
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

zur Teilnahme am TGD-Programm zum Schutz von Rinderbeständen gegen MAP (Paratuberkulose)

Sanierung von verdächtigen Beständen

Ich LFBIS-Nr.:

Vorname Nachname

..... /

Postleitzahl Ort

Straße Hausnummer

verpflichte mich, am TGD-Programm zum Schutz von Rinderbeständen gegen MAP (Paratuberkulose) teilzunehmen und die Verpflichtungen einzuhalten.

Verpflichtungen:

- 1.) *Jährliche Einzeltier-Kotuntersuchungen aller Rinder ab 24 Monaten für die Dauer von mind. 3 Jahren. Sämtliche Untersuchungen sind für den Tierhalter für mind. 3 Jahre kostenlos.*
- 2.) *Alle in der Einzeltier-Kotuntersuchung positiv getesteten, aber klinisch gesunden Rinder sind innerhalb der Ausmerzfrist zu schlachten. Bei einer Prävalenz von bis zu 10 % beträgt die Ausmerzfrist 3 Monate, bei höherer Prävalenz 9 Monate.*
- 3.) *Bei fristgerechter Schlachtung der positiv getesteten Rinder wird gegen Vorlage des Schlachtnachweises eine Prämie von 500,00 € aus Mitteln des Tierseuchenfonds ausbezahlt.*
- 4.) *Damit ein Betrieb schneller unverdächtig wird, sollten die im Betrieb vorhandenen Kälber von Ausscheidern von der Zucht ausgeschlossen, gemästet und der Schlachtung (keine Schlachtprämie) zugeführt werden.*
- 5.) *Bestmögliche Umsetzung von Hygienemaßnahmen*

Allgemein:

- *Werden bei klinisch gesunden Rindern MAP-Erreger nachgewiesen, so müssen diese geschlachtet werden oder können durch entsprechende Deklaration (MAP-pos.) in Verkehr gebracht werden. Ein In-Verkehr-Bringen von MAP positiven Rindern ohne Deklaration kann zu zivilrechtlichen Haftungen führen (verborgener Mangel).*
- *Unabhängig von der Teilnahme am MAP-Programm besteht für alle Betriebe bei klinisch verdächtigen Tieren (therapieresistenter Durchfall über mehr als fünf Tage, unerklärlicher Abfall der Milchleistung oder Abmagerung) die Anzeigepflicht beim Amtstierarzt (Paratuberkulose-Verordnung).*
- *Bei der Ausmerzung von klinisch kranken Rindern auf Anordnung des Amtstierarztes (Tötung und Entsorgung) wird vom Bund eine Ausmerzentschädigung gemäß Paratuberkulose-Verordnung ausbezahlt.*

.....

Datum

.....

Unterschrift des Tierhalters