

## Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Rind

**unter 8 Monate**    **über 8 Monate** (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)		Firmenstempel
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

### 1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung	
Anzahl Stallplätze gesamt	

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: \_\_\_/\_\_\_\_\_ Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: \_\_\_\_\_

Betriebliche Therapiehäufigkeit des vorhergehenden Kalenderhalbjahres beträgt: \_\_\_\_\_

Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im ausgewerteten Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	Betreuungs-Vertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		ggf. Anlage

### 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Art und Weise der Mast:</b> <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Weidehaltung <input type="checkbox"/> Mutterkuhhaltung <input type="checkbox"/> rein/raus → falls ja: <input type="checkbox"/> stallweise oder <input type="checkbox"/> abteilweise
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> <input type="checkbox"/> (welches:) _____ <b>Sonstiges:</b> _____
<b>Tierbezug :</b> <input type="checkbox"/> eigene Nachzucht <input type="checkbox"/> Zukauf → falls ja: <input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> Gruppen   Anzahl der Herkunftsbetriebe: _____
<b>Gesundheit der Zukauftiere</b> (z.B. Zustand, Impfstatus):

**Alter bei Einstellung:**

**Mastdauer:**

**Mastart** (z.B. Rosekalb, Fresseraufzucht, Mastbullen):

**4. Art und Ausstattung der Ställe**

**Art der Stallhaltung**

**Alter der Tiere in dieser Haltung (von ... bis ...):**

Einzelbox

\_\_\_\_\_

Iglu (Einzel/Gruppen)

\_\_\_\_\_

Tiefstreustall

\_\_\_\_\_

Tretmiststall

\_\_\_\_\_

Liegeboxenlaufstall

\_\_\_\_\_

Vollspaltenboden

\_\_\_\_\_

Anbindehaltung

\_\_\_\_\_

Weidehaltung/Ammenkuhhaltung

\_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besatzdichte und Gruppengröße in den einzelnen Stallabteilen:**

**Stall/Stallabteil (Bezeichnung):**

**Gruppengröße:**

**Besatzdichte:**

**Anzahl Tiere pro  
Futterplatz / Tränke:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Lüftungstechnik, Luftqualität** (Art der Lüftung, Qualität des Stallklimas, ggf. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

**5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung**

**Art der Fütterung** bei den unterschiedlichen Altersgruppen (Herkunft, Lagerung, ggf. MAT, Fütterungstechnik):

**Wasserversorgung** (Herkunft des Wassers, Wasserqualität, ggf. Untersuchungen):

## 6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Orale Verabreichung  Futter  Wasser  Milchtränke Art der Einmischung  *Dosiergerät*  
 *händisch*

Injektion  lokale Anwendung

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?  ja  nein

Risikomanagementplan vorhanden?  ja  nein

Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)

## 7. Angaben zur Hygiene

**Externe Biosicherheit des Betriebes** (Schutzkleidung, Hygieneschleuse, Quarantäne):

**Interne Biosicherheit** (Reinigung und Desinfektion (Mittel, Umfang, Häufigkeit, Zeitpunkt), Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

**Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:**

ja Häufigkeit, Umfang:  nein

**Leerstandszeit der Stallabteilungen:**

**Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere** (Krankenbucht)  ja  nein

**8. Gesundheitsmanagement**

**Immunprophylaxe** (Impfschema: ganzjährig oder saisonal, Abstand zwischen Impfungen, welcher Impfstoff):

**Parasitenbekämpfung:**

**Sonstiges:**

**9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:**

**Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar:**  ja  nein, weil:

**Schwerpunkt(e) der Erkrankung:**

Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Krankheitsgeschehen**

(z.B. Symptome, Zeitpunkt, Dauer, Anzahl und Alter der erkrankten Tiere, Diagnose, Behandlung):

**Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:**

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

**Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:**

**Therapeutische Maßnahmen im Kalenderhalbjahr und deren Erfolg:**

**10. Angaben zur tierärztlichen Beratung****Ergebnis der Beratung:****Datum:****Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:**

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde (Landeslabor Schleswig Holstein) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen. (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

**11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes****Konkrete Maßnahmen** (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima/ Hygienemaßnahmen) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung** Impfung (Art, Zeitpunkt): Überprüfung/Änderung der Fütterung (Details): Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung (Details): Überprüfung/Änderung des Stallklima bzw. der -lüftung (Details): Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern (Details):

Änderung des Tierbezugs

(Details, z.B. Änderung der Anzahl der Herkünfte, der Gruppengröße, des Impfstatus):

sonstige Maßnahmen (Details):

**12. Zeitplan** (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

**Zeitraum der Umsetzung:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes