

Aus dem Department für Diagnostische Labormedizin
der Universität Tübingen

Institut für Pathologie und Neuropathologie
Abteilung Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie

Hunde und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen
Potentielle Infektionsgefahr und juristische Einordnung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Kamps, Marius

2017

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. F. Wehner
2. Berichterstatter: Professor Dr. iur. Th. Clemens

Tag der Disputation: 01.04.2017

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Fragestellung | 2 |
| 2 | Material und Methodik | 3 |
| 2.1 | Studie | 3 |
| 2.1.1 | Rekrutierung der Studienteilnehmer | 3 |
| 2.1.2 | Aufbau des Fragebogens | 3 |
| 2.2 | Medizinischer Teil | 5 |
| 2.3 | Rechtlicher Teil | 6 |
| 3 | Ergebnisse | 7 |
| 3.1 | Ergebnisse der Studie | 7 |
| 3.1.1 | Studienteilnehmer | 7 |
| 3.1.2 | Ablehnung/Akzeptanz von Tieren in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen | 8 |
| 3.1.3 | Praxen ohne/mit Gesundheitsgefährdung | 8 |
| 3.1.4 | Gesamtzahl der Tiere in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen | 9 |
| 3.1.5 | Chi-Quadrat für die Gesamtzahl der Tiere | 10 |
| 3.1.6 | Tiere vom Praxisinhaber/Personal in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen | 10 |
| 3.1.7 | Chi-Quadrat für die Tiere vom Praxisinhaber/Personal | 11 |
| 3.1.8 | Tiere von Patienten in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen | 11 |
| 3.1.9 | Chi-Quadrat für die Tiere von Patienten | 12 |
| 3.1.10 | Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Arztpraxen | 12 |
| 3.1.11 | Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Psychotherapeutenpraxen | 13 |
| 3.1.12 | Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Arztpraxen | 14 |

| | | |
|----------|---|----|
| 3.1.13 | Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Psychotherapeu- tenpraxen | 15 |
| 3.1.14 | Weitere Ergebnisse des Fragebogens | 16 |
| 3.2 | Medizinischer Teil | 17 |
| 3.2.1 | Einleitung | 17 |
| 3.2.2 | Erreger, die durch Biss-/und Kratzverletzungen sowie blo- ßen Kontakt übertragen werden können | 17 |
| 3.2.2.1 | Bartonella spp. | 18 |
| 3.2.2.2 | Bergeyella zoohelcum | 18 |
| 3.2.2.3 | Capnocytophaga canimorsus | 19 |
| 3.2.2.4 | Clostridium tetani | 19 |
| 3.2.2.5 | Katzenpocken | 20 |
| 3.2.2.6 | Leptospira spp. | 20 |
| 3.2.2.7 | Microsporium canis | 21 |
| 3.2.2.8 | Moraxella spp. | 21 |
| 3.2.2.9 | Neisseria spp. | 21 |
| 3.2.2.10 | Pasteurella spp. | 22 |
| 3.2.2.11 | Rabies-Virus | 22 |
| 3.2.2.12 | Staphylokokkus aureus | 22 |
| 3.2.2.13 | Staphylokokkus intermedius | 23 |
| 3.2.2.14 | Weitere Erreger | 23 |
| 3.2.3 | Erreger, die über Ausscheidungen übertragen werden können | 24 |
| 3.2.3.1 | Campylobacter spp. | 24 |
| 3.2.3.2 | Clostridium difficile | 24 |
| 3.2.3.3 | Enterococcus spp. | 25 |
| 3.2.3.4 | Escherichia coli | 25 |
| 3.2.3.5 | Giardia intestinalis | 25 |
| 3.2.3.6 | Salmonella spp. | 26 |
| 3.2.3.7 | Toxoplasma gondii | 26 |
| 3.2.3.8 | Yersinia enterocolitica | 27 |
| 3.2.4 | Ektoparasiten, Endoparasiten und die damit verbundenen Erreger | 27 |
| 3.2.4.1 | Flöhe | 27 |
| 3.2.4.2 | Krätze/Skabies | 28 |
| 3.2.4.3 | Läuse | 28 |
| 3.2.4.4 | Zecken | 28 |
| 3.2.4.5 | Echinococcus spp. | 29 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.2.4.6 | Toxocara spp. | 29 |
| 3.2.4.7 | Borrelia burgdorferi | 29 |
| 3.2.4.8 | Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus | 30 |
| 3.2.4.9 | Rickettsia spp. | 30 |
| 3.2.5 | Allergien | 31 |
| 3.2.5.1 | Can f 1 & Can f 2 | 31 |
| 3.2.5.2 | Fel d1 | 31 |
| 4 | Diskussion | 32 |
| 4.1 | Diskussion der Studie | 32 |
| 4.2 | Diskussion der medizinischen Untersuchung | 35 |
| 5 | Juristischer Teil | 38 |
| 5.1 | Infektionsschutzgesetz | 38 |
| 5.1.1 | § 23 Abs. 1 und 2 IfSG | 38 |
| 5.1.2 | Rechtliche Unterscheidung zwischen Richtlinien und Empfehlungen | 39 |
| 5.1.3 | § 23 Abs. 3 IfSG | 41 |
| 5.1.4 | Maßnahmen und Sanktionen bei Verstößen gegen die Sicherstellungspflicht gemäß § 23 Abs. 3 IfSG | 44 |
| 5.1.4.1 | § 17 Abs. 2 IfSG (lex specialis) | 44 |
| 5.1.4.2 | § 16 Abs. 1 IfSG (lex generalis) | 50 |
| 5.1.4.3 | Polizeiverordnung zum Verbot der Anwesenheit von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen | 55 |
| 5.2 | Arbeitsschutzgesetz | 56 |
| 5.2.1 | § 1 ArbSchG | 57 |
| 5.2.2 | § 3 ArbSchG | 57 |
| 5.2.3 | § 4 ArbSchG | 57 |
| 5.2.4 | § 5 ArbSchG | 57 |
| 5.2.5 | Maßnahmen und Sanktionen bei einem Verstoß gegen das ArbSchG | 60 |
| 5.3 | SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung | 63 |
| 5.3.1 | Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung | 63 |
| 5.3.2 | Träger der gesetzlichen Unfallversicherung | 63 |
| 5.3.3 | Versicherter Personenkreis | 63 |
| 5.3.4 | Kernaufgabe Prävention | 64 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5.3.5 | Maßnahmen und Sanktionen bei einem Verstoß gegen das SGB VII | 65 |
| 5.3.6 | Stellungnahme der BGW vom 17.04.2014 | 65 |
| 5.3.7 | Eigene Bewertung | 66 |
| 5.4 | Sondervorschriften für besondere Arten von Hunden | 67 |
| 5.5 | Hausrecht nach Grundgesetz (GG) und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) | 68 |
| 5.5.1 | Hausrecht nach GG | 68 |
| 5.5.2 | Hausrecht nach BGB als Eigentümer | 69 |
| 5.5.3 | Hausrecht nach BGB als Mieter | 69 |
| 5.5.4 | Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch gemäß § 1004 BGB | 70 |
| 5.6 | Gefahren für die Approbation | 70 |
| 5.7 | Blindenhunde/Assistenzhunde | 72 |
| 5.8 | Rechtliche Überlegungen de lege ferenda | 73 |
| 6 | Zusammenfassung | 74 |
| 7 | Literaturverzeichnis | 77 |
| 8 | Eigenanteil | 90 |
| 9 | Danksagung | 91 |
| 10 | Abbildungen | 92 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|--|
| A.A. | Andere Auffassung |
| a.a.O. | am angegebenen Ort |
| Abs. | Absatz |
| Alt. | Alternative |
| ArbSchG | Arbeitsschutzgesetz |
| ArbSchGZuVO | Arbeitsschutzgesetz-Zuständigkeitsverordnung |
| ArbSchR | Arbeitsschutzrecht |
| ART | Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie |
| Art. | Artikel |
| Aufl. | Auflage |
| Bd. | Band |
| Beschl. v. | Beschluss vom |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BGBl. | Bundesgesetzblatt |
| BGW | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts- pflege |
| BioStoffV | Biostoffverordnung |
| BSeuchG | Bundesseuchengesetz |
| BT-Drs. | Bundestagsdrucksache |
| Buchst. | Buchstabe |

| | |
|---------|---|
| BVerfG | Bundesverfassungsgericht |
| BVerfGE | Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts |
| BVerwG | Bundesverwaltungsgericht |
| BW | Baden-Württemberg |
| BÄO | Bundesärzteordnung |
| COPD | Chronic obstructive pulmonary disease |
| CSD | Cat-scratch Disease |
| DGUV | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung |
| e.V. | eingetragener Verein |
| EHEC | Enterohämorrhagischer Escherichia coli |
| et al. | et alii/aliae |
| GBI. | Gesetzblatt |
| GefHG | Gefahrenhundegesetz |
| GG | Grundgesetz |
| ggf. | gegebenenfalls |
| GMBI. | Gemeinsames Ministerialblatt |
| GVOBl. | Gesetz- und Verordnungsblatt |
| HIV | Humanes Immundefizienz-Virus |
| Hrsg. | Herausgeber |
| HuV BW | Polzeiverordnung über das Halten gefährlicher Hunde |
| i.d.F. | in der Fassung |
| i.S.v. | im Sinne von |
| i.V.m. | in Verbindung mit |
| IfSG | Infektionsschutzgesetz |

| | |
|------------|--|
| ImSchZuVO | Immissionsschutz-Zuständigkeitsverordnung |
| KRINKO | Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention |
| LGA | Landesgesundheitsamt |
| LVwG | Landesverwaltungsgesetz |
| LÄK | Landesärztekammer |
| MRSA | Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus |
| Nds SOG | Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung |
| Nds. GVBl. | Niedersächsisches Gesetz - und Verordnungsblatt |
| Nr. | Nummer |
| Nrn. | Nummern |
| NVwZ | Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht |
| o.ä. | oder ähnliches |
| OVG | Oberverwaltungsgericht |
| OWiG | Gesetz über Ordnungswidrigkeiten |
| PolG BW | Polizeigesetz Baden-Württemberg |
| PsychThG | Psychotherapeutengesetz |
| RGBl. | Reichsgesetzblatt |
| RKI | Robert Koch-Institut |
| Rn. | Randnummer |
| S. | Seite; Satz im Zusammenhang mit der Angabe von Paragraphen |
| s.l. | sensu lato |
| SeuchRNeuG | Seuchenrechtsneuordnungsgesetz |
| SGB | Sozialgesetzbuch |

| | |
|----------|---|
| sp. nov. | species nova |
| spp. | species pluralis |
| TRBA 250 | Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe |
| u.a. | unter anderem |
| v. | vom |
| VG | Verwaltungsgericht |
| VGH | Verwaltungsgerichtshof |
| vgl. | vergleiche |
| WBO | Weiterbildungsordnung |
| z.B. | zum Beispiel |
| ZNS | Zentrales Nervensystem |

1 Einleitung

Die Verbindung zwischen Mensch und Tier, insbesondere Hund und Katze, besteht schon seit Menschengedenken. Liebhaber der Vierbeiner finden sich auch unter Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (künftig nur noch: Ärzte und Psychotherapeuten genannt). Die Liebe geht manchmal so weit, dass sich die Besitzer auch während der Arbeitszeit oder einer ambulanten ärztlichen Behandlung nicht von Ihren tierischen Begleitern trennen können. In der Arztzeitschrift „Der Allgemeinarzt“ wurde dieses Thema - soweit ersichtlich - im Jahr 2014 erstmals dahingehend behandelt, ob Tiere in der Arztpraxis zulässig sind. Der Autor des Kurzartikels „Hund in der Sprechstunde - Muss der Vierbeiner draußen bleiben“, der Tierarzt Mittermaier, schilderte den Fall, dass ein Hausarzt seine Urlaubsvertretung nicht davon abhalten konnte, dessen Hund mit in die Sprechstunde zu nehmen. Im beschriebenen Artikel erklärt der Autor, dass keine Gesetzesnorm bestehe und der Praxisinhaber durch das Hausrecht entscheiden könne, ob Tiere in den Praxisräumlichkeiten erlaubt sind oder nicht. Wenn in diesem Zusammenhang ein Schaden an Personal oder Patienten entstehe, würde dieser gemäß § 833 Satz 1 BGB ausgeglichen werden müssen.

In den vorausgegangenen, umfangreichen Recherchen zu der hier vorgelegten Arbeit konnte keine weitere Untersuchung zu diesem Thema gefunden werden. Dies führte zu der Idee der vorliegenden Arbeit mit den folgenden Teilen:

- Studie mit einem Fragebogen zu den Häufigkeiten von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen und gegebenenfalls entstandenen Gesundheitsgefährdungen.
- Medizinische Untersuchung der potentiellen Infektionsgefahren für Menschen durch Hunde und Katzen in der Praxis.
- Die Auseinandersetzung mit der rechtlichen Relevanz dieses Themas.

1.1 Fragestellung

Folgende Fragen wurden mit Hilfe der Studie, der medizinischen Untersuchung und der Auseinandersetzung mit der rechtlichen Relevanz beleuchtet:

- Wie viele Ärztinnen und Ärzte bringen Hunde und Katzen mit in Ihre Praxis?
- Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten bringen Tiere mit in ihre Praxis?
- Dürfen die Patienten ihre Tiere mit in die Sprechstunde bringen?
- Wo dürfen sich die Tiere aufhalten?
- Gab es im Zusammenhang mit den anwesenden Tieren Gesundheitsgefährdungen?
- Wurden eventuell rechtliche Konsequenzen gezogen?
- Wie gefährlich sind Hunde und Katzen als etwaige Infektionsquelle für den Menschen?
- Welche Krankheitserreger können von Hunden und Katzen auf den Menschen übertragen werden?
- Welche Folgen können diese für die Gesundheit des Menschen haben?
- Welche Gesetze regeln die Anwesenheit eines Tieres in der Praxis?

2 Material und Methodik

2.1 Studie

2.1.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte über das Internet. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg stellt auf ihrer Homepage unter der Adresse www.arztsuche-bw.de eine Suchfunktion nach Kassenärzten und Kassenpsychotherapeuten zur Verfügung. Die Suche kann u.a. auf Landkreise eingegrenzt werden. Ausgewählt wurden die Landkreise Tübingen und Freiburg. Aus diesen wiederum wurden diejenigen Ärzte und/oder Psychotherapeuten ausgewählt, welche eine Emailadresse oder eine Homepage, auf der eine Emailadresse hinterlegt ist, angegeben hatten. (Stand: 6. Oktober 2014) Dadurch konnten im Landkreis Tübingen 321 Ärzte und Psychotherapeuten erreicht werden. Im Landkreis Freiburg waren es 354 Studienteilnehmer. Die Gesamtzahl belief sich somit auf 675. Diese ausgewählten Teilnehmer wurden mit einer ersten Email angeschrieben, der der entwickelte Online-Fragebogen per Link beigelegt war (siehe Anhänge). Aufgrund einer zunächst geringen Teilnahme wurde nach ca. 14 Tagen eine Erinnerungsemail versandt (siehe Anhang).

2.1.2 Aufbau des Fragebogens

Der Online-Fragebogen weist insgesamt 29 Fragen auf. Er folgt einer Baumstruktur, was bedeutet, dass nicht jeder Teilnehmer alle Fragen zu beantworten brauchte, aber zum Teil Mehrfachnennungen möglich waren. Die Titelseite nahm die erste Seite ein und bekam deshalb die arabische Zahl 1, so dass die erste Frage für die Teilnehmer nach ihrer Fachrichtung mit der arabischen Zahl 2 beziffert wurde (Frage 2). Daraufhin sollte der Teilnehmer angeben, ob er und/oder sein Personal einen Hund und/oder eine Katze oder keines dieser Tiere besitzt (Frage 3). Die folgende Frage (Frage 4) sollte klären, ob der Arzt/Psychotherapeut und/oder eine/r seiner Angestellte/n ihre/n Katze und/oder Hund mit in die Pra-

2 Material und Methodik

xis bringt. Wenn diese Frage mit "Ja" beantwortet wurde, folgte darauf die Frage, um welches Tier, also Hund oder Katze, es sich handelte (Frage 4.1.1), wobei Mehrfachnennungen zugelassen wurden. Die nächste Frage (Frage 4.2.1) zielte auf die Örtlichkeiten ab, in denen sich diese Tiere aufhalten dürfen. Auch hier gab es die Option der Mehrfachnennungen. Anschließend wurde gefragt, ob Patienten ihre/n Katze und/oder Hund mit in die Praxis bringen dürfen (Frage 5). Diese Frage folgte auch auf Frage 4, wenn eben diese mit "Nein" beantwortet wurde. Wenn Frage 5 mit "Ja" beantwortet wurde, kam wieder die Frage, welches Tier mit in die Praxis gebracht werden durfte (Frage 5.1.1). Hier waren wieder Mehrfachnennungen erlaubt. Darauf folgte, wie bei der Unterfrage 4.2.1, die Frage nach den Aufenthaltsorten der Tiere der Patienten (Frage 5.2.1), ebenfalls mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Für den Fall, dass Frage 4 und Frage 5 mit "Nein" beantwortet wurden, folgte die letzte Seite des Fragebogens mit dem Dank für die Beteiligung an der Umfrage mit dem Gliederungspunkt 7. Die Umfrage war damit beendet. Wurden dagegen Frage 4 und/oder Frage 5 mit "Ja" beantwortet, wurden die Teilnehmer in Frage 6.1 danach gefragt, ob es Gesundheitsgefährdungen im Zusammenhang mit einem Tier gab. Wenn diese Frage mit "Nein" beantwortet wurde, folgte wieder die letzte Seite und die Umfrage war ebenfalls beendet. Wurde Frage 6.1 jedoch mit "Ja" beantwortet, folgte die Frage, mit welchem Tier es Gesundheitsgefährdungen gegeben hatte (Frage 6.1.1.1). Wurde die Frage mit der Antwortmöglichkeit "Hund" beantwortet, sollte der Teilnehmer spezifizieren, um was für eine Gesundheitsgefährdung es sich gehandelt hatte (Frage 6.1.2.1). Die Antwortmöglichkeiten waren "Kratzverletzungen", "Bissverletzungen", "Infektionen", "Urinieren/Defäkieren in Praxisräumlichkeiten" und "Sonstiges", wobei "Sonstiges" direkt in einem Textfeld näher erläutert werden konnte. Es bestand die Möglichkeit, mehrere Antworten gleichzeitig anzukreuzen. Hatte der Teilnehmer "Kratzverletzungen" angegeben, sollte er spezifizieren, an welcher Stelle der Hund gekratzt hatte und wie diese Verletzung behandelt wurde (Frage 6.1.2.1.1.1). Wurde dagegen "Bissverletzungen" angeklickt, sollte der Teilnehmer erläutern, an welcher Stelle gebissen und wie die Verletzung behandelt wurde (Frage 6.1.2.1.2.1). Zur Frage nach den "Infektionen" folgte die Frage, welche Infektion vorlag und wie sie behandelt wurde (Frage 6.1.2.1.3.1). Wenn die Frage 6.1.1.1 mit der Antwortmöglichkeit "Katze" beantwortet wurde, folgten analog zur Antwortmöglichkeit "Hund" die gleichen Fragen, nur eben im Bezug auf Katzen. Frage 6.1.3.1 zielte auf die verschiedenen Gesundheitsgefährdungen mit "Kratzverletzungen", "Bissverletzungen", "Infektionen", "Urinieren/Defäkieren in Praxisräumlichkeiten" und "Sonstiges" ab. Wenn die Antwortmöglichkeit "Kratz-

verletzungen“ angeklickt wurde, sollte mit Frage 6.1.3.1.1.1, analog zu Frage 6.1.2.1.1.1, wieder der Ort der Verletzung und deren Behandlung benannt werden. Auf die gleiche Fragestellung zielt Frage 6.1.3.1.2.1, in Entsprechung zu Frage 6.1.2.1.2.1, ab, wenn “Bissverletzungen” angeklickt wurde. Auf die Auswahl “Infektionen” folgte Frage 6.1.3.1.3.1, vergleichbar mit Frage 6.1.2.1.3.1, mit den Fragen nach der Infektionsart und deren Behandlung. Nachdem alle Fragen sowohl im Zusammenhang zu Hunden und Katzen beantwortet wurden, wurde der Teilnehmer gefragt, ob es rechtliche Konsequenzen gab (Frage 6.1.4.1). Beantwortete er „Nein“, folgte die letzte Seite und der Fragebogen war beendet. Wurde jedoch “Ja” angeklickt, folgte Frage 6.1.4.1.1.1, in der die Teilnehmer angeben sollten, welche Art von rechtlichen Konsequenzen es gegeben hatte. Die Antwortmöglichkeiten waren aufgeteilt in “Strafrechtliche Konsequenzen”, “Zivilrechtliche Konsequenzen” und “öffentlich-rechtliche Konsequenzen”. Hier war wieder die Möglichkeit der Mehrfachantwort gegeben. Wurde “Strafrechtliche Konsequenzen” angeklickt, folgte Frage 6.1.4.1.1.1.1, bei der in einem Freitext erläutert werden sollte, welche Konsequenzen es gab. Nach demselben Schema wurden die Teilnehmer mit einem Freitext zur Mitteilung der Konsequenzen gebeten, wenn sie die Antwortmöglichkeit “Zivilrechtliche Konsequenzen” angeklickt (Frage 6.1.4.1.1.1.2.1) oder die Antwortoption “öffentlich-rechtliche Konsequenzen” ausgewählt hatten (Frage 6.1.4.1.1.1.3.1). Auf jede dieser Fragen folgte wieder die letzte Seite mit dem Dank für die Beteiligung an der Studie. Der Fragebogen war somit beendet.

2.2 Medizinischer Teil

Die Recherchen für diese Arbeit belaufen sich ausschließlich auf Public Medicine www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ und die darauf verlinkten Seiten. Zunächst wurde als Suchparameter „Clostridium tetani review“ gewählt. Aus den Ergebnissen wurden Artikel ausgewählt und bearbeitet. In den jeweiligen Literaturverzeichnissen wurde nach weiteren Quellen gesucht.

„Dog bite“ und „cat bite“ waren weitere Suchparameter, die mit ihren Ergebnissen und den in den Artikeln angegebenen Literaturverzeichnissen zu einer Vielzahl von „paper“ führte, die in dieser Arbeit als Quelle verwendet wurden. In Übersichtsarbeiten wie von Oehler *et al.* [1] wurden weitere potentielle Erreger, die von Hunden und Katzen auf den Menschen durch Bisse o.ä. übertragen werden können, erwähnt. Diesen Informationen wurde mit ähnlichen Suchparametern nachgegangen. Es wurde darauf geachtet, dass der Großteil der Literatur

aus der „westlichen“ Welt (Europa, Nordamerika, Japan) stammt und sich damit die hygienischen Standards auf einem ähnlichen Level befinden.

Frau Dr. med. Doris Reick, Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, erwähnte in ihrem Schreiben¹ [2] vom 25. Januar 2015 gegenüber dem Autor dieser Untersuchung einige Infektionen, die „Neben Biss- und Kratzverletzungen [...] auf den Menschen übertragbar[...]“ sind. Auf dieser Grundlage wurden die genannten Erreger mit Zusätzen wie „dog“/„cat“ bei Pubmed gesucht und die Ergebnisse ausgearbeitet.

Die in dieser Studie erwähnten Erreger und Parasiten sind nur eine Auswahl.

2.3 Rechtlicher Teil

Die in dieser Arbeit verwendeten juristischen Quellen entstammen dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), Arbeitsschutzrecht (ArbSchR), dem Sozialgesetzbuch (SGB) VII, der gesetzlichen Unfallversicherung, dem bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und dem ärztlichen Berufsrecht. Die Internetplattform www.juris.de beinhaltet jegliche Gesetze und Rechtsprechungen in Deutschland. Hier wurden auch die Recherchen für die verwendeten Urteile durchgeführt. Die Kommentare zu den jeweiligen Gesetzen liegen in der Universitätsbibliothek Tübingen zur Ansicht aus.

¹Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, persönliche Mitteilung vom 25. Januar 2015

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Studie

Nach der vorangegangenen Darstellung der Methodik, wie der für die Studie verwendete Fragebogen aufgebaut wurde, werden im Folgenden die Ergebnisse der Studie dargestellt.

3.1.1 Studienteilnehmer

Zunächst wird anhand der nachfolgend abgedruckten Tab. 3.1 dargestellt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten insgesamt mit dem entwickelten Fragebogen angeschrieben wurden. Ferner ergibt sich, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten an der Studie nicht teilgenommen und wie viele teilgenommen haben. Darüber hinaus sind der Tabelle die Teilnehmer der Studie zu entnehmen, welche zwar mit der Studie begonnen, aber den Fragebogen entweder nicht vollständig ausgefüllt oder die Studie nicht beendet haben. Insgesamt wurden 675 Ärzte und Psychotherapeuten in den Landkreisen Freiburg und Tübingen angeschrieben. Keine Reaktion kam von 526 Ärzten/Psychotherapeuten (77,9 %). 149 Ärzte/Psychotherapeuten nahmen hingegen an der Studie teil (32,1 %). Von diesen 149 Teilnehmern beendeten die Studie 125 Personen (18,5 %). 22 Personen haben zwar mit der Studie begonnen, den Fragebogen aber entweder nicht vollständig ausgefüllt oder die Studie nicht beendet (3,3 %). Die Fragebögen von 2 Teilnehmern (0,3 %) waren nicht verwertbar, weil ein Teilnehmer die Frage nach seiner Fachrichtung mit dem Wort „geheim“ beantwortete und ein anderer bei derselben Frage „Veterinär“ angab. Beides führte zum Ausschluss aus der Studie.

3 Ergebnisse

Table 3.1: **Studienteilnehmer**

| | Anzahl | A In Prozent |
|------------------------------------|------------|-----------------|
| Gesamt | 675 | 100,0% |
| Nicht Teilgenommen | 526 | 77,9% |
| Teilgenommen und Beendet | 125 | 18,5% |
| Teilgenommen aber nicht beendet | 22 | 3,3% |
| Teilgenommen aber nicht verwertbar | 2 | 0,3% |

3.1.2 Ablehnung/Akzeptanz von Tieren in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen

Die Tab. 3.2 zeigt, in welchem Umfang die an der Studie teilgenommenen 125 Ärzte/Psychotherapeuten mit verwertbaren Fragebögen (100 %) Hunde und/oder Katzen in ihren Praxen ablehnen oder akzeptieren. Eine Aufteilung in solche Tiere, die vom Praxisinhaber und/oder seinem Personal oder von den Patientinnen/Patienten mitgebracht wurden, erfolgt hier noch nicht. 82 Teilnehmer (65,6 %) lehnen die Anwesenheit von Tieren in ihrer Praxis ab. 43 Teilnehmer (34,4 %) hingegen akzeptierten das Mitbringen von Hunden und Katzen.

Tabelle 3.2: **Ablehnung/Akzeptanz von Tieren in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen**

| | Anzahl | A In Prozent |
|---------------------------|--------|-----------------|
| 1 Gesamt | 125 | 100,0 % |
| 2 Hunde/Katzen abgelehnt | 82 | 65,6 % |
| 3 Hunde/Katzen akzeptiert | 43 | 34,4 % |

3.1.3 Praxen ohne/mit Gesundheitsgefährdung

Die Tab. 3.3 befasst sich in der 1. Zeile zunächst mit der Aufteilung derjenigen 43 Studienteilnehmer (100 %), die selbst oder deren Patienten Hunde und/oder Katzen in die Praxis mitbringen. Bestätigt haben dies 9 Ärzte (20,9 %) und 34 Psychotherapeuten (79,1 %). Aus Spalte A ist ersichtlich, dass von den 43 Studienteilnehmern (100 %) 41 (95,3 %) mitteilten, in ihren Praxen sei keine Gesundheitsgefährdung aufgetreten. 2 Teilnehmer (4,7 %) berichteten dagegen über eine

3 Ergebnisse

Gesundheitsgefährdung. Die Ergebnisse in Spalte B zeigen auf, dass bei den 9 Ärzten (100 %) keine Gesundheitsgefährdung auftrat (0 %). Demgegenüber weisen die Ergebnisse in Spalte C auf, dass bei den 34 Psychotherapeuten (100 %) 32 (94,1 %) von keiner und 2 (5,9 %) von einer Gesundheitsgefährdung berichteten. Ein Psychotherapeut meldete Gesundheitsgefährdungen durch seinen Hund in seinem Behandlungszimmer in Form von Urinieren/Defäkieren sowie durch Zecken. Der andere Psychotherapeut berichtete von seiner Katze, die sich im Behandlungszimmer, im Flur und im Wartezimmer aufhalten darf. Wörtlich teilte er mit: „Die Katze kommt mit Pat. zur Tür hinein, oder beim Lüften über die Balkontür; meist schicke ich sie dann in die Wohnung im Stockwerk darüber.“ Zur Gesundheitsgefährdung wählte er die Antwortoption „Kratzverletzungen“ und teilte wörtlich mit: „bei heftigen Streichelversuchen seitens des Pat. – Bearbeitung therapeutisch wertvoll!“ Zur Frage 6.1.3.1.1.1 gab er im ersten Freitextfeld wörtlich an: „Hand“. Im zweiten Freitextfeld notierte er: „Das bereitstehende Peroxid / Pflaster wurden vom Pat. abgelehnt.“

Tabelle 3.3: **Praxen ohne/mit Gesundheitsgefährdung**

| | A Gesamt | | B Ärzte | | C Psychotherapeuten | |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------------------|------------|
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 43 | 100,0 % | 9 | 20,9 % | 34 | 79,1 % |
| 2 davon ohne Gesundheits- gefährdung | 41 | 95,3 % | 9 | 100,0 % | 32 | 94,1 % |
| 3 davon mit Gesundheits- gefährdung | 2 | 4,7 % | 0 | 0,0 % | 2 | 5,9 % |

3.1.4 Gesamtzahl der Tiere in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen

Die Tab 3.4 befasst sich mit allen Hunden und Katzen, die sowohl von Ärzten und Psychotherapeuten und/oder deren Personal als auch deren Patienten in die Praxen mitgebracht wurden. Die 1. Zeile zeigt die Aufteilung der Gesamteilnehmer in die Kategorie „Ärzte“ (72, 57,6 %) und die Kategorie „Psychotherapeuten“ (53, 42,4 %). Die Spalte A fasst erneut, wie in Tab. 3.2, die Gesamtzahl der Ärzte und Psychotherapeuten (125, 100 %) mit verwertbaren Fragebögen und deren Ak-

3 Ergebnisse

zeptanz (82, 65,5 %) bzw. deren Ablehnung (43, 34,4 %) von Tieren in der Praxis auf. Aus Spalte B ist ersichtlich, dass von 72 ärztlichen Teilnehmern (100 %) 63 Personen (87,5 %) Tiere in ihren Praxisräumlichkeiten ablehnen. Jedoch akzeptieren 9 Studienteilnehmer (12,5 %) Hunde und Katzen in ihrer Praxis. Betrachtet man die Spalte C, haben insgesamt 53 Psychotherapeutenpraxen (100 %) an der Umfrage teilgenommen. 19 Teilnehmer (35,8 %) lehnen Tiere in der Praxis ab. 34 Psychotherapeuten (64,2 %) beantworteten die Frage, ob Hunde oder Katzen in der Praxis erlaubt seien, mit „Ja“.

Tabelle 3.4: **Gesamtzahl der Tiere in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen**

| | | A | | B | | C | |
|---|------------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|
| | | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 | Gesamt | 125 | 100,0 % | 72 | 57,6 % | 53 | 42,4 % |
| 2 | Tiere abgelehnt | 82 | 65,6 % | 63 | 87,5 % | 19 | 35,8 % |
| 3 | Tiere akzeptiert | 43 | 34,4 % | 9 | 12,5 % | 34 | 64,2 % |

3.1.5 Chi-Quadrat für die Gesamtzahl der Tiere

Untersucht man statistisch mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests die Ergebnisse der Tabelle 3.4, also den Zusammenhang zwischen Art der Praxis (Ärzte und Psychotherapeuten) und der Akzeptanz von Tieren in diesen Praxen, erhält man Tab. 3.5 mit dem Wert $<0,001$ und einer daraus resultierenden Signifikanz (Niveau 0,05).

Tabelle 3.5: **Chi-Quadrat-Test nach Pearsons**

| | |
|-------------|--------|
| Chi-Quadrat | 36,090 |
| df | 1 |
| Sig. | 0,001 |

3.1.6 Tiere vom Praxisinhaber/Personal in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen

Die Tab. 3.6 befasst sich mit den Studienfragen nach den Tieren, die die Praxisinhaber und/oder das Personal in Arztpraxen und Psychotherapeutenpraxen mitbringen. In der 1. Zeile wird gezeigt, dass sich die 125 Studienteilnehmer (100

3 Ergebnisse

%) auf 72 Ärzte (57,6 %) und 53 Psychotherapeuten (42,4 %) aufteilen. Spalte A kann entnommen werden, dass von den 125 Studienteilnehmern (100 %) 109 (87,2 %) ihre eigenen Tiere und/oder Tiere vom Personal in ihren Praxen ablehnen, während hingegen 16 Teilnehmer (12,8 %) Tiere in ihren Praxen akzeptieren. Betrachtet man Spalte B, ergibt sich, dass von den 72 Ärzten (100 %) 69 (95,8 %) ihre eigenen Tiere und/oder Tiere des Personals in der Praxis ablehnen und 3 (4,2 %) diese in Ihrer Praxis akzeptieren. Spalte C weist auf, dass von den 53 Psychotherapeuten (100 %) 40 (75,5 %) ihre eigenen Tiere und/oder Tiere des Personals in der Praxis ablehnen und 13 (24,5 %) diese in ihrer Praxis akzeptieren.

Tabelle 3.6: Tiere vom Praxisinhaber/Personal in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen

| | | A Gesamt | | B Ärzte | | C Psychotherapeuten | |
|---|------------------|-------------|------------|------------|------------|------------------------|------------|
| | | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 | Gesamt | 125 | 100,0 % | 72 | 57,6 % | 53 | 42,4 % |
| 2 | Tiere abgelehnt | 109 | 87,2 % | 69 | 95,8 % | 40 | 75,5 % |
| 3 | Tiere akzeptiert | 16 | 12,8 % | 3 | 4,2 % | 13 | 24,5 % |

3.1.7 Chi-Quadrat für die Tiere vom Praxisinhaber/Personal

Untersucht man statistisch mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests die Ergebnisse der Tabelle 3.6, also den Zusammenhang zwischen Art der Praxis (Ärzte und Psychotherapeuten) und der Akzeptanz von Tieren in diesen Praxen, erhält man Tab. 3.7 mit dem Wert $<0,001$ und einer daraus resultierenden Signifikanz (Niveau 0,05).

Tabelle 3.7: Chi-Quadrat-Test nach Pearsons

| | |
|-------------|--------|
| Chi-Quadrat | 11,340 |
| df | 1 |
| Sig. | 0,001 |

3.1.8 Tiere von Patienten in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen

In der Tab. 3.8 geht es – ähnlich wie in der Tab. 3.6 – um die Studienfragen nach den Tieren, die die Patienten mit in die Arztpraxen und Psychotherapeutenpraxen bringen. In der 1. Zeile wird wieder gezeigt, dass sich die 125 Studienteilnehmer

3 Ergebnisse

(100 %) auf 72 Ärzte (57,6 %) und 53 Psychotherapeuten (42,4 %) aufteilen. Spalte A kann entnommen werden, dass von den 125 Studienteilnehmern (100 %) 89 (71,2 %) Tiere von Patienten in ihren Praxen ablehnen, während hingegen 36 Teilnehmer (28,8 %) Tiere in ihren Praxen akzeptieren. Betrachtet man Spalte B, ergibt sich, dass von den 72 Ärzten (100 %) 65 (90,3 %) Tiere von Patienten in ihren Praxisräumlichkeiten ablehnen und 7 (9,7 %) diese in ihren Praxen akzeptieren. Spalte C weist auf, dass von den 53 Psychotherapeuten (100 %) 24 (45,3 %) Tiere von Patienten in der Praxis ablehnen und 29 (54,7 %) diese in ihren Praxen akzeptieren.

Tabelle 3.8: **Tiere von Patienten in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen**

| | A | | B | | C | |
|--------------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 125 | 100,0 % | 72 | 57,6 % | 53 | 42,4 % |
| 2 Tiere abgelehnt | 89 | 71,2 % | 65 | 90,3 % | 24 | 45,3 % |
| 3 Tiere akzeptiert | 36 | 28,8 % | 7 | 9,7 % | 29 | 54,7 % |

3.1.9 Chi-Quadrat für die Tiere von Patienten

Untersucht man erneut statistisch mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests die Ergebnisse der Tabelle 3.8, also den Zusammenhang zwischen Art der Praxis (Ärzte und Psychotherapeuten) und der Akzeptanz von Tieren in diesen Praxen, erhält man Tab. 3.9 mit dem Wert $<0,001$ und einer daraus resultierenden Signifikanz (Niveau 0,05).

Tabelle 3.9: **Chi-Quadrat-Test nach Pearsons**

| | |
|-------------|--------|
| Chi-Quadrat | 30,140 |
| df | 1 |
| Sig. | 0,001 |

3.1.10 Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Arztpraxen

Die Tab. 3.10 befasst sich mit den Ergebnissen auf die Fragen nach den unterschiedlichen Aufenthaltsorten von Hunden und Katzen, die die Ärzte und/oder deren Personal in die Arztpraxen mitgebracht haben, wobei Mehrfachbenennungen

3 Ergebnisse

erlaubt waren. Die 3 Ärzte (100 %) und ihr Personal bringen ausschließlich Hunde mit in ihre Praxen, keine Katzen. Ein Kinder- und Jugendarzt teilte mit, dass er und/oder sein Personal einen Hund im Personalraum halten. Ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gab an, dass er und/oder sein Personal einen Hund im Warte- und Behandlungszimmer akzeptiert. Ein Facharzt für Allgemeinmedizin klickte die Antwortoption „Sonstiges“ an. Eine Spezifizierung im Freitextfeld erfolgte allerdings nicht.

Tabelle 3.10: **Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Arztpraxen** (Mehrfachnennung möglich)

| | A | | B | |
|----------------------|--------|------------|--------|------------|
| | Gesamt | | Hund | |
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 3 | 100,0 % | 3 | 100,0 % |
| 2 Behandlungszimmer | 1 | 33,3 % | 1 | 33,3 % |
| 3 Flur | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| 4 Personalraum/Küche | 1 | 33,3 % | 1 | 33,3 % |
| 5 Wartezimmer | 1 | 33,3 % | 1 | 33,3 % |
| 6 Sonstiges | 1 | 33,3 % | 1 | 33,3 % |

3.1.11 Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Psychotherapeutenpraxen

Die Tab. 3.11 befasst sich mit den Ergebnissen auf die Fragen nach den unterschiedlichen Aufenthaltsorten von Hunden und Katzen, die die Psychotherapeuten und/oder ihr Personal in ihre Praxen mitgebracht haben, wobei wieder Mehrfachnennungen erlaubt waren. In dieser Statistik konnte ein Fall nicht berücksichtigt werden, da der Teilnehmer keine Angaben zum Aufenthaltsort der Tiere gemacht hat. Wie Zeile 1 ausweist, bringen die 12 Psychotherapeuten (100 %) und ihr Personal 11 Hunde (91,7 %) und 1 Katze (8,3 %) mit in ihre Praxen. Wie Spalte A ausweist, lassen die 12 Psychotherapeuten (100 %) in 10 Fällen (83,3 %) Hunde oder Katzen in ihren Behandlungszimmern zu. In 2 Fällen (16,7 %) haben Hunde oder Katzen Zugang zum Flur. Zugang zum Personalraum/Küche haben in 2 Fällen (16,7 %) Hunde. Im Wartezimmer dürfen Hunde oder Katzen in 3 Fällen (25,0 %) anwesend sein. Die Antwortoption „Sonstiges“ wurde für Hunde oder Katzen in 4 Fällen (33,3 %) angeklickt. Ein Aufenthaltsort war der Gruppentherapieraum, ein anderer der Balkon. In 2 weiteren Fällen gab es keine Spezifizierung im Freitextfeld. In den Spalten B und C werden die Ergebnisse aus der Spalte A zu Hunden oder Katzen einerseits nach Hunden (Spalte B) und an-

3 Ergebnisse

dererseits nach Katzen (Spalte C) differenziert. Betrachtet man Spalte B genauer, dürfen sich von 11 mitgebrachten Hunden (100%) 9 (81,8 %) im Behandlungszimmer aufhalten, 1 (9,1 %) im Flur, 2 (18,2 %) im Personalraum/Küche und 2 (18,2 %) im Wartezimmer. Die Antwortoption „Sonstiges“ klickten 3 Teilnehmer (27,3 %) an. Die Spalte C zeigt, dass nur in einem Fall eine Katze in die Psychotherapeutenpraxis mitgebracht wurde. Sie darf sich in allen genannten und in sonstigen Räumen der Praxis aufhalten, mit Ausnahme des Personalraums und der Küche.

Tabelle 3.11: **Aufenthaltsorte der Tiere vom Praxisinhaber/Personal in Psychotherapeutenpraxen** (Mehrfachnennung möglich)

| | A Gesamt | | B Hund | | C Katze | |
|----------------------|-------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 12 | 100,0 % | 11 | 91,7 % | 1 | 8,3 % |
| 2 Behandlungszimmer | 10 | 83,3 % | 9 | 81,8 % | 1 | 100,0 % |
| 3 Flur | 2 | 16,7 % | 1 | 9,1 % | 1 | 100,0 % |
| 4 Personalraum/Küche | 2 | 16,7 % | 2 | 18,2 % | 0 | 0,0 % |
| 5 Wartezimmer | 3 | 25,0 % | 2 | 18,2 % | 1 | 100,0 % |
| 6 Sonstiges | 4 | 33,3 % | 3 | 27,3 % | 1 | 100,0 % |

3.1.12 Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Arztpraxen

Die Tab. 3.12 befasst sich mit den Ergebnissen auf die Fragen nach den unterschiedlichen Aufenthaltsorten von Hunden und Katzen, die die Patienten in die Arztpraxen mitgebracht haben, wobei Mehrfachbenennungen erlaubt waren. 7 Ärzte (100 %) teilten mit, dass ihre Patienten ausschließlich Hunde mit in die Praxis nehmen dürfen. Katzen wurden nicht zugelassen. Wie Spalte A und B ausweisen, lassen die 7 Ärzte (100 %) in 4 Fällen (57,1 %) Hunde ihrer Patienten in ihren Behandlungszimmern zu. In 5 Fällen (71,4 %) haben Hunde Zugang zum Flur. Kein Hund (0 %) hat Zugang zum Personalraum/Küche. Im Wartezimmer dürfen Hunde in 6 Fällen (85,7 %) anwesend sein. Die Antwortoption „Sonstiges“ wurde nicht angeklickt.

3 Ergebnisse

Tabelle 3.12: **Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Arztpraxen** (Mehrfachnennung möglich)

| | A | | B | |
|----------------------|--------|------------|--------|------------|
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 7 | 100,0 % | 7 | 100,0 % |
| 2 Behandlungszimmer | 4 | 57,1 % | 4 | 57,1 % |
| 3 Flur | 5 | 71,4 % | 5 | 71,4 % |
| 4 Personalraum/Küche | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| 5 Wartezimmer | 6 | 85,7 % | 6 | 85,7 % |
| 6 Sonstiges | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |

3.1.13 Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Psychotherapeutenpraxen

In der Tab. 3.13 finden sich die Ergebnisse auf die Fragen nach den unterschiedlichen Aufenthaltsorten von Hunden und Katzen, die die Patienten in die Praxen von Psychotherapeuten mitgebracht haben, wobei Mehrfachnennungen wieder erlaubt waren. Hier mussten zwei Fälle aufgrund von Unvollständigkeiten aussortiert werden. Wie Zeile 1 ausweist, haben Patienten von 27 Psychotherapeuten (100 %) 27 Hunde (100 %) und 6 Katzen (22,2 %) mit in die Praxen gebracht. Aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen steht damit fest, dass die Psychotherapeuten, die teilgenommen haben und Katzen in ihren Praxen zulassen, immer auch Hunden den Zugang erlauben. Wie Spalte A ausweist, lassen die 27 Psychotherapeuten (100 %) in 24 Fällen (88,9 %) Hunde oder Katzen von Patienten in ihren Behandlungszimmern zu. In 12 Fällen (44,4 %) haben Hunde oder Katzen Zugang zum Flur. Zugang zum Personalraum/Küche haben weder Hunde noch Katzen (0 %). Im Wartezimmer dürfen Hunde oder Katzen von Patienten in 11 Fällen (40,7 %) anwesend sein. Die Antwortoption „Sonstiges“ wurde für Hunde oder Katzen in 1 Fall (3,7 %) angeklickt. Eine Spezifizierung im Freitextfeld erfolgte nicht. In den Spalten B und C werden die Ergebnisse aus der Spalte A zu Hunde oder Katzen differenziert einerseits nach Hunden von Patienten (Spalte B) und andererseits nach Katzen von Patienten (Spalte C). Nach der Spalte B dürfen sich von 27 mitgebrachten Hunden (100%) 24 (88,9 %) im Behandlungszimmer aufhalten, 12 (44,4 %) im Flur, 0 (0,0 %) im Personalraum/Küche, 11 (40,7 %) im Wartezimmer und 1 Hund (3,7 %) in sonstigen Räumen. Die Spalte C zeigt, dass von 6 von Patienten mitgebrachten Katzen (100 %) sich alle Tiere (100 %) im Behandlungszimmer aufhalten durften. In 4 Fällen (66,7 %) war der Aufenthalt im

3 Ergebnisse

Flur erlaubt. Keine Katze (0,0 %) durfte im Personalraum/Küche anwesend sein. Im Wartezimmer durften sich 4 Katzen (66,7 %) und in sonstigen Räumen von Psychotherapeutenpraxen durfte sich eine Katze (16,7 %) aufhalten.

Tabelle 3.13: **Aufenthaltsorte der Tiere von Patienten in Psychotherapeutenpraxen** (Mehrfachnennung möglich)

| | A Gesamt | | B Hund | | C Katze | |
|----------------------|-------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent | Anzahl | In Prozent |
| 1 Gesamt | 27 | 100,0 % | 27 | 100,0 % | 6 | 22,2 % |
| 2 Behandlungszimmer | 24 | 88,9 % | 24 | 88,9 % | 6 | 100,0 % |
| 3 Flur | 12 | 44,4 % | 12 | 44,4 % | 4 | 66,7 % |
| 4 Personalraum/Küche | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| 5 Wartezimmer | 11 | 40,7 % | 11 | 40,7 % | 4 | 66,7 % |
| 6 Sonstiges | 1 | 3,7 % | 1 | 3,7 % | 1 | 16,7 % |

3.1.14 Weitere Ergebnisse des Fragebogens

Zwei Psychotherapeuten gaben Gesundheitsgefährdungen in ihren Praxen an. Folglich erreichten sie die Frage 6.1.4.1 des Fragebogens, in der nach rechtlichen Konsequenzen gefragt wurde. Beide beantworteten diese Frage mit „Nein“.

3.2 Medizinischer Teil

3.2.1 Einleitung

Die Recherchen zu Krankheiten, die von Hunden und Katzen auf den Menschen übertragen werden können, zeigten, dass es eine Vielzahl von Übertragungswegen gibt. Die Kontaktinfektion spielt eine wichtige Rolle in der Übertragung von Krankheitserregern. Bei einigen Keimen reicht der bloße Kontakt, z.B. beim Streicheln, zum infizierten oder infestierten (von Parasiten befallen) Tier aus. Andere können vor allem durch Bisse oder Kratzen auf den Menschen übertragen werden. Einige wiederum sind insbesondere durch Schmierinfektionen, also durch direkten oder indirekten Kontakt mit den Ausscheidungen oder Körperflüssigkeiten, auf den Menschen übertragbar. Es ist bekannt, dass Hunde auch die Ausscheidungen von Artgenossen und anderen Tieren fressen, wodurch manche dieser Erreger auch in der oralen Flora vorkommen können.

Die Erreger wurden in den einzelnen Unterabschnitten jeweils nach dem Alphabet sortiert.

3.2.2 Erreger, die durch Biss-/und Kratzverletzungen sowie bloßen Kontakt übertragen werden können

Anfangs werden die Erreger aufgezeigt, die über einen Biss oder durch Kratzen übertragen werden können. Die Übertragung von Keimen kann ebenfalls durch eine Kontaktinfektion, wie zum Beispiel das Streicheln eines Tieres, stattfinden. Wenn diese dann wiederum an Schleimhäute, offene Wunden oder in die Blutbahn gelangen, kann es zu einer Infektion kommen.

Bisswunden werden nach Rueff *et al.* [3] in 3 Schweregrade eingeteilt:

- Grad 1: Oberflächliche Hautläsionen, Risswunde, Kratzwunde, Quetschungen
- Grad 2: Tiefere Hautwunden, die bis zur Faszie, Muskulatur oder Knorpel reichen
- Grad 3: Wunde mit Gewebsnekrose oder Substanzdefekt.

3 Ergebnisse

Für Hundebisswunden bei Kindern, die im Gesicht lokalisiert sind, gibt es eine Stadieneinteilung nach Lackmann et al. [4]:

- Stadium I: Oberflächliche Verletzung ohne Beteiligung der Muskulatur
- Stadium II: Tiefe Verletzung mit Beteiligung der Muskulatur
- Stadium III: Tiefe Verletzung mit Beteiligung der Muskulatur und Substanzdefekt
- Stadium IV A: Stadium III in Kombination mit Gefäß- und/oder Nervenverletzung
- Stadium IV B: Stadium III in Kombination mit Knochen- und/oder Organbeteiligung.

In den folgenden Unterabschnitten wird eine Auswahl von Erregern präsentiert, die durch die oben genannten Übertragungswege zu einer Infektion im menschlichen Körper führen können.

3.2.2.1 *Bartonella* spp.

Bartonella henselae ist der Erreger der Katzenkratzkrankheit (Cat-scratch Disease = CSD). Es ist ein gramnegatives Bakterium, welches etwa 50 % aller Katzen in sich tragen [5]. *Bartonella* spp. konnten auch aus Hundespeichel extrahiert werden [6]. Die Bakterien werden durch Bisse oder Kratzen auf den Menschen übertragen. Jedoch können auch Flöhe und Zecken, die sowohl auf Katzen als auch auf Hunden sitzen, den Erreger auf den Menschen übertragen. Nach einer Hautirritation entsteht eine vesikulöse Effloreszenz. In den ipsilateral drainierenden Lymphknoten des Kratzgebietes kommt es etwa zwei Wochen später zu einer weichen Schwellung. Ein Drittel der Patienten klagt über Fieber, Müdigkeit, Abgeschlagenheit; wenige klagen über Hepatosplenomegalie, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit [5, 7]. Maman *et al.* stellten in einer Studie fest, dass etwa 10 % über muskuloskeletale Beschwerden (Myalgie, Arthropathie etc.) klagen [8]. Einige schwerwiegende Fälle zeigten Endokarditis [9], Meningoenzephalitis [5] und Augenbeteiligungen [10].

3.2.2.2 *Bergeyella zoohelcum*

Bergeyella zoohelcum (ehemals *Weeksella zoohelcum*) ist ein gramnegativer Keim. Er wurde innerhalb mehrerer Studien als einer der häufigsten Keime der

3 Ergebnisse

oralen Flora von Hunden isoliert [11, 12]. Montejo *et al.* berichten in einer Fallstudie über einen Patienten, der vier Tage nach einem Hundebiss Fieber, Schmerzen, Erythem und eine Schwellung des rechten Arms hatte. Nach einem Abstrich und Ausschluss einiger anderer Keime wurde auf einem Blutagar *B. zoohelcum* festgestellt [13]. In der Literatur sind noch Fälle von einem Abszess im Bein [14], einer Phlegmone am Bein mit Bakteriämie [15] und Meningitis zu finden, bei denen die Patienten entweder von einem Hund gebissen wurden oder wiederholten Kontakt mit Hunden oder Katzen hatten [16].

3.2.2.3 *Capnocytophaga canimorsus*

Capnocytophaga canimorsus ist ein gramnegatives Bakterium, welches in Hunde- und Katzenspeichel gefunden werden kann. In einer Schweizer Studie wurden 106 Hunde auf *C. canimorsus* getestet. Bei 61 Tieren konnte der Erreger im Speichel gefunden werden [17]. In Dänemark wurden in einem Zeitraum von knapp 13 Jahren 39 Fälle von *C. canimorsus*-Septikämien beschrieben. Die Autoren rechneten diese Zahl auf die Gesamtzahl der Hundebisse in Dänemark hoch: 0,5 Erkrankungen/1.000.000 Einwohner/Jahr ermittelten sie als Inzidenz für Dänemark [18]. Der Keim kann durch Bisse und Kratzen, jedoch auch durch bloßen Kontakt zu einem Tier, übertragen werden. Vor allem immunsupprimierte Patienten sind durch diesen Erreger gefährdet. Es kann von Phlegmonen, über sacrale Abszesse [19], Endokarditiden und Meningitiden [20, 21], intravasaler Gerinnung [22] bis zum septischen Schock [23, 24, 25] mit Organversagen kommen. Die Mortalitätsrate beläuft sich auf ca. 30-36 % bei Patienten mit Risikofaktoren wie zum Beispiel Zustand nach Splenektomie, Alkoholabusus, Lungenerkrankungen und anderen immunsupprimierenden Erkrankungen [26, 27].

3.2.2.4 *Clostridium tetani*

Clostridium tetani ist ein anaerobes, sporenbildendes, grampositives Bakterium. Gelangt *C. tetani* in eine Wunde oder an Schleimhäute, bildet das Bakterium Sporen aus und entsendet Exotoxine. Diese blockieren die Freisetzung von Neurotransmittern am präsynaptischen Spalt von inhibierenden Neuronen des Spinalkanals [28]. Dadurch werden letztendlich die Symptome Trismus (Kiefersperre), Risus Sardonius (fratzenhafte Gesichtszüge) und allgemeine Krämpfe ausgelöst [29, 30]. Das Bakterium kann im Erdboden gefunden werden [31]. In einer Fallvorstellung konnte bei einer Katze *C. tetani* lokalisiert festgestellt werden [32].

3 Ergebnisse

Nach einem Hundebiss wird in Form einer Postexpositionsprophylaxe nach einem vom Robert Koch-Institut (RKI) entwickelten Protokoll geimpft [33].

3.2.2.5 Katzenpocken

Die Katzenpocken, ausgelöst durch die Orthopoxviren, können von Katzen auf den Menschen durch Kratzen oder den bloßen Kontakt übertragen werden. Es entstehen schmerzhaft Papeln mit Schwellung und zentraler schwarzer Nekrose [34, 35]. Nach einer Inzision der Läsion entleert sich kein Eiter. Die Effloreszenzen heilen nach einigen Wochen narbig ab. Gleichzeitig kann es zu Fieber, Unwohlsein, Übelkeit und Erbrechen kommen [36].

3.2.2.6 *Leptospira* spp.

Leptospirose ist eine Infektionskrankheit von globaler Bedeutung. Sie wird ausgelöst von pathogenen Keimen der *Leptospira* Spezies. Für die Humanmedizin sind vor allem *L. interrogans sensu lato (s.l.)* und seine ca. 200-250 Serovare wichtig [37]. Kleine Säugetiere sind der eigentliche Wirt und Vektor. Durch deren Urin können sich Tiere und Menschen mit dem Erreger infizieren. Major *et al.* zeigten 2014, dass die Erkrankung bei Hunden in der Schweiz eine steigende Inzidenz mit ca. 28 Fällen/100.000 Hunden/Jahr in dem am stärksten betroffenen Kanton hat [38]. Katzen sind seltener infiziert als Hunde. Wie oben erwähnt sind kleine Säugetiere, z.B. Nagetiere, der eigentliche Wirt, wodurch sich die Katze aufgrund ihres Raubtierverhaltens anstecken kann [39]. Im Bezug auf Menschen wurden in den Jahren 2013 und 2014 in Deutschland 235 Erkrankungsfälle gemeldet [40]. Die klinische Präsentation der Leptospirose ist biphasisch: Zu Anfang steht die Akutphase oder Septikämie. Darauf folgt das Immunstadium. Die Krankheit kann anikterisch (leichte Form) oder ikterisch (schwere Form) ablaufen. Die anikterische Leptospirose beginnt sehr plötzlich mit Fieber, Bauch- und Kopfschmerzen, Myalgien und Konjunktivitis. Die ikterische Leptospirose kommt seltener vor, jedoch ist sie schwerwiegender. Die schlimmste Form ist der Morbus Weil, der durch *L. icterohaemorrhagiae* ausgelöst wird. Hierbei kann es zu akutem Nierenversagen, Leber- und Lungenbeteiligung, Myokarditis, Augenbeteiligung und ZNS-Schäden kommen. Bei akuter Infektion in der Schwangerschaft ist die Möglichkeit eines Aborts gegeben [41]. Die *Leptospira* spp. sind gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 28 Infektionsschutzgesetz IfSG namentlich meldepflichtig.

3.2.2.7 *Microsporium canis*

Die Hauterkrankungen Tinea corporis und Tinea capitis, beides Dermatophyosen, können durch den Pilz *Microsporium canis* ausgelöst werden. Das natürliche Vorkommen von *M. canis* ist im Fell von Katzen, Hunden und Pferden, wo er normalerweise asymptomatisch ist [42]. Der Erreger konnte in einer Studie bei über 88 % der untersuchten Katzen isoliert werden [43]. Die Läsionen beim Menschen wachsen zentrifugal, sind rund, hyperkeratotisch, gerötet und schuppig. An behaarter Haut führt es zu Alopezie [44].

3.2.2.8 *Moraxella* spp.

Moraxella spp. sind gramnegative Diplokokken [45]. Sie konnten nach Hund- und Katzenbissen aus den Wunden isoliert werden [46]. *M. catarrhalis* ist nach *Streptococcus pneumoniae* und *Haemophilus influenzae* der dritthäufigste Erreger von ambulant erworbenen Infektionen des Respirationstraktes [47]. Hoban *et al.* ermittelte in einer Studie, dass die meisten der isolierten Bakterien das Enzym β -Laktamase bilden, welches die Bakterien gegen bestimmte Antibiotika, wie Penicillin, resistent werden lässt [48]. Bei Kindern ist *M. catarrhalis* der dritthäufigste Erreger einer Otitis media [49, 50]. Weitere Erkrankungen sind Konjunktivitis, Sinusitis, Bronchitis und Pneumonie. Bei Erwachsenen kann *M. catarrhalis* Laryngitis, Bronchitis und Pneumonie auslösen. Bei immungeschwächten Patienten kann es zu Pneumonie, Endokarditis, Meningitis und Sepsis kommen [51]. Der Erreger konnte häufig im Zusammenhang mit Exazerbationen der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) isoliert werden [52].

3.2.2.9 *Neisseria* spp.

Die gramnegativen Bakterien *Neisseria* spp. können in der oralen Flora von Hunden nachgewiesen werden [53]. *N. zoodegmatidis* sp. nov. wurde ebenfalls aus einer Hundebisswunde isoliert [54]. *N. weaveri* z.B. kann ödematöse, schmerzhafte Wundinfektionen im Verlauf eines Hundebisses nach sich ziehen [55]. Bei einem Patienten kam es während einer ambulanten Peritoneal-Dialyse zu einer Peritonitis mit *N. weaveri* [56]. Ein multimorbider Hundebesitzer, der immunsupprimiert war, wurde von seinem Hund gebissen und erlitt eine Sepsis [57].

3.2.2.10 *Pasteurella* spp.

Pasteurella spp. sind gramnegative, fakultativ anaerobe Bakterien [58]. Verschiedene *Pasteurella* Spezies können im oralen, nasopharyngealen und oberen Respirationstrakt von Hunden und Katzen gefunden werden. Viele von diesen Spezies sind opportunistisch pathogen. Sie können durch einen Biss oder Kontakt mit der Nasenschleimhaut übertragen werden, wobei *P. multocida* den Erreger mit der höchsten Prävalenz darstellt [59, 1]. In einer prospektiven Studie, die Hunde- und Katzenbisse untersuchte, waren *Pasteurella* Spezies die häufigsten Erreger, die isoliert werden konnten. Bei Hundebissen dominierte *P. canis*, welches in beinahe 50 % der untersuchten Patienten gefunden wurde. Bei Katzenbissen wurde primär *P. multocida* entdeckt [60]. Die Komplikationen, die nach einem Biss oder einer Kratzwunde und der daraus resultierenden Pasteurellose entstehen, sind assoziiert mit einer signifikanten Mortalitätsrate von bis zu 30 % [1, 61]. Beschriebene Komplikationen sind unter anderem septische Arthritis, Meningitis, Osteomyelitis [62] und Sepsis [63], die bei sehr jungen oder immungeschwächten Patienten auftreten und bis zum Tod führen können [64, 60].

3.2.2.11 Rabies-Virus

Tollwut ist eine schwerwiegende Erkrankung, die durch Lyssaviren ausgelöst wird. Das auslösende Virus wird von Tieren auf den Menschen durch einen Biss, Kratzen oder Belecken von Wunden oder Schleimhaut übertragen. Es folgt eine Enzephalitis mit unterschiedlichen Symptomen. Bisher gibt es keine kurative Behandlung, nachdem die ersten Symptome aufgetreten sind. Die Erkrankung endet fast immer letal. Patienten, die nach einem Hundebiss oder Ähnlichem zum Arzt gehen, werden mit einer Postexpositionsprophylaxe geimpft, wenn bei dem Tier der Verdacht auf Tollwut besteht. In West- und Zentraleuropa ist die Krankheit sehr selten geworden [65, 66]. Seit Ende September 2008 gilt Deutschland als „frei von klassischer Tollwut“. Global gesehen ist Tollwut für mehr als 55.000 Tote jährlich verantwortlich, vor allem in Entwicklungsländern in Afrika und Asien [67, 65]. Das Rabies-Virus ist gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 38 IfSG namentlich meldepflichtig.

3.2.2.12 *Staphylokokkus aureus*

Staphylokokkus aureus ist ein grampositives Bakterium, opportunistisch pathogen, welches eine Vielzahl an verschiedenen Krankheiten sowohl in Menschen

3 Ergebnisse

als auch in Tieren auslösen kann. Dazu zählen insbesondere Infektionen der Haut, des Weichgewebes und chirurgischer Wunden. Besonders zu bemerken ist der Methicillin-resistente *Staphylokokkus aureus* (MRSA). Seit der Einführung von Penicillin hat sich das Bakterium stetig weiterentwickelt und ist mittlerweile gegen die meisten bekannten Antibiotika resistent [68, 69]. Sowohl beim Menschen als auch bei domestizierten Tieren, hier insbesondere beim Hund, kann der MRSA in der Nase gefunden werden. Der Keim konnte ebenfalls aus Stuhlproben von Hunden isoliert werden [70, 71, 68]. Eine Übertragung sowohl von Mensch zu Tier als auch umgekehrt ist schon häufig aufgetreten [72]. Dies impliziert eine potentielle Gefahr der Übertragung beim direkten Kontakt zum Tier. Gerade Kinder, durch ihre Nähe zum Boden und kontaminierten Teppichen, sind verstärkt einem Risiko ausgesetzt [70].

3.2.2.13 *Staphylokokkus intermedius*

Staphylokokkus intermedius, ein grampositives Bakterium, wurde zum ersten Mal von Hájek im Jahr 1976 als neue Spezies, isoliert unter anderem aus Hunden, beschrieben [73]. Es ist sehr ungewöhnlich für die menschliche Bakterienflora und konnte nach Hundebissen in Wunden als Infektionserreger identifiziert werden [74, 75]. Tanner *et al.* beschreiben eine Otitis externa einer Patientin mit *S. intermedius*. Der Hund als mögliche Infektionsquelle wurde auf *S. intermedius* untersucht und war positiv. Es war der erste beschriebene nichtinvasive Übertragungsweg von *S. intermedius* [75]. Des Weiteren wird von Pneumonien und Endokarditiden berichtet, bei der jedoch keine Tierexposition bestand [76].

3.2.2.14 Weitere Erreger

In der Übersichtsarbeit von Talan *et al.* [46] wurden aus Bisswunden von Hunden und Katzen eine Vielzahl von Bakterien isoliert. Hier namentlich erwähnt werden lediglich diejenigen, die bisher noch nicht in der Aufzählung erschienen sind und trotzdem in einer erhöhten Menge isoliert wurden. Dazu gehören u.a. *Fusobacterium spp.*, *Bacteroides spp.*, *Porphyromonas spp.*, *Prevotella spp.*, *Propionibacterium spp.* und *Peptostreptococcus spp.*

3.2.3 Erreger, die über Ausscheidungen übertragen werden können

Im Folgenden werden diejenigen Erreger vorgestellt, die in den Exkrementen von Hunden und Katzen gefunden werden können und für den Menschen potentiell gefährlich sind. Als Übertragungsweg ist die Schmierinfektion zu nennen. Bei ihr handelt es sich um eine indirekte Übertragung der Krankheitserreger durch Berührung der Exkremente oder kontaminierte Gegenstände. Die Keime gelangen schließlich durch Unachtsamkeit und mangelnde Hygiene an Schleimhäute, offene Wunden oder in die Blutbahn, wo sie eine Infektion auslösen können.

3.2.3.1 *Campylobacter* spp.

Campylobacter spp. sind gramnegative Bakterien, die eine Enterocolitis hervorrufen können. In der Schweiz wurde 2005 eine Studie veröffentlicht, in der Hunde und Katzen auf *Campylobacter* Spezies untersucht wurden. 261 von 650 Proben der Hunde waren positiv. 250 der insgesamt 596 Katzen wurden positiv getestet [77]. In Irland wurden 57 junge Kätzchen auf *Campylobacter* spp. getestet, bei 5 Katzen konnten Keime angezüchtet werden. Keine der Katzen hatte Anzeichen einer gastrointestinalen Erkrankung [78]. Bei Menschen manifestiert sich die Infektion mit Bauchschmerzen, Übelkeit, wässrigen, teils blutigen Diarrhoen und Fieber. Von der Krankheit sind vor allem Kinder und alte Menschen betroffen. Als seltene Komplikation kann das Guillan-Barré-Syndrom auftreten. In Deutschland ist eine *Campylobacter*-Enteritis gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6 IfSG namentlich meldepflichtig, sofern eine akute Infektion anzunehmen ist.

3.2.3.2 *Clostridium difficile*

Clostridium difficile ist ein grampositiver Sporenbildner. Lefebvre *et al.* untersuchten über 100 „gesunde“ Hunde, die in Ontario, USA, Zugang zu Krankenhäusern hatten. Bei 58 % der Tiere konnte *C. difficile* im Kot festgestellt werden [79]. Der Keim gehört zu dem führenden Grund für nosokomiale Diarrhöen in der entwickelten Welt. Eine vorangegangene Antibiotika-Therapie, verschiedene Grunderkrankungen und eine Immunsuppression sind vorwiegende Risikofaktoren für eine Infektion [80]. Der Keim produziert ein Toxin, das nach subkutaner Applikation bei Meerschweinchen und Hasen letal wirkte [81]. Im Menschen ist es verant-

3 Ergebnisse

wortlich für die pseudomembranöse Kolitis und Antibiotika-assoziierte Diarrhöen [82].

3.2.3.3 *Enterococcus* spp.

Enterococcus spp. (*E. faecalis*, *E. hirae*, *E. faecium*) konnten bei Stuhluntersuchungen von Hunden isoliert werden. In manchen Studien waren es bis zu 37 % der Tiere, die auf *E. faecalis* und *E. hirae* positiv getestet wurden. Mit dabei waren auch mehrere Antibiotika-resistente *Enterococci* [70, 83]. Der *E. faecalis* ist unter den *Enterococcus* Spezies mit 80-90 % für die meisten Infektionen beim Menschen verantwortlich. Er konnte auch in Wunden nach Bissverletzungen von Katzen und Hunden isoliert werden [46]. Die Erreger können beim Menschen Harnwegsinfekte, Bakteriämien, Endokarditiden und Wundinfektionen hervorrufen [84].

3.2.3.4 *Escherichia coli*

Sowohl Hunde als auch Menschen sind Träger des gramnegativen Darmkeims *Escherichia coli*. Warshawsky *et al.* entdeckte in einer Studie den enterohämorrhagischen *E. Coli* (EHEC) O157-H7 im Stuhl eines Hundes [85]. Clapper und Meade wiesen in einer Studie bei etwa der Hälfte der untersuchten Beagle den Keim im Maul der Tiere nach [53]. *E. coli* kann, ausserhalb des Gastrointestinaltrakts, schlimme Infektionen wie Harnwegsinfekte, Bakteriämie, Meningitis und nosokomiale Pneumonie hervorrufen [86]. Eine weitere gefürchtete Komplikation bildet das „Hämolytisch-urämische Syndrom“ (HUS). Es kann durch EHEC O157-H7 und durch Toxine, die bestimmte Serovare *E. colis* absondern können, hervorgerufen werden [87, 88]. Der Nachweis von *E. coli* ist gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 13 IfSG meldepflichtig.

3.2.3.5 *Giardia intestinalis*

Giardia intestinalis (*G. duodenalis*, *G. lamblia*) sind Protozoen, die sowohl in Hunden als auch Katzen nachgewiesen werden können. Die Durchseuchung ist mit bis zu 25 % der Tiere bemerkenswert [89, 90]. Die Zysten, die mit dem Stuhl ausgeschieden werden, können in der Umwelt überleben und sind die eigentlichen Infektionsüberträger [91, 70]. Espelage *et al.* zeigten in einer Studie, dass

3 Ergebnisse

die Krankheit vor allem bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem symptomatisch wird. Die Symptome, die die Autoren einschlossen, waren Diarrhöe und Bauchkrämpfe. In die besagte Studie waren keine Tiere involviert [92]. *G. lamblia* ist nach § 7 Abs. 1 Nr. 17 IfSG namentlich meldepflichtig.

3.2.3.6 *Salmonella* spp.

Salmonella spp. (*S. typhimurium*) kann in Hunden eine Enteritis und Diarrhöe auslösen, jedoch zeigen manche Tiere keine Anzeichen der Erkrankung, obwohl der Erreger im Stuhl nachweisbar ist. Cantor *et al.* berichtete über die hohe Prävalenz bei Schlittenhunden aus Alaska (63% von 30 Tieren) [93]. Bagcigil *et al.* zeigten dagegen, dass die Zahl der befallenen Tiere in der Türkei sehr gering war (1% von 200 Tieren). Der Keim kommt bei Katzen sehr selten vor [78]. In Menschen kommt es zu Übelkeit, Brechdurchfall, kolikartigen Bauchschmerzen und Fieber. Ein Fünftel der Fälle ist assoziiert mit einer hämatogenen Streuung und somit mit extraintestinalen Symptomen wie Sepsis, Endokarditis, Osteomyelitis und Meningitis [94, 95]. Wenige leiden unter Reaktiver Arthritis, die mit Arthritis, schmerzhaftem Wasserlassen und Irritationen der Augen einhergeht. Diese Krankheit kann über Jahre bestehen und chronifizieren [96]. Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 44 IfSG ist das untersuchende Labor dazu verpflichtet, den Nachweis von Salmonellen an das Gesundheitsamt zu melden.

3.2.3.7 *Toxoplasma gondii*

Toxoplasma gondii gehört zu den Protozoen (Einzeller) und ist ein obligatorisch intrazellulärer Parasit. Es ist der Auslöser von Toxoplasmose [97]. Die Katze ist der natürliche Wirt von *T. gondii*, bleibt dabei aber meist asymptomatisch. Sie scheidet die widerstandsfähigen Oozysten, die durch die Reproduktion von *T. gondii* entstehen, aber auch die Erreger selbst aus, wodurch sich der Mensch, aber auch jedes Tier, das in Kontakt mit dem Fäzes kommt, infizieren kann [98, 99, 100]. In den USA ist der Erreger für eine Vielzahl von Krankenhausaufenthalten vor allem bei HIV-Patienten verantwortlich [101]. Leichte Symptome können Fieber, Abgeschlagenheit und Lymphadenopathie sein [97]. In schwereren Fällen kann es zu Retinitis, Enzephalitis und Myokarditis kommen. Bedroht sind auch schwangere Frauen, da die Toxoplasmose zu Aborten und Totgeburten oder bei lebensfähigen Kindern zu Augenschäden und Schäden am zentralen Nervensystem

3 Ergebnisse

tem (ZNS) führen kann. Allein in den USA sind ca. 5.000 Neugeborene pro Jahr betroffen [100, 97]. Bei konnataler Infektion besteht gemäß § 7 Abs. 3 Nr. 5 IfSG eine nichtnamentliche Meldepflicht.

3.2.3.8 *Yersinia enterocolitica*

Stamm *et al.* untersuchte in einer Studie die Durchseuchung von Hunde- und Katzenstuhl mit *Yersinia enterocolitica*. 4,6 % des Hundekots und nur 0,3 % des Katzenkots waren positiv [102]. Der Erreger ist für den Menschen von großer Relevanz, da *Y. enterocolitica* schmerzhaftes Gastroenteritiden mit Fieber und blutigen, wässrigen Diarrhöen vor allem bei Kindern auslösen kann [103]. In älteren Kindern mimt es die Symptome einer Appendizitis, die sogenannte Pseudoappendizitis. In manchen Fällen führt der Erreger zu extraintestinalen Manifestationen wie reaktiver Arthritis, Erythema nodosum und Konjunktivitis [104]. *Yersinia enterocolitica* ist gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 49 namentlich meldepflichtig.

3.2.4 Ektoparasiten, Endoparasiten und die damit verbundenen Erreger

Bei dieser Gruppe sind die Überträger von Krankheiten eigene Organismen, die durch eine Kontaktinfektion, also Berührung, oder durch längeren Aufenthalt in der Nähe von befallenen Tieren auf den menschlichen Körper gelangen können. Die Parasiten, sog. Vektoren, können, wenn sie mit Infektionserregern befallen sind, diese durch einen Biss oder Stich übertragen. Die Reihenfolge in diesem Absatz ist zunächst sortiert nach Ektoparasiten, Endoparasiten und nach den damit verbundenen Erregern und darin wiederum nach Alphabet.

3.2.4.1 Flöhe

Flöhe sind die häufigsten Ektoparasiten von Hunden und Katzen auf der Welt. In einer Studie in Deutschland wurden Hunde und Katzen auf die Spezies *Ctenocephalides* untersucht. Eingeschlossen wurden nur gesunde Tiere und ausgeschlossen wurden Tiere, die in den letzten 2 Monaten eine Ektoparasiten-Therapie erhalten hatten. Rund 60 % der Hunde (20/33) und 75 % der Katzen (22/29) wurden positiv getestet. In Gesamt-Europa waren ca. 41 % der getesteten Hunde und 47 % der Katzen infestiert [105]. *Ctenocephalides felis felis* (Kat-

3 Ergebnisse

zenfloh) kann sowohl Katzen als auch Hunde und andere kleine Säugetiere befallen. Der Floh hat ein starkes allergisches Potential. Bisher stehen 15 Proteine als Allergen fest [106]. *C. canis*, der Hundefloh, und *C. felis felis* können *Rickettsia felis* (3.2.4.9) und *Bartonella henselae* (3.2.2.1) übertragen [105, 107, 108]. Findet eine Übertragung auf den Menschen statt, jucken die Bisse und es entstehen erythemato-urtikarielle Läsionen mit zentralem hämorrhagischen Punkt [106]. Sowohl *C. canis* als auch *C. felis felis* sind in der Lage zu springen, um z.B. den Wirt zu wechseln [109].

3.2.4.2 Krätze/Skabies

Sarcoptes scabiei var. hominis ist ein obligat humanpathogener Parasit. Er gehört zu der Ordnung der Acari (Milben) [110]. Hunde können von *S. scabiei var. canis* befallen sein. Im Falle einer 27-jährigen Patientin, die Kontakt mit einem Welpen hatte, zeigten sich an den Armen und am Rumpf rote Papeln, die juckten. Der Mensch ist für *S. scabiei var. canis* ein Fehlwirt. Deshalb ist die Infestation meist selbstlimitierend. In beschriebenen Fall wurde die Patientin jedoch mit Permethrin behandelt, wodurch sie vollkommen gesundete [111]. Prädilektionsstellen sind zum Beispiel Fingerzwischenräume, Handgelenke und die Axilla-Region. Die weiblichen Parasiten graben sich unter die Haut und bilden kurze, kommaförmige Gänge aus. Durch die Immunantwort des Wirts kommt es zu juckenden Papeln, Krusten und Kratzexkoriationen [110].

3.2.4.3 Läuse

Aufgrund einer zu geringen Datenlage kann eine Gesundheitsgefährdung durch Läuse auf Hunden und Katzen für den Menschen weder belegt noch ausgeschlossen werden. Eine nähere Befassung mit diesem Thema kann nicht Gegenstand dieser Untersuchung sein, sondern muss einer eigenständigen Arbeit vorbehalten bleiben.

3.2.4.4 Zecken

Die Familie der Schildzecken hat mehrere Unterarten wie zum Beispiel die Art *Dermacentor* (*Dermacentor marginatus*, *Dermacentor reticulatus*) und die Art *Ixodes* (*Ixodes ricinus* und weitere). Diese Spezies sind für Deutschland von Rele-

3 Ergebnisse

vanz [112]. *Ixodes ricinus* (Gemeiner Holzbock) ist der Wirt von *Borrelia burgdorferi*. Im Raum Hannover sind laut einer Studie etwa 22 % der untersuchten *I. ricinus* mit *B. burgdorferi* infiziert [113]. Die medizinischen Folgen für den Menschen werden erst unten unter 3.2.4.7 beschrieben. *I. ricinus* fungiert außerdem noch als Vektor für *Rickettsia spp.* (3.2.4.9) und *Bartonella spp.* (3.2.2.1) [114, 113].

3.2.4.5 Echinococcus spp.

Echinococcus multilocularis und *E. granulosus s.l.* gehören zu den der Klasse der *Cestodae*, den Bandwürmern. In einer groß angelegten Studie wurden in Deutschland fast 18.000 Hunde und über 9.000 Katzen auf die beiden Würmer untersucht. 53 Hunde und 32 Katzen waren von den Endoparasiten befallen [115]. Laut dem Europäischen Echinokokkose Register wurden in Deutschland bis Ende 2004 211 Erkrankungen erfasst. Davon waren 203 autochthon erworbene Infektionen. *E. multilocularis* kann jedes Gewebe befallen. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose hatten mehr als 59 % der Patienten einen Leberbefall. Bei 40 % gab es zusätzlich noch einen Befall benachbarter Organe [116]. Gemäß § 7 Abs. 3 IfSG ist der labordiagnostische Nachweis einer Echinokokkose nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut zu melden.

3.2.4.6 Toxocara spp.

Toxocara canis (Hund) und *Toxocara cati* (Katze) gehören zu der Gruppe der *Ascarididae* oder Spulwürmer und sind somit Parasiten. *T. canis* ist einer der häufigsten gastrointestinalen Würmer von Haushunden weltweit. Die Eier werden mit dem Kot ausgeschieden, können jedoch auch am Fell der Tiere hängen. Hundewelpen beherbergen die Eier häufiger als ältere Hunde [117]. Junge Kätzchen sind ebenfalls häufiger besiedelt als ältere Katzen [118]. Die Larven können sich im menschlichen Körper weit verbreiten. Es können die Leber, die Lunge, die Muskulatur, die Augen, das ZNS und die Haut befallen werden. Kinder haben aufgrund der niedrigeren Hygiene und ihrem Spielverhalten ein höheres Besiedelungs-Risiko [119].

3.2.4.7 Borrelia burgdorferi

Borrelia burgdorferi s.l. ist ein Spirochät (gramnegative Bakterien). In Europa konnten bisher 11 verschiedene *B. burgdorferi s.l.* Genotypen ermittelt werden.

3 Ergebnisse

Sie sind für die Lyme-Borreliose verantwortlich und werden durch Zecken übertragen [113]. Nach einem Zeckenstich und der Übertragung von *B. burgdorferi* s.l. tritt bei etwa 80 % in der ersten Phase typischerweise ein Erythema migrans auf: Eine sich kreisrund um die Stichstelle herum ausbreitende Rötung mit zentraler Abblassung und den Symptomen Fieber, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Myalgien [120]. Darauf folgt Phase Zwei mit der Neuroborreliose bei 10-20 % der symptomatischen Patienten mit Meningitis, Meningoradikulitis oder Meningoenzephalitis. Lyme-Arthritis ist ebenfalls eine Manifestationsform [121]. Selten wurde bisher eine postinfektiöse Lyme-Nephritis beschrieben [122].

3.2.4.8 Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch das FSME-Virus ausgelöste Erkrankung. Das Virus entstammt der Familie der Flaviviridae und Gattung Flavivirus [123]. Die Krankheit wird durch Vektoren, wie zum Beispiel *Ixodes ricinus*, auf den Menschen übertragen. Das RKI ermittelt regelmäßig die Risikogebiete, wobei vor allem der Süden Deutschlands betroffen ist. Die Inzidenz im Landkreis Tübingen ist mit >3,35-8,81 Fälle/100.000 Einwohner/5-Jahresintervall niedriger als im Landkreis Freiburg mit >8,81-40,38 Fälle/100.000 Einwohner/5-Jahresintervall [124]. Die Erkrankung beginnt mit grippe-ähnlichen Symptomen wie Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, gastrointestinale Symptome und Myalgien für 2-8 Tage. Darauf folgt ein symptomfreies Intervall bis zu einem Monat. In der zweiten Phase ist das ZNS betroffen. Es kann zu einer Meningitis, Meningoenzephalomyelitis oder Meningoenzephaloradikulitis mit starken Kopfschmerzen und hohem Fieber kommen [125]. Für das FSME-Virus besteht gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 15 IfSG eine namentliche Meldepflicht.

3.2.4.9 Rickettsia spp.

Rickettsia spp. sind intrazelluläre, gramnegative Bakterien, die über Vektoren wie Flöhe (*C. felis*), Zecken oder Läuse auf den Menschen übertragen werden können. Sie können verschiedene Arten der Fleckfieber-Krankheit auslösen [126]. Die häufigste *Rickettsia* Spezies, die auf den Menschen übertragen wird, ist *R. felis*. Die Erkrankung zeigt sich typischerweise mit einem grippe- bzw. masern-ähnlichen Beginn mit Fieber, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Myalgie, Konjunktivitis und einem makulo-papulösem Exanthem [107, 108]. Durch die Ähnlich-

keit der Symptome mit Typhus oder Dengue-Fieber wird die Erkrankung manchmal fehldiagnostiziert [108].

3.2.5 Allergien

Chronischer Kontakt mit Allergenen führt zu allergischer Sensibilisierung und gegebenenfalls Ausbildung von Hyperreagibilität und Asthma [127].

3.2.5.1 Can f 1 & Can f 2

Die wichtigsten, über den Hautkontakt und die Luft übertragbaren Allergene, die von Hunden ausgehen, sind Can f 1 und Can f 2. Sie werden beide in den Hautschuppen produziert. Can f 1 kann darüber hinaus auch in den Zungendrüsen gebildet werden. Bei Can f 2 ist es möglich, dass es sowohl in den Zungendrüsen als auch in den Parotiden produziert wird [128]. In der oben bereits erwähnten Studie zeigten die Autoren auch eine ubiquitäre Verbreitung von Can f 1 in britischen Krankenhäusern [129].

3.2.5.2 Fel d1

Katzen- und Hundehaare sind für ihr Allergie-Potential bekannt, weil an ihnen oft Speichel- und Hautschuppenreste haften. Auf den Menschen übertragen werden können die Allergene durch direkten Kontakt mit den Tierhaaren oder über die Luft. Das wichtigste über die Luft übertragbare Allergen bei Katzen stellt Fel d 1 dar [130]. Wie schon oben unter 3.2.5 dargelegt, kann Fel d 1 den Menschen allergisch sensibilisieren, zu Hyperreagibilität führen und Asthma auslösen [127]. Custovic *et al.* untersuchte die Verbreitung von Fel d 1 in britischen Krankenhäusern und wies das Allergen in Kliniken ubiquitär in Matratzen und Polstermöbeln, hier sogar in bedenklicher Konzentration, nach [129].

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Studie

Zurückkommend auf den Beitrag in der Zeitschrift "Der Allgemeinarzt" zu der Frage, ob Hunde Zutritt zu Arztpraxen haben dürfen, vertritt Mittermaier die Auffassung, es verstehe sich von selbst, dass das geschilderte Verhalten des Kollegen, der sich nicht davon abbringen ließ, den Hund zum Dienst mitzubringen, nicht zu tolerieren sei, da das Hygieneverständnis dessen prinzipiell fragwürdig erscheint.

Die Umfrageergebnisse klärten die Vorfrage, dass es sich bei dem Hausarzt, der seinen Hund mit in die Vertretungspraxis brachte, keineswegs um ein rein singuläres Problem handelt. Im Gegenteil: Denn von den 675 angeschriebenen Ärzten und Psychotherapeuten waren zwar nur 125 Fragebögen (18,5 %) verwertbar, wovon aber 43 Studienteilnehmer das Mitbringen von Hunden und Katzen in die Praxis erlaubten, darunter auch 9 Ärzte. Das sind mit 34,4 % mehr als ein Drittel der Teilnehmer und damit eine überraschend große Gruppe.

Wenig überraschend war dagegen der signifikante Unterschied zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Lediglich 9 Ärzte (20,9 %) erlaubten das Mitbringen von Hunden in die Arztpraxis. Die Zahl der Psychotherapeuten, die Hunde und/oder Katzen in ihren Praxen akzeptieren, beläuft sich auf erstaunliche 34 Personen (79,1 %) und ist somit beinahe viermal so hoch wie bei Ärzten. Umso weniger überraschend war es, dass bei einer so großen Zahl von Ärzten und Psychotherapeuten, die Tiere in ihren Praxen zulassen, dann auch Gesundheitsgefährdungen zu beobachten waren, wenn auch nur in 2 Fällen (4,7%) bei Psychotherapeuten. Einschränkend muss man hierzu allerdings sagen, dass ein Psychotherapeut die Gesundheitsgefährdung durch die Katze in seiner Praxis wohl selbst ausgelöst hat. Denn man kann durch seine Mitteilung "Bearbeitung therapeutisch wertvoll!" davon ausgehen, dass die "heftigen Streichelversuche[n]" auf Initiative des Psychotherapeuten stattfanden. Die weitere Gesundheitsgefährdung ist hingegen kritischer zu beurteilen. Der Hund, der sich ausschließlich im Behandlungszimmer aufhalten durfte, verunreinigte die Praxisräumlichkeiten durch Urin

4 Diskussion

und/oder Fäces und war von Zecken infestiert.

Insgesamt lehnten 63 Ärzte (87,5 %) Tiere in ihren Praxen ab. Dagegen stehen 19 Psychotherapeuten, was in ihrer Gruppe 35,8 % entspricht. Somit tolerieren also etwa 2/3 der Psychotherapeuten und nur 12,5 % der Ärzte Tiere in ihren Praxen. 3 Ärzte oder deren Personal hatten bemerkenswerterweise genauso wenige hygienische Bedenken bei der Mitnahme eines eigenen Tieres wie 13 Psychotherapeuten (24,5%). 7 Ärzte erlaubten sogar ihren Patienten, Hunde mit in die Praxis zu bringen. Dahingegen erlauben mehr Psychotherapeuten, in Zahlen 29 (54,7 %), ihren Patienten, ein Tier mit zur Sprechstunde zu bringen, als diejenigen, die Tiere ablehnen, nämlich 24 (45,3 %). Es konnte in den Untersuchungen auch statistisch mit den Chi-Quadrat-Tests nach Pearsons ($<0,001$) auf dem Niveau 0,05 belegt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Art der Praxis (kassenärztlich/kassenpsychotherapeutisch) und der Akzeptanz von Tieren in den Praxen besteht. Tab. 5.5, 5.7 und 5.9 belegen dies.

Am 23. Januar 2015 erklärte Frau Dr. med. Doris Reick, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, dem Autor dieser Untersuchung auf Anfrage schriftlich [2], dass ihre Behörde in Arztpraxen, in denen keine operativen Eingriffe vorgenommen werden und die über ein ausreichend großes Raumangebot verfügen, in Einzelfällen - auch nach Rücksprache mit dem örtlichen Gesundheitsamt - der vorübergehende Aufenthalt von anderweitig nicht betreuten Hunden gestattet habe, wenn dieser "zuverlässig ruhig und verträglich, medizinisch untersucht, frei von Infektionen und entwurmt war." Des Weiteren teilte sie mit: "Der Aufenthaltsort war jedoch grundsätzlich außerhalb von Sprechzimmer, Untersuchungs- und Behandlungsräumen, allen medizinischen Funktions- und Lagerräumen, Labor und Aufbereitungsraum, Wartezimmern und Verkehrsfluren. Ein Zusammentreffen mit Patienten war zu vermeiden."

Die Ergebnisse der ausgewerteten Fragebögen zeigen ein vollständig anderes Bild: Bei den Ärzten durfte sich lediglich ein Hund eines Kinder- und Jugendmediziners ausschließlich in dem Personalraum oder der Küche aufhalten. Die beiden anderen Fachärzte, ein Allgemeinmediziner und ein Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, wählten, wie oben schon dargelegt wurde, andere Antworten. 7 Ärzte, mit primär nicht operativen Fachrichtungen, erlaubten sogar ihren Patienten, Hunde mit in die Praxis zu bringen. Davon waren 4 Tiere (57,1 %) selbst im Behandlungszimmer akzeptiert. 6 Hunde (85,7 %) durften sich im Wartezimmer aufhalten, wobei aus medizinischer Sicht nicht ausgeschlossen werden kann, dass dort möglicherweise auch schwer kranke Patienten mit starker Immunsuppression auf ihre Behandlung warten. Zudem muss, unabhängig

4 Diskussion

vom Aufenthaltsort, bezweifelt werden, dass der Arzt einen Überblick über das Verhalten, geschweige denn über den Gesundheitszustand eines Hundes eines Patienten haben kann, was vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg jedoch vorausgesetzt wird.

Betrachtet man nun im Gegensatz zu der Gruppe der Ärzte die der Psychotherapeuten, fällt deutlich auf, dass sie eine sehr viel offenere Handhabung im Zusammenhang mit Hunden und Katzen an ihrem Arbeitsplatz an den Tag legen. Denn 9 (83,3 %) von ihnen haben keinerlei Bedenken damit, den eigenen Hund oder einen Hund des Personals mit in die Behandlungszimmer zu nehmen. Ebenso nannte einer der Teilnehmer sogar den Gruppentherapieaum mit bis zu 10 anwesenden Patienten (§ 18 Nr. 5 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses i.d.F. vom 19.02.2009 (Bundesanzeiger Nr. 58 (S.1 399) v. 17.04.2009, zuletzt geändert am 16.10.2014, BAnz AT 02.01.2015 B2)) als weiteren Aufenthaltsort für einen Hund. Bei den Tieren von Patienten in Psychotherapeutenpraxen wird der Unterschied zwischen Ärzten und Psychotherapeuten noch klarer: 24 Teilnehmer (88,9 %) gestatten Hunden den Zutritt zu ihrem Behandlungszimmer. Alle 6 Teilnehmer (100 %), die ihren Patienten erlauben, eine Katze mitzubringen, akzeptieren diese Tiere in ihren Behandlungsräumen.

Bemüht man sich um eine Analyse dieses drastischen Unterschieds bei der Einschätzung, ob einerseits Hunde und andererseits Katzen mit in die Psychotherapeutenpraxis gebracht werden dürfen, stellt sie sich als äußerst schwierig heraus.

Denn dieser Umstand kann einerseits bedingt sein durch Art der Haltung der jeweiligen Tiere oder andererseits der Einschätzung des einzelnen Psychotherapeuten zu Umfang und Maß von Gesundheitsgefährdungen, die zum einen von Hunden und zum anderen von Katzen ausgehen können. Da Katzen in der Regel nicht an der Leine geführt werden und auch eine weniger enge Sozialisation an den Menschen aufweisen - bei Wohnungen und Häusern mit Katzenklappen laufen sie frei herum - kann auch die Art des Transports von Katzen in eine Psychotherapeutenpraxis (Tragebox, Tasche oder Transport im Arm) ohne weiteres der Grund für die sehr deutliche Ablehnung gegenüber Katzen sein. Damit könnte die Einschätzung von Gesundheitsgefährdungen durch Katzen gegenüber Hunden in den Hintergrund treten.

Die vorstehende Analyse lässt sich ebenfalls auf die Antworten von Ärzten zur Zulassung von Hunden und vor allem Katzen in der Arztpraxis übertragen (Tab. 5.10 und 5.12). Dabei muss allerdings die Antwort auf die sich sofort aufdrängen-

de Frage, ob Ärzte durch ihren laufenden Umgang mit Gesundheitsgefährdungen die von Katzen ausgehenden Gesundheitsgefahren höher einschätzen als die von Hunden oder ob die Art der Haltung und unterschiedliche Sozialisation der Tiere für die Gesamtablehnung von Katzen ausschlagend ist, offen bleiben.

4.2 Diskussion der medizinischen Untersuchung

In dem vorangegangenen medizinischen Ergebnisteil wurden eine Reihe Erreger mit unterschiedlich hohen Gefahren für den Menschen spezifiziert. In der nachfolgenden Darstellung wird nun der Versuch unternommen, die doch sehr variierenden Gefahren einzuschätzen. Lässt man die dargelegten Gefahren von Erregern in Folge von Biss- und Kratzverletzungen, durch Kontakt zu den Ausscheidungen oder durch Vektoren übertragen, Revue passieren, haben einige Erreger schwerwiegende Erkrankungen, wie zum Beispiel Meningitis, Endokarditis und Sepsis zur Folge, die bis zum Tod führen können. Im Folgenden wird besonders auf diejenigen eingegangen, die in einer hohen Zahl vorhanden sind und darüber hinaus auch schwerwiegende Erkrankungen auslösen können.

Aus der Darstellung der Erreger, die potentiell von Hunden und Katzen auf den Menschen übertragen werden können, geht, wie die Ausführung im vorangegangenen medizinischen Ergebnisteil belegen, eine nicht von der Hand zu weisende Gesundheitsgefährdung für Personal und Patienten in Arztpraxen hervor. Hier befinden sich oft schwer kranke Patienten, die beispielsweise immunsupprimiert sind oder eine Chemotherapie bekommen. Haben diese Patienten Kontakt mit bestimmten Erregern, können diese Keime ernsthafte gesundheitliche Probleme auslösen und sogar bis zum Tod führen.

Angeführt wird das Gefährdungspotential durch Zecken, da ein Psychotherapeut sie im Fragebogen als Gesundheitsgefährdung angegeben hat: Sie stellen, für sich genommen, keine große Bedrohung dar. Jedoch kann es zu ernsthaften gesundheitlichen Beschwerden kommen, wenn die Zecke mit einem, der im medizinischen Teil genannten, Erreger infiziert ist. Die durch Zecken übertragbare Borreliose ist eine schwerwiegende Erkrankung, die zwar, wenn sie früh erkannt wird, gute Heilungschancen hat. Wird die Diagnose aber nicht korrekt gestellt und der Patient nicht rechtzeitig behandelt, kann der Keim verheerende Folgen, wie eben Meningitis und Lyme-Arthritis bis hin zum Tod, haben.

Die Übertragung des FSME-Virus durch Zecken auf den Menschen, besonders in den in der Studie untersuchten Landkreisen, ist mit einer Inzidenz von >3,35-8,81 Fälle/100.000 Einwohner/5-Jahresintervall für Tübingen und

4 Diskussion

>8,81-40,38 Fälle/100.000 Einwohner/5-Jahresintervall für Freiburg nicht gerade selten. Die oben beschriebenen Folgen können schwerwiegend sein und bis zum Tod führen.

Bartonella henselae ist sehr häufig bei Katzen nachweisbar. Auch Hunde haben ein hohes Risiko, Träger dieses Erregers zu sein. Wie im Ergebnisteil erwähnt, sind die möglichen Komplikationen, die im Zusammenhang mit diesem Erreger auftreten können, gefährlich und können bis zum Tod führen.

Capnocytophaga canimorsus ist besonders gefährlich für Patienten mit einem geschwächten Immunsystem. Der Keim konnte zwar in der Schweiz in großer Anzahl in Hundespeichel gefunden werden [17], jedoch zeigt die dänische Studie eine eher geringe Relevanz [18]. Trotz dieser Tatsache kann eine Infektion vor allem für immunsupprimierte Patienten zu einer großen Gefahr werden. 31 % der Patienten verstarben im Verlauf an den Folgen der Infektion, wobei in der Vielzahl der Fälle vorangegangener Kontakt zu Hunden festgestellt werden konnte [18].

Moraxella spp. sind häufig vorkommende Keime und können ebenfalls zu schwerwiegenden Erkrankungen führen. Gerade Patienten mit der Lungenerkrankung COPD haben eine erhöhte Gefährdung. Gefährlich sind vor allem jene Keime, die nicht mit den geläufigen Antibiotika behandelt werden können.

Die Leptospirose ist eine schwerwiegende Erkrankung, die, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird, zum Tode führen kann. Die Häufigkeit der Erkrankung bei Menschen ist relativ gering, wobei sie eben in der Schweiz bei Hunden ansteigt. Kommen Tiere in der Praxis in Kontakt mit einem Patienten, wäre eine Übertragung denkbar. Die Bakterien können als Aerosol mit der Schleimhaut aufgenommen werden und von dort in den Körper gelangen. Verheerend wäre eine Übertragung auf eine Schwangere, da es zu einem Abort kommen könnte.

Die häufig bei Hunden und Katzen vorkommenden Keime *Pasteurella spp.* haben eine hohe Mortalitätsrate von bis zu 30 % bei Patienten, die von einem Tier gekratzt oder gebissen wurden. Zwar sind Bakteriämien und eine Sepsis selten beschrieben. Kommt es jedoch zu einer solchen, steigt die Mortalitätsrate weiter an. Besonders gefährdet sind Patienten mit geschwächtem Immunsystem, also Kinder und alte Menschen [61].

Zu klären wäre in weiteren Studien, wie hoch die Übertragungsrate von gewissen Keimen von Hunden und Katzen auf den Menschen tatsächlich ist.

Ebenfalls erwähnt wurden die Allergene, die von Hunden und Katzen ausgehen und für den Menschen von Relevanz sind. Hierzu kann die Studie von Munir *et al.* [127] aufgeführt werden, in der Staub in schwedischen Schulen auf Fel d 1 und Can f 1 untersucht wurde. Die Konzentration von Can f 1 hatte eine ähnlich hohe

4 Diskussion

Konzentration wie in Haushalten in den USA, in denen Hunde gehalten wurden. Die Konzentration beider Allergene war auf den Stühlen am höchsten. Daraus entstand die Hypothese, dass die Schüler und Lehrer die Allergene auf ihren Kleidern in die Schule tragen. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Konzentration beider Allergene wahrscheinlich hoch genug sei, um bei Kindern, die allergisch auf Hunde und Katzen reagieren, Asthma auszulösen.

Ob die Allergene also eine relevante Gefährdung für den Menschen in Arztpraxen aufgrund von mitgebrachten Tieren darstellt, kann nicht beantwortet werden. Hierzu bedarf es weiterer Studien.

Abschließend kann man nach hier vertretener Auffassung festhalten, dass die auf- und ausgeführten Erreger ein gehöriges Gefährdungspotential für Menschen haben. Besonders für immungeschwächte und multimorbide Patienten besteht eine Gefährdung durch oben genannte Keime.

5 Juristischer Teil

Einleitung

Der fünfte und letzte Teil der Untersuchung befasst sich mit der Frage, ob es für das Halten oder Mitbringen von Hunden und Katzen in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen einschlägige gesetzliche Bestimmungen und/oder höchstrichterliche Entscheidungen gibt. Untersucht werden hierzu öffentlich-rechtliche Bestimmungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG), im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung im Siebten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VII), zivilrechtliche Bestimmungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und etwaige sanktionsrechtliche Bestimmungen im ärztlichen Berufsrecht.

5.1 Infektionsschutzgesetz

5.1.1 § 23 Abs. 1 und 2 IfSG

§ 23 Abs. 1 IfSG¹ bestimmt, dass beim RKI eine „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) einzurichten ist. Sie arbeitet mit Empfehlungen² und Richtlinien³.

Die Vorläufereinrichtung dieser Kommission⁴ hat 1974 die „Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“⁵ erarbeitet.

¹§ 23 Abs. 1 und 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) v. 20.07.2000 (BGBl. I 2000, S. 1045) i.d.F. v. 18.7.2016 (BGBl. I 2016, S. 1666).

²Z.B. Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, Erscheinungsdatum 03.06.2014, Bundesgesundheitsblatt 6/2014.

³Z.B. Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichen Fehlverhalten am RKI, Stand: 01.03.2012.

⁴„Kommission des Bundesgesundheitsamtes“, schriftliche Stellungnahme des RKI vom 25.06.2015.

⁵Bundesgesundheitsblatt 19, Nr. 1 v. 09.01.1976.

Sie wurde 1976 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht und in den Folgejahren stetig weiterentwickelt und ergänzt. Seit 1989 tritt die Kommission unter dem Namen „KRINKO“ in der Öffentlichkeit auf⁶. Die seit 1989 ebenfalls umbenannte Richtlinie „Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ regelt die Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen durch funktionell-bauliche Maßnahmen, durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen, durch hygienische Maßnahmen in Versorgungs- und technischen Bereichen sowie die Durchführung der Sterilisation und Desinfektion.

§ 23 Abs. 2 IfSG verpflichtet das RKI, die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) einzurichten.

Sowohl die ART als auch die KRINKO veröffentlichen durch das RKI Empfehlungen, die unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt werden.

5.1.2 Rechtliche Unterscheidung zwischen Richtlinien und Empfehlungen

Fragt man sich, ob es zwischen Richtlinien und Empfehlungen des RKI im Bezug auf deren Rechtsverbindlichkeit Unterschiede gibt, wird zunächst auf einen Beschluss des Verwaltungsgerichts München aus dem Jahre 2012⁷ verwiesen. Es führt aus: „Mit § 23 Abs. 3 IfSG wollte der Gesetzgeber zwar die rechtliche Bedeutung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts gesetzlich regeln und ihren Stellenwert konkretisieren (BT-Drs. 17/5708, S. 1). Er wollte ihnen dabei aber nicht eine Bedeutung dahingehend zumessen, dass sie den Stand der medizinischen Wissenschaft gleichsam zementieren. Deshalb hat er in § 23 Abs. 3 a. E. IfSG nur eine positive Vermutungsregel aufgestellt, die zum einen widerlegbar ist und die es zum anderen auch nicht ausschließt, dass der Stand der medizinischen Wissenschaft (ausnahmsweise) auch bei Nichteinhalten der Anforderungen der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts eingehalten wird.“

Demgegenüber hat das Verwaltungsgericht Würzburg zu Empfehlungen des Umweltbundesamtes auf der Basis von § 40 IfSG gut ein Jahr später⁸ entschieden, dass dessen Empfehlungen zwar keine unmittelbare rechtliche Verbindlich-

⁶Robert Koch-Institut, Vorwort und Einleitung der Kommission zur Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 47:409–411, April 2004.

⁷VG München, Beschl. v. 08.03.2012 – M 18 S 11.5405 –, juris Rn. 67.

⁸VG Würzburg, Urteil v. 12.06.2013 – W 6 K 13.37 –, juris Rn. 36.

5 Juristischer Teil

keit haben, sie aber als antizipiertes Sachverständigengutachten und somit als vorweggenommene gutachterliche Äußerungen zu werten sind. Sie beschreiben in allgemeiner Weise die beachtlichen Mindestanforderungen und sind dazu geeignet, die gesetzlichen Vorgaben auszufüllen. Das Umweltbundesamt hat die Aufgabe, Konzeptionen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von durch Wasser übertragbaren Krankheiten zu entwickeln. Seine Konzeptionen dienen primär dazu, die Verwaltungsbehörden durch grundsätzliche fachliche Expertisen zu unterstützen.

Der Rechtsauffassung des VG Würzburg ist nach hier vertretener Auffassung zu folgen. Sowohl die Richtlinie zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI als auch alle dazu ergangenen Empfehlungen stellen antizipierte Sachverständigengutachten dar. Denn sie beschreiben den jeweils aktuellen Stand des Wissens („State of the Art“), weil sie von für die jeweiligen Fachgebiete ausgewiesenen Experten aufgestellt wurden und in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität überprüft werden. Dem VG München muss zwar zugestanden werden, dass Empfehlungen des RKI den Stand der Wissenschaft nicht zementieren können. Denn wissenschaftliche Erkenntnisse können sich schnell ändern. Andererseits aber handelt es sich bei den Richtlinien und Empfehlungen des RKI, wie das VG Würzburg zu Recht festgestellt hat, um die von jedermann zu beachtenden Mindestanforderungen. Für sie gilt die Vermutungsregel des § 23 Abs. 3 S. 2 IfSG, weil die Einhaltung dieses Mindeststandes auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention vermutet wird, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der RKI-Hygienekommission beachtet worden sind.

Wer dagegen unter diesem Standard mit der Infektionsprävention und mit Infektionen umgeht, wird bei Gericht unterliegen. Denn die Richter dürfen auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nicht ohne Sachverständige entscheiden, die im RKI in größerer Zahl vorhanden sind und deren Richtlinien und Empfehlungen herausgeben. Die Richtlinien und Empfehlungen des RKI haben andererseits keinen so verbindlichen Rechtscharakter wie formelle Gesetze, Rechtsverordnungen und Satzungen⁹. Dem RKI als einer wissenschaftlich-medizinischen Leitinstitution der Bundesregierung fehlt die Kompetenz zum Erlass von Gesetzen, Rechtsverordnungen und Satzungen. Im Übrigen ist das RKI selbst der Rechtsauffassung, dass seine Empfehlungen kein verbindliches Recht

⁹A.A. Erdle, Infektionsschutzgesetz, Kommentar, 4. Aufl., 2013, S. 78, der es sich zu einfach macht, wenn er die Empfehlungen (Richtlinien) des RKI gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 IfSG als rechtlich verbindlich ansieht.

darstellen¹⁰.

5.1.3 § 23 Abs. 3 IfSG

Die für die vorliegende Arbeit wichtigste Regelung im Infektionsschutzgesetz stellt § 23 Abs. 3 IfSG dar. Danach haben die in diesem Paragraphen genannten Leiter ganz bestimmter Einrichtungen sicherzustellen, nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden¹¹. In Nr. 8 werden die Leiter von Arztpraxen und Zahnarztpraxen ausdrücklich genannt. In Nr. 9 der Bestimmung sind auch die Leiter aller Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe dazu verpflichtet, die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Zu den Angehörigen der sonstigen humanmedizinischen Heilberufe gehören, wie sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG¹² ergibt, die Angehörigen „andere[r] Heilberufe“. Damit sind alle sog. Fachberufe im Gesundheitswesen erfasst¹³.

Die Sicherstellungspflicht im Hinblick auf die Vermeidung von Krankheitserregern ergibt sich für Arztpraxen direkt aus dem Wortlaut des § 23 Abs. 3 Nr. 8 IfSG. Psychotherapeuten bedürfen für die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie gemäß § 1 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)¹⁴ einer Erlaubnis. „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen [beim Menschen] mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG). Also sind die Psychotherapeuten verpflichtet, auch ihrerseits für die humanmedizinische Abklärung zu sorgen. Zwar werden sie diese Abklärung nicht selbst durchführen, sondern von einem Humanmediziner vornehmen lassen. Aber dadurch, dass das Gesetz sie (mit)verpflichtet, für diese Abklärung zu sorgen, sind die Psychotherapeuten als Mitverantwortliche in die medizinische Versorgung einbezogen. Insofern üben auch sie einen sonstigen

¹⁰KRINKO; Stand 14.11.2011, http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/KRINKO/krinko_node.html, Zugriff am 13.04.2017.

¹¹Erdle, a.a.O., S. 78: Danach ist das Ziel des § 23, die Zahl nosokomialer Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, zu reduzieren z.B. durch besseres Einhalten von Hygieneregeln[...]. Qualität und Transparenz der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden.

¹²Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland v. 23.05.1949 (BGBl. I 1949, S. 1) i.d.F. v. 23.12.2014 (BGBl. I 2014, S. 2438).

¹³Erdle, a.a.O., S. 78.

¹⁴Psychotherapeutengesetz v. 16.06.1998 (BGBl. I 1998, S. 1311) i.d.F. v. 23.12.2016 (BGBl. I 2016, S. 3191).

5 Juristischer Teil

humanmedizinischen Heilberuf i.S.v. § 23 Abs. 3 Nr. 9 IfSG aus.

Wie aus dem medizinischen Teil bereits hervorgeht, können Hunde und Katzen eine Vielzahl an Krankheitserregern aufweisen. Die Keime können sich allein schon durch bloßen Kontakt, erst recht durch Biss- und Kratzverletzungen auf den Menschen weiterverbreiten.

Fraglich ist, ob die Sicherstellungspflicht im Bezug auf die Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern sowohl in Arztpraxen als auch in Psychotherapeutenpraxen dahin geht, eigens mitgebrachte oder von Patienten mitgebrachte Tiere völlig aus den Praxisräumlichkeiten auszuschließen, oder ob eine Differenzierung bei diesen beiden Berufsgruppen möglich ist.

Das LGA Baden-Württemberg teilte, wie oben bereits erwähnt wurde, dem Autor dieser Untersuchung schriftlich mit¹⁵, dass bisher in Arztpraxen ein vorübergehender „Aufenthalt eines anderweitig nicht betreuten Hundes gestattet“ gewesen sei, sofern er „zuverlässig ruhig und verträglich, medizinisch untersucht, frei von Infektionen und entwurmt war.“ Hieraus folgt, dass das LGA Baden-Württemberg die Anwesenheit von Hunden in Arztpraxen aus Hygiene- und Infektionsschutzgründen nicht völlig ausschließt, sondern sie vielmehr in vielerlei Ausnahmefällen zulässt. Nämlich dann, wenn der Hund sich nur vorübergehend in der Praxis aufhält, nicht anderweitig betreut werden kann, zuverlässig, ruhig, verträglich, medizinisch untersucht und frei von Infektionen und entwurmt ist. Jedoch wurde auch klar dargelegt, dass „Haustiere [...] in diesem Kontext [...] ein prinzipiell vermeidbares hygienisches Risiko“ in Bezug auf das Infektionsschutzgesetz darstellen.

Der Auffassung des LGA kann nicht gefolgt werden. Die im medizinischen Teil dargelegten, nicht unerheblichen Gefahren, die von Hunden und Katzen ausgehen können, können durch einen zuverlässigen, medizinisch untersuchten, infektionsfreien und entwurmten Hund aus praktischer und medizinischer Sicht gerade dann nicht verhindert werden, wenn sich das Tier z.B. bei einem vorabendlichen Zusammentreffen mit Freunden oder auf dem morgendlichen Weg zur Praxis mit Infektionserregern angesteckt hat. Hinzu kommt, dass in jeglichen Facharztpraxen bis hin zur Praxis eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie immer auch immungeschwächte und multimorbide Patienten behandelt werden. Denn nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg¹⁶ gehört zum Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungs-

¹⁵S.o. 2.2.

¹⁶Weiterbildungsordnung LÄK BW (WBO 2006) v. 15.03.2006 i.d.F. v. 01.02.2016; <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>, Zugriff am 29.03.2017.

5 Juristischer Teil

gen und Fertigkeiten im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch die Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z.B. onkologischen, rheumatischen und Autoimmunerkrankungen.

Zusammenfassend lassen sich daher erhebliche Gesundheitsgefahren durch Tiere, die sich in Arztpraxen aufhalten, nicht ausschließen. Die vom LGA vorgeschlagenen Voraussetzungen („Ein Tier, welches sich nur vorübergehend in der Praxis aufhält, nicht anderweitig betreut werden kann, zuverlässig, ruhig, verträglich, medizinisch untersucht und frei von Infektionen und entwurmt ist.“) sind in der Praxis keineswegs dazu geeignet, die von Hunden ausgehende Infektionsgefahren zu verhindern. Die aus § 23 Abs. 3 Nr. 8 IfSG folgende Vermeidungspflicht der Inhaber von Arztpraxen führt daher nach hier vertretener Auffassung dahin, dass das Halten und Mitbringen von Tieren in Arztpraxen unzulässig ist und damit der Praxisinhaber selbst kein eigenes Tier in seine Arztpraxis mitbringen darf. Betritt ein Patient die Praxis im Beisein eines Tieres, folgt aus der genannten Vermeidungspflicht für den Praxisinhaber darüber hinaus, dass er - oder eine/r seine/r MitarbeiterInnen nach entsprechender vorheriger Anweisung des Praxisinhabers - das Tier aus der Praxis weisen muss.

Der Auffassung des LGA Baden-Württemberg für Inhaber von Arztpraxen konnte zwar, wie soeben dargelegt wurde, auch für den Fall des Mitbringens eigener Tiere nicht gefolgt werden. Auf Inhaber von Psychotherapeutenpraxen lässt sich die Differenzierung des LGA aber sehr wohl anwenden, soweit der Praxisinhaber selbst einen zuverlässigen, medizinisch untersuchten, infektionsfreien und entwurmten Hund mitbringt. Denn der Psychotherapeut befasst sich - anders als der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - ausschließlich und allein mit psychischen und nicht mit somatischen Erkrankungen. Er behandelt daher keine Patienten, die immunsupprimiert und multimorbid sind.

Im Schreiben des LGA werden Katzen, auch wenn der Arzt selbst sie in seine Praxis mitbringt, aufgrund der schlechteren Kontrollmöglichkeiten, der geringeren Erziehbarkeit und ihres höheren Allergiepotentials generell nicht für zulässig erachtet. Diese Rechtsauffassung ist auch auf Psychotherapeutenpraxen zu übertragen, denn selbst nicht so anfällige Patienten können durch die Wildheit der Katzen und durch deren Infektionserreger nicht unerheblich gefährdet werden.

Soweit es sich demgegenüber um einen Patienten handelt, der seinen Hund oder seine Katze in die Psychotherapeutenpraxis mitbringt, bleibt es, wie bei der Arztpraxis, dabei, dass der Inhaber und seine MitarbeiterInnen einen Patienten

aus der Praxis weisen müssen, da die Infektionslage der Patiententiere nie bekannt sein kann.

Zusammenfassend bedeutet also die Sicherstellungspflicht gemäß § 23 Abs. 3 Nr. 8 und 9 IfSG, die Weiterverbreitung von Infektionserregern zu vermeiden, für die Inhaber von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, dass Hunde und Katzen in deren Praxen nicht anwesend sein dürfen. Dies gilt allerdings nicht für den Hund eines Psychotherapeuten, der zuverlässig ruhig und verträglich, medizinisch untersucht, frei von Infektionen und entwurmt ist.

5.1.4 Maßnahmen und Sanktionen bei Verstößen gegen die Sicherstellungspflicht gemäß § 23 Abs. 3 IfSG

Kommt ein Arzt/Psychotherapeut seiner in § 23 Abs. 3 Nr. 8 und 9 IfSG geregelten Sicherstellungspflicht, die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden, durch die Zulassung von Hunden und Katzen in seiner Praxis nicht nach, ist zu prüfen, welche Maßnahmen und ggf. Sanktionen bei diesen Verstößen möglich sind.

In Betracht kommen Maßnahmen aufgrund der spezialgesetzlichen Regelungen der Gefahrenabwehr, die sich für den Bereich von Krankheitserregern im IfSG finden (sog. Sonderpolizei- und Sonderordnungsrecht¹⁷). Hierfür können die § 17 Abs. 2 und § 16 Abs. 1 IfSG einschlägig sein¹⁸.

5.1.4.1 § 17 Abs. 2 IfSG (lex specialis)

§ 17 Abs. 2 IfSG bestimmt, dass dann, wenn Gesundheitsschädlinge festgestellt werden und die Gefahr begründet ist, dass durch sie Krankheitserreger verbreitet werden, die zuständige Behörde die zu ihrer Bekämpfung erforderlichen Maßnahmen anzuordnen hat. Die Bekämpfung umfasst Maßnahmen gegen das Auftreten, die Vermehrung und Verbreitung sowie zur Vernichtung von Gesundheitsschädlingen.

Das Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften¹⁹ und hier das Infektionsschutzgesetz hat in § 2 Nr. 12 den Begriff „Gesundheitsschädling“ gesetzlich definiert. Er ersetzt den Begriff „tierischer Schädling“, den der Gesetzgeber

¹⁷Zum Begriff des Sonderpolizei- und -ordnungsrechts vgl. Urteil d. VGH Baden-Württemberg v. 15.11.2007 – 1 S 1471/07.

¹⁸Erdle, Infektionsschutzgesetz, Kommentar, 5. Aufl., 2016, Allgemeines zu §§ 16, 17 (und zu §§ 22 bis 32), S. 48.

¹⁹Seuchenrechtsneuordnungsgesetz – SeuchRNeuG – vom 20.7.2000, BGBl. I 2000, S. 1045 ff.

5 Juristischer Teil

bis dahin in § 13 Abs. 1 Bundesseuchengesetz (BSeuchG) verwendet hatte²⁰. Ein Gesundheitsschädling ist „ein Tier, durch das Krankheitserreger auf Menschen übertragen werden können“. Nach der amtlichen Begründung zum Seuchenrechtsneuordnungsgesetz (SeuchRNeuG) unterfallen allerdings dem Begriff „Gesundheitsschädling“ nicht die Allergene oder Toxine erzeugenden Parasiten oder Schädlinge²¹. Im medizinischen Teil wurde dargelegt, dass Hunde und Katzen Tiere sind, durch die auch solche Krankheitserreger auf Menschen übertragen werden können, die nicht unter den Begriff der Allergene oder Toxine erzeugenden Parasiten oder Schädlinge fallen. Diese Krankheitserreger (wie z.B. Streptokokken etc.) stellen damit kraft gesetzlicher Definition Gesundheitsschädlinge nach dem IfSG dar. Also handelt es sich um ein weites Tatbestandsmerkmal.

So weit einerseits das Tatbestandsmerkmal „Gesundheitsschädlinge“ ist, so ergibt sich andererseits eine Einschränkung aus dem weiteren Tatbestand, wonach die Gefahr begründet sein muss, dass durch den Gesundheitsschädling Krankheitserreger verbreitet werden. Für diesen vom Gesetzgeber in § 17 Abs. 2 IfSG verwendeten Begriff „Gefahr“ im Bezug auf die von einem sog. Gesundheitsschädling ausgehende Verbreitung von Krankheitserregern reicht eine sog. abstrakte Gefahr nicht aus, vorliegen muss vielmehr eine im Einzelfall bestehende konkrete Gefahr²². Die Unterscheidung zwischen abstrakten Gefahren und konkreten Gefahren für Maßnahmen der Polizei prägt das Polizeirecht schon seit dem 19. Jahrhundert. Soll ein polizeiliches Eingreifen schon beim Vorliegen einer nur abstrakten Gefahr möglich sein, ist hierfür der Erlass einer polizeilichen Rechtsverordnung erforderlich²³. Sie muss klar umschriebene Eingriffstatbestände benennen, aufgrund deren das polizeiliche Eingreifen möglich sein soll. Liegt demgegenüber eine konkrete Gefahr vor, muss nicht erst der Erlass einer polizeilichen Rechtsverordnung abgewartet werden. Die Polizei kann in diesem Fall sofort die erforderlichen Abwehrmaßnahmen ergreifen.

Fragt man sich nun, ob die Anwesenheit von Hunden und Katzen in Arztpraxen eine nur abstrakte oder schon eine konkrete Gefahrenlage darstellt, ist dies

²⁰Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen vom 18.7.1961, BGBl. I S. 1012 ff.

²¹Bundestagsdrucksache 14/2530 v. 19.01.2000, S. 44.

²²Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, 2001, § 2 Rn. 20 und § 17 Rn. 4 und 5.

²³Zur sog. Polizeiverordnung und deren Grundsätzen vgl. BVerwG v. 03.07.2002 - 6 CN 8/01 -, BVerwGE Bd. 116, S. 347, juris Rn. 32 ff. <35>; VGH Bad.-Württ. v. 26.07.2012 - 1 S 2603/11 -, juris Rn. 27 ff.; OVG Niedersachsen v. 30.11.2012 - 1 KN 187/12 -, juris Rn. 63 ff.; OVG Sachsen-Anhalt v. 23.12.2014 - 3 L 695/12 -, juris Rn. 11 ff.; SächsOVG v. 03.05.2016 - 3 A 275/15 -, juris Rn. 31.

5 Juristischer Teil

schwierig zu beurteilen. Denn es kann argumentiert werden, dass gemäß § 23 IfSG, worauf schon oben hingewiesen wurde²⁴, jeder niedergelassene Arzt und nicht nur jedes Krankenhaus die Sicherstellungs- und Vermeidungspflicht hat, wonach ein Hund oder eine Katze nicht in die Arztpraxis mitgebracht und dort gehalten werden darf. Auch folgt aus dieser Sicherstellungs- und Vermeidungspflicht, dass der Praxisinhaber - oder nach Anweisung eine/r seine/r MitarbeiterInnen - dann, wenn ein Patient seine Praxis mit Begleitung durch einen Hund oder eine Katze betritt, das Tier aus seiner Praxis weisen muss. Darüber hinaus vertreten die Kommentatoren Bales/Baumann/Schnitzler zu § 17 Abs. 2 IfSG die Rechtsauffassung, dass die „Gefahr, dass durch Gesundheitsschädlinge Krankheitserreger verbreitet werden, ... grundsätzlich immer dann als begründet anzusehen sein [wird], wenn die Gesundheitsschädlinge in solchen Risikobereichen festgestellt werden, in denen Hygieneregeln bestimmen, dass die Räumlichkeiten frei von Tieren allgemein oder von bestimmten Tierarten sein müssen. So sind z.B. aufgrund der Fleischhygienevorschriften andere als Schlachttiere von den Betriebsräumen fern zu halten.“ Obwohl es – soweit für den Verfasser ersichtlich – bis heute keine Hygienevorschriften für Krankenhäuser, Arztpraxen und Praxen von Psychotherapeuten gibt, die die Anwesenheit von Hunden oder Katzen verbieten²⁵, könnte das zuvor Gesagte nahe legen, in jedem Hund und in jeder Katze in einer Arztpraxis schon eine konkrete und keine nur abstrakte Gefahr zu sehen, weil sich insbesondere ein immungeschwächter und multimorbider Patient an dem Tier leicht anstecken kann²⁶.

Auf der anderen Seite findet sich zwar nicht im Polizeigesetz Baden-Württemberg (PolG BW) eine Definition der Begriffe „abstrakte Gefahr“ und „konkrete Gefahr“²⁷, sie findet sich aber z. B. im Niedersächsischen Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung²⁸. Dort wird in § 2 Nr. 1 Buchst. a) als Gefahr definiert „eine konkrete Gefahr, das heißt eine Sachlage, bei der im einzel-

²⁴Siehe S. 40 f.

²⁵Die aufgrund von § 23 Abs. 5 und Abs. 8 IfSG erlassene Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 20.07.2012 erfasst zwar gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 6 auch Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden; ein Verbot der Anwesenheit und/oder des Haltens von Hunden und Katzen in medizinischen Einrichtungen findet sich dort aber nicht.

²⁶So Erdle, a.a.O., S. 53, zu § 16 Abs. 1 IfSG, der meint, dass die zuständige Behörde ein Verbot, verwilderte Tauben zu füttern, wegen der dadurch drohenden Gefahr des Auftretens von übertragbaren Krankheiten erlassen darf.

²⁷Im PolG BW v. 13.01.1992 (GBl. 1992, S. 1 ff) wird im § 23a nur der Begriff der konkreten Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Person genannt, bei der der Polizeivollzugsdienst ohne Wissen des Betroffenen Kommunikationsdaten erheben darf.

²⁸Nds SOG in der Neufassung v. 19.01.2005 (Nds. GVBl. 2005, S. 9) i.d.F. v. 12.11.2015 (Nds. GVBl. 2015, S. 307).

5 Juristischer Teil

nen Fall die hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass in absehbarer Zeit ein Schaden für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung eintreten wird.“ Als abstrakte Gefahr wird demgegenüber in § 2 Nr. 2 definiert „eine nach allgemeiner Lebenserfahrung oder den Erkenntnissen fachkundiger Stellen mögliche Sachlage, die im Fall ihres Eintritts eine Gefahr (Nummer 1) darstellt.“ Zieht man diese beiden gesetzlichen Definitionen des Gefahrenbegriffs im Polizeirecht heran, stellt die bloße Anwesenheit eines Hundes oder einer Katze in einer Arztpraxis trotz der in § 23 IfSG geregelten Sicherstellungs- und Vermeidungspflicht des Praxisinhabers noch keine konkrete Gefahr für die dort behandelten PatientInnen und MitarbeiterInnen dar. Denn von einer Sachlage, bei der im einzelnen Fall die hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass in absehbarer Zeit ein Schaden für die Gesundheit eines Patienten eintreten wird, kann noch nicht ausgegangen werden, weil eine gewisse Wahrscheinlichkeit der Übertragung von Krankheitserregern durch einen Hund oder eine Katze zwar immer gegeben ist, nicht aber die „hinreichende Wahrscheinlichkeit“. Somit stellt die bloße Anwesenheit eines Hundes oder einer Katze, von denen keine weiteren Erkenntnisse über deren Gefährlichkeit oder des Befalls mit Krankheitserregern vorliegen, nur eine abstrakte Gefahr dar, nämlich die nach allgemeiner Lebenserfahrung oder den Erkenntnissen fachkundiger Stellen mögliche Sachlage dar, die im Fall ihres Eintritts zu einer konkreten Gefahr wird.

In einem ersten Ergebnis zu § 17 Abs. 2 IfSG führen die vorgenannten Ausführungen daher dazu, dass zwar Hunde und Katzen als Gesundheitsschädlinge im Sinne des IfSG angesehen werden müssen, die zuständige Behörde aber gegen die bloße Anwesenheit von Haushunden und Hauskatzen in der Arztpraxis - ohne Vorgabe in einer polizeilichen Rechtsverordnung - keine konkreten Maßnahmen zur Bekämpfung der Verbreitung von Krankheitserregern anordnen darf.

Wenn soeben erstmals von Haushunden und Hauskatzen gesprochen worden ist, so trägt das dem Umstand Rechnung, dass in vielen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland sog. Kampfhundeverordnungen erlassen worden sind, mit denen die Gefahren, die von solchen Hunden ausgehen, minimiert werden sollen. Ein Kampfhund ist gemäß § 1 Abs. 1 der hier beispielhaft herangezogenen Polizeiverordnung des Innenministeriums und des Ministeriums Ländlicher Raum Baden-Württemberg über das Halten gefährlicher Hunde²⁹ ein Hund, bei dem aufgrund rassespezifischer Merkmale, durch Zucht oder im Einzelfall wegen ihrer Haltung oder Ausbildung von einer gesteigerten Aggressivität und Gefährlichkeit

²⁹Verordnung v. 02.08.2000, GBl. 2000, S. 574 ff.

5 Juristischer Teil

gegenüber Menschen oder Tieren auszugehen ist. Trägt ein solcher Kampfhund, weil er etwa seiner Rasse nach gemäß § 1 Abs. 2 HuV in der Regel aggressiv und gefährlich ist³⁰, in einer Arztpraxis den gemäß § 4 Abs. 4 HuV erforderlichen Maulkorb nicht oder läuft er unangeleint herum, was gemäß § 4 Abs. 3 HuV verboten ist, geht von diesem sog. Kampfhund nach hier vertretener Auffassung nicht nur eine abstrakte Gefahr für PatientInnen und MitarbeiterInnen in einer Arztpraxis aus, sondern rassespezifisch schon eine konkrete Gefahr. Denn in diesem Einzelfall besteht die hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass in absehbarer Zeit ein Schaden für die Gesundheit eines Patienten oder Mitarbeiters eintreten wird. Aber auch wenn die Einordnung als schon konkrete Gefahr in Zweifel gezogen würde, ergäben sich daraus keine rechtlichen Bedenken gegen die Wirksamkeit der Verbotsregelungen. Von diesem Standpunkt aus hätte die HuV die Qualität einer polizeilichen Rechtsverordnung, die ein polizeiliches Einschreiten in Fällen lediglich abstrakter Gefahren ermöglicht. Also taugt die HuV in jedem Fall für ein polizeiliches Vorgehen gegen sog. gefährliche Hunde, und zwar ohne Weiteres bei Annahme konkreter Gefahren, aber auch dann, wenn man der Ansicht ist, dass von ihnen nicht ohne Weiteres konkrete Gefahren ausgehen, es sich vielmehr erst einmal nur um abstrakte Gefahren handele.

Das Gleiche gilt im Übrigen etwa auch in dem Fall, in dem sich ein Hund oder eine Katze wegen eines gefährlichen Erregers in tierärztlicher Behandlung befindet und ein Patient diesen in die Arztpraxis mitbringt. In diesem Fall hat die zuständige Behörde eine Anordnung gemäß § 17 Abs. 2 IfSG zu erlassen, um die Verbreitung von Krankheitserregern zu bekämpfen.

Die Anordnung gemäß § 17 Abs. 2 IfSG hat gegenüber dem sog. Störer zu erfolgen. Das sind dann, wenn der Praxisinhaber z. B. seinen Kampfhund ohne Maulkorb und unangeleint in seinem Sprechzimmer hält, der Praxisinhaber und dann, wenn der Patient seinen wegen eines Krankheitserregers in tierärztlicher Behandlung befindlichen Hund mit in die Arztpraxis bringt, dieser Patient. Diese Ausrichtung der Eingriffsmaßnahme auf den Störer entspricht allgemeinen Grundsätzen, wie es auch in § 6 PolG BW geregelt ist: Hiernach hat die Polizei gemäß § 6 PolG BW für den Fall, dass die öffentliche Sicherheit oder Ordnung durch das Verhalten von Personen bedroht oder gestört wird, ihre Maßnahmen gegenüber demjenigen zu treffen, der die Bedrohung oder die Störung verursacht hat.

Bei jeder polizeirechtlichen Maßnahme hat die zuständige Behörde den Grund-

³⁰Hierzu gehören American Staffordshire Terrier, Bullterrier und Pit Bull Terrier.

5 Juristischer Teil

satz der Verhältnismäßigkeit zu beachten³¹. Er ist im Polizeirecht Baden-Württembergs in § 5 PolG BW geregelt. Wenn für die Wahrnehmung einer polizeilichen Aufgabe mehrere Maßnahmen in Betracht kommen, hat die Polizei die Maßnahme zu treffen, die den einzelnen und die Allgemeinheit voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigt. Ihre Maßnahme darf keinen Nachteil herbeiführen, der erkennbar außer Verhältnis zu dem beabsichtigten Erfolg steht.

Um die Gefahr der Ansteckung mit einem Krankheitserreger in einer Arztpraxis zu beseitigen, dürfte die zuständige Behörde daher beispielsweise gemäß § 17 Abs. 2 IfSG weder gegenüber einem Praxisinhaber noch einem Patienten, die einen Hund oder eine Katze mit in die Praxis bringen, anordnen, dass der Hund oder die Katze eingeschläfert werden muss. Denn es reicht zur Beseitigung der in der Arztpraxis bestehenden Infektionsgefahr zweifelsfrei aus, dass der Hund oder die Katze aus dem Gefahrenbereich Arztpraxis entfernt wird.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht müssen die Behörden die Vorgaben für die Zuständigkeit und für das verfahrensmäßige Vorgehen beachten. Zur Zuständigkeit ist in § 54 IfSG geregelt, dass die Landesregierungen durch Rechtsverordnung die zuständigen Behörden im Sinne dieses Gesetzes bestimmen, soweit eine landesrechtliche Regelung nicht besteht. Die zuständige Behörde ist in Baden-Württemberg gemäß § 1 Abs. 6 der Zuständigkeitsverordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg nach dem IfSG³² die Ortspolizeibehörde. Hält also ein Arzt/Psychotherapeut z.B. in Tübingen einen gefährlichen Hund im Sinne der HuV in seiner Praxis, ist das Polizeirevier Tübingen zuständig. Es hat die notwendige Maßnahme zur Abwehr der von diesem Hund ausgehenden Infektionsgefahren anzuordnen.

Was das verfahrensmäßige Vorgehen betrifft, so muss bei öffentlich-rechtlichen Maßnahmen vor der Anordnung oder dem Erlass einer Maßnahme immer das rechtliche Gehör³³ gewährt werden. Ein Mitarbeiter der zuständigen Behörden, hier des Polizeireviers Tübingen oder des Gesundheitsamts, wird daher zur Wahrung des rechtlichen Gehörs hier zunächst das Gespräch mit dem betroffenen Praxisinhaber führen und seine Zustimmung und Zusicherung erbitten, dass er seinen Hund künftig nicht mehr ohne Maulkorb mit in die Praxis nimmt und dort unangeleint lässt. Sichert der Praxisinhaber dies zu, wird das protokolliert und der

³¹Beschluss des BVerfG v. 15.12.1965 - 1 BvR 513/65, in: BVerfGE 19, S. 342 (S. 348f).

³²Verordnung des Sozialministeriums [Baden-Württemberg] über Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz v. 19.07.2007 (GBl. 2007, S. 361) i.d.F v. 08.04.2014 (GBl. 2014, S. 177).

³³Art. 103 Abs. 1 GG.

5 Juristischer Teil

Mitarbeiter der zuständigen Behörde wird in ein oder zwei kurzen Zeitabständen nach diesem Gespräch durch unangekündigtes Aufsuchen der Praxis überprüfen, ob sich der Praxisinhaber an die Zusicherung gehalten hat. Stellt der zuständige Mitarbeiter der zuständigen Behörde dann allerdings fest, dass der Praxisinhaber sich an die eigene Zusicherung nicht gehalten hat, hat das Polizeirevier Tübingen Maßnahmen gemäß § 17 Abs. 2 IfSG anzuordnen. Da dann, wenn für die Wahrnehmung einer polizeilichen Aufgabe mehrere Maßnahmen in Betracht kommen, die Polizei gemäß § 5 Abs. 1 PolG BW die Maßnahme zu treffen hat, die den Einzelnen und die Allgemeinheit voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigt, hat die Polizei die Möglichkeit, auf der Grundlage der polizeilichen Generalermächtigung gemäß §§ 1 Abs. 1, 3 PolG BW³⁴ gegenüber dem Praxisinhaber zunächst eine schriftliche Verbotsverfügung zu erlassen. Dies bedeutet, dass der Praxisinhaber zunächst schriftlich angewiesen wird, den Hund nur mit Maulkorb und angeleint in der Praxis zu halten. Kommt er dieser Aufforderung wiederum nicht nach, wird die Polizei den Hund des Praxisinhabers gemäß § 33 PolG BW beschlagnahmen und den Praxisinhaber verpflichten, den Hund an sie herauszugeben³⁵. Denn diese im Polizeigesetz konkret benannte polizeiliche Maßnahme ist in diesem Stadium der Polizeiarbeit dann die einzig verbleibende Möglichkeit, die bereits eingetretene Störung der öffentlichen Sicherheit, hier die vom sog. Kampfhund des Praxisinhabers ausgehende Gefahr, zum Schutz der Patienten und MitarbeiterInnen zu beseitigen. Sie ist also erforderlich und verhältnismäßig.

5.1.4.2 § 16 Abs. 1 IfSG (lex generalis)

Während gemäß § 17 Abs. 2 IfSG die zuständige Behörde mit der Anordnung von ganz konkreten Maßnahmen die von sog. Gesundheitsschädlingen konkret ausgehenden Verbreitungsgefahren durch Krankheitserreger zu bekämpfen hat, stellt § 16 Abs. 1 IfSG die infektionsschutzrechtliche Generalermächtigung³⁶ dar, wonach dann, wenn „Tatsachen festgestellt [werden], die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder ... anzunehmen [ist], dass solche Tatsachen vorliegen“ „die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der [...] drohenden Gefahren“ zu treffen hat. Damit genügt zum Eingreifen der zuständigen Behörde schon die begründete Annahme von Tatsachen, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können. Ziel des IfSG ist

³⁴Vgl. Beschluss des VGH Baden-Württemberg v. 12.04.2011 - 1 S 2849/10, juris.

³⁵Vgl. Beschluss des VGH Baden-Württemberg v. 11.03.2014 - 1 S 2422/13, juris.

³⁶Bales/Baumann/Schnitzler, a.a.O., § 16 Rn. 1, und Erdle, a.a.O., S. 53, sprechen von „Generalklausel“.

5 Juristischer Teil

nicht nur die Bekämpfung bereits aufgetretener Krankheiten, sondern ebenso, die Entstehung übertragbarer Krankheiten von vornherein zu verhindern³⁷.

Wie bei § 17 Abs. 2 IfSG kommt es bei § 16 Abs. 1 IfSG rechtlich maßgebend darauf an, ob hier bei dem vom Gesetzgeber verwendeten Begriff der „drohenden Gefahr“ ebenfalls die polizeirechtliche Unterscheidung zwischen einer „drohenden konkreten Gefahr“ sowie der „drohenden abstrakten Gefahr“ gemacht werden muss. Für eine Antwort auf diese Frage gibt die amtliche Begründung zum IfSG nichts her; denn es heißt dort nur, dass § 16 Abs. 1 IfSG im Wesentlichen § 10 Abs. 1 BSeuchG entspricht³⁸. Weiter führt demgegenüber die amtliche Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz)³⁹. Denn hier heißt es wörtlich: „Mit der Aufnahme dieser allgemeinen Verhütungsvorschrift werden die Vorschriften des allgemeinen Polizeirechts, die bisher in einzelnen Fällen als Rechtsgrundlage für Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten herangezogen werden mussten, in diesem Bereich abgelöst. Der Entwurf sieht insoweit eine abschließende Regelung vor. Die Grundsätze des allgemeinen Polizeirechts gelten indessen auch hier, so insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und die Grundsätze über die Inanspruchnahme eines Störers und eines Nichtstörers.“ Auch wenn der Gesetzgeber in seiner Begründung zum BSeuchG kein Wort dazu schreibt, ob die Gefahrenbegriffe des allgemeinen Polizeirechts auch im Seuchenrecht gelten sollen, ergibt sich dies gleichwohl aus der genannten Geltung der Grundsätze des allgemeinen Polizeirechts.

Die sog. Insbesondere-Beispiele stellen daher nur einen Teil der Rechtsgrundsätze aus dem allgemeinen Polizeirecht dar: Auch bei § 16 Abs. 1 IfSG muss parallel zu § 17 Abs. 2 IfSG zwischen der „drohenden konkreten Gefahr“ und der „drohenden abstrakten Gefahr“ unterschieden werden. Zwar reicht es nach den ersten Tatbestandsmerkmalen des § 16 Abs. 1 IfSG für ein polizeiliches Tätigwerden schon aus, wenn angenommen werden kann, dass Tatsachen gegeben sind, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, was bei der Anwesenheit von Hunden oder Katzen in einer Arztpraxis aufgrund der im ersten Teil dargestellten Infektionsgefahren der Fall ist. Gleichwohl hat die zuständige Behörde nur die Maßnahmen zu treffen und darf sie auch nur treffen, die zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden konkreten oder abstrakten Gefahren notwendig sind. Das bedeutet aufgrund

³⁷Erdle, a.a.O., S. 52.

³⁸Bundestagsdrucksache 14/2530 v. 19.01.2000, S. 69.

³⁹Bundestagsdrucksache 03/1888 v. 27.05.1960, S. 21.

5 Juristischer Teil

der obigen Ausführungen zu § 17 Abs. 2 IfSG⁴⁰, dass die zuständige Behörde direkte Einzelmaßnahmen gegenüber dem Praxisinhaber oder einem Patienten, die Hunde oder Katzen mit in die Praxis bringen, nur dann ergreifen darf, wenn es sich wie bei einem wegen gefährlicher Krankheitserreger in tierärztlicher Behandlung stehenden Hund schon um eine drohende konkrete Gefahr handelt, die bei Patienten oder MitarbeiterInnen des Arztes zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen kann⁴¹. Liegen derartige Erkenntnisse demgegenüber nicht vor, stellen Hunde und Katzen in Arztpraxen nur eine drohende abstrakte Ansteckungsgefahr durch von ihnen ausgehende Krankheitserreger dar. In diesen Fällen darf die zuständige Behörde nach dem allgemeinen Polizeirecht konkret gegen einen einzelnen Störer nicht vorgehen. Sie kann aber, wie am Beispiel der Kampfhundeverordnungen auf S. 48 ausgeführt worden ist, eine Polizeiverordnung erlassen, mit der es medizinischen Einrichtungen und damit auch Inhabern von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen verboten wird, Hunde und Katzen mit in die Praxis zu nehmen. Hierfür besteht im IfSG eine ausdrückliche Rechtsgrundlage in dessen § 17 Abs. 4 S. 1 IfSG.

In Ergänzung zu § 16 Abs. 1 IfSG ist in § 16 Abs. 2 IfSG bestimmt, dass in Fällen des Absatzes 1, hier also bei einer drohenden konkreten Gefahr durch die Anwesenheit eines wegen eines gefährlichen Krankheitserregers in tierärztlicher Behandlung befindlichen Hundes in einer Arztpraxis, die zuständige Behörde berechtigt ist, „Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel aller Art zu betreten und Bücher oder sonstige Unterlagen einzusehen und hieraus Abschriften, Ablichtungen und Auszüge anzufertigen ...“. „Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde und des Gesundheitsamtes Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstige Gegenstände zugänglich zu machen“. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist im Falle seiner Anwesenheit in der Regel der/die Praxisinhaber/in, für den Fall von deren/dessen Abwesenheit aber auch die in der Praxis tätigen MitarbeiterInnen.

Gemäß § 16 Abs. 4 IfSG wird das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Abs. 1 GG) durch die vorgenannten infektionsschutzrechtlichen Vorschriften eingeschränkt.

⁴⁰S.o. 5.1.4.1.

⁴¹Zu dem von einer Gemeinde erlassenen rechtmäßigen Gebot gemäß § 10 Abs. 1 BSeuchG (der Vorgängerregelung zu § 16 Abs. 1 IfSG) Katzen auf einem Grundstück, auf dem sich auch nicht nur vereinzelt Ratten aufhalten, nicht zu füttern, und der für eine Einzelmaßnahme auch bei § 10 Abs. 1 BSeuchG zu fordernden konkreten Gefahr des Auftretens übertragbarer Krankheiten Urteil des OVG Rheinland-Pfalz v. 22.05.2001 – 6 A 12111/00 -, juris Rn. 22.

5 Juristischer Teil

Gemäß § 16 Abs. 6 und 7 IfSG werden die Maßnahmen nach Absatz 1 auf Vorschlag des Gesundheitsamtes von der zuständigen Behörde angeordnet. Kann die zuständige Behörde einen Vorschlag des Gesundheitsamtes nicht rechtzeitig einholen, so hat sie das Gesundheitsamt über die getroffene Maßnahme unverzüglich zu unterrichten. Bei Gefahr im Verzuge kann das Gesundheitsamt die erforderlichen Maßnahmen selbst anordnen. Es hat die zuständige Behörde unverzüglich hiervon zu unterrichten. Für den Verwaltungsvollzug nach dem IfSG sind also in der Regel zwei selbstständige Behörden (Gesundheitsamt als Vollzugsbehörde - Ordnungsamt bzw. Kreisverwaltungsbehörde als Vollzugsbehörde) zuständig⁴².

Die Gesundheitsämter, die gemäß § 16 Abs. 7 IfSG bei Gefahr im Verzug die erforderlichen Maßnahmen selbst anordnen können, waren früher meist eigene Verwaltungsbehörden in den Gemeinden⁴³, sie wurden mittlerweile in den meisten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland in die sog. unteren Verwaltungsbehörden, d. h. in die Landkreise und Landratsämter, integriert. In Baden-Württemberg nehmen die Aufgaben des Gesundheitsdienstes seit der Verwaltungsreform 2005 die Landratsämter und die Bürgermeisterämter der Städte Stuttgart, Heilbronn und Mannheim wahr⁴⁴. Gefahr im Verzug liegt vor, wenn zur Verhinderung eines drohenden Schadens sofort eingeschritten werden muss, weil ein Abwarten bis zum Eingreifen der an sich zuständigen Behörde, im Beispielfall des Polizeireviers Tübingen, den Erfolg der notwendigen Maßnahmen erschweren oder vereiteln würde. Dies beurteilt sich nach den Verhältnissen und dem Erkenntnisstand im Zeitpunkt des Erlasses der Maßnahme. Dabei ist der Begriff "Gefahr im Verzug" nicht zu eng auszulegen, weil die unverzügliche Gefahrenabwehr nicht an der Aufteilung der sachlichen Zuständigkeiten innerhalb der Polizei scheitern darf. Auch ist nicht erforderlich, dass die zuständige Polizeibehörde objektiv nicht erreichbar ist; vielmehr genügt es, dass aus der Sicht der Fachaufsichtsbehörde das rechtzeitige Tätigwerden der an sich zuständigen Polizeibehörde nicht erreichbar "erscheint". Die Einschätzung der einschreitenden Behörde kann gerichtlich nur beanstandet werden, wenn sie offensichtlich von unzutreffenden Voraussetzungen ausgeht, die sich bereits im Zeitpunkt der Entscheidung erkennen ließen⁴⁵. Ob in Baden-Württemberg das Gesundheitsamt

⁴²Erdle, a.a.O., S. 55.

⁴³So für das Land Bremen noch geregelt gemäß § 6 Abs. 1 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen v. 27.3.1995 (Brem.GBl. 1995, S. 175, 366) i.d.F. v. 01.12.2015 (Brem.GBl. 2015 S. 527).

⁴⁴https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/OEGD_BW/Gesundheitsaemter/Seiten/default.aspx, Zugriff am 13.04.2017

⁴⁵Urteil des VG Karlsruhe v. 14.02.2001 - 4 K 3227/00 -, juris Rn. 32.

5 Juristischer Teil

im jeweiligen Landratsamt oder in den Bürgermeisterämtern der Städte Stuttgart, Heilbronn oder Mannheim zur Verhinderung einer drohenden konkreten Gesundheitsgefahr für PatientInnen und MitarbeiterInnen wegen der Anwesenheit eines sog. Kampfhundes oder eines anderweitig gefährlichen Hundes in einer Arztpraxis sofort einschreiten muss oder nicht, ist letztlich immer Frage des einzelnen konkreten Sachverhalts. Betrachtet man allerdings die im Medizinischen Teil dargelegten und zum Teil äußerst weit reichenden Gesundheitsgefahren, die gerade von gefährlichen Hunden und Katzen, etwa wegen einer akuten tierärztlichen Behandlung, in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ausgehen können - mit Ausnahme des zuverlässigen, ruhigen und verträglichen, medizinisch untersuchten, infektionsfreien und entwurmtten Hundes eines Psychotherapeuten -, dürfte wohl schon allein durch die Anwesenheit eines solchermaßen gefährlichen Hundes oder einer gefährlichen Katze in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen eine Gefahr im Verzug für PatientInnen und MitarbeiterInnen vorliegen. Daher kann auch ein Arzt oder Mitarbeiter des Gesundheitsamts die oben beschriebenen polizeilichen Abwehrmaßnahmen treffen.

Die zuständige Behörde kann neben den vorgenannten verbotsrechtlichen Maßnahmen auch Bußgelder verhängen. Gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 3 IfSG handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 16 Abs. 2 Satz 2 IfSG ein Grundstück, einen Raum, eine Anlage, eine Einrichtung, ein Verkehrsmittel oder einen sonstigen Gegenstand für die MitarbeiterInnen der zuständigen Behörde nicht zugänglich macht. Gemäß § 73 Abs. 2 IfSG kann die Ordnungswidrigkeit bei Vorsatz mit einer Geldbuße bis zu 25.000 € geahndet werden. Gemäß § 17 Abs. 2 OWiG⁴⁶ führt das dazu, dass bei einem fahrlässigen Verstoß gegen das Betretungsrecht eine Geldbuße von immerhin bis zu 12.500 € verhängt werden kann.

Die Frage, ob sich ein/e Praxisinhaber/in nach dem Infektionsschutzgesetz auch strafbar machen kann, kann in Hinblick auf § 74 IfSG bejaht werden. Denn dort heißt es: „Wer vorsätzlich [...] eine in § 6 Abs. 1 Nr. 1 genannte Krankheit oder einen in § 7 genannten Krankheitserreger verbreitet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Die beiden genannten Paragraphen beinhalten einige bereits im medizinischen Teil erwähnten Erreger.

⁴⁶Gesetz über Ordnungswidrigkeiten in der Bekanntmachung der Neufassung v. 19.02.1987 (BGBl. I 1987, S. 602) i.d.F. v. 21.10.2016 (BGBl. I 2016, S. 2372).

5.1.4.3 Polizeiverordnung zum Verbot der Anwesenheit von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen

Bereits oben (S. 47 und S. 51 f.) wurde darauf hingewiesen, dass die drohende Ansteckungsgefahr, die generell von Hunden und Katzen und speziell von der Anwesenheit von Hunden oder Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ausgeht, dann, wenn es nur um die drohende abstrakt gegebene Ansteckungsgefahr mit Krankheitserregern geht, kein direktes Eingreifen der zuständigen Behörde aufgrund des allgemeinen Polizeirechts gegenüber einem Praxisinhaber oder einem Patienten zulässt⁴⁷.

Hingewiesen wurde allerdings auch schon (auf S. 47 f.) auf die sog. Kampfhandverordnungen der Bundesländer, mit denen abstrakte Gefahren polizeirechtlich bekämpft werden können. Hinzu kommt, dass der Bundesgesetzgeber gemäß § 17 Abs. 4 IfSG die Landesregierungen ermächtigt, unter den Voraussetzungen der §§ 16 und 17 Abs. 1 IfSG durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Die meisten Bundesländer haben, worauf Bales/Baumann/Schnitzler hinweisen⁴⁸, von dieser Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht und präventive infektionsschutzrechtliche Regelungen in einigen Spezialbereichen erlassen⁴⁹.

Ferner haben gemäß § 23 Abs. 8 IfSG die Landesregierungen durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen (§ 23 Abs. 8 Satz 2 Nr. 1 IfSG) und anderes mehr (§ 23 Abs. 8 Satz 2 Nrn. 2-10 IfSG). Für Baden-Württemberg hat das Sozialministerium aufgrund der soeben genannten Verordnungsermächtigung die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erlassen⁵⁰. Nach den dort in § 2 genannten Grundsätzen sind die Leitungen von Krankenhäusern, von Einrichtungen für ambulantes Operieren, von Vorsorge- oder Rehabilitations-

⁴⁷S.o. 5.1.4.2.

⁴⁸A.a.O., § 17, Rn. 9.

⁴⁹Es geht hier z. B. um Regelungen zur Verhinderung der Weiterverbreitung von HIV oder Virushepatitis B und C im Friseurhandwerk oder beim Tätowieren; vgl. Bales/Baumann/Schnitzler, a. a. O., § 17 Rn. 9 mit noch weiteren Beispielen.

⁵⁰Medizinhygiene-Verordnung v. 20.07.2012 (GBl. 2012, S. 510).

5 Juristischer Teil

einrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, von Dialyseeinrichtungen, von Tageskliniken und von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, verpflichtet, die betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Voraussetzungen für die Einhaltung der allgemein anerkannten Regeln der Hygiene nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft sicherzustellen und alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu ergreifen.

Dazu aber, dass die Anwesenheit oder der Aufenthalt von Tieren, vornehmlich von Hunden oder Katzen in den zuvor genannten Gesundheitseinrichtungen, insbesondere im Krankenhaus und bei invasiven Eingriffen in anderen Gesundheitseinrichtungen, generell verboten ist, schweigt nicht nur die Medizinhygieneverordnung Baden-Württemberg, sondern auch alle anderen Medizinhygieneverordnungen der Bundesländer regeln dazu nichts⁵¹. In Anbetracht der im medizinischen Teil dargelegten Gesundheitsgefahren, die von Hunden und Katzen ausgehen können, wäre es allerdings von großem Vorteil, auch dazu, solange es keine bundesgesetzliche Regelung gibt - was aufgrund des § 17 Abs. 4 IfSG möglich wäre -, Polizeiverordnungen in den Bundesländern zu erlassen. Die formellen Anforderungen an Polizeiverordnungen, die dabei zu beachten sind, finden sich in Polizeigesetzen der Bundesländer, in Baden-Württemberg in den §§ 10-17 PolG BW. Auf diese Anforderungen näher einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5.2 Arbeitsschutzgesetz

Das Recht des Arbeitsschutzes in Unternehmen und Betrieben ist im Wesentlichen im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)⁵² geregelt.

⁵¹Eine Liste der Medizinhygieneverordnungen der Bundesländer findet sich bei Erdle, a.a.O., S. 80 f. Die Durchsicht dieser Verordnungen ergab, dass sie alle beinahe paragraphen- und wortgleich das Gleiche regeln.

⁵²Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG) v. 07.08.1996 (BGBl. I 1996, S. 1246) i.d.F. v. 31.08.2015 (BGBl. I 2015, S. 1474).

5.2.1 § 1 ArbSchG

Das ArbSchG dient dazu, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern. Dies bedeutet, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten als selbstständige Unternehmer nicht unter den Schutz des ArbSchG fallen, sondern lediglich die von ihnen Beschäftigten.

5.2.2 § 3 ArbSchG

Gemäß § 3 Abs. 1 ArbSchG gehört es zu den Grundpflichten des Arbeitgebers, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die [die] Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen.

5.2.3 § 4 ArbSchG

Gemäß § 4 ArbSchG hat der Arbeitgeber die Arbeit so zu gestalten, dass „eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden [...] wird“, und die „Gefahren [...] an ihrer Quelle zu bekämpfen“. Außerdem ist bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes die Hygiene zu berücksichtigen.

5.2.4 § 5 ArbSchG

Gemäß § 5 Abs. 1 ArbSchG hat der Arbeitgeber durch eine Beurteilung der Gefährdung für seine Beschäftigten zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Das darin beschriebene Instrument der Gefährdungsbeurteilung ist eine wichtige, logische Voraussetzung für die betriebliche Umsetzung der Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers⁵³. Die gesetzliche Regelung verpflichtet den Arbeitgeber nur zu Maßnahmen des Arbeitsschutzes und einer dementsprechenden Gefährdungsbeurteilung. Maßnahmen mit anderer Zielsetzung (z.B. Verbraucherschutz, Umweltschutz etc.) können von ihm nicht gefordert werden⁵⁴. Eine weitere Schranke gegen ausufernde Verpflichtungen des Arbeitgebers ergibt sich daraus, dass der Arbeitgeber nur die erforderlichen Maßnahmen treffen muss und nicht etwa auch das sozial Wünschenswerte, das technisch

⁵³Ralf Pieper, ArbSchR Arbeitsschutzrecht, Kommentar, 5. Aufl., 2012, § 5 Rn. 1.

⁵⁴Norbert Kollmer, ArbSchG, Kommentar, 2005, § 5, Rn. 23.

5 Juristischer Teil

Machbare oder aber das von progressiven Wissenschaftlern und den Medien Empfohlene⁵⁵.

Gefährdungen für die Beschäftigten können sich gemäß § 5 Abs. 3 Nr. 2 ArbSchG insbesondere auch durch „biologische Einwirkungen“ ergeben. Zu den biologischen Einwirkungen gehören auch Gefährdungen durch biologische Arbeitsstoffe wie „Bakterien, Pilze, Parasiten, Viren, [...]“⁵⁶. Hunde und Katzen sind zwar keine biologischen Arbeitsstoffe. Von Hunden und Katzen gehen aber, wie im Medizinischen Teil dieser Arbeit dargelegt wurde, Gefährdungen wegen der dort oft beheimateten Bakterien und Viren aus. Diese Bakterien und Viren können daher biologisch auf ArbeitnehmerInnen und Auszubildende in der Arzt- und Psychotherapeutenpraxis einwirken, so dass schon im Rahmen der Wortauslegung des § 5 Abs. 3 Nr. 2 ArbSchG Hunde und Katzen Gefährdungen am Arbeitsplatz durch biologische Einwirkungen darstellen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der für den Arbeitsschutz zuständige Bundesgesetzgeber in § 5 Abs. 3 ArbSchG durch die dortige Aufzählung, der das Wort „insbesondere“ vorangestellt ist, die Gesetzestechnik der nicht abschließenden Aufzählung⁵⁷ gewählt hat. Hieraus folgt, dass weitere Gefährdungen des Arbeitsschutzes, die den in § 5 Abs. 3 ArbSchG genannten gleich stehen, ebenfalls einer Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber bedürfen. Stellt man den Umgang mit Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen mindestens dem unbeabsichtigten Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen gleich, muss der Praxisinhaber im Arbeitsschutzrecht Gefährdungen durch Hunde und Katzen in seiner Praxis berücksichtigen. Allerdings kann der Arzt/Psychotherapeut, wenn er Arbeitgeber ist, allenfalls bei seinem eigenen Hund gegebenenfalls noch eine eingeschränkte Gefährdungsbeurteilung durchführen. Bei Tieren von PatientInnen ist ihm diese jedoch objektiv unmöglich, da er weder deren Haltung noch deren Fürsorge durch seine PatientInnen überblicken kann.

In der Broschüre der BGW „Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis“⁵⁸ wird mitgeteilt, dass das ArbSchG dem Praxisinhaber zwar einen „weiten Spielraum“ einräumt und Eigeninitiative, Kreativität und Eigenverantwortung betont werden.

⁵⁵Norbert Kollmer, a.a.O., § 5, Rn. 24.

⁵⁶Norbert Kollmer, a.a.O., § 5, Rn. 63.

⁵⁷Vgl. Urteil des OVG Lüneburg vom 16.08.2001 - 10 KN 1036/01, 10 KN 1188/01 -, juris Rn. 53, 55.

⁵⁸BGW, Broschüre „Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis“, Erstveröffentlichung 11/2006, Stand 12/2013; https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-05-010_Gefaeahrungsbeurteilung-Humanmedizin_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 15.04.2017.

5 Juristischer Teil

Gleichwohl wird ihm die Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung in 7 Schritten vorgeschlagen, aufgrund derer er die Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes erfüllen soll⁵⁹.

In Hinblick auf die konkrete Fragestellung zu Hunden und Katzen in Arzt und Psychotherapeutenpraxen kann der erste, von der BGW vorgeschlagene Beurteilungsschritt, nämlich „Arbeitsbereiche und Tätigkeiten festlegen“ übergangen werden.

Für den zweiten Schritt, nämlich „Gefährdungen ermitteln“ kann auf den medizinischen Ergebnisteil dieser Arbeit verwiesen werden. Im Konkreten bedarf es der Betrachtung derjenigen Keime, die schwerwiegende Erkrankungen, die bis zum Tode führen können, hervorrufen können. Als Beispiele seien hier nur *Bartonella henselae*, *Moraxella spp.*, *Pasteurella spp.* und das FSME-Virus erwähnt, die allesamt so schwerwiegende Folgen haben können, dass der infizierte Patient daran sterben kann.

Wichtig ist der von der BGW vorgeschlagene dritte Schritt; aus den ermittelten Gefährdungen deren Maß zu beurteilen. Laut der BGW-Broschüre werden Gefährdungen und Belastungen anhand von zwei Fragen bewertet, nämlich wie wahrscheinlich es ist, dass in einer Arbeitssituation ein Unfall passiert und wie gravierend die Folgen wären. Die BGW unterscheidet bei der Gefährdungsbeurteilung durch Risikoeinschätzung drei Risikoklassen. Unter Risikoklasse 3 fallen „nicht akzeptable Risiken“. Unter die Risikoklasse 2 fallen „langfristig nicht tolerable Risiken“. Die Risikoklasse 1 erfasst die „akzeptable[n] allgemeine[n] Lebensrisiken“.

Als Beispiel einer Gefährdung der Risikoklasse 3 wird eine Infektion mit HIV oder Hepatitis dargestellt. Ein inakzeptables Risiko liegt vor, wenn „ein Unfall oder eine Krankheit auch wenig wahrscheinlich“ erscheint, aber „gravierende Folgen“ hätte. Für das gewählte Beispiel der HIV-Infektion führt das zum Arbeitsschutzziel, dass die Infektion unter allen Umständen vermieden werden muss. Es besteht sofortiger Handlungsbedarf.

Bei der Risikoklasse 2 geht es um lang- und mittelfristig intolerable Risiken wie etwa die Belastung der Wirbelsäule durch langes Stehen. Der Handlungsbedarf wird als mittelfristig beschrieben. Als Ziel wird die Vermeidung der Krankheit ausgegeben.

Die Risikoklasse 1 erfasst akzeptable allgemeine Lebensrisiken. Das sind höchst unwahrscheinliche Unfälle oder Bagatellunfälle. Hier besteht kein Handlungsbedarf.

⁵⁹Broschüre „Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis“, S. 9.

5 Juristischer Teil

Unter Beachtung der drei Risikoklassen zählen Infektionsgefährdungen durch Tiere in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen nach hier vertretener Auffassung auf der Basis des medizinischen Ergebnisteils keineswegs zu höchst unwahrscheinlichen Unfällen oder Bagatellunfällen. Eher sind Tiere, die in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen Zutritt haben, mindestens als mittelfristig intoleraibles Risiko einzuschätzen und damit der Risikoklasse 2 zuzuordnen. Tiere haben, ohne Berücksichtigung von Blindenhunden, keinen direkt messbaren Nutzen bei der ambulanten Behandlung von primär somatisch Erkrankten und erst recht keinen Nutzen für die PraxismitarbeiterInnen. Stellt man die bei Tieren vorkommenden Erreger, die schwerwiegende Erkrankungen nach sich ziehen können, auf die gleiche Stufe mit den in der BGW-Broschüre genannten Beispielen HIV und Hepatitis, fielen sie sogar unter die Risikoklasse 3 und es wäre sofortiger Handlungsbedarf von Nöten.

Im vierten Schritt der Gefährdungsbeurteilung sollen Maßnahmen festgelegt werden, wie die vorher gesteckten Ziele erreicht werden können. Hierzu werden konkrete Beispiele für Lösungen dargestellt. Als erste Lösung empfiehlt die BGW dem Praxisinhaber, die Gefahrenquelle zu beseitigen.

Nach hier vertretener Auffassung haben Inhaber von Arzt und Psychotherapeutenpraxen mit Mitarbeitern zur Wahrung des Arbeitsschutzes in der Praxis die Verpflichtung, Hunde und Katzen aus den Praxisräumlichkeiten fernzuhalten. Denn oberstes Ziel des Arbeitsschutzes ist, die Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie für die physische und psychische Gesundheit möglichst vermieden und eine verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird, sowie alle Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen (§ 4 Nrn. 1 und 2 ArbSchG).

5.2.5 Maßnahmen und Sanktionen bei einem Verstoß gegen das ArbSchG

Gemäß § 21 Abs. 1 ArbSchG ist die Überwachung des Arbeitsschutzes staatliche Aufgabe. Die zuständigen Behörden haben die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu überwachen und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten zu beraten.

§ 22 Abs. 2 ArbSchG erlaubt den mit der Überwachung beauftragten Personen, die Geschäfts- und Betriebsräume zu betreten, zu besichtigen und zu [über]prüfen. Sie sind außerdem befugt, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren festzustellen und zu untersuchen, auf welche Ursachen ein Arbeitsunfall, eine

5 Juristischer Teil

arbeitsbedingte Erkrankung oder ein Schadensfall zurückzuführen ist.

Gemäß § 22 Abs. 3 ArbSchG kann die zuständige Behörde im Einzelfall anordnen, 1. welche Maßnahmen der Arbeitgeber und die verantwortlichen Personen oder die Beschäftigten zur Erfüllung der Pflichten zu treffen haben, die sich aus diesem Gesetz und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen ergeben, und 2. welche Maßnahmen der Arbeitgeber und die verantwortlichen Personen zur Abwendung einer besonderen Gefahr für Leben und Gesundheit der Beschäftigten zu treffen haben. Die zuständige Behörde hat, wenn nicht Gefahr im Verzug ist, zur Ausführung der Anordnung eine angemessene Frist zu setzen. Wird eine Anordnung nach Satz 1 nicht innerhalb einer gesetzten Frist oder eine für sofort vollziehbar erklärte Anordnung nicht sofort ausgeführt, kann die zuständige Behörde die von der Anordnung betroffene Arbeit oder die Verwendung oder den Betrieb der von der Anordnung betroffenen Arbeitsmittel untersagen (§ 22 Abs. 3 S. 3 ArbSchG).

Die zuständigen Behörden dürfen also aufgrund der vorgenannten Regelungen Maßnahmen gegen den Praxisinhaber treffen, wenn sich Tiere trotz Hinweises weiter in der Praxis aufhalten. Diese Maßnahmen können die Entfernung des Tieres umfassen und sogar, wie § 22 Abs. 3 ArbSchG konkret bestimmt, zur Untersagung der Weiterführung des Betriebes der Praxis führen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit muss bei der Anordnung der Maßnahmen jedoch auch hier beachtet werden. Gleichwohl muss jeder Praxisinhaber im äußersten Fall damit rechnen, dass seine Praxis geschlossen wird, wenn er trotz schriftlicher Anordnung/en der zuständigen Behörde meint, weiterhin Tiere in der Praxis zuzulassen.

Zuständige Behörden in Baden-Württemberg im Zusammenhang mit § 22 ArbSchG sind gemäß § 1 der Arbeitsschutzgesetz-Zuständigkeitsverordnung (ArbSchGZuVO)⁶⁰ und § 2 Abs. 1 der Immissionsschutz-Zuständigkeitsverordnung (ImSchZuVO)⁶¹ in Verbindung mit §§ 15, 19 des Landesverwaltungsgesetzes Baden-Württemberg⁶² die unteren Verwaltungsbehörden und damit die Landratsämter, die Großen Kreisstädte und ggf. die Verwaltungsgemeinschaften.

⁶⁰Verordnung des Umweltministeriums, des Finanz- und Wirtschaftsministeriums und des Sozialministeriums [Baden-Württemberg] über Zuständigkeiten nach dem Arbeitsschutzgesetz und den nach diesem Gesetz erlassenen Rechtsverordnungen v. 04.02.1997 (GBl. 1997 Nr. 3 S. 58) i.d.F. v. 23.02.2017 (GBl. S. 99, 116).

⁶¹Verordnung der Landesregierung und des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Verkehr [Baden-Württemberg] über Zuständigkeiten für Angelegenheiten des Immissionsschutzes v. 11.05.2010 (GBl. 2010 Nr. 8, S. 406) i.d.F. v. 23.02.2017 (GBl. S. 99, 112).

⁶²Landesverwaltungsgesetz Baden-Württemberg v. 14.10.2008 (GBl. 2008, S. 313 f.) i.d.F. v. 23.06.2015 (GBl. 2015 S. 585, 614).

5 Juristischer Teil

ten⁶³.

Diese Behörden können in Baden-Württemberg also auch im Zusammenhang mit Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen für alle Praxisinhaber, die Mitarbeiter beschäftigen, Arbeitsschutzmaßnahmen nach dem Arbeitsschutzgesetz treffen. Diese Maßnahmen können, wie § 22 Abs. 3 ArbSchG konkret bestimmt, bis hin zur Untersagung der Weiterführung des Betriebs der Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis führen. Sie haben aber auch hier – wie schon bei den Maßnahmen nach dem Infektionsschutzrecht dargelegt – im Vorfeld – im Rahmen der Anhörung des Arztes/Psychotherapeuten – zu versuchen, ihn davon zu überzeugen, dass Hunde und Katzen in seiner Praxis keine Anwesenheitsberechtigung haben. Ist der Arzt/Psychotherapeut uneinsichtig, muss bei der Anordnung der Maßnahmen immer der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachtet werden. Gleichwohl muss jeder Praxisinhaber, der trotz schriftlicher Anordnung der unteren Verwaltungsbehörde meint, Hunde und Katzen weiterhin in seiner Praxis zu akzeptieren, damit rechnen, dass ihm die Praxis sogar geschlossen wird.

Gemäß § 25 Abs. 1 Nr. 2a ArbSchG handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig als Arbeitgeber oder als verantwortliche Person einer vollziehbaren Anordnung gemäß § 22 Abs. 3 ArbSchG zuwiderhandelt. Die Ordnungswidrigkeit kann bei Vorsatz mit einer Geldbuße bis zu 5.000 € (§ 25 Abs. 2 ArbSchG) und bei Fahrlässigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 2.500 € geahndet werden (§ 17 Abs. 2 OWiG).

Gemäß § 26 1. Alt. ArbSchG kann der Arzt/Psychotherapeut sogar zu einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden, wenn er entgegen einer vollziehbaren Anordnung der unteren Verwaltungsbehörde wie z.B. der Pflicht zur Entfernung des Hundes oder der Katze aus der Praxis dieser nicht Folge leistet und sein Tier immer wieder beharrlich mit in die Praxis nimmt.

Gemäß § 26 2. Alt. ArbSchG kann der Arzt/Psychotherapeut ebenfalls mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden, wenn er sich vorsätzlich einer vollziehbaren Anordnung der unteren Verwaltungsbehörde widersetzt und durch die weitere Anwesenheit eines Tieres in seiner Praxis das Leben oder die Gesundheit eines seiner Beschäftigten gefährdet.

⁶³Gemäß § 17 LVwG BW können Verwaltungsgemeinschaften mit mehr als 20000 Einwohnern auf ihren Antrag von der Landesregierung zu unteren Verwaltungsbehörden erklärt werden.

5.3 SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung

5.3.1 Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung

Gemäß § 1 Abs. 1 des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII)⁶⁴ ist die Aufgabe der Unfallversicherung, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“. Weitere Aufgabe ist es, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistung zu entschädigen.

5.3.2 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

„Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger)“ (§ 12 Abs. 1 SGB I)⁶⁵. Das sind für die Erbringung der Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung in erster Linie die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen (§ 22 Abs. 2 SGB I). Gemäß § 3 Abs. 1 der Satzung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)⁶⁶ ist sie „zuständig für Unternehmen (Betriebe, Verwaltungen, Einrichtungen und Tätigkeiten, § 121 Abs. 1 SGB VII) der Wohlfahrtspflege, des Gesundheitswesens einschließlich des Veterinärwesens, des Friseurhandwerks sowie für Unternehmen auf dem Gebiet der Körper- und Schönheitspflege.“ Hierzu gehören gemäß § 3 Abs. 1b der BGW-Satzung „Praxen der Ärzte und Ärztinnen [...] Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen“.

5.3.3 Versicherter Personenkreis

Zum versicherten Personenkreis in der gesetzlichen Unfallversicherung gehören „Beschäftigte“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII). Das sind diejenigen, die nicht-selbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis, leisten (§ 7 Abs.

⁶⁴Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - Gesetzliche Unfallversicherung - v. 07.08.1996 (BGBl. I 1996, S. 1254) i.d.F. v. 04.04.2017 (BGBl. I 2017, S. 778).

⁶⁵Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - v. 11.12.1975 (BGBl. I 1975, S. 3015) i.d.F. v. 23.12.2016 (BGBl. I 2016, S. 3234).

⁶⁶Satzung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege v. 01.01.2011 i.d.F. des 3. Nachtrags, gültig ab 11.12.2014; https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Grundlagen/BGW03-04-004_Satzung-der-BGW_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 15.04.2017

1 SGB IV)⁶⁷. Wie schon beim Arbeitsschutzrecht ausgeführt, werden im Folgenden nur die Berufsgruppe der Ärzte und nicht die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wegen der großen Zahl von Praxen ohne MitarbeiterInnen betrachtet. Nicht selten sind auch die niedergelassenen Ärzte selbst freiwillig gesetzlich unfallversichert. Denn § 3 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII bestimmt, dass die Satzung des jeweiligen Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bestimmen kann, dass und unter welchen Voraussetzungen sich die Versicherung auf Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner erstreckt. In § 52 Abs. 1 der BGW-Satzung heißt es dazu wörtlich:

„Gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§§ 7 bis 12 SGB VII) können auf Antrag freiwillig versichert werden, soweit sie nicht kraft Gesetzes oder Satzung versichert sind (§ 6 Abs. 1 SGB VII),

1. selbstständig tätige Ärzte und Ärztinnen, [...] psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen“.

5.3.4 Kernaufgabe Prävention

§ 14 Abs. 1 SGB VII bestimmt, dass die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen haben. Sie können gemäß § 15 Abs. 1 SGB VII unter Mitwirkung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften über Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren oder für eine wirksame Erste Hilfe erlassen, soweit dies zur Prävention geeignet und erforderlich ist und staatliche Arbeitsschutzvorschriften hierüber keine Regelung treffen. Unfallverhütungsvorschriften können u.a. erlassen werden zu Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu treffen haben (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII). Gemäß § 19 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII können ferner die Aufsichtspersonen des jeweils zuständigen Unfallversicherungsträgers im Einzelfall anordnen, welche Maßnahmen ein Unternehmer oder ein beschäftigter

⁶⁷Becker, Franke, Molzentin (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VII, Gesetzliche Unfallversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 4. Aufl., 2014, § 7, Rn. 12.

Versicherter zu treffen hat, um besondere Unfall- und Gesundheitsgefahren abzuwenden.

Kernaufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist damit die Prävention und Verhütung von [Unfall]Gefahren für Beschäftigte und Dritte in Unternehmen⁶⁸. Das SGB VII verbietet allerdings die Anwesenheit von Tieren in Arztpraxen nicht. Nur im Einzelfall könnte eine Aufsichtsperson der BGW Tiere in Arztpraxen verbieten.

5.3.5 Maßnahmen und Sanktionen bei einem Verstoß gegen das SGB VII

Gemäß § 209 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 SGB VII handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer vollziehbaren Anordnung gemäß § 19 SGB VII zuwiderhandelt oder entgegen § 19 Abs. 2 Satz 2 eine Maßnahme einer Aufsichtsperson nicht duldet. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10.000 € geahndet werden (§ 209 Abs. 3 SGB VII). Eine fahrlässige Zuwiderhandlung oder Duldung kann mit einer Geldbuße bis zu 5.000 € geahndet werden (§ 17 Abs. 2 OWiG).

5.3.6 Stellungnahme der BGW vom 17.04.2014

Der Autor dieser Untersuchung hat aufgrund der Tatsache, dass Berufsgenossenschaften und Unfallkassen gemäß § 15 Abs. 1 SGB VII Unfallverhütungsvorschriften erlassen können, bei der BGW schriftlich nachgefragt, ob rechtliche Vorschriften im Zusammenhang mit Tieren in Arztpraxen bekannt sind und ob durch Tiere erhöhte Unfallgefahren entstünden. Der BGW erscheinen bei näherer Betrachtung die gesundheitlichen Risiken für die Beschäftigten nicht branchenspezifisch erhöht. Es „besteht natürlich das allgemeine Risiko, dass einzelne Beschäftigte von einem Hund, der sich in den dortigen Räumlichkeiten bewegt, z. B. gebissen werden oder dass es in konkreten Fällen zu allergischen Reaktionen kommt.“⁶⁹ Die BGW schlägt vor, „dass der Unternehmer Gefährdungsbeurteilungen durchführt und auf diese Weise bestehende Gefahren erkennt, bewertet und erforderliche Maßnahmen umsetzt (vgl. § 3 BGV A1 i.V.m. § 5 Abs. 2 und 3 ArbSchG)“. Konkrete Lösungsvorschläge für erforderliche Maßnahmen des Arztes nennt die BGW allerdings nicht.

⁶⁸Becker, Franke, Molkentin, a.a.O., § 14, Rn. 1.

⁶⁹Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), persönliche Mitteilung v. 17.04.2014.

5.3.7 Eigene Bewertung

Der vorgenannten Auffassung der BGW kann in Anbetracht der Ergebnisse des medizinischen Teils dieser Untersuchung und der vorgenannten Ausführungen zu den drei Risikoklassen der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzrecht nicht gefolgt werden. Denn besteht für PatientInnen eine Gesundheitsgefährdung durch Infektionserreger, die von Hunden und Katzen in der Arztpraxis ausgehen, so besteht diese auch für die MitarbeiterInnen einer Arztpraxis. Weder die MitarbeiterInnen noch die PatientInnen können sich eines Zusammentreffens mit einem Tier, welches der Praxisinhaber mit in die Praxis nimmt, erwehren. Aufgrund der Aussage, es handele sich bei einem Hundebiss um ein allgemeines Risiko, würde dies bei der von der BGW in ihrem entsprechenden Merkblatt selbst vorgenommenen Einteilung in Risikoklassen dazu führen, dass Tiere in Arztpraxen lediglich der Risikoklasse 1 zuzuordnen wären und damit kein Handlungsbedarf bestünde. Dieser Auffassung konnte schon oben nicht gefolgt werden, da Tiere in der Arztpraxis mindestens der Risikoklasse 2, eher der Risikoklasse 3 zuzuordnen sind und der Infektionsgefahr, die von ihnen ausgeht, nur mit ihrem Fernhalten aus den Praxen begegnet werden kann.

Betrachtet man die Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe, die zu diesen Arbeitsstoffen im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250)⁷⁰ Stellung nehmen und unter Federführung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) erarbeitet wurden, so ist festzustellen, dass sie für Arztpraxen gelten (1.4 TRBA 250). Hier werden allerdings ausschließlich Regeln für den Umgang mit Biologischen Arbeitsstoffen im Sinne der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen⁷¹ aufgestellt. Gleichwohl weisen ein Teil der dortigen Begriffsbestimmungen und vor allem die Ausführungen zu den Übertragungswegen in 3.3.1 TRBA 250 deutliche Vergleichsbezüge zum medizinischen Teil dieser Untersuchung auf: Der Text der TRBA 250 zu Kontaktinfektionen und verletzungsbedingten Infektionen nennt die „Übertragung von Krankheitserregern von einem kolonisierten/infizierten Menschen (oder Tier)“ und die verletzungsbedingten Infektionen durch „Bisse und Kratzer von Menschen und Tieren“. Des weiteren spricht die TRBA 250 unter 4.1.7 dezidierte Verbote für Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, in Bezug auf Schmuck und Fingernägel (z.B. Rin-

⁷⁰Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe - TRBA 250, GMBI. 2014, Nr. 10/11 v. 27.03.2014 i.d.F. v. 17.10.2016, (GMBI. Nr. 42).

⁷¹Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen und zur Änderung der Gefahrstoffverordnung - BiostoffV2013/GefStoffV2010ÄndV v. 15.07.2013 i.d.F. v. 29.03.2017 (BGBl. I 2017, S. 626).

ge, Armbanduhren, Piercings) aus.

Das Halten und Mitbringen von Hunden und Katzen in Arztpraxen fällt aber weder unter die BioStoffV noch unter die TRBA 250, weil es sich bei Tieren nicht um Arbeitsstoffe handelt und mit ihnen auch keine Tätigkeiten im Sinne dieser rechtlichen Regelung durchgeführt werden. Nimmt man allerdings erneut § 14 Abs. 1 SGB VII in den Blick, wonach der Gesetzgeber den Versicherungsträgern die Kernaufgabe Prävention auferlegt hat und diese mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sorgen müssen, besteht für den Autor dieser Untersuchung kein Zweifel daran, dass die BGW umgehend in einer Unfallverhütungsvorschrift gemäß § 15 SGB VII die Anwesenheit von Hunden und Katzen in Arztpraxen verbieten muss. Wenn schon die Gesetzliche Unfallversicherung Piercings für Beschäftigte in Arztpraxen verbietet, um eine suffiziente Händedesinfektion zu gewährleisten und dadurch die Übertragung von Infektionserregern zu verhindern, hat sie, hier die BGW, zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren Hunde und Katzen in Arztpraxen erst recht zu verbieten.

5.4 Sondervorschriften für besondere Arten von Hunden

Auf die Polizeiverordnung des Innenministeriums und des Ministeriums für ländlichen Raum und Verbraucherschutz [Baden-Württemberg] über das Halten gefährlicher Hunde wurde schon oben hingewiesen⁷². In ihr ist für die Halter von Kampfhunden und gefährlichen Hunden die Pflicht verankert, sie so zu halten und zu beaufsichtigen, dass von ihnen keine Gefahr für Menschen, Tiere oder Sachen ausgehen kann, insbesondere kein Entweichen des Hundes möglich ist. Außerhalb des befriedeten Besitztums dürfen diese Hunde nur Personen überlassen werden, die die Gewähr dafür bieten, dass der Hund sicher geführt wird, und die für den Halter erforderliche Zuverlässigkeit besitzen (§ 4 Abs. 2 HuV BW). Anders als in Schleswig-Holstein, wo es nach dem Gefahrhundegesetz⁷³ generell verboten ist, Hunde in Kirchen, Kindergärten, Schulen und Krankenhäuser, nicht aber in Arztpraxen, mitzunehmen (§ 2 Abs. 3 Nr. 1 GefHG), enthält die Polizeiver-

⁷²S.o. 5.1.4.1 (S. 47 f.).

⁷³Gesetz zur Vorbeugung und Abwehr der von Hunden ausgehenden Gefahren (Gefahrhundegesetz - GefHG) [Schleswig-Holstein] v. 28.01.2005 (GVObI. 2005, S. 51): Das neue Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Vorbeugung und Abwehr der von Hunden ausgehenden Gefahren (Gefahrhundegesetz - v. 26.06.2015 (GVObI. 2015, S. 193)), das am 01.01.2016 in Kraft getreten ist, ändert daran nichts (siehe § 3 Abs. 3 Nr. 1 GefHG).

ordnung Baden-Württemberg derartige Verbote nicht. Es konnten auch keine anderen Hundegesetze oder -verordnungen gefunden werden, die in irgendeinem Bundesland in der Bundesrepublik Deutschland ein Mitnahmeverbot für Hunde in Arztpraxen erlassen haben.

5.5 Hausrecht nach Grundgesetz (GG) und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB)

Nachdem in den vorausgegangenen Kapiteln bisher lediglich die Frage untersucht wurde, ob das öffentliche Recht Regelungen zu Tieren in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen enthält, gilt es nun im nachfolgenden Kapitel zu klären, ob der Arzt/Psychotherapeut selbst aus anderen ihn selbst schützenden rechtlichen Regelungen, wie seinem Wohnungsgrundrecht und dem Zivilrecht, eigene Möglichkeiten hat, die Anwesenheit von Tieren, die Patienten mitbringen, in seiner Praxis zu verbieten.

5.5.1 Hausrecht nach GG

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten haben nicht nur im Hinblick auf ihre Privatwohnung Anspruch auf Wahrung des Grundrechts auf Wohnung gemäß Art. 13 Abs. 1 GG, sondern auch im Hinblick auf die eigene Arztpraxis. Denn der Begriff „Wohnung“ umfasst nach der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung nicht nur Wohnungen im umgangssprachlichen Sinne, sondern auch Arbeits-, Betriebs- und Geschäftsräume⁷⁴. Das Hausrecht eines niedergelassenen Arztes/Psychotherapeuten umfasst sämtliche Praxisräume einschließlich der Warteräume. Diese „behalten trotz des Besuchs einer Vielzahl von Personen einen grundsätzlich privaten Charakter“⁷⁵.

⁷⁴BVerfGE 32, 54 [68-71]; 97, 228 [265].

⁷⁵Urteil des OVG Berlin-Brandenburg v. 10.09.2009 – OVG 1 B 29.09, juris; vgl. auch Mittag, NVwZ 2005, 649 [650]; ferner Knappe/Kiworr, Allgemeines Polizei- und Ordnungsrecht für Berlin, 10. Aufl. 2009, § 36 Abschnitt B 2 a: „Diese Räume sind eben gerade nicht uneingeschränkt ‚nach außen‘ offen“.

5.5.2 Hausrecht nach BGB als Eigentümer

Das Hausrecht der Inhaber von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen folgt ferner aus § 903 BGB⁷⁶. Danach kann der Eigentümer einer Sache, soweit nicht das Gesetz oder Rechte Dritter entgegenstehen, mit der Sache nach Belieben verfahren und andere von jeder Einwirkung ausschließen. Für den Fall, dass Praxisinhaber gleichzeitig Eigentümer ihrer Praxisräume sind, können sie also PatientInnen von jeder Einwirkung auf ihre Praxisräume ausschließen. Hierzu gehört auch das Recht, eine Patientin bzw. einen Patienten, die ein Tier mit in die Praxisräumlichkeiten bringen, zunächst zu bitten, die Praxis zu verlassen und ohne Tier wiederzukommen. Ist der Patient hierzu nicht bereit, so ist der Arzt/Psychotherapeut berechtigt, die Polizei zu rufen, damit ihm diese bei der Entfernung des Tieres hilft. Denn Hunde und Katzen stellen, wie oben dargelegt wurde, eine Infektionsgefahr für andere PatientInnen, die MitarbeiterInnen des Arztes/Psychotherapeuten und für ihn selbst dar. Ist sog. obrigkeitliche Hilfe nicht schnellstmöglich zu erlangen, steht den Praxisinhabern das Recht der Selbsthilfe gemäß § 229 BGB zu. Danach handelt nicht widerrechtlich, wer zum Zwecke der Selbsthilfe eine Sache wegnimmt oder den Widerstand eines Verpflichteten gegen eine Handlung, die dieser zu dulden verpflichtet ist, beseitigt, wenn obrigkeitliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist und ohne sofortiges Eingreifen die Gefahr besteht, dass die Verwirklichung des Anspruchs vereitelt oder wesentlich erschwert werde. Gemäß § 230 BGB darf die Selbsthilfe nicht weiter gehen, als zur Abwendung der Gefahr erforderlich ist. Die Selbsthilfe bezweckt nur eine vorläufige Sicherung eines Anspruchs⁷⁷. Hieraus folgt, dass der Arzt/Psychotherapeut zwar auch „Gewalt“ gegen das Tier und auch gegen den Patienten, der das Tier mitbringt, ausüben darf⁷⁸, aber nur solange, bis er das Tier aus der Praxis entfernt hat.

5.5.3 Hausrecht nach BGB als Mieter

Wenn Praxisinhaber - wie in sehr vielen Fällen - nicht Eigentümer ihrer Arzt-/Psychotherapeutenpraxis sind, sondern sie gemietet haben, folgt das Hausrecht nicht aus § 903 BGB, sondern aus dem Besitzrecht des Mieters von Praxisräumen. Dieser hat durch den Mietvertrag die tatsächliche Gewalt über die Praxisräume erworben (§ 854 Abs. 1 BGB). Die Patientin/der Patient begehrt gegenüber dem Mieter der Praxisräumlichkeiten eine sog. verbotene Eigenmacht,

⁷⁶Bürgerliches Gesetzbuch v. 18.08.1896 (RGBl. 1896 I, S. 195) i.d.F. der Neubekanntmachung v. 02.01.2002 (BGBl. I 2002, S. 42) zuletzt geändert am 21.02.2017 (BGBl. I 2017, S. 258).

⁷⁷Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, Kommentar, 76. Aufl., 2017, § 230 Rn. 2.

⁷⁸Palandt, a.a.O., § 229, Rn. 8.

wenn sie/er den Besitzer in seinem Besitz stört. Sie/Er handelt widerrechtlich (§ 858 Abs. 1 BGB)⁷⁹. Verlässt die Patientin/der Patient, die/der ein Tier mit in die Praxis gebracht hat, nach Aufforderung nicht die Praxis, kann sich der Praxisinhaber als Besitzer der Praxisräumlichkeiten gemäß § 859 Abs. 1 BGB „verbotener Eigenmacht mit Gewalt erwehren“. Er darf hierzu sogar Hilfe von Dritten in Anspruch nehmen⁸⁰. Die Gewaltanwendung darf nur nicht über das zur Abwehr gegenwärtiger verbotener Eigenmacht gebotene Maß hinausgehen⁸¹. Das ist nach hier vertretener Rechtsauffassung dann nicht der Fall, wenn der Praxisinhaber die Patientin/den Patienten mit Hund oder Katze an die Hand nimmt und aus den Praxisräumen hinaus begleitet.

5.5.4 Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch gemäß § 1004 BGB

Gemäß § 1004 BGB kann der Eigentümer, dessen Eigentum in anderer Weise als durch Entziehung oder Vorenthaltung des Besitzes beeinträchtigt wird, von dem Störer die Beseitigung der Beeinträchtigung verlangen. Sind weitere Beeinträchtigungen zu besorgen, so kann der Eigentümer auf Unterlassung klagen. Fraglich ist, ob dieser zivilrechtliche Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch für die aktuelle Situation in der Arzt- und Psychotherapeutenpraxis dann, wenn ein Patient mit seinem Tier die Praxis aufsucht, geeignet ist. Das dürfte in der Regel nicht der Fall sein. Denn der Arzt/Psychotherapeut muss, um seinen Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch durchzusetzen, immer gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen, die dauert. Es hilft deshalb, die Polizei anzurufen oder Selbsthilfe anzuwenden⁸².

5.6 Gefahren für die Approbation

Gemäß § 2 Abs. 1 Bundesärzteordnung (BÄO)⁸³ bedarf derjenige, der in der Bundesrepublik Deutschland den ärztlichen Beruf ausüben will, der Approbation als Arzt. Die Approbation als Arzt erhält auf Antrag ein Antragsteller, der sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder

⁷⁹Palandt, a.a.O., § 858, Rn. 1

⁸⁰Palandt, a.a.O., § 859, Rn. 1.

⁸¹Palandt, a.a.O., § 859, Rn. 2.

⁸²Vgl. im vorigen Abschnitt die Ausführungen zu § 229 BGB.

⁸³Bundesärzteordnung - BÄO - v. 02.10.1961 (BGBl. I S. 1857) i.d.F. der Neufassung v. 16.04.1987 (BGBl. I 1987, S. 1218), zuletzt geändert am 23.12.2016 (BGBl. I. 2016, S. 3191).

5 Juristischer Teil

Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO). Aus § 8 Abs. 1 BÄO folgt, dass die Approbation eines Arztes, der unzuverlässig oder unwürdig geworden ist, zurückgenommen oder widerrufen werden kann. Unzuverlässig im Sinne von § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO ist ein Arzt, der aufgrund seines bisherigen Verhaltens keine Gewähr dafür bietet, dass er in Zukunft seinen Beruf als Arzt ordnungsgemäß ausüben wird. Danach ist eine Unzuverlässigkeit zu bejahen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachten⁸⁴. Ein Arzt ist unwürdig i.S.v. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO, wenn er ein Fehlverhalten gezeigt hat, das mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin nicht zu vereinbaren ist, und er daher nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufs unabdingbar nötig ist⁸⁵. Für den Ausnahmefall, dass ein Arzt trotz wiederholter Anordnung durch das Gesundheitsamt oder der BGW, er habe sein Tier aus seiner Arztpraxis zu entfernen, sich dieser immer wieder widersetzt und damit laufend eine Infektionsgefahr durch sein Tier in seiner Praxis in Kauf nimmt, kann er seine Approbation in erhebliche Gefahr bringen. Denn dann handelt er unzuverlässig, weil er seine berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachtet. Eine Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs dürfte hieraus allerdings nicht resultieren, weil nicht offenkundig ist, dass ein häufiges Mitnehmen eines Tieres in seine Praxis dem Berufsbild des Arztes und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin widerspricht.

Für die Approbation von Psychotherapeuten gilt das PsychThG. Gemäß § 1 Abs. 1 PsychThG bedarf derjenige, der die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“ oder die heilkundliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ ausüben will, der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Die Approbation ist gemäß § 3 Abs. 2 PsychThG zu widerrufen, wenn nachträglich die Voraussetzung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 3 PsychThG wegfällt, also sich der Psychotherapeut eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit ergibt. Auch hier gilt al-

⁸⁴Ständige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts z.B. BVerwG v. 02.11.1992 - 3 B 87.92, BVerwG v. 16.09.1997 - 3 C 12.95.

⁸⁵Ständige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts z.B. BVerwG v. 06.03.2003 - 3 B 10.03.

so das analog, was schon zuvor beim Arzt ausgeführt wurde. Durch wiederholte Widersetzung gegen Anordnungen des Gesundheitsamts oder der BGW kann der Psychotherapeut seine Approbation erheblich in Gefahr bringen.

5.7 Blindenhunde/Assistenzhunde

Gemäß § 33 SGB V⁸⁶ haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Gemäß § 139 SGB V erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen umfassten Hilfsmittel aufzuführen sind. In diesem Hilfsmittelverzeichnis werden unter Produktgruppe 99 „Verschiedenes“ und dem Anwendungsort 99 „Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze“ in der Untergruppe 01 „Blindenführhunde“ als Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgelistet. Für die Aufnahme in die Blindenführhundausbildung sind grundsätzlich nur Hunde vorzusehen, die mindestens 1 Jahr, höchstens 2 Jahre alt sind. Es muss sich um friedfertige, intelligente, wesensfeste, nervenstarke, arbeitsbelastbare und gesunde Junghunde handeln.

In den Ausführungen zum Hilfsmittelverzeichnis gibt es keine Regelungen dazu, dass nach Abschluß eines Einarbeitungslehrgangs und einer Prüfung der Blindenführhund etwa regelmäßig tierärztlich auf seine Gesundheit untersucht werden muss. Dies ergibt sich mittelbar aus den Kostenübernahmebestimmungen in Nr. 6 der Ausführungen zum Blindenführhund im Hilfsmittelverzeichnis. Regelmäßig entstehende Kosten (u.a. Futterkosten, Impfkosten) werden von der Krankenkasse mit einem Pauschalbetrag abgegolten. In unregelmäßigen Abständen entstehende Kosten (u.a. der tierärztlichen ambulanten und stationären Behandlung) übernimmt die Krankenkasse im notwendigen Umfang.

Wenn auch die Abwägung zwischen den Infektionsgefahren durch einen Blindenhund und der Notwendigkeit dieses Hundes für den Behinderten aus der Sicht eines Arztes sehr viel eher ergibt, dass zumindest ein Blinder seinen Blindenführhund wenigstens mit in den ersten Raum einer Arzt- und Psychotherapeutenpraxis sollte mitnehmen dürfen, weil Patient und Hund eine untrennbare Einheit bilden, führt gleichwohl die Analyse für den Blindenführhund im System der ge-

⁸⁶Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - v. 20.12.1988 (BGBl. I 1988, S. 2477) i.d.F. v. 04.04.2017 (BGBl. I 2017, S. 778).

setzunglichen Krankenkassen dazu, dass er nach seiner Ausbildung gesundheitlich nicht anders dasteht als jeder andere Hund. Er weist ebenso die im medizinischen Teil dargelegten Infektionsgefahren auf und darf daher ebensowenig, selbst wenn dies sehr wünschenswert wäre, in eine Arzt- und Psychotherapeutenpraxis mitgebracht werden.

5.8 Rechtliche Überlegungen de lege ferenda

Wie schon oben zum Infektionsschutzrecht dargelegt wurde⁸⁷, gäbe es für die Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland eine problemlose Möglichkeit, ihre Polizeiverordnungen zur Hygiene in Gesundheitseinrichtungen, solange es keine bundesgesetzlichen Regelungen zum Verbot der Anwesenheit und des Haltens von Tieren in Gesundheitseinrichtungen gibt, um ein Verbot des Mitbringens von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zu ergänzen. Darüber hinaus hat die BGW, wie oben zum Recht der gesetzlichen Unfallversicherung dargelegt wurde⁸⁸, in Anlehnung an die TRBA 250 nach hier vertretener Rechtsauffassung eine Unfallverhütungsvorschrift zu erlassen, durch die die Mitnahme von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen verboten wird.

Das selbe gilt für eine Klarstellung im IfSG auf der Grundlage des § 17 Abs. 4 IfSG. Auch hier wäre es sehr hilfreich, wenn der Gesetzgeber das Verbot von Hunden und Katzen in Krankenhäusern und Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen dezidiert regeln würde.

Gegen eine Übernahme des Mitnahmeverbots von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in die jeweiligen Ländergesetze zur Haltung und Führen von Hunden, wie dies das Land Schleswig-Holstein beispielsweise für Krankenhäuser geregelt hat, spricht, dass Infektionsgefahren von Hunden und Katzen in der gesamten Bundesrepublik Deutschland bestehen und deshalb ein entsprechendes Mitnahmeverbot richtigerweise nur in einem Bundesgesetz - einheitlich für die gesamte Bundesrepublik Deutschland - geregelt werden sollte. Aus diesem Grund kann letztlich auch nicht empfohlen werden, das Verbot der Anwesenheit und des Haltens von Hunden in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen lediglich in ländereigene Polizeiverordnungen zu übernehmen.

⁸⁷S.o. 5.1.4.3.

⁸⁸S.o. 5.3.7.

6 Zusammenfassung

Seit langer Zeit besteht die oft innige Verbindung zwischen Hunden und Katzen und dem Menschen. Die Tiere sind in unserer Lebensmitte weitestgehend akzeptiert. Sind Hunde und Katzen auch häufig in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen anzutreffen? Bringen die Praxisinhaber ihre eigenen Tiere mit in die Praxis? Dürfen Patienten ihre Tiere mitbringen? Besteht eine potentielle Gesundheitsgefährdung für Patientinnen und Patienten, die in solchen Praxen gehalten bzw. in solche mitgebracht werden? Welche gesetzlichen Rechtsgrundlagen gibt es in diesem Zusammenhang?

1. Die Ergebnisse der zu den vorgenannten Fragen durchgeführten Umfrage im ersten Teil dieser Arbeit zeigen, dass das Phänomen von Hunden und Katzen in ärztlichen und psychotherapeutischen Kassenpraxen keine Seltenheit darstellt. 43 Praxisinhaber von insgesamt 125 Studienteilnehmern akzeptieren Tiere in ihrer Praxis, darunter 9 Ärzte und 34 Psychotherapeuten (Tab. 3.4). In 2 Psychotherapeutenpraxen kam es zu Gesundheitsgefährdungen (Tab. 3.3). 3 Ärzte und 13 Psychotherapeuten oder deren Angestellte bringen Tiere mit in ihre Praxis (Tab. 3.6). 7 Ärzte und 29 Psychotherapeuten erlauben ihren Patienten, Tiere mit in die Praxis zu bringen (Tab. 3.8).

2. Der sich an die Umfrage anschließende medizinische Teil befasst sich mit einer Vielzahl von Erregern, die durch direkten Kontakt, Biss- und Kratzverletzungen, über Ausscheidungen oder Ekto- und Endoparasiten auf den Menschen übertragen werden können. Ein besonderes Augenmerk wurde auf Erreger gelegt, die schwerwiegende Erkrankungen, die bis zum Tode führen können, hervorrufen können. Darunter befindet sich z.B. *Bartonella henselae*, ein Erreger, der in großer Zahl bei Katzen gefunden wird und Endokarditis und Meningoenzephalitis hervorrufen kann. Weitere Erreger, die vor allem für immungeschwächte Patienten gefährlich sind, sind *Capnocytophaga canimorsus*, *Moraxella spp.*, *Pasteurella multocida*, FSME und *Borrelia burgdorferi*.

3. Betrachtet man im letzten, rechtlichen Teil der Arbeit die Gesetzeslage, zeigt sich, dass der Aufenthalt von Tieren in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen nicht konkret geregelt ist. Gemäß § 23 Abs. 3 IfSG hat jeder Leiter einer Praxis si-

6 Zusammenfassung

cherzustellen, die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Diese Vermeidungspflicht haben auch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten für den Aufenthalt von Hunden und Katzen in ihrer Praxis. Maßnahmen gegen die Anwesenheit und das Halten von Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen darf die Polizei gegenüber dem Praxisinhaber gemäß § 17 Abs. 2 IfSG nur anordnen, wenn eine konkrete Gefahr der Ansteckung mit Krankheitserregern vorliegt. Auch eigene polizeiliche Abwehrmaßnahmen sind gemäß § 16 Abs. 1 IfSG nur bei einer konkreten Gefahrenlage durch einen Hund oder eine Katze in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis zulässig.

Gemäß § 4 ArbSchG hat jeder Arbeitgeber die Arbeit so zu gestalten, dass „eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden [...] wird“, und die „Gefahren [...] an ihrer Quelle zu bekämpfen“. Dies bedeutet für den Arzt als Praxisinhaber und Arbeitgeber, dass Hunde und Katzen zum Schutz seiner Arbeitnehmer in der Praxis nicht zulässig sind. Nach dem Recht der Unfallversicherung ist es deren Aufgabe, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ (§ 1 SGB VII). Trotz dieser Kernaufgabe der Prävention, auch im Hinblick auf konkrete Gesundheitsgefahren, gibt es jedoch keine Unfallverhütungsvorschrift der BGW, die Tiere in der Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis verbietet. Nach derzeit geltendem Recht sind lediglich Einzelmaßnahmen von Aufsichtspersonen der BGW gegenüber Inhabern von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen möglich.

Betrachtet man die unterschiedlichen Bestimmungen für Maßnahmen und Sanktionen gegenüber Ärzten und Psychotherapeuten mit Tieren in ihren Praxen, sieht der Gesetzgeber im IfSG, im ArbSchG sowie im SGB VII unterschiedliche Regelungen vor.

Nach dem Infektionsschutzrecht kann die zuständige Behörde Bußgelder verhängen oder ein Strafgericht sogar eine Freiheitsstrafe aussprechen.

Nach dem Arbeitsschutzrecht können Mitarbeiter der zuständigen Behörde die Praxisräumlichkeiten betreten. Im Einzelfall kann die zuständige Behörde zum Arbeitsschutz auch die Entfernung von Tieren in der Arztpraxis anordnen. Wird eine solche Anordnung vom Arzt/Psychotherapeuten nicht befolgt, kann ein Bußgeld verhängt werden. Widersetzt sich ein Arzt/Psychotherapeut vorsätzlich einer vollziehbaren Anordnung, kann sogar eine Freiheitsstrafe verhängt werden.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung kann die BGW Unfallverhütungsvorschriften erlassen. Deren Aufsichtspersonen können im Einzelfall anordnen, dass der Praxisinhaber seine Tiere aus den Praxisräumlichkeiten entfernt.

6 Zusammenfassung

Wer eine vollziehbare Anordnung einer Aufsichtsperson nicht befolgt oder deren Maßnahmen nicht duldet, kann mit einer Geldbuße geahndet werden.

Soweit es um die Mitnahme von Hunden und Katzen durch Patienten in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen geht, kann der Praxisinhaber, unabhängig davon, ob er Eigentümer oder Mieter der Praxisräumlichkeiten ist, kraft seines Hausrechts, abgeleitet aus dem GG und dem BGB, jederzeit die Anwesenheit von Hunden und Katzen in seiner Praxis verbieten.

Gefahren für die Approbation können sich ergeben, wenn ein Arzt/Psychotherapeut wiederholt gegen Maßnahmen und/oder vollziehbare Anordnungen im Bereich des Infektionsschutzrechts, des Arbeitsschutzrechts und des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung verstößt und damit zur Ausübung seines Berufs unzuverlässig wird.

Für Blindenhunde/Assistenzhunde kann es bei den Gefahren, die auch von diesen Hunden ausgehen können, keine Sonderbehandlung geben.

Zu fordern ist eine bundesgesetzliche Regelung zum Verbot von Hunden und Katzen in Arztpraxen im IfSG. Zumindest sollte die BGW eine Unfallverhütungsvorschrift zu einem Mitnahmeverbot für Hunden und Katzen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen erlassen.

7 Literaturverzeichnis

- [1] OEHLER, R. L. ; VELEZ, A. P. ; MIZRACHI, M. ; LAMARCHE, J. ; GOMPF, S.: Bite-related and septic syndromes caused by cats and dogs. In: *Lancet Infect Dis* 9 (2009), Jul, Nr. 7, 439–447. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70110-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70110-0). – DOI 10.1016/S1473-3099(09)70110-0
- [2] REICK, Dr. D.: Schriftliche Stellungnahme. In: *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart* (2015), 25. Jan
- [3] RUEFF, F. ; BEDACHT, R. ; SCHURY, G.: [Bite injury. Special situation as to clinical aspects, therapy and course of healing]. In: *Med Welt* 12 (1967), Mar, S. 663–668
- [4] LACKMANN, G. M. ; DRAF, W. ; ISSELSTEIN, G. ; TÖLLNER, U.: Surgical treatment of facial dog bite injuries in children. In: *J Craniomaxillofac Surg* 20 (1992), Nr. 2, S. 81–86
- [5] KLOTZ, S. A. ; IANAS, V. ; ELLIOTT, S. P.: Cat-scratch Disease. In: *Am Fam Physician* 83 (2011), Jan, Nr. 2, S. 152–155
- [6] DUNCAN, A. W. ; MAGGI, R. G. ; BREITSCHWERDT, E. B.: Bartonella DNA in dog saliva. In: *Emerg Infect Dis* 13 (2007), Dec, Nr. 12, 1948–1950. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1312.070653>. – DOI 10.3201/eid1312.070653
- [7] LAMPS, L. W. ; SCOTT, M. A.: Cat-scratch disease: historic, clinical, and pathologic perspectives. In: *Am J Clin Pathol* 121 Suppl (2004), Jun, S. S71–S80
- [8] MAMAN, E. ; BICKELS, J. ; EPHROS, M. ; PARAN, D. ; COMANESHTER, D. ; METZKOR-COTTER, E. ; AVIDOR, B. ; VARON-GRAIDY, M. ; WIENTROUB, S. ; GILADI, M.: Musculoskeletal manifestations of cat scratch disease. In: *Clin Infect Dis* 45 (2007), Dec, Nr. 12, 1535–1540. <http://dx.doi.org/10.1086/523587>. – DOI 10.1086/523587
- [9] DE LA ROSA, G. R. ; BARNETT, B. J. ; ERICSSON, C. D. ; TURK, J. B.: Native valve endocarditis due to Bartonella henselae in a middle-aged human immunodeficiency virus-negative woman. In: *J Clin Microbiol* 39 (2001), Sep, Nr. 9, S. 3417–3419
- [10] CUNNINGHAM, E. T. ; KOEHLER, J. E.: Ocular bartonellosis. In: *Am J Ophthalmol* 130 (2000), Sep, Nr. 3, S. 340–349
- [11] BAILIE, W. E. ; STOWE, E. C. ; SCHMITT, A. M.: Aerobic bacterial flora of oral and nasal fluids of canines with reference to bacteria associated with bites. In: *J Clin Microbiol* 7 (1978), Feb, Nr. 2, S. 223–231

7 Literaturverzeichnis

- [12] SAPHIR, D. A. ; CARTER, G. R.: Gingival flora of the dog with special reference to bacteria associated with bites. In: *J Clin Microbiol* 3 (1976), Mar, Nr. 3, 344–349. <http://jcm.asm.org/content/3/3/344.long>
- [13] MONTEJO, M. ; AGUIRREBENGOA, K. ; UGALDE, J. ; LOPEZ, L. ; SAEZ NIETO, J. A. ; HERNÁNDEZ, J. L.: *Bergeyella zoohelcum* bacteremia after a dog bite. In: *Clin Infect Dis* 33 (2001), Nov, Nr. 9, 1608–1609. <http://dx.doi.org/10.1086/322724>. – DOI 10.1086/322724
- [14] REINA, J. ; BORRELL, N.: Leg abscess caused by *Weeksella zoohelcum* following a dog bite. In: *Clin Infect Dis* 14 (1992), May, Nr. 5, S. 1162–1163
- [15] LIN, W.-R. ; CHEN, Y.-S. ; LIU, Y.-C.: Cellulitis and bacteremia caused by *Bergeyella zoohelcum*. In: *J Formos Med Assoc* 106 (2007), Jul, Nr. 7, 573–576. [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(07\)60008-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(07)60008-4). – DOI 10.1016/S0929-6646(07)60008-4
- [16] BRACIS, R. ; SEIBERS, K. ; JULIEN, R. M.: Meningitis caused by group II J following a dog bite. In: *West J Med* 131 (1979), Nov, Nr. 5, S. 438–440
- [17] MALLY, M. ; PAROZ, C. ; SHIN, H. ; MEYER, S. ; SOUSSOULA, L. V. ; SCHMIEDIGER, U. ; SAILLEN-PAROZ, C. ; CORNELIS, G. R.: Prevalence of *Capnocytophaga canimorsus* in dogs and occurrence of potential virulence factors. In: *Microbes Infect* 11 (2009), Apr, Nr. 4, 509–514. <http://dx.doi.org/10.1016/j.micinf.2009.02.005>. – DOI 10.1016/j.micinf.2009.02.005
- [18] PERS, C. ; GAHRN-HANSEN, B. ; FREDERIKSEN, W.: *Capnocytophaga canimorsus* septicemia in Denmark, 1982-1995: review of 39 cases. In: *Clin Infect Dis* 23 (1996), Jul, Nr. 1, S. 71–75
- [19] JOSWIG, H. ; GERS, B. ; DOLLENMAIER, G. ; HEILBRONNER, R. ; STRAHM, C.: A case of *Capnocytophaga canimorsus* sacral abscess in an immunocompetent patient. In: *Infection* (2014), Sep. <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-014-0681-6>. – DOI 10.1007/s15010-014-0681-6
- [20] ROUGEMONT, M. ; RATIB, O. ; WINTSCH, J. ; SCHRENZEL, J. ; HIRSCHL, B.: *Capnocytophaga canimorsus* prosthetic aortitis in an HIV-positive woman. In: *J Clin Microbiol* 51 (2013), Aug, Nr. 8, 2769–2771. <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.00321-13>. – DOI 10.1128/JCM.00321-13
- [21] SANDOE, J. A. T.: *Capnocytophaga canimorsus* endocarditis. In: *J Med Microbiol* 53 (2004), Mar, Nr. Pt 3, S. 245–248
- [22] DUIJKEREN, E. van ; VAN MOURIK, C. ; BROEKHUIZEN, M. ; LEUVEN, M. ; GAASTRA, W. ; HOUWERS, D.: First documented *Capnocytophaga canimorsus* infection in a species other than humans. In: *Vet Microbiol* 118 (2006), Nov, Nr. 1-2, 148–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vetmic.2006.07.002>. – DOI 10.1016/j.vetmic.2006.07.002

7 Literaturverzeichnis

- [23] HANDRICK, W. ; SCHWEDE, I. ; STEFFENS, U.: [Fatal sepsis due to capnocytophaga canimorsus after dog bite]. In: *Med Klin (Munich)* 105 (2010), Oct, Nr. 10, 739–741. <http://dx.doi.org/10.1007/s00063-010-1126-5>. – DOI 10.1007/s00063-010-1126-5
- [24] VÖLL, K. ; HAASE, G. ; FRITZ, H. ; RIEBE, J. ; HUSZKA, C. ; KINDLER, J.: [Septic shock with purpura fulminans after a dog bite]. In: *Dtsch Med Wochenschr* 132 (2007), Jun, Nr. 24, 1321–1324. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-982031>. – DOI 10.1055/s-2007-982031
- [25] YAMAMOTO, U. ; KUNITA, M. ; MOHRI, M.: Shock following a cat scratch. In: *BMJ Case Rep* 2013 (2013), 11. Jan. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007892>. – DOI 10.1136/bcr-2012-007892
- [26] STIEGLER, D. ; GILBERT, J. D. ; WARNER, M. S. ; BYARD, R. W.: Fatal dog bite in the absence of significant trauma: Capnocytophaga canimorsus infection and unexpected death. In: *Am J Forensic Med Pathol* 31 (2010), Jun, Nr. 2, 198–199. <http://dx.doi.org/10.1097/PAF.0b013e3181dfc98b>. – DOI 10.1097/PAF.0b013e3181dfc98b
- [27] TAN, V. ; SCHWARTZ, J. C.: Renal failure due to Capnocytophaga canimorsus generalized Shwartzman reaction from a dog bite (DF-2 nephropathy). In: *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 27 (2014), Apr, Nr. 2, S. 139–140
- [28] BRUGGEMANN, H. ; BAUMER, S. ; FRICKE, W. F. ; WIEZER, A. ; LIESEGANG, H. ; DECKER, I. ; HERZBERG, C. ; MARTINEZ-ARIAS, R. ; MERKL, R. ; HENNE, A. ; GOTTSCHALK, G.: The genome sequence of Clostridium tetani, the causative agent of tetanus disease. In: *Proc Natl Acad Sci U S A* 100 (2003), Feb, Nr. 3, 1316–1321. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0335853100>. – DOI 10.1073/pnas.0335853100
- [29] HAYASHIDA, K. ; MURAKAMI, C. ; FUJIOKA, M.: Tetanus following replantation of an amputated finger: a case report. In: *J Med Case Rep* 6 (2012), 343. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-6-343>. – DOI 10.1186/1752-1947-6-343
- [30] SAMUL, D. ; WORSZTYNOWICZ, P. ; LEJA, K. ; GRAJEK, W.: Beneficial and harmful roles of bacteria from the Clostridium genus. In: *Acta Biochim Pol* 60 (2013), Nr. 4, S. 515–521
- [31] RAUM, J.: Zur Aetiologie des Tetanus. In: *Zeitschrift für Hygiene* 5 (1889), Nr. 1, 509-517. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02188368>. – DOI 10.1007/BF02188368. – ISSN 0340-1782
- [32] LANGNER, K. F. A. ; SCHENK, H. C. ; LEITHAEUSER, C. ; THOLEN, H. ; SIMON, D.: Localised tetanus in a cat. In: *Vet Rec* 169 (2011), Jul, Nr. 5, 126. <http://dx.doi.org/10.1136/vr.d3459>. – DOI 10.1136/vr.d3459
- [33] ROBERT KOCH-INSTITUT: Postexpositionelle Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall. In: *Epidemiologisches Bulletin* 2014 34 (2014), 25. Aug, S. 307–338

7 Literaturverzeichnis

- [34] HAENSSLE, H. A. ; KIESSLING, J. ; KEMPF, V. A J. ; FUCHS, T. ; NEUMANN, C. ; EMMERT, S.: Orthopoxvirus infection transmitted by a domestic cat. In: *J Am Acad Dermatol* 54 (2006), Feb, Nr. 2 Suppl, S1–S4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2005.09.040>. – DOI 10.1016/j.jaad.2005.09.040
- [35] HAWRANEK, T. ; TRITSCHER, M. ; MUSS, W. H. ; JECEL, J. ; NOWOTNY, N. ; KOLODZIEJEK, J. ; EMBERGER, M. ; SCHAEPP, H. ; HINTNER, H.: Feline orthopoxvirus infection transmitted from cat to human. In: *J Am Acad Dermatol* 49 (2003), Sep, Nr. 3, S. 513–518
- [36] STEINBORN, A. ; ESSBAUER, S. ; MARSCH, W C.: [Human cowpox/catpox infection. A potentially unrecognized disease]. In: *Dtsch Med Wochenschr* 128 (2003), Mar, Nr. 12, 607–610. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-38051>. – DOI 10.1055/s-2003-38051
- [37] AYRAL, F. C. ; BICOUT, D. J. ; PEREIRA, H. ; ARTOIS, M. ; KODJO, A.: Distribution of *Leptospira* serogroups in cattle herds and dogs in France. In: *Am J Trop Med Hyg* 91 (2014), Oct, Nr. 4, 756–759. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.13-0416>. – DOI 10.4269/ajtmh.13-0416
- [38] MAJOR, A. ; SCHWEIGHAUSER, A. ; FRANCEY, T.: Increasing incidence of canine leptospirosis in Switzerland. In: *Int J Environ Res Public Health* 11 (2014), Jul, Nr. 7, 7242–7260. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph110707242>. – DOI 10.3390/ijerph110707242
- [39] HARTMANN, K. ; EGBERINK, H. ; PENNISI, M. G. ; LLORET, A. ; ADDIE, D. ; BELÁK, S. ; BOUCRAUT-BARALON, C. ; FRYMUS, T. ; GRUFFYDD-JONES, T. ; HOSIE, M. J. ; LUTZ, H. ; MARSILIO, F. ; MÖSTL, K. ; RADFORD, A. D. ; THIRY, E. ; TRUYEN, U. ; HORZINEK, M. C.: *Leptospira* species infection in cats: ABCD guidelines on prevention and management. In: *J Feline Med Surg* 15 (2013), Jul, Nr. 7, 576–581. <http://dx.doi.org/10.1177/1098612X13489217>. – DOI 10.1177/1098612X13489217
- [40] ROBERT KOCH-INSTITUT: Meldepflichtige Infektionskrankheiten 2014. In: *Epidemiologisches Bulletin* 2015 1 (2015), 2. Jan, S. 3
- [41] LEVETT, P. N.: Leptospirosis. In: *Clin Microbiol Rev* 14 (2001), Apr, Nr. 2, 296–326. <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.14.2.296-326.2001>. – DOI 10.1128/CMR.14.2.296–326.2001
- [42] SHARMA, R. ; DE HOOG, S. ; PRESBER, W. ; GRÄSER, Y.: A virulent genotype of *Microsporium canis* is responsible for the majority of human infections. In: *J Med Microbiol* 56 (2007), Oct, Nr. Pt 10, 1377–1385. <http://dx.doi.org/10.1099/jmm.0.47136-0>. – DOI 10.1099/jmm.0.47136–0
- [43] ZAROR, L. ; FISCHMANN, O. ; BORGES, M. ; VILANOVA, A. ; LEVITES, J.: The role of cats and dogs in the epidemiological cycle of *Microsporium canis*. In: *Mykosen* 29 (1986), Apr, Nr. 4, S. 185–188

7 Literaturverzeichnis

- [44] NENOFF, P. ; KRÜGER, C. ; SCHALLER, J. ; GINTER-HANSELMAYER, G. ; SCHULTE-BEERBÜHL, R. ; TIETZ, H.-J.: Mycology - an update part 2: dermatomycoses: clinical picture and diagnostics. In: *J Dtsch Dermatol Ges* 12 (2014), Sep, Nr. 9, 749–777. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.12420>. – DOI 10.1111/ddg.12420
- [45] MARTI, S. ; PUIG, C. ; DOMENECH, A. ; LIÑARES, J. ; ARDANUY, C.: Comparison of restriction enzymes for pulsed-field gel electrophoresis typing of *Moraxella catarrhalis*. In: *J Clin Microbiol* 51 (2013), Jul, Nr. 7, 2448–2452. <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.00823-13>. – DOI 10.1128/JCM.00823-13
- [46] TALAN, D. A. ; CITRON, D. M. ; ABRAHAMIAN, F. M. ; MORAN, G. J. ; GOLDSTEIN, E. J.: Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. Emergency Medicine Animal Bite Infection Study Group. In: *N Engl J Med* 340 (1999), Jan, Nr. 2, 85–92. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199901143400202>. – DOI 10.1056/NEJM199901143400202
- [47] RICHTER, S. S. ; WINOKUR, P. L. ; BRUEGGEMANN, A. B. ; HUYNH, H. K. ; RHOMBERG, P. R. ; WINGERT, E. M. ; DOERN, G. V.: Molecular characterization of the beta-lactamases from clinical isolates of *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* obtained from 24 U.S. medical centers during 1994-1995 and 1997-1998. In: *Antimicrob Agents Chemother* 44 (2000), Feb, Nr. 2, S. 444–446
- [48] HOBAN, D. J. ; DOERN, G. V. ; FLUIT, A. C. ; ROUSSEL-DELVALLEZ, M. ; JONES, R. N.: Worldwide prevalence of antimicrobial resistance in *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* in the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, 1997-1999. In: *Clin Infect Dis* 32 Suppl 2 (2001), May, S81–S93. <http://dx.doi.org/10.1086/320181>. – DOI 10.1086/320181
- [49] VRIES, S. P. W. ; BOOTSMA, H. J. ; HAYS, J. P. ; HERMANS, P. W. M.: Molecular aspects of *Moraxella catarrhalis* pathogenesis. In: *Microbiol Mol Biol Rev* 73 (2009), Sep, Nr. 3, 389–406, Table of Contents. <http://dx.doi.org/10.1128/MMBR.00007-09>. – DOI 10.1128/MMBR.00007-09
- [50] DEL BECCARO, M. A. ; MENDELMAN, P. M. ; INGLIS, A. F. ; RICHARDSON, M. A. ; DUNCAN, N. O. ; CLAUSEN, C. R. ; STULL, T. L.: Bacteriology of acute otitis media: a new perspective. In: *J Pediatr* 120 (1992), Jan, Nr. 1, S. 81–84
- [51] VERDUIN, C. M. ; HOL, C. ; FLEER, A. ; VAN DIJK, H. ; VAN BELKUM, A.: *Moraxella catarrhalis*: from emerging to established pathogen. In: *Clin Microbiol Rev* 15 (2002), Jan, Nr. 1, S. 125–144
- [52] KARALUS, R. ; CAMPAGNARI, A.: *Moraxella catarrhalis*: a review of an important human mucosal pathogen. In: *Microbes Infect* 2 (2000), Apr, Nr. 5, S. 547–559
- [53] CLAPPER, W. E. ; MEADE, G. H.: Normal flora of the nose, throat, and lower intestine of dogs. In: *J Bacteriol* 85 (1963), Mar, S. 643–648

7 Literaturverzeichnis

- [54] VANDAMME, P. ; HOLMES, B. ; BERCOVIER, H. ; COENYE, T.: Classification of Centers for Disease Control Group Eugonic Fermenter (EF)-4a and EF-4b as *Neisseria animaloris* sp. nov. and *Neisseria zoodegmatis* sp. nov., respectively. In: *Int J Syst Evol Microbiol* 56 (2006), Aug, Nr. Pt 8, 1801–1805. <http://dx.doi.org/10.1099/ijs.0.64142-0>. – DOI 10.1099/ijs.0.64142-0
- [55] HOLMES, B. ; COSTAS, M. ; ON, S. L. ; VANDAMME, P. ; FALSEN, E. ; KERS-TERS, K.: *Neisseria weaveri* sp. nov. (formerly CDC group M-5), from dog bite wounds of humans. In: *Int J Syst Bacteriol* 43 (1993), Oct, Nr. 4, S. 687–693
- [56] KOCYIGIT, I. ; UNAL, A. ; SIPAHIOLU, M. ; TOKGOZ, B. ; OYMAK, O. ; UTAS, C.: Peritoneal dialysis-related peritonitis due to *Neisseria weaveri*: the first case report. In: *Perit Dial Int* 30 (2010), Nr. 1, 116–117. <http://dx.doi.org/10.3747/pdi.2008.00039>. – DOI 10.3747/pdi.2008.00039
- [57] CARLSON, P. ; KONTIAINEN, S. ; ANTTILA, P. ; EEROLA, E.: Septicemia caused by *Neisseria weaveri*. In: *Clin Infect Dis* 24 (1997), Apr, Nr. 4, S. 739
- [58] FERNÁNDEZ-ROJAS, M. A. ; VACA, S. ; REYES-LÓPEZ, M. ; DE LA GARZA, M. ; AGUILAR-ROMERO, F. ; ZENTENO, E. ; SORIANO-VARGAS, E. ; NEGRETE-ABASCAL, E.: Outer membrane vesicles of *Pasteurella multocida* contain virulence factors. In: *Microbiologyopen* 3 (2014), Oct, Nr. 5, 711–717. <http://dx.doi.org/10.1002/mbo3.201>. – DOI 10.1002/mbo3.201
- [59] HARPER, M. ; BOYCE, J. D. ; ADLER, B.: *Pasteurella multocida* pathogenesis: 125 years after Pasteur. In: *FEMS Microbiol Lett* 265 (2006), Dec, Nr. 1, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1574-6968.2006.00442.x>. – DOI 10.1111/j.1574-6968.2006.00442.x
- [60] REMPE, B. ; ALOI, M. ; ISKYAN, K.: Evidence Based Management Of Mammalian Bite Wounds. In: *Pediatric Emergency Medicine Practice* 6 (2009), Sep, Nr. 9, S. 1–22
- [61] WILSON, B. A. ; HO, M.: *Pasteurella multocida*: from zoonosis to cellular microbiology. In: *Clin Microbiol Rev* 26 (2013), Jul, Nr. 3, 631–655. <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.00024-13>. – DOI 10.1128/CMR.00024-13
- [62] GULLBERG, R. M. ; ERICSON, H. L. ; REARICK, T. ; PETROWSKI, S.: *Pasteurella multocida* osteomyelitis by a "cat lick". In: *Wis Med J* 96 (1997), Jun, Nr. 6, S. 45–46
- [63] DRENJANCEVIC, I. H. ; IVIC, D. ; DRENJANCEVIC, D. ; IVIC, J. ; PELC, B. ; VUKOVIC, D.: Fatal fulminant sepsis due to a cat bite in an immunocompromised patient. In: *Wien Klin Wochenschr* 120 (2008), Nr. 15-16, 504–506. <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-008-0992-7>. – DOI 10.1007/s00508-008-0992-7

7 Literaturverzeichnis

- [64] CHOMEL, B. B. ; SUN, B.: Zoonoses in the bedroom. In: *Emerg Infect Dis* 17 (2011), Feb, Nr. 2, 167–172. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1702.101070>. – DOI 10.3201/eid1702.101070
- [65] ROBERT KOCH-INSTITUT: Tollwut in Deutschland: Gelöstes Problem oder versteckte Gefahr? In: *Epidemiologisches Bulletin* 2011 8 (2011), 28. Feb, S. 58–64
- [66] STAHL, J-P. ; GAUTRET, P. ; RIBADEAU-DUMAS, F. ; STRADY, C. ; LE MOAL, G. ; SOUALA, F. ; MASLIN, J. ; FREMONT, B. ; BOURHY, H.: Update on human rabies in a dog- and fox-rabies-free country. In: *Med Mal Infect* 44 (2014), Jul, Nr. 7, 292–301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2014.05.002>. – DOI 10.1016/j.medmal.2014.05.002
- [67] ALABI, O. ; NGUKU, P. ; CHUKWUKERE, S. ; GADDO, A. ; NSUBUGA, P. ; UMOH, J.: Profile of dog bite victims in Jos Plateau State, Nigeria: a review of dog bite records (2006-2008). In: *Pan Afr Med J* 18 Suppl 1 (2014), 12. <http://dx.doi.org/10.11694/pamj.suppl.2014.18.1.4341>. – DOI 10.11694/pamj.suppl.2014.18.1.4341
- [68] MORRIS, D. O. ; LAUTENBACH, E. ; ZAOUTIS, T. ; LECKERMAN, K. ; EDELSTEIN, P. H. ; RANKIN, S. C.: Potential for pet animals to harbour methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* when residing with human MRSA patients. In: *Zoonoses Public Health* 59 (2012), Jun, Nr. 4, 286–293. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1863-2378.2011.01448.x>. – DOI 10.1111/j.1863-2378.2011.01448.x
- [69] WEESE, J. S.: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in animals. In: *ILAR J* 51 (2010), Nr. 3, S. 233–244
- [70] CINQUEPALMI, V. ; MONNO, R. ; FUMAROLA, L. ; VENTRELLA, G. ; CALIA, C. ; GRECO, M. F. ; VITO, D. d. ; SOLEO, L.: Environmental contamination by dog's faeces: a public health problem? In: *Int J Environ Res Public Health* 10 (2013), Jan, Nr. 1, 72–84. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10010072>. – DOI 10.3390/ijerph10010072
- [71] MANIAN, F. A.: Asymptomatic nasal carriage of mupirocin-resistant, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in a pet dog associated with MRSA infection in household contacts. In: *Clin Infect Dis* 36 (2003), Jan, Nr. 2, e26–e28. <http://dx.doi.org/10.1086/344772>. – DOI 10.1086/344772
- [72] WARNER, R. D.: Occurrence and impact of zoonoses in pet dogs and cats at US Air Force bases. In: *Am J Public Health* 74 (1984), Nov, Nr. 11, S. 1239–1243
- [73] HÁJEK, V.: *Staphylococcus intermedius*, a new species isolated from animals. In: *Int. J. Syst. Bacteriol.* 26 (1976), Oct, Nr. 4, S. 401–408
- [74] TALAN, D. A. ; STAATZ, D. ; STAATZ, A. ; GOLDSTEIN, E. J. ; SINGER, K. ; OVERTURF, G. D.: *Staphylococcus intermedius* in canine gingiva and

7 Literaturverzeichnis

- canine-inflicted human wound infections: laboratory characterization of a newly recognized zoonotic pathogen. In: *J Clin Microbiol* 27 (1989), Jan, Nr. 1, S. 78–81
- [75] TANNER, M. A. ; EVERETT, C. L. ; YOUVAN, D. C.: Molecular phylogenetic evidence for noninvasive zoonotic transmission of *Staphylococcus intermedius* from a canine pet to a human. In: *J Clin Microbiol* 38 (2000), Apr, Nr. 4, S. 1628–1631
- [76] GERSTADT, K. ; DALY, J. S. ; MITCHELL, M. ; WESSOLOSSKY, M. ; CHEESEMAN, S. H.: Methicillin-resistant *Staphylococcus intermedius* pneumonia following coronary artery bypass grafting. In: *Clin Infect Dis* 29 (1999), Jul, Nr. 1, 218–219. <http://dx.doi.org/10.1086/520168>. – DOI 10.1086/520168
- [77] WIELAND, B. ; REGULA, G. ; DANUSER, J. ; WITTEW, M. ; BURNENS, A. P. ; WASSENAAR, T. M. ; STÄRK, K D C.: *Campylobacter* spp. in dogs and cats in Switzerland: risk factor analysis and molecular characterization with AFLP. In: *J Vet Med B Infect Dis Vet Public Health* 52 (2005), May, Nr. 4, 183–189. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1439-0450.2005.00843.x>. – DOI 10.1111/j.1439-0450.2005.00843.x
- [78] GOW, A. G. ; GOW, D. J. ; HALL, E. J. ; LANGTON, D. ; CLARKE, C. ; PAPA-SOULIOTIS, K.: Prevalence of potentially pathogenic enteric organisms in clinically healthy kittens in the UK. In: *J Feline Med Surg* 11 (2009), Aug, Nr. 8, 655–662. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfms.2008.12.007>. – DOI 10.1016/j.jfms.2008.12.007
- [79] LEFEBVRE, S. L. ; WALTNER-TOEWS, D. ; PEREGRINE, A. S. ; REID-SMITH, R. ; HODGE, L. ; ARROYO, L. G. ; WEESE, J. S.: Prevalence of zoonotic agents in dogs visiting hospitalized people in Ontario: implications for infection control. In: *J Hosp Infect* 62 (2006), Apr, Nr. 4, 458–466. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2005.09.025>. – DOI 10.1016/j.jhin.2005.09.025
- [80] NOVAK, A. ; SPIGAGLIA, P. ; BARBANTI, F. ; GOIC-BARISIC, I. ; TONKIC, M.: First clinical and microbiological characterization of *Clostridium difficile* infection in a Croatian University Hospital. In: *Anaerobe* 30C (2014), Jul, 18–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anaerobe.2014.07.007>. – DOI 10.1016/j.anaerobe.2014.07.007
- [81] JONES, A. M. ; KUIJPER, E. J. ; WILCOX, M. H.: *Clostridium difficile*: a European perspective. In: *J Infect* 66 (2013), Feb, Nr. 2, 115–128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2012.10.019>. – DOI 10.1016/j.jinf.2012.10.019
- [82] BARTLETT, J. G. ; CHANG, T. W. ; GURWITH, M. ; GORBACH, S. L. ; ONDERDONK, A. B.: Antibiotic-associated pseudomembranous colitis due to toxin-producing clostridia. In: *N Engl J Med* 298 (1978), Mar, Nr. 10, 531–534. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197803092981003>. – DOI 10.1056/NEJM197803092981003
- [83] OSSIPRANDI, M. C. ; BOTTARELLI, E. ; CATTABIANI, F. ; BIANCHI, E.: Susceptibility to vancomycin and other antibiotics

7 Literaturverzeichnis

- of 165 Enterococcus strains isolated from dogs in Italy. In: *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 31 (2008), Jan, Nr. 1, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cimid.2007.08.003>. – DOI 10.1016/j.cimid.2007.08.003
- [84] ADHIKARI, L.: High-level Aminoglycoside Resistance and Reduced Susceptibility to Vancomycin in Nosocomial Enterococci. In: *J Glob Infect Dis* 2 (2010), Sep, Nr. 3, 231–235. <http://dx.doi.org/10.4103/0974-777X.68534>. – DOI 10.4103/0974-777X.68534
- [85] WARSHAWSKY, B. ; GUTMANIS, I. ; HENRY, B. ; DOW, J. ; REFFLE, J. ; POLLETT, G. ; AHMED, R. ; ALDOM, J. ; ALVES, D. ; CHAGLA, A. ; CIEBIN, B. ; KOLBE, F. ; JAMIESON, F. ; RODGERS, F.: Outbreak of Escherichia coli O157:H7 related to animal contact at a petting zoo. In: *Can J Infect Dis* 13 (2002), May, Nr. 3, S. 175–181
- [86] CHMIELARCZYK, A. ; WÓJKOWSKA-MACH, J. ; ROMANISZYN, D. ; ADAMSKI, P. ; HELWICH, E. ; LAUTERBACH, R. ; POBIEGA, M. ; BORSZEWSKA-KORNACKA, M. ; GULCZYNSKA, E. ; KORDEK, A. ; HECZKO, P. B.: Mode of delivery and other risk factors for Escherichia coli infections in very low birth weight infants. In: *BMC Pediatr* 14 (2014), Nr. 1, 274. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-274>. – DOI 10.1186/1471-2431-14-274
- [87] FRANK, C. ; MILDE-BUSCH, A. ; WERBER, D.: Results of surveillance for infections with Shiga toxin-producing Escherichia coli (STEC) of serotype O104:H4 after the large outbreak in Germany, July to December 2011. In: *Euro Surveill* 19 (2014), Nr. 14
- [88] KING, L. A. ; MAILLES, A. ; MARIANI-KURKDJIAN, P. ; VERNOZY-ROZAND, C. ; MONTET, M. P. ; GRIMONT, F. ; PIHIER, N. ; DEVALK, H. ; PERRET, F. ; BINGEN, E. ; ESPIÉ, E. ; VAILLANT, V.: Community-wide outbreak of Escherichia coli O157:H7 associated with consumption of frozen beef burgers. In: *Epidemiol Infect* 137 (2009), Jun, Nr. 6, 889–896. <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268808001490>. – DOI 10.1017/S0950268808001490
- [89] PARIS, J. K. ; WILLS, S. ; BALZER, H.-J. ; SHAW, D. J. ; GUNN-MOORE, D. A.: Enteropathogen co-infection in UK cats with diarrhoea. In: *BMC Vet Res* 10 (2014), 13. <http://dx.doi.org/10.1186/1746-6148-10-13>. – DOI 10.1186/1746-6148-10-13
- [90] ZANZANI, S. A. ; GAZZONIS, A. L. ; SCARPA, P. ; BERRILLI, F. ; MANFREDI, M. T.: Intestinal parasites of owned dogs and cats from metropolitan and micropolitan areas: prevalence, zoonotic risks, and pet owner awareness in northern Italy. In: *Biomed Res Int* 2014 (2014), 696508. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/696508>. – DOI 10.1155/2014/696508
- [91] CAPELLI, G. ; PAOLETTI, B. ; IORIO, R. ; FRANGIPANE DI REGALBONO, A. ; PIETROBELLI, M. ; BIANCIARDI, P. ; GIANGASPERO, A.: Prevalence of Giardia spp. in dogs and humans in northern and central Italy. In: *Parasitol Res* 90 Suppl 3 (2003), Jul,

7 Literaturverzeichnis

- S154–S155. <http://dx.doi.org/10.1007/s00436-003-0924-4>. – DOI 10.1007/s00436-003-0924-4
- [92] ESPELAGE, W. ; AN DER HEIDEN, M. ; STARK, K. ; ALPERS, K.: Characteristics and risk factors for symptomatic *Giardia lamblia* infections in Germany. In: *BMC Public Health* 10 (2010), 41. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-41>. – DOI 10.1186/1471-2458-10-41
- [93] CANTOR, G. H. ; NELSON, S Jr ; VANEK, J. A. ; EVERMANN, J. F. ; ERIKS, I. S. ; BASARABA, R. J. ; BESSER, T. E.: Salmonella shedding in racing sled dogs. In: *J Vet Diagn Invest* 9 (1997), Oct, Nr. 4, S. 447–448
- [94] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC): Salmonella typhimurium infections associated with a community college microbiology laboratory–Maine, 2013. In: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 62 (2013), Nov, Nr. 43, S. 863
- [95] HOF, H. ; DÖRRIES, R.: Duale Reihe Medizinische Mikrobiologie. In: *Thieme* 4 (2009), S. 386–389
- [96] HURLEY, D. ; MCCUSKER, M. P. ; FANNING, S. ; MARTINS, M.: Salmonella-host interactions - modulation of the host innate immune system. In: *Front Immunol* 5 (2014), 481. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2014.00481>. – DOI 10.3389/fimmu.2014.00481
- [97] SALANT, H. ; SPIRA, D. T. ; HAMBURGER, J.: A comparative analysis of coprologic diagnostic methods for detection of *Toxoplasma gondii* in cats. In: *Am J Trop Med Hyg* 82 (2010), May, Nr. 5, 865–870. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.2010.09-0635>. – DOI 10.4269/ajtmh.2010.09-0635
- [98] DUBEY, J. P. ; MILLER, N. L. ; FRENKEL, J. K.: The *Toxoplasma gondii* oocyst from cat feces. In: *J Exp Med* 132 (1970), Oct, Nr. 4, S. 636–662
- [99] JONES, J. L. ; PARISE, M. E. ; FIORE, A. E.: Neglected parasitic infections in the United States: toxoplasmosis. In: *Am J Trop Med Hyg* 90 (2014), May, Nr. 5, 794–799. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.13-0722>. – DOI 10.4269/ajtmh.13-0722
- [100] LILLY, E. L. ; WORTHAM, C. D.: High prevalence of *Toxoplasma gondii* oocyst shedding in stray and pet cats (*Felis catus*) in Virginia, United States. In: *Parasit Vectors* 6 (2013), 266. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-3305-6-266>. – DOI 10.1186/1756-3305-6-266
- [101] JONES, J. L. ; ROBERTS, J. M.: Toxoplasmosis hospitalizations in the United States, 2008, and trends, 1993-2008. In: *Clin Infect Dis* 54 (2012), Apr, Nr. 7, e58–e61. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/cir990>. – DOI 10.1093/cid/cir990
- [102] STAMM, I. ; HAILER, M. ; DEPNER, B. ; KOPP, P. A. ; RAU, J.: *Yersinia enterocolitica* in diagnostic fecal samples from European dogs and cats: identification by fourier transform infrared spectroscopy and

7 Literaturverzeichnis

- matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry. In: *J Clin Microbiol* 51 (2013), Mar, Nr. 3, 887–893. <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.02506-12>. – DOI 10.1128/JCM.02506-12
- [103] BOTTONE, E. J.: *Yersinia enterocolitica*: the charisma continues. In: *Clin Microbiol Rev* 10 (1997), Apr, Nr. 2, S. 257–276
- [104] ROSNER, B. M. ; WERBER, D. ; HÖHLE, M. ; STARK, K.: Clinical aspects and self-reported symptoms of sequelae of *Yersinia enterocolitica* infections in a population-based study, Germany 2009-2010. In: *BMC Infect Dis* 13 (2013), 236. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-13-236>. – DOI 10.1186/1471-2334-13-236
- [105] BEUGNET, F. ; FRANC, M.: Results of a European multicentric field efficacy study of fipronil-(S) methoprene combination on flea infestation of dogs and cats during 2009 summer. In: *Parasite* 17 (2010), Dec, Nr. 4, S. 337–342
- [106] YOUSSEFI, M. R. ; RAHIMI, M. T.: Extreme human annoyance caused by *Ctenocephalides felis felis* (cat flea). In: *Asian Pac J Trop Biomed* 4 (2014), Apr, Nr. 4, 334–336. <http://dx.doi.org/10.12980/APJTB.4.2014C795>. – DOI 10.12980/APJTB.4.2014C795
- [107] GIUDICE, E. ; DI PIETRO, S. ; ALAIMO, A. ; BLANDA, V. ; LELLI, R. ; FRANCAVIGLIA, F. ; CARACAPPA, S. ; TORINA, A.: A molecular survey of *Rickettsia felis* in fleas from cats and dogs in Sicily (Southern Italy). In: *PLoS One* 9 (2014), Nr. 9, e106820. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0106820>. – DOI 10.1371/journal.pone.0106820
- [108] PÉREZ-OSORIO, C. E. ; ZAVALA-VELÁZQUEZ, J. E. ; ARIAS LEÓN, J. J. ; ZAVALA-CASTRO, J. E.: *Rickettsia felis* as emergent global threat for humans. In: *Emerg Infect Dis* 14 (2008), Jul, Nr. 7, 1019–1023. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1407.071656>. – DOI 10.3201/eid1407.071656
- [109] CADIERGUES, M. C. ; JOUBERT, C. ; FRANC, M.: A comparison of jump performances of the dog flea, *Ctenocephalides canis* (Curtis, 1826) and the cat flea, *Ctenocephalides felis felis* (Bouché, 1835). In: *Vet Parasitol* 92 (2000), Oct, Nr. 3, S. 239–241
- [110] HAFNER, C.: [Scabies]. In: *Hautarzt* 60 (2009), Feb, Nr. 2, 145–59, quiz 160-1. <http://dx.doi.org/10.1007/s00105-009-1708-2>. – DOI 10.1007/s00105-009-1708-2
- [111] AYDINGÖZ, I. E. ; MANSUR, A. T.: Canine scabies in humans: a case report and review of the literature. In: *Dermatology* 223 (2011), Nr. 2, 104–106. <http://dx.doi.org/10.1159/000327378>. – DOI 10.1159/000327378
- [112] RUBEL, F. ; BRUGGER, K. ; MONAZAHIAN, M. ; HABEDANK, B. ; DAUTEL, H. ; LEVERENZ, S. ; KAHL, O.: The first German map of georeferenced ixodid tick locations. In: *Parasit Vectors* 7 (2014), Oct, Nr. 1, 477. <http://dx.doi.org/10.1186/PREACCEPT-1023109208140332>. – DOI 10.1186/PREACCEPT-1023109208140332

7 Literaturverzeichnis

- [113] TAPPE, J. ; JORDAN, D. ; JANECEK, E. ; FINGERLE, V. ; STRUBE, C.: Revisited: *Borrelia burgdorferi* sensu lato infections in hard ticks (*Ixodes ricinus*) in the city of Hanover (Germany). In: *Parasit Vectors* 7 (2014), 441. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-3305-7-441>. – DOI 10.1186/1756-3305-7-441
- [114] MICHELET, L. ; DELANNOY, S. ; DEVILLERS, E. ; UMHANG, G. ; ASPAN, A. ; JUREMALM, M. ; CHIRICO, J. ; VAN DER WAL, F. J. ; SPRONG, H. ; BOYE PIHL, T. P. ; KLITGAARD, K. ; BØDKER, R. ; FACH, P. ; MOUTAILLER, S.: High-throughput screening of tick-borne pathogens in Europe. In: *Front Cell Infect Microbiol* 4 (2014), 103. <http://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2014.00103>. – DOI 10.3389/fcimb.2014.00103
- [115] DYACHENKO, V. ; PANTCHEV, N. ; GAWLOWSKA, S. ; VRHOVEC, M. G. ; BAUER, C.: *Echinococcus multilocularis* infections in domestic dogs and cats from Germany and other European countries. In: *Vet Parasitol* 157 (2008), Nov, Nr. 3-4, 244–253. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vetpar.2008.07.030>. – DOI 10.1016/j.vetpar.2008.07.030
- [116] ROBERT KOCH-INSTITUT: Epidemiologie der Fuchsbandwurmerkrankungen in Deutschland - Daten des Echinokokkose Registers. In: *Epidemiologisches Bulletin* 2006 15 (2006), 13. Apr, S. 115–117
- [117] KEEGAN, J. D. ; HOLLAND, C. V.: Contamination of the hair of owned dogs with the eggs of *Toxocara* spp. In: *Vet Parasitol* 173 (2010), Oct, Nr. 1-2, 161–164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vetpar.2010.06.010>. – DOI 10.1016/j.vetpar.2010.06.010
- [118] BEUGNET, F. ; BOURDEAU, P. ; CHALVET-MONFRAY, K. ; COZMA, V. ; FARKAS, R. ; GUILLOT, J. ; HALOS, L. ; JOACHIM, A. ; LOSSON, B. ; MIRÓ, G. ; OTRANTO, D. ; RENAUD, M. ; RINALDI, L.: Parasites of domestic owned cats in Europe: co-infestations and risk factors. In: *Parasit Vectors* 7 (2014), Nr. 1, 291. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-3305-7-291>. – DOI 10.1186/1756-3305-7-291
- [119] WOODHALL, D. M. ; EBERHARD, M. L. ; PARISE, M. E.: Neglected parasitic infections in the United States: toxocariasis. In: *Am J Trop Med Hyg* 90 (2014), May, Nr. 5, 810–813. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.13-0725>. – DOI 10.4269/ajtmh.13-0725
- [120] STEERE, A. C. ; COBURN, J. ; GLICKSTEIN, L.: The emergence of Lyme disease. In: *J Clin Invest* 113 (2004), Apr, Nr. 8, 1093–1101. <http://dx.doi.org/10.1172/JCI21681>. – DOI 10.1172/JCI21681
- [121] RIZZOLI, A. ; HAUFFE, Hc ; CARPI, G. ; VOURE H, Gi ; NETELER, M. ; ROSA, R.: Lyme borreliosis in Europe. In: *Euro Surveill* 16 (2011), Nr. 27
- [122] ROLLA, D. ; CONTI, N. ; ANSALDO, F. ; PANARO, L. ; LUSENTI, T.: Post-infectious glomerulonephritis presenting as acute renal failure in a patient with Lyme disease. In: *J Renal Inj Prev* 3 (2014),

7 Literaturverzeichnis

- Nr. 1, 17–20. <http://dx.doi.org/10.12861/jrip.2014.07>. – DOI 10.12861/jrip.2014.07
- [123] DONOSO MANTKE, O. ; ESCADAFAL, C. ; NIEDRIG, M. ; PFEFFER, M. ; WORKING GROUP FOR TICK-BORNE ENCEPHALITIS VIRUS, C.: Tick-borne encephalitis in Europe, 2007 to 2009. In: *Euro Surveill* 16 (2011), Nr. 39
- [124] ROBERT KOCH-INSTITUT: FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: April 2014). In: *Epidemiologisches Bulletin* 2014 15 (2014), 14. Apr, S. 121–136
- [125] HOLZMANN, H.: Diagnosis of tick-borne encephalitis. In: *Vaccine* 21 Suppl 1 (2003), Apr, S. S36–S40
- [126] DOBLER, G. ; WÖLFEL, R.: Typhus and other rickettsioses: emerging infections in Germany. In: *Dtsch Arztebl Int* 106 (2009), May, Nr. 20, 348–354. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2009.0348>. – DOI 10.3238/arztebl.2009.0348
- [127] MUNIR, A. K. ; EINARSSON, R. ; SCHOU, C. ; DREBORG, S. K.: Allergens in school dust. I. The amount of the major cat (Fel d I) and dog (Can f I) allergens in dust from Swedish schools is high enough to probably cause perennial symptoms in most children with asthma who are sensitized to cat and dog. In: *J Allergy Clin Immunol* 91 (1993), May, Nr. 5, S. 1067–1074
- [128] KONIECZNY, A. ; MORGENSTERN, J. P. ; BIZINKAUSKAS, C. B. ; LILLEY, C. H. ; BRAUER, A. W. ; BOND, J. F. ; AALBERSE, R. C. ; WALLNER, B. P. ; KASAIAN, M. T.: The major dog allergens, Can f 1 and Can f 2, are salivary lipocalin proteins: cloning and immunological characterization of the recombinant forms. In: *Immunology* 92 (1997), Dec, Nr. 4, S. 577–586
- [129] CUSTOVIC, A. ; FLETCHER, A. ; PICKERING, C. A. ; FRANCIS, H. C. ; GREEN, R. ; SMITH, A. ; CHAPMAN, M. ; WOODCOCK, A.: Domestic allergens in public places III: house dust mite, cat, dog and cockroach allergens in British hospitals. In: *Clin Exp Allergy* 28 (1998), Jan, Nr. 1, S. 53–59
- [130] PEDEN, D. ; REED, C. E.: Environmental and occupational allergies. In: *J Allergy Clin Immunol* 125 (2010), Feb, Nr. 2 Suppl 2, S150–S160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2009.10.073>. – DOI 10.1016/j.jaci.2009.10.073

8 Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Rechtsmedizin unter Betreuung von Prof. Dr. med. F. Wehner durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte eigenständig mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. F. Wehner.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch das Institut für Biometrie durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Freiburg, den 15.04.2016

M. Kamps

9 Danksagung

Ein besonderer Dank gebührt meinem Doktor-Vater, Herrn Prof. Dr. med. Frank Wehner, der mir bei der Umsetzung des von mir gewählten Themas zu jeder Zeit mit einem offenen Ohr und guten Ratschlägen zur Seite stand.

Bei Herrn Dr. med. Gunnar Blumenstock bedanke ich mich für seine Hilfe und Überprüfung meiner statistischen Auswertungen.

Danken möchte ich ebenfalls meinen Eltern Doris und Hans Kamps für die Begleitung und Unterstützung auf dem Weg durch das Studium.

Zuletzt danke ich meiner Frau Viktoria und meiner Tochter Mathilda, die häufig ihre eigenen Interessen zurückgestellt und mir Zeit zum Schreiben ermöglicht haben.

10 Abbildungen

1 Empfangsseite

Hunde und Katzen in der Arztpraxis

-

Potentielle Infektionsgefahr und juristische Einordnung

Herzlich Willkommen bei der Online-Umfrage für meine Dissertation!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den Fragebogen zu beantworten.
Die Umfrage ist anonymisiert. Es werden keine persönlichen Daten gespeichert.

Nun viel Spaß beim Ausfüllen!

Viele Grüße

Marius Kamps

2 Fachrichtung

Welche Fachrichtung hat Ihre Praxis?

Bitte füllen Sie im Textfeld Ihre Fachrichtung ein.

3 Besitz_Tier

Besitzen Sie oder ihr Personal einen Hund und/oder eine Katze?

Mehrfachauswahl möglich

- Hund
- Katze
- Keines von beiden

Abbildung 10.1: Fragebogen Seite 1

4 Tiere vom Personal

Bringen Sie/Ihr Personal Ihre/n Katze/Hund mit in die Praxis oder haben Sie dies in der Vergangenheit gemacht?

- Ja
 - Nein
-

4.1.1 Welches Tier

Welches Tier bringen/brachten Sie/Ihr Personal mit in die Praxis?

Mehrfachauswahl möglich

- Hund
 - Katze
-

4.2.1 Aufenthalt_Personal

Hier bitte die Aufenthaltsorte der Tiere eintragen

Mehrfachauswahl möglich

- Flur
 - Wartezimmer
 - Personalraum/Küche
 - Behandlungszimmer
 - Sonstiges
-

5 Tiere von Patienten

Haben oder hatten ihre Patienten die Erlaubnis, ihre/n Katze/Hund mit in Ihre Praxis zu bringen?

- Ja
 - Nein
-

5.1.1 Welches Tier

Welches Tier dürfen/durften Ihre Patienten mitbringen?

Mehrfachauswahl möglich

- Hund
 - Katze
-

Abbildung 10.2: Fragebogen Seite 2

5.2.1 Aufenthalt_Pat

Hier bitte die Aufenthaltsorte der Tiere eintragen

Mehrfachauswahl möglich

- Flur
 - Wartezimmer
 - Personalraum/Küche
 - Behandlungsraum
 - Sonstiges
-

6.1 Probleme

Gab es Gesundheitsgefährdungen aufgrund der Anwesenheit eines Tieres in der Praxis?

z.B. Kratzverletzung, Bissverletzung, Infektion, Urinieren/Defäkieren in Praxisräumlichkeiten usw.

- Ja
 - Nein
-

6.1.1.1 Welches Tier_Probleme

Mit welchem/n Tier/en gab es Gesundheitsgefährdungen?

Mehrfachauswahl möglich

- Hund
 - Katze
-

6.1.2.1 Probleme_Liste_Hund

Welche Arten der Gesundheitsgefährdung in Zusammenhang mit einem Hund traten auf?

Mehrfachauswahl möglich

- Kratzverletzungen
 - Bissverletzungen
 - Infektionen
 - Urinieren/Defäkieren in Praxisräumlichkeiten
 - Sonstiges
-

Abbildung 10.3: Fragebogen Seite 3

6.1.2.1.1.1 Kratzverletzung_Hund

Welche Kratzverletzung/en eines Hundes an welchem/n Körperteil/en gab es?

Wie wurde/n die Kratzverletzung/en behandelt?

6.1.2.1.2.1 Bissverletzung_Hund

Welche Bissverletzung/en eines Hundes an welchem/n Körperteil/en gab es?

Wie wurde/n die Bissverletzung/en behandelt?

6.1.2.1.3.1 Infektionen_Hund

Welche Art von Infektion/en in Zusammenhang mit einem Hund gab es?

Wie wurde/n die Infektion/en behandelt?

Abbildung 10.4: Fragebogen Seite 4

6.1.3.1 Probleme_Liste_Katze

Welche Arten der Gesundheitsgefährdung in Zusammenhang mit einer Katze traten auf?

Mehrfachauswahl möglich

- Kratzverletzungen
 - Bissverletzungen
 - Infektionen
 - Urinieren/Defäkieren in Praxisräumlichkeiten
 - Sonstiges
-

6.1.3.1.1.1 Kratzverletzung_Katze

Welche Kratzverletzung/en einer Katze an welchem/n Körperteil/en gab es?

Wie wurde/n die Kratzverletzung/en behandelt?

6.1.3.1.2.1 Bissverletzung_Katze

Welche Bissverletzung/en einer Katze an welchem/n Körperteil/en gab es?

Wie wurde/n die Bissverletzung/en behandelt?

Abbildung 10.5: Fragebogen Seite 5

6.1.3.1.3.1 Infektionen_Katze

Welche Art von Infektion/en in Zusammenhang mit einer Katze gab es?

Wie wurde/n die Infektion/en behandelt?

6.1.4.1 Strafanzeige

Hat es rechtliche Konsequenzen gegeben?

- Ja
- Nein

6.1.4.1.1.1 Rechl_Probleme2

Welche Art von rechtlichen Konsequenzen gab es?

Mehrfachauswahl möglich

- Strafrechtliche Konsequenzen
- Zivilrechtliche Konsequenzen
- Öffentlich-rechtliche Konsequenzen

6.1.4.1.1.1.1 Strafrechl

Bitte schildern Sie kurz, welche strafrechtlichen Konsequenzen es gab?

z.B. Strafanzeige, Verfahrenseinstellung ohne oder mit Geldbuße, Verurteilung

Abbildung 10.6: Fragebogen Seite 6

6.1.4.1.1.1.2.1 Zivilrechtl

Bitte schildern Sie kurz, welche zivilrechtlichen Konsequenzen es gab?

z.B. Schadensersatz- und/oder Schmerzensgeldforderungen, Tierhalterhaftung

6.1.4.1.1.1.3.1 Rechtl_sonst

Bitte schildern Sie kurz, welche öffentlich-rechtlichen Konsequenzen es gab?

z.B. Maßnahmen der Gesundheits- und/oder Arbeitsschutzbehörden, Maßnahmen der BG, Maßnahme von Seiten der Ärztekammer

7 Endseite

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Umfrage.

Sie haben mir damit sehr geholfen!

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Marius Kamps

Abbildung 10.7: Fragebogen Seite 7