

fehlt, sich auszumalen, daß die Realisierung solcher Forderungen tatsächlich den herrschenden Typus von Parteien verändert. Das Abstraktum »politischer Willensbildungsprozeß« darf nicht länger auf die Besetzung des politischen Raumes durch politische Parteien hinauslaufen. Anstelle einer Diskussion über juristisch-technische Regelungen zur Parteienfinanzierung ist notwendig eine Diskussion darüber, wer es sich leisten kann, Politik zu machen, welche Bedingungen bewirken, daß Bürger und Bürgerinnen lieber ins Schwimmbad gehen denn in eine politische Veranstaltung, welche Chancen bestehen, innerhalb der Arbeitszeit über Politik zu reden, sich politisch zu betätigen; welche Wirkungen staatlicher Zuschüsse an Parteien für innerparteiliche Demokratie erzeugt werden; welche Mitwirkungsmöglichkeiten parteilose Bürger und Bürgerinnen haben, sich politisch zu betätigen usw. Der politische Prozeß produziert alltäglich massenhaft Probleme, die es wert sind, ernsthaft diskutiert zu werden. Die Diskussion über Parteienfinanzierung ist an sich langweilig und öde, wenn die Parteienfinanzierung nicht Wiederspiegelung und Reproduktion eines Parteientypus wäre, bei dem es nicht ganz leicht vorstellbar ist, daß es sich lohnt, sich politisch zu engagieren. Ein letztes: Würde die Parteienfinanzierung ersetzt durch ein System, das den politischen Willensbildungsprozeß subventioniert, es z. B. ermöglicht, daß Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen für politische Betätigungen Lohnfortzahlung bekommen, daß Väter und Mütter finanziell unterstützt werden, wenn sie an einer Parteiveranstaltung teilnehmen und deswegen eine Kinderbetreuungsperson zu bezahlen haben, so hätte ich keine Bedenken, finanziell staatliche Mittel einzufordern. Die Parteienfinanzierung ist eben kein finanzielles Problem.

Ingo Michels

Zur Situation von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im Strafvollzug

Seit dem Oktober 1985 liegen bundeseinheitliche Regelungen zum Umgang mit HIV-Infizierten im Strafvollzug vor, die der Strafvollzugsausschuß der Länder erarbeitet hat und die in die länderspezifischen Erlasse Eingang gefunden haben. Darin wird die ausdrückliche Testempfehlung insbesondere für intravenös Drogenabhängige in den Gefängnissen festgelegt. Sie wird in Niedersachsen, Berlin, Hamburg, Bremen und im Saarland als freiwillig deklariert, ist aber vielfach mit der psychosozialen Drucksituation im Gefängnis verknüpft.

In NRW, Hessen und Bayern wird zudem unter Bezugnahme auf den § 101 StVollzG eine Zwangstestung als rechtmäßig angesehen, auch wenn sie in der Praxis noch nicht durchgeführt worden ist.¹

¹ In NRW ist dies im Erlass vom 13. 3. 1987 so geregelt. Im neuen, jetzt gültigen Erlass vom 13. 1. 1988 ist dieser Passus – auf entsprechenden öffentlichen Druck sowohl der AIDS-Hilfen, der evangelischen Gefängnisfarre und auch der innerparteilichen Auseinandersetzung innerhalb der SPD – zwar offiziell zurückgenommen worden, in einer Durchführungsverordnung des Vollzugsamtes Köln vom 11. 2. 1988 heißt es jedoch: »Die Tatsache, daß in den o. g. Erlass viele Regelungen nicht mehr ausdrücklich festgelegt sind, hat für deren Gültigkeit *keine Bedeutung*. Alles Überflüssige oder Selbstverständliche ist nicht aufgenommen worden. So ergibt sich die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung aus § 101 StVollzG. Eine Benennung hätte *nur deklaratorische* Bedeutung gehabt.« (Unterstreichung des Autors) In Hessen ist im Erlass vom 5. 12. 1985 festgelegt: »Alle Gefangenen sind zur Teilnahme an einer Untersuchung verpflichtet. Sollte ein Gefangener eine Untersuchung verweigern, ist er nachdrücklich

Diese vorgesehene Zwangstestung ist m. E. unzulässig: »Ein HIV-Antikörpertest ist ohne Einwilligung des Gefangenen nur dann zulässig, wenn Gefahr für die Gesundheit anderer Personen besteht. Dies ist jedoch nicht der Fall, da eine HIV-Infektion im alltäglichen Umgang nicht ansteckend ist. Außerdem setzt die Zwangsbehandlung voraus, daß der verfolgte Zweck auf keine andere Weise erreichbar ist (§ 94 Abs. 1 StVollzG). Zur Abwehr eventueller Gefahren sind mildere Mittel (Aufklärung, Verteilung von Kondomen, von sterilen Spritzen etc.) vorhanden.«²

Ist nun das Testergebnis positiv, fallen die Konsequenzen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und doch ähnlich aus, indem die ohnehin schon stigmatisierte und kriminalisierte Gruppe der intravenös Drogenabhängigen noch zusätzlich isoliert und persönlicher Grundrechte beraubt wird, wenn sie HIV-infiziert ist: So wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gegen das sogenannte allgemeine Sicherheitsinteresse (vermeintlicher Schutz der Nicht-Infizierten) aufgewogen und praktisch außer Kraft gesetzt: die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) wird nahezu überall³ aufgehoben – legitimiert mit dem § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand) –, indem die Anstalsärzte verpflichtet werden, den Anstalsleiter von einer HIV-Infektion zu unterrichten und dieser dann entscheidet, welche Vollzugsbeamten weiter benachrichtigt werden.⁴

Ferner wird in einer Reihe von Bundesländern die HIV-Infektion auf Personal- und Krankenakten sowie auf Transportscheinen festgehalten, oft mit diskriminierenden und stigmatisierenden Formulierungen wie: »Vorsicht! Blutkontakt vermeiden!«, obwohl ein konkretes Infektionsrisiko nicht besteht. Die Betroffenen werden, um ein vermeintliches Infektionsrisiko auszuschließen, in Einzelhaft untergebracht. Dies geschieht freilich nicht auf eigenen Wunsch, sondern als »vorbeugende« Anordnung; außerdem werden sie von einer Reihe von Tätigkeiten, bei denen eine theoretische Verletzungsgefahr besteht, ebenso ausgeschlossen wie – aus sogenannten psychologischen Gründen – von der Tätigkeit im Lebensmittelbereich.⁵ Erwartete oder ansatzweise aufgetretene hysterische Reaktionen von Mitgefangenen oder Beamten werden als Legitimation für diese Ausgrenzung benutzt, statt für ein vernünftiges und tolerantes Verhalten gegenüber den Betroffenen zu sorgen. Durch diese zusätzliche Absonderung werden die Betroffenen mit ihren Ängsten alleingelassen. Auch Umschlüsse mit anderen Gefangenen werden oft nur unter dem Zwang

über die Rechtslage aufzuklären. Bleibt es bei der Verweigerung, ist von Zwangsmaßnahmen abzusehen. Die Anwendung von § 101 StVollzG bleibt hiervon unberührt.«

In Bayern heißt es im Erlaß vom 3. 4. 1987:

»Alle Gefangenen sind bei der Erstaufnahme auf HIV-Antikörper im Blut zu untersuchen. (...) Bei Gefangenen, die Risikogruppen angehören (Homosexuelle und Bisexuelle, Fixer, Tätowierer, Prostituierte ...), ist die zwangsweise Blutuntersuchung nach § 101 StVollzG zulässig.«

² Johannes Feest, Merkblatt des Strafvollzugsarchiv, Universität Bremen, Dezember 1987.

³ Ausnahmen bilden hier folgende Erlasse:

Niedersachsen (Erlaß vom 12. 3. 1987):

»Grundsätzlich gilt auch bei HIV-Infektionen die ärztliche Schweigepflicht. Wegen der von HIV-Infizierten ausgehenden Gefahren sind die Anstalsärzte aber befugt, den Anstalsleiter zu unterrichten.« Berlin (Brief des Senators für Justiz vom 20. 10. 1987):

»Der Arzt unterrichtet grundsätzlich keine Personen oder Dienststellen außerhalb des medizinischen Bereichs.«

Bremen (Erlaß vom 15. 1. 1986):

»Mitteilungen über den Befund (...) an andere erfolgen grundsätzlich nicht, es sei denn, der Gefangene willigt ein. Der Anstalsarzt hat den Anstalsleiter (...) in anonymisierter Form über Befunde zu unterrichten.«

⁴ Vgl. W. R. Schenke, Die Bekämpfung von AIDS als verfassungsrechtliches und polizeirechtliches Problem, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Hrsg.), Die Rechtsprobleme von AIDS, Baden-Baden 1988, S. 103–152, S. 517–520; W. Eberbach, AIDS im Strafvollzug, a. a. O., S. 249–270, S. 523/524; M. Bruns, AIDS, Alltag und Recht, in: MDR 5/1987, S. 353–358.

⁵ Lediglich in Bremen wird erwogen, diese Maßnahme aufzuheben (Brief des Senators für Justiz vom 2. 10. 1987).

zur Offenbarung der Infektion zugelassen. In einigen Bundesländern wird auch eine Außenarbeit nur zugelassen, wenn dem Arbeitgeber die Infektion mitgeteilt wird (so in NRW), oder es werden Infizierte erst gar nicht in Außenarbeitsverhältnisse vermittelt.⁶

Die psychosoziale Betreuung der Betroffenen ist nicht ausreichend gewährleistet, sondern nur im Rahmen der anstaltsinternen Strukturen, denen die Betroffenen zumeist skeptisch und mißtrauisch gegenüberstehen. Oft sind lediglich die Anstaltspfarrer (die der Schweigepflicht unterliegen) und Betreuer von außen aus AIDS-Hilfen, Drogenberatungsstellen oder aus der Straffälligenhilfe vertrauenswürdige Ansprechpartner, die von den Betroffenen akzeptiert werden.

Die instrumentellen Voraussetzungen, um eine HIV-Infektion innerhalb des Strafvollzugs zu verhindern – nämlich Vergabe von Kondomen und sterilen Spritzbestecken – sind kaum gewährleistet. Während die Kondom-Vergabe zumindest in einigen Bundesländern (etwa Berlin, Bremen oder Hessen) noch einigermaßen gewährleistet wird, so wird die Vergabe von Spritzbestecken in allen Bundesländern generell verweigert, obwohl bekannt ist, daß der Strafvollzug weder ein sexual- noch ein drogenfreier Raum ist. Eine Untersuchung in Berliner Haftanstalten hat z. B. ergeben, daß ca. 30% der inhaftierten Drogenabhängigen auch im Gefängnis weiterfixt. Unter den Bedingungen des Strafvollzugs geschieht dies in der Regel durch die gemeinsame Applikation mit der sog. »Stationspumpe«, wodurch das Infektions- und Reinfektionsrisiko innerhalb des Strafvollzuges erheblich potenziert wird.

Daß die psychosoziale Situation der Inhaftierung möglicherweise den Ausbruch manifester Krankheitsstadien fördert und beschleunigt, wird in den Justizverwaltungen nicht zur Kenntnis genommen; stattdessen wird zumeist behauptet, sowohl die psychosoziale Versorgung als auch die medizinische Betreuung seien innerhalb des Strafvollzuges ausreichend gewährleistet.⁷ Es gibt in einigen Bundesländern bereits Pläne zur Konzentrierung von HIV-Infizierten in bestimmten Strafanstalten bzw. Haftkrankenhäusern. Innerhalb dieser Logik der totalen Isolation werden dann Beurlaubungen oder Ausführungen zu externen Ärzten restriktiv gehandhabt. Eine mögliche Haftverschonung (Aussetzung der Strafe zur Bewährung, Aussetzung des Strafrestes, Straferlaß gem. §§ 56, 56g, 57 StGB oder § 455 II, III StPO – Aufschub wegen Krankheit) wird oft so lange herausgezögert, bis akute Krankheitssymptome auftreten, die eine nur noch kurze Lebensdauer erwarten lassen.⁸ Es sind Fälle bekannt geworden, in denen Betroffene dann ohne jede Unterstützung aus der Haft entlassen wurden, um sie regelrecht »loszuwerden«.

Die Situation nach einer Haftentlassung ist für die betroffenen HIV-Infizierten oder schon manifest Erkrankten oftmals völlig unsicher. Weder die Vollzugsanstalten

⁶ In NRW wird im neuen Erlass vom 13. 1. 1988 eine Beschäftigung eines HIV-infizierten Gefangenen von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig gemacht, was vom praktischen Ergebnis her die gleiche Wirkung haben dürfte, nämlich Ausschluß von HIV-Infizierten von Außenarbeiten.

⁷ Vgl. dazu M. Bruns, a. a. O., S. 354: »Das positive Testergebnis löst häufig schwere hypochondrische oder depressive Verstimmungen aus, die sich bis zur Suicidgefahr steigern können. Es besteht aber Eingigkeit darüber, daß solche Beeinträchtigungen des Lebenswillens die Immunabwehr des Körpers schwächen können.«

⁸ Ein besonders krasser Fall ist hier das Verhalten eines leitenden Oberstaatsanwalts, der einen Bewährungswiderruf wie folgt begründet:

»Ich bin der Auffassung, daß die Verurteilte ihre Strafe nunmehr jedenfalls solange zu verbüßen haben wird, wie sie noch nicht dauernd bettlägerig ist und einer vorherigen erneuten Entlassung wegen Vollzugsuntauglichkeit § 455 Abs. 4 Satz 2 StPO entgegensteht. Die erneute Prüfung der Vollzugstauglichkeit ist daher erheblich. Ich vermag dies, selbst wenn ... überraschend in der Haft versterben sollte, nicht als unmenschlich anzusehen: Nach der eindeutigen – meines Erachtens richtigen – Entscheidung des Gesetzgebers hat hier die öffentliche Sicherheit Vorrang vor humanitären Erwägungen.« (Das Original liegt dem Autor vor.)

noch die Bewährungshilfen sind genügend auf eine solche Situation vorbereitet und statt die psychosoziale Versorgung nach der Haft sicherzustellen oder zumindest sich darum zu bemühen, wird wiederum nur der sicherheitspolitische Aspekt in den Vordergrund gerückt. So wird auf das Weisungsrecht (gem. § 56c StGB bei Bewährung oder Führungsaufsicht gem. § 68 StGB bei abgesessener Strafe) hingewiesen, um beim HIV-Infizierten »auf eine gewisse ›Nachsorge‹ einzuwirken«.⁹

In Baden-Württemberg wird im übrigen eine Meldung an das Gesundheitsamt (gem. §§ 34 bzw. 138 StGB) bei »Uneinsichtigkeit« erwogen.

Auch hier wird der Betroffene nicht als potentiell oder schon manifest Erkrankter gesehen, sondern als Ansteckungsrisiko, als »Transmittend eines Virusübertragungs- und Tötungsrisikos«.¹⁰

All diese Praktiken gibt es nicht durchgängig in jeder Justizvollzugsanstalt und in jedem Bundesland. Es gibt sowohl länderspezifische Unterschiede¹¹, als auch recht große Unterschiede in der Handhabung von HIV-Infektionen und AIDS im Strafvollzug in den jeweiligen Haftanstalten. Allen gemeinsam ist jedoch die absolute Priorität der Ordnungs- und Sicherheitsphilosophie und die Einschränkung von weiteren Grundrechten, als dies durch die Inhaftierung ohnehin schon geschieht.

Mittlerweile werden einige hundert HIV-Infizierte in Haftanstalten von regionalen AIDS-Hilfen und deren ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern betreut. Die AIDS-Hilfen haben weitgehend Zugangsmöglichkeiten zu den Justizvollzugsanstalten, wenn auch in einigen JVA's dieser Zugang noch nicht gewährleistet ist oder erschwert wird (z. B. durch die Beaufsichtigung eines Besuchs von Betroffenen).

Die ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter der AIDS-Hilfen berichten aber vielfach von den strukturellen Schwierigkeiten, die bei einer Betreuung von zwangsweise Untergebrachten bestehen.

Das vorherrschende Klima ist vielfach sehr ungünstig dafür, die noch vorhandenen Überlebensansprüche der Betroffenen in einem angstfreien Klima unterstützen zu können. Unter den Bedingungen der Inhaftierung resignieren viele Betroffene oder verdrängen ihr »Positiv-Sein«. Die Selbsthilferessourcen könnten sich aber nur entwickeln, wenn die Justizbehörden den Lebensanspruch der betroffenen HIV-Infizierten und AIDS-Kranken akzeptieren, statt durch sicherheitspolitische Entscheidungen die Krankheitselemente noch zu verstärken. Außerdem müßte auch im Strafvollzug der Zugang zu sterilen Spritzbestecken, zumindest aber zu Desinfektionsmitteln ebenso gewährleistet sein wie der Zugang zu Kondomen. Wichtig sind auch Gesprächsmöglichkeiten über die besondere Problematik von Sexualität unter Haftbedingungen. Zudem muß neben dem Zugangsrecht für AIDS-Hilfen in den Strafvollzug auch eine generelle Schweigepflicht (gem. § 203 StGB) sowie ein Zeugnisverweigerungsrecht gem. § 56 StGB gewährleistet werden, um ein tatsächlich unbelastetes Vertrauensverhältnis zu gewährleisten.¹²

9 M. Eberbach, a. a. O., S. 267 ff., ebenso S. 524.

10 W. Bottke, Strafrechtliche Probleme von AIDS und der AIDS-Bekämpfung, in: B. Schünemann/ G. Pfeiffer (Hrsg.), a. a. O., S. 171–247, S. 522.

11 Zur Veranschaulichung für deutliche Unterschiede, auch innerhalb eines Bundeslandes: es gibt auch – positive – Beispiele für Gesinnungswandel. So wurde z. B. in Niedersachsen, nachdem in Celle ein Gefangener einen Beamten gebissen hatte, verfügt, daß HIV-Infizierte »nicht am Umschluß teilnehmen« dürfen und »nicht zu Gemeinschaftsveranstaltungen zugelassen werden, bei denen risikohaftes Verhalten, insbesondere wegen mangelnder Überwachung durch Bedienstete, möglich erscheint« (Verfügung vom 24. 2. 1986). Im – gütigen – Erlass vom 12. 3. 1987 heißt es dagegen nun: »Das Virus wird nicht übertragen, wenn bei körperlichen Auseinandersetzungen ein HIV-Infizierter kratzt, spuckt, beißt usw. In diesen Fällen genügen die üblichen Hygienemaßnahmen.«

12 All dies wird auch von der Mehrheit der Sachverständigen in der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags gefordert. Vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« vom 16. 6. 1988; Bundes[tags]-Drucksache 11/2495.