

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

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

## 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 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>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>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>	_____ kg/qm		
<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	

#### 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

<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) _____ <input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
<b>Desinfektion Stall:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Desinfektionsmittel) _____ <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 _____ <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe <input type="checkbox"/> routinemäßig
<b>Fütterungseinrichtungen:</b>	<input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futterschalen <input type="checkbox"/> Reinigung Futtersilo
<b>Schädlingsbekämpfung:</b>	<input type="checkbox"/> Fachfirma <input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal (selbst) Dokumentation vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 8. Gesundheitsmanagement

<b>Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):</b>	
Alter: _____ Impfstoff: _____	Alter: _____ Impfstoff: _____
Alter: _____ Impfstoff: _____	Alter: _____ Impfstoff: _____
Alter: _____ Impfstoff: _____	Alter: _____ Impfstoff: _____
<b>Parasitenbekämpfung:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____
Verabreichung in Form von:	<input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)
<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

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.