

# 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>	_____ Kg/Tier	<b>Mastdauer:</b>	_____ Tage
<b>Vorgriff</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit Masttag/ Gewicht:	_____
<b>Tierbezug:</b>	<b>Integration</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</b> (i. d. Regel):	_____		

<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)

---

---

---

---

**Sektion** (Befunde als Kopie)

---

---

---

---

**Sonstiges**

---

---

---

---

## 10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

---

---

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

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

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