

**Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die  
Tierart Rind und die  
Nutzungsart zugegangene Kälber bis 12 Monate**

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	Stallfläche (m <sup>2</sup> )	Stallplätze	Baujahr
Anzahl der Ställe für die Rinder mit Stallbezeichnungen  (Hinweis: Auch Einzelboxen und Iglus gelten als Ställe)					

**2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung**

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

<b>Name</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Betreuungsvertrag</b>
		<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		ggf.
Anlage		
Name, Anschrift:		

**3. Angaben zur Tierhaltung**

**Programmteilnahme:**

QS-System-Teilnehmer:     nein     ja            Bio-Siegel:     nein     ja: \_\_\_\_\_

Mängel im letzten QS-Audit:         nein     ja: \_\_\_\_\_

Tierwohlteilnehmer:         nein     ja            Sonstige Programme: \_\_\_\_\_

**Tierbezug:**

Zugang gruppenweise  Zugang von Einzeltieren  sonstiger Zugang: \_\_\_\_\_

**Anlieferung der zugegangenen Kälber:**  durch Viehhandelsunternehmen  Transport mit betriebseigenem Fahrzeug  sonstige Anlieferung: \_\_\_\_\_

**Alter der zugegangenen Rinder bei Einstallung (Wochen):** \_\_\_\_\_

**Verbleib der zugegangenen Rinder im Betrieb (Monate):** \_\_\_\_\_

**Gibt es auf dem Betrieb zusätzlich eigene Nachzucht:**  ja  nein

**Produktionsart der zugegangenen Rinder:**  Fresseraufzucht  Mastbullen  Färsenmast  
 Rosekälber  Jungrinderaufzucht  Färsenaufzucht  Pensionshaltung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Herkunftsland(/-länder):**  Deutschland, Bundesland(/-länder): \_\_\_\_\_

Anderes Land: \_\_\_\_\_

**Anzahl Herkunftsbetriebe insgesamt:** \_\_\_\_\_

**Max. Anzahl Herkunftsbetriebe pro Zugang:** \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand der zugegangenen Rinder:**  keine Beanstandungen  
 untergewichtige Tiere (Anteil in %) \_\_\_\_\_  
 verletzte Tiere (Anteil in %) \_\_\_\_\_  
 Problemtiere (Anteil in %) \_\_\_\_\_

**Impfungen im Herkunftsbetrieb:**  nein  unbekannt

ja, gegen  Rinder Grippe  BVD-MD  Rota/Corona  Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** \_\_\_\_\_

Haltungsart:  Einzelbox/-iglu  Gruppeniglu  Tiefstreu  Tretmist  Liegeboxen  Vollspalten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Alter der Tiere in dieser Haltung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Besatzdichte (m<sup>2</sup>/Tier): \_\_\_\_\_

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

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

Luftqualität:  gut  verbesserungswürdig  schlecht

Schadgase:  keine  schwach  mäßig  stark

Futterherkunft:  Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)

Zugekaufte Futterkomponenten: \_\_\_\_\_

eigene Futtermittel (auch Vollmilch)

Eigene Futterkomponenten: \_\_\_\_\_

Fütterungstechnik in dieser Haltung:  Vorlage per Hand  Mischwagen

Tränkesystem:  Eimertränke  Nippeltränke  Selbsttränke  Schalentränke  Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Mistungsintervall: \_\_\_\_\_

Desinfektion:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Leerstandszeit: \_\_\_\_\_

**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** \_\_\_\_\_

Haltungsart:  Einzelbox/-iglu  Gruppeniglu  Tiefstreu  Tretmist  Liegeboxen  Vollspalten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Alter der Tiere in dieser Haltung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Besatzdichte (m<sup>2</sup>/Tier): \_\_\_\_\_

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

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

Luftqualität:  gut  verbesserungswürdig  schlecht

Schadgase:  keine  schwach  mäßig  stark

Futterherkunft:  Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)  
Zugekaufte Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 eigene Futtermittel (auch Vollmilch)  
Eigene Futterkomponenten: \_\_\_\_\_

Fütterungstechnik in dieser Haltung:  Vorlage per Hand  Mischwagen

Tränkesystem:  Eimertränke  Nippeltränke  Selbsttränke  Schalenränke  Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Mistungsintervall: \_\_\_\_\_

Desinfektion:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Leerstandszeit: \_\_\_\_\_

**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** \_\_\_\_\_

Haltungsart:  Einzelbox/-iglu  Gruppeniglu  Tiefstreu  Tretmist  Liegeboxen  Vollspalten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Alter der Tiere in dieser Haltung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Besatzdichte (m<sup>2</sup>/Tier): \_\_\_\_\_

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

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

Luftqualität:  gut  verbesserungswürdig  schlecht

Schadgase:  keine  schwach  mäßig  stark

Futterherkunft:  Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)  
Zugekaufte Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 eigene Futtermittel (auch Vollmilch)  
Eigene Futterkomponenten: \_\_\_\_\_

Fütterungstechnik in dieser Haltung:  Vorlage per Hand  Mischwagen

Tränkesystem:  Eimertränke  Nippeltränke  Selbsttränke  Schalenränke  Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Mistungsintervall: \_\_\_\_\_

Desinfektion:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Leerstandszeit: \_\_\_\_\_

**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** \_\_\_\_\_

Haltungsart:  Einzelbox/-iglu  Gruppeniglu  Tiefstreu  Tretmist  Liegeboxen  Vollspalten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Alter der Tiere in dieser Haltung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Besatzdichte (m<sup>2</sup>/Tier): \_\_\_\_\_  
 Anzahl Tiere pro Futterplatz \_\_\_\_\_ Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_  
 Lüftungstechnik:  Offenstall  Trauf-First  Windnetze/Jalousien/Spaceboards  
 Fenster/Türen  Ventilator  Airtubes  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Luftqualität:  gut  verbesserungswürdig  schlecht  
 Schadgase:  keine  schwach  mäßig  stark  
 Futterherkunft:  Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)  
 Zugekaufte Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 eigene Futtermittel (auch Vollmilch)  
 Eigene Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 Fütterungstechnik in dieser Haltung:  Vorlage per Hand  Mischwagen  
 Tränkesystem:  Eimertränke  Nippeltränke  Selbsttränke  Schalenränke  Tränkebecken  
 Stallbezogene Hygiene:  
 Reinigung:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Mistungsintervall: \_\_\_\_\_  
 Desinfektion:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_  
 Leerstandszeit: \_\_\_\_\_

**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** \_\_\_\_\_

Haltungsart:  Einzelbox-iglu  Gruppeniglu  Tiefstreu  Tretmist  Liegeboxen  Vollspalten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_ Alter der Tiere in dieser Haltung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Besatzdichte (m<sup>2</sup>/Tier): \_\_\_\_\_  
 Anzahl Tiere pro Futterplatz \_\_\_\_\_ Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_  
 Lüftungstechnik:  Offenstall  Trauf-First  Windnetze/Jalousien/Spaceboards  
 Fenster/Türen  Ventilator  Airtubes  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Luftqualität:  gut  verbesserungswürdig  schlecht  
 Schadgase:  keine  schwach  mäßig  stark  
 Futterherkunft:  Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)  
 Zugekaufte Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 eigene Futtermittel (auch Vollmilch)  
 Eigene Futterkomponenten: \_\_\_\_\_  
 Fütterungstechnik in dieser Haltung:  Vorlage per Hand  Mischwagen  
 Tränkesystem:  Eimertränke  Nippeltränke  Selbsttränke  Schalenränke  Tränkebecken  
 Stallbezogene Hygiene:  
 Reinigung:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Mistungsintervall: \_\_\_\_\_  
 Desinfektion:  nein  ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_  
 Leerstandszeit: \_\_\_\_\_

**Wasserversorgung:**  eigener Brunnen  öffentliches Netz

## 5. Angaben zur Hygiene

### Externe Biosicherheit des Betriebes:

**Schutzkleidung vorhanden:**  nein  für Betriebspersonal  für betriebsfremdes Personal

**Hygieneschleuse vorhanden:**  nein  ja

**Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden?**  nein  ja  
**Besteht für zugewandene Rinder eine Quarantäne?**  nein  ja, Dauer: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** \_\_\_\_\_

**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, folgende: \_\_\_\_\_

**Werden Futter- und Tränkeeinrichtungen gereinigt und desinfiziert?**  nein  ja  
 Häufigkeit und Umfang: \_\_\_\_\_

**Existieren für kranke Tiere Absonderungsmöglichkeiten?**  nein  ja  
**Weitere Angaben:** \_\_\_\_\_

**6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika**

**Verabreichung:**  Injektion  Wasser  Futter Top-Dressing  Futter vermischt  Futter zentral  
 Milchtränke  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?**  ja  nein

**Risikomanagementplan vorhanden?**  ja  nein

**Spüleinrichtung vorhanden?**  ja  nein

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

Zeitpunkt:  bei Aufstallung  Mitte des Produktionsabschnitts  bei Ausstallung

Indikation: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_

**7. Gesundheitsmanagement**

**Immunprophylaxe:**  nein  ja (Bitte Impfschema angeben)

Altersstufe	Impfstoff(e)	Alter der Tiere	Jahresverteilung	Turnus
Eigene Kälber			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
zugewandene Kälber			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Jungrinder			<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
Kühe			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

**Nachimpfung durchgeführt:**  nein  ja

Impfstoff - Nachimpfung	Zeit zwischen der ersten und der Wiederholungsimpfung (Tage)
-------------------------	--

--	--

**Tierbetreuung:**  grundsätzlich gleiche Person(en)  wechselnd/Hilfskräfte

**Anzahl Kontrollen pro Tag:** \_\_\_\_\_ **Stunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung:** \_\_\_\_\_

**Werden Ergänzungsfuttermittel verabreicht?**  nein  ja: \_\_\_\_\_

**Erfolgt eine Eisenversorgung?**  nein ja,  per Injektion  oral (Ergänzungsfuttermittel)

**Erfolgt eine Vitaminversorgung?**  nein ja,  per Injektion  oral über Ergänzungsfuttermittel

**Erfolgt eine Selenversorgung?**  nein ja,  per Injektion  oral über Ergänzungsfuttermittel

**Parasitenbekämpfung:**  nein

gegen Endoparasiten, mit: \_\_\_\_\_

gegen Ektoparasiten, mit: \_\_\_\_\_

gegen Kryptosporidien, mit: \_\_\_\_\_

gegen Kokzidien, mit: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** \_\_\_\_\_

## 8. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

### Einschätzung des Krankheitsgeschehen:

Bestandsproblem:  kein  gering  mittel  höher  hoch

**Anzahl verendeter/getöteter Tiere im betroffenen Halbjahr:** \_\_\_\_\_

### Angaben zum Krankheitsgeschehen/Schwerpunkte der Erkrankung:

Atemwegserkrankung

Anzahl der betroffenen Tiere: \_\_\_\_\_ Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Alter der betroffenen Tiere: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Antibiotika: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: \_\_\_\_\_ Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Alter der betroffenen Tiere: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Antibiotika: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Nabel

Anzahl der betroffenen Tiere: \_\_\_\_\_ Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Alter der betroffenen Tiere: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Antibiotika: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Verdauungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: \_\_\_\_\_ Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Alter der betroffenen Tiere: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Antibiotika: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Erkrankung: \_\_\_\_\_

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

Anzahl der betroffenen Tiere: \_\_\_\_\_ Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Alter der betroffenen Tiere: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Antibiotika: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Erkrankung: \_\_\_\_\_

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

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

Untersuchungsmaterial: \_\_\_\_\_

Untersuchungsmethode: \_\_\_\_\_

Untersuchungsergebnis/Erregernachweis: \_\_\_\_\_

Resistenztest:  nein  ja

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

**Vermutete weitere Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (z.B. Begleitumstände):**

**Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:**

**Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:**

## 9. Angaben zur tierärztlichen Beratung

**Ergebnis der Beratung:**

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Datum:

Unterschrift Tierärztin/-arzt:

## 10. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb	Umsetzung bis:
Impfung (Art, Zeitpunkt):	
Überprüfung/Änderung der Fütterung:	
Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung:	
Überprüfung/Änderung des Stallklimas:	
Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern:	
Änderung des Tierbezugs:	
Sonstige Maßnahmen:	

**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