzstolpern bei einer Herzrhythmusstörung). Die in mehreren ärztlichen Berichten aufgeführte (Verdachts-)Diagnose «ungeklärte Synkope am Steuer, wahrscheinlich in rhythmogener Genese» (Bericht des [...] spitals [...]) o.ä. beruht auf einer Kausalität suchenden/suggestierenden Verknüpfung von eigenen Angaben von Herrn A.\_\_\_\_ und dem Vorliegen einer Herzrhythmusstörung. Sie bietet eine Erklärung in abstracto für das Ereignis vom 19. August 2011, kann aber konkret durch keine zeitnahen Aussagen von Herrn A.\_\_\_\_ oder von Zeugen sowie durch keine medizinischen Befunde nach dem Unfall und auch nicht durch die Unfallcharakteristika gestützt werden. Vielmehr sprechen die oben erwähnten Punkte für ein Einnicken. Zusammenfassend ist das Ereignis vom 19.08.2011 also am ehesten auf ein Einnicken von Herrn A.\_\_\_\_ zurückzuführen.» Weitere Abklärungen schienen dem Gutachter nicht nötig. Die Fahrfähigkeit von Herrn A.\_\_\_\_ sei zum Unfallzeitpunkt aufgrund des Einnickens nicht gegeben gewesen. Aus wissenschaftlicher Sicht werde davon ausgegangen, dass eine zum Einnicken führende Schläfrigkeit entsprechende Symptome zeige (z.B. Gähnen, «schwere» Augen, Fremdkörpergefühl im Auge u.a.). Sehr oft werde aber von Lenkern, die eingeschlafen seien, geltend gemacht, dass sie keine Symptome bemerkt hätten. Diese Diskrepanz werde unterschiedlich interpretiert (Schutzbehauptung, allgemein schlechte Erinnerbarkeit für physiologische Zustände wie Hunger, Durst, Schläfrigkeit). 3.7 Mit einer ausführlichen Stellungnahme vom 31. März 2014 (AS 184 ff.) zum Gutachten vom 23. Dezember 2013 durch den Verteidiger wurde namentlich ein anderer Sachverhaltsablauf (Erwachen des Beschuldigten erst bei der zweiten Kollision) geltend gemacht und es wurden diverse – auch medizinische – Unterlagen eingereicht. So insbesondere eine Stellungnahme von Prof. Dr. med.I.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Kardiologie, Universitätsspital [...], vom 21. Februar 2014. Darin wird

ausgeführt, die vom Kollegen A. \_\_\_ geschilderte Synkope beim Autofahren könnte durchaus auch auf eine Konversionspause zurückzuführen sein. Auch der behandelnde Kardiologe Dr. F. \_\_\_ sprach sich im Bericht vom 24. Februar 2014 für eine rhythmogene Ursache der Synkope am Steuer am 19. August 2011 aus. Dennoch hielt der Gutachter in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2014 an den Schlussfolgerungen im Gutachten vom 23. Dezember 2013 vollumfänglich fest (AS 279 ff.). Insbesondere führte er aus, die eingereichten ärztlichen Stellungnahmen hielten eine Synkope rhythmogener Ursache für möglich, allenfalls für wahrscheinlich. Die Gesamtumstände des Unfalles sprächen aber für ein Einnicken. Dass bei einer Person Herzrhythmusstörungen bekannt seien, dürfe nicht dazu verleiten, jedes prinzipiell mit einer Herzrhythmusstörung erklärbare Ereignis ohne Würdigung aller Umstände auf eine solche zurückzuführen.

3.8 Vor der Vorinstanz liess der Beschuldigte am 11. Mai 2015 weitere medizinische Unterlagen zu den Akten geben (AS 326 ff.). Bei der Befragung vor der Gerichtspräsidentin (AS 400 ff.) gab er an, er sei ganz sicher nicht eingeschlafen, das könne er beweisen. Vor dem Unfall habe er die Strassenbauarbeiten und das Verkehrsschild 40 km/h bemerkt. Er habe dann seine Geschwindigkeit reduziert, er sei ja im Vollbesitz seiner Kräfte gewesen. Das Nächste, woran er sich erinnern könne, sei nicht der Knall gewesen, wie er dies am Unfalltag zu Protokoll gegeben habe. Er wachte sei er erst nach der zweiten Kollision. Dies sei ihm später beim Lesen des Protokolls der Zeugenaussage [...] bewusst geworden. Er habe einen Knall gehört, aber nicht denjenigen des Airbags. Zur Zeit des Unfalles habe er diese Art von Rhythmusstörungen nicht gehabt. Das erste wirklich eindeutige Erlebnis sei später eines Morgens gewesen, als er aufgewacht sei und seinen Puls nicht mehr gespürt habe. Da habe er gedacht, das könnte ein typisches Vorhofflimmern sein und habe seinen Kardiologen kontaktiert. Das Vorhofflimmern komme für einige Minuten oder auch Sekunden und sei dann wieder weg. Bei einem Vorhofflimmern müsse man sich hinlegen und warten, bis es vorbei sei. Der Pulsschlag sei beim Vorhofflimmern sehr hoch d.h. über 180 bis 200 Schläge, bevor er dann in die Tiefe sacke. Man spüre dies und habe Angst, weil man nichts machen könne. Die Angst zeige sich in kaltem Schweiß. Es sei ein Rumpeln im Brustraum und zwischendurch löse das Herz Einzelschläge aus, die teilweise sehr schmerzhaft seien. Das Vorhofflimmern sei meistens am Morgen gekommen, wenn man sich noch in der Ruhephase befinde und noch ohne Belastung sei. Ein Antrag auf Begutachtung wurde vor der Vorinstanz nicht gestellt.

3.9 Im Berufungsverfahren wurde mit Beweisantrag vom 15. Februar 2016 die Einholung eines kardiologischen Gutachtens beantragt, dies gestützt auf einen Bericht von Prof. I. \_\_\_ vom 8. Februar 2016. Dieser führte im genannten Bericht aus, beim Beschuldigten seien seit 2008 unklare Rhythmusstörungen bekannt, welche jedoch erst nach der Implantation eines Reveal-Loop-Rekorders im Jahre 2013 als Vorhofflimmern hätten diagnostiziert werden können. Im Jahre 2014 habe er (Prof. I. \_\_\_ dieses mittels Pulmonalvenenisolation erfolgreich behandeln können. Bei vielen ihrer Patienten verlaufe das Vorhofflimmern über viele Jahre klinisch unbemerkt und manifestiere sich entweder zunächst als Schlaganfall oder als unklare Synkopen, am ehesten im Rahmen von Konversionspausen bei der spontanen Konversion des Vorhofflimmerns in den Sinusrhythmus. Im Falle des Beschuldigten erscheine der Zusammenhang zwischen einer Konversionspause nach Vorhofflimmern und der Synkope vom 19. August 2011 als sehr wahrscheinlich. Im konkreten Fall sei der Zusammenhang zwischen Synkope und einem bis dahin nicht dokumentierten, aber klinisch vorhandenen Vorhofflimmern mit Konversionspausen sehr plausibel und würde ein kardiologisches Gutachten rechtfertigen.

3.10 Das vom Berufungsgericht bei PD Dr. med. B. \_\_\_, Oberarzt Kardiologie, Leiter

Elektrophysiologie des [...] in Auftrag gegebene kardiologische Gutachten wurde am 31. August 2016 erstattet. Der Gerichtsgutachter kam zusammengefasst zum Schluss, er erachte es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A.\_\_\_\_ am 19. August 2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt hätten. Detaillierter ist weiter unten auf das Gutachten einzugehen. 3.11 Mit Stellungnahme zum Gutachten vom 8. November 2016 liess der Beschuldigte mehrere Ergänzungsfragen an den Gutachter einreichen. Insbesondere wies er auf die Differenzen zwischen der Beurteilung von Prof. I.\_\_\_\_ und dem Gutachter hin. Der kardiologische Gutachter PD B.\_\_\_\_ beantwortete die Ergänzungsfragen mit Eingabe vom 27. Januar 2017 und legte der Stellungnahme umfangreiche Fachliteratur bei. Er hielt «eindeutig und ohne Zweifel» an den Schlussfolgerungen im Gutachten fest. Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe bei Herrn A.\_\_\_\_ weder ein zeitlicher noch ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Autounfall vom 19. August 2011 und dem am 12. Dezember 2012 erstmalig diagnostizierten Vorhofflimmern. 3.12 In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 führte der Gutachter aus, die mit Eingabe vom 16. März 2017 vorgebrachten Tatsachen und auch die im «Kurzgutachten» von Dr. G.\_\_\_\_ überlieferten Herzfrequenzen in Ruhe und unter Belastung liessen keinen Hinweis für einen kranken Sinusknoten oder eine AV-Knotenüberleitungsstörung zu. Auch in den nachgereichten Reveal-Aufzeichnungen fänden sich entgegen dem Schreiben des Verteidigers keine signifikanten Pausen oder Hinweise für eine Sinusknotenerkrankung. Die «neuen» Erkenntnisse, insbesondere der neue Zeitpunkt der Erstdiagnose von Vorhofflimmern, führe seines Erachtens sicher nicht zu einer Revision bzw. Überarbeitung seiner schon wiederholten Schlussfolgerung vom 31. August 2016: «Deshalb erachte ich es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A.\_\_\_\_ am 19. August 2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt haben.» 3.13 In den vom 26. Juni 2017 datierten Berichten führte einerseits Dr. F.\_\_\_\_ aus, es sei zwar nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen, dass der Berufungskläger zum Zeitpunkt des Unfalls eine verlängerte Konversionspause mit Bewusstseinsverlust (Synkope) erlitten habe. Dr. G.\_\_\_\_ andererseits gab an, mit grosser Wahrscheinlichkeit sei beim Unfall eine Konversionspause von über drei Sekunden aufgetreten und habe eine rhythmogene Synkope ausgelöst. Denkbar sei auch ein überlagernder pathophysiologischer Prozess die Koinzidenz von Vorhofflimmern und vasovagaler Kreislaufreaktion infolge Stress, Hitze und Dehydration. 4.1 Bei PD B.\_\_\_\_ handelt es sich nicht um einen geübten Gutachter, er wurde vom Gericht auf Empfehlung wegen des speziellen Anforderungsprofils angefragt. Deswegen mag das Gutachten vom 31. August 2016 formal nicht in allen Punkten den üblichen Gutachten entsprechen, inhaltlich ist es aber nachvollziehbar und überzeugend, und entscheidend ist gerade im vorliegenden Fall das spezifische Fachwissen. Es stellen sich im Bereich der Kardiologie Fragen der Rhythmologie und der Elektrophysiologie, da es um Erkrankungen des Sinusknotens und signifikante Blockierungen der AV-Knoten-Überleitung geht. Diese spezifischen fachlichen Anforderungen erfüllt PD B.\_\_\_\_ als Leiter Elektrophysiologie im Bereich Rhythmologie des Universitären Herzzentrums [...] in herausragender Weise. 4.2 Das kardiologische Gutachten vom 31. August 2016 führt die wesentlichen Arztberichte und Befunde aus den Akten auf (Gutachten Seiten 2 bis 12). Richtig ist, dass der Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 nicht aufgeführt wird. Dies schmälert aber keineswegs den Beweiswert des Gutachtens: Auf diesen Bericht wurde mit dem Auftrag an den Gutachter explizit hingewiesen, so dass ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass das Gutachten in Kenntnis des Berichts erstellt wurde. Weiter hat Prof. I.\_\_\_\_ in diesem

Bericht seine früheren Diagnosen und Annahmen vom 12. Dezember 2014 bestätigt und dieser Bericht vom 12. Dezember 2014 ist im Gutachten aufgeführt. Zudem hat sich der Experte bei der Beantwortung der Ergänzungsfragen explizit zum Bericht I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 geäußert, worauf zurückzukommen sein wird. Das Gutachten äussert sich vorweg zum Vorhofflimmern im Allgemeinen und im Zusammenhang mit einer Synkope. Die Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend: «Am 12.12.2012 wurde erstmals bei Herrn A.\_\_\_\_ ein paroxysmales Vorhofflimmern in der Holter-Untersuchung bei seinem langjährigen Kardiologen Dr. F.\_\_\_\_ in [...] diagnostiziert. Bei Verdacht auf eine bradykarde Rhythmusstörung als mögliche Ursache für den einmaligen Bewusstseinsverlust, welcher am 19.08.2011 zu einem Autounfall führte, wurde am 13.05.2013 ein Ereignisrekorder (Reveal) unter die Haut implantiert. In den Aufzeichnungen dieses Geräts, welches kontinuierlich über die ganze Lebensdauer der Batterie abnorme Abweichungen des Rhythmus registriert, fanden sich wiederholt viele Episoden von paroxysmalem Vorhofflimmern, welche von Herrn A.\_\_\_\_ immer als Pulsunregelmässigkeiten, Herzrasen und Palpitationen wahrgenommen wurden, und nie als Schwindel oder Synkopen. Es wäre auch sehr aussergewöhnlich, dass das paroxysmale schnelle Vorhofflimmern bei einer sonst herzgesunden Person ohne akzessorische schnell leitender Bahn (WPW-EKG) zu einer Synkope geführt hätte. Eine akzessorische Bahn wurde nämlich bei Herrn A.\_\_\_\_ invasiv anlässlich der elektrophysiologischen Untersuchung ausgeschlossen. In der ganzen Aufzeichnungsdauer des Reveals (13.05.2013 bis jetzt) konnten auch keine symptomatische bradykarde Rhythmusstörungen im Sinne von signifikanten Pausen der Sinusknotenaktivität (symptomatischer Sick Sinus Syndrome) während des stabilen Sinusrhythmus oder bei den jeweiligen Spontankonversionen des Vorhofflimmerns in den normalen Sinusrhythmus (Konversionspause) dokumentiert werden, welche die These einer Konversionspause eines Silent Atrial Fibrillation (stummen Vorhofflimmerns) beim Autounfall untermauern würden. Auch fehlen signifikante Blockierungen der AV-Knoten-Überleitung als Ursache von rhythmogenen Synkopen. Der Verdacht auf eine rhythmogene Synkope, welcher zur Indikation des Reveals geführt hatte, wurde durch den fehlenden Nachweis über einen überdurchschnittlich langen Zeitraum von fast drei Jahren nicht bestätigt bzw. entkräftet. Wenn eine symptomatische Sinusknotenerkrankung (Sick Sinus Syndrome) mit konsekutiven symptomatischen Konversionspausen vorliegen würde, hätten sich diese in diesem langen Beobachtungszeitraum bei den jeweiligen häufig vorkommenden Episoden von proxysmalem Vorhofflimmern manifestieren müssen und wären in den Aufzeichnungen des Reveal nachgewiesen worden, umso mehr dass Herr A.\_\_\_\_ nach Diagnosestellung des Vorhofflimmerns am 12.12.2012 Metoprolol 25mg einmal täglich eingenommen hatte – ein bradykardisierendes Medikament, welches einen allfälligen kranken Sinusknoten noch weiter verlangsamen würde. Gleichzeitig und übereinstimmend mit diesen objektivierbaren Befunden hatte Herr A.\_\_\_\_ vor und nach dem Autounfall auch keine Episoden von Synkopen, Präsynkopen oder Schwindelzustände verspürt. Aufgrund der Anamnese und der erhobenen Befunde während des Krankheitsverlaufs, welche mittels eines implantierbaren Ereignisrekorders (Reveal) zusätzlich über lange Zeit sehr gut dokumentiert ist, denke ich, dass bei Herrn A.\_\_\_\_, welcher nachweislich seit dem 12.12.2012 ein proxysmales Vorhofflimmern hatte, keine Prädisposition für rhythmogene Synkopen bestanden hatte. Es könnte postuliert werden, dass Herr A.\_\_\_\_ schon lange vor Diagnosestellung am 12.12.2012 Vorhofflimmern hatte, jedoch wegen dem proxysmalen Auftreten im EKG nicht sofort dokumentiert wurde. Jedoch denke ich nicht, dass Herr A.\_\_\_\_ zum Zeitpunkt des Unfalls Vorhofflimmern hatte,

weil diese Episoden mit schnellem proxysmalem Vorhofflimmern bei Herrn A.\_\_\_\_ jeweils immer symptomatisch waren. Der nicht restlos geklärte Umstand, ob Herr A.\_\_\_\_ beim Autounfall Vorhofflimmern hatte oder nicht, ist jedoch für die Beantwortung der Frage nicht relevant. Eine hypothetische Episode von Vorhofflimmern hätte nämlich auch zum Zeitpunkt des Unfalls nicht zu einer Synkope geführt, so wie das Vorhofflimmern auch nach der Diagnosestellung nachweislich keine Synkopen hervorgerufen hatte. Der gut dokumentierte Krankheitsverlauf hat also retrospektiv bewiesen, dass Vorhofflimmern bei Herrn A.\_\_\_\_ nicht zu Synkopen führen kann. Deshalb erachte ich es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A.\_\_\_\_ am 19.08.2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt hatte.» 4.3 Vom Verteidiger wurde anschliessend namentlich die fehlende konkrete Auseinandersetzung mit dem Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 gerügt. Darauf wiederholte der Gutachter, vor und während des Unfalles sei bei Herrn A.\_\_\_\_ kein Vorhofflimmern dokumentiert und es fänden sich weder in der Anamnese noch in den erhobenen Befunden während den Arztvisiten Hinweise für ein Vorhofflimmern oder eine rhythmogene Synkope. Die Diagnose eines Vorhofflimmerns sei erst knappe anderthalb Jahre nach dem Unfall gestellt worden. Das rezidivierende proxysmale Vorhofflimmern habe bei Herrn A.\_\_\_\_ nie zu signifikanten Pausen oder präsynkopalen bzw. synkopalen Zuständen geführt – auch nicht unter der kurzzeitig verabreichten bradykardisierenden Therapie mittels des Betablockers Metoprolol, welche einen latenten kranken Sinusknoten hätte demaskieren müssen. Zudem hätten sich auch keine Hinweise auf eine signifikante Sinusknotenerkrankung in der elektrophysiologischen Untersuchung vom 15. Mai 2014 finden lassen. Im Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2016 (visiert am

## **E. 8**

Februar 2016) werde, gestützt auf eine eigene und nicht veröffentlichte Beobachtungskohorte, festgehalten, dass sich ein stummes Vorhofflimmern primär mit einer Synkope manifestieren könne und dass dieses Szenario bei Herrn A.\_\_\_\_ anlässlich des Autounfalles wahrscheinlich eingetroffen sei. Gesichert sei aber nur, dass in seltenen Fällen und bei bestimmten Patientengruppen mit vorhandener Prädisposition und unter bestimmten Voraussetzungen, welche im Gutachten ausführlich beschrieben worden seien, eine Synkope tatsächlich die Erstmanifestation eines stummen Vorhofflimmerns darstellen könne. Die Voraussetzungen und die Begleiterscheinungen seien aber weder zum Unfallzeitpunkt noch im weiteren Verlauf im spezifischen Fall von Herrn A.\_\_\_\_ vorhanden gewesen. Der Gutachter verweist in der Folge auf ausführliche Recherchen in der medizinischen Literatur, die seine Argumentation unterstützen. Im Arztbericht vom 5. Februar 2016 gelange Prof. I.\_\_\_\_ von der allgemein geäusserten Feststellung, welche für eine bestimmte Patientengruppe in seltenen Fällen zutreffen könne, zur Schlussfolgerung, dass im spezifischen Fall von Herrn A.\_\_\_\_ der Autounfall durch ein Vorhofflimmern «sehr wahrscheinlich» verursacht worden sei. Nach der unabhängigen, kritischen und objektiven Auswertung aller in den Krankengeschichten dokumentierten Daten und Auswertungen des Rhythmusmonitorings mittels Reveal Recorder fänden sich jedoch keine eindeutigen Hinweise, dass das Vorhofflimmern oder andere medizinische Faktoren im speziellen Fall von Herrn A.\_\_\_\_ mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Synkope und einem konsekutiven Autounfall am 19. August 2011 hätte führen können. Er komme daher wie schon im Gutachten zu einer anderen Schlussfolgerung als Prof. I.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 5. Februar 2016. 4.4 In den Eingaben des Berufungsklägers vom 16. und 26. März 2017 wurde dem Gutachter vorgehalten, er äussere sich widersprüchlich: Im Gutachten Seite 15 Abs. 6 führe

der Experte aus: «Es könnte postuliert werden, dass Herr A. \_\_\_ schon lange vor der Diagnosestellung am 12.12.2012 Vorhofflimmern hatte, jedoch wegen des paroxysmalen Auftretens im EKG nicht sofort dokumentiert wurde. Jedoch denke ich nicht, dass Herr A. \_\_\_ im Zeitpunkt des Unfalls Vorhofflimmern hatte...». Am 30. Mai 2017 halte er nun auf Seite 2 Abs. 2 gegenteilig fest: «In der Emailbefundung von Dr. F. \_\_\_ vom 10.3.17 zum EKG vom 10.12.2008 wird richtigerweise ein Vorhofflimmern bestätigt. ...». Mit andern Worten sei der Experte bei seiner Annahme und damit bereits bei der Grundlage der Expertise falsch gelegen. Dieses Vorbringen des Berufungsklägers ist nicht richtig. Der Experte sagt, er denke nicht, dass Herr A. \_\_\_ «zum Zeitpunkt des Unfalles» Vorhofflimmern gehabt habe. Der Experte sagt schliesslich dann auch ganz explizit: «Die «neuen» Erkenntnisse, insbesondere der neue Zeitpunkt der Erstdiagnose des Vorhofflimmerns führe sicher nicht zu einer Revision bzw. Überarbeitung seiner Schlussfolgerung vom 31. August 2016. Der Experte geht – als qualifizierter Fachmann für genau diese Fragen – davon aus, eine Erkrankung des Sinusknotens liege nicht vor. Die vom Beschuldigten im Nachhinein bestrittene Einnahme des ihm verschriebenen Medikaments Metoprolol 25mg wurde vom Experten lediglich als zusätzliches Argument in diesem Zusammenhang verwendet. Auch aus Laiensicht erscheint es als logisch, dass bei einer – wie im Parteivortrag vor Berufungsgericht betont – progredient verlaufenden Krankheit, deren Symptome sich erst im Lauf der Zeit bemerkbar machen – kaum im August 2011 eine signifikante Konversionspause von mehr als drei Sekunden aufgetreten ist, wenn solche in den späteren Aufzeichnungen nicht festgestellt wurden. 4.5

Zusammenfassend ist dem Gutachten von PD Dr. B. \_\_\_ voller Beweiswert zuzumessen. Es überzeugt auch weit mehr als der Arztbericht von Prof. I. \_\_\_ und widerlegt dessen – überdies auf eigene, unveröffentlichte Beobachtungen abgestützten – Schlussfolgerungen auf plausible Weise. Prof. I. \_\_\_ hatte ja gerade eine kardiologische Begutachtung empfohlen und hat nach dem Gutachten vom 31. August 2016 keine Stellungnahme mehr abgegeben. Hingegen kommt Dr. G. \_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 6. März 2017 und vom 26. Juni 2017 zum Schluss, es liege eine Sinusknotenerkrankung vor und eine rhythmogene Synkope sei mit grosser Wahrscheinlichkeit Ursache des Unfalles vom 19. August 2011. Dabei stützt er sich aber auf keine neuen Untersuchungen, die dem Experten bei seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 nicht vorgelegen hätten. Dr. G. \_\_\_ nimmt einfach eine andere fachliche Beurteilung vor. Dieses Privatgutachten hat aber nach den allgemeinen Ausführungen unter Ziffer II./2.2 hievon nicht den gleichen Beweiswert wie das Gerichtsgutachten, das zudem wie erwähnt von einem in Bezug auf die interessierenden Fragen hervorragend kompetenten Fachexperten abgegeben worden ist. Gleiches gilt für generelle Statistiken, die ein auf den konkreten Einzelfall abgestütztes Gutachten nicht in Frage stellen können. Auf das Gutachten ist deshalb abzustellen. 5. Wie schon die Vorinstanz zu Recht festhielt, verspürte der Beschuldigte vor dem Unfall vom 19. August 2011 nach seinen wiederholten Angaben keine der von ihm vor der Vorinstanz geschilderten «Begleiterscheinungen» eines Vorhofflimmerns – und zwar weder vor dem Unfall noch danach. Letztere hätten sich – wie er vor der Amtsgerichtspräsidentin ausgeführt hat – durch die Erhöhung der Pulsfrequenz angekündigt. Eine solche will der Beschuldigte aber vor dem Unfall nicht bemerkt haben. Ebenso wenig will er Anzeichen von Übelkeit oder Müdigkeit wie «komisches» Gefühl im Magen, Schweissausbrüche, trockene Augen, Schläfrigkeit etc. verspürt haben. Der Beschuldigte beschrieb auch kein Angstgefühl oder den Ausbruch von kaltem Schweiss nach dem Unfall, sondern «lediglich» einen Zustand von Verwirrtheit, wie er ohne weiteres zu einem Unfallgeschehen mit oder

ohne die kurze Phase ohne Bewusstsein passt. Auch die Polizei schilderte das Verhalten des Beschuldigten nach dem Unfall als ruhig und beherrscht (AS 026). Wenn der Berufungskläger ausführen lässt, es sei widersprüchlich, dem Berufungskläger einerseits vorzuhalten, er habe keine Symptome eines Vorhofflimmerns verspürt, aber andererseits vorzuwerfen, er habe entgegen seinen Aussagen Müdigkeitssymptome nicht beachtet, muss dem folgendes entgegen gehalten werden: die Symptome eines Vorhofflimmerns sind gemäss den Schilderungen des Berufungsklägers vor der Vorinstanz wesentlich auffälliger. Es kann hier auch auf die Angaben des Gutachters E.\_\_\_\_ vom IRM [...] verwiesen werden, wonach sehr oft von Lenkern, die eingeschlafen seien, geltend gemacht werde, dass sie keine Symptome bemerkt hätten. Diese Diskrepanz werde unterschiedlich interpretiert (Schutzbehauptung, allgemein schlechte Erinnerbarkeit für physiologische Zustände wie Hunger, Durst, Schläfrigkeit). Eine zielgerichtete Anpassung der Aussagen des Berufungsklägers liegt denn auch in casu hinsichtlich des Erwachens beim Unfall vor, wie nachfolgende Erörterungen zeigen werden.

6. Zusammenfassend kann als erstes Fazit gelten, dass die vom Beschuldigten geltend gemachte Ursache seiner Fahrweise vor dem Unfall – eine rhythmogene, möglicherweise auch «stille» Synkope ohne Prodromi, die unbestrittenermassen sonst nie aufgetreten ist – nur eine theoretische Möglichkeit darstellt, die jedenfalls nach dem Grundsatz «in dubio pro reo» keine vernünftigen Zweifel auszulösen vermag.

7.1 Der Beschuldigte lässt am 8. November 2016 auch ausführen, selbst wenn man aufgrund des vorliegenden Gutachtens zum Schluss kommen sollte, dass zum fraglichen Zeitpunkt keine Synkope infolge Vorhofflimmern zum Bewusstseinsverlust und damit zum Unfall geführt habe, sei es nicht am Beschuldigten, seine Unschuld zu beweisen. Vielmehr sei durch die Staatsanwaltschaft ein plausibles und insbesondere vermeidbares (pflichtwidriges) Verhalten des Beschuldigten aufzuzeigen, welches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit und ohne jeglichen vernünftigen Zweifel zum Bewusstseinsverlust geführt habe. Der Verweis darauf, dass der Beschuldigte wohl eingeschlafen sein müsse – was eine reine, mit keinerlei objektiven Fakten unterlegte Vermutung sei – reiche dazu nicht aus. Es erstaune, dass die Strafverfolgungsbehörde bis heute keinerlei medizinische Fachmeinung darüber eingeholt habe, wie ein gesunder Mensch mit nachweislich genügend Schlaf dennoch (vermeidbar) habe einschlafen können.

7.2 Diese Vorbringen stossen ins Leere: einerseits ist es sachlogisch, dass für einen Sekundenschlaf im Nachhinein keine «objektive Fakten» gefunden werden können – deshalb ja auch die auch vom Beschuldigten verfolgte Suche nach einer alternativen Begründung für seinen kurzen Bewusstseinsverlust –, andererseits hat es gleich zwei medizinische Fachmeinungen, die den Vorhalt eines (vermeidbaren) Sekundenschlafes stützen, darunter Dr. E.\_\_\_\_ in Kenntnis des Berichts [...]. Der Unfallablauf spricht eindeutig für einen Sekundenschlaf, der Beschuldigte beklagte keinerlei gesundheitliche Symptome vor und nach dem Unfall. Das Aufwachen bei der ersten Kollision spricht ebenfalls dafür. Hierzu ist auf die im Laufe des Verfahrens geänderte Aussage des Beschuldigten näher einzugehen: Anlässlich der ersten Aussage bei der Polizei gab der Beschuldigte an, dass er sich nach dem «Blackout» als erstes an das Auslösen des Airbags erinnern könne. Erstmals mit Beweisantrag vom 14. März 2013 und dann vor der Vorinstanz führte er aus, er habe erst später realisiert, dass er nicht den Airbag, sondern den Zusammenstoss mit dem zweiten Fahrzeug gehört habe. Für die Beurteilung der Unfallursache ist es zwar nicht von ausschlaggebender Bedeutung, wann und wodurch der Beschuldigte wieder zu sich kam. Alles spricht aber dafür, dass seine erste Aussage zutreffend ist. Zunächst hat die Vorinstanz zu Recht ausgeführt, dass in der ersten Einvernahme nicht von einem «Knall»

die Rede war, sondern davon, dass der «Airbag ausgelöst» worden sei, was bekanntlich nicht nur einen Knall verursacht: gleichzeitig wird der Airbag aufgeblasen und dadurch der Insasse vor einem allzu heftigen Aufprall geschützt, aber auch in seiner Bewegungsfreiheit und der Sicht eingeschränkt. Wäre der Beschuldigte also, wie er heute ausgesagt hat, erst beim Aufprall auf das zweite Auto aufgewacht, wären ihm vor allem diese Erfahrungen in Erinnerung geblieben, zumal der zweite Aufprall deutlich leichter gewesen sein muss, wie aus dem nur leichten Schaden an der Stossstange des Volvos und der Tatsache, dass dessen Airbags nicht ausgelöst wurde, geschlossen werden muss (AS 013 f.). Hinzu kommt, dass erfahrungsgemäss die ersten Aussagen am ehesten zutreffen, weil die Beteiligten in diesem Zeitpunkt das Geschehen noch weitgehend ohne Interpretation schildern, weshalb vorliegend davon auszugehen ist, dass der Beschuldigte wieder zu sich kam, als der Airbag in seinem Fahrzeug ausgelöst wurde. Schliesslich ist noch auf die Begründung für die Änderung der Aussage einzugehen: Der Beschuldigte begründete den Meinungswechsel nicht mit einer eigenen, anderen Erinnerung, sondern leitete diese aus dem Lesen der Aussage von [...] (AS 022) ab. Dieser hatte ausgesagt, der PW des Beschuldigten sei nach der Frontalkollision mit dem ersten Fahrzeug noch weiter gerollt und sei noch geringfügig mit dem bereits stehenden zweiten Wagen kollidiert. Daraus leitet der Beschuldigte ab, er müsse somit nach der ersten Kollision noch nicht zu Bewusstsein gekommen sein, ansonsten er die zweite Kollision verhindert hätte (AS 186 f.). Dabei übersieht der Beschuldigte, dass er ganz abgesehen vom Schreckmoment nach einer Frontalkollision mit ausgelöstem Airbag schon technisch nicht mehr in der Lage gewesen wäre, das Fahrzeug zu manövrieren.

7.3 Die beiden Verkehrsmediziner der Institute für Rechtsmedizin der Universitäten [...] und [...] kamen übereinstimmend zur Beurteilung, Umstände und Verlauf des Unfalles deuteten klar auf ein Einnicken am Steuer. Andere Ursachen konnten keine gesehen werden und sind auch nicht erkennbar bzw. rechtsgenüchlich ausgeschlossen (rhythmogene Synkope). Die Auswertung der Blut- und Urinprobe des Beschuldigten ergab das Vorhandensein von subtherapeutischen Mengen der Schlaf- und Beruhigungsmedikamente «Lexotanil» und «Temesta». Zusammen mit der bekannten Hitze am fraglichen Tag und der Tatsache, dass der Beschuldigte nach seinen ersten Aussagen von ca. 08.00 Uhr bis zum Unfall um 13.00 Uhr nichts getrunken hatte und längere Zeit Auto gefahren war, war eine erhöhte Schläfrigkeit und ein Nachlassen der Konzentration – trotz genügendem Schlaf in der Nacht zuvor – keineswegs ungewöhnlich, wie dies auch die Verkehrsmediziner sehen. Daran ändert nichts, dass die Auswertungen der Klinik [...] ergeben haben, die Aufzeichnungen des Flowgenerators in der Nacht vor dem Unfall hätten eine ausreichende Nutzung und einen ausreichenden Therapiererfolg bestätigt, das war im Übrigen auch dem Gutachter E.\_\_\_\_ bekannt. Die vom Berufungskläger gemäss Parteivortrag vermisste «medizinische Fachmeinung zur Frage, wie ein gesunder Mensch mit nachweislich genügend Schlaf dennoch (vermeidbar) einschlafen konnte», liegt eben vor. Schon gar nichts für den Berufungskläger lässt sich aus dem Umstand ableiten, dass er vor dem Unfall noch das Tempo reduziert hat, da ein Sekundenschlaf als solcher den Betroffenen bekanntlich schlagartig überfällt. Das langsame Fahren auf die Gegenfahrbahn in einem stetigen Bogen passt denn auch besser zu einem Einnicken als die Beschreibung im Parteivortrag vor dem Berufungsgericht auf S. 10 oben, wo ausgeführt wird, aufgrund des Eintritts der Synkope habe der Beschuldigte «unwillkürlich und reflektorisch das Lenkrad nach links gezogen», da er Linkshänder sei.

8. Zusammenfassend ist damit sachverhältnismässig davon auszugehen, dass der Beschuldigte vor dem Unfall am 19. August 2011 am Steuer eingeknickt ist, deshalb auf die Gegenfahrbahn fuhr und die

Kollisionen verursachte. 9. In der Eingabe des Berufungsklägers vom 26. Juni 2017 wurde eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend gemacht: Es sei nicht möglich, sich innert der kurzen Frist bis zur Hauptverhandlung vom 28. Juni 2017 seriös mit der Stellungnahme des Gutachters vom 30. Mai 2017 auseinanderzusetzen. Auch dem kann nicht gefolgt werden: Der Berufungskläger konnte sich zu den Gutachten vor erster Instanz und vor Obergericht jeweils mehrfach und ausführlich äussern. Wenn ihm nun nach der letzten Stellungnahme des Experten B.\_\_\_\_ noch drei Wochen und die Hauptverhandlung zur Verfügung standen, kann jedenfalls nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gesprochen werden, zumal es festzuhalten gilt, dass der Experte in dieser kurzen Stellungnahme vom 30. Mai 2017 nichts Neues vorgebracht hat. Er hat einzig nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden könne. Dass dem Experten dafür rund zwei Monate zur Verfügung standen, stellt auch keinen Verstoß gegen das Gebot eines fairen Verfahrens dar, musste sich doch der Gutachter – neben seiner täglichen Arbeit – mit den eingereichten umfangreichen Aufzeichnungen auseinandersetzen und diese beurteilen.

III. Rechtliche Würdigung

1. Wer wegen Alkohol-, Betäubungsmittel- oder Arzneimitteleinfluss oder aus anderen Gründen nicht über die erforderliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, gilt während dieser Zeit als fahruntüchtig und darf kein Fahrzeug führen (Art. 31 Abs. 2 SVG). Art. 2 Abs. 1 VRV konkretisiert diese Bestimmung wie folgt: Wer wegen Übermüdung, Einwirkung von Alkohol, Arznei- oder Betäubungsmittel oder aus einem anderen Grund nicht fahrfähig ist, darf kein Fahrzeug führen. Die einschlägige, zur Tatzeit geltende Strafbestimmung von Art. 91 Abs. 2 aSVG lautete: Wer aus anderen Gründen (als Trunkenheit) fahruntüchtig ist und ein Motorfahrzeug führt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft. Die Neuformulierung von Art. 91 SVG per 1.1.2014 brachte für die hier interessierenden Fragestellungen (neu Art. 91 Abs. 2 lit. b SVG) keine inhaltlichen Änderungen.

2. Fahrfähigkeit ist die momentane körperliche und geistige Befähigung, ein Fahrzeug während der gesamten Fahrt sicher zu führen (Philippe Weissenberger, Kommentar Strassenverkehrsgesetz und Ordnungsbussengesetz, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2015, nachstehend zitiert: «SVG-Kommentar», Art. 91 SVG N 12). Fahruntüchtigkeit im Sinne von Art. 31 Abs. 2 SVG liegt bereits vor, wenn der Führer an einem körperlichen oder geistigen Mangel leidet, der ihn an der sicheren Führung des Motorfahrzeuges hindert (Philippe Weissenberger, SVG-Kommentar, Art. 91 SVG N 13). Nebst den in Art. 31 Abs. 2 SVG explizit genannten Gründen kommt insbesondere die Übermüdung als Grund für die Fahruntüchtigkeit in Betracht. Das Nichtbeherrschen des Fahrzeuges in Folge Übermüdung ist nach Art. 91 Abs. 2 lit. b SVG als *lex specialis* zu Art. 90 SVG strafbar (Philippe Weissenberger, SVG-Kommentar, Art. 31 SVG N 28).

3. Aufgrund des Beweisergebnisses ist erstellt, dass der Beschuldigte am 19. August 2011, ca. 13.00 Uhr, kurz einnickte, auf die Gegenfahrbahn geriet und deswegen mit zwei korrekt fahrenden Personenwagen kollidierte. Aufgrund dieses Sekundenschlafes muss dem Beschuldigten die Fahrfähigkeit im Unfallzeitpunkt abgesprochen werden. Die objektiven Tatbestandselemente von Art. 91 Abs. 2 aSVG sind somit erfüllt.

4. Nach Art. 100 Ziff. 1 Satz 1 SVG ist auch die fahrlässige Handlung strafbar. Fahrlässig handelt, wer die Folge seines Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt (Art. 12 Abs. 3 StGB). Diese Definition ist indessen auf das fahrlässige Erfolgsdelikt zugeschnitten. Hinsichtlich Art. 91 SVG als fahrlässiges Tätigkeitsdelikt liegt die Fahrlässigkeit darin, dass eine Person infolge einer pflichtwidrigen Unvorsichtigkeit nicht erkennt, dass sie sich in einem fahruntüchtigen Zustand befindet oder ein solcher

eintreten könnte, und sie nichtsdestotrotz wissentlich und willentlich ein Fahrzeug führt. Fahrlässig handelt etwa, wer subjektiv erkennbare Ermüdungserscheinungen unbeachtet lässt, in der Hoffnung, wach zu bleiben, und dennoch weiterfährt (Fahrni/Heimgartner in: Basler Kommentar, Strassenverkehrsgesetz, 2014, N. 38 zu Art. 91 SVG mit Hinweisen).

5. Bezüglich des subjektiven Tatbestandes ist auf die bisherige bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Sekundenschlaf zu verweisen. Demnach kann bei einem gesunden und nicht aus anderen Gründen fahrunfähigen Fahrzeugführer Einschlafen am Steuer ohne vorherige subjektiv erkennbare Ermüdungserscheinungen ausgeschlossen werden. Wer solche Symptome missachtet, handelt grobfahrlässig (BGE 126 II 206 E. 1a mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 6A.84/2006 vom 27. Dezember 2006 E. 3.2; 6A.134/1996 vom 27. März 1997 E. 3b f., zuletzt Urteile 1C\_25/2016 vom 4. Juli 2016 E. 2.4 und 6B\_26/2016 vom 6. Juni 2016 E. 3.5). Dies wurde auch in beiden verkehrsmedizinischen Gutachten, die im vorliegenden Fall erstellt wurden, bestätigt. Ob der Beschuldigte sich an die damaligen Ermüdungserscheinungen nunmehr nicht mehr erinnert oder diese zu seinem eigenen Schutz leugnet, spielt für die rechtliche Beurteilung keine Rolle. Der subjektive Tatbestand ist ebenfalls erfüllt.

6. Rechtfertigungs- oder Schuldtausschlussgründe liegen nicht vor. Der Beschuldigte ist des Fahrens in fahrunfähigem Zustand nach Art. 91 Abs. 2 aSVG, begangen am 19. August 2011, schuldig zu sprechen.

7. Zur Subsumtion des festgestellten Sachverhalts unter den Straftatbestand der fahrlässigen Körperverletzung gemäss Art. 125 Abs. 1 StGB kann vollumfänglich auf die Ausführungen der Vorinstanz auf US 16 f. verwiesen werden. Dabei besteht vorliegend echte Konkurrenz zwischen der SVG-Widerhandlung und dem Körperverletzungsdelikt: von der SVG-Widerhandlung war neben dem Verletzten C.\_\_\_\_ auch der Lenker des zweiten Personenwagens, mit dem der Beschuldigten kollidiert ist, D.\_\_\_\_, betroffen. Die Schuldsprüche der Vorinstanz sind zu bestätigen.

IV. Strafzumessung 1. Allgemeines zur Strafzumessung 1.1 Gemäss Art. 47 Abs. 1 StGB misst das Gericht die Strafe nach dem Verschulden des Täters zu. Es berücksichtigt das Vorleben und die persönlichen Verhältnisse sowie die Wirkung der Strafe auf das Leben des Täters. Die Bewertung des Verschuldens wird in Art. 47 Abs. 2 StGB dahingehend präzisiert, dass dieses nach der Schwere der Verletzung oder Gefährdung des betroffenen Rechtsguts, nach der Verwerflichkeit des Handelns, den Beweggründen und Zielen des Täters sowie danach bestimmt wird, wie weit der Täter nach den inneren und äusseren Umständen in der Lage war, die Gefährdung oder Verletzung zu vermeiden. Nach Art. 50 StGB hat das Gericht die für die Zumessung der Strafe erheblichen Umstände und deren Gewichtung festzuhalten. Der Begriff des Verschuldens muss sich auf den gesamten Unrechts- und Schuldgehalt der konkreten Straftat beziehen. Innerhalb der Kategorie der realen Strafzumessungsgründe ist zwischen der Tatkomponente, welche nun in Art. 47 Abs. 2 StGB näher umschrieben wird, und der in Abs. 1 aufgeführten Täterkomponente zu unterscheiden (vgl. Heidi Affolter-Eijsten in: Stefan Trechsel/Mark Pieth [Hrsg.], Praxiskommentar Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2013, Art. 47 StGB N 16 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Praxis). Bei der Tatkomponente sind das Ausmass des verschuldeten Erfolges, die Art und Weise der Herbeiführung dieses Erfolges, die Willensrichtung, mit der der Täter gehandelt hat, und die Beweggründe des Schuldigen, die Art. 47 Abs. 2 StGB ausdrücklich erwähnt, zu beachten (vgl. BGE 129 IV 6 E. 6.1). Die Täterkomponente umfasst das Vorleben, die persönlichen Verhältnisse sowie das Verhalten nach der Tat und im Strafverfahren (vgl. BGE 129 IV 6 E. 6.1). Die Strafempfindlichkeit (neu in Art. 47 Abs. 1 StGB als «Wirkung der Strafe auf das Leben des Täters» erfasst) betrifft nicht mehr die Frage des Verschuldens,

sondern des ihm entsprechenden Masses an Strafe. Die Schwere des dem Betroffenen mit der Strafe zugefügten Übels kann auch von seiner persönlichen Situation abhängen. So wird ein alter Mensch durch den Vollzug einer Freiheitsstrafe härter getroffen als ein jüngerer mit weitaus grösserer Lebenserwartung, ein kranker härter als ein gesunder, und das sollte strafmindernd ins Gewicht fallen. Auch dürfen zu Gunsten des Täters Folgen der Tat und ihrer strafrechtlichen Ahndung berücksichtigt werden, die ihn härter getroffen haben als andere, oder die noch zu erwarten sind, wie beim Verlust eines Angehörigen durch einen fahrlässig verursachten Verkehrsunfall, bei erheblichen finanziellen Lasten durch die zivilrechtliche Haftung für den deliktisch herbeigeführten Schaden oder die Verfahrenskosten oder bei Einbussen in der sozialen Stellung und bei schwer wiegenden beruflichen oder familiären Auswirkungen.

## **E. 10**

Oktober 2011 bis 20. November 2011 zu 50 % arbeitsunfähig.

Zu prüfen ist, weshalb der Beschuldigte auf die Gegenfahrbahn geriet bzw. ob ihm subjektiv ein strafrechtlicher Vorwurf dafür gemacht werden kann. Die Staatsanwaltschaft geht von einem Sekundenschlaf aus. Das wird vom Beschuldigten bestritten, da keinerlei Anzeichen von Müdigkeit, Unwohlsein oder einer anderen Beeinträchtigung des Wohlbefindens bestanden hätten. Der Beschuldigte macht geltend, dass sich der Unfall aufgrund eines medizinischen Problems ereignet habe.

### **2. Beweiswürdigung im Allgemeinen**

2.1 Gemäss der in Art. 32 Abs. 1 BV und Art. 6 Ziff. 2 EMRK sowie Art. 10 Abs. 3 StPO verankerten Maxime «in dubio pro reo» ist bis zum Nachweis der Schuld zu vermuten, dass die einer Straftat angeklagte Person unschuldig ist: es gilt demnach die Unschuldsvermutung. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 120 Ia 36 ff, 127 I 40 f) betrifft der Grundsatz der Unschuldsvermutung sowohl die Verteilung der Beweislast als auch die Würdigung der Beweise. Als Beweislastregel bedeutet die Maxime, dass es Sache des Staates ist, die Schuld des Angeklagten zu beweisen und nicht dieser seine Unschuld nachweisen muss. Als Beweiswürdigungsregel ist der Grundsatz «in dubio pro reo» verletzt, wenn sich der Strafrichter von der Existenz eines für den Beschuldigten ungünstigen Sachverhaltes überzeugt erklärt, obschon bei objektiver Betrachtung Zweifel bestehen, dass sich der Sachverhalt so verwirklicht hat. Dabei sind bloss abstrakte und theoretische Zweifel nicht massgebend, da solche immer möglich sind. Obwohl für die Urteilsfindung die materielle Wahrheit wegleitend ist, kann absolute Gewissheit bzw. Wahrheit nicht verlangt werden, da diese der menschlichen Erkenntnis bei ihrer Unvollkommenheit überhaupt verschlossen ist. Mit Zweifeln ist deshalb nicht die entfernteste Möglichkeit des Andersseins gemeint. Erforderlich sind vielmehr erhebliche und schlechthin nicht zu unterdrückende Zweifel, die sich nach der objektiven Sachlage aufdrängen. Bei mehreren möglichen Sachverhaltsversionen hat der Richter auf die für den Beschuldigten günstigste abzustellen.

Eine Verurteilung darf somit nur erfolgen, wenn die Schuld des Verdächtigten mit hinreichender Sicherheit erwiesen ist, d.h. wenn Beweise dafür vorliegen, dass der Täter mit seinem Verhalten objektiv und subjektiv den ihm vorgeworfenen Sachverhalt verwirklicht hat. Voraussetzung dafür ist, dass der Richter einerseits persönlich von der Tatschuld überzeugt ist und andererseits die Beweise die Schuld des Verdächtigten in einer vernünftigen Zweifel ausschliessenden Weise stützen. Der Richter hat demzufolge nach seiner

persönlichen Überzeugung aufgrund gewissenhafter Prüfung der vorliegenden Beweise darüber zu entscheiden, ob er eine Tatsache für bewiesen hält oder nicht (BGE 115 IV 286).

2.2 Das Gericht folgt bei seiner Beweisführung dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 10 Abs. 2 StPO): es würdigt die Beweise frei nach seiner aus dem gesamten Verfahren gewonnenen Überzeugung und ist damit bei der Wahrheitsfindung nicht an die Standpunkte und Beweisführungen der Prozessparteien gebunden. Unterschieden wird je nach Art des Beweismittels in persönliche (Personen, welche die von ihnen wahrgenommenen Tatsachen bekannt geben: Aussagen von Zeugen, Auskunftspersonen und Beschuldigten) und sachliche Beweismittel (Augenschein und Beweisobjekte wie Urkunden oder Tatspuren). Dabei kommt es nicht auf die Zahl oder Art der Beweismittel an, sondern auf deren Überzeugungskraft oder Beweiskraft. Das Gericht entscheidet nach der persönlichen Überzeugung, ob eine Tatsache bewiesen ist oder nicht.

Wie jedes Beweismittel unterliegen auch Gutachten der freien richterlichen Beweiswürdigung. In Fachfragen darf das Gericht nur aus triftigen Gründen von einem Gerichtsgutachten abweichen. Die Beweiswürdigung und die Beantwortung der sich stellenden Rechtsfragen ist Aufgabe des Gerichts. Dieses hat zu prüfen, ob sich auf Grund der übrigen Beweismittel und der Vorbringen der Parteien ernsthafte Einwände gegen die Schlüssigkeit der gutachterlichen Darlegungen aufdrängen (BGE 138 III 193 E. 4.3.1; 133 II 384 E. 4.2.3; je mit Hinweisen). Privatgutachten haben nicht den gleichen Stellenwert wie ein Gutachten, das von der Untersuchungsbehörde oder vom Gericht eingeholt wurde. Sie bilden bloss Bestandteil der Parteivorbringen. Die Qualität von Beweismitteln kommt ihnen nicht zu. Ein Parteigutachten ist nur geeignet, die Erstellung eines (zusätzlichen) Gutachtens zu rechtfertigen oder darzulegen, dass das gerichtliche oder amtliche Gutachten mangelhaft oder nicht schlüssig ist (vgl. BGE 141 IV 305E. 6.6.1 mit Hinweisen).

### 3. Die Beweismittel

3.1 Bei der polizeilichen Befragung nach dem Unfall gab der Beschuldigte, selbst Arzt und Radiologe FMH, am 19. August 2011 an, er könne sich noch an das Baustellensignal erinnern und habe danach auf 40 km/h verlangsamt. Dann könne er sich an nichts mehr erinnern, er müsse zu dieser Zeit ein «Blackout» gehabt haben. Als Nächstes könne er sich an das Auslösen der Airbags erinnern. Es komme ihm sehr seltsam vor, er habe keine gesundheitlichen Probleme (AS 016).

3.2 In der Eingabe an die Motorfahrzeugkontrolle vom 9. Dezember 2011 wurde dargelegt, der Beschuldigte, der keine gesundheitlichen Probleme habe, sei Opfer eines Kreislaufzusammenbruchs geworden, welcher zum fraglichen Unfall geführt habe (AS 060 ff.). Weiter wurde ausgeführt, er leide an keiner die Fahreignung beeinträchtigenden Erkrankung (Befunde im Arztbericht von Dr. med. [...], Allgemeinärztin, vom 21. November 2011; AS 064, von Dr. med. F.\_\_\_\_, Kardiologe, AS 065 f., sowie im Schädel/Hirn-MRI vom 24. August 2011, AS 067). Zudem sei der 19. August 2011 ein Hitzetag gewesen, mit einer Temperatur in [...] von über 30 Grad. In der Kombination mit den Tatsachen, dass der Beschuldigte am fraglichen Tag seit dem Frühstück nichts mehr getrunken habe und bereits mehrere Stunden unterwegs gewesen sei, erscheine die eingangs erwähnte Unfallursache (Kreislaufkollaps) als höchstwahrscheinlich. Dabei wird auf den ärztlichen Bericht von Frau Dr. med. [...] vom 21. November 2011 verwiesen. Darin ist festgehalten, Herr A.\_\_\_\_ habe am 19. August 2011 an einem heissen Sommertag am Steuer seines Personenwagens eine kurze Absenz erlitten. Es bestehe eine Gedächtnislücke von

höchstens ein paar wenigen Millisekunden, laut Angaben der beifahrenen Person keine wirkliche Bewusstlosigkeit (Anmerkung: Der Beschuldigte war im Zeitpunkt des Unfalls unbestrittenermassen allein unterwegs). Zu bemerken sei, dass Herr A.\_\_\_\_ am besagten Tag nach dem Frühstück nichts mehr getrunken habe und mehrere Stunden mit dem Auto unterwegs gewesen sei. Eine Allgemeinuntersuchung habe unauffällige Befunde ergeben. Eine zusätzliche Untersuchung durch den Kardiologen Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 19. November 2011 ergab zwar eine «symptomatische, nicht belastungsabhängige ventrikuläre Extrasystolie». Weil die Extrasystolen unter Belastung verschwänden, die systolische Funktion des linken Ventrikels normal sei und echokardiographisch keine kardiale Strukturanomalie nachweisbar sei, bestehe keine Indikation zum Einsatz eines Antiarrhythmikums. Falls die Extrasystolie stark störe, könne ein niedrig dosierter Betablocker versucht werden. Eine «Extrasystole» ist ein Herzschlag, der außerhalb des physiologischen Herzrhythmus auftritt. Sie zählt zu den Herzrhythmusstörungen.

3.3 Im Aktengutachten des Institutes für Rechtsmedizin der Universität [...] vom 12. Januar 2012 (AS 096 ff.) wurde u.a. festgehalten, dass aufgrund der Unterlagen aus verkehrsmedizinischer Sicht keine Krankheiten oder Zustände, die zu einer kurzen Bewusstlosigkeit führen könnten, bestünden. Es bestehe eine Erinnerungslücke von wenigen Sekunden ohne irgendwelche vorherige Anzeichen des Unwohlseins oder einer gesundheitlichen Veränderung, dies mit Weckreaktion beim Aufprall (Wahrnehmen des Aufgehens der Airbags). Der Beschuldigte habe am Ereignistag offenbar bei hohen Temperaturen sein Motorfahrzeug über mehrere Stunden hinweg gelenkt. Schliesslich hätten sich in seinem Blut, rund vier Stunden und zehn Minuten nach dem Ereignis, subtherapeutische Mengen der Schlaf- und Beruhigungsmedikamente «Lexotanil» und «Temesta» finden lassen. Aus verkehrsmedizinischer Sicht sei das Unfallereignis am ehesten auf ein kurzzeitiges Einnicken am Steuer und nicht auf eine echte gesundheitliche Störung zurückzuführen. Die gesamten Umstände des Unfallereignisses könnten mit einem Einnicken am Steuer lückenlos erklärt werden. Der geltend gemachte Kreislaufzusammenbruch passe überhaupt nicht zu dem beschriebenen Unfallhergang, insbesondere nicht zu den Beschreibungen der Wahrnehmung des Beschuldigten vor und nach dem Unfallereignis. Ein Kreislaufzusammenbruch infolge langanhaltender Hitze kündige sich stets durch gewisse Vorzeichen wie Schwächegefühl, Übelkeit, verschwommenes Sehen etc. an. Ebenfalls finde bei einem Kreislaufzusammenbruch keine unmittelbare Beendigung der Bewusstlosigkeit beim Aufprall statt. Schliesslich müsse erwähnt werden, dass der Beschuldigte in einem näheren zeitlichen Umfeld des Unfallereignisses die Medikamente «Lexotanil» und «Temesta» eingenommen haben müsse. Da die Blutentnahme erst vier Stunden und zehn Minuten nach dem Unfallereignis vorgenommen worden sei, könne nachträglich nicht mehr festgestellt werden, ob und in welcher Weise die Medikamente Auswirkungen auf die Fahrfähigkeit des Beschuldigten im Unfallzeitpunkt gehabt hätten. Beide Medikamente hätten aber eine schlafanstossende Wirkung. Zusammenfassend könnten sie sich der Meinung des Beschuldigten, wonach das Geschehen auf einen kurzen Kreislaufzusammenbruch zurückzuführen sei, nicht anschliessen. Aus verkehrsmedizinischer Sicht sei am ehesten von einem kurzzeitigen Einnicken am Steuer auszugehen. Dabei sei zu bemerken, dass eine gesunde Normalperson am Steuer nicht einschlafen könne, ohne vorher entsprechende Symptome der Müdigkeit oder Schläfrigkeit wahrgenommen zu haben.

3.4 Nach Erlass des Strafbefehls durch die Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn vom 30. November 2012 wurde mit Eingabe vom 1. Februar 2013 neu geltend gemacht, beim Beschuldigten bestehe ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, welches mittels eines nachträglichen Flowgenerators seit vielen Jahren behandelt werde. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 19. August 2011 sei ein Gerätedownload erfolgt, welcher in der Nacht zuvor eine ausreichende Nutzung und einen ausreichenden Therapieerfolg dokumentiert habe. In concreto könne damit nachgewiesen werden, dass der Beschuldigte vor dem Unfallereignis genügend geschlafen habe und entsprechend ausgeruht gewesen sei. Als Beweis legte der Verteidiger eine Bescheinigung der Klinik [...] vom 14. Januar 2013 ins Recht, wonach davon ausgegangen werden könne, dass das Unfallereignis ohne direkten Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom stehe (AS 128 ff.).

3.5 Schliesslich wies der Verteidiger im Beweisantrag vom 14. März 2013 (AS 138 ff.) darauf hin, beim Beschuldigten hätten seit dem Jahre 2006 immer wieder Herzrhythmusstörungen beobachtet werden können, die sich oft durch einen unregelmässigen Puls äusserten und einige Stunden anhielten. Aufgrund des vorliegenden Unfallereignisses seien deshalb weitergehende medizinische Untersuchungen vorgenommen worden, insbesondere an der Universitätsklinik für Kardiologie am [...] spital [...]. Der daraus resultierende Arztbericht von Dr. med.H.\_\_\_\_, Bereichsleiter Rhythmologie, gehe davon aus, dass es beim Beschuldigten zum Unfallzeitpunkt am wahrscheinlichsten zu einer rhythmogenen Synkope ohne jegliche Prodromi, also zu einer herzrhythmisch bedingten kurzzeitigen Bewusstlosigkeit ohne jegliche krankheitstypische vorangehende Symptome, gekommen sei (vgl. Bericht vom 31. März 2013 in den Akten, AS 143/144). Weiter sei zu bemerken, dass der Beschuldigte nicht durch den Airbag seines eigenen Fahrzeugs aufgeweckt worden sei, sondern erst bei der zweiten Kollision wieder zu Bewusstsein gekommen sei. Somit sei der Beschuldigte eben gerade nicht in einen Sekundenschlaf verfallen. Weiter führte Dr. med. H.\_\_\_\_ im erwähnten Bericht aus, dass sich diese Herzrhythmusstörungen (Herzrasen) beim Beschuldigten durch ein Vorhofflimmern äusserten und es sei dem Beschuldigten die Implantation eines Ereignisrekorders empfohlen worden. Ein solcher wurde am 8. Mai 2013 beim Beschuldigten eingebaut (vgl. Operationsbericht Dr. med. [...],[ ], vom 10. Mai 2013, AS 162).

3.6 Gestützt auf diese Eingaben und Berichte liess die Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn beim Institut für Rechtsmedizin der Universität [...] ein verkehrsmedizinisches Aktengutachten erstellen. Zu diesem Zwecke wurden dem Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rechtsmedizin, sämtliche Akten und Berichte zur Verfügung gestellt. Im Gutachten vom 23. Dezember 2013 hält der Gutachter u.a. fest (AS 174 ff.): «Zusammenfassend liegen also folgende Besonderheiten des Unfalls vor: «Blackout»; Erinnerungslücke; Wiedereinsetzen der Erinnerung im Moment der Airbagauslösung; langsames, aber stetiges Abweichen von der Fahrbahn auf die Gegenfahrbahn; Nichtbemerken von Lichtzeichen und Hupsignal. Diese Charakteristika sind typisch für ein Einschlafen am Steuer, namentlich auch das «Erwachen» durch das Auslösen des Airbags. Die von Herrn A.\_\_\_\_ angegebene Hitze am Ereignistag fördert zudem ein Einschlafen. Gemäss Klinik [...] hat Herr A.\_\_\_\_ den Flowgenerator zur Behandlung seines Schlafapnoe-Syndroms in der Nacht auf den Unfalltag dokumentiert und mit therapeutischem Erfolg verwendet. Dies spricht nicht gegen ein Einnicken am Steuer, da ein solches ja auch bei Personen ohne Schlafapnoe-Syndrom auftreten kann. Herr A.\_\_\_\_ stand gemäss forensisch-toxikologischen Untersuchungen nicht unter der Wirkung von Alkohol,

Drogen und/oder psychoaktiven Substanzen. In den uns vorliegenden Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Erkrankung das «Blackout» ausgelöst hat (z.B. keine Hinweise auf ein epileptisches Geschehen oder Stoffwechselstörungen wie einen Diabetes mellitus, unauffällige cerebrale Bildgebung). Bei Herrn A. \_\_\_ liegt unzweifelhaft eine kardiale Erkrankung mit Rhythmusstörungen vor. Bei einem «Blackout» aus kardiologischen Gründen wäre eher eine andere Symptomatik zu erwarten als die oben aufgeführte (z.B. Übelkeit, Schwitzen, Kältegefühl usw. als Vorzeichen einer klassischen [neurokardiogenen] Synkope [«Ohnmacht»]; Herzrasen, Herzstolpern bei einer Herzrhythmusstörung). Die in mehreren ärztlichen Berichten aufgeführte (Verdachts-)Diagnose «ungeklärte Synkope am Steuer, wahrscheinlich in rhythmogener Genese» (Bericht des [...] spitals [...]) o.ä. beruht auf einer Kausalität suchenden/suggestierenden Verknüpfung von eigenen Angaben von Herrn A. \_\_\_ und dem Vorliegen einer Herzrhythmusstörung. Sie bietet eine Erklärung in abstracto für das Ereignis vom 19. August 2011, kann aber konkret durch keine zeitnahen Aussagen von Herrn A. \_\_\_ oder von Zeugen sowie durch keine medizinischen Befunde nach dem Unfall und auch nicht durch die Unfallcharakteristika gestützt werden. Vielmehr sprechen die oben erwähnten Punkte für ein Einnicken. Zusammenfassend ist das Ereignis vom 19.08.2011 also am ehesten auf ein Einnicken von Herrn A. \_\_\_ zurückzuführen.» Weitere Abklärungen schienen dem Gutachter nicht nötig. Die Fahrfähigkeit von Herrn A. \_\_\_ sei zum Unfallzeitpunkt aufgrund des Einnickens nicht gegeben gewesen. Aus wissenschaftlicher Sicht werde davon ausgegangen, dass eine zum Einnicken führende Schläfrigkeit entsprechende Symptome zeige (z.B. Gähnen, «schwere» Augen, Fremdkörpergefühl im Auge u.a.). Sehr oft werde aber von Lenkern, die eingeschlafen seien, geltend gemacht, dass sie keine Symptome bemerkt hätten. Diese Diskrepanz werde unterschiedlich interpretiert (Schutzbehauptung, allgemein schlechte Erinnerbarkeit für physiologische Zustände wie Hunger, Durst, Schläfrigkeit).

3.7 Mit einer ausführlichen Stellungnahme vom 31. März 2014 (AS 184 ff.) zum Gutachten vom 23. Dezember 2013 durch den Verteidiger wurde namentlich ein anderer Sachverhaltsablauf (Erwachen des Beschuldigten erst bei der zweiten Kollision) geltend gemacht und es wurden diverse ■ auch medizinische ■ Unterlagen eingereicht. So insbesondere eine Stellungnahme von Prof. Dr. med.I. \_\_\_, Leitender Arzt, Kardiologie, Universitätsspital [...], vom 21. Februar 2014. Darin wird ausgeführt, die vom Kollegen A. \_\_\_ geschilderte Synkope beim Autofahren könnte durchaus auch auf eine Konversionspause zurückzuführen sein. Auch der behandelnde Kardiologe Dr. F. \_\_\_ sprach sich im Bericht vom 24. Februar 2014 für eine rhythmogene Ursache der Synkope am Steuer am 19. August 2011 aus. Dennoch hielt der Gutachter in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2014 an den Schlussfolgerungen im Gutachten vom 23. Dezember 2013 vollumfänglich fest (AS 279 ff). Insbesondere führte er aus, die eingereichten ärztlichen Stellungnahmen hielten eine Synkope rhythmogener Ursache für möglich, allenfalls für wahrscheinlich. Die Gesamtumstände des Unfalles sprächen aber für ein Einnicken. Dass bei einer Person Herzrhythmusstörungen bekannt seien, dürfe nicht dazu verleiten, jedes prinzipiell mit einer Herzrhythmusstörung erklärbares Ereignis ohne Würdigung aller Umstände auf eine solche zurückzuführen.

3.8 Vor der Vorinstanz liess der Beschuldigte am 11. Mai 2015 weitere medizinische Unterlagen zu den Akten geben (AS 326 ff.). Bei der Befragung vor der Gerichtspräsidentin (AS 400 ff.) gab er an, er sei ganz sicher nicht eingeschlafen, das könne er beweisen. Vor

dem Unfall habe er die Strassenbauarbeiten und das Verkehrsschild 40 km/h bemerkt. Er habe dann seine Geschwindigkeit reduziert, er sei ja im Vollbesitz seiner Kräfte gewesen. Das Nächste, woran er sich erinnern könne, sei nicht der Knall gewesen, wie er dies am Unfalltag zu Protokoll gegeben habe. Erwacht sei er erst nach der zweiten Kollision. Dies sei ihm später beim Lesen des Protokolls der Zeugenaussage [...] bewusst geworden. Er habe einen Knall gehört, aber nicht denjenigen des Airbags. Zur Zeit des Unfalles habe er diese Art von Rhythmusstörungen nicht gehabt. Das erste wirklich eindeutige Erlebnis sei später eines Morgens gewesen, als er aufgewacht sei und seinen Puls nicht mehr gespürt habe. Da habe er gedacht, das könnte ein typisches Vorhofflimmern sein und habe seinen Kardiologen kontaktiert. Das Vorhofflimmern komme für einige Minuten oder auch Sekunden und sei dann wieder weg. Bei einem Vorhofflimmern müsse man sich hinlegen und warten, bis es vorbei sei. Der Pulsschlag sei beim Vorhofflimmern sehr hoch d.h. über 180 bis 200 Schläge, bevor er dann in die Tiefe sacke. Man spüre dies und habe Angst, weil man nichts machen könne. Die Angst zeige sich in kaltem Schweiß. Es sei ein Rumpeln im Brustraum und zwischendurch löse das Herz Einzelschläge aus, die teilweise sehr schmerzhaft seien. Das Vorhofflimmern sei meistens am Morgen gekommen, wenn man sich noch in der Ruhephase befinde und noch ohne Belastung sei. Ein Antrag auf Begutachtung wurde vor der Vorinstanz nicht gestellt.

3.9 Im Berufungsverfahren wurde mit Beweisantrag vom 15. Februar 2016 die Einholung eines kardiologischen Gutachtens beantragt, dies gestützt auf einen Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016. Dieser führte im genannten Bericht aus, beim Beschuldigten seien seit 2008 unklare Rhythmusstörungen bekannt, welche jedoch erst nach der Implantation eines Reveal-Loop-Rekorders im Jahre 2013 als Vorhofflimmern hätten diagnostiziert werden können. Im Jahre 2014 habe er (Prof. I.\_\_\_\_ dieses mittels Pulmonalvenenisolation erfolgreich behandeln können. Bei vielen ihrer Patienten verlaufe das Vorhofflimmern über viele Jahre klinisch unbemerkt und manifestiere sich entweder zunächst als Schlaganfall oder als unklare Synkopen, am ehesten im Rahmen von Konversionspausen bei der spontanen Konversion des Vorhofflimmerns in den Sinusrhythmus. Im Falle des Beschuldigten erscheine der Zusammenhang zwischen einer Konversionspause nach Vorhofflimmern und der Synkope vom 19. August 2011 als sehr wahrscheinlich. Im konkreten Fall sei der Zusammenhang zwischen Synkope und einem bis dahin nicht dokumentierten, aber klinisch vorhandenen Vorhofflimmern mit Konversionspausen sehr plausibel und würde ein kardiologisches Gutachten rechtfertigen.

3.10 Das vom Berufungsgericht bei PD Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberarzt Kardiologie, Leiter Elektrophysiologie des [...] in Auftrag gegebene kardiologische Gutachten wurde am 31. August 2016 erstattet. Der Gerichtsgutachter kam zusammengefasst zum Schluss, er erachte es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A.\_\_\_\_ am 19. August 2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt hätten. Detaillierter ist weiter unten auf das Gutachten einzugehen.

3.11 Mit Stellungnahme zum Gutachten vom 8. November 2016 liess der Beschuldigte mehrere Ergänzungsfragen an den Gutachter einreichen. Insbesondere wies er auf die Differenzen zwischen der Beurteilung von Prof. I.\_\_\_\_ und dem Gutachter hin. Der kardiologische Gutachter PD B.\_\_\_\_ beantwortete die Ergänzungsfragen mit Eingabe vom 27. Januar 2017 und legte der Stellungnahme umfangreiche Fachliteratur bei. Er hielt «eindeutig und ohne Zweifel» an den Schlussfolgerungen im Gutachten fest. Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe bei Herrn A.\_\_\_\_ weder ein zeitlicher noch ein kausaler

Zusammenhang zwischen dem Autounfall vom 19. August 2011 und dem am 12. Dezember 2012 erstmalig diagnostizierten Vorhofflimmern.

3.12 In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 führte der Gutachter aus, die mit Eingabe vom 16. März 2017 vorgebrachten Tatsachen und auch die im «Kurzgutachten» von Dr. G.\_\_\_\_ überlieferten Herzfrequenzen in Ruhe und unter Belastung liessen keinen Hinweis für einen kranken Sinusknoten oder eine AV-Knotenüberleitungsstörung zu. Auch in den nachgereichten Reveal-Aufzeichnungen fänden sich entgegen dem Schreiben des Verteidigers keine signifikanten Pausen oder Hinweise für eine Sinusknotenerkrankung. Die «neuen» Erkenntnisse, insbesondere der neue Zeitpunkt der Erstdiagnose von Vorhofflimmern, führe seines Erachtens sicher nicht zu einer Revision bzw. Überarbeitung seiner schon wiederholten Schlussfolgerung vom 31. August 2016: «Deshalb erachte ich es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A.\_\_\_\_ am 19. August 2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt haben.»

3.13 In den vom 26. Juni 2017 datierten Berichten führte einerseits Dr. F.\_\_\_\_ aus, es sei zwar nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen, dass der Berufungskläger zum Zeitpunkt des Unfalls eine verlängerte Konversionspause mit Bewusstseinsverlust (Synkope) erlitten habe. Dr. G.\_\_\_\_ andererseits gab an, mit grosser Wahrscheinlichkeit sei beim Unfall eine Konversionspause von über drei Sekunden aufgetreten und habe eine rhythmogene Synkope ausgelöst. Denkbar sei auch ein überlagernder pathophysiologischer Prozess die Koinzidenz von Vorhofflimmern und vasovagaler Kreislaufreaktion infolge Stress, Hitze und Dehydration.

4.1 Bei PD B.\_\_\_\_ handelt es sich nicht um einen geübten Gutachter, er wurde vom Gericht auf Empfehlung wegen des speziellen Anforderungsprofils angefragt. Deswegen mag das Gutachten vom 31. August 2016 formal nicht in allen Punkten den üblichen Gutachten entsprechen, inhaltlich ist es aber nachvollziehbar und überzeugend, und entscheidend ist gerade im vorliegenden Fall das spezifische Fachwissen. Es stellen sich im Bereich der Kardiologie Fragen der Rhythmologie und der Elektrophysiologie, da es um Erkrankungen des Sinusknotens und signifikante Blockierungen der AV-Knoten-Überleitung geht. Diese spezifischen fachlichen Anforderungen erfüllt PD B.\_\_\_\_ als Leiter Elektrophysiologie im Bereich Rhythmologie des Universitären Herzzentrums [ ] in herausragender Weise.

4.2 Das kardiologische Gutachten vom 31. August 2016 führt die wesentlichen Arztberichte und Befunde aus den Akten auf (Gutachten Seiten 2 bis 12). Richtig ist, dass der Bericht von Prof. I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 nicht aufgeführt wird. Dies schmälert aber keineswegs den Beweiswert des Gutachtens: Auf diesen Bericht wurde mit dem Auftrag an den Gutachter explizit hingewiesen, so dass ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass das Gutachten in Kenntnis des Berichts erstellt wurde. Weiter hat Prof. I.\_\_\_\_ in diesem Bericht seine früheren Diagnosen und Annahmen vom 12. Dezember 2014 bestätigt und dieser Bericht vom

## **E. 12**

Dezember 2014 ist im Gutachten aufgeführt. Zudem hat sich der Experte bei der Beantwortung der Ergänzungsfragen explizit zum Bericht I.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 geäussert, worauf zurückzukommen sein wird. Das Gutachten äussert sich vorweg zum Vorhofflimmern im Allgemeinen und im Zusammenhang mit einer Synkope. Die Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugend: «Am 12.12.2012 wurde erstmals bei

Herrn A.\_\_\_\_ ein paroxysmales Vorhofflimmern in der Holter-Untersuchung bei seinem langjährigen Kardiologen Dr. F.\_\_\_\_ in [...] diagnostiziert. Bei Verdacht auf eine bradykarde Rhythmusstörung als mögliche Ursache für den einmaligen Bewusstseinsverlust, welcher am 19.08.2011 zu einem Autounfall führte, wurde am 13.05.2013 ein Ereignisrekorder (Reveal) unter die Haut implantiert. In den Aufzeichnungen dieses Geräts, welches kontinuierlich über die ganze Lebensdauer der Batterie abnorme Abweichungen des Rhythmus registriert, fanden sich wiederholt viele Episoden von paroxysmalem Vorhofflimmern, welche von Herrn A.\_\_\_\_ immer als Pulsunregelmässigkeiten, Herzrasen und Palpitationen wahrgenommen wurden, und nie als Schwindel oder Synkopen. Es wäre auch sehr aussergewöhnlich, dass das paroxysmale schnelle Vorhofflimmern bei einer sonst herzgesunden Person ohne akzessorische schnell leitender Bahn (WPW-EKG) zu einer Synkope geführt hätte. Eine akzessorische Bahn wurde nämlich bei Herrn A.\_\_\_\_ invasiv anlässlich der elektrophysiologischen Untersuchung ausgeschlossen.

In der ganzen Aufzeichnungsdauer des Reveals (13.05.2013 bis jetzt) konnten auch keine symptomatische bradykarde Rhythmusstörungen im Sinne von signifikanten Pausen der Sinusknotenaktivität (symptomatischer Sick Sinus Syndrome) während des stabilen Sinusrhythmus oder bei den jeweiligen Spontankonversionen des Vorhofflimmerns in den normalen Sinusrhythmus (Konversionspause) dokumentiert werden, welche die These einer Konversionspause eines Silent Atrial Fibrillation (stummen Vorhofflimmerns) beim Autounfall untermauern würden.

Auch fehlen signifikante Blockierungen der AV-Knoten-Überleitung als Ursache von rhythmogenen Synkopen. Der Verdacht auf eine rhythmogene Synkope, welcher zur Indikation des Reveals geführt hatte, wurde durch den fehlenden Nachweis über einen überdurchschnittlich langen Zeitraum von fast drei Jahren nicht bestätigt bzw. entkräftet.

Wenn eine symptomatische Sinusknotenerkrankung (Sick Sinus Syndrome) mit konsekutiven symptomatischen Konversionspausen vorliegen würde, hätten sich diese in diesem langen Beobachtungszeitraum bei den jeweiligen häufig vorkommenden Episoden von proxysmalem Vorhofflimmern manifestieren müssen und wären in den Aufzeichnungen des Reveal nachgewiesen worden, umso mehr dass Herr A.\_\_\_\_ nach Diagnosestellung des Vorhofflimmerns am 12.12.2012 Metoprolol 25mg einmal täglich eingenommen hatte ■ ein bradykardisierendes Medikament, welches einen allfälligen kranken Sinusknoten noch weiter verlangsamen würde.

Gleichzeitig und übereinstimmend mit diesen objektivierbaren Befunden hatte Herr A.\_\_\_\_ vor und nach dem Autounfall auch keine Episoden von Synkopen, Präsynkopen oder Schwindelzustände verspürt.

Aufgrund der Anamnese und der erhobenen Befunde während des Krankheitsverlaufs, welche mittels eines implantierbaren Ereignisrekorders (Reveal) zusätzlich über lange Zeit sehr gut dokumentiert ist, denke ich, dass bei Herrn A.\_\_\_\_, welcher nachweislich seit dem 12.12.2012 ein proxysmales Vorhofflimmern hatte, keine Prädisposition für rhythmogene Synkopen bestanden hatte.

Es könnte postuliert werden, dass Herr A.\_\_\_\_ schon lange vor Diagnosestellung am 12.12.2012 Vorhofflimmern hatte, jedoch wegen dem proxysmalen Auftreten im EKG nicht sofort dokumentiert wurde. Jedoch denke ich nicht, dass Herr A.\_\_\_\_ zum Zeitpunkt des Unfalls Vorhofflimmern hatte, weil diese Episoden mit schnellem proxysmalem Vorhofflimmern bei Herrn A.\_\_\_\_ jeweils immer symptomatisch waren.

Der nicht restlos geklärte Umstand, ob Herr A. \_\_\_ beim Autounfall Vorhofflimmern hatte oder nicht, ist jedoch für die Beantwortung der Frage nicht relevant. Eine hypothetische Episode von Vorhofflimmern hätte nämlich auch zum Zeitpunkt des Unfalls nicht zu einer Synkope geführt, so wie das Vorhofflimmern auch nach der Diagnosestellung nachweislich keine Synkopen hervorgerufen hatte. Der gut dokumentierte Krankheitsverlauf hat also retrospektiv bewiesen, dass Vorhofflimmern bei Herrn A. \_\_\_ nicht zu Synkopen führen kann.

Deshalb erachte ich es als sehr unwahrscheinlich, dass Vorhofflimmern oder eine andere rhythmologische Erkrankung bei Herrn A. \_\_\_ am 19.08.2011 zu einer rhythmogenen Synkope geführt hatte.»

4.3 Vom Verteidiger wurde anschliessend namentlich die fehlende konkrete Auseinandersetzung mit dem Bericht von Prof. I. \_\_\_ vom 8. Februar 2016 gerügt. Darauf wiederholte der Gutachter, vor und während des Unfalles sei bei Herrn A. \_\_\_ kein Vorhofflimmern dokumentiert und es fänden sich weder in der Anamnese noch in den erhobenen Befunden während den Arztvisiten Hinweise für ein Vorhofflimmern oder eine rhythmogene Synkope. Die Diagnose eines Vorhofflimmerns sei erst knappe anderthalb Jahre nach dem Unfall gestellt worden. Das rezidivierende proxysmale Vorhofflimmern habe bei Herrn A. \_\_\_ nie zu signifikanten Pausen oder präsynkopalen bzw. synkopalen Zuständen geführt ■ auch nicht unter der kurzzeitig verabreichten bradykardisierenden Therapie mittels des Betablockers Metoprolol, welche einen latenten kranken Sinusknoten hätte demaskieren müssen. Zudem hätten sich auch keine Hinweise auf eine signifikante Sinusknotenerkrankung in der elektrophysiologischen Untersuchung vom 15. Mai 2014 finden lassen. Im Bericht von Prof. I. \_\_\_ vom 5. Februar 2016 (visiert am 8. Februar 2016) werde, gestützt auf eine eigene und nicht veröffentlichte Beobachtungskohorte, festgehalten, dass sich ein stummes Vorhofflimmern primär mit einer Synkope manifestieren könne und dass dieses Szenario bei Herrn A. \_\_\_ anlässlich des Autounfalles wahrscheinlich eingetroffen sei. Gesichert sei aber nur, dass in seltenen Fällen und bei bestimmten Patientengruppen mit vorhandener Prädisposition und unter bestimmten Voraussetzungen, welche im Gutachten ausführlich beschrieben worden seien, eine Synkope tatsächlich die Erstmanifestation eines stummen Vorhofflimmerns darstellen könne. Die Voraussetzungen und die Begleiterscheinungen seien aber weder zum Unfallzeitpunkt noch im weiteren Verlauf im spezifischen Fall von Herrn A. \_\_\_ vorhanden gewesen. Der Gutachter verweist in der Folge auf ausführliche Recherchen in der medizinischen Literatur, die seine Argumentation unterstützen. Im Arztbericht vom 5. Februar 2016 gelange Prof. I. \_\_\_ von der allgemein geäusserten Feststellung, welche für eine bestimmte Patientengruppe in seltenen Fällen zutreffen könne, zur Schlussfolgerung, dass im spezifischen Fall von Herrn A. \_\_\_ der Autounfall durch ein Vorhofflimmern «sehr wahrscheinlich» verursacht worden sei. Nach der unabhängigen, kritischen und objektiven Auswertung aller in den Krankengeschichten dokumentierten Daten und Auswertungen des Rhythmusmonitorings mittels Reveal Recorder fänden sich jedoch keine eindeutigen Hinweise, dass das Vorhofflimmern oder andere medizinische Faktoren im speziellen Fall von Herrn A. \_\_\_ mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Synkope und einem konsekutiven Autounfall am 19. August 2011 hätte führen können. Er komme daher wie schon im Gutachten zu einer anderen Schlussfolgerung als Prof. I. \_\_\_ im Arztbericht vom 5. Februar 2016.

4.4 In den Eingaben des Berufungsklägers vom 16. und 26. März 2017 wurde dem Gutachter vorgehalten, er äussere sich widersprüchlich: Im Gutachten Seite 15 Abs. 6 führe der Experte aus: «Es könnte postuliert werden, dass Herr A.\_\_\_\_ schon lange vor der Diagnosestellung am 12.12.2012 Vorhofflimmern hatte, jedoch wegen des paroxysmalen Auftretens im EKG nicht sofort dokumentiert wurde. Jedoch denke ich nicht, dass Herr A.\_\_\_\_ im Zeitpunkt des Unfalls Vorhofflimmern hatte ». Am 30. Mai 2017 halte er nun auf Seite 2 Abs. 2 gegenteilig fest: «In der Emailbefundung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10.3.17 zum EKG vom 10.12.2008 wird richtigerweise ein Vorhofflimmern bestätigt. ». Mit andern Worten sei der Experte bei seiner Annahme und damit bereits bei der Grundlage der Expertise falsch gelegen. Dieses Vorbringen des Berufungsklägers ist nicht richtig. Der Experte sagt, er denke nicht, dass Herr A.\_\_\_\_ «zum Zeitpunkt des Unfalles» Vorhofflimmern gehabt habe. Der Experte sagt schliesslich dann auch ganz explizit: «Die «neuen» Erkenntnisse, insbesondere der neue Zeitpunkt der Erstdiagnose des Vorhofflimmerns führe sicher nicht zu einer Revision bzw. Überarbeitung seiner Schlussfolgerung vom 31. August 2016. Der Experte geht ■ als qualifizierter Fachmann für genau diese Fragen ■ davon aus, eine Erkrankung des Sinusknotens liege nicht vor. Die vom Beschuldigten im Nachhinein bestrittene Einnahme des ihm verschriebenen Medikaments Metoprolol 25mg wurde vom Experten lediglich als zusätzliches Argument in diesem Zusammenhang verwendet. Auch aus Laiensicht erscheint es als logisch, dass bei einer ■ wie im Parteivortrag vor Berufungsgericht betont ■ progredient verlaufenden Krankheit, deren Symptome sich erst im Lauf der Zeit bemerkbar machen ■ kaum im August 2011 eine signifikante Konversionspause von mehr als drei Sekunden aufgetreten ist, wenn solche in den späteren Aufzeichnungen nicht festgestellt wurden.

4.5 Zusammenfassend ist dem Gutachten von PD Dr. B.\_\_\_\_ voller Beweiswert zuzumessen. Es überzeugt auch weit mehr als der Arztbericht von Prof. I.\_\_\_\_ und widerlegt dessen ■ überdies auf eigene, unveröffentlichte Beobachtungen abgestützten ■ Schlussfolgerungen auf plausible Weise. Prof. I.\_\_\_\_ hatte ja gerade eine kardiologische Begutachtung empfohlen und hat nach dem Gutachten vom 31. August 2016 keine Stellungnahme mehr abgegeben. Hingegen kommt Dr. G.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 6. März 2017 und vom 26. Juni 2017 zum Schluss, es liege eine Sinusknotenerkrankung vor und eine rhythmogene Synkope sei mit grosser Wahrscheinlichkeit Ursache des Unfalles vom 19. August 2011. Dabei stützt er sich aber auf keine neuen Untersuchungen, die dem Experten bei seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 nicht vorgelegen hätten. Dr. G.\_\_\_\_ nimmt einfach eine andere fachliche Beurteilung vor. Dieses Privatgutachten hat aber nach den allgemeinen Ausführungen unter Ziffer II./2.2 hievor nicht den gleichen Beweiswert wie das Gerichtsgutachten, das zudem wie erwähnt von einem in Bezug auf die interessierenden Fragen hervorragend kompetenten Fachexperten abgegeben worden ist. Gleiches gilt für generelle Statistiken, die ein auf den konkreten Einzelfall abgestütztes Gutachten nicht in Frage stellen können. Auf das Gutachten ist deshalb abzustellen.

5. Wie schon die Vorinstanz zu Recht festhielt, verspürte der Beschuldigte vor dem Unfall vom 19. August 2011 nach seinen wiederholten Angaben keine der von ihm vor der Vorinstanz geschilderten «Begleiterscheinungen» eines Vorhofflimmerns ■ und zwar weder vor dem Unfall noch danach. Letztere hätten sich ■ wie er vor der Amtsgerichtspräsidentin ausgeführt hat ■ durch die Erhöhung der Pulsfrequenz angekündigt. Eine solche will der Beschuldigte aber vor dem Unfall nicht bemerkt haben. Ebenso wenig will er Anzeichen von Übelkeit oder Müdigkeit wie «komisches» Gefühl im

Magen, Schweissausbrüche, trockene Augen, Schläfrigkeit etc. verspürt haben. Der Beschuldigte beschrieb auch kein Angstgefühl oder den Ausbruch von kaltem Schweiß nach dem Unfall, sondern «lediglich» einen Zustand von Verwirrtheit, wie er ohne weiteres zu einem Unfallgeschehen mit oder ohne die kurze Phase ohne Bewusstsein passt. Auch die Polizei schilderte das Verhalten des Beschuldigten nach dem Unfall als ruhig und beherrscht (AS 026). Wenn der Berufungskläger ausführen lässt, es sei widersprüchlich, dem Berufungskläger einerseits vorzuhalten, er habe keine Symptome eines Vorhofflimmerns verspürt, aber andererseits vorzuwerfen, er habe entgegen seinen Aussagen Müdigkeitssymptome nicht beachtet, muss dem folgendes entgegen gehalten werden: die Symptome eines Vorhofflimmerns sind gemäss den Schilderungen des Berufungsklägers vor der Vorinstanz wesentlich auffälliger. Es kann hier auch auf die Angaben des Gutachters E.\_\_\_\_ vom IRM [...] verwiesen werden, wonach sehr oft von Lenkern, die eingeschlafen seien, geltend gemacht werde, dass sie keine Symptome bemerkt hätten. Diese Diskrepanz werde unterschiedlich interpretiert (Schutzbehauptung, allgemein schlechte Erinnerbarkeit für physiologische Zustände wie Hunger, Durst, Schläfrigkeit). Eine zielgerichtete Anpassung der Aussagen des Berufungsklägers liegt denn auch in casu hinsichtlich des Erwachens beim Unfall vor, wie nachfolgende Erörterungen zeigen werden.

6. Zusammenfassend kann als erstes Fazit gelten, dass die vom Beschuldigten geltend gemachte Ursache seiner Fahrweise vor dem Unfall ■ eine rhythmogene, möglicherweise auch «stille» Synkope ohne Prodromi, die unbestrittenermassen sonst nie aufgetreten ist ■ nur eine theoretische Möglichkeit darstellt, die jedenfalls nach dem Grundsatz «in dubio pro reo» keine vernünftigen Zweifel auszulösen vermag.

7.1 Der Beschuldigte lässt am 8. November 2016 auch ausführen, selbst wenn man aufgrund des vorliegenden Gutachtens zum Schluss kommen sollte, dass zum fraglichen Zeitpunkt keine Synkope infolge Vorhofflimmern zum Bewusstseinsverlust und damit zum Unfall geführt habe, sei es nicht am Beschuldigten, seine Unschuld zu beweisen. Vielmehr sei durch die Staatsanwaltschaft ein plausibles und insbesondere vermeidbares (pflichtwidriges) Verhalten des Beschuldigten aufzuzeigen, welches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit und ohne jeglichen vernünftigen Zweifel zum Bewusstseinsverlust geführt habe. Der Verweis darauf, dass der Beschuldigte wohl eingeschlafen sein müsse ■ was eine reine, mit keinerlei objektiven Fakten unterlegte Vermutung sei ■ reiche dazu nicht aus. Es erstaune, dass die Strafverfolgungsbehörde bis heute keinerlei medizinische Fachmeinung darüber eingeholt habe, wie ein gesunder Mensch mit nachweislich genügend Schlaf dennoch (vermeidbar) habe einschlafen können.

7.2 Diese Vorbringen stossen ins Leere: einerseits ist es sachlogisch, dass für einen Sekundenschlaf im Nachhinein keine «objektive Fakten» gefunden werden können ■ deshalb ja auch die auch vom Beschuldigten verfolgte Suche nach einer alternativen Begründung für seinen kurzen Bewusstseinsverlust ■, andererseits hat es gleich zwei medizinische Fachmeinungen, die den Vorhalt eines (vermeidbaren) Sekundenschlafes stützen, darunter Dr. E.\_\_\_\_ in Kenntnis des Berichts [...]. Der Unfallablauf spricht eindeutig für einen Sekundenschlaf, der Beschuldigte beklagte keinerlei gesundheitliche Symptome vor und nach dem Unfall. Das Aufwachen bei der ersten Kollision spricht ebenfalls dafür. Hierzu ist auf die im Laufe des Verfahrens geänderte Aussage des Beschuldigten näher einzugehen: Anlässlich der ersten Aussage bei der Polizei gab der Beschuldigte an, dass er sich nach dem «Blackout» als erstes an das Auslösen des Airbags erinnern könne. Erstmals

mit Beweisantrag vom 14. März 2013 und dann vor der Vorinstanz führte er aus, er habe erst später realisiert, dass er nicht den Airbag, sondern den Zusammenstoss mit dem zweiten Fahrzeug gehört habe. Für die Beurteilung der Unfallursache ist es zwar nicht von ausschlaggebender Bedeutung, wann und wodurch der Beschuldigte wieder zu sich kam. Alles spricht aber dafür, dass seine erste Aussage zutreffend ist. Zunächst hat die Vorinstanz zu Recht ausgeführt, dass in der ersten Einvernahme nicht von einem «Knall» die Rede war, sondern davon, dass der «Airbag ausgelöst» worden sei, was bekanntlich nicht nur einen Knall verursacht: gleichzeitig wird der Airbag aufgeblasen und dadurch der Insasse vor einem allzu heftigen Aufprall geschützt, aber auch in seiner Bewegungsfreiheit und der Sicht eingeschränkt. Wäre der Beschuldigte also, wie er heute ausgesagt hat, erst beim Aufprall auf das zweite Auto aufgewacht, wären ihm vor allem diese Erfahrungen in Erinnerung geblieben, zumal der zweite Aufprall deutlich leichter gewesen sein muss, wie aus dem nur leichten Schaden an der Stossstange des Volvos und der Tatsache, dass dessen Airbags nicht ausgelöst wurde, geschlossen werden muss (AS 013 f.). Hinzu kommt, dass erfahrungsgemäss die ersten Aussagen am ehesten zutreffen, weil die Beteiligten in diesem Zeitpunkt das Geschehen noch weitgehend ohne Interpretation schildern, weshalb vorliegend davon auszugehen ist, dass der Beschuldigte wieder zu sich kam, als der Airbag in seinem Fahrzeug ausgelöst wurde. Schliesslich ist noch auf die Begründung für die Änderung der Aussage einzugehen: Der Beschuldigte begründete den Meinungswechsel nicht mit einer eigenen, anderen Erinnerung, sondern leitete diese aus dem Lesen der Aussage von [...] (AS 022) ab. Dieser hatte ausgesagt, der PW des Beschuldigten sei nach der Frontalkollision mit dem ersten Fahrzeug noch weiter gerollt und sei noch geringfügig mit dem bereits stehenden zweiten Wagen kollidiert. Daraus leitet der Beschuldigte ab, er müsse somit nach der ersten Kollision noch nicht zu Bewusstsein gekommen sein, ansonsten er die zweite Kollision verhindert hätte (AS 186 f.). Dabei übersieht der Beschuldigte, dass er ganz abgesehen vom Schreckmoment nach einer Frontalkollision mit ausgelöstem Airbag schon technisch nicht mehr in der Lage gewesen wäre, das Fahrzeug zu manövrieren.

7.3 Die beiden Verkehrsmediziner der Institute für Rechtsmedizin der Universitäten [...] und [...] kamen übereinstimmend zur Beurteilung, Umstände und Verlauf des Unfalles deuteten klar auf ein Einnicken am Steuer. Andere Ursachen konnten keine gesehen werden und sind auch nicht erkennbar bzw. rechtsgenüchlich ausgeschlossen (rhythmogene Synkope). Die Auswertung der Blut- und Urinprobe des Beschuldigten ergab das Vorhandensein von subtherapeutischen Mengen der Schlaf- und Beruhigungsmedikamente «Lexotanil» und «Temesta». Zusammen mit der bekannten Hitze am fraglichen Tag und der Tatsache, dass der Beschuldigte nach seinen ersten Aussagen von ca. 08.00 Uhr bis zum Unfall um 13.00 Uhr nichts getrunken hatte und längere Zeit Auto gefahren war, war eine erhöhte Schläfrigkeit und ein Nachlassen der Konzentration ■ trotz genügendem Schlaf in der Nacht zuvor ■ keineswegs ungewöhnlich, wie dies auch die Verkehrsmediziner sehen. Daran ändert nichts, dass die Auswertungen der Klinik [...] ergeben haben, die Aufzeichnungen des Flowgenerators in der Nacht vor dem Unfall hätten eine ausreichende Nutzung und einen ausreichenden Therapiererfolg bestätigt, das war im Übrigen auch dem Gutachter E.\_\_\_\_ bekannt. Die vom Berufungskläger gemäss Parteivortrag vermisste «medizinische Fachmeinung zur Frage, wie ein gesunder Mensch mit nachweislich genügend Schlaf dennoch (vermeidbar) einschlafen konnte», liegt eben vor. Schon gar nichts für den Berufungskläger lässt sich aus dem Umstand ableiten, dass er vor dem Unfall noch das Tempo reduziert hat, da ein Sekundenschlaf als solcher den Betroffenen

bekanntlich schlagartig überfällt. Das langsame Fahren auf die Gegenfahrbahn in einem stetigen Bogen passt denn auch besser zu einem Einnicken als die Beschreibung im Parteivortrag vor dem Berufungsgericht auf S. 10 oben, wo ausgeführt wird, aufgrund des Eintritts der Synkope habe der Beschuldigte «unwillkürlich und reflektorisch das Lenkrad nach links gezogen», da er Linkshänder sei.

8. Zusammenfassend ist damit sachverhältnismässig davon auszugehen, dass der Beschuldigte vor dem Unfall am 19. August 2011 am Steuer eingenicke ist, deshalb auf die Gegenfahrbahn fuhr und die Kollisionen verursachte.

9. In der Eingabe des Berufungsklägers vom 26. Juni 2017 wurde eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend gemacht: Es sei nicht möglich, sich innert der kurzen Frist bis zur Hauptverhandlung vom 28. Juni 2017 seriös mit der Stellungnahme des Gutachters vom 30. Mai 2017 auseinanderzusetzen. Auch dem kann nicht gefolgt werden: Der Berufungskläger konnte sich zu den Gutachten vor erster Instanz und vor Obergericht jeweils mehrfach und ausführlich äussern. Wenn ihm nun nach der letzten Stellungnahme des Experten B.\_\_\_\_ noch drei Wochen und die Hauptverhandlung zur Verfügung standen, kann jedenfalls nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gesprochen werden, zumal es festzuhalten gilt, dass der Experte in dieser kurzen Stellungnahme vom 30. Mai 2017 nichts Neues vorgebracht hat. Er hat einzig nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden könne. Dass dem Experten dafür rund zwei Monate zur Verfügung standen, stellt auch keinen Verstoss gegen das Gebot eines fairen Verfahrens dar, musste sich doch der Gutachter ■ neben seiner täglichen Arbeit ■ mit den eingereichten umfangreichen Aufzeichnungen auseinandersetzen und diese beurteilen.

### III.Rechtliche Würdigung

1. Wer wegen Alkohol-, Betäubungsmittel- oder Arzneimittelinfluss oder aus anderen Gründen nicht über die erforderliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, gilt während dieser Zeit als fahruntüchtig und darf kein Fahrzeug führen (Art. 31 Abs. 2 SVG). Art. 2 Abs. 1 VRV konkretisiert diese Bestimmung wie folgt: Wer wegen Übermüdung, Einwirkung von Alkohol, Arznei- oder Betäubungsmittel oder aus einem anderen Grund nicht fahruntüchtig ist, darf kein Fahrzeug führen. Die einschlägige, zur Tatzeit geltende Strafbestimmung von Art. 91 Abs. 2 aSVG lautete: Wer aus anderen Gründen (als Trunkenheit) fahruntüchtig ist und ein Motorfahrzeug führt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft. Die Neuformulierung von Art. 91 SVG per 1.1.2014 brachte für die hier interessierenden Fragestellungen (neu Art. 91 Abs. 2 lit. b SVG) keine inhaltlichen Änderungen.

2. Fahruntüchtigkeit ist die momentane körperliche und geistige Befähigung, ein Fahrzeug während der gesamten Fahrt sicher zu führen (Philippe Weissenberger, Kommentar Strassenverkehrsgesetz und Ordnungsbussengesetz, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2015, nachstehend zitiert: «SVG-Kommentar», Art. 91 SVG N 12). Fahruntüchtigkeit im Sinne von Art. 31 Abs. 2 SVG liegt bereits vor, wenn der Führer an einem körperlichen oder geistigen Mangel leidet, der ihn an der sicheren Führung des Motorfahrzeuges hindert (Philippe Weissenberger, SVG-Kommentar, Art. 91 SVG N 13). Nebst den in Art. 31 Abs. 2 SVG explizit genannten Gründen kommt insbesondere die Übermüdung als Grund für die Fahruntüchtigkeit in Betracht. Das Nichtbeherrschen des Fahrzeuges in Folge Übermüdung ist nach Art. 91 Abs. 2 lit. b SVG als *lex specialis* zu Art. 90 SVG strafbar (Philippe Weissenberger, SVG-Kommentar, Art. 31 SVG N 28).

3. Aufgrund des Beweisergebnisses ist erstellt, dass der Beschuldigte am 19. August 2011, ca. 13.00 Uhr, kurz einnickte, auf die Gegenfahrbahn geriet und deswegen mit zwei korrekt fahrenden Personenwagen kollidierte. Aufgrund dieses Sekundenschlafes muss dem Beschuldigten die Fahrfähigkeit im Unfallzeitpunkt abgesprochen werden. Die objektiven Tatbestandselemente von Art. 91 Abs. 2 aSVG sind somit erfüllt.

4. Nach Art. 100 Ziff. 1 Satz 1 SVG ist auch die fahrlässige Handlung strafbar. Fahrlässig handelt, wer die Folge seines Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt (Art. 12 Abs. 3 StGB). Diese Definition ist indessen auf das fahrlässige Erfolgsdelikt zugeschnitten. Hinsichtlich Art. 91 SVG als fahrlässiges Tätigkeitsdelikt liegt die Fahrlässigkeit darin, dass eine Person infolge einer pflichtwidrigen Unvorsichtigkeit nicht erkennt, dass sie sich in einem fahruntüchtigen Zustand befindet oder ein solcher eintreten könnte, und sie nichtsdestotrotz wissentlich und willentlich ein Fahrzeug führt. Fahrlässig handelt etwa, wer subjektiv erkennbare Ermüdungserscheinungen unbeachtet lässt, in der Hoffnung, wach zu bleiben, und dennoch weiterfährt (Fahrni/Heimgartner in: Basler Kommentar, Strassenverkehrsgesetz, 2014, N. 38 zu Art. 91 SVG mit Hinweisen).

5. Bezüglich des subjektiven Tatbestandes ist auf die bisherige bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Sekundenschlaf zu verweisen. Demnach kann bei einem gesunden und nicht aus anderen Gründen fahruntüchtigen Fahrzeugführer Einschlafen am Steuer ohne vorherige subjektiv erkennbare Ermüdungserscheinungen ausgeschlossen werden. Wer solche Symptome missachtet, handelt grobfahrlässig (BGE 126 II 206 E. 1a mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 6A.84/2006 vom 27. Dezember 2006 E. 3.2; 6A.134/1996 vom 27. März 1997 E. 3b f., zuletzt Urteile 1C\_25/2016 vom 4. Juli 2016 E. 2.4 und 6B\_26/2016 vom 6. Juni 2016 E. 3.5). Dies wurde auch in beiden verkehrsmedizinischen Gutachten, die im vorliegenden Fall erstellt wurden, bestätigt. Ob der Beschuldigte sich an die damaligen Ermüdungserscheinungen nunmehr nicht mehr erinnert oder diese zu seinem eigenen Schutz leugnet, spielt für die rechtliche Beurteilung keine Rolle. Der subjektive Tatbestand ist ebenfalls erfüllt.

6. Rechtfertigungs- oder Schuldausschliessungsgründe liegen nicht vor. Der Beschuldigte ist des Fahrens in fahruntüchtigem Zustand nach Art. 91 Abs. 2 aSVG, begangen am 19. August 2011, schuldig zu sprechen.

7. Zur Subsumtion des festgestellten Sachverhalts unter den Straftatbestand der fahrlässigen Körperverletzung gemäss Art. 125 Abs. 1 StGB kann vollumfänglich auf die Ausführungen der Vorinstanz auf US 16 f. verwiesen werden. Dabei besteht vorliegend echte Konkurrenz zwischen der SVG-Widerhandlung und dem Körperverletzungsdelikt: von der SVG-Widerhandlung war neben dem Verletzten C.\_\_\_\_ auch der Lenker des zweiten Personenwagens, mit dem der Beschuldigten kollidiert ist, D.\_\_\_\_, betroffen. Die Schuldsprüche der Vorinstanz sind zu bestätigen.

#### IV. Strafzumessung

##### 1. Allgemeines zur Strafzumessung

1.1 Gemäss Art. 47 Abs. 1 StGB misst das Gericht die Strafe nach dem Verschulden des Täters zu. Es berücksichtigt das Vorleben und die persönlichen Verhältnisse sowie die Wirkung der Strafe auf das Leben des Täters. Die Bewertung des Verschuldens wird in Art. 47 Abs. 2 StGB dahingehend präzisiert, dass dieses nach der Schwere der Verletzung oder

Gefährdung des betroffenen Rechtsguts, nach der Verwerflichkeit des Handelns, den Beweggründen und Zielen des Täters sowie danach bestimmt wird, wie weit der Täter nach den inneren und äusseren Umständen in der Lage war, die Gefährdung oder Verletzung zu vermeiden. Nach Art. 50 StGB hat das Gericht die für die Zumessung der Strafe erheblichen Umstände und deren Gewichtung festzuhalten.

Der Begriff des Verschuldens muss sich auf den gesamten Unrechts- und Schuldgehalt der konkreten Straftat beziehen. Innerhalb der Kategorie der realen Strafzumessungsgründe ist zwischen der Tatkomponente, welche nun in Art. 47 Abs. 2 StGB näher umschrieben wird, und der in Abs. 1 aufgeführten Täterkomponente zu unterscheiden (vgl. Heidi Affolter-Eijsten in: Stefan Trechsel/Mark Pieth [Hrsg.], Praxiskommentar Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2. Aufl., Zürich/St. Gallen 2013, Art. 47 StGB N 16 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Praxis).

Bei der Tatkomponente sind das Ausmass des verschuldeten Erfolges, die Art und Weise der Herbeiführung dieses Erfolges, die Willensrichtung, mit der der Täter gehandelt hat, und die Beweggründe des Schuldigen, die Art. 47 Abs. 2 StGB ausdrücklich erwähnt, zu beachten (vgl. BGE 129 IV 6 E. 6.1).

Die Täterkomponente umfasst das Vorleben, die persönlichen Verhältnisse sowie das Verhalten nach der Tat und im Strafverfahren (vgl. BGE 129 IV 6 E. 6.1).

Die Strafempfindlichkeit (neu in Art. 47 Abs. 1 StGB als «Wirkung der Strafe auf das Leben des Täters» erfasst) betrifft nicht mehr die Frage des Verschuldens, sondern des ihm entsprechenden Masses an Strafe. Die Schwere des dem Betroffenen mit der Strafe zugefügten Übels kann auch von seiner persönlichen Situation abhängen. So wird ein alter Mensch durch den Vollzug einer Freiheitsstrafe härter getroffen als ein jüngerer mit weitaus grösserer Lebenserwartung, ein kranker härter als ein gesunder, und das sollte strafmindernd ins Gewicht fallen. Auch dürfen zu Gunsten des Täters Folgen der Tat und ihrer strafrechtlichen Ahndung berücksichtigt werden, die ihn härter getroffen haben als andere, oder die noch zu erwarten sind, wie beim Verlust eines Angehörigen durch einen fahrlässig verursachten Verkehrsunfall, bei erheblichen finanziellen Lasten durch die zivilrechtliche Haftung für den deliktisch herbeigeführten Schaden oder die Verfahrenskosten oder bei Einbussen in der sozialen Stellung und bei schwer wiegenden beruflichen oder familiären Auswirkungen.

1.2 Hat der Täter durch eine oder mehrere Handlungen die Voraussetzungen für mehrere gleichartige Strafen erfüllt, so verurteilt ihn das Gericht zu der Strafe der schwersten Straftat und erhöht sie angemessen. Es darf jedoch das Höchstmass der angedrohten Strafe nicht um mehr als die Hälfte erhöhen. Dabei ist es an das gesetzliche Höchstmass der Straftat gebunden (Art. 49 Abs. 1 StGB).

## 2. Konkrete Strafzumessung

2.1 Der Strafrahmen für beide Delikte beträgt Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe. Schwerstes Delikt zur Bemessung der Einsatzstrafe ist die fahrlässige einfache Körperverletzung. C.\_\_\_\_ wurde durch den vom Beschuldigten verursachten Unfall nicht unerheblich verletzt, dauerte doch die vollständige Ausheilung der erlittenen Verletzungen und Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit mehrere Monate. Der Eingriff in das geschützte Rechtsgut ist vor diesem Hintergrund jedenfalls nicht mehr als Bagatelle zu bezeichnen. Durch das Fahren in einem fahruntfähigen Zustand (Übermüdung) kam der

Beschuldigte seiner Vorsichtspflicht, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und die ihm unter den gegebenen Umständen auch zumutbar gewesen ist, nicht nach. Immerhin handelte es sich nicht um eine lange nächtliche Fahrt. Aber wenn Anzeichen von Ermüdung ignoriert werden, führt das im Strassenverkehr immer zu höchst gefährlichen Situationen, weshalb der Fahrlässigkeitsvorwurf in diesen Fällen nie leicht wiegt. Es ist dabei aber festzuhalten, dass der Beschuldigte in der Nacht vor dem Unfall genügend geschlafen hatte. Das Tatverschulden kann noch als leicht bezeichnet werden.

2.2 Bei den Täterkomponenten ist festzuhalten, dass der Beschuldigte im schweizerischen Strafregister nicht verzeichnet ist. Auch im Administrativregister der Motorfahrzeugkontrolle ist er bis dato nie registriert worden. Sein automobilistischer Leumund war bis zum Unfall ungetrübt. Er ist pensioniert und lebt in geordneten persönlichen Verhältnissen.

2.3 Hinsichtlich des Verhaltens nach der Tat und im Strafverfahren kann zur Haltung der Beschuldigten positiv erwähnt werden, dass er sich seit dem heute zu beurteilenden Vorfall vom 19. August 2011, also seit fast sechs Jahren wohl verhalten hat. Zu berücksichtigen ist im Rahmen des Sanktionenpakets die Administrativmassnahme in Form eines Führerausweisentzuges. Unter Berücksichtigung des Verschuldens und der leicht strafmindernd wirkenden Täterkomponenten ist die von der Vorinstanz ausgefallte Strafe von 25 Tagessätzen Geldstrafe zu je CHF 180.00 und einer Busse von CHF 900.00, ersatzweise fünf Tage Freiheitsstrafe, allein für das Körperverletzungsdelikt, grundsätzlich angemessen. Da nur der Beschuldigte ein Rechtsmittel erhoben hat, hat es wegen des Verschlechterungsverbots bei dieser Strafe zu bleiben. Gleiches gilt für die Straferhöhung zur Abgeltung des SVG-Delikts. Allerdings ist nicht einzusehen, weshalb ein Teil der Strafe in Form einer Verbindungsbusse auszufallen wäre. Es ist deshalb als Gesamtstrafe eine Geldstrafe von 30 Tagessätzen zu je CHF 180.00, bedingt auf eine Probezeit von zwei Jahren, auszusprechen. Die Tagessatzhöhe von CHF 180.00 ist angesichts der Steuerzahlen pro 2015 (steuerbares Einkommen CHF 158'455.00, steuerbares Vermögen CHF 520'450.00) ebenfalls sehr tief angesetzt worden.

2.4 Die Voraussetzungen für die Gewährung des bedingten Vollzugs gemäss Art. 42 Abs. 1 StGB liegen beim Beschuldigten in objektiver Hinsicht vor. A.\_\_\_\_ ist nicht vorbestraft. Subjektiv gesehen kann dem Beschuldigten gestützt auf seinen bisher unbescholtenen Lebenswandel eine günstige Prognose für die Zukunft attestiert werden. Der bedingte Strafvollzug ist demgemäss zu gewähren, wobei die Probezeit, analog dem erstinstanzlichen Urteil, auf zwei Jahre festzusetzen ist (Art. 44 Abs. 1 StGB).

#### V. Verfahrenskosten

Fällt die Rechtsmittelinstanz selber einen neuen Entscheid, so befindet sie drin auch über die von der Vorinstanz getroffene Kostenregelung (Art. 428 Abs. 3 StPO). Die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens von CHF 3'700.00 sind dem Beschuldigten, welcher verurteilt wird, in Anwendung von Art. 426 Abs. 1 StPO aufzuerlegen. Für das Berufungsverfahren ist die Staatsgebühr auf CHF 3'000.00 festzusetzen, womit sich mit den Auslagen, vorwiegend bestehend aus den Honoraren für den Gutachter B.\_\_\_\_ (CHF 7.000.00 + CHF 3'625.00 + CHF 2'275.00), Gesamtkosten von CHF 16'020.00 ergeben. Diese sind in Anwendung von Art. 428 Abs. 1 StPO dem im Berufungsverfahren unterliegenden Berufungskläger aufzuerlegen. Entschädigungen im Sinne von Art. 429

Abs. 1 lit. a und 436 Abs. 1 StPO sind nicht auszurichten.

Demnach wird in Anwendung der Art. 34, 42 Abs. 1, 44 Abs. 1, 47, 49 Abs. 1 und 125 Abs. 1 StGB, Art. 91 Abs. 2 SVG, Art. 426 Abs. 1 und 428 Abs. 1 und 3 StPO erkannt:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.