

Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die Tierart Rind und die Nutzungsart Milchkühe

für VVVO-Nr. _____

Halbjahr: _____

Betriebsbezeichnung, Name(n), Vorname(n) der verantwortlichen Person(en)			Firmenstempel (sofern vorhanden)
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer			
Telefon	Telefax	E-Mail	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes					
	Stall-Nr.	Stallbezeichnung	Tiergruppen in diesem Stall (z.B Leistungsgruppen, Kälber, Jungvieh, Trockensteher)	Stallfläche (m²)	Baujahr
Bitte auf jeden Fall die Ställe für die Milchkühe, Trockensteher und Färsen angeben					

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgende Tierarztpraxis:

Name	Anschrift	Betreuungsvertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Bestandsbesuche der betreuenden Tierarztpraxis im Erfassungszeitraum:		
Weitere Tierarztpraxen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater/innen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
ggf. Anlage		

3. Angaben zur Tierhaltung

Durchschnittliche Herdenmilchleistung pro Kuh im Jahr (kg): _____

Vorwiegendes Haltungssystem: Boxenlaufstall Strohfäche mit separater Lauffläche

Anbindung Weidehaltung Reine Strohfäche Sonstiges: _____

Tierbezug:

- eigene Nachzucht
 Zukauf von Kühen Färsen Kälber zur Remontierung
 Sonstiges: _____

Bezug erfolgt über: Viehhandelsunternehmen andere Tierhaltungsbetriebe

Quarantäne der Zukaufstiere: nein ja, _____ Tage

Werden Zukaufstiere tierärztlich untersucht? nein immer manchmal meistens selten

4. Art und Ausstattung der Ställe, Futter- und Wasserversorgung

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Aufstellungsart: Boxenlaufstall, mit Auslauf ja nein
mit Weidegang ja nein

- Anbindung Strohfäche mit separater Lauffläche
 reine Strohfäche Weide

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards
 Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Wasserversorgung: eigener Brunnen öffentliches Netz

Tränkesystem: Selbstränker Tränkebecken Trogränke
 Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:

Anzahl Kühe im Boxenlaufstall: _____ Anzahl Liegeboxen: _____

Futteraufnahme durch Fressgitter nein, Länge des Futtertischs: _____ Meter
 ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____

Anzahl der Tränken: _____

Boxentyp: Hochbox ohne Auflage Hochbox mit Gummiauflage Tiefbox Hoch-Tiefbox
 Fress-Liegebox Sonstiges: _____

Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____

Art der Laufflächen: Vollspalten planbefestigt Vollspalten mit Gummimatten

Reinigung der Boxenlaufställe: keine Reinigung durch Personen Mistschieber
 Spaltenroboter Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:

Anzahl Kühe in Anbindung: _____ Anzahl Anbindeplätze: _____

Anbindesystem: Grabner Anbindung mit Kette Grabner Anbindung mit Gurt
 Fanggitter Zentralgelenkshalsrahmen Halsband mit Kette

Standfläche: ohne Auflage Gummimatte Holz Sonstiges: _____

Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____

Abkotbereich: Rost Rinne Rinne mit Mistschieber planbefestigt

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Aufstellungsart: Boxenlaufstall, mit Auslauf ja nein
mit Weidegang ja nein

Anbindung Strohfäche mit separater Lauffläche
 reine Strohfäche Weide

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards
 Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Wasserversorgung: eigener Brunnen öffentliches Netz

Tränkesystem: Selbstränker Tränkebecken Trogtränke
 Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:

Anzahl Kühe im Boxenlaufstall: _____ Anzahl Liegeboxen: _____

Futteraufnahme durch Fressgitter nein, Länge des Futtertischs: _____ Meter
 ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____

Anzahl der Tränken: _____

Boxentyp: Hochbox ohne Auflage Hochbox mit Gummiauflage Tiefbox Hoch-Tiefbox
 Fress-Liegebox Sonstiges: _____

Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____

Art der Laufflächen: Vollspalten planbefestigt Vollspalten mit Gummimatten

Reinigung der Boxenlaufställe: keine Reinigung durch Personen Mistschieber
 Spaltenroboter Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:

Anzahl Kühe in Anbindung: _____ Anzahl Anbindeplätze: _____

Anbindesystem: Grabner Anbindung mit Kette Grabner Anbindung mit Gurt
 Fanggitter Zentralgelenkshalsrahmen Halsband mit Kette

Standfläche: ohne Auflage Gummimatte Holz Sonstiges: _____

Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____

Abkotbereich: Rost Rinne Rinne mit Mistschieber planbefestigt

5. Fütterung

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter
Zugekaufte Futterkomponenten: _____
 eigene Futtermittel
Eigene Futterkomponenten: _____

Fütterungstechnik: Mischwagen mit Waage ohne Waage
 Vorlage per Hand Weelink-System
 Einzelkomponentenfütterung ohne Krafftutter-Zuteilung
 Einzelkomponentenfütterung mit Krafftutter-Zuteilung: im Melkstand
 Krafftutterstation
 händische Zuteilung
 Sonstiges: _____

Inanspruchnahme einer Fütterungsberatung? nein ja, durch betreuende Tierarztpraxis
 andere Tierarztpraxis
 Fütterungsberatung
 Sonstiges: _____

Erfolgt eine Rationsberechnung? nein ja, für frühe Trockensteher
 späte Trockensteher
 Frischlaktierende
 Kühe in der Mitte der Laktation
 Kühe am Ende der Laktation

Findet eine Analyse der Grobfuttermittel statt? nein ja, aber nur für Silagen ja, für alle
Rationstyp: konventionell Aufgewertete Mischration (AMR) Totale Mischration (TMR)

Fütterung aufgeteilt nach Leistungsgruppen:

Fütterung der Laktierenden: einphasig
 zweiphasig (Frischlaktierend & mittlere Laktation, Späte Laktation)
 zweiphasig (Frischlaktierend, mittlere Laktation & Späte Laktation)
 dreiphasig

Fütterung der Trockensteher: einphasig
 zweiphasig Länge der frühen Trockenstehphase: ___Tage
Länge der späten Trockenstehphase: ___Tage

6. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:

Bestehen Zugangsbeschränkungen? nein ja mit durchgängiger Umzäunung
 Warnschildern (Wertvoller Tierbestand)

Ist Kontakt zu betriebsfremden Weidetieren möglich? ja nein

Schutzkleidung vorhanden: nein für Betriebspersonal für betriebsfremdes Personal

Hygieneschleuse vorhanden: nein ja

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden? nein ja

Schadnagerbekämpfung: nein ja durch Betriebspersonal Fremdfirma

Interne Biosicherheit:

- Erfolgt die Reinigung mit Hochdruckreiniger?** nein ja
- Ist Zeit zum Austrocknen nach der Reinigung vorhanden?** nein ja, Dauer: _____
- Verwendung von Desinfektionsmitteln:** nein ja, welche: _____
- Existieren für kranke Tiere Absonderungsmöglichkeiten?** nein ja, als reine Krankenbox
 ja, kombiniert mit Abkalbebox
- Lagerung von Tierkadavern:** separater Platz abgedeckt sickergeschützt
 am Misthaufen am Wegesrand Sonstiges: _____
- Kann der TKBA-Wagen die Kadaver ohne Befahren des Betriebsgeländes abholen?** ja nein
- Reinigungsintervalle:**
Abkalbebox: _____
Krankenbox: _____

7. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

- Verabreichung:** Injektion intramammär lokal intrauterin Sonstiges: _____
- Werden Antibiotika im Sinne einer Metaphylaxe bzw. Sanierung regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet?** nein ja (dann Folgefragen beantworten)
- Zeitpunkt:** zum Trockenstellen bei Weideaustrieb Sonstiges: _____
- Indikation:** _____
- Präparat:** _____

8. Gesundheitsmanagement

- Teilnahme an Milchleistungsprüfung (MLP):** nein ja, Auswertung durch Tierarztpraxis
- Immunprophylaxe:**
- Erfolgte eine Immunprophylaxe im Betrieb?** nein ja (Bitte Impfschema angeben)
- Erfolgte eine Impfung mit bestandsspezifischem Impfstoff?** nein ja, gegen _____

Tiergruppe	Impfstoff(e)	Krankheit(en)	Jahresverteilung	Turnus
Kälber/Jungtiere			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Färsen			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Laktierende Kühe			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Trockensteher			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

9. Tiergesundheit

Eutergesundheit:

- Untersuchungen von Milchproben?** nein ja, mit Antibiogramm ja, ohne Antibiogramm
Anlass für Untersuchungen: klinische Mastitis erhöhte Zellzahl zum Trockenstellen
Häufigkeit der Untersuchungen: immer häufig selten
Sind Leitkeime bekannt? nein ja, welche: Sc. uberis S. aureus E. coli
 Sc. agalactiae Sc. dysgalactiae Mykoplasmen
 Sonstige: _____

Zellzahl: Durchschnitt im Jahr: _____ **Keimzahl: Durchschnitt im Jahr:** _____

Für Betriebe ohne Milchleistungsprüfung Angabe der Tankmilchzellzahl:

Durchschnitt im Jahr: _____

Melkmanagement:

- Melksystem:** klassisch, als Fischgrätenmelkstand Side-by-Side Stand Melkkarussell
 Sonstiges: _____
 automatisch, Melkrobotermodell: _____

Häufigkeit der Reinigung der Melkanlage: nach jeder Melkzeit täglich automatisch keine

Regelmäßige Überprüfung/Wartung des Melksystems: nein ja; Häufigkeit: _____

Regelmäßiger Tausch der Zitzengummis: nein ja; Häufigkeit: _____

Erfolgen Einweisungen/Fortbildungen für das Personal der Melkanlage? nein ja

Reinigung des Melkgeschirrs nach auffälligen Tieren: nein ja, verwendetes Mittel: _____

Zitzendippen: nein ja, verwendetes Mittel: _____

Nur auszufüllen bei Melksystem klassisch:

Werden Handschuhe beim Melken getragen? nein ja, manchmal ja, immer

Erfolgt ein Vormelken? nein ja, manchmal ja, immer

Art des Vormelkens: Vormelkbecher Auf den Boden in die Hand
 Sonstiges: _____

Säuberung der Zitzen vor dem Melken: nein ja, alle Zitzen ja, nur verschmutzte Zitzen

Wenn ja, dann **Art der Reinigung der Zitzen vor dem Melken:** trocken feucht

Verwendung eines Reinigungstuches für mehrere Kühe: nein ja

Waschen der mehrfach verwendbaren Tücher nach dem Melken: nein ja

Melken euterkranker Tiere: in der Herde ohne Reihenfolge, mit eigenem Melkzeug ja nein
 am Ende der Melkreihenfolge, mit eigenem Melkzeug ja nein

Trockenstellmanagement:

Trockenstellen unter antibiotischem Schutz: nein alle Kühe selektiv: _____

Trockenstellen mit Zitzenversieglern: nein alle Kühe selektiv: _____

Haltung der Trockensteher: in der Herde auf Stroh im Boxenlaufstall auf Weide
 separat auf Stroh im Boxenlaufstall auf Weide

Klauengesundheit:

Erfolgt Klauenpflege? nein ja
 durch Klauenpflegepersonal Häufigkeit: _____
 durch Tierarztpraxis Häufigkeit: _____
 durch Betriebspersonal Häufigkeit: _____

Vorrangiges Vorgehen bei Klauenpflege: ganze Herde auf einmal einzelne Kühe bei Bedarf
 gruppenweise Sonstiges _____

Einsatz von Klauenbädern: nein ja, regel-/routinemäßig ja unregelmäßig/bei Problemen

Wenn ja, **verwendetes Mittel:** _____

Art der Anwendung: Klauenwanne automatisches System Klauenwaschanlage
 Sonstiges: _____

Ist im Betrieb Mortellaro vorhanden? nein ja, bei Färsen bei Kühen

10. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Einschätzung des Krankheitsgeschehen:

Bestandsproblem: kein gering mittel höher hoch

Anzahl verendeter/getöteter Kühe/Färsen im betroffenen Halbjahr: _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen/Schwerpunkte der Erkrankung:

Mastitis Fruchtbarkeitsstörungen Klauenerkrankungen Verdauungsapparat/Stoffwechsel
erkrankungen

Sonstiges: _____

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

Weiterführende Diagnostik durchgeführt: nein ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)

Untersuchungsergebnis/Erregernachweis: _____

Resistenztest: nein ja

Vermutete weitere Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (z.B. Begleitumstände):
Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:
Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:

11. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum:

Unterschrift Tierärztin/-arzt:

Hiermit stimme ich zu, dass die/der oben beratende Tierärztin/arzt und die zuständige Überwachungsbehörde Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.

12. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb	Umsetzung bis:

Tierhalter/in: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Tierärztin/arzt: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Ort, Datum

Verantwortliche Person des Betriebes