

Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2  
TAMG für die Tierart Rind  
Zugegangene Kälber bis 12 Monate

Schriftlich einzureichen an:

Landkreis Vechta

Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung

Ravensberger Str. 20

49377 Vechta

Per E-Mail einzureichen an:

[ab-min@landkreis-vechta.de](mailto:ab-min@landkreis-vechta.de)



# Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2 TAMG für die Tierart Rind

zugegangene Kälber bis 12 Monate

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_

Betrieb, Name(n), Vorname(n)		verantwortliche Person
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail

## 1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	_____		
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung und Stallplätzen		Stallnummer/ -bezeichnung	Anzahl Stallplätze
	1.	_____	_____
	2.	_____	_____
	3.	_____	_____
	4.	_____	_____
Milchkühe auf dem Betrieb	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

## 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name:	Anschrift: _____		
VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Weitere tierärztliche Betreuung:</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift: _____		
<b>Weitere Berater (ggf. Anlage):</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift: _____		
<b>Integration:</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Programmteilnahme</b>			
<b>QS-System-Teilnehmer:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Sonstiges:</b>	_____
<b>Bio-Siegel:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:	_____	
<b>Tierwohlteilnahme:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Sonstige Programme:</b>	_____
<b>Art und Weise der Mast:</b>	<input type="checkbox"/> Rein/Raus	<input type="checkbox"/> abteilweise	<input type="checkbox"/> stallweise
	<input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> mit Auslauf	<input type="checkbox"/> Freilandhaltung
<b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b> _____			
<input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht	<input type="checkbox"/> Fresser-Mast	<input type="checkbox"/> Milchmast	<input type="checkbox"/> Rose-Mast
<input type="checkbox"/> Bullenmast	<input type="checkbox"/> Färsenmast	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____

<b>Alter bei Einstellung:</b>	Wochen/Monate	<b>Mastdauer:</b>	Wochen/Monate
		<b>Haltungsdauer:</b>	Wochen/Monate
<b>Zukauf / Verkauf :</b>	<input type="checkbox"/> Zukauf	<b>Anzahl Herkünfte:</b>	_____
<b>Besatzdichte</b>	_____	<b>m<sup>2</sup>/Tier</b>	<b>Tiere pro Bucht:</b> _____
<b>Haltungssystem:</b>			
<input type="checkbox"/> Betonspalten	<input type="checkbox"/> Holzspalten	<input type="checkbox"/> Tiefstreu	<input type="checkbox"/> Holzspalten mit Kunststoff
<input type="checkbox"/> Betonspalten + Gummiauflage	<input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung	<input type="checkbox"/> Weidegang	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Liegeboxen-Laufstall			

#### 4a. Angaben zu Klimatechnik

<b>Heizung und Lüftung</b> (z.B. Technik, Qualität):			
<b>Lüftungsart:</b>	<input type="checkbox"/> Zwangslüftung	<input type="checkbox"/> Deckenlüftung	<input type="checkbox"/> Türganglüftung
	<input type="checkbox"/> freie Lüftung	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung	<input type="checkbox"/> Ventilator
	<input type="checkbox"/> Airtubes	<input type="checkbox"/> Andere:	_____
<b>Heiztechnik:</b>	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Deltarohre
		<input type="checkbox"/>	_____

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

<b>Art der Fütterung</b> (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):					
<input type="checkbox"/> Milchaustauscher	<input type="checkbox"/> TMR	<input type="checkbox"/> Kraftfutter	<input type="checkbox"/> Heu	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Weide
<input type="checkbox"/> Maissilage	<input type="checkbox"/> Grassilage	<input type="checkbox"/> Treber/Pülpe	<input type="checkbox"/> Trester	<input type="checkbox"/> Rüben	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eimer	<input type="checkbox"/> Trog	<input type="checkbox"/> Automat	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____	
<b>Anzahl Tiere pro Futterplatz:</b> _____					
<b>Wasserversorgung</b> (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):					
<input type="checkbox"/> Brunnenwasser	<input type="checkbox"/> Stadtwasser	<input type="checkbox"/> letzte Wasseruntersuchung am: _____			
<b>Anzahl Tiere pro Tränke:</b> _____			<b>Art der Tränke:</b> _____		

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

<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Futter	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Milchtränke
	<input type="checkbox"/> Futter Topdressing	<input type="checkbox"/> Futter vermischt	
<input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer	<input type="checkbox"/> tiernah	
<input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)			
<b>Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Risikomanagementplan vorhanden?</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 7. Angaben zur Hygiene

### Externe Biosicherheit des Betriebes:

Art der Schutzkleidung: \_\_\_\_\_

Art der Hygieneschleuse: \_\_\_\_\_

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden:  nein  ja, mit: \_\_\_\_\_

### Art und Umfang der internen Biosicherheit:

**Reinigung Stall:**  nein  ja, mit (Reinigungsmittel) \_\_\_\_\_

durch Betriebspersonal  Fachfirma

**Desinfektion Stall:**  nein  ja, mit (Desinfektionsmittel) \_\_\_\_\_

durch Betriebspersonal  Fachfirma

**Wasserleitungen:**  Reinigung  Desinfektion mit \_\_\_\_\_

routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe

**Fütterungseinrichtungen:**  Reinigung Futterleitungen  Reinigung Futtertröge

routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe

**Schädlingsbekämpfung:**  durch Betriebspersonal  Fachfirma

Dokumentation vorhanden  nein  ja

### Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

**Krankenbucht:**  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_

mit Stroh  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 8. Gesundheitsmanagement

**Immunprophylaxe** (Impfschema): Name Impfung und Impfzeitpunkt:

vorgeimpft mit \_\_\_\_\_

im Bestand geimpft mit \_\_\_\_\_

**Behandlung gegen:** Endoparasiten  ja  nein Ektoparasiten  ja  nein

Kryptosporidien  ja  nein Kokzidien:  ja  nein

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

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

### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- Atemwege                       Verdauungsapparat                       Bewegungsapparat  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Krankheitsgeschehen** (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung, Befunde Schlachthof):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde als Kopie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sektion** (Befunde als Kopie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen. (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

## 11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Maßnahmen (z.B.: Impfung, Verbesserung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zeitraum der Umsetzung

---

---

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

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

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an die zuständige Behörde.