**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**

|  |
| --- |
| **Art der Mast:**  rein/raus  abteilweise  stallweise  kontinuierlich  keine Mast |
| **Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:** |
| **Dauer der Leerstandszeit (in der Regel):** |
| **Herkunft der zugekauften Tiere:**  kein Zukauf  ein Betrieb  mehrere Betriebe Anzahl der Betriebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Kalenderhalbjahr:** |
| **Max. Besatzdichte im Kalenderhalbjahr (m2­/Tier):** |
| **Haltungssystem:**  Vollspaltenboden  Liegeboxenlaufstall  Tiefstreustall  Anbinde-Haltung  Auslauf  Weidehaltung  Tretmiststall  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  nein  Tierbetreuung:  grundsätzlich die gleichen Personen  wechselnde Personen/Hilfskräfte  Hygieneschleusen:  vorhanden  nicht vorhanden  Krankenbuchten:  nein  ja, Anzahl\_\_\_\_ mit  Gummimatte  Stroh  Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sonstige Absonderungsmöglichkeiten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Art und Umfang der internen Biosicherheit:  Reinigung Stall  Desinfektion Stall  Wasserleitungen:  Reinigung  Desinfektion  routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe  Fütterungseinrichtungen:  Reinigung Futterleitungen  Reinigung Futtertröge  Reinigung Futtersilo  routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe  Schädlingsbekämpfung:  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/Lüftungscheck (durch wen, wann?):  Fütterung überprüfen (durch wen, wann?):  Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?):  Hygienekonzept, z. B. Schadnagerbekämpfung, 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