



## **Rechtsausschuss**

### **14. Sitzung (öffentlicher Teil)\***

22. Juni 2011

Düsseldorf – Haus des Landtags

12:30 Uhr bis 15:45 Uhr

Vorsitz: Dr. Robert Orth (FDP)

Protokoll: Stefan Ernst, Heike Niemeyer

### **Verhandlungspunkte und Ergebnisse:**

#### **Zur Tagesordnung**

**7**

Gegen den Wunsch der antragstellenden Fraktionen, den auf der Tagesordnung unter 2. vorgesehenen Punkt

NRW schützt Frauen und Mädchen vor Gewalt

Antrag

der Fraktion der SPD und

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Drucksache 15/1196

heute nicht zu behandeln, erhebt sich kein Widerspruch.

Als neuen Punkt 2 nimmt der Ausschuss in die Tagesordnung auf:

Beschluss des Rechtsausschusses nach § 6 der Verschlussachenordnung des Landtags Nordrhein-Westfalen (s. Anlage)

---

\* vertr. Teil mit TOP 8 s. vAPr 15/20

Gegen den Vorschlag des Vorsitzenden, den als TOP 8 ausgewiesenen Punkt – Stichwort: „Sicherungsverwahrte-Aufnahmegesetz Nordrhein-Westfalen“ – aufzurufen, sobald das Votum des mitberatenden Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration vorliegt, erhebt sich kein Widerspruch.

Kein Widerspruch erhebt sich auch gegen die Absicht des Vorsitzenden, den als TOP 6 auf der Einladung vorgesehenen Punkt – Stichwort: „Ghetto-Rentenverfahren“ – als TOP 8 aufzurufen, da hierzu ein vertraulicher Teil zu erwarten ist.

**1 Zwangsoouting in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten beenden und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung stärken! (s. Anlage)**

8

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache15/1324

– Zuziehung von Sachverständigen –

Der Ausschuss hört hierzu die in der folgenden Tabelle aufgeführten Sachverständigen an.

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
JVA Werl	Hermann-Josef Bausch-Hölterhoff, Anstaltsarzt	15/687	8, 49
Ärzttekammer Nordrhein/ Ärzttekammer Westfalen-Lippe	Dr. Claudia Kramer-Cannon		10, 48
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.	Bärbel Knorr	15/665 15/689	11, 47
AIDS-Hilfe NRW e. V.	Rüdiger Wächter	15/667 – Neu- druck -	12, 46
AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V.	Angelika Rhouzzal		13, 45, 53
Institut für Suchtforschung, FH Frankfurt am Main	Prof. Dr. Heino Stöver	15/726	14, 43

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
Justizvollzugsbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen	Prof. Dr. jur. Michael Walter	15/599	16, 41
JVA Werl, Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands, Landesverband NRW e. V.	Guido Schäferhoff	15/688	18, 40
ver.di NRW, Vorsitzende der ver.di-Landesfachkommission Justizvollzug NRW	Gertrud Schiewe	15/690	20, 38
JVA Werl, LAG Gehobener Sozialdienst im Justizvollzug NRW	Claudia Pastoor	15/691	22, 37
Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen	Ulrich Lepper		23, 36
	Jacob Hösl, Rechtsanwalt Köln	15/666	27, 33

## **2 Beschluss des Rechtsausschusses nach § 6 der Verschluss-sachenordnung des Landtags Nordrhein-Westfalen (s. Anlage)**

**54**

Diskussion

Der Ausschuss fasst mit den Stimmen aller Fraktionen den als Anlage beigefügten Beschluss.

## 1 **Zwangsouting in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten beenden und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung stärken!**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 15/1324

– Zuziehung von Sachverständigen –

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Ich danke den Sachverständigen, dass sie so zahlreich unserer Bitte gefolgt und persönlich erschienen sind.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Wir führen zunächst eine Statementrunde durch, in der alle Sachverständigen jeweils etwa fünf Minuten Zeit haben, um ihre Kernaussagen zusammenzufassen. Daran schließen sich Frage- und Antwortrunden an.

**Hermann-Josef Bausch-Hölterhoff (JVA Werl, Anstaltsarzt):** Um es ganz kurz zu machen, würde man sagen: Es ist so, wie es vorgetragen wird. Wir haben die Situation, dass sich HIV-Positive gegenüber den in Aussicht genommenen Umschlusspartnern erklären müssen. Das ist gar keine Frage.

Ich habe auch vorgetragen, dass das bei Hepatitis B und C sowie bei anderen infektiösen Erkrankungen nicht so ist. Ich habe allerdings auch vorgetragen, dass ich keinen Fall kenne, bei dem vor deutschen Gerichten jemand verurteilt wurde, weil er jemanden mit Hepatitis oder einer sonstigen Erkrankung angesteckt hätte. Aber das geht über meine medizinische Einschätzung hinaus; das ist meine Wahrnehmung.

Ich habe auch vorgetragen, dass vonseiten der Beamten – ich bin auch Betriebsarzt eines großen Gefängnisses – in den letzten Jahren das Instrument des Zwangsoutings nicht als anstößig empfunden wurde, sondern es schaffte einige Jahre lang subjektiv gefühlt mehr Sicherheit. Nach Umfragen, die ich bei den Bediensteten gemacht habe, stelle ich fest, dass sie nichts dagegen haben, wenn es so bleibt, aber sie können sich auch damit anfreunden, dass es nicht mehr so gemacht wird. Denn – auch das habe ich ausgeführt – mittlerweile gibt es einen sehr angstfreien, professionellen und risikobewussten Umgang mit den Gefangenen. Angesichts einer doch relativ hohen Durchseuchung mit anderen infektiösen Erkrankungen – vor allem mit Hepatitis C – wird die Information „Blutkontakt meiden“ so inflationär verwendet, dass sie im Vollzugsalltag keine besondere Information mehr darstellt.

Ich habe weiterhin ausgeführt, dass ich mich, anders als es mir nach Durchsicht der Fragen erschien, nicht an so viele Fälle in den letzten 25 Jahren erinnern kann, in denen sich HIV-Positive bei mir oder überhaupt darüber beklagt haben, dass sie sich so äußern müssen, weil – auch das habe ich dargestellt – in aller Regel diese Situation der Mitteilung offenkundig in den meisten Fällen unter Bedingungen stattfindet, die von den Betroffenen nicht als so sehr belastend empfunden werden. Mir sind jedenfalls keine Fälle bekannt geworden, in denen bei der Insassenvertretung oder sonst wo Klage geführt worden wäre.

In der Realität hat ein HIV-Positiver in gewisser Weise das „Privileg“, sofort einen Einzelhaftstraum beziehen zu können, wenn er allein sein darf bzw. kann und sagt: Ich bekomme mein Paket. Ich bekomme meine Sonderernährung. – Das ist eher Gegenstand von Unterhaltungen. Zwei Fälle in 25 Jahren waren bei mir und haben sich beschwert: Dass ich mich da mitteilen muss, ist nicht in Ordnung. – Man muss offen sagen, dass das mit einer deutlichen homosexuellen Ausrichtung einherging, die auf der Abteilung insgesamt als störend empfunden wurde. Kein suchtkranker HIV-Positiver hat darüber Klage geführt.

Weiterhin habe ich ausgeführt, dass wir in den letzten Jahren dank der Unterstützung durch die Deutsche AIDS-Hilfe reichlich Informationsmaterial zur Verfügung haben, was wir einsetzen, sodass die Information über Ansteckungsmöglichkeiten fester Bestandteil des Vollzugsalltags geworden ist. Das heißt: Beim Zugang, also bei der Aufnahme in ein Gefängnis, wird schon Informationsmaterial gereicht, jedenfalls in den Haftanstalten, die ich kenne, also in der JVA Fröndenberg, in der JVA Hamm und in der JVA Werl.

Während des ärztlichen Aufnahmeuntersuchungsgesprächs wird noch einmal auf Ansteckungsrisiken hingewiesen. Das wird den Patienten auch so zur Kenntnis gebracht, dass sie unterschreiben, dass sie das verstanden haben.

Wenn ich überlege, wie viele Patienten ich in den letzten Jahren in den Haftanstalten schon zum x-ten Mal gesehen habe, habe ich manchmal das Gefühl, dass ich die berühmten Eulen nach Athen trage – jeden Tag zweimal. An der Information kann es also nicht scheitern.

Selbst bei den Fremdsprachigen – immerhin sitzen Angehörige von über 40 Nationen bei uns ein – gelingt es, das dank der Unterstützung durch die Flugblätter der Deutschen AIDS-Hilfe in angemessener Weise beizubringen. Wir sind insgesamt gut informiert. Wir wissen, was da kommt.

Es wurde auch nach dem Risikoverhalten gefragt: Werden HIV-Patienten anders als andere Infektionsträger eingeschätzt? Ich habe in einigen Teilen meiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es dazu Untersuchungen gibt, die zumindest Anlass zur Aussage geben, dass die HIV-Positiven ungefähr sechs Monate nach Diagnosestellung wieder zum gleichen Risiko wie vorher bereit seien. Es gibt allerdings – auch das habe ich ausgeführt – keine Untersuchungen zu anderen Infektionskrankheiten, weil sie so häufig sind, dass man keine Untersuchung gemacht hat.

Genug Informationen sind vorhanden. Die Situation bei den Bediensteten ist weitestgehend entspannt. Allerdings muss man sagen, dass es immer wieder Situationen gibt – auch danach wurde explizit gefragt –, in denen im Rahmen von Auseinandersetzungen relativ schnell die Frage zu klären ist, ob es die Notwendigkeit einer post-expositionellen Prophylaxe, also einer schnellen, innerhalb von zwei Stunden einsetzenden Behandlung, gibt. Dabei ist es in gewisser Weise von Vorteil, wenn man das Ergebnis hat. Aber in vielen Fällen haben wir es nicht und müssen es innerhalb kurzer Zeit generieren. Insofern macht das keinen gravierenden Unterschied. Auch ein negativer HIV-Test, der vor einem Dreivierteljahr durchgeführt wurde, muss nicht be-

deuten, dass jemand nicht HIV-infiziert ist. Wir müssen bei Verletzungssituationen möglichst ohnehin den Infektionsstatus relativ schnell neu bestimmen.

Es hat gewisse Vorteile, das zu wissen, wenn jemand psychotisch oder aggressiv ist und in den Haftraum verbracht wird. Aber insgesamt hat sich die Situation bei den Beamten, die jahrelang mit verschiedenen Leuten umgegangen sind, dahin verändert, dass sie wissen, dass sie sich bei jedem vorsichtig benehmen und Schutzmaßnahmen ergreifen müssen.

Weiterhin wurde gefragt: Kommt es häufiger zu heftig blutenden Verletzungen? Das ist natürlich so. In Gefängnissen werden Arbeiten verrichtet, bei denen es auch zu blutenden Verletzungen kommen kann. Das ist eigentlich Alltag. Ich sehe das mindestens zwei- bis dreimal pro Woche in Werl. Dort haben wir ein großes Gefängnis mit 640 Arbeitsplätzen, sodass das nicht ausbleibt.

Es gibt auch Auseinandersetzungen zwischen Gefangenen. Es gibt auch Übergriffe von Gefangenen auf Bedienstete. Natürlich gibt es auch Situationen, in denen Bedienstete zu Auseinandersetzungen von Gefangenen gerufen werden. Sie müssen schon von Dienst wegen dorthin gehen, wenn sie das mitbekommen.

Es ist nichts Ungewöhnliches, dass Gefangene ihrem Spannmann, also ihrem Mitinhaftierten bzw. dem mit ihnen zusammen Untergebrachten, Erste Hilfe leisten, wenn er sich schneidet, es zu Selbstverletzungshandlungen oder sogar zu Suizidhandlungen kommt. Es ist gut, dass Leute dann unterstützend eingreifen. – Ich höre jetzt auf, dann das Wesentliche habe ich beigetragen. Ich antworte gern auf Fragen.

**Dr. Claudia Kramer-Cannon (Ärzttekammer Nordrhein/Ärzttekammer Westfalen-Lippe):** Zu den speziellen Fragen der Abläufe kann ich nichts sagen. Aber aus Sicht der Kammern hat sich der Kenntnisstand zu den Infektionskrankheiten zwischen 1988 und 2011 erheblich verändert. Der heutige Stand der Wissenschaft rechtfertigt nicht den damaligen Erlass.

Ich möchte meinen Vorredner folgendermaßen unterstützen: Wenn man sieht, welche Rolle der Infektionsstatus – nicht nur HIV, sondern auch die Hepatitiden – spielt, muss man sich Folgendes überlegen: Man kennt den Infektionsstatus nicht. Welche Risiken birgt das für den Alltag? Wenn Sie Pi mal Daumen rechnen, müssen Sie bei jedem zweiten Inhaftierten damit rechnen, dass er einen risikobehafteten Infektionsstatus hat. Es ist nicht die Menge von 130. Man muss fairerweise unter medizinischen Gesichtspunkten sagen, dass man es nicht nur auf HIV eingrenzen kann.

Das Ganze ist sehr durch ordnungspolitische Gesichtspunkte gefärbt. Sie spielen für mich auch mit Blick auf die Praktikabilität im Alltag eine große Rolle. Dazu kann ich als Medizinerin nichts sagen. Sie sind nicht unbedingt medizinisch begründbar.

Die Schweigepflicht wird aus unserer Sicht nicht gebrochen, weil die Schweigepflicht in diesem Zusammenhang mit diesen ordnungspolitischen Gesichtspunkten überhaupt nicht angesprochen wird. Sie bezieht sich auf bestimmte Berufsgruppen. Ich kann mir schon vorstellen, dass die bestimmten Berufsgruppen wie in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis an ihre Schweigepflicht gebunden sind. Das steht hier

nicht zur Diskussion. Hier geht es um die Kenntnis von Privatgeheimnissen bei Bürgern. Daher ist aus unserer Sicht die Schweigepflicht nicht betroffen.

**Bärbel Knorr (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.):** Ich möchte an Ihre Ausführungen anschließen, weil wir das anders bewerten. NRW ist das einzige Bundesland, das diesen Umschluss hat. Andere Bundesländer machen das nicht. Sie geben die Informationen nicht an Mitgefängene weiter. Das ist ein Unikum in Nordrhein-Westfalen.

Wir bewerten das anders als die Ärztekammern schon als Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Im begründeten Einzelfall kann die HIV-Infektion vom Anstaltsarzt dem Anstaltsleiter mitgeteilt werden. Herr Bausch-Hölterhoff hat vorhin als Beispiel einen HIV-Positiven mit Psychose angeführt, von dem man nicht weiß, wie er reagiert. Der Anstaltsleiter kann dann bewerten, wie er mit dieser Information umgeht und an welche Bedienstete er sie weitergibt.

In Nordrhein-Westfalen ist es folgendermaßen: Um diesen Umschluss überhaupt zu ermöglichen, wird die Information an alle weitergegeben. Denn sonst wüsste der einzelne Bedienstete überhaupt nicht, wer so ein Blatt ausfüllen muss. Folglich stellt sich das für uns als Bruch der ärztlichen Schweigepflicht dar, weil es flächendeckend und nicht nur im Einzelfall erfolgt.

Wir haben dazu die Datenschutzbeauftragten der Bundesländer angeschrieben. Einige Zitate, darunter ein Zitat aus NRW, aus denen hervorgeht, wie die Praxis eingeschätzt wird, liegen Ihnen in unserer schriftlichen Stellungnahme vor.

Eigentlich müsste der Anstaltsarzt im Vorfeld darüber aufklären, dass eine Offenbarungspflicht besteht.

(Hermann-Josef Bausch-Hölterhoff, JVA Werl, nickt.)

Wir fragen uns, ob das immer so gehandhabt wird, dass also ein Gefangener, bevor er seine HIV-Infektion offenlegt, darüber aufgeklärt wird, dass jedem Bediensteten mitgeteilt wird, dass er HIV-positiv ist.

Es besteht keine inhaltliche Notwendigkeit – das wurde vorhin schon gesagt –, die HIV-Infektion offenzulegen. Im Alltag bestehen keine Infektionsrisiken für die Bediensteten, für Mitgefängene usw. Wenn es zu einer Nadelstichverletzung oder Ähnlichem kommt, das als Risiko eingeschätzt wird, werden im Anschluss die gleichen Maßnahmen getroffen. Das hat Herr Bausch-Hölterhoff eben auch ausgeführt.

Wie schwer eine HIV-Infektion Gott sei Dank zu übertragen ist, macht folgendes Beispiel deutlich. Vor einigen Jahren gab es bei der Eröffnung des Hauptbahnhofs in Berlin einen Amokläufer. Er hat mehrere Personen nacheinander mit dem Messer verletzt. Unter den Opfern war ein HIV-Positiver. Es gab keine HIV-Infektionen der Mitverletzten. HIV ist nicht so einfach zu übertragen.

Für den Vollzug relevante Infektionswege sind Sex und der IV-Konsum. Dabei stellt sich die Frage, welche Schutzmaßnahmen in Nordrhein-Westfalen getroffen werden, um diese Infektionswege zu reduzieren oder auszuschließen.

Was sind die Gründe für das Festhalten an solchen Regelungen? Das sind Angst und Unsicherheit – vor allen Dingen aufseiten der Bediensteten. Das ist die Angst, dass für sie ein Risiko besteht, wenn diese Information nicht mehr weitergegeben wird. Hierzu empfehlen wir, Informationsveranstaltungen für Bedienstete anzubieten, um diese bestehenden Ängste zu reduzieren. Dafür kann man auch auf die regionalen AIDS-Hilfen zugehen.

De facto haben alle eigentlich ein und dasselbe Ziel: Alle wollen Infektionen im Strafvollzug vermeiden: der Strafvollzug selbst, externe Einrichtungen wie AIDS-Hilfen etc. Tatsächlich besteht der Unterschied in dem Weg, den man beschreitet. NRW ist eigentlich auf einem guten Weg. Eine Möglichkeit besteht darin, die Substitution für Drogengebraucher auszubauen. Seit einem guten Jahr ist NRW dabei. Das ist aber noch nicht flächendeckend erfolgt. Dabei ist einiges zu tun.

Weiterhin gibt es in Nordrhein-Westfalen als Novum einen sogenannten Kondomerlass; es gibt ihn nur in Nordrhein-Westfalen. Für mich stellt sich dabei die Frage: Wird der Kondomerlass genauso rigoros umgesetzt wie der Umschluss? Nach dem Kondomerlass muss ein anonymer und kostenloser Zugang zu Kondomen und Gleitmittel in allen Haftanstalten in Nordrhein-Westfalen möglich sein. Ist das eigentlich der Fall?

Zu guter Letzt: Die Deutsche AIDS-Hilfe führt außerhalb der Haftanstalten Testkampagnen zu HIV und Hepatitis durch. Wir machen das ganz bewusst nicht in Haftanstalten. Solange nicht sichergestellt ist, dass mit den Daten von Gefangenen sorgfältig umgegangen wird, werden wir auch zukünftig keine Testkampagnen in Haftanstalten durchführen.

**Rüdiger Wächter (AIDS-Hilfe NRW e. V.):** Ich arbeite in Haftanstalten und mache dort Präventionsveranstaltungen: einerseits für die Inhaftierten und andererseits für die Bediensteten. Bei unseren Haftanstalten sind die Bediensteten so weit aufgeklärt, dass sie die Umschlusserklärung als nicht notwendig erachten und sie eher infrage stellen. Denn aufgrund des diagnostischen Fensters und des in den Haftanstalten auf freiwilliger Basis angebotenen HIV-Tests ist nie hundertprozentig sicher, dass man immer weiß, ob jemand HIV-positiv ist oder nicht.

Wir in der Prävention versuchen, den Schwerpunkt auf Eigenverantwortung zu legen. Jeder sollte darauf achten, sich zu schützen. Durch diese Umschlusserklärung wird eine falsche Sicherheit vorgegaukelt. Die Inhaftierten wissen, dass jemand zu ihnen auf die Zelle kommt, der HIV-positiv ist. Sie meinen dann, davon ausgehen zu können, dass die anderen nicht HIV-positiv sind. Das ist kontraproduktiv zu unserer Präventionsarbeit.

Ein anderer Aspekt ist, dass es gewichtige Auswirkungen auf die Prävention hat, wenn sich die Menschen auf HIV testen lassen. Uns ist wichtig, dass die Infektionsketten unterbrochen werden. Wenn jemand HIV-Medikamente nimmt, sinkt die Viruslast. Das können Sie in unserer Stellungnahme nachlesen. Dementsprechend gilt: Selbst wenn sich jemand dann nicht schützen würde, nimmt die Übertragungswahrscheinlichkeit so extrem ab, dass eine Übertragung fast unmöglich ist. Für uns ist es



deshalb sehr wichtig, dass sich die Menschen testen und im Anschluss daran gegebenenfalls behandeln lassen. Wenn jemand Angst hat, dass er seine HIV-Infektion in Haftanstalten offenlegen muss, frage ich Sie: Wer möchte sich dann noch testen lassen?

**Angelika Rhouzzal (AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V.):** Ich arbeite als Sozialarbeiterin für die AIDS-Hilfe Düsseldorf im Strafvollzug. Ich habe dort – das ist ein Novum in Düsseldorf – eine halbe Stelle.

Ich möchte im Wesentlichen aus meiner Erfahrung berichten. Zunächst einmal möchte ich anmerken, warum wir keinen HIV-infizierten ehemaligen Gefangenen in dieser Anhörung sitzen haben. Das hätten wir gern gehabt. Doch niemand war zu finden, der sich bereit erklärt hätte, sich als ehemaliger Gefangener, als ehemaliger Junkie und als HIV-Positiver in einer solchen Runde zu outen.

Darum werde ich die Dinge aus meiner Sicht darstellen. Zunächst möchte ich anmerken, dass HIV-Positive in der Normalbevölkerung immer noch stigmatisiert werden. Zu sehen ist das ganz deutlich an der Kampagne, die zum großen Teil von der BZgA durchgeführt wird: „Mit HIV muss ich leben. Mit Kollegen, die mich diskriminieren, nicht.“ Sie spielt auf Diskriminierungen am Arbeitsplatz an. So geht es Menschen mit HIV und AIDS in der Normalbevölkerung, aber so geht es natürlich auch Menschen in Haft. In der Haft gibt es eine deutliche Hierarchie unter den Gefangenen. Die HIV-positiven Drogengebraucher sind in dieser Hierarchie gerade noch über den Sexualstraftätern, also ziemlich weit unten, angesiedelt.

Häufig wird eine Neudiagnose in der Haft gestellt. Der Gefangene wird dann zum Arzt gerufen, darüber informiert, dass er HIV-positiv ist und welche möglichen Konsequenzen das für ihn hat. Anschließend wird er, wenn er in einer Gemeinschaftszelle untergebracht worden ist, nicht wieder einfach dorthin zurückkehren können, sondern ihm wird gesagt, kurz nachdem ihm sein HIV-positives Testergebnis mitgeteilt wurde, ihm also der Boden unter den Füßen weggerissen wurde: Wenn Sie auf Ihre Zelle gehen möchten, müssen Sie erst einmal dieses Umschlussblatt unterzeichnen.

Einige HIV-Positive möchten erst einmal diesen Schock verarbeiten und zunächst nicht mit anderen darüber sprechen. Sie werden dann auf eine Einzelzelle verlegt. Meistens sind die Personen völlig durch den Wind. Häufig werden sie durch die Beamten als suizidal eingeschätzt und unter Beobachtung gestellt. Wenn derjenige erst einmal für selbst sein will, um mit dem Gedanken fertig zu werden, wird er zunächst nicht am Umschluss teilnehmen wollen, weil er dann auch wieder publik machen muss, dass er infiziert ist. Er wird dann in der Konsequenz auch nicht in die Freistunde gehen, weil er dann natürlich von seinen Mitgefangenen gefragt wird: Wieso kommst du nicht mehr? Wieso sehen wir dich denn nicht mehr? Was ist denn los mit dir?

Dazu muss man sagen, dass beispielsweise in Düsseldorf nicht einmal 50 % der Gefangenen eine Arbeit haben, sodass das in der Konsequenz für den Einzelnen bedeutet, dass er 24 Stunden beobachtete Einzelhaft verbüßt.

Dann gibt es noch die Gefangenen mit dem großen Pech, dass in der Situation, in der die HIV-Diagnose gestellt wird und derjenige wieder auf seine Zelle zurück möchte, der Mitgefangene das Umschlussblatt nicht unterschreibt und sagt: Nein, mit AIDS möchte ich nichts zu tun haben. – Das macht die Situation für den Betroffenen auch nicht besser.

Weiterhin möchte ich Folgendes zur Schweigepflicht anmerken: Ich weiß, dass im internen Netzwerk der JVA nicht nur „Blutkontakt vermeiden“ steht, sondern da steht: „Blutkontakt vermeiden A“. Das bedeutet eine codierte Kennzeichnung der Art der Infektion.

Warum hat es keine Eingaben beim Justizvollzugsbeauftragten bzw. beim vorherigen Ombudsmann gegeben? Das liegt daran, dass die Betroffenen nicht möchten, dass das noch weitere Kreise zieht. Ich erlebe die Situation für Betroffene deutlich anders, als es von ärztlicher Seite bisher geschildert wurde, nämlich als sehr belastend.

**Prof. Dr. Heino Stöver (Institut für Suchtforschung, FH Frankfurt am Main):** Vielen Dank für die Einladung. Ich möchte mich dafür entschuldigen, dass ich die Stellungnahme etwas verspätet abgeliefert habe. Zu meinem Hintergrund: Ich bin Sozialwissenschaftler und ungefähr seit 30 Jahren mit dem Thema Gesundheit und Justizvollzug beschäftigt.

Ich sage gleich vorweg: Ich war sehr erstaunt, dass es diese Umschlussregelung in Nordrhein-Westfalen noch gibt. Sie war mir wohl 1987 bekannt, ich hatte sie aber aus den Augen verloren. Ich dachte, dass sie im Zuge der Normalisierung der allgemeinen gesellschaftlichen Diskussion zu HIV, AIDS und anderen Krankheiten längst abgeschafft worden wäre. Das war aber nicht der Fall. Andere Kollegen, denen ich das im Vorfeld zur heutigen Anhörung erzählt habe, waren sehr überrascht.

Insgesamt sind mir deutschland- und europaweit keine andere Anstalt, kein anderes Bundesland und kein anderes Land bekannt, in dem es ähnliche Strukturen oder eine Veröffentlichung des HIV- oder des Infektionsstatusergebnisses gäbe. Insofern ist das eine sehr besondere Situation, mit der wir uns hier befassen.

Der Hintergrund ist, dass wir in Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern sehr erfolgreich eine gesellschaftliche Lernstrategie vereinbart haben, die dazu beigetragen hat, dass die HIV-Raten in Deutschland und in anderen Ländern relativ niedrig geblieben sind.

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Es scheint, ein Problem mit dem Mikrofon zu geben. Könnten Sie das Mikrofon Ihres Nachbarn mitbenutzen?

**Prof. Dr. Heiner Stöver (Institut für Suchtforschung, FH Frankfurt am Main):** Das ist kein Problem. – Gesellschaftlich haben wir uns in Bezug auf HIV auf eine Lernstrategie verständigt. Die Suchstrategie, die anfangs aus Bayern mit dem bayerischen HIV-/AIDS-Maßnahmekatalog entwickelt worden ist, hat eindeutig verloren, was die Wirksamkeit der Aufklärung und Versorgung mit entsprechenden Präventionsmaterialien angeht. Das ist eindeutig Fakt. Hier sehe ich aber in der Veröffentli-

chung des HIV-Status doch wieder Rückgriffe auf eine Suchstrategie, jedenfalls auf eine Veröffentlichung dieses Status.

Ich möchte die Situation von zwei Seiten beleuchten: die Situation der Bediensteten und die Situation der Gefangenen. Für die Bediensteten bzw. den allgemeinen Vollzugsdienst halte ich es für nicht notwendig, den Gesundheitsstatus von Gefangenen zu kennen. Diese Information muss man nicht haben. Ich glaube vielmehr, dass das Verhältnis im Behandlungsvollzug, den sich Deutschland auf die Fahne geschrieben hat, einseitig durch die Veröffentlichung eines Infektionsstatus belastet wird. Das hat im Behandlungsvollzug im Verhältnis zu den Gefangenen nichts zu suchen. Diese Information ist störend. Wir sollten nicht mehr Informationen als diejenigen preisgeben, die für die konkrete Arbeit absolut nötig sind.

Zweitens halte ich es für die Bediensteten für kontraproduktiv, über den HIV-Status aufgeklärt zu werden. Mein Vorredner hat schon angedeutet, dass wir die Bediensteten in falscher Sicherheit wiegen, indem wir ihnen sagen, dass ein Gefangener HIV hat – unabhängig vom diagnostischen Fenster und unabhängig von anderen, sehr viel verbreiteteren Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C, wie es Herr Bausch-Hölterhoff schon angedeutet hat.

Insofern finde ich es gefährlich, sich nur auf HIV zu fokussieren. Im Allgemeine ist die präventionspolitische Botschaft, die wir aussenden sollten, ganz einfach: Jeder, der im Vollzug leben muss und arbeitet, sollte davon ausgehen, dass sein Mitmensch, sein Mitgefangener infiziert ist. Das ist die einfachste Präventionsbotschaft überhaupt. Um diese Botschaft mit Leben zu füllen und sie an den Mann und an die Frau zu bringen, müssen entsprechende Vorkehrungen und Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden.

In Bezug auf die Gefangenen halte ich diese Umschlussregelung für absolut kontraproduktiv. Sie trägt dazu bei, dass den Menschen in Haft, die sowieso schon vulnerabel bzw. verletzlich sind, die Verurteilungswelle entgegenschwappt, dass sie „die mit AIDS“ sind. Das trägt dazu bei, dass sie in der Anstaltshierarchie weiter nach unten sacken, dass sich an ihnen all die Vorurteile von Homophobie und Ablehnung von Drogenabhängigen entladen und dass sie in Generalverdacht kommen, entweder homosexuell oder drogenabhängig zu sein. In der Haft bedeutet das, ganz unten in der Hierarchie zu sein.

Wir wissen aus anderen Studien, dass homosexuelle Gefangene ganz willkürlicher Gewalt ausgesetzt sind – zum Teil als Kompensation eines gleichgeschlechtlichen Sexualkontakts, den die Männer und Frauen in Haft ohnehin haben. Das größte Tabu in der Haft stellt gleichgeschlechtlicher Sex dar, den viele Männer zwar haben, den sie aber nicht zugeben und wie ein Tabu behandeln. Dann entlädt sich das an denen, von denen man annimmt, sie könnten homosexuell sein – von der Identität her, nicht von der Praxis.

In 30 Jahren gesellschaftlichen Umgangs mit HIV sind wir zu einer Normalisierung in Freiheit und zu einem normalisierten Umgang gekommen. Wenn wir den Auftrag der Gleichbehandlung bzw. keiner Ungleichbehandlung des Strafvollzugs näherkommen wollen, sollten wir dieses anachronistische und diskriminierende Tun, diese Sonder-

behandlung aufgeben und auch in der Haft zu einer Normalisierung und Gleichstellung beitragen.

Zum Schluss möchte ich auf Frage 17 nach der Vergabe von sterilen Spritzen und anderen Präventionsmaßnahmen eingehen, weil ich wahrscheinlich derjenige in diesem Raum bin, der sich mit dieser Frage am meisten beschäftigt hat. 1996 ist dies erstmalig als Pilotprojekt in der JVA für Frauen in Vechta und in der Männerhaftanstalt in Lingen in Niedersachsen eingeführt worden.

Bisher gibt es keinen einzigen berichteten Fall aus den zehn Ländern aus der Welt, in denen diese Projekte durchgeführt werden, dass Mitgefangene oder Bedienstete durch eine mit HIV oder HCV kontaminierte Spritze bedroht worden wären. Den einzigen berichteten Fall – das sind die Kernängste – kennen wir aus der Justizvollzugsanstalt Long Bay in Sydney. Dort hat es tatsächlich einen solchen Übergriff gegeben. Allerdings war das in der Haftanstalt der Fall, in der es keinen Spritzenumtausch gibt.

Im Übrigen haben wir die zehn Studien, die Pilotprojekte evaluiert haben, in einer Metastudie zusammengezogen. Wir können nur positive Resultate berichten. Der Spritzenumtausch ist zurückgegangen. Es kam weder zu einer Erhöhung des intravenösen Drogenkonsums noch des Drogenkonsums überhaupt. Letztlich hat das dazu beigetragen, dass der Spritzenumtausch als erstes Kontaktforum genutzt worden ist, um Gefangene in weitergehende Behandlung überführen zu können. Daher hatte der Umtausch auch die Funktion eines Kontaktmediums. Insofern plädiere ich sehr stark dafür, von dieser Präventionsmaßnahme Gebrauch zu machen, was in Deutschland nur in einem Fall, der Justizvollzugsanstalt für Frauen in Lichtenberg in Berlin, praktiziert wird. Andere Pilotprojekte wurden gecancelled.

Insofern ist das Nummer eins des vom UNODC geforderten und begünstigten Comprehensive Package, eines Maßnahmenkatalogs. Darin steht die Spritzenvergabe an erster Stelle zur HIV-Prävention. Danach kommen die Substitution und die Aufklärung. Das sollten wir beherzigen und von dieser Sonderbehandlung Abstand nehmen.

**Prof. Dr. jur. Michael Walter (Justizvollzugsbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen):** Ich möchte in Anbetracht der kurzen Zeit auf meine schriftliche Stellungnahme verweisen und zunächst sagen, dass ich es sehr erfreulich finde, dass in unserem Kreise der Grundrechtsschutz Gefangener zum Gegenstand gemacht wird. Ich halte es auch für wichtig, ältere Erlasse und Verfahrensweisen immer wieder auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen.

Zur konkreten Handhabung wurde schon ausgeführt, dass bisher beim früheren Ombudsmann nichts bekannt geworden ist. Niemand hat sich dort über diese Vorgehensweise beschwert. Ich habe mich daher darüber ausdrücklich kundig gemacht. In meiner bisherigen Tätigkeit von Januar bis Juni ist mir nichts darüber bekannt geworden.

Ich möchte deutlich machen, dass es verschiedene Wege gibt, den Justizvollzugsbeauftragten zu informieren. Es gibt die Eingabe, die anonyme Eingabe und den

Weg – auch das wurde schon angesprochen – über die Gefangenenmitverantwortung. Denn sie erörtert mitunter auch Themen bei Besuchen von Anstalten, die einzelne Gefangene aus verschiedenen Gründen nicht personifiziert ansprechen wollen, die jedoch die Gefangenen insgesamt bedrücken und betreffen. Insofern muss sich das auch darauf ausdehnen. Auf keinem dieser Kanäle ist bisher eine Beschwerde eingegangen: weder von den Gefangenen noch von den Bediensteten.

Nachdem mir das heutige Thema bekannt war, habe ich es bei Besuchen angesprochen. Vonseiten der Personalvertretungen wurde mir eindeutig gesagt, dass man an der bisherigen Praxis aus verschiedenen Gründen der rechtlichen Sicherheit festhalten möchte. So ist der Stand, soweit ich ihn beurteilen kann.

Sonst beschwerten sich Gefangene durchaus über Diskriminierungen subtiler und weniger subtiler Art, etwa bei Besuchen, wenn sie so angeordnet werden, dass man an der Art, wie sie im Besuchsraum sitzen, gleich etwas erkennen kann. So etwas wird sehr klar angesprochen. Ich finde es gut so. Denn es ist gerade die Funktion des Justizvollzugsbeauftragten, da ein offenes Ohr zu haben. In dieser Hinsicht ist zum heutigen Thema bisher nichts geäußert worden.

Der zweite Punkt, der in der Diskussion in den Mittelpunkt rückte, weil die AIDS-Hilfe hierbei sehr stark eingeschaltet ist, war HIV. Ich habe mir die Bögen geholt, bei denen unterschrieben wird. Ich habe mich in der Anstalt Köln-Ossendorf kundig gemacht, wie es mit den Bögen dort läuft. Dort ist es so, dass er keineswegs nur für HIV ist, sondern für alle Infektionen. Das steht auch so in dem Bogen.

(Zustimmung von Gertrud Schiewe, ver.di –  
Heiterkeit von Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e. V.)

– Jetzt geht schon das Lachen los. – Man muss tatsächlich klären, inwieweit das in der Praxis anders verwendet wird. Das wissen wir aber nicht. Ich wäre nach meinen bisherigen Erfahrungen sehr vorsichtig, aus der Praxis in Anstalt A auf die Praxis in Anstalt B zu schließen. Es gibt ganz unterschiedliche Verhaltensweisen. Das sollten wir im Auge behalten. Insofern sind wir alle ein bisschen unwissend. Jeder hat seinen persönlichen Hintergrund. Aber wie das im Allgemeinen läuft, können wir schlechterdings nicht sagen.

Bei den Einwilligungserklärungen sollte natürlich auch der Infektionsstatus bei Hepatitis C usw. betroffen sein. Das ergibt sich deutlich, wenn man diese Papiere liest.

Mir ist unklar – das wurde schon angesprochen –, wie die Mehrheitsverhältnisse sind. Man sagt: Die meisten sind inzwischen irgendwie infiziert. Dann drehen sich Regel und Ausnahme um. Wenn das so wäre, müsste man auch darüber nachdenken.

Ich muss gestehen, dass mir dieser Aspekt bisher noch nicht untergekommen ist. Man lernt immer dazu. Ich habe aber auch Zweifel, ob das wirklich stimmt. Denn wir haben ganz unterschiedliche Anstalten.

Mir kam bisher in der Diskussion der Punkt zu kurz, dass man ganz klar bedenken muss, dass der Umschluss und die Unterbringung in einzelnen Zellen natürlich im Gesamtrahmen der Haft geschehen. Das ist ein gesellschaftlicher Raum eigener Art,

der natürlich verschiedene Fürsorgepflichten hervorruft, ob der Staat es will oder nicht. Das muss man bedenken.

Man kann nicht sagen, dass es, wenn sich Gefangene im Umschluss befinden, so ähnlich ist, wie wenn der eine Freund den anderen Freund besucht. Das hat zwar Komponenten dieser Art, ist aber eigen. Es gibt eine gewisse Enge in den Zellen. Es gibt auch die Gefahr von Übergriffen. Es gibt Gruppenzwänge. Sonst im Leben ist man freier gestellt. Man kann zum Beispiel jemanden höflich zur Tür hinauskomplimentieren. Wenn man jedoch als Gefangener mit mehreren auf einer Zelle und nicht der „Oberhirsch“ ist, kann man das nicht ohne Weiteres. Man ist in verschiedener Hinsicht dort in einer anderen Situation.

Hierbei muss man abwägen. Das ist die rechtliche Grundaussage, die in diesem FDP-Papier richtig genannt wird. Man muss sehen: Wie ist die Gefahrenlage für die einen und für die anderen? Wenn eine Gefährdung für die einen besteht, ist ein Einverständnis erforderlich. Der Staat würde seine Fürsorgepflicht verletzen, wenn er das nicht täte. Er hat auch eine Fürsorgepflicht gegenüber den Bediensteten, die notfalls auch eingefordert und eingeklagt werden kann. Dann wird gefragt: Was wurde getan, um das zu vermeiden? Hierbei muss ein klarer Kurs gefahren werden.

Wenn man mit dem AVD, dem allgemeinen Vollzugsdienst, zu tun hat, bemerkt man Folgendes – das wurde mir im Laufe der letzten Monate deutlich –: Die Mitarbeiter wollen ganz klare Richtlinien und Anweisungen. Diese Papiere sind bisher in ihrer Art, wenn man sie ohne die Praxis betrachtet, die offenbar verschieden ist, klar. Insofern meine ich, dass man erst einmal diese Praxis prüfen muss. Wenn es stimmt, was hier vorgetragen wurde, sage ich: Es geht nicht an, dass alle möglichen anderen Leute auch noch informiert werden, die eigentlich damit direkt nichts zu tun haben. Aber mir scheint das noch klärungsbedürftig. Es gibt keine Regel im Vollzug, die nicht missbraucht oder anders verwendet wird, sodass man auch da den Sachverhalt aufklären und prüfen müsste, wie sich die Lage darstellt.

Auf alle Fälle – da sind wir uns einig – ist jede Form der Diskriminierung zu vermeiden, sofern sie vermeidbar ist. Aber ich möchte zu bedenken geben, dass wir hierbei die staatliche Fürsorgepflicht haben und dass sie in einer praktizierbaren Weise durchgesetzt werden muss. Das darf man nicht einfach irgendwie durch allgemeine Überlegungen beiseiteschieben, sondern das muss man im Auge behalten.

Deswegen ist es noch zu früh, um von der bisherigen Praxis abzuweichen. Nötig ist eine noch bessere Aufhellung des Sachverhalts. Bis dahin sollte man es erst einmal so lassen.

**Guido Schäferhoff (JVA Werl, Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands, Landesverband NRW e. V.):** Ich sage gleich zu Anfang: Für mich war und ist dieser Erlass nicht mehr zeitgemäß, weil er zu sehr auf HIV bzw. AIDS fokussiert. Das haben wir eben schon mehrfach gehört. Wir haben weniger HIV-Positive als Hepatitis-B-und-C-Fälle. Insofern müsste dieser Erlass anders gestaltet werden.

Ich bin aber nicht der Auffassung, dass er ganz vom Tisch genommen werden sollte. Denn wir haben gerade von Herrn Prof. Dr. Walter gehört, dass sich viele Kollegin-

nen und Kollegen sicherer fühlen, wenn Sie wissen, wen sie vor sich haben. Der Staat hat eine Garantenpflicht – das habe ich auch in meiner Stellungnahme geschrieben –: sowohl den gesunden Inhaftierten als auch den Kolleginnen und Kollegen im allgemeinen Vollzugsdienst und in den anderen Diensten einer Anstalt gegenüber. Insofern sollte über den Erlass sachlich diskutiert werden. Er sollte aber nicht dazu führen, dass überhaupt keine Informationen mehr an die Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden.

Wir haben eben gehört – auch das habe ich geschrieben –, dass es nicht darum geht zu sagen: Der Insasse ist an HIV oder Hepatitis erkrankt. – Vielmehr geht es um die Information, dass er infektiös erkrankt ist. Das hat er auch mitzuteilen – so die Aussage der Kolleginnen und Kollegen. HIV ist ein kleiner Teil, jedoch fokussiert der Erlass nur darauf. In Werl gibt es derzeit 14 bis 15 HIV-Infizierte; Herr Bausch kennt die genaue Zahl. Sie bekommen Einzelzellen.

Ich war wegen der Aussagen von Frau Rhouzzal etwas verwundert. Sie erwähnte bestimmte Dinge, die ich nicht aus unserem Bereich des Vollzugs kenne. Bei uns gibt es keine Kennzeichnung, sondern lediglich die Aufschrift auf den Akten „Blutkontakt vermeiden“. Herr Bausch hat es eben richtigerweise gesagt: Die Kolleginnen und Kollegen sind so routiniert, dass sie selbstverständlich niemanden, der blutet, anfassen, ohne Gummihandschuhe zu tragen. Aber besondere Vermerke dazu oder besondere Weitergaben von Informationen, die dazu führen, dass man genau weiß, wer Hepatitis, wer HIV oder wer andere infektiöse Krankheiten hat, sind mir nicht bekannt. Diese Aussage und einige weitere haben mich irritiert. Aber das mag in anderen Anstalten durchaus der Fall sein; ich kenne das so auch von den umliegenden Anstalten nicht. Denn es gibt einige Anstalten in unmittelbarer Nähe.

Die Kolleginnen und Kollegen fühlen sich subjektiv sicherer, wenn die Erkrankung bekannt ist. Sie wünschen auch weiterhin, darüber informiert zu werden, dass ein Infektionsstatus vorliegt. Wenn die Informationslage wie bisher bleibt, sollten auf jeden Fall die anderen Infektionen mit aufgegriffen werden, insbesondere Hepatitis, weil das vorrangig zu berücksichtigen ist. Die Gesunderhaltung – ich habe eben von der Garantenpflicht gesprochen – müsste so weit gehen, dass wir gesunde Insassen nicht mit Hepatitis anstecken. Das kommt leider auch vor. Wir haben von AIDS gehört, aber die Hepatitis-Neuerkrankten, die sich im Vollzug anstecken, sind wesentlich gravierender. Aber dazu kann der ärztliche Dienst sicherlich mehr als ich ausführen.

Wir haben eben schon Ausführungen zu den Spritzen gehört. Herr Prof. Stöver hat davon gesprochen. Auch dazu habe ich mich in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgelassen. Ich bin vehement gegen eine Ausgabe von Spritzen im Vollzug. Mir kann niemand die Gefahr ausreden, dass Kolleginnen und Kollegen, die Haftraumkontrollen machen, in diese Spritzen fassen. Wir kennen das von Tätowiernadeln usw. Herr Bausch hat das in seinem Statement dargelegt. Das kann dazu führen, dass Bedienstete erkranken.

Zweitens. Das sogenannte Needlesharing wird es auch weiterhin geben. Wir kennen das aus dem Vollzug. Wir haben es nicht mit normalen Bürgern zu tun. Das ist nicht der nette Nachbar von nebenan. Wir müssen immer sehen – auch das ist deutlich

geworden –, welche Klientel wir vor uns haben. Es gibt sicherlich Unterschiede beim Strafvollzug: Der eine ist in U-Haft, der andere verbüßt eine Kurzstrafe. Aber insbesondere bei Langstrafen werden die Nadeln, die diese Herrschaften benutzen, zum großen Teil weitergegeben. Machen wir uns nichts vor; wir sehen es jetzt auch: Auch wenn sie offiziell ausgegeben werden, wird sich ein Insasse nicht outen wollen, wenn er es nicht will, und zum Arzt gehen, um sich Nadeln zu holen. Selbst wenn es noch so legal ist: Der Straftatbestand, sich BTM zu besorgen und in die Vene zu spritzen, bleibt doch. Also wird eine Spritze nicht offen auf dem Tisch liegen, sondern sie wird versteckt. Das stellt für mich eine potenzielle Gefahr für die Kolleginnen und Kollegen dar, die die Haftraumkontrollen machen.

Mich hat darüber hinaus irritiert, dass beim Fragenkatalog sehr darauf abgestellt wird, dass nur der Umschluss das soziale Leben in den Anstalten bilde. Das sollte in diesem Rahmen diskutiert und angesprochen werden. Das ist ohne Frage ein großer Teil des sozialen Lebens, aber es ist nicht das soziale Leben in einer Anstalt. Wir haben neben den Umschlüssen sehr viele Sportgelegenheiten. Neben der Arbeit, die in großen Bereichen des Strafvollzugs verpflichtend ist, haben wir Freizeitangebote, soziale Gruppen, den Besuch, die weiterhin bestehenden Außenkontakte. Das ist das soziale Leben insgesamt. Wir haben den Freigang, die sogenannte Freistunde, wie sie im Vollzug genannt wird. Natürlich gehört auch der Umschluss dazu, aber er ist nur ein Bestandteil des sozialen Lebens in einer Haftanstalt.

Frau Knorr hat eben gesagt, die Informationen hinsichtlich des Infektionsstatus würden an alle Bediensteten weitergegeben. Nach meiner Kenntnis und der Erlasslage gibt der Anstaltsleiter diese Informationen eben nicht an alle Bediensteten weiter, sondern nur an diejenigen, die mit den Insassen betraut sind, also dem engeren Kreis. Das kann niemand sein, der in der Besuchs- oder Sportabteilung mit den Insassen zu tun, sondern das betrifft nur diejenigen auf den Abteilungen, in den Betreuungsdiensten und allen Diensten, die für die Insassen zuständig sind. So kenne ich es. Es wäre verwunderlich, wenn der Infektionsstatus mit HIV oder Ähnlichem weitergegeben würde. Es kann durchaus sein, dass das in verschiedenen Anstalten unterschiedlich gehandhabt wird; das weiß ich nicht. Vielleicht liegt das ein Stück weit an den Anstaltsleitern.

Dass auf der Akte „Blutkontakt vermeiden“ steht, ist für mich eine Selbstverständlichkeit. Ich halte das nicht für besonders bedenklich; das haben wir eben von Frau Kramer-Cannon gehört. Das sollte so bleiben; das halte ich weiterhin für wichtig. Aber die Akte ist auch nicht frei zugänglich. Frau Knorr, ich darf Sie beruhigen. Die Akten kann auch nicht jeder innerhalb des Vollzugs anfordern, also hat nicht jeder Zugriff auf die Gefangenenpersonalakten. Daher weiß nicht jeder Bedienstete, wer genau infektiös erkrankt ist.

Das waren meine mündlichen Ausführungen. Ich weise darauf hin, dass ich einige Fragen in meiner schriftlichen Stellungnahme beantwortet habe.

**Gertrud Schiewe (ver.di NRW, Vorsitzende der ver.di-Landesfachkommission Justizvollzug NRW):** Ich bin seit 31 Jahren im Erwachsenen-Männerstrafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen beschäftigt. Ich habe eben auch innegehalten, als die



Information vorgetragen wurde, dass eine besondere Kennzeichnung „Blutkontakt vermeiden“ auch noch mit Buchstaben ausgewiesen sei. Ich kann dem wenig Glauben schenken, weil ich als Beschäftigte einer Justizvollzugsanstalt in meiner alltäglichen Berufspraxis zu den internen dienstlichen Daten – das betone ich sehr deutlich – selbstverständlich Zugriff habe.

Vor mir liegt aus meinem Mutterhaus der Antrag, über dem ganz klar steht: Gemeinschaftsunterbringung oder Umschluss mit infizierten Inhaftierten. – Das betrifft aber den Umschluss und auch den Langzeitbesuch. Darin wird nicht nach den einzelnen Infektionen spezifiziert, sondern es geht ganz allgemein um Infektionen. Daher kann ich aus der lebendigen Praxis nicht ganz nachvollziehen, warum den an HIV erkrankten Infizierten ein größeres Augenmerk als den infizierten Inhaftierten allgemein geschenkt werden sollte. Ich glaube, dass das etwas zu kurz gegriffen ist.

Der Schutz des Personals und der nicht infizierten Inhaftierten ist für uns oberstes Gebot. Aus dieser rechtlichen Klemme kommen wir nicht heraus. Wir können über die Form des Schutzes streiten. Ich halte den geltenden Erlass für überholungsbedürftig. Uns liegen heute nach langer Zeit wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die in die Erlasslage einfließen sollten. Aber ich sage sehr deutlich: Wir sind dem Personal und damit allen Berufsgruppen gegenüber verpflichtet sicherzustellen, dass es Informationen gibt, auf die sie, wenn sie möchten, zurückgreifen können und sollen, um sich zu schützen. Auch meine Kolleginnen und Kollegen der besonderen Fachdienste führen Gespräche mit Inhaftierten unter vier Augen. Dabei gibt es eine sehr enge räumliche Nähe.

Ansonsten – das habe ich in meinem schriftlichen Statement sehr klar artikuliert – ist Aufklärung das Beste, indem die Informationen an den Mann und an die Frau – auch an die Inhaftierten – gebracht werden. Es gibt nichts Schlimmeres als Halbwissen, Vorurteile oder Nichtwissen und Polemik. So kommen wir nicht weiter. Als Gewerkschaft ver.di fordern wir für unsere Beschäftigten die Möglichkeit an, alle Informationsquellen in Anspruch zu nehmen. Das läuft auch. Es steht allerdings in der Verpflichtung eines jeden Behördenleiters einer Justizvollzugsanstalt, Organisationen in sein Haus einzuladen und für die Unterrichtung des Personals zu sorgen. Das nimmt auch die Angst.

An dieser Stelle muss ich etwas widersprechen, Herr Kollege. Wenn es sich allein auf die Deklaration im internen Dienstbereich beschränken würde, würde der Schutzgedanke zu kurz greifen. Das gebe ich zu bedenken.

Die Aufklärung und das Wissen, auf welchem Wege man sich tatsächlich infizieren kann, sind wichtig. Was funktioniert, wenn es zu einem tätlichen Übergriff gekommen ist? Für mich hat Priorität – darin unterscheiden wir uns etwas –, dass die Unterrichtung und Informierung den Kollegen im allgemeinen Vollzugsdienst automatisch zuteilwerden soll, denn unsere Kollegen in Uniform sind rund um die Uhr noch näher dran. Aber auch die Kolleginnen und Kollegen der besonderen Fachdienste und des Werkdienstes in den Arbeitsbetrieben sind nah an den Gefangenen dran.

Wir werden uns sehr dafür einsetzen – es gab eine größere Anzahl von Neueinstellungen –, dass den Kolleginnen und Kollegen auch an der Justizvollzugsschule

Wuppertal, die die Ausbildungsstätte ist, vermehrt Informationen vorgetragen werden. Da gibt es eine Atmosphäre des kollegialen Miteinanders. Alle Auszubildenden sitzen zusammen und können so sicherlich eher über ihre Ängste und Vorbehalte sprechen, während sie sich möglicherweise einem dienst erfahrenen Kollegen nicht so sehr aufgrund der Sorge nähern können, dass er einen für eine Pappnase hält. Das gebe ich zu bedenken. Da müssen wir nicht noch auf dieser Strecke Personal stigmatisieren.

Schutz für Personal und Inhaftierte ist erforderlich. Den Erlass kann man erneuern oder ergänzen. Es gibt Erkenntnisse, die in ihn einfließen sollten. Aber wir sollten auf eine klare und unmissverständliche Regelung, wie mein Kollege Schäferhoff eben gesagt hat, nicht verzichten, um keine Schlupflöcher ohne Not geöffnet zu lassen, aus denen Probleme entstehen können. Je klarer und unmissverständlicher die Vorgehensweisen geregelt sind, desto mehr Sicherheit für alle Beteiligten.

**Claudia Pastoor (JVA Werl, LAG Gehobener Sozialdienst im Justizvollzug NRW):** Ich schließe die Rede der Vorredner ab, die aus AIDS-Hilfe, Strafvollzug, Justizvollzugsbeauftragtem und Heino Stöver besteht. Das passt ganz gut, denn der Zufall will es, dass ich nicht nur Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft bin, sondern mit einem Teil meiner Arbeitskraft als Suchtberaterin arbeite. In dieser Funktion biete ich seit etlichen Jahren zusammen mit der AIDS-Hilfe eine Gruppe für HIV-Infizierte in der JVA Werl an.

Als ich in der letzten Woche aus dem Urlaub zurückkam, fand ich die Einladung zur heutigen Anhörung in meinem Schlüsselfach. Die Zeit war kurz. Ich wollte eine Stellungnahme schreiben. Wie es wiederum der Zufall wollte, hatte ich am gleichen Tag die einmal im Monat stattfindende HIV-Gruppe. Wir nennen sie intern in der JVA „Gruppe Wahle/Pastoor“, um von vornherein ein Stigma zu vermeiden.

Den sehr umfangreichen Fragenkatalog habe ich zum Anlass genommen, ihn auszugswise mit den Betroffenen in der HIV-Gruppe zu besprechen. Ich verweise auf meine Stellungnahme, in die ich das habe zum Teil einfließen lassen. Ich möchte an dieser Stelle einige Dinge aus meiner Sicht beschreiben, wie sie die betroffenen Infizierten erleben.

Grundsätzlich merke ich an, dass es sich um einen Erlass von 1987 handelt. Damals bestanden sehr große Ängste. Ich weiß, dass noch Mitte der 90er-Jahre die Berührungsängste der Gefangenen gegenüber HIV-Positiven sehr groß waren. Seinerzeit wollten wir einen HIV-Infizierten in die Behandlungsabteilung bringen und mussten erst einmal eine Sitzung mit den anderen Gefangenen machen, um herauszufinden, ob sie damit einverstanden sind, dass ein HIV-Positiver in die Gruppe kommt. Wir haben die AIDS-Hilfe eingeladen, damit die anderen erfahren, wie die Infektionswege sind und wie sie sich schützen können. Über diesen Weg konnten sehr viele Ängste und Vorbehalte abgebaut werden. Damals war es kein Problem; der Betroffene hat sich gut integriert.

Heute ist eine recht gute Grundinformation über die Infektionswege vorhanden – auch dank des Informationsmaterials der AIDS-Hilfe. Wir rufen zwischendurch auch Präventionsangebote ab.

In der Gruppe, mit der ich in der letzten Woche gesprochen habe, war klar, dass das sogenannte Umschlussblatt als unverhältnismäßig erlebt wird, weil der HIV-Test freiwillig ist. Von denjenigen, die ihn nicht machen wollen, ist nicht bekannt, dass sie HIV-positiv sind. Diese müssen das Blatt nicht ausfüllen. Die an Hepatitis Erkrankten müssen ihn ebenfalls in der JVA Werl nicht ausfüllen. Der Bogen ist nur für die HIV-Positiven. Ein Betroffener hat gesagt: Wenn ich nur einen einmaligen Umschluss mit einem anderen Inhaftierten mache, muss ich ihm schon sagen, dass ich erkrankt bin. – Das ist für ihn unverhältnismäßig gewesen.

Die grundsätzlichen Bedenken der Betroffenen, dass die Bediensteten von ihrer Erkrankung erfahren, wurden erstaunlicherweise gar nicht als so schwerwiegend betrachtet. Denn durch verschiedene alltägliche Abläufe ist bekannt, dass jemand HIV-positiv ist. Er hat nämlich Anspruch auf eine besondere Form der Kost; dieser Anspruch wird über den medizinischen Dienst zugewiesen. Dann hat er die Möglichkeit von Zusatzeinkäufen. Weiterhin gibt es eine gewisse Besserstellung. HIV-Positive haben die Möglichkeit, über die regionale AIDS-Hilfe einen Kühlschrank zu bekommen. Das muss über unsere Kammer, durch die die Kühlschränke verteilt werden, bekannt gegeben werden. Die betroffenen Gefangenen scheuen sich nicht, das in offenen Anträgen weiterzugeben. Sie erleben die Stigmatisierung durch Bedienstete nicht massiv. Sie sagen, dass sie ganz selten dazu einen blöden Spruch bekommen. Viele Mitgefangene wissen es von ihnen selbst. Einige haben sich geoutet, was erst einmal komisch angekommen ist. Aber nach einer Zeit wurde das ein Stück Normalität. Das finden sie nicht so schlimm. Aber dass man das jedem Gefangenen, mit dem man einen Umschluss hat, auf die Nase binden muss, empfanden sie definitiv als unverhältnismäßig.

Zur Frage der Kondomvergabe: Aus eigenen Beständen werden Kondome beschafft. Wir bekommen zusätzlich von der AIDS-Hilfe Spenden, wenn wir sie anfordern. Das ist völlig unproblematisch. Diese Zusammenarbeit finde ich gut. Sie sind an verschiedenen Stellen ausgelegt. Sie können von der Suchtberatung angefordert werden. Ehrlicher Weise muss ich sagen, dass sie nicht hundertprozentig anonym mitgenommen werden können. Denn dabei besteht die Gefahr, dass viel Unfug damit passiert. Dann müsste eine sehr große Anzahl von Kondomen ausgeteilt werden. Ich wüsste nicht, wie ich so viele beschaffen sollte.

Auch dabei sagen die Betroffenen: Das ist kein Problem, denn wir können an die Suchtberatung schreiben. Wir bekommen dann einen verschlossenen Umschlag und haben kein Problem damit. Wir können zur Redaktion gehen und bekommen sie von der Redaktion. Sie erleben diese kleine Schwelle nicht als besonders massiv. In der täglichen Arbeit ist sie kein Problem für die Gefangenen.

**Ulrich Lepper (Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen):** Ich danke für die Gelegenheit, zum heutigen Thema aus datenschutzrechtlicher Sicht Stellung zu nehmen. Bisher liegen meiner Dienststelle zu

dem hier in Rede stehenden Komplex Beschwerden nicht vor, was aber nicht bedeutet, dass hier kein Problem besteht. Uns liegen vollzugsfachliche Tatsachen nicht im Einzelnen vor. Ich will gleichwohl versuchen, aus datenschutzrechtlicher Sicht einige grundsätzliche Anmerkungen zu machen.

Vordergründig scheint es um eine Abwägung der Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit auf der einen Seite und des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung auf der anderen Seite zu gehen. Man braucht bei einer derartigen Abwägung nicht besonders zu betonen, dass das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit selbstverständlich Vorrang hat.

Die Frage ist aber, ob die beiden Grundrechte hier in dem Sinne gegeneinander abzuwägen sind, dass notwendig eines eingeschränkt werden muss, um die Ausübung des anderen zu ermöglichen, insbesondere, ob die Einschränkung des informationellen Selbstbestimmungsrechts hier zur Gewährleistung von Leben und körperlicher Gesundheit in der Anstalt geeignet und erforderlich ist. Konkret geht es um die Frage, ob die Informierung des Mitgefangenen über die Infektion des Betroffenen von Nutzen ist.

Bevor ich mich der Weitergabe der Information an Mitgefangenen zuwende, ist zunächst die Frage der Schweigepflicht zu erörtern. Die ärztliche Schweigepflicht gilt selbstverständlich auch für die Ärzte, die in der Anstalt praktizieren, egal in welchem Status sie sich befinden. Nach § 182 des Strafvollzugsgesetzes gibt es unter engen Voraussetzungen die Möglichkeit, Daten, die dem Arzt anvertraut sind, zu offenbaren, nämlich wenn das zur Abwehr von Gefahren und für den Aufgabenvollzug unerlässlich ist. Letzteres ist etwas offen gefasst, was wir als Datenschützer immer kritisch gesehen haben. Das hätten wir gerne präziser. Grundsätzlich können aber Informationen durch die Ärzte an die Anstaltsleitung weitergegeben werden.

Wenn aufgrund dieser zunächst durch den Arzt vorzunehmenden Abwägung die grundsätzliche Weitergabe als unerlässlich angesehen wird, ist zu prüfen, ob nach der Anstaltsleitung auch die Vollzugsbediensteten die genaue Diagnose kennen müssen. Denn es geht hierbei nicht nur um AIDS, sondern generell um Infektionskrankheiten.

Uns fällt auf, dass etwa auch beim Transport gewaltbereiter Gefangener oftmals der Hinweis genügt, dass Blutkontakt zu vermeiden sei. So scheint mir auch im Vollzugsalltag die Gefährdungssituation bei HIV – damit beschäftigt sich der Erlass ausschließlich – keine grundsätzlich andere zu sein als bei anderen auf ähnlichem Weg übertragbaren schwerwiegenden Krankheiten. Sowohl die zum Selbstschutz der Bediensteten als auch die zum Schutz der Mitgefangenen ergriffenen Maßnahmen werden sich bei den verschiedenen Infektionskrankheiten nach meiner Einschätzung eher nicht unterscheiden. Entsprechend fasst auch das Informationsblatt für die Gefangenen die verschiedenen Infektionskrankheiten zusammen und differenziert nur danach, ob eine Schutzimpfung möglich ist.

Vor diesem Hintergrund stellt sich mir die datenschutzrechtliche Frage, warum – wenn es um das Infektionsrisiko geht – ein Hinweis speziell auf eine HIV-Infektion erforderlich sein kann. Wenn überhaupt, müsste der allgemeine Hinweis genügen,

dass eine Person an einer gefährlichen Infektion leidet, die durch Blutkontakt und ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden kann. Das gilt für alle Krankheiten.

Fraglich ist ferner, weshalb sich der hier erörterte Erlass speziell auf HIV-Infektionen bezieht. Möglicherweise hat dies sozio-historische Ursachen. Insoweit darf ich auf die Ihnen bereits vorliegenden anderen Stellungnahmen im Rahmen dieser Anhörung verweisen. Mittlerweile sind wir weiter; das ist schon hinreichend dargelegt worden.

Im Ergebnis schließt das Strafvollzugsrecht eine Weitergabe von Patientendaten, die im Rahmen der Gesundheitsfürsorge erhoben wurden, an die Anstaltsleitung nicht aus. Es ist jedenfalls sowohl beim Arzt als auch bei der Anstaltsleitung ein strenger Maßstab einzuhalten, was das Ob und die Art und Weise der Weitergabe der Daten anbelangt. Der Anstaltsleiter muss genau prüfen, welche Bediensteten zu welchem Zweck von den ihm übermittelten Informationen erfahren müssen, wenn diese Information aus seiner Sicht notwendig erscheint. Das muss im Einzelfall sehr detailliert überprüft werden.

Im Erlass ist zwar von Abwägungen und der Beachtung des Datenschutzes die Rede. Aus meiner Sicht wäre aber zu prüfen, ob man für diese Entscheidung den Anstalten allgemeine Hinweise geben könnte, dass für bestimmte Situationen bestimmte Informationen an bestimmte Bedienstete in bestimmten Bereichen weiterzugeben sind. Das können selbstverständlich nur Standardhinweise und Handreichungen sein, die den Besonderheiten vor Ort immer noch Freiraum lassen müssen. Man kann sicherlich nicht alle notwendigen Einzelheiten zentral und abschließend regeln.

Der vorliegende Erlass will die Verwendung der Information im Hinblick auf die Teilnahme Infizierter am Umschluss vereinheitlichen. Die Teilnahme am Umschluss darf nach dem Gesetz eingeschränkt werden, wenn eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, also zum Beispiel die Gefahr der Begehung von Straftaten oder der Verletzung von Rechtsgütern anderer besteht. Für die Annahme der Gefahr müssen hinreichend konkrete Anhaltspunkte bestehen. Offenbar wird das Risiko der Übertragung auf den Mitgefangenen vonseiten der Vollzugsbehörden nicht so hoch eingeschätzt, dass ein genereller Ausschluss Infizierter vom Umschluss oder ein negatives Testergebnis als Voraussetzung für die Teilnahme gefordert wird.

Vermutlich wird dies vor dem Hintergrund gesehen, dass im alltäglichen Umgang für Infektionskrankheiten wie Hepatitis in der Regel praktisch kein Übertragungsrisiko besteht und bei Vornahme infektionsträchtiger Handlungen Selbstschutzmöglichkeiten bestehen. Daher hat die Vollzugspraxis bisher zu Recht einen Schwerpunkt auf Information der Gefangenen und Zugang zu den Selbstschutzmöglichkeiten gelegt.

Dennoch bestehen offenbar Bedenken, Infizierte ohne Weiteres am Umschluss teilhaben zu lassen, ohne dass klar zu entscheiden ist, ob diese Bedenken rechtlich die Voraussetzungen für eine Beschränkung des Umschlusses erfüllen. Liegen zusätzlich zur Infektion Anhaltspunkte für eine besondere Gewaltbereitschaft oder auch für Drogenkonsum vor, müssten nach meiner Einschätzung diese auch schon unabhän-

gig von der bestehenden Infektion zu einer zulässigen Beschränkung der Umschlussmöglichkeit führen können.

Soweit dies nicht der Fall ist, bleibt die sicherlich ernst zu nehmende Befürchtung, dass die Betroffenen trotz hinreichender Information durch die Anstalt infektions-trächtige Handlungen vornehmen, ohne sich dabei in hinreichender Weise zu schützen. Dies ist zwar prinzipiell mit der Situation außerhalb der Gefängnisse vergleichbar, jedoch ist die Prävalenz der Infektionen im Vollzug wesentlich höher. Außerdem ist zu vermuten, dass auch Strukturen zwischen den Gefangenen bestehen, die weniger Raum für selbstbestimmten Umgang mit Schutzmaßnahmen etc. lassen als außerhalb des Vollzugs.

Angesichts dessen erscheint es zwar nachvollziehbar, dass vonseiten der Anstalt ein uneingeschränkter Umschluss infizierter Befürchtungen begegnet, andererseits ist aber fraglich, inwiefern gerade die Information des Mitgefangenen über die Infektion und dessen Einverständnis in den Umschluss zu einer bedeutsamen Verringerung der Gefahr beitragen könnten. Die Information der Mitgefangenen kann allenfalls dadurch eine Infektionsgefahr für sie vermindern, dass eine Täuschung über das Vorliegen der Infektion durch den Infizierten nicht mehr möglich ist.

Fraglich ist auch, inwiefern eine solche Informationspraxis über positive Testergebnisse zu einer Scheinsicherheit führt und die Gefahr in allen anderen Fällen, in denen keine Infektion positiv festgestellt wurde, erhöht, weil sie dazu verführt, die Selbstschutzmöglichkeiten zu vernachlässigen, obwohl auch ohne positives Testergebnis eine Infektion vorliegen kann.

Eine Information des Mitgefangenen ohne Einwilligung des Infizierten kommt aber auch dann nicht in Betracht, weil ein solcher Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht unverhältnismäßig wäre, da es sich um die Preisgabe hochsensibler Daten an Personen handelt, die der Schweigepflicht nicht unterliegen und deren Umgang mit den Daten nicht mehr kontrollierbar wäre. Daher müsste vor Übermittlung geprüft werden, ob nicht die Verweigerung des Umschlusses ein milderes Mittel darstellt. Das ist aus meiner Sicht jedoch eine Entscheidung, die kaum ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse des Betroffenen getroffen werden kann.

Nach dem hier zu diskutierenden Erlass sollen sowohl die infizierten als auch die nichtinfizierten Gefangenen diese Abwägung selbst vornehmen und sich so zwischen der Preisgabe ihrer Daten und dem Ausschluss von der Umschlussmöglichkeit entscheiden müssen. Bevor jedoch überhaupt darüber nachgedacht wird, Mitgefangene mit Einwilligung des Infizierten über die Infektion zu informieren und den Umschluss von deren Einverständnis abhängig zu machen, wäre es aus datenschutzrechtlicher Sicht freundlicher, in einem ersten Schritt alle Gefangenen zu fragen, ob sie den Umschluss mit infizierten Personen generell ausschließen. In den Fällen, in denen sich Befragte gegen einen Umschluss entscheiden, wäre eine Information über einen Infektionsstatus überflüssig und damit unzulässig.

Nur in den übrigen Fällen könnte sich dann noch die Frage stellen, ob die Einwilligungslösung praktiziert werden kann, die sich allerdings auch nur auf die Information

über den Infektionsstatus beschränken müsste und nicht auch die Preisgabe der Diagnose umfassen dürfte.

Gibt es im Vollzug überhaupt noch Raum für eine Einwilligung? Fraglich ist zunächst, ob es in einem so starken Über-/Unterordnungsverhältnis und in einer so von Zwang geprägten Situation wie dem Justizvollzug überhaupt Raum für echte freiwillige Entscheidungen der Gefangenen geben kann. Das Gesetz geht offenbar von der Möglichkeit der Einwilligung in Datenverarbeitungen auch im Vollzug aus. Für eine Einwilligung bleibt im Vollzug also wenig Raum, wenn die Einwilligung nicht freiwillig ist. Die Freiwilligkeit hängt davon ab, ob sich der Betreffende völlig frei und losgelöst von Zwängen entscheiden kann.

Wenn man nicht mehr von einer Selbstbestimmung reden kann, sondern von einer Fremdbestimmung reden muss, der gemeinsame Umschluss für einen Gefangenen also derart wertvoll ist, dass er nicht mehr darüber nachdenkt, ob er seine Daten preisgibt, und dass mit diesen Daten durch Dritte beliebig umgegangen werden kann, liegt eine Zwangssituation vor, in der die Freiwilligkeit sehr kritisch zu sehen ist.

Sollte aber die Umschlussmöglichkeit für die Gefangenen nur eine Möglichkeit sozialer Kontakte unter vielen sein, kann Freiwilligkeit eher angenommen werden. Das hängt vom Angebot in einer Haftanstalt und davon ab, wie sich die Situation des einzelnen Gefangenen darstellt. Generell habe ich allerdings eher Zweifel in Bezug auf die Möglichkeit der Einwilligung im Vollzug.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Der Erlass ist in verschiedener Hinsicht überarbeitungsbedürftig. Er stellt lediglich auf HIV-Infektionen ab. Die Weitergabe von vom Arzt erhaltener Daten innerhalb der Anstalt muss weiter differenziert geregelt und spezifiziert werden. Bei Anhaltspunkten für körperliche Gewalt, die Selbstschutz ausschließt, oder bei Drogenkonsum muss unabhängig von der Frage einer Infektion geprüft werden, ob eine Gefahr vorliegt, die der Teilnahme am Umschluss entgegensteht.

Auch ohne intensiven Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht kann sich eine Anstalt Kenntnis darüber verschaffen, ob und inwieweit ein Umschluss möglich ist. Für die Freiwilligkeit im Vollzug sehe ich eher Grenzen.

**Jacob Hösl (Rechtsanwalt Köln):** Ich kann mich angesichts der Ausführungen meines Vorredners noch kürzer fassen, denn ich überlege mir gerade, wer von wem abgeschrieben hat. Meine Stellungnahme entspricht mehr oder weniger wörtlich den Ausführungen von Herrn Lepper.

(Ulrich Lepper, Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen: Ich habe nicht abgeschrieben! Ich habe gar keine Stellungnahme abgegeben!)

– Dann habe ich abgeschrieben.

(Heiterkeit)

Die wesentlichen Aspekte wurden angesprochen. Es ist nicht ganz leicht, am Ende einer Sachverständigenreihe noch Neues zu erklären. Insgesamt lege ich darauf

Wert, dass bei der Betrachtung dieser Regelung sehr streng auf die medizinischen, epidemiologischen und sachlichen Gesichtspunkte geachtet wird.

Dazu möchte ich einige Stichworte anführen. Meines Wissens wurde keine HIV-Übertragung aufgrund eines auch blutigen Gewaltdelikts in der medizinischen Literatur beschrieben. Jedenfalls gilt das für Deutschland. Darüber hinaus gibt es keine in der medizinischen Literatur beschriebene HIV-Übertragung unter den Bedingungen: sechs Monate unter der Viruslast und keine weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten. Das gilt sowohl für sämtliche Gewalt- und andere Delikte als auch für sexuelle Übertragungen. Nach der medizinischen Literatur dürfen bestimmte Berufsgruppen unter diesen Bedingungen auch in chirurgischen Bereichen arbeiten. Hierzu gibt es bereits Veröffentlichungen; weitere werden erscheinen.

Mir ist an einem zweiten Aspekt gelegen. Ich möchte hierbei auf meinen Vorredner Bezug nehmen. Die Abwägung, welches Recht überwiegt, ist aus meiner Sicht klar: Natürlich überwiegt das Recht auf körperliche Integrität und Gesundheit angesichts einer solchen Infektionserkrankung. Aber die Maßnahme ist nicht geeignet, um dieses Recht zu gewährleisten, weil die möglichen Expositionssituationen – sprich: körperliche Gewalt, wenn sie überhaupt eine Expositionssituation darstellt, aber auch sexuelle Handlungen – nicht durch die Information unterbunden werden, sondern nur durch situativ-konkrete Möglichkeiten, Expositionssituationen mit Blick auf ihr Risiko zu managen oder zu vermeiden. Das gewährleistet die Information nicht, sondern nur das Zurverfügungstellen von Kondomen und Ähnlichem.

Zur Veranschaulichung: Es gibt Untersuchungen über Partnerschaften, in denen der eine Partner HIV-infiziert ist, der andere nicht. Diese Personen wissen von ihrem Infektionsstatus und gehen trotzdem bewusst das Risiko einer HIV-Übertragung ein. Damit möchte ich verdeutlichen, dass die Information keine Entscheidung über das Risikoverhalten mit sich bringt.

Ich möchte auf einen weiteren Aspekt eingehen: Die jetzige Regelung greift aus meiner Sicht sehr viel weiter in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen ein, als man es sich vorstellt, da bekanntlich einmal geschaffenes Wissen in der Welt ist und nicht wieder gelöscht werden kann. Das heißt, dass alle Personen, die auf diesem Weg von der Infektion des Gefangenen erfahren, dieses Wissen ihr Leben lang behalten. Sofern sie nicht verschwiegenheitspflichtig sind, mögen sie zwar zivilrechtlich für Verletzungen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts haftbar zu machen sein. Jedoch erfährt eine unbestimmte Anzahl von Personen ein intimes Datum eines Gefangenen über einen langen Zeitraum und ist zudem in der Lage, auch dies weiterzugeben. Diesen Aspekt sollte man im Auge behalten.

Die Rechtsbeeinträchtigungen des HIV-positiven Gefangenen sind aus meiner Sicht ganz signifikant. Das ist nicht nur ein Datum, sondern das sind sehr weitreichende Rechtsbeeinträchtigungen oder Rechtsberührungen.

Ich möchte eine etwas provokative Kontrollüberlegung anstellen; sie ist in meinen schriftlichen Ausführungen nicht enthalten. Nehmen wir an: Der Gefangene ist HIV-infiziert und es kommt zu einer mutmaßlich für expositionsgefährlich gehaltenen Handlung, sprich: einer Schlägerei. Vorhin wurden mehrfach solche Ereignisse in ei-



ner JVA angesprochen. Was ändert die Kenntnis der Infektion am Verhalten der Bediensteten? Ich behaupte: Das dürfte keine Änderung des Verhaltens der Bediensteten nach sich ziehen. Es macht also keinen Unterschied, ob die HIV-Infektion bekannt ist oder nicht. Denn dieselben Handlungen wären von den Bediensteten auszuführen, egal ob die Infektion bekannt ist oder nicht. Das gilt übrigens für alle Infektionen.

(Gertrud Schiewe, ver.di, schüttelt den Kopf.)

Zweite Kontrollüberlegung. Es gibt selbstverständlich HIV-infizierte Bedienstete, die ihren Dienst im normalen Justizvollzugsdienst ausführen. Das wissen Sie nicht, aber es gibt sie. Das wissen Sie daher nicht, weil die HIV-positiven Bediensteten an keiner rechtlichen Stelle verpflichtet sind, ihre HIV-Infektion zu offenbaren. Weder bei der Verbeamtung in Nordrhein-Westfalen noch bei den späteren Kontrolluntersuchungen werden die HIV-Infektionen möglicher Bediensteter betrachtet.

Daher muss der Aspekt geprüft werden, ob Bedienstete, die im allgemeinen Vollzugsdienst tätig ist, ihre HIV-Infektion in den entsprechenden Situationen offenbaren müssten, damit Gefangene, die bislang nicht mit HIV infiziert sind, in eventuellen Expositionssituationen vor Infektionen geschützt werden können.

Das ist etwas provokativ. Mir ist aus folgenden Gründen an dieser Kontrollüberlegung gelegen: Einige der heutigen Beiträge haben gezeigt, dass die Handhabung dieses Themas nach wie vor – das ist für mich spannend – von einem hohen Maß Irrationalität geprägt ist.

Herr Prof. Walter, so sehr ich Sie in meiner Studienzeit geschätzt habe und Sie immer noch ehre: Sie sagen einerseits, dass natürlich Gefangene und Bedienstete geschützt werden müssen. Aber die Frage, wo das Risiko stattfindet, wird ausgeblendet. Nur das Selbstverständliche und der staatliche Auftrag werden betrachtet.

Im Ergebnis – ich mache das kurz – kann ich im Unterschied zu einigen Vorrednern keine rechtliche oder sonstige Rechtfertigung für die bisherige Handhabung erkennen. Ich kann auch nicht erkennen, dass diese um andere Infektionskrankheiten erweitert werden müsste, weil für die anderen Infektionskrankheiten dasselbe wie für HIV gilt: Die Informierung von Mitgefangenen und Personal ist nicht geeignet, die Risiken zu vermeiden.

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Ich danke allen Sachverständigen herzlich. Damit haben wir die Statementrunde abgeschlossen. Das Thema ist sehr facettenreich. Daher haben wir Sie eingeladen, um es aus verschiedenen Blickwinkeln zu erörtern. Wir sammeln nun Fragen der Abgeordneten. Sollten die Sachverständigen etwas zu den Ausführungen ihrer Kollegen sagen wollen, können wir dies gern in die Antwortrunde einbauen.

**Anna Conrads (LINKE):** Ich möchte mich für meine Fraktion herzlich bei allen Sachverständigen für die umfangreichen Stellungnahmen und für die Darstellung der verschiedenen Problemaufrisse bedanken. In vielen Positionen sehe ich eine Übereinstimmung, dass der Erlass als nicht geeignet angesehen wird.

Ich möchte einige Nachfragen stellen. Zum einen möchte ich von Herrn Stöver wissen, warum Sie die Spritzenvergabe für so elementar und die Risiken für so gering halten. Denn Herr Bausch hat in seiner Stellungnahme ausgeführt, dass intravenöser Drogenkonsum inzwischen eine untergeordnete Rolle spielt, während andere Drogen stärker konsumiert werden. Können Sie aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern sagen, ob das positive Effekte haben kann und ob es Risiken gibt oder nicht?

Frau Knorr, ich frage mich, warum das so unterschiedlich dargestellt wird. Frau Rhouzzal hat ausgeführt, dass es in Haftanstalten eine krankheitsspezifische Kennung gibt. Frau Schiewe sagt, ihr sei das nicht bekannt. Frau Knorr, können Sie von der Bundesebene sagen, ob das tatsächlich in JVAen unterschiedlich gehandhabt wird? Wie sinnvoll ist die Charakterisierung „Blutkontakt vermeiden“ zur Vorbeugung? Ist es sinnvoll, sie weiterhin aufrechtzuerhalten, oder sollte man nur noch in Prävention gehen?

Frau Pastoor frage ich wegen der Kondome. Wir hatten eine Kleine Anfrage zum Kondomerlass gestellt und ziemlich dürftige Auskünfte von der Landesregierung bekommen. Wenn im Erlass steht, dass anonymer Zugang zu gewährt ist, so muss er – so jedenfalls die Position unserer Fraktion – gewährleistet sein, auch wenn ab und zu Schindluder damit getrieben wird. Vielmehr stellt sich die Frage, warum die AIDS-Hilfe, die auf Spenden angewiesen ist, den JVAen Kondome stellen, obwohl es einen Haushaltsposten dafür gibt.

(Widerspruch von Gertrud Schiewe, ver.di)

– Gerade wurde gesagt, dass sie teilweise von der AIDS-Hilfe geliefert würden.

Wir haben den Antrag gestellt, diesen Haushaltsposten auch mit Blick auf Einweghandschuhe und andere Präventionsmittel zu erhöhen. Das wurde von der Landesregierung abgelehnt. Dazu würde ich gern die Einschätzung von Frau Pastoor hören.

Frau Pastoor, Sie haben gesagt, es gäbe Leute, die sich outen und damit kein Problem haben, weil es vonseiten der Bediensteten – das hat Frau Schiewe ausgeführt – sehr wenige Stigmatisierungen gebe. Ich bitte Frau Rhouzzal, aus ihrem Kontext etwas dazu zu sagen. Die Stigmatisierung besteht, wenn ich das richtig verstanden habe, vor allen Dingen zwischen den Gefangenen. Das Problem liegt eher darin, sich gegenüber den anderen Gefangenen als gegenüber den Bediensteten zu outen. Das soll nicht heißen, dass es deswegen, wie Herr Lepper und Herr Hösl ausführten, verhältnismäßig oder geeignet sei. Aber wo ist das größte Problem mit diesem Erlass für den Gefangenen selbst?

Herr Hösl, Sie hatten die rechtliche Situation in Ihrer Stellungnahme kurz angerissen. Könnten Sie dazu noch einige Ausführungen machen? Wie sieht es aus vor Gericht: Haftet das Land? Haftet es nicht? Wie ist der Auftrag auszulegen, die Bediensteten und die Gefangenen zu schützen? Sie haben eine provokante These aufgestellt. Wollen Sie, dass der Erlass abgeschafft und auf Prävention gesetzt wird – das habe ich auch den Ausführungen der AIDS-Hilfe entnommen – oder dass er so überarbeitet wird, dass eine HIV-Infektion von Bediensteten offengelegt wird?

**Sven Wolf (SPD):** Auch ich möchte mich im Namen der SPD-Fraktion bei Ihnen herzlich bedanken, dass Sie sehr ausführliche Stellungnahmen zu diesem sehr sensiblen Thema abgegeben haben. Ihre Stellungnahmen zeigen, dass drei Bereiche ganz wichtig sind: der medizinische, der rechtliche und der Sicherheitsaspekt.

Ich wende mich zunächst einmal an die Mediziner und erbitte von ihnen ein bisschen Nachhilfe. Zum Teil wurde ausgeführt, dass mit einer wirksamen Therapie das Ansteckungsrisiko sinke. Soweit mir bekannt ist, gibt es Studien des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit, die in diese Richtung gehen. Dazu gibt es nach einem Bericht, den ich im „SPIEGEL“ gefunden habe, eine aktuelle Studie aus den USA, wo seit 2005 zerodifferente Paare untersucht worden sind. Dabei hat man festgestellt, dass das Ansteckungsrisiko um bis zu 97 % sinkt. Bitte sagen Sie etwas aus medizinischer Sicht dazu.

Dazu habe ich die rechtlich-korrespondierende Frage an Herrn Hösl. Wenn das so ist, welche Auswirkungen hätte das in straf- und zivilrechtlicher Hinsicht? Wir erinnern uns wahrscheinlich alle daran, dass es noch im letzten Jahr die Diskussion um den Fall einer infizierten Sängerin gegeben hat, die zu einer Bewährungsstrafe verurteilt worden ist. Könnten Sie dazu etwas sagen?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Bausch: Wenn Sie als Anstaltsarzt feststellen, dass ein Gefangener eine opportunistische Erkrankung hat und Sie daraus schlussfolgern, dass eine Infizierung vorliegt, wie gehen Sie dann vor? Der Kranke muss immer noch einwilligen, dass Sie diese Untersuchung machen. Wie verhalten Sie sich dann?

Daran anschließend bitte ich die AIDS-Hilfe zu erklären, wie die Zusammenarbeit erfolgt, um die schwierige Erstdiagnose zu bearbeiten. Auch dazu gibt es, wie ich gelesen habe, ganz unterschiedliche Handhabungen. In der Schweiz werden Spezialkurse angeboten. Das wird man wahrscheinlich in der Haft nicht machen. Wie lange dauert der Prozess, bis der Gefangene, der die Erstdiagnose in der Haft erfährt, dies verarbeitet hat?

Ich kann mir eine weitere medizinische Frage nicht erklären: Wie funktioniert das mit der postexpositionellen Prophylaxe? Sie wurde in den Fällen angesprochen, in denen es tatsächlich zu Blutkontakt kommt. Wie gehen Sie in einer Situation, die ein Risiko für Beschäftigte oder Mitgefangene dargestellt hat und in der man sich über den Infektionsstatus nicht sicher ist – Sie sprachen von einem diagnostischen Fenster –, mit dieser PEP um?

**Dagmar Hanses (GRÜNE):** Auch von der grünen Fraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen, Ihr Kommen und Ihre fundierten Berichte. Wir sind jetzt an einem Punkt, von dem aus wir die Situation neu betrachten können. Ich habe noch einige Fragen.

Herr Bausch-Hölterhoff, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme von strategischen günstigen Stellen für Kondome; das wurde eben von Ihrer Kollegin Pastoor angedeutet. Was heißt das? Das kann ich mir nicht vorstellen. Könnten Sie erklären, wie das in der Praxis funktioniert?

Frau Knorr, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme unter „Geeignete Präventionsmaßnahmen“ auch von der Möglichkeit des professionellen Tätowierens in anderen Bundesländern. Könnten Sie kurz darauf eingehen?

Dann habe ich eine Frage zu anderen Berufsgruppen an Herrn Stöver, Herrn Lepper und Herrn Hösl. Sie haben den Blick dafür, wie andere Berufsgruppen mit HIV umgegangen sind. Könnten Sie Referenzen aus der Pflege, der Forensik, der Betreuung im weitesten Sinne usw. nennen? Wie haben andere Berufsgruppen in den letzten 20 bis 30 Jahren gelernt, mit dieser Krankheit und mit Infektionswegen umzugehen?

Für mich stellt sich weiterhin die Frage nach den Standards in NRW bzw. nach dem differenzierten Umgang. Ich freue mich sehr, dass wir so viel Kompetenz in Werl haben. Das schätze ich sehr. Aber ich glaube, dass das nicht überall der Standard ist. Herr Wächter und Herr Wiessner haben vielleicht auch einen Überblick für NRW, welche unterschiedlichen Handhabungen es gibt. Könnten Sie dazu noch etwas sagen?

Ich habe eine Frage nach der Finanzierung von Verhütungsmitteln an alle Sachverständigen; das wurde schon von Frau Conrads angesprochen. Ich weiß, dass die Kollegin Hildegard Wahle von der AIDS-Hilfe Soest alles tut, um Kondome in jedes Jugendzentrum zu bringen. Das schätzen wir sehr. Aber das kann keine Lösung für unsere JVA's auf Dauer sein.

Ich frage weiterhin alle: Wie sind die Möglichkeiten beim anonymen HIV-Test?

**Dr. Robert Orth (FDP):** Ich selbst möchte jetzt für die FDP-Fraktion sprechen und Ihnen insbesondere als Antragsteller und Verursacher unseres heutigen Gesprächs ganz herzlich danken, dass Sie uns Ihre Sichtweise zu verschiedenen Aspekten mitgeben. Ausgangspunkt war seinerzeit die Befürchtung bei uns, dass der Erlass eine diskriminierende Wirkung hat.

(Zuruf von der SPD: Sie hatten fünf Jahre Zeit, das zu ändern!)

Wenn man Ihre Wortbeiträge berücksichtigt, kann man in zwei Richtungen weitergehen: Man hebt erstens den Erlass schlicht und ergreifend auf. Dazu wüsste ich gern von allen Sachverständigen, ob sie diese Auffassung teilen. Die zweite Variante, die mir aufgrund Ihrer Einlassungen möglich erscheint, liegt darin, von der stigmatisierenden Wirkung hinsichtlich HIV abzurücken und zu sagen: Man will einen Umgang mit viralen Infektionen und mit Infektionen, die auf bestimmten Wegen übertragen werden können. – Dafür gibt es einen über HIV hinausgehenden Bedarf. Das würde letztlich auch die diskriminierende Wirkung beseitigen. Würden Sie ansonsten diesen zweiten Weg präferieren?

Frau Knorr, Sie sagten, dass Sie keine Testrunden in NRW machten, solange der Erlass existiere. Heißt das, dass Sie danach gegebenenfalls, wenn es einen modifizierten Erlass geben würde, solche Runden machen? Oder gibt es ansonsten Probleme mit dem Justizvollzug in NRW, die Sie davon abhalten?

Herr Bausch-Hölterhoff, Sie sagten am Anfang, den Bediensteten sei es gleichgültig, ob es diesen Erlass gibt oder nicht. Aus den anderen Ausführungen der Bedienste-

tenvertreter habe ich das anders vernommen. Könnten Sie darauf eingehen? Denn ich bin mir noch nicht ganz sicher, ob es eine offizielle verbandliche Interessenvertretung einerseits gibt, die abstrakt sagt: Wir müssen unsere Mitarbeiter schützen. – Andererseits scheint es eine rein praktisch orientierte Erlebniswelt zu geben, in der es die Betroffenen vielleicht gar nicht so sehen, wie es die sie repräsentierenden Berufsvertreter vielleicht vorsorglich einfordern.

**Peter Biesenbach (CDU):** Dem Dank schließe ich mich deshalb gern an, weil das für Sie eine Zusatzarbeit darstellt. Wir kommen mit Fragen auf Sie zu. Sie kommen gerade aus dem Urlaub wieder – Frau Pastoor, Sie schmunzeln – und müssen für Düsseldorf etwas vorbereiten. Das erachten wir alle nicht für selbstverständlich. Dafür gebührt Ihnen Dank.

Herr Vorsitzender, ich dachte bis jetzt: Was soll dieser Antrag? Denn aus der Praxis hat es keine Klagen gegeben. Aber heute wird deutlich, dass der Antrag sinnvoll ist. Mir ist bewusst geworden, dass wir den Erlass nicht einfach fallen lassen sollten, sondern alle gefährlichen Infektionskrankheiten ins Auge fassen müssen.

Im Gegensatz zu Ihnen habe ich gar nicht so viele Frage. Für mich hat sich aus der sehr differenzierten und klaren Positionierung ergeben: Wir brauchen für den Alltag eine Lösung, Frau Schiewe, die den Bediensteten und den gesunden Gefangenen hilft, sich vor Gefahren zu schützen.

Sie haben mir alle deutlich gemacht: Das geht nicht über das Kennzeichnen. Wenn ich das übernehme, kann sich daraus nur der Schluss ergeben: Wir müssen dann für den Gefängnisalltag eine Situation schaffen, in der wir davon ausgehen, dass jeder potenziell erkrankt ist. Das würde – ich bitte, das zu bedenken – möglicherweise eine sehr viel stringendere Alltagssituation in den Anstalten ergeben. Denn dann müssen wir nicht nur so tun, als könnte jeder damit umgehen. Das halte ich für Quatsch. Jeder von Ihnen weiß, dass das Quatsch ist. Wir können auch nicht davon ausgehen, dass es jeder akzeptiert.

Herr Prof. Walter, deswegen erhoffe ich von Ihnen ein bisschen Hilfe, weil Sie sagen, dass wir darüber nachdenken müssten, wie das aussehen kann. Für mich hat sich aus der Anhörung ergeben, dass der bestehende Erlass in seiner jetzigen Form nicht mehr viel Sinn hat, weil er die häufigeren und gefährlicheren Erkrankungen nicht umfasst. – Einverstanden. Wir müssen darüber nachdenken, was wir tun.

Zum Teil habe ich den sehr engagierten Beiträgen entnommen, dass wir das alles nicht brauchen. Das heißt aber, dass wir für den Schutz derjenigen, die ich angesprochen habe, für Rahmenbedingungen sorgen müssen, die die Gefahren ignorieren. Ich bitte Sie, darüber nachzudenken, ob das nicht wesentlich restriktiver sein kann als der Umgang damit.

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Wir kommen nun zur Antwortrunde.

**Jacob Hösl (Rechtsanwalt Köln):** Ich versuche, die Fragen der Reihe nach abzuarbeiten. Lassen Sie mich einige Vorbemerkungen machen: Wie auch im Leben

sonst werden Sie in der JVA eine hundertprozentige Sicherheit nicht herstellen können. Das muss man aus meiner Sicht akzeptieren. Sie können allenfalls versuchen, unter Beachtung der Rechte aller Gefangenen – sowohl der Infizierten als auch der Nichtinfizierten – Lebensbedingungen zu schaffen, die Risiken minimieren. Aber aller Voraussicht nach werden Sie nicht verhindern können, dass sich einzelne Personen in der JVA außerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen bewegen und möglicherweise in der JVA Straftaten begehen.

Zu den einzelnen Fragen und zunächst zur Frage von Frau Conrads nach der möglichen Haftung des Landes: Sie meinen Haftung für in der JVA erfolgte Infektionen durch solche Situationen?

(Anna Conrads [LINKE]: Das, was Sie in der Stellungnahme angerissen haben!)

Ich nenne das Ergebnis vorweg: Mir ist kein Fall bekannt, in dem Staatshaftungsfall aufgrund einer Infektion in einer JVA stattgefunden hätte. Die Fachleute aus der JVA mögen mir dazu etwas sagen.

Aus meiner Sicht liegt das an einem einfachen Grund: In der Regel wird eine Zwischenkausalität durch ein Verhalten einer bestimmten Person in der JVA gegeben sein. Diese wird der JVA nicht zuzurechnen sein, es sei denn, die JVA hätte in Kenntnis oder grob fahrlässig oder trotz vorher bestehender Alarmsignale nicht gehandelt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es da zu einem Haftungsfall kommt.

(Zuruf von der CDU: Unterlassung!)

– Unterlassung: ja. Aber aus Sicht der JVA bzw. des Landes muss offenkundig sein, dass es eine Unterlassung ist. Die Haftung für eine Infektion in der JVA kann ich viel eher daran erkennen, dass zum Beispiel keine Kondome verteilt würden. Das wäre eher ein Haftungsfall, als wenn man weiß, dass jemand positiv ist, er aber trotzdem ungeschützten Geschlechtsverkehr hätte. Darin kann ich keinen Haftungsfall erkennen.

(Peter Biesenbach [CDU]: Das muss man differenziert betrachten!)

– Natürlich. Eher für eine Unterlassung, Infektionen zu vermeiden. Das würde ich eher als Haftungsrisiko betrachten.

Die zweite Frage bezog sich darauf, ob man meiner Auffassung nach auch die Bediensteten in den Erlass aufnehmen sollte. Das meine ich natürlich nicht. Auch nach meinen bisherigen Ausführungen kann ich keine Expositionssituation erkennen, aufgrund derer sich das rechtfertigen würde. Weil sich das für die Bediensteten nicht rechtfertigt, rechtfertigt es sich auch nicht andersherum. Das ist mein Standpunkt.

Zur Frage nach den strafrechtlichen Auswirkungen des Abgeordneten Wolf – Stichworte: HIV-Infektion unter der Nachweisgrenze, Strafrechtsfälle –: In der Bundesrepublik gibt es nach meiner Zählung 28 bis 30 Urteile zu einer derartigen Problematik. Darunter sind drei Freisprüche.

Der erste Freispruch bezieht sich auf eine Konstellation, in der eine Einwilligung einer minderjährigen 16-Jährigen vorlag. Dabei ging es um die Rechtsfrage, ob eine

16-Jährige in das eigenverantwortliche Risiko einer HIV-Infektion einwilligen kann oder nicht. Das ist vom Oberlandesgericht München schon 1991/92 entschieden worden. Das Gericht hat bejaht, dass das möglich ist.

Den zweiten Fall eines Freispruchs will ich außen vor lassen. Den dritten Fall, der hier in Rede steht, den Sie möglicherweise meinen, wurde vom Amtsgericht Nürtingen entschieden, veröffentlicht in „Strafverteidiger“ 2009. Dabei ging es um 195 angeklagte Fälle der versuchten gefährlichen Körperverletzung in der Form, dass ein Mann mit seiner Lebensgefährtin ungeschützt verkehrt hatte und gleichzeitig HIV-positiv war, andererseits in regelmäßiger ärztlicher Behandlung war, regelmäßig seine Medikamente eingenommen hat, die Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden und über den gesamten Zeitraum keine Viruslast vorhanden war. Er wurde mit der Begründung freigesprochen, dass er die Infektion seiner Partnerin nicht billigend in Kauf genommen habe, weil er es unter diesen Umständen nicht billigend in Kauf nehmen konnte. Denn etwas, was objektiv so gut wie ausgeschlossen ist, kann man nicht in seinen subjektiven Willen aufnehmen. Herausgekommen ist allerdings ein Kind.

(Teilweise Heiterkeit)

Dann gibt es einen Fall des Obersten Gerichtshofes von Schweden bereits aus dem Jahr 2004. Damals waren 200 Fälle ungeschützten Analverkehrs mit zehn verschiedenen Partnern. Vom Anklagevorwurf der Körperverletzung wurde ebenfalls freigesprochen.

Weiterhin gibt es zwei Fälle des niederländischen Obersten Gerichtshofes, bei denen ebenfalls freigesprochen wurde. Jedoch gibt es in den Niederlanden noch besondere Konstellationen.

Zu Ihrer Frage, Frau Hanses: Wie haben die anderen Berufsgruppen, beispielsweise Ärzte und Pflege, gelernt, damit umzugehen? Auch dabei haben wir ein retardierendes Moment, was den rationellen Umgang mit HIV angeht. Inzwischen gibt es eine starke Bewegung, der ich angehöre, die sich sehr dafür einsetzt, dass auch in diesen Bereichen ein rationeller Umgang mit HIV gefördert wird. Inzwischen gibt es einige Veröffentlichungen zu diesem Themenkreis, in denen gesagt wird, dass die Einschränkungen in anderen Berufsgruppen, die durch HIV bedingt sind, ausgesprochen gering sind. Wenn die Behandlung und die Bedingung „unter der Viruslast“ vorliegen, sind diese auch nicht mehr zu rechtfertigen.

Es gibt aus Süddeutschland den Fall eines Unfallchirurgen – das habe ich vorhin kurz erwähnt –, der bis auf die Einschränkung, dass er Indikatorhandschuhe verwenden soll, also Handschuhe, bei denen eine Verletzung durch eine spezielle Beschichtung deutlich gemacht wird, keine Einschränkungen bei seiner beruflichen Tätigkeit trotz HIV und HCV-Koinfektion auferlegt bekommen hat – unter Einschluss des dortigen Gesundheitsministeriums und des örtlichen Gesundheitsamtes.

Es gibt den Fall eines Chirurgen aus Israel, der eine unerkannte HIV-Infektion hatte und mit einer Viruslast von 100.000 getestet worden ist. Es wurde ein sogenanntes Look-Back-Verfahren von 1.600 Patienten gemacht. 600 Patienten konnten erreicht

werden. Da kam es zu keiner HIV-Infektion. Damit möchte ich sagen, dass HIV sehr schwer zu übertragen ist.

Piloten werden inzwischen – wenn Sie das auch interessiert –, wenn die HIV-Infektion während des Beschäftigungsverhältnisses festgestellt wird, weiter beschäftigt, allerdings unter strengen medizinischen Auflagen. Nach wie vor gilt eine solche Infektion als Berufszugangsbeschränkung. Bei Flugbegleitern setzt sich allmählich durch, dass es keine berufliche Beschränkung mehr darstellt.

Bei anderen Berufsgruppen wird es immer wieder kolportiert wie im Lebensmittelbereich oder in anderen Bereichen. Aber das verflüchtigt sich Gott sei Dank allmählich. Das war noch nie begründet und ist heute noch viel weniger begründet.

Zur Frage des Vorsitzenden, ob ich der Auffassung sei, der Erlass könne aufgehoben oder ob eher ein über HIV hinausgehender Regelungsbedarf bestehe. Aus meinen vorigen Ausführungen, dass ich auch für die anderen Infektionskrankheiten keine Expositionssituation erkennen kann, die diese Form der Schutzmaßnahme rechtfertigt, ist meine Antwort sehr eindeutig: Ich sehe keine Notwendigkeit, den Erlass in irgendeiner Form aufrechtzuerhalten, da er keine Sicherheit bietet.

**Ulrich Lepper (Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen):** Zur Frage, ob der Erlass aufzuheben oder eine Regelung zu treffen sei, die etwas spezieller ist, ohne sich konkret auf AIDS zu beziehen: Wir können nicht negieren – das vermute ich, ohne den Vollzug im Einzelnen zu kennen –, dass im Mikrokosmos Anstalt bei den besonderen, dort herrschenden Strukturen ein gewisses Informationsbedürfnis besteht und dass Informationen weitergegeben werden müssen – möglicherweise auch sensitive Gesundheitsdaten.

Wenn wir den Erlass aufheben, bricht für mich als Datenschützer zunächst einmal die Welt nicht zusammen. Wir haben § 182 des Strafvollzugsgesetzes, in dem geregelt ist, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt seine Schweigepflicht brechen darf. Allerdings müsste dann die Praxis damit zurechtkommen und mit den Informationen umgehen, von denen der Arzt der Meinung ist,

(Hermann-Josef Bausch-Hölterhoff, JVA Werl, winkt ab.)

ihre Weitergabe an die Anstaltsleitung sei mit Blick auf die besonderen Bedingungen in der Anstalt unerlässlich.

Gerade habe ich gehört – das überrascht mich nicht; das ist nicht nur typisch für den Vollzug –, dass offenbar in der Praxis ein sehr starkes Bedürfnis nach Regelung besteht, um Handlungssicherheit zu haben.

(Zustimmung von Gertrud Schiewe, ver.di)

Man wird sicherlich nicht alle Einzelheiten und Detailbedingungen speziell im Mikrokosmos Vollzug durch abstrakt-generelle Regelungen regeln können. Das stößt an Grenzen.

Man wird aber sicherlich – das würde ich als Datenschützer sehr begrüßen – Regelungen finden können, die Standards enthalten, die zumindest das Schlimmste an In-



formationsweitergabe vermeiden. Ich spreche mich daher für eine Regelung aus, die nicht zum Ziel hat, etwas zu AIDS oder speziell zu Infektionskrankheiten zu sagen, sondern ich könnte mich allenfalls zu einer Regelung durchringen, in der die Bedingungen einer Informationsweitergabe von Gesundheitsdaten schlechthin in einem ganz engen Rahmen geregelt werden. Dabei kann ich aus Sicht des Datenschutzes sagen: Das hätte ich schon gern auf der gesetzgeberischen Ebene in § 182. Das hat sich bisher nicht durchsetzen lassen. Wenn wir es da nicht durchsetzen können, sollte man zumindest auf der Vollzugs-, der Regelungs- bzw. der administrativen Ebene den Versuch unternehmen, möglichst zu Regelungen zu kommen, die sicherstellen, dass der Umgang mit sensitiven Informationen auf das unumgänglich Notwendige reduziert wird.

Man kann bei einer lebensnahen Betrachtung nicht negieren, dass die Bedingungen in einer Haftanstalt anders sind. Die Freiheit, sich vor gefährlichen Dingen zu schützen, ist nicht in dem Maße wie draußen gegeben.

(Gertrud Schiewe, ver.di: So ist es!)

Es gibt Strukturen zwischen den Gefangenen, besondere Abhängigkeiten, die man möglicherweise nicht zu 100 % in den Griff bekommt.

(Gertrud Schiewe, ver.di, nickt.)

Insofern muss es gewisse Vorkehrungen geben. Dazu gehört wahrscheinlich auch – ich muss das leider so sagen – eine Informationsweitergabe – aber dann bitte in äußerst engen und wohldosierten Grenzen. Das bedeutet aber nicht ein Festhalten am jetzigen Erlass; er muss überarbeitet werden.

**Claudia Pastoor (JVA Werl, LAG Gehobener Sozialdienst im Justizvollzug):** Die LAG Gehobener Sozialdienst spricht sich auf jeden Fall dafür aus, den Erlass aufzuheben, weil er sich aufgrund der erfreulichen Entwicklung überholt hat. Denn die Aufklärung ist heute viel stärker, sodass die Ängste in der massiven Form wie früher nicht mehr bestehen.

Zu den Fragen hinsichtlich des sogenannten Kondomerlasses – so heißt er nicht, das ist nur ein Auszug aus dem Drogenerlass, der zwischenzeitlich überarbeitet worden ist –: In der Tat sieht sich der Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen in der Pflicht, Kondome zu verteilen. Dafür müssen die entsprechenden Haushaltsmittel bereitgestellt werden.

Ich bin sehr dafür, dass Kondome so gut und so niedrigschwellig wie möglich verteilt werden. In der Praxis halte ich die absolut anonyme Ausgabe für äußerst schwierig. Sie können sich das vielleicht nicht vorstellen, aber wir haben eine Klientel mit einer sehr hohen Mitnahmebereitschaft von Gegenständen.

(Heiterkeit)

In den Langzeitbesuchsräumen besteht die Möglichkeit für die Gefangenen, zusammen mit den Angehörigen zu kochen. Häufig müssen die Pfannen wiederbeschafft werden, weil sie mitgenommen worden sind. Das kann man nicht hundertprozentig kontrollieren.

Auch mit den Kondomen kann leider Missbrauch betrieben werden. Sicherlich ist an dieser Stelle eine Güterabwägung erforderlich, nach dem Motto: Mir ist egal, ob Kondome auch schon mal für den Drogentransport benutzt werden, weil sie sich diese in die Körperöffnungen schieben. Jeder Gefangene sollte die Möglichkeit bzw. das Gefühl haben, dass er sie auf einer recht niedrighschwelligigen Ebene bekommen kann. Dazu habe ich etliche Gefangene befragt. Sie sagen: Das ist okay. Wir können sie in der Redaktion, bei der Suchtberatung, beim Mediziner erhalten. – Ich habe eine Schüssel in meinem Büro stehen, in die sie greifen können. Es gibt auch Gefangene, die ihre Mitgefangenen bitten, das für sie zu erledigen, weil sie sich nicht trauen. Dabei mag es auch Scham geben. Aber eigentlich ist es für jeden möglich, an eine ausreichende Zahl von Kondomen zu kommen.

Ich weiß nicht, wie es wirklich wäre und wie hoch die Zahl ansteigen würde, wenn wir Kondome in die Besuchsräume stellen. Bis jetzt hat sich bei mir niemand beschwert, er fände es nicht okay, dass Kondome nicht in jeder Zelle deponiert werden.

Zur Stigmatisierung: Dass die Stigmatisierung durch Mitgefangene als schlimmer erlebt wird als die Stigmatisierung durch Bedienstete, ist aus meiner Sicht zum großen Teil systembedingt. Denn der Gefangene ist daran gewöhnt, dass bestimmte Grundrechte wie das Briefgeheimnis eingeschränkt sind. Er weiß, dass seine Daten innerhalb der Behandlungsteams kursieren. Der Abteilungsbedienstete, der mit ihm zu tun hat, kennt Stellungnahmen, die an die Gerichte gehen. Darin äußert man sich teilweise zum Gesundheitszustand. Diese Daten fließen intern.

Ich meine, dass jeder Gefangene folgendes Recht hat: Wenn er das Gefühl hat, dass Bedienstete nicht sorgfältig und professionell mit der Erkrankung umgehen, hat er die Möglichkeit, sich zu beschweren. Ich würde jeden, der das Gefühl hat, von einem Bediensteten stigmatisiert zu werden, unterstützen, entsprechende Schritte einzuleiten.

Anders sieht das bei der Informierung von Mitgefangenen aus. Für den Gefangenen kann es durchaus schwierig sein, sich dagegen zu wehren, in solchen Situationen Diskriminierungen ausgesetzt zu sein. Das ist der große Unterschied und ein Grund mehr für mich zu sagen: Diese Form der Umschlusserklärung sollte beendet werden.

**Gertrud Schiewe (ver.di NRW, Vorsitzende der ver.di Landesfachkommission Justizvollzug NRW):** Ich bin nachdrücklich davon beeindruckt, die Idee zu verfolgen, dass die ärztlichen Informationen an den Anstaltsleiter gehen sollen und dort verbleiben, gehütet und gehortet werden. Für mich ist das eine Problemverlagerung. Wie lautet die Handlungsanweisung für den Anstaltsarzt bzw. für den Anstaltsleiter, wenn er die Information hat? Man kann dann nach dem Sankt-Florians-Prinzip sagen: Ich bin es los, du hast es jetzt. Sieh zu, wie du damit klarkommst. – Er wird sich zu Recht an den obersten Dienstherrn wenden und fragen: Was mache ich jetzt damit? – Das ist schwierig; die gelebte Praxis ist etwas anders.

Die Kennzeichnung „Blutkontakt vermeiden“ ist vor allen Dingen – ich wiederhole das – für alle Beschäftigten eine Information, höchst sorgfältig mit dem Delinquenten, Kunden, Inhaftierten umzugehen, der an einer Infektion erkrankt ist. Wir haben ein

Massengeschäft. Ich bitte zu berücksichtigen, dass Gefangenentransporte in Nordrhein-Westfalen keine Angelegenheit von drei bis fünf Inhaftierten sind, sondern dass wir riesige Gefangenenumläufe an den Wochentagen Dienstag und Donnerstag sowie sehr viele Einzelvorführungen zu den unterschiedlichsten Terminen haben. Jedes Mal zu glauben, man könne sich auf seine Gefühle oder auf andere Informationen zurückziehen, würde die Praxis sprengen. Das hilft uns nicht weiter. Wenn die Information „Blutkontakt vermeiden“ nicht vorliegt, habe ich Sorge, dass unterschwellig mehr Müll geredet wird, als den Tatsachen entspricht.

Die Aufhebung des Erlasses würde zu einem Vakuum führen. Daher kann ich sie auf gar keinen Fall unterstützen – bitte nicht! Den Erlass kann man abschaffen, wenn es einen neuen gibt. Ich kann nur davor warnen, dass sich die Informationskette dann mehr an der Mitte des Körpers orientiert, wenn wir den Erlass morgen einstampfen und dann nach dem Motto agieren: Sehen Sie zu, wie Sie klarkommen. – Ich möchte das nicht. Das Bedürfnis der Beschäftigten im Vollzug – ich wiederhole: in allen Berufsgruppen –, sollte auch im Umgang und in der Arbeit mit infizierten Gefangenen ernst genommen werden. Daher sollte man nicht darauf verzichten, ein Regelwerk zu bekommen. Das, meine Damen und Herren Politiker, mit den Experten der obersten Landesbehörde und mit Blick auf die inzwischen vorliegenden Fachvorträge zu gestalten, ist sicherlich eine große Aufgabe. Aber wie gesagt: bitte zeitnah hintereinander.

Die Ausführungen zur Verteilung der Kondome an geeigneten Stellen haben mich eben amüsiert. Sie dürfen sich kein Warndreieck auf den Fluren der Haftanstalten vorstellen.

(Zuruf von der FDP: Ein Blinklicht!)

– Auch nicht. – In der gelebten Praxis stehen die Kondome in der Krankenabteilung zur Verteilung bereit. Wir haben inzwischen sogar noch andere Verfahrensweisen. Wenn ein Inhaftierter Papiertaschentücher oder Kopfschmerztabletten benötigt, können die Krankenabteilung oder der Anstaltsarzt ihm Kondome in den Briefumschlag legen, der ihm später verschlossen ausgehändigt wird, wenn er sie bestellt. Das ist kein Thema. Auch bei Angehörigen der besonderen Fachdienste oder im Besuchsraum werden Kondome bereitgestellt.

Ich bin etwas irritiert, denn ich glaube, dass die Haushaltsmittel dafür zur Verfügung stehen. Ich finde es gut, dass die AIDS-Hilfe ergänzend Kondome in die Haftanstalten mitbringt. Aber ich stelle mir vor, dass sich klar überprüfen lässt, ob dafür Landesmittel in ausreichender Höhe zur Verfügung stehen.

Mit noch keiner Silbe wurde erwähnt, was es bedeutet, wenn ein Bediensteter, wie in meinem Mutterhaus, im fröhlichen Zuchthaus in Rheinbach, geschehen, bei einer Ausführung verletzt wurde. Dabei war fraglich, ob der Inhaftierte infiziert ist oder nicht. Diese psychische Belastung wünsche ich niemandem in diesem Raum. Die Frage ist dann: Habe ich eine Infektion, oder habe ich sie nicht? Nicht umsonst halten die Anstaltsärzte die PEP vor, damit sie auch Bedienstete in Anspruch nehmen können, die zum Beispiel während einer Auseinandersetzung Blutkontakt hatten. Die

psychische Belastung aller Bediensteten im Vollzug ist groß genug. Wenn wir Regelungen zu ihrer Minimierung schaffen können, wäre ich Ihnen dankbar.

Die Offenlegung der HIV-Erkrankung von Bediensteten ist ein spannendes Thema. Ich könnte mir auch vorstellen, dass uns die gelebte Praxis an natürliche Grenzen bringt. Ich kann, darf und muss entsprechend dem Nähe-und-Distanz-Prinzip Kontakt zu Inhaftierten so herstellen, dass ich kein Infektionsträger werde, wenn ich das vermeiden kann. Weiterhin darf ich kein Infektionsträger im umgekehrten Sinne werden. Manchmal habe ich im unmittelbaren Kontakt zu Inhaftierten keine andere Wahl. Aber ich kann so verantwortungsvoll vorgehen, dass ich, wäre ich HIV-infiziert, nicht dazu beitrage, diese Erkrankung weiterzugeben. Das müsste für jeden Beschäftigten im Strafvollzug klar sein. Daher möchte ich damit dieses Thema beenden.

Ein anonymen HIV-Test – so ist mir in meiner Justizvollzugsanstalt berichtet worden – ist möglich. Er wird jedoch so gut wie nie in Anspruch genommen. Bei der Zugangsuntersuchung werden Inhaftierte befragt, ob sie sich testen lassen wollen. Das bejahen sie in aller Regel, sodass weder nachgeholfen noch Druck ausgeübt werden muss. Wenn sie es wünschen, wird dieser Test durchgeführt.

**Guido Schäferhoff (JVA Werl, Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschland, Landesverband NRW e. V.):** Herr Dr. Orth, Sie haben nach den beiden Umgangsweisen mit dem Erlass gefragt. Ich hatte das in meinen Ausführungen schon erwähnt. Ich bin durchaus für die Überarbeitung dieses Erlasses, damit die Bediensteten weiterhin informiert werden. Wir haben gerade von Frau Schiewe verschiedene Argumente dazu gehört, die ich durchaus vertreten kann.

Zur Klarstellung: Es geht nicht klar aus der Einladung und den Anschreiben hervor, dass ich hier den Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands vertrete. Meine Stellungnahme ist aber eher privat. Denn aufgrund der Praxis stellen sich Dinge anders dar als aus der Sicht des Verbandes. Auch die Überarbeitung des Erlasses stellt für mich eine praktikable Lösung dar, die nicht unbedingt die Meinung des Verbandes widerspiegelt.

Aufgrund meiner Erfahrung aus der Praxis ist es für mich wichtig, dass es eine gewisse Sicherheit gibt; Frau Schiewe hat das gesagt. Dabei bin ich durchaus ihrer Auffassung. Ein ergänzender Erlass muss her – bitte kein Vakuum; das sollte nicht passieren.

Frau Conrads hat die Finanzierung der Kondome angesprochen. Frau Conrads, soweit ich weiß, werden vom Land aus meiner Sicht genug Mittel bereitgestellt, um Kondome und Gleitmittel zu beschaffen. Es ist ehrenwert, dass Sie beantragt haben, die Mittel zu erhöhen. Natürlich ist es gut und sinnvoll, dass die AIDS-Hilfe zusätzliche Kondome in ausreichender Zahl anbietet; das werden Sie in meiner Stellungnahme sehen. Wenn ein Angebot von anderer Seite besteht und man Dinge auf andere Art und Weise beschaffen könnte, muss man nicht zwingend die Landeskasse – zumindest aus Sicht der Bediensteten ist das so – bemühen. Diese Sichtweise stammt von dem einen oder anderen Kollegen, der für das Land sparen möchte. Das ist nicht ganz unehrenwert.

Auch zur Bereitstellung werden Sie bei mir Ausführungen finden: Abteilungsbüros, Suchtberater, soziale Dienste und auch – das kam noch nicht zur Sprache – die Gefangenenmitverantwortung: Auch der Anstaltssprecher oder bestimmte andere, in der Anstalt befindliche Insassen haben Kondome vorrätig und können diese durchaus teilanonym vergeben.

Frau Pastoor hat schon angesprochen, dass man dabei auf die Klientel eingehen müsse. Insbesondere bei Gefangenen mit Langstrafen oder Leuten – Frau Pastoor hat das eben schon ausgeführt –, die in Werl einsitzen, können Kondome auch für andere Dinge missbraucht werden. Daher halte ich den sogenannten Kondomerlass durchaus für gut angewandt, wenn man die Kondome teilanonym, also nicht irgendwo frei zugänglich vergibt. Das Motto sollte nicht sein: für jeden griffbereit ein Kondom. – Vielmehr ist es sehr sinnvoll, dass man eine gewisse Kontrolle über die Kondome hat.

Bei der Diskussion um die Infektionsgefahr für Bedienstete kam mir Folgendes zu kurz – das hatte ich eben schon angesprochen –: Es geht nicht nur darum, ein Wissen darüber zu haben, dass jemand eine Infektionskrankheit hat. Die Kollegen vor Ort, die mit den Insassen direkt zu tun haben, haben eine Sicherheits-, Ordnungs- und Kontrollfunktion. Diese Kontrollfunktion führen sie unter anderem aus, indem sie Haftraumkontrollen machen. Diese Hafträume sind ziemlich voll. An bestimmten Dingen kann man sich verletzen. Wer in einer Haftanstalt mit 900 Insassen ist, wird neben Spritzen, Tätowiernadeln, aus Einmalrasierern herausmontierte Rasierklingen und bestimmten anderen Dingen wie im alltäglichen Leben Sachen finden, an denen man sich verletzen kann. Der Insasse, der morgens um 7 Uhr zur Arbeit geht, kann um 6 Uhr schon tätowiert haben. Ein Kollege, der nach 7 Uhr im Haftraum eines Insassen eine Haftraumkontrolle macht, könnte sich sehr wohl daran verletzen. Der Aspekt der Sicherheit und Ordnung kommt mir heute ein Stück weit zu kurz.

**Prof. Dr. jur. Michael Walter (Justizvollzugsbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen):** Herr Dr. Orth, Sie fragten nach dem Erlass. Das heutige Gespräch hat ergeben, dass man dabei einiges verbessern kann.

Aber ich möchte mich zunächst einmal auf einen Kern konzentrieren. Bei der ganzen Geschichte geht es im Grunde genommen um die Abwehr bestimmter Gefahren in konkreten Situationen im Vollzug. Die bisherige Praxis besteht aus den beiden Zustimmungserklärungen: Auf der einen Seite müssen diejenigen, die einen infizierten Gefangenen in ihrer Nähe haben, damit einverstanden sein. Auf der anderen Seite muss der Infizierte mit der Offenbarung seines Infektionsstatus einverstanden sein.

Klar ist: Wenn man das so macht – das hat das Gespräch ebenfalls ergeben –, kann man das nur für alle Infektionen machen, die irgendwie gefährlich werden können. Auf keinen Fall ist akzeptabel, diese nur auf HIV oder Ähnliches zu reduzieren. Darüber muss man nachdenken. Man muss prüfen, wie man das in Praxis handhaben kann. Lässt sich diese Generalisierung durchführen, oder führt sie faktisch doch wieder zu einer HIV-Verengung durch irgendwelche Prozesse? Bei diesem Punkt sehe ich weiteren Klärungsbedarf.

Man muss sich über Folgendes klar sein: Wenn das verlangt wird, greife ich aus einer ganz komplexen Wirklichkeit ohnehin nur einen Bereich heraus. Denn es kann auch Gefangene geben, die im Umschluss in eine andere Zelle kommen, die wegen anderer Gründe gefährlich sind. Man hat sich auf diese Infektionsgefahr konzentriert. Aber es gibt natürlich andere Gefahren. Wie ist es zum Beispiel mit jemandem, der extrem gewaltgeneigt ist? Muss dann auch vorher zugestimmt werden?

Es ist rechtlich zulässig zu sagen: Das ist eine typische Gefahrensituation. Die darf ich auch erfassen. – Das ist die Geschichte mit dem Infektionsstatus.

Die nächste Frage lautet: Ändert sich aufgrund der Kenntnis für die anderen in der Zelle – ich gehe vom Modell des Umschlusses aus – überhaupt etwas? Könnten sie etwas machen? An dieser Stelle sagte Herr Hösl, ich würde irrational. Aber bisher kann tatsächlich eine erhöhte Gefahr bestehen. Das will ich nicht im Einzelnen durch die Ausfantasierung bestimmter Fälle darlegen, sondern ich gehe davon aus, dass Gefahren bestehen, wenn Gefangene auf so engem Raum zusammen sind.

Weiterhin muss man davon ausgehen, dass es sich um eine andere Gefahrensituation als im freiheitlichen Leben handelt, wenn ich es nicht weiß. Denn hierbei besteht das Setting des Gefängnisses mit allen Zwängen. Das ist etwas anderes. Deswegen erstet eine erhöhte Schutzbedürftigkeit. Das heißt: Hier greift die Fürsorgepflicht.

Wenn ich davon ausgehe, dass sie das trotzdem dürfen, baue ich im Grunde genommen meine Lösung auf das Modell der Autonomie auf. Wenn es dann jemand haben will – der eine gibt preis, dass er es weiß, und der andere ist für den Umschluss –, geschieht das vor dem Hintergrund der Autonomie. Das lässt mir die Freiheit, das Ganze abzulehnen. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Freiheit vergleichbar ist. Denn wenn ich in der Zelle einem anderen sage: „Nein, ich will das nicht“, habe ich vielleicht größere Repressionen zu befürchten, als wenn ich in der Freiheit sage: Ich möchte den nicht zu mir nach Hause einladen. – Das möchte ich aber ausklammern. Zumindest ist es ein gangbarer Weg, diese Autonomie abzufragen und das so zu machen.

Zwingend ergibt sich für mich, dass man dann im Rahmen dieses Befragungsmodells in der Tat alles tut, was darüber hinausgehende Diskriminierungen vermeidet. Das geht, wie ich jetzt dazugelernt habe, natürlich nicht ohne Weiteres, weil man die Gefangenen, die das erfahren, nicht unter Kontrolle hat. Das ist ein Schwachelement in diesem Zustimmungsmodell.

Das führt mich zu folgendem Punkt: Dieses Zustimmungsmodell will von seinem Anliegen her den Kontakt im Gefängnis fördern und erleichtern. Denn wenn man den Vorschlägen folgt und davon ausgeht, dass alle infiziert sind, muss man viel vorsichtiger sein, Leute in einer gemeinsamen Zelle zusammensetzen. Insofern bin ich für die Frage von Herrn Biesenbach dankbar. Das führt nämlich zu neuen Problemen.

Ich kann so viel verraten: Nirgendwo anders gibt es eine solche Regelung wie bei uns in Nordrhein-Westfalen; in anderen Ländern wird das viel rigoroser unterbunden. Das ist die andere Lösung, die wir aufgrund der Überlegung, dass wir einen gewissen Schutz haben müssen, nie ganz aus dem Blick verlieren dürfen.

Ich habe schon überlegt, was man machen könnte. Dabei fiel mir die Idee unseres Datenschützers ein, bei der Aufnahme ins Gefängnis initial zu fragen: Sind Sie damit einverstanden? – Das wäre eine Möglichkeit. Ich habe aber Zweifel, ob das so funktioniert. Zumindest muss man diese Erklärung jederzeit widerrufen können.

(Zustimmung von Ulrich Lepper, Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen)

Denn das wird zunächst ohne Erfahrungen gesagt. Es ist ein Unterschied, Erfahrungen zu haben und einzuwilligen, oder ob man ins Blaue sagt: Ich bin mit allem einverstanden. Das ist der Punkt.

Dann stellen sich neue Fragen. Bevor sie nicht beantwortet sind, bin ich dafür – das möchte ich unterstreichen –, am Zustimmungsmodell weiterhin festzuhalten.

**Vorsitzender Robert Orth:** Ich halte für mich fest: Das ist das erste Mal, dass jemand, der für das Justizministerium arbeitet, eine Biesenbach-Frage gut findet.

(Prof. Dr. jur. Michael Walter, Justizvollzugsbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen: Ich arbeite nicht für das Justizministerium!)

**Prof. Dr. Heino Stöver (Institut für Suchtforschung, FH Frankfurt am Main):** Ich beginne mit der Frage von Dr. Orth nach der Berechtigung des Erlasses. Aus meiner Sicht ist völlig klar, dass er abgeschafft werden muss. Weder die anderen Bundesländer noch eines der übrigen 26 EU-Länder werden Nordrhein-Westfalen nacheifern und einen ähnlichen Erlass einführen. Warum nicht? Der Erlass ist absolut ungeeignet. Er bietet keine Sicherheit und keinen Schutz. Er gaukelt den Bediensteten und den Gefangenen falsche Sicherheit vor, indem er ihnen vermeintliche Sicherheit an die Hand gibt.

Bitte betrachten Sie die Eigenschaften von viralen Infektionskrankheiten. Dabei gibt es ein diagnostisches Fenster. Wir können nicht unmittelbar nachweisen, dass jemand HIV-positiv ist. Er kann schon sechs Monate virusbelastet sein, ohne ein positives Testergebnis zu haben. Bitte betrachten Sie dies unter keinen Umständen als irgendeine Form von Sicherheit.

Ich mache einen gegenteiligen Vorschlag: Drucken Sie Ihre Personalakten neu. Drucken Sie auf jede Personalakte „Vorsicht! Blutkontakt meiden!“ Das wäre am einfachsten.

Im Grunde genommen – ich antworte jetzt auf die Frage von Frau Conrads – geht es auch anderen Berufsgruppen so. Sie haben auch gelernt, mit Infektionsgefahren zu leben und sich davor zu schützen. Die konkreten Maßnahmen im Arbeitsschutzgesetz schützen uns. Zum Standard der Haftzelluntersuchung gehört, dass man sich nadelstichsichere Handschuhe anzieht und auf alle Eventualitäten gefasst sein muss. Dazu korrespondierend muss der Anstaltsarzt eine Postexpositionsprophylaxe vorhalten, falls doch irgendetwas schiefgeht oder falls ein Bediensteter bei der Schlichtung von Gewaltauseinandersetzungen in Blutkontakt kommt.

Also „Vorsicht! Blutkontakt meiden!“ sollte im Bewerbungsgespräch jedem Bediensteten mitgeteilt werden. Das sollte zentrale Botschaft der Aufklärung sein.

Mein zentraler Punkt lautet: Dieser Erlass ist absolut unzeitgemäß. Denn draußen haben wir seit mittlerweile 30 Jahren die Normalisierung vollzogen. Das sollte endlich Eingang in die Haftanstalten finden.

Ich bin eher dafür, dass wir bestimmte Kennzeichnungen für grippale Infekte vornehmen. Es ist nötiger und wichtiger, dies in der Haft zu kommunizieren, als diese viralen Infektionskrankheiten, die im Übrigen bei HIV sehr schwer übertragbar sind.

Ich wundere mich sehr über die Auslegung von § 182 Strafvollzugsgesetz durch den Datenschutzbeauftragten. Dieser Paragraph ist nur eine Möglichkeit der Öffnung der ärztlichen Schweigepflicht in besonderen Einzelfällen, in denen die Anstalt über die Anstaltsleitung vor gesundheitlichen Risiken Einzelner geschützt werden muss. Das ist zum Beispiel bei Tuberkulose oder ähnlichen Fällen begründbar. Dies darf aber nicht als Pauschalveröffentlichung hoch sensibler gesundheitlicher Daten von Gefangenen geschehen.

(Zuruf von Ulrich Lepper, Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen)

– Aber das ist der Fakt in Nordrhein-Westfalen: Jeder kann sich die Personalakte nehmen und daraus ersehen, ob ein Mensch positiv ist.

Mein Vorredner hat schon angedeutet: Die Reduzierung von Infektionskrankheiten auf HIV – in der Praxis ist das offenbar der Fall, wenn auch nicht so gemeint – hat notwendigerweise zur Folge, dass die anderen viralen Infektionskrankheiten verharmlost, bagatellisiert und ausgeblendet werden. Das kann wirklich nicht der Fall sein.

Wenn wir uns die neueren Studien – ich habe das in meiner Stellungnahme verdeutlicht – ansehen, stellen wir fest: HIV ist zu 1 % unter den 70.000 deutschen Gefangenen vertreten, während dies bei HCV bei jeder siebten Gefangenen der Fall ist.

Zur zweiten Frage von Frau Conrads nach der Spritzenvergabe verweise ich wiederum auf die Studien. Es gibt zwei Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen. Wir wissen, dass 22 % bis 30 % in Haft intravenös applizierende Drogenkonsumenten sind. Wir haben eine Massierung von IV-Drogenkonsumenten, die wir draußen in der Form nicht haben. Sicherlich hat der IV-Konsum draußen abgenommen, aber drinnen nimmt er schon deshalb nicht ab, weil der intravenöse Konsum die effektivste und wirksamste Form des Gebrauchs dieser Drogen ist. Wenn man das Maximum aus einem Minimum herausholen will, ist der intravenöse Konsum die ideale Applikationsform.

Insofern glaube ich, dass die Spritzenvergabemodelle nach wie vor angesagt sind. Dem Vertreter des Bundes des Strafvollzugsbediensteten sage ich: Wir sollten in dieser Frage keine Bauchentscheidung treffen.

(Guido Schäferhoff, JVA Werl, schüttelt den Kopf.)



Wir haben Daten und Studie dazu, die belegen, wie effektiv diese Modelle sind. Sie sind draußen effektiv und haben dazu beigetragen, dass wir unter den HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2010 nur 3,2 % IV-Drogenkonsumenten haben. Der Rest betrifft andere Transmissionswege, zu zwei Dritteln Übertragungen durch homo- oder bisexuelle Kontakte. Wir haben es draußen geschafft, mit wenigen evidenzbasierten Maßnahmen diese Zahl auf 3,2 % zu reduzieren. Dazu zählen die Spritzenvergabe und die Substitution. Diese stehen an der Spitze der Liste von wissenschaftsbasierten Maßnahmen, die wir treffen sollten, um mit HIV und AIDS umzugehen.

Alles in allem gebietet die Fürsorgepflicht des Staates, effektive und wirksame Präventionsmaßnahmen für die Gefangenen einzuleiten. Das ist keine Geheimwissenschaft. Wir wissen, was wirkt. Für die Bediensteten gibt es die Arbeitsschutzgesetze, die uns klare Standards an die Hand geben, wie wir Infektions- und Gesundheitsgefahren überhaupt in der Haft oder am Arbeitsplatz reduzieren können.

**Angelika Rhouzzal (AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V.):** Ich möchte darauf hinweisen, dass ich die Information, dass im internen Netzwerk der JVA der Vermerk „Blutkontakt vermeiden – A“ steht, vom medizinischen Dienst der JVA Düsseldorf eingeholt habe. Gleichzeitig wurde mir gesagt, dass eine Hepatitis-Infektion dort mit „Blutkontakt vermeiden – B“ gekennzeichnet wird. Ich habe mir diese Information nicht aus den Fingern gesogen, sondern vom medizinischen Dienst erhalten.

Des Weiteren liegt auch mir dieses Umschlussblatt vor. Daraus kann ich nicht entnehmen, dass es sich speziell auf eine HIV-Infektion bezieht. Aber wenn es zum Einsatz kommt, wird natürlich gefragt: Wieso denn das auf einmal? Worum handelt es sich denn? – Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass es sich um eine HIV-Infektion handelt. Außerdem wird es bei niemandem außer bei HIV-Infizierten gemacht. Auch daraus kann man – wenn man einigermaßen denken kann – schließen, dass es sich um eine HIV-Infektion handeln muss.

Zur Frage, von wem Gefangene mehr diskriminiert werden, kann ich sagen, dass es eher die Mitgefangenen sind, die von oben nach unten in der Hierarchie draufhauen. Ich höre beispielsweise Berichte von Gefangenen, die am Arbeitsplatz vom Kaffeetrinken ausgeschlossen werden. Dabei gibt es noch wesentlich heftigere Beispiele. Nichtsdestotrotz gibt es immer mal wieder Bemerkungen von Beamten, die nicht ganz in Ordnung sind.

Weiterhin wurde nach der Verarbeitung von Erstdiagnosen gefragt. Ich kann nur aus meiner Praxis in der JVA Düsseldorf berichten. Dort wird ein Gefangener, dem eine Erstdiagnose eröffnet wird, gefragt, ob er Kontakt zum Seelsorger und zu mir haben möchte. Wenn er das will, wird er zeitnah sowohl vom Seelsorger als auch von mir aufgesucht. Aus Erfahrung kann ich sagen, dass mindestens ein halbes Jahr, in der Regel aber zwei Jahre oder länger für die Diagnoseverarbeitung nötig sind. Das ist eine schwerwiegende Veränderung. Dabei geht es um Fragen von Sexualität, Familienplanung etc. Bis ein Mensch das für sich annehmen kann, dauert es sehr lange.

Zum anonymen Test: Der Test, der in der JVA angeboten wird, ist freiwillig. Mir ist nicht bekannt, dass er anonym gemacht wird. Meines Erachtens wird der Gefangene

dort mit seinem Namen geführt. Insofern wird der Test nicht anonym durchgeführt, sondern namentlich erfasst.

**Rüdiger Wächter (AIDS-Hilfe NRW e. V.):** Ich bin ein bisschen ruhiger geworden. Der Vorschlag von Herrn Stöver, bei allen den Blutkontakt zu vermeiden, ist für die Prävention super.

Kennen Sie Tilly, die in der Werbung ihre Hände in Spülmittel badet?

(Dagmar Hanses [GRÜNE]: Doch, das kennen wir noch! – Weitere Zurufe)

Das könnte auch HIV-infektiöse Flüssigkeit sein. Erst einmal würde nichts passieren. Für die Übertragung ist es notwendig, dass der Virus in die Blutbahn gelangt. Bei einer intakten Haut passiert nichts. Sie könnten wie Tilly Ihre Finger darin baden, ohne dass etwas passiert. Ich habe gerade das Gefühl bekommen, dass davon ausgegangen wird, das sei sehr stark infektiös.

Ich arbeite seit zehn Jahren mit HIV-positiven Menschen. Die geben mir auch Küsschen, darunter auch Männer, die sich rasieren und ein bisschen Blut an der Wange haben. Ich gebe ihnen trotzdem ein Küsschen. Sie werden es nicht glauben: Obwohl ich sexuell aktiv bin, bin ich noch negativ. Das war wenigstens vor drei Monaten der Fall. Da gibt es noch ein kleines Fragezeichen.

Dementsprechend habe ich das verinnerlicht. Denn ich bin zu einer Zeit groß geworden, in der HIV sehr stark thematisiert wurde. Ich verhalte mich so, als wäre jeder, mit dem ich umgehe, HIV-positiv. Das ist für mich gar kein Problem. Ich hatte trotzdem bis jetzt Spaß am Sex in meinem Leben.

(Dagmar Hanses [GRÜNE]: Als heterosexuelle Singlefrau ist das genauso! – Teilweise Heiterkeit)

Ich wundere mich, wenn Männer anrufen, die in den Puff gegangen sind und sich fragen, ob sie dabei ein Risiko hatten. Sie denken oftmals, die Frauen seien HIV-negativ. Das verstehe ich nicht.

Ich finde, dass diese Umschlusserklärung völliger Humbug ist. Wo fängt das denn an? Beziehen wir nur HIV oder auch Hepatitis A, B oder C ein? Nehmen wir noch Tripper dazu? Syphilis? Gonorrhoe? Wo ist da die Grenze?

Die weitere Frage lautet: Gehen wir auf die unterschiedlichen sexuellen Präferenzen ein? Muss jemand, der nur Oralverkehr macht, die Umschlusserklärung nicht unterschreiben? Aber soll jemand, der Analverkehr hat, sie unterschreiben? Oder geht das in die Richtung: Schwul – okay, bisexuell – kommt drauf an, heterosexuell – nein?

Ich habe das etwas lustig formuliert, will Ihnen aber noch ein Beispiel aus der Praxis geben. Drei Frauen haben sich eine Spritze geteilt. Sie mussten eine benutzte Spritze nehmen. Die erste Frau, die sich einen Schuss gesetzt hat, hat erklärt, sie wisse, dass sie negativ sei. Danach wurde die Spritze weitergegeben. Im Nachhinein kam heraus, dass der Mann der ersten Frau draußen HIV-positiv getestet wurde. Dann

gab es ein großes Tohuwabohu. In diesem Fall hat auch die Umschlusserklärung nichts gebracht.

Daher fordere ich: Spritzen in den Knast! Umschlusserklärung: nein danke!

**Bärbel Knorr (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.):** Bestimmt steht bei dem einen oder anderen von Ihnen bald eine Operation an. Der Chirurg, der Sie operieren würde, könnte durchaus HIV-positiv sein. Wenn Sie heute Abend ins Restaurant gehen, könnte der Koch HIV-positiv sein. Es gibt aus gutem Grund keine Berufsverbote, weil es keine Übertragung über diese Wege gibt.

Die Übertragungswege habe ich bei meinem Statement ausgelassen. Das war wohl ein Fehler. Bisse, Schläge und dergleichen sind keine Übertragungswege; ich mache das ganz deutlich. Durch die Praxis in NRW wird eine Scheinsicherheit hergestellt. Deshalb sind wir natürlich für die Abschaffung dieses Erlasses, da er überhaupt nicht sinnvoll ist.

Wir führen gelegentlich Veranstaltungen in nordrhein-westfälischen Haftanstalten durch – auch für Bedienstete. Wir fragen in diesem Rahmen auch nach dem Verhalten, wenn Gefangene mit einem Atemstillstand aufgefunden werden. Die Ergebnisse sind erschreckend. Bedienstete leisten aufgrund ihrer Infektionsangst folgende Erste Hilfe: Sie rufen den Sanitäter. Wir sagen immer wieder: Wenn Sie das beibehalten, könnte es sein, dass sie wegen unterlassener Hilfeleistung länger in dieser Haftanstalt bleiben können, wenn der Gefangene verstirbt.

Sie müssen dringend die Infektionsängste der Bediensteten thematisieren. Sie müssen klar und deutlich sagen: Erste Hilfe, Bisse, Schlägereien sind keine Infektionswege. Machen Sie klar und deutlich: Infektionswege sind der Vaginal- und der Analverkehr – nicht der Oralverkehr – sowie der IV-Drogenkonsum. Es gibt auch die Möglichkeit der Mutter-Kind-Übertragung, die wahrscheinlich aber in diesem Zusammenhang keine Rolle spielen wird. Machen Sie die Infektionswege klar und deutlich.

Wir haben ein Infektionsschutzgesetz. Es ist immer wieder erschreckend, dass der Strafvollzug darüber wenige Kenntnisse hat. Natürlich ist in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich geregelt, wie mit Infektionskrankheiten umzugehen ist, wie die Meldung erfolgt usw. Der Justizvollzug ist namentlich zu Recht in § 36 Infektionsschutzgesetz bei den Hygieneplänen genannt. Im einschlägigen Kommentar zum Infektionsschutzgesetz werden Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen in Haftanstalten aufgeführt. Darunter befindet sich auch die Spritzenvergabe. Dieses Thema an dieser Stelle detailliert zu erörtern, würde zu weit führen. Aber das ist eine sinnvolle Maßnahme, die Sie an anderer Stelle noch einmal diskutieren sollten.

Wir führen keine Testkampagnen in Haftanstalten durch – nicht nur in NRW. Vielleicht testen wir demnächst in Berlin, weil die Zuständigen dort inzwischen durch unsere Anfragen einen anderen Umgang damit entwickelt haben. Der Hintergrund ist der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Für mich ist es ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, wie man mit Gesundheitsdaten Gefangener umgeht.

Natürlich ist es sinnvoll, Testkampagnen in Haftanstalten durchzuführen. Denn je früher Menschen behandelt werden, desto förderlicher ist es für ihre Gesundheit. Sie

gehen davon aus, dass Sie alle HIV-Positiven kennen. Aber das ist bei Weitem nicht der Fall. Viele verzichten auf ihre Behandlung. Sie bekommen draußen HIV-Medikamente. Wenn sie in die Haftanstalten kommen, nehmen sie keine HIV-Medikamente, weil sie nicht wollen, dass ihre HIV-Infektion in der Haftanstalt bekannt ist. Was ist das Resultat? Die Viruslast steigt. In zwei Momenten besteht eine sehr hohe Viruslast: bei einer frischen Infektion, wenn die meisten noch nichts von ihrer Infektion wissen, und infolge von AIDS, wenn auch nicht behandelt wird. Das heißt: Mit Ihren Verfahrensweisen riskieren sie erstens die Gesundheit der Gefangenen und zweitens erhöhte Viruslasten, was insbesondere in Risikosituationen höchst bedenklich ist.

NRW ist das einzige Bundesland, das so verfährt. Bayern und Baden-Württemberg sind nicht für revolutionären Umgang mit Gefangenenrechten usw. bekannt. Dort liegen nicht viele Beschwerden von Gefangenen und Bediensteten vor, weil dort anders als in Nordrhein-Westfalen verfahren wird.

Die Deutsche AIDS-Hilfe verteilt Präventionsurkunden für die Einhaltung von Minimalstandards der HIV- und Hepatitisprävention. 30 Haftanstalten haben wir ausgezeichnet, darunter meines Wissens keine einzige aus Nordrhein-Westfalen. Das würde ich gern anders machen.

Zum Tätowieren und Piercen: Nach meiner Kenntnis gibt es eine Haftanstalt in Deutschland, in Sachsen-Anhalt, die einem professionellen Tätowierer Zugang erlaubt. Dieses Angebot zu schaffen, ist aus unserer Sicht eine sinnvolle Maßnahme. Denn trotz der Zurverfügungstellung von sterilen Nadeln gibt es unter den Umständen im Knast immer noch viele Infektionswege für Hepatitis C.

Zu den Kondomen: Vorhin wurde diskutiert, dass zu viele Kondome mitgenommen und missbräuchlich benutzt werden. Der Drogenhandel im Knast wird unabhängig davon geführt werden, ob Kondome zur Verfügung stehen oder nicht.

Eine Fürsorgepflicht besteht gegenüber Gefangenen und Bediensteten. Wir teilen diese Auffassung natürlich. Aber denken Sie daran, tatsächlich Präventionsmaßnahmen zu ergreifen. Wir haben immer wieder gesagt, dass es nicht ausreicht, lediglich zu informieren. Sie sind verpflichtet, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen. Stellen Sie Kondome und sterile Spritzen zur Verfügung. Informieren Sie die Gefangenen über Übertragungswege. Solche Maßnahmen sind sinnvoll und evidenzbasiert; Sie sollten sie ergreifen.

**Dr. Claudia Kramer-Cannon (Ärztchamber Nordrhein/Ärztchamber Westfalen-Lippe):** Die Frage nach der Aufhebung des Erlasses kann man nur bejahen. Die Anhörung hat aber gezeigt, wie vielschichtig das Thema ist und welche Aspekte dabei zu berücksichtigen sind. Wenn ich Herrn Biesenbach richtig verstanden habe, gründete sich seine Äußerung auf ein Aha-Erlebnis. Er ist zu dem aus meiner Sicht einzig logischen Schluss gekommen, wenn man überlegt, in welcher Form man strukturiert, Schwerpunkte setzen und eine Argumentationskette machen will.

Herr Schäferhoff, Sie haben gesagt, Sie vermissten den Aspekt von Sicherheit und Ordnung. Ich habe ihn zu Anfang meiner Ausführungen auch gebracht. Sie haben völlig recht: Das ist aus dem praktischen Leben.

Als Vertreterin der Ärztekammern komme ich von einer anderen Seite: Wenn Sie aus meiner Sicht von einer falschen Prämisse ausgehen, ist die gesamte Argumentationskette in sich zwar sicherlich logisch, aber die Prämisse am Anfang bleibt falsch. Aus meiner Sicht gehen Sie von der falschen Prämisse aus, dass man eine vertretbare und erstrebenswerte Sicherheit hat, wenn man den Infektionsstatus weiß. In diesem Fall müsste man das alles unter „Infektion“ subsumieren. Dann kommt das, was Herr Prof. Walter gesagt hat. Dann verdreht sich das Ganze und wird der Regelfall.

Bei der Klientel in Justizvollzugsanstalten muss ich annehmen, dass jeder potenziell infiziert sein kann. Wenn wir uns anschauen, müsste man sagen, dass dies auch potenziell für jeden von uns zutrifft.

(Zustimmung von Rüdiger Wächter, AIDS-Hilfe NRW e. V.)

So sehr unterscheidet sich die Klientel in einer Haftanstalt nicht von uns in diesem Ausschuss.

(Heiterkeit)

– Stopp. Ich habe das nicht unter dem Gesichtspunkt der kriminellen Energie gesehen, sondern ich habe es unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Lage betrachtet. Ich gehe davon aus, dass ich in allen Fällen negativ bin. Aber ich kann Ihnen das durch keinen Test belegen.

(Peter Biesenbach [CDU]: Die Zusammensetzung der Risikogruppe ist ein Stück weit anders! – Gegenruf: Was ist die Risikogruppe?)

– Damit machen wir ein neues Fass auf. Es wäre sicherlich spannend, mit Ihnen zu diskutieren und zu schauen, zu welchen Schlüssen wir am Ende kämen.

Wenn man sieht, dass die Eingangsprämisse zwar nicht stimmt, Ihre Forderungen aber eine Berechtigung haben, müsste man völlig neu anfangen zu denken. Wenn man sich auf die Eingangsprämisse einigt, dass damit keine Sicherheit herzustellen ist, frage ich: Wie sind die Anforderungen mit Blick auf Sicherheit und Ordnung? Wie kann man die anders umsetzen?

Mir ist Folgendes durch den Kopf gegangen – ich betrachte das nicht mit Blick auf den Ressourceneinsatz –: Was würde passieren, wenn jeder Ihrer Kollegen so gewappnet in den Justizvollzugsanstalten losmarschieren würde, dass ihm nichts passieren kann? – Zwar stellt sich die Frage, was dafür im Haushalt veranschlagt werden müsste, aber ich frage: Wie teuer ist uns die Ehrlichkeit in der Argumentation, ohne Schein- und Hilfsargumente zu bemühen, die nicht zutreffend sind?

**Hermann-Josef Bausch-Hölterhoff (JVA Werl, Anstaltsarzt):** Vorab: Die gegenwärtige Regelung, dass die Umschlusspartner informiert werden müssen, halte ich für entbehrlich. Nicht nur aufgrund der Diskussion, sondern aufgrund meiner täglich-

chen Erfahrung als Betriebsarzt mit den Bediensteten finde ich es unerlässlich, eine Möglichkeit zu finden, Informationen, die von arbeitsschutzrelevanter Bedeutung sind, die für die Gefährdungsbeurteilung von enormer Bedeutung sind, die für eine professionelle Risikobewertung von großer Bedeutung sind, irgendwie auf einem legalen Weg weitergeben zu können.

Das darf nicht nach dem Motto passieren: Gelebte Praxis. Wir schaffen den Erlass ab. Dann machen wir es aus der Hüfte. Ich möchte für mich, für meine Kollegen und für die Anstaltsleiter eine Chance, zum Beispiel in § 182 Strafvollzugsgesetz irgendetwas dazu zu finden. Nicht nur die Bediensteten brauchen Informationen zur Bewertung des Patienten, weil sie nicht nur für sich sicher sein wollen, sondern weil sie beispielsweise im Rahmen von Verträglichkeitsprüfungen auf der Zelle bewerten müssen, wen sie mit wem zusammentun können. Wer funktioniert mit wem? Wer nimmt beispielsweise ein hohes Risiko in Kauf? Wer ist psychotisch-durchgeknallt? Wer wäre in der Lage, mit einer Spritze loszumarschieren? Wer macht Menschen Angst?

Wir erleben in den Haftanstalten, dass das gewollt wird. Ich erlebe eine große Angst bei den Bediensteten, wenn sie zu mir kommen und sagen: Ich habe in ein Tätowierbesteck oder in eine Nadel gegriffen. Ich habe mich bei einem Übergriff beim Verbringen in den Haftraum verletzt. – Ich sehe diese Augen. Ich sehe, wie regelmäßig compliant sie zu mir kommen. Ich sehe, wie schnell sie bereit sind, ihren eigenen AIDS-Test zu machen. Ihr erster Test ist immer ihr eigener; das ist keiner von den Patienten.

Ich möchte Rechtssicherheit: Wie kann ich als Anstaltsarzt auf die Fragen, die gestellt werden, ordentliche Antworten geben? Wie kann das sein? Wie weit verletze ich den Datenschutz? Wie weit darf ich mich aus dem Fenster lehnen, ohne die Schweigepflicht zu verletzen oder unter der Einschränkung von Schweigepflicht? Denn sonst werden Informationen auch weitergegeben; dann wird das gelebte Praxis. Das wäre viel schlimmer, weil dann Parolen unterwegs wären. Halbwissen wäre viel schlimmer als das Wissen.

Ich möchte Folgendes nicht erleben: Weg damit. Dann schauen wir mal. Dann müssen das die Ärzte irgendwie regeln. – Wir brauchen Klarheit.

Gestatten Sie noch einige Sätze – ich habe noch die Ausführungen von Herrn Hösl im Ohr –: Ich bin Frau Knorr sehr dankbar, dass sie Situationen beschreibt, in denen Patienten draußen in Behandlung sind, dies aber nicht mitteilen. Solche Patienten haben wir auch. Wir haben aber nicht nur israelische Chirurgen dort, sondern Patienten, die teilweise die Fünferkombination nicht nehmen. Wir haben non-compliant HIV-Positive. Wir haben HIV-Positive, die draußen nicht die 10 € für die Praxisgebühr hatten, um sich behandeln zu lassen. Sie sind glücklich, dass sie wieder zu mir in den Knast kommen, damit sie wieder ordentlich behandelt werden.

Wir haben nicht nur Infektionsrisiken von null, wie es eben beschrieben wurde. Ich will das nicht verharmlosen. Wir haben ein großes Problem – das haben wir bei den letzten großen Tagungen erwähnt –: Wir haben nicht nur gebildete, wohlhabende, homosexuelle HIV-Positive, sondern wir haben Süchtige, die ganz andere Probleme

haben. Das muss man klar sehen. Wir haben eine spezielle Klientel, die wir beurteilen müssen und mit der wir jeden Tag zu tun haben.

Ich hätte gern eine Situation für diese Patienten, in der jeder jederzeit einen HIV-Test machen kann, ohne Muffe zu haben. Denn wir machen keine anonymen HIV-Tests. Wer kommt und einen haben möchte, bekommt jederzeit einen – jedenfalls bei mir. Aber natürlich ist die Konsequenz: Ich schicke das nicht weg, gebe ihnen das, sie bekommen das eingetütet. – Das habe ich noch nicht gemacht. Vielleicht würde ich das machen, wenn es kurz vor Ende der Haft ist, nach dem Motto: Bevor ich wieder in die freie Wildbahn gehe, will ich wissen, wie es um mich steht. – Unter diesen Bedingungen könnte ich mir einen anonymen HIV-Test vorstellen, bei dem ich nur das Ergebnis mitgebe.

Aber wir brauchen eine Möglichkeit, Informationen qualifiziert weiterzugeben, damit die Kollegen so professionell agieren können, wie sie es heute tun, beispielsweise bei der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen. Das ist mir sehr wichtig.

Die erste Frage mit der Richtigstellung zur Kontagiosität habe ich hoffentlich beantwortet. Wir haben auch Situationen, in denen Leute als hoch infektiös anzusehen sind. Dann stimmen Aussagen wie „Der kann Oralverkehr haben“ usw. nicht mehr, sondern dann liegen Situationen vor, in denen es anders sein kann.

Für den normalen Bürger ist es schon schwierig beim Risiko zu differenzieren, nach dem Motto: Vaginalverkehr – ja, anal – weniger, oral – gar nicht. – Er sagt: Virus ist Virus. Wenn er überall ist, löst das Ängste aus.

Natürlich hat Frau Knorr recht, wenn sie fordert, dass wir noch mehr für die Informierung tun müssen. Bei unseren großen Dienstbesprechungen hat sich bewährt, darüber lange zu sprechen. Weiterhin sollte man vorleben, wie man das macht.

Eben wurde das Thema Erste Hilfe genannt. Dabei ist es wichtig, den Leuten zum Beispiel die Möglichkeit der Beatmung mittels eines speziellen Mundstücks zur Verfügung zu stellen. Man muss ihnen die Mittel an die Hand geben. Wenn man das nicht tut, darf man sich nicht wundern, dass sie diese nicht einsetzen. Wir geben jedenfalls unseren Leuten diese Mittel an die Hand, denn wir wissen um die Ängste. Wir müssen mit ihnen reden und tun das auch.

Die Zahl derer, die sich untersuchen lassen, muss hoch sein. In der JVA Werl weiß ich: Von 870 Insassen sind ca. 72 Hepatitis-C-positiv, ungefähr 18 haben Hepatitis B. 16 oder 17 – die Zahl schwankt, es gibt Entlassungen – sind HIV-positiv. Für sie muss man eine Atmosphäre schaffen, in denen jeder das Gefühl hat, dass er sich untersuchen lassen kann. Einige werden sich nicht untersuchen lassen; das ist keine Frage.

Einzig die Information, das Wissen, dass wir die Patienten untersuchen dürfen und dass angstfrei untersucht wird, schützen uns am meisten. Das ist eingängig für unser Personal. Das klappt nur, wenn wir Situationen schaffen, in denen niemand Diskriminierungen zu befürchten hat – unabhängig von anderen Gründen, warum man ihn nicht mit einem bestimmten anderen Gefangenen zusammenschließt.

Das ist auch wichtig mit Blick auf die Postexpositionsprophylaxe, zu der Herr Wolf gefragt hatte. Für die Postexpositionsprophylaxe gibt es ein Zeitfenster von zwei bis vier Stunden – das wird unterschiedlich diskutiert –, in dem ich die Chance habe, einen Bediensteten oder einen Gefangenen mit Risikokontakt bei vernünftiger Risikoabwägung zu behandeln. Deshalb bin glücklich darüber, dass sich viele Insassen häufig untersuchen lassen. Aber das schützt uns nicht. Wir müssen in so einem Moment die Leute untersuchen. Das können wir.

In einer bestimmten Situation hat jemand gesagt, es sei ihm egal, dass sich eine Zahnarzthelferin gestochen habe. Ihm habe ich deutlich gemacht, sich in kürzester Zeit – unter zwei Stunden – entweder untersuchen zu lassen oder ihm zwangsweise Blutserum zu entnehmen. Wir haben die Möglichkeiten, daran zu kommen. Aber es ist natürlich schöner, das in einer Atmosphäre der Wissenden zu tun.

Wir behandeln die Leute. Es ist völlig illusorisch zu behaupten, dass im Knast nicht herauskäme – für die Ausführungen bin ich der Kollegin sehr dankbar –, dass jemand HIV-positiv ist. Das kommt auch auf anderen Wegen heraus. Wo leben wir? Wir leben mit diesen Patienten Tag für Tag und Tür an Tür zusammen. Der Umgang ist so normal, weil wir das so betreiben.

Deshalb ist die Regelung, es dem Umschlusspartner sagen zu müssen, schwierig. Wir brauchen sie nicht. Aber wir brauchen Informationen. Herr Prof. Walter, genau dabei müssen wir Sicherheit schaffen.

Zu den strategischen günstigen Stellen für Kondome: Auch wenn ich meine Kondome kaufe, muss ich an der Kasse vorbei. Es kann schon sein, dass jemand dabei gesehen wird. Nach meiner Erfahrung hat sich noch niemand dafür geniert. Sie kommen zu mir und sagen: Doc, haste mal 'ne Handvoll Kondome? – Dann greife ich in meine Schublade und gebe sie ihm. Auch wenn ein Journalist mich fragt, ob ich welche habe, gebe ich sie ihm. Dafür bin ich bekannt.

Auch dabei ist es so: Das sind erwachsene Männer. Diejenigen, die homophil sind, kennen wir. Sie machen auch keinen Hehl daraus. Wir kennen auch die, die es weniger sind oder die sich ab und zu für Drogen prostituieren. Auch das wissen und sehen wir. Denn wir schauen hin. Das passiert nicht alles hinter der Tür, Herr Stöver. Deshalb bin ich ein Stück weit entspannt.

Von Frau Schiewe und Herrn Schäferhoff ist klargemacht worden: Eine Information wird verlangt. Sie muss auf legalem und rechtmäßigem Weg an ein Behandlungsteam kommen. Denn wir haben keinen Knast mehr, in dem der Arzt losgelöst allein Menschen behandelt und nichts weitersagt. Das ist Quatsch. Es gibt Informationen, die fließen. In mancher Hinsicht ist das auch für den Patienten von Vorteil. Er ist manchmal froh darüber.

Sie hatten gefragt: Wie ist es, wenn jemand die Erstdiagnose gestellt bekommt? Natürlich wissen wir, dass wir diesem Menschen eine ganz ernste Diagnose stellen. Gott sei Dank kann ich diesem Patienten anders als in den 80er-Jahren sagen, dass es mittlerweile Möglichkeiten gibt, die Viruslast so zu drücken, dass wir ihn lange Zeit gesund erhalten können. Das ist ein riesiger Vorteil. Ich erinnere mich an andere Diskussionen Anfang der 80er-Jahre, als wir das alles nicht sagen konnten. Auch



damals sind wir damit natürlich sensibel umgegangen. Denn die Stellung der Erstdiagnose und die Mitteilung an den Patienten sind ganz wichtige ärztliche Tätigkeiten. Ein solcher Patient bleibt auch nicht allein.

Zuletzt vor etwa vier Monaten habe ich das einem Gefangenen gesagt. Natürlich habe ich gefragt: Sind Sie allein auf der Zelle? Ist jemand da, mit dem Sie umgehen können? Nennen Sie mir jemanden. – Natürlich schicke ich ihn nicht einfach raus und sage ihm, irgendein Pfarrer oder sonst jemand solle sich um ihn kümmern. Ihn in dieser Situation zu betreuen, gehört zu meinen originären Aufgaben, jedenfalls aus meiner Sicht.

Deshalb sieht es bei mir vielleicht ein bisschen anders aus. Ich will mich durchaus nicht loben. Wir müssen Rechtssicherheit schaffen, weil wir das gesamte Behandlungsteam einbeziehen. Aber das gilt für alle infektiösen Krankheiten. Ich habe, wie gesagt, viel mehr Hepatitis-C-Infizierte als andere Infizierte.

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Danke für diese Antwortrunde. – Wünscht sonst noch jemand das Wort?

**Angelika Rhouzzal (AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V.):** Ich hatte vergessen zu sagen, dass ich natürlich für die Abschaffung dieser Regelung bin.

**Vorsitzender Dr. Robert Orth:** Das haben wir jetzt auch im Protokoll vermerkt. – Ich sehe keine weiteren Fragen. Ich danke allen Sachverständigen für die sehr intensive, aber auch sensible Gesprächsführung zu einem Thema, das uns heute sicherlich nicht zum letzten Mal beschäftigt. Wir sind alle aufgerufen, diese Anhörung auszuwerten, um unsere Schlüsse daraus zu ziehen. Ob wir sie gemeinsam oder nach Fraktionen differenziert ziehen können, muss man sehen.

Wir unterbrechen die Sitzung kurz und fahren um 15:45 Uhr mit der Bearbeitung der Tagesordnung fort.

(Die Sitzung wird kurz unterbrochen.)