

Studie zum Ernährungszustand von Pferden in Deutschland Fragebogen Pferdebesitzerinnen und Pferdebesitzer

Klinik für Pferde der Universität Leipzig
Institut für Tierernährung, Ernährungsschäden und Diätetik der Universität Leipzig

Anmerkung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Unzutreffende Teilabschnitte dürfen übersprungen oder gestrichen werden.

Grundsätzlich soll bei den Fragen das typische Management (Haltung, Fütterung, reiterliche Nutzung etc.) beschrieben werden, wie es in den letzten Monaten (bis Jahre) standardmäßig durchgeführt wurde. Bei einzelnen Themenblöcken werden (auf tierärztliches Anraten hin) erfolgte Veränderungen im vergangenen Jahr zusätzlich abgefragt. Der Fragebogen ist in zwei Teilabschnitte gegliedert. Im **ersten Teilabschnitt** (Fragenblock Nr. 1. bis Nr. 6.) werden verschiedene Parameter zu Ihrem Pferd abgefragt. Im **Teilabschnitt zwei** (Fragenblock Nr. 7.) erfolgt zudem eine Datenerhebung hinsichtlich Ihrer Lebensgewohnheiten und der persönlichen Bedeutung des Pferdes. Wir würden uns für eine maximale Aussagekraft der Studie sehr über vollständig ausgefüllte Fragebögen (Teilabschnitt 1 und 2) freuen; akzeptieren aber auch Fragebögen, in denen nur Teilabschnitt 1 vollständig beantwortet ist.

1. Grunddatenerhebung bezüglich des Pferdes

- In welcher Beziehung stehen Sie zu dem nachfolgend näher beschriebenen Pferd?
 Besitzer/-in Reiter/-in Reitbeteiligung Pfleger/-in Bereiter/in

 Sonstiges: _____
- Rasse: _____
- Farbe: _____ • Alter des Pferdes: _____
- Stute Hengst Wallach
Falls Stute: Nicht tragend Tragend Besamt Fohlen bei Fuß
- In (meinem) Besitz seit: _____ / Standort: (Postleitzahl) _____
- **Grund des Klinikaufenthalts:** _____
- Abteilung: Innere Medizin und Reproduktion Chirurgie und Orthopädie

2. Erweiterte Datenerhebung bezüglich der Vorerkrankungen des Pferdes

- 2.1 Leidet Ihr Pferd an einer (chronischen) Hufrehe? Ja Nein (*weiter bei 2.2*)
- a.) *Falls ja*, durch wen wurde die Erkrankung diagnostiziert?
 Durch Sie selbst Tierarzt/-ärztin Stallpersonal _____
- b.) Wie **viele Episoden akuter Lahmheit aufgrund von Hufrehe** traten bei Ihrem Pferd in den **letzten 3 Jahren** auf?
 1 2 3 4 5 _____ Lahmheitsepisoden
- c.) Wurde(n) die Lahmheit(en) tierärztlich begutachtet und als Hufrehe diagnostiziert?
 Ja Nein Ja, aber nur in _____ von _____ Fällen
- d.) Wie / Mit welchen Methoden wurde die Erkrankung diagnostiziert (z.B. *Klinische Untersuchung, Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen etc.*)?

- e.) Welche konkreten Symptome zeigt Ihr Pferd bei einem akuten Reheschub?

f.) Welche konkreten Behandlungen wurden/werden zur Therapie durchgeführt?

2.2 Wurde bei Ihrem Pferd die Stoffwechselerkrankung „PPID“ („Equines Cushing Syndrom“) diagnostiziert? Ja Nein (*weiter bei 2.3*)

a.) Falls ja, durch **wen** und **wann** wurde die Erkrankung diagnostiziert?

Durch Sie selbst Tierarzt/-ärztin Stallpersonal _____

PPID-Diagnose: am _____ bzw. vor _____ Monaten / _____ Jahren

b.) Wie / Mit welchen Methoden wurde die Erkrankung diagnostiziert (z.B. *Klinische Untersuchung, Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen etc.*)?

c.) Welche konkreten Symptome zeigt Ihr Pferd?

d.) Welche konkreten Behandlungen werden zur Therapie durchgeführt?

2.3 Wurde bei Ihrem Pferd die Stoffwechselerkrankung „Insulindysregulation“ (ID) oder das „Equine Metabolische Syndrom“ (EMS) diagnostiziert? Ja Nein (*weiter bei 2.4*)

a.) Falls ja, durch **wen** und **wann** wurde die Erkrankung diagnostiziert?

Durch Sie selbst Tierarzt/-ärztin Stallpersonal _____

EMS-Diagnose: am _____ bzw. vor _____ Monaten / _____ Jahren

ID-Diagnose: am _____ bzw. vor _____ Monaten / _____ Jahren

b.) Wie / Mit welchen Methoden wurde die Erkrankung diagnostiziert (z.B. *Klinische Untersuchung, Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen, etc.*)?

c.) Welche konkreten Symptome zeigt Ihr Pferd?

d.) Welche konkreten Behandlungen werden zur Therapie durchgeführt?

2.4 Sind bei Ihrem Pferd **andere, tierärztlich diagnostizierte** Vorerkrankungen in den letzten **5 Jahren** bekannt? Ja Nein (*weiter bei 3.*)

2.5 Welche konkreten, tierärztlich diagnostizierten Vorerkrankungen liegen vor?

Beispiele: Zahnprobleme, Kolik, Kotwasser, Equines Asthma, Herzinsuffizienz, Sehnenschaden, Arthrose, Hauterkrankungen (Ekzem, Sarkoid, Melanom), Tumorerkrankungen u.v.m.

2.6 Wird eine weitere und noch nicht genannte dauerhafte Behandlung durchgeführt?

Falls ja, wie / welche Medikamente?

3. Erweiterte Datenerhebung bezüglich der Haltung des Pferdes

3.1 Wird das Pferd ganzjährig auf einer Weide gehalten? Ja (*weiter bei 3.6*) Nein

3.2 Gibt es saisonale Unterschiede in der Pferdehaltung (Bsp. für Haltungsformen: Offenstall, Box und Auslauf, reine Boxenhaltung)?

Ja, nämlich:

Frühling (März – Mai): _____

Sommer (Juni – August): _____

Herbst (September – November): _____

Winter (Dezember – Februar): _____

Nein, mein Pferd wird ganzjährig wie folgt gehalten: _____

Wie viele Stunden (h) verbringt das Pferd täglich, je nach Jahreszeit, auf einer Weide?

Frühling: ____ h / Tag; Sommer: ____ h / Tag; Herbst: ____ h / Tag; Winter: ____ h / Tag

3.3 Wie ist der Boden des Auslaufs (*außer Weide; z.B. Paddock, Offenstall, Laufstall*) beschaffen?

3.4 Welches Einstreumaterial wird in der Box / im Laufstall o.Ä. verwendet?

3.5 Wie würden Sie den durchschnittlichen Bewuchs der Weide während der gesamten Nutzungsdauer beschreiben?

Üppig Mäßig Karg Sonstiges: _____

3.6 Wie groß ist die Gruppe, in der Ihr Pferd gehalten wird?

- Groß-Gruppenhaltung → Gruppengröße: _____
- Klein-Gruppenhaltung → Gruppengröße: _____
- Einzelhaltung → Zeit mit direktem Pferdekontakt pro Tag: _____

3.7 Wie würden Sie die Gruppendynamik beschreiben (z.B. viele Rangstreitigkeiten, eher ruhig)?

3.8 Welche Position nimmt Ihr Pferd in der Rangordnung der Herde ein?

- Leithengst/-stute Eher ranghoch Eher rangniedrig Keine Aussage
- Sonstiges: _____

3.9 Gab es im letzten Jahr grundsätzliche oder vorübergehende Änderungen der Haltung?

- Nein Ja, nämlich: _____
- Falls ja, waren diese Änderungen tierärztlich angeordnet?
- Nein Ja, aufgrund von: _____

4. Erweiterte Datenerhebung bezüglich der Nutzung des Pferdes

4.1 In welcher Form wird Ihr Pferd genutzt? (Mehrfachnennung möglich)

- Arbeitstier (Bsp.: Holzrückeferd, Einsatz vor dem Pflug etc.)
- Zuchtstute/-hengst Reiterliche Nutzung Beistellpferd Kutschpferd
- Sonstiges: _____

4.2 Liegt (zudem) eine reiterliche Nutzung vor? Ja Nein (*weiter bei 4.3*)

Falls ja, in welcher Form wird Ihr Pferd reiterlich genutzt? (Mehrfachnennung möglich)

- Freizeit-Pferd Turnier-Pferd Voltigier-Pferd Anderes: _____

Falls ja, in welcher Reitweise wird Ihr Pferd reiterlich genutzt?

- Klassisch-Englisch Western Gangpferd Anderes: _____

4.3 Falls das Pferd für Turniere genutzt wird: Welche Turnierart & welches Leistungsniveau?

- Keine Nutzung des Pferdes für Turniere (*weiter bei 4.4*)
- Springreiten → E - A** L M* - M** S* - S****
- Dressurreiten → E - A L M S S - Intermediaire
- Vielseitigkeit → VE - VA/L VL-VL/M VM-VM/S VS GVS
- Western: _____ Gangpferde: _____
- Sonstiges: _____

4.4 Wie schätzen Sie die Arbeitsintensität Ihres Pferdes ein?

- Keine Arbeit Leicht Mittel Schwer Sonstiges: _____

4.5 Beschreiben Sie eine typische Trainingseinheit (zeitlicher Umfang, Gangarten etc.):

4.6 Wie viele solcher Trainingseinheiten absolviert Ihr Pferd **pro Woche**? _____

4.7 Welche weiteren, noch nicht genannten Bewegungs-/Trainingsformen absolviert Ihr Pferd pro Woche und wie oft (Bsp.: Führmaschine, Spazieren gehen, „Ponyreiten für Kinder“)?

4.8 Gab es **im letzten Jahr** grundsätzliche oder vorübergehende Änderungen der Nutzung?

Nein Ja, nämlich: _____

Falls ja, waren diese Änderungen tierärztlich angeordnet?

Nein Ja, aufgrund von: _____

5. Erweiterte Datenerhebung bezüglich des Ernährungszustandes des Pferdes

5.1 Bitte schätzen Sie das aktuelle Gewicht Ihres Pferdes: _____ kg

5.2 Überwachen Sie das Gewicht Ihres Pferdes? Ja Nein (*weiter bei 5.4*)

5.3 Falls ja, mit welcher Methode?

Stallwaage Mobile Waage Gewichtsmaßband „Augenmaß“

Sonstiges: _____

5.4 Kennen Sie ein System zur Einschätzung des „Body Condition Scores“ von Pferden?

Nein (*weiter bei 5.5*) Ja, das System von _____

Falls ja, welchen BCS-Wert würden Sie Ihrem Pferd aktuell nach dieser Skala zuordnen?

Mein Pferd hat einen BCS von ____ / ____ (Bitte die Skala angeben; bspw. 3/5, 2/9, 4/6)

5.5 Wie schätzen Sie den jetzigen Ernährungszustand Ihres Pferdes ein?

Sehr mager Mager Schlank Normal Dick Sehr dick

5.6 Wie zufrieden sind Sie mit dem Ernährungszustand Ihres Pferdes?

Sehr zufrieden Eher zufrieden Weder zufrieden noch unzufrieden

Eher unzufrieden Sehr unzufrieden

5.7 Warum sind Sie mit dem Ernährungszustand Ihres Pferdes zufrieden oder unzufrieden?

5.8 Wie würden Sie ihr Pferd beschreiben?

Eher leichtfuttrig Eher schwerfuttrig Keines von beiden

6. Erweiterte Datenerhebung bezüglich der eingesetzten Futtermittel

6.1 Wer füttert hauptsächlich Ihr Pferd (Bsp.: Sie selbst, Stallpersonal)? _____

6.2 Wie viele Stunden pro Tag hat das Pferd Zugang zu Raufutter wie bspw. Heu / Heulage?

24h = ad libitum _____ Stunden in 24 Stunden

Sonstiges: _____

6.3 Bitte geben Sie die **regulär pro Tag *** (siehe zudem nächste Seite) verfütterten Mengen sowie die **genaue Art** der jeweiligen Futtermittel so exakt wie möglich an (in **kg** bzw. **g** oder **L** bzw. **ml/Tag**).

Bitte nennen Sie, sofern möglich, auch den Hersteller der jeweiligen Futtermittel.

a.) **Raufutter** (Bsp.: Heu, Heulage, Luzerne, ...): _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

b.) **Saffutter** (Bsp.: Möhren, Äpfel, ...): _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

c.) **Kraffutter** (Bsp.: Getreide, Müsli, ...): _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

d.) **Vitamierte Mineralfutter**: _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

e.) **Weitere Einzel-FM** (Bsp.: Pflanzenöle, Mash, ...): _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

f.) **Ggf. Leckerli** (Art und Anzahl): _____

g.) **Weiteres** (Bsp.: Salzleckstein, Himalayaleckstein, Elektrolyte, ...): _____

Tagesration*: _____

Einzelportionen: _____ - _____ mal pro Tag*

h.) * Falls Sie **einzelne Komponenten nicht täglich**, sondern nur **ein- oder mehrmals pro Woche** verfüttern, geben Sie bitte hier für die **einzelnen Komponenten die Menge** und **Fütterungsfrequenz** an: (Bsp.: 3x wöchentlich je 250g „Alpengrün“-Mash von Firma „xy“)

6.4 Welche Art der Wasserversorgung hat Ihr Pferd? _____

6.5 Gab es **im letzten Jahr** grundsätzliche oder vorübergehende Änderungen der Fütterung?

Nein
 Ja, grundsätzlich: _____

Ja, vorübergehend: _____

Falls ja, waren diese Änderungen tierärztlich angeordnet?

Nein Ja, aufgrund von: _____

Seit wann / über welchen Zeitraum hinweg erfolgte diese Umstellung?

6.6 Woher stammen die von Ihnen grundsätzlich berücksichtigten Fütterungsempfehlungen?
Mehrfachnennung möglich

Züchter/-in Stallbesitzer/-in Stallpersonal Trainer/-in Freunde
 Andere Reiter/-innen Tierarzt/-ärztin Fachliteratur Eigene Erfahrung
 Internet-Foren Internet-Fachbeiträge Sonstiges: _____

Welche ist die für Sie bedeutendste Quelle? _____

6.7 Wie informieren Sie sich bei neu auftretenden Fragen bzgl. der Pferdefütterung?

6.8 Inwiefern stimmen Sie folgender Aussage zu?

Ich beschäftige mich mindestens einmal wöchentlich mit Themen der Pferdefütterung.

Trifft nicht zu Trifft eher nicht zu Unentschieden Trifft eher zu Trifft zu

6.9 Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse hinsichtlich der artgerechten Pferdefütterung ein?

<input type="checkbox"/> Sehr schlecht	<input type="checkbox"/> Eher schlecht	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Eher gut	<input type="checkbox"/> Sehr gut
---	---	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

7. Datenerhebung des Besitzers / der Besitzerin

7.1 Grunddaten:

- Geschlecht: M W D
- Körpergewicht: _____ kg
- Alter: _____ Jahre
- Körpergröße: _____ cm

7.2 Wie viele Mitglieder hat Ihr Haushalt? 1 2 3 4 5 _____

7.3 Welchen höchsten Schulabschluss besitzen Sie / schließen Sie bald ab?

- Kein Abschluss
- Haupt-/Mittelschulabschluss
- Mittlere Reife
- Abitur
- Fachabitur
- Anderer Abschluss: _____

7.4 Welchen höchsten Ausbildungs- oder Studienabschluss haben Sie?

- Kein Abschluss
- Ausbildung
- Meisterbrief
- Fachhochschulabschluss
- Hochschulabschluss: Bachelor Master Staatsexamen
- Anderer Abschluss: _____

7.5 Wie viel Zeit verbringen Sie wöchentlich zusammen mit ihrem Pferd? _____ h/Woche

7.6 Generieren Sie ein **haupt- oder nebenberufliches Einkommen** aus der Pferdehaltung?
(Bsp: Pferdezucht und -verkauf, Schulpferde, Pferdeausbildung, Einstellpferde u.v.m.)

- Nein, ich erwirtschafte keinerlei Einnahmen durch meine Pferdehaltung
- Ja, hauptberuflich und zwar durch _____
- Ja, nebenberuflich und zwar durch _____

7.7 Welche **persönliche Bedeutung** haben folgende Faktoren der Pferdehaltung für Sie?

1 \triangleq Keine Relevanz, unbedeutend

5 \triangleq Hauptgrund für die Pferdehaltung, elementar bedeutend

bitte ankreuzen

Parameter	1	2	3	4	5	Keine Antwort
Nutzung im aktiven Pferdesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz in der Zucht und Pferdeverkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Einkünfte durch das Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung / Hobby (auch Reiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Partner fürs Leben“ / Familienmitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale Stütze, Stiller Zuhörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Pferd ein schönes Leben ermöglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.8 Bei wem / wie informieren Sie sich über Pferdegesundheit und -erkrankungen?

Mehrfachnennung möglich

- Züchter/-in
- Stallbesitzer/-in
- Stallpersonal
- Trainer/-in
- Freunde
- Andere Reiter/-innen
- Tierarzt/-ärztin
- Fachbücher
- Eigene Erfahrung
- Internet-Foren
- Internet-Fachbeiträge
- Sonstiges: _____

Welche ist die für Sie bedeutendste Quelle? _____

7.9 Wie **bedeutend erachten Sie folgende Punkte der Gesunderhaltung für Ihr **Pferd**?**

1 ≙ Irrelevant, keinerlei Bedeutung für die Pferdegesundheit

5 ≙ Unverzichtbar für ein langes und gesundes Pferdeleben **bitte ankreuzen**

Parameter	1	2	3	4	5	Keine Antwort
Empfohlene Impfungen (StiKoVet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierärztliche Routine-Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende & artgerechte Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artgerechte Fütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionelle Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Gewichtskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferdefachwissen der Besitzer/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.10 Rauchen Sie? Nein Ja, gelegentlich Ja, täglich

7.11 Würden Sie sich selbst als sportlich bezeichnen?

Ja, da ich regelmäßig aktiven Sport treibe (Leistungssport, Trainingsplan/-ziele; > 2x pro Woche)

Ja, da ich körperlich sehr aktiv bin (aktive Freizeit, sportliche Hobbys, körperliche Arbeit)

Ja, da ich Bewegung in meinen Alltag integriere (Weg zur Arbeit, Treppen statt Aufzug)

Ja, da _____

Nein, da ich körperliche Anstrengungen möglichst vermeide

Nein, da _____

7.12 Wie viele Hauptmahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? 1 2 3 4 >4

7.13 Wie viele Zwischenmahlzeiten / Snacks nehmen Sie täglich zu sich?

0 1-2 3-4 5-6 7 oder mehr

7.14 Wie **bedeutend erachten** Sie folgende Punkte für Ihre persönliche Gesundheit?

1 ≙ Irrelevant, keinerlei Bedeutung für die Gesundheit

5 ≙ Unverzichtbar für ein möglichst langes & gesundes Leben **bitte ankreuzen**

Parameter	1	2	3	4	5	Keine Antwort
Empfohlene Impfungen (StiKo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Vorsorge-Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Gewichtskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.15 Stellt Übergewicht aus Ihrer Sicht ein Gesundheitsrisiko für Mensch und/oder Tier dar?

1 ≙ Kein Risiko für die Gesundheit

5 ≙ Sehr hohes Risiko für die Gesundheit

bitte ankreuzen

Parameter	1	2	3	4	5	Keine Antwort
Menschliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit von Pferden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung durch die Teilnahme an dieser Studie!

Klinik für Pferde

Prof. Dr. K. L. Lohmann
TA Andreas W. Schaller

**Institut für Tierernährung,
Ernährungsschäden und Diätetik**
Prof. Dr. I. Vervuert



UNIVERSITÄT
LEIPZIG