

## Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 TAMG für die Tierart Huhn

### Masthühner

VVVO-Nr.: \_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit: \_\_\_\_\_

|                              |         |                              |  |
|------------------------------|---------|------------------------------|--|
| Betrieb, Name(n), Vorname(n) |         | verantwortliche Person       |  |
| PLZ, Ort, Straße, Hausnummer |         | PLZ, Ort, Straße, Hausnummer |  |
| Telefon                      | Telefax | E-Mail                       |  |

### 1. Angaben zum Betrieb

|                                              |                       |                       |  |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Anschrift des Betriebsstandortes             |                       |                       |  |
| Anzahl der Ställe und Anzahl der Stallplätze |                       |                       |  |
| Stall 1: _____ Plätze                        | Stall 2: _____ Plätze | Stall 3: _____ Plätze |  |
| Stall 4: _____ Plätze                        | Stall 5: _____ Plätze | Stall 6: _____ Plätze |  |

### 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgen durch **folgenden Tierarzt**:

|                                         |                    |                             |                               |
|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name:                                   | Anschrift:         |                             |                               |
| VVVO-Nr.                                | Betreuungs-Vertrag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Weitere tierärztliche Betreuung:</b> |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name:                                   | Anschrift:         |                             |                               |
| <b>Weitere Berater (ggf. Anlage):</b>   |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name:                                   | Anschrift:         |                             |                               |
| <b>Integration:</b>                     |                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### 3. Angaben zur Tierhaltung

|                                                             |                                          |                                                    |                                           |       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|
| <b>Mastverfahren:</b>                                       | <input type="checkbox"/> Kurz/Leichtmast | <input type="checkbox"/> Mittellangmast            | <input type="checkbox"/> Schwer-/Langmast |       |
|                                                             | <input type="checkbox"/> Extensiv        |                                                    |                                           |       |
| <b>Gewicht bei Endausstallung:</b> _____                    | <b>Kg/Tier</b>                           | <b>Mastdauer:</b> _____                            | <b>Tage</b>                               |       |
| <b>Vorgriff</b>                                             | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja, mit Masttag/ Gewicht: |                                           |       |
| <b>Tierbezug:</b>                                           | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja, welche:               | <b>Anzahl der Herkünfte</b>               | _____ |
| <b>QS-System-Teilnehmer:</b>                                | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja                        | <b>Sonstiges:</b>                         | _____ |
| <b>Bio-Siegel:</b>                                          | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja, welches:              |                                           |       |
| <b>Tierwohlteilnahme:</b>                                   | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> ja                        | <b>Sonstige Programme:</b>                | _____ |
| <b>Besatzdichte:</b> _____                                  | <b>kg/qm</b>                             |                                                    |                                           |       |
| <b>Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel):</b> _____ |                                          |                                                    |                                           |       |

|                                                                          |                                                           |                                       |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art und Ausstattung der Ställe</b> (z.B. Einrichtung, Kaltscharraum): |                                                           |                                       |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> geschlossener Stall                             | <input type="checkbox"/> Mobil-Stall                      | <input type="checkbox"/> Wintergarten |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Freilandhaltung                                 | <input type="checkbox"/> Ökologische Erzeugung            | Kaltscharraum:                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                 |
| <b>Beschäftigungsmaterial:</b>                                           | <input type="checkbox"/> Pickblöcke                       | <input type="checkbox"/> Strohballen  | <input type="checkbox"/> Heu / Luzerne <input type="checkbox"/>           |
| <b>Einstreuart:</b> _____                                                | <b>Einstreuzusatz:</b>                                    |                                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: _____ |
| <b>Reuter/Sitzstangen:</b>                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Erhöhte Ebenen:</b>                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                 |

#### 4. Angaben zur Klimatechnik

|                                                      |                                     |                                       |                                                                                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Heizung und Lüftung</b> (z.B. Technik, Qualität): |                                     |                                       |                                                                                 |
| <b>Lüftungsart:</b>                                  | <input type="checkbox"/> Unterdruck | <input type="checkbox"/> Überdruck    | <input type="checkbox"/> freie Lüftung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <b>Heiztechnik:</b>                                  | <input type="checkbox"/> Heizkanone | <input type="checkbox"/> Konvektor    | <input type="checkbox"/> Gasstrahler <input type="checkbox"/> Bodenheizung      |
| <b>Kühlsysteme:</b>                                  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> Sprühkühlung | <input type="checkbox"/> Ventilatoren                                           |

#### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

|                                                                                         |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art der Fütterung</b> (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):                            |                                                                                                                           |
| <b>Futterherkunft:</b>                                                                  | <input type="checkbox"/> Fertigfutter <input type="checkbox"/> Hofmischung <input type="checkbox"/> Zufütterung von _____ |
| <b>Fütterungstechnik:</b>                                                               | <input type="checkbox"/> Futterschale <input type="checkbox"/> Kettenfütterung <input type="checkbox"/> Phasenfütterung   |
| <b>Sonstiges:</b> _____                                                                 |                                                                                                                           |
| <b>Anzahl Tiere pro Futterplatz:</b> _____                                              |                                                                                                                           |
| <b>Wasserversorgung</b> (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung): |                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Brunnenwasser                                                  | <input type="checkbox"/> Stadtwasser <input type="checkbox"/> letzte Wasseruntersuchung am: _____                         |
| <b>Wasserleitungssystem:</b>                                                            | <input type="checkbox"/> Stichleitung <input type="checkbox"/> Ringleitung                                                |
| <b>Tränkesystem:</b>                                                                    | <input type="checkbox"/> Rundtränken <input type="checkbox"/> Nippeltränken mit Tropfschalen                              |
|                                                                                         | <input type="checkbox"/> Rinnentränken <input type="checkbox"/> Bechertränken                                             |
| <b>Anzahl Tiere pro Tränke:</b> _____                                                   |                                                                                                                           |

#### 6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

|                                                                   |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser                                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Vorlaufbehälter                          | <input type="checkbox"/> Dosierer                         |
| <b>Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Risikomanagementplan vorhanden?</b>                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

## 7. Angaben zur Hygiene

### Externe Biosicherheit des Betriebes:

Art der Schutzkleidung: \_\_\_\_\_

Art der Hygieneschleuse: \_\_\_\_\_

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden: ☐ nein ☐ ja, mit: \_\_\_\_\_

### Art und Umfang der internen Biosicherheit:

**Reinigung Stall:** ☐ nein ☐ ja, mit (Reinigungsmittel) \_\_\_\_\_

☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma

**Desinfektion Stall:** ☐ nein ☐ ja, mit (Desinfektionsmittel) \_\_\_\_\_

☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma

**Erfolgskontrolle:** ☐ nein ☐ ja, Abklatschproben nach IKB Schema ☐ ja, sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wasserleitungen:** ☐ Reinigung ☐ Desinfektion mit \_\_\_\_\_

☐ nach Antibiotika-Gabe ☐ routinemäßig

**Fütterungseinrichtungen:** ☐ Reinigung Futterleitungen ☐ Reinigung Futterschalen

☐ Reinigung Futtersilo

**Schädlingsbekämpfung:** ☐ Fachfirma ☐ durch Betriebspersonal (selbst)

Dokumentation vorhanden ☐ nein ☐ ja

## 8. Gesundheitsmanagement

### Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

**Parasitenbekämpfung:** ☐ nein ☐ ja, gegen \_\_\_\_\_

Verabreichung in Form von: ☐ Arzneimittel ☐ Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Tierbetreuung:** ☐ grundsätzlich gleiche Person(en) ☐ wechselnd/Hilfskräfte

**Sachkundenachweis:** Datum der letzten Aktualisierung: \_\_\_\_\_

## 9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

☐ Atemwege    ☐ Verdauungsapparat    ☐ Bewegungsapparat

☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Anzahl der Durchgänge in dem Kalenderhalbjahr:

#### Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

#### Fußballengesundheit (Score): (differenziert pro Durchgang)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

**Angaben zu Krankheitsgeschehen** (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung, häufigste Verwurfsgründe):

### Weiterführende Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

☐ **Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde als Kopie)

☐ **Sonstiges**

## 10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt: \_\_\_\_\_

**Unterschrift nicht vergessen!**

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.  
(bitte streichen, falls nicht gewünscht)

## 11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

**Maßnahmen** (z.B.: Impfung, Verbesserung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)

**Zeitraum der Umsetzung**

**Unterschrift nicht vergessen!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an die zuständige Behörde.