

Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2 TAMG für die Tierart Rind Milchkühe

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 Ställe mit Stallbezeichnung und Stallplätzen	1.	Stallnummer/ -bezeichnung	Anzahl Stallplätze
	2.		
	3.		
	4.		

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name:	Anschrift:		
VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag	☐ ja	☐ nein
Weitere tierärztliche Betreuung:		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Weitere Berater (ggf. Anlage):		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Integration:		☐ ja	☐ nein

3. Angaben zur Tierhaltung

Programmteilnahme			
QS-System-Teilnehmer:	☐ nein	☐ ja	Sonstiges: _____
Bio-Siegel:	☐ nein	☐ ja, welches:	_____
Tierwohlteilnahme:	☐ nein	☐ ja	Sonstige Programme: _____
Angaben zur Tiergesundheit:			
Nutzungsdauer: _____		Herdenalter: _____	
Durchschnittliche Zellzahl pro Jahr:		_____	

Zukauf / Verkauf: ☐ eigene Nachzucht ☐ Zukauf	Kuhgebundene Aufzucht: ☐ ja ☐ nein Anzahl Herkünfte: _____
Besatzdichte _____ m²/Tier	Anzahl Tiere pro Liegebox: _____
Haltungssystem: ☐ Liegeboxen-Laufstall ☐ Anbinde-Haltung ☐ Weidegang ☐ Trockensteher Haltung ☐ Betonspalten ☐ planbefestigt ☐ Tiefstreu ☐ Sonstiges _____	

4a. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):	
Lüftungsart: ☐ freie Lüftung	☐ Zusätzliche Technik: _____
Heiztechnik: ☐ Heizkanone	☐ Konvektor ☐ Deltarohre ☐ _____

4b. Angaben zur Melktechnik und Hygiene

☐ Melkstand	Art: _____	Anzahl Plätze: _____
☐ Melkroboter	Modell: _____	
Teilnahme an Milchleistungsprüfung? ☐ nein ☐ ja		
Melken euterkranker Tiere: ☐ in der Herde, ohne Reihenfolge, mit eigenem Melkzeug ☐ am Ende der Melkreihenfolge, mit eigenem Melkzeug		
Regelmäßige Wartung Melksystem: ☐ nein ☐ ja Häufigkeit: _____		
Regelmäßiger Tausch Zitzengummis: ☐ nein ☐ ja, Häufigkeit: _____		
Zitzendippen: ☐ nein ☐ ja		
Melkhygiene: Eutervorreinigung mit ☐ Einwegtuch ☐ Mehrwegtuch ☐ Zitzendesinfektion ☐ Handschuhe beim Melken ☐ Schutzkleidung: _____		

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):					
☐ TMR	☐ Kraftfutter	☐ Heu	☐ Stroh	☐ Weide	☐ Rüben
☐ Maissilage	☐ Grassilage	☐ Treber/Pülpe	☐ Trester	☐ Sonstiges: _____	
☐ Vollautomatische Fütterung	☐ Futterautomat	☐ Trog	☐ Sonstiges: _____		
Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____					
Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):					
☐ Brunnenwasser	☐ Stadtwasser	☐ letzte Wasseruntersuchung am: _____			
Anzahl Tiere pro Tränke: _____			Art der Tränke: _____		

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

☐ Injektion	☐ Futter	☐ Wasser	☐ Dosierer
☐ Mischer / Vorbehälter	☐ tiernah	☐ intramammär	☐ intrauterin
☐ lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)			

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
Wasserleitungen:	☐ Reinigung	☐ Desinfektion mit	_____
	☐ routinemäßig		
Fütterungseinrichtungen:	☐ Reinigung Futterleitungen	☐ Reinigung Futtertröge	_____
	☐ Reinigung Futtersilo	☐ routinemäßig	_____
Schädlingsbekämpfung:	☐ Fachfirma	☐ durch Betriebspersonal (selbst)	_____
	Dokumentation vorhanden	☐ nein ☐ ja	_____
Absonderungsmöglichkeit:			
Krankenbucht:	☐ nein	☐ ja, Anzahl	_____
	☐ mit Stroh	☐ Sonstiges:	_____
Abkalbebuchten:	☐ nein	☐ ja, Anzahl	_____
	☐ mit Stroh	☐ Sonstiges:	_____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):		Name und Zeitpunkt der Impfung:	
☐	Impfung:		
☐	Impfung:		
☐	Impfung:		
☐	Impfung:		
Inanspruchnahme einer integrierten tierärztlichen Bestandsbetreuung (ITBS)?:		☐ Nein ☐ Ja, im Bereich ☐ Fruchtbarkeit ☐ Eutergesundheit ☐ Klauengesundheit ☐ Kälber-/Jungtiergesundheit ☐ Sonstiges	
Behandlung gegen:	Endoparasiten ☐ ja ☐ nein	Ektoparasiten ☐ ja ☐ nein	
☐ Sonstiges:			
Klauenpflege:	☐ durch Betriebspersonal (selbst) ☐ Fachfirma Frequenz:		
Trockenstellermanagement:			
Länge der Trockenstehzeit:	☐ weniger als 6 Wochen ☐ 6-8 Wochen ☐ mehr als 8 Wochen ☐ kein Trockenstellen (Durchmelken)		
Art des Trockenstellens:	☐ Reduktion der Melkhäufigkeit ☐ abruptes Trockenstellen ☐ Reduktion der Energiezufuhr über Futter ☐ Sonstiges		
Trockenstellen unter antibiotischem Schutz:	☐ nein	☐ alle Kühe	☐ selektiv
Trockensteller mit Zitzenversiegler:	☐ nein	☐ alle Kühe	☐ selektiv

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| ☐ Verdauungsapparat | ☐ Atemwege | ☐ Bewegungsapparat | ☐ Euter |
| ☐ Geschlechtsapparat | ☐ Stoffwechsel | ☐ Sonstiges: | _____ |

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung, Befunde Schlachthof):

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

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

Leitkeime bekannt:

☐ nein

☐ ja, folgende

☐ Sc. uberis

☐ S. aureus

☐ E.coli

☐ Sc. agalactiae

☐ Sc. dysagalactiae

☐ Mykoplasmen

☐ Sonstige _____

☐ **Sektion** (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.