

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

Schriftlich einzureichen an:

Landkreis Vechta  
Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung  
Ravensberger Str. 20  
49377 Vechta

Per E-Mail einzureichen an:

[ab-min@landkreis-vechta.de](mailto:ab-min@landkreis-vechta.de)



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

Legehennen

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 erfolgt 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>Mauser:</b>                                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja           | _____                      | <b>Wochen Haltungsdauer</b>                |
| <b>Alter bei Einstallung</b>                          | _____                                                               | Tage/Wochen                | <b>Herkunft:</b> _____                     |
| <b>Besatzdichte</b>                                   | _____                                                               | Tiere / m <sup>2</sup>     | <b>Auslauf</b> _____ m <sup>2</sup> / Tier |
| <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>Dunkelphase:</b>                                   | _____                                                               | <b>Stunden</b>             |                                            |
| <b>Leerstandszeit / Serviceperiode</b> (i. d. Regel): | _____                                                               |                            |                                            |

|                                                                           |                                                |                                       |                                        |                                       |                               |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Art und Ausstattung der Ställe</b> (z.B. Einrichtung, Kaltscharrraum): |                                                |                                       |                                        |                                       |                               |
| <input type="checkbox"/> geschlossener Stall                              | <input type="checkbox"/> Mobil-Stall           | <input type="checkbox"/> Wintergarten |                                        |                                       |                               |
| <input type="checkbox"/> Freilandhaltung                                  | <input type="checkbox"/> Ökologische Erzeugung | Kaltscharrraum:                       | <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 |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppenhaltung                              | <input type="checkbox"/> Bodenhaltung          | Voliere:                              | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein         |                               |
| <input type="checkbox"/> Gruppenest                                       | <input type="checkbox"/> Einzelnest            | Kotgrube                              | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein         |                               |
| <b>Kralleabrieb:</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 |       |  |
|                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sonstiges:    | _____                                                        |                                          |       |  |
| <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

|                                                   |                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Externe Biosicherheit des Betriebes:</b>       |                                                                                                                                                                                  |
| Art der Schutzkleidung:                           | _____                                                                                                                                                                            |
| Art der Hygieneschleuse:                          | _____                                                                                                                                                                            |
| Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden:            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit: _____                                                                                                            |
| <b>Art und Umfang der internen Biosicherheit:</b> |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Reinigung Stall:</b>                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Reinigungsmittel) _____<br><input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma    |
| <b>Desinfektion Stall:</b>                        | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Desinfektionsmittel) _____<br><input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma |
| <b>Erfolgskontrolle:</b>                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Abklatschproben nach IKB Schema <input type="checkbox"/> ja, sonstiges: _____                                         |
| <b>Wasserleitungen:</b>                           | <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion mit _____<br><input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe <input type="checkbox"/> routinemäßig       |
| <b>Fütterungseinrichtungen:</b>                   | <input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futterschalen<br><input type="checkbox"/> Reinigung Futtersilo                             |
| <b>Schädlingsbekämpfung:</b>                      | <input type="checkbox"/> Fachfirma <input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal (selbst)<br>Dokumentation vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <b>Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:</b>  |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Krankenabteil:</b>                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____<br><input type="checkbox"/> sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____                                     |

## 8. Gesundheitsmanagement

|                                                                                                                                              |                  |              |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|
| <b>Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):</b>                                                                                        |                  |              |                  |
| Alter: _____                                                                                                                                 | Impfstoff: _____ | Alter: _____ | Impfstoff: _____ |
| Alter: _____                                                                                                                                 | Impfstoff: _____ | Alter: _____ | Impfstoff: _____ |
| Alter: _____                                                                                                                                 | Impfstoff: _____ | Alter: _____ | Impfstoff: _____ |
| Alter: _____                                                                                                                                 | Impfstoff: _____ | Alter: _____ | Impfstoff: _____ |
| <b>Parasitenbekämpfung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                  |              |                  |
| Verabreichung in Form von: <input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Futterzusatzstoff                                  |                  |              |                  |
| <b>Sonstiges:</b> _____                                                                                                                      |                  |              |                  |
| <b>Tierbetreuung:</b> <input type="checkbox"/> grundsätzlich gleiche Person(en) <input type="checkbox"/> wechselnd/Hilfskräfte               |                  |              |                  |
| <b>Sachkundenachweis:</b> Datum der letzten Aktualisierung: _____                                                                            |                  |              |                  |

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

**Schwerpunkt(e) der Erkrankung:**

Atemwege     Verdauungsapparat     Bewegungsapparat     Geschlechtsapparat

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

**Legeleistung getrennt nach Monaten im Halbjahr:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**Tierverluste**

**Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:** \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

**Weiterführende Diagnostik** (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde 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.