

# Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 TAMG für die Nutzungsart Rind („Antibiotika-Minimierungsplan“)

## 1. Angaben zum Betrieb

Milchkühe  zugegangene Kälber bis 12 Monate

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit (TH): \_\_\_\_\_

TH vorhergehendes Kalenderhalbjahr  TH < K1  TH > K1 < K2  TH > K2

|   |   |
|---|---|
| Name und Anschrift der tierhaltenden Person               | Anschrift des Betriebs (falls abweichend) |
| VVVO-Nr.:   |   |
| Telefon   | E-Mail                                    |
| Betreuende Tierarztpraxis:                                |   |
| Weitere Tierarztpraxis bzw. Berater*in, sofern vorhanden: |   |

## 2. Angaben zur Tierhaltung

|   |
|---|
| <b>Art der Mast:</b> <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise<br><input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> keine Mast   |
| <b>Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:</b>  |
| <b>Dauer der Leerstandszeit (in der Regel):</b>   |
| <b>Herkunft der zugekauften Tiere:</b> <input type="checkbox"/> kein Zukauf <input type="checkbox"/> ein Betrieb<br><input type="checkbox"/> mehrere Betriebe → Anzahl der Betriebe: _____  |
| <b>Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Kalenderhalbjahr:</b>   |
| <b>Max. Besatzdichte im Kalenderhalbjahr (m<sup>2</sup>/Tier):</b>  |
| <b>Haltungssystem:</b><br><input type="checkbox"/> Vollspaltenboden <input type="checkbox"/> Liegeboxenlaufstall <input type="checkbox"/> Tiefstreustall <input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung<br><input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Weidehaltung <input type="checkbox"/> Tretmiststall<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: |

**Lüftungs- und Heizungstechnik:**

Überprüfung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**Art der Fütterung (z. B. Technik, Lagerung, Herkunft):**

Anzahl Tiere pro Futterplatz: \_\_\_\_\_

**Wasserversorgung (z. B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):** Brunnenwasser  Stadtwasser  Wasseruntersuchung \_\_\_\_\_

Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_ Art der Tränke: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Hygiene**Stallspezifische Schutzkleidung:  ja  neinTierbetreuung:  grundsätzlich die gleichen Personen  wechselnde Personen/HilfskräfteHygieneschleusen:  vorhanden  nicht vorhandenKrankenbuchten:  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_ mit  Gummimatte  Stroh  Sonstiges \_\_\_\_\_ sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_Art und Umfang der internen Biosicherheit:  Reinigung Stall  Desinfektion StallWasserleitungen:  Reinigung  Desinfektion  routinemäßig  nach Antibiotika-GabeFütterungseinrichtungen:  Reinigung Futterleitungen  Reinigung Futtertröge  Reinigung Futtersilo routinemäßig  nach Antibiotika-GabeSchädlingsbekämpfung:  in Eigenregie  durch Fremdfirma

Sonstiges:

**3. Anwendung von Antibiotika****Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)****Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika** Injektion  Futter  Wasser  Milchtränke  lokale Anwendung Dosiergerät  Händisches Einmischen

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?  ja  nein

#### 4. Gründe für die Überschreitung der Kennzahl 2 und Angaben zur Tiergesundheit

##### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat  Sonstiges \_\_\_\_\_

##### Angaben zum Krankheitsgeschehen (z. B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, Behandlung):

##### Tierverluste (Anzahl)

Im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_ Im vorhergehenden Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_

##### Diagnostikmaßnahmen und Laborbefunde/Resistenzteste:

##### Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:

##### Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen)

#### 5. Angaben zur tierärztlichen Beratung

##### Ergebnis der Beratung:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes

## 6. Beabsichtigte Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes

Impfung (Art und Zeitpunkt):

Klima/Lüftungcheck (durch wen, wann?):

Fütterung überprüfen (durch wen, wann?):

Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?):

Hygienekonzept, z. B. Schadhagerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc. (durch wen, wann?):

Sonstige Maßnahmen (was, wann?):

Zeitraum für die Umsetzung der Maßnahmen (Ergänzung um Zeitplan, sofern mehr als 6 Monate erforderlich sind):

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Betriebsleitung