**Klinik für Wiederkäuer mit Ambulanz und Bestandsbetreuung • Sonnenstr. 16 • 85764 Oberschleißheim**

**• Tel. 089/2180-78830 • Fax 089/2180-78851 • Katja Kopp • Tierärztin** Ein Bild, das Text, Screenshot, Schrift, Visitenkarte enthält.

KI-generierte Inhalte können fehlerhaft sein.

**Liebe Alpakahalterinnen und Alpakahalter,**

herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie zu Gesundheit und Management von Neuweltkamelen in Bayern.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der wissenschaftlichen Kenntnisse über Neuweltkamele. Ziel unserer Studie ist es, durch praxisnahe Daten Einblicke in Haltungsbedingungen und die häufigsten gesundheitlichen Herausforderungen zu gewinnen, sowie die potenziellen Risiken zu identifizieren. Eine fundierte Bestandsdiagnostik ist essenziell, um systematisch Krankheitsbilder zu erkennen und vorbeugende Konzepte zu entwickeln, um langfristig die Gesundheit und das Wohlergehen der Tiere zu optimieren.

Der Fragebogen kann über den untenstehenden Link bequem online ausgefüllt werden und nimmt etwa 10–15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch. Er ist jedoch so konzipiert, dass Sie ihn durch Anklicken zügig und unkompliziert beantworten können. Alternativ steht Ihnen ein Dokument zur Verfügung, das Sie an Ihrem Computer oder ausgedruckt ausfüllen können und per Post oder E-Mail an uns zurücksenden können.

Wir sind Ihnen sehr dankbar für Ihren Beitrag, weil jede Ihrer Antworten uns dabei hilft, fundierte Rückschlüsse zu ziehen und die tierärztliche Versorgung und Bestandsbetreuung gezielter auf die Bedürfnisse Ihrer Tiere abzustimmen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich anonym ausgewertet.

Ein zweiter Teil unserer Studie beinhaltet bestandsdiagnostische Untersuchungen. Auf der letzten Seite des Fragebogens finden Sie fünf abschließende Fragen, die Ihnen als Orientierung dienen sollen, ob ein diagnostischer Bestandsbesuch in Ihrem Betrieb sinnvoll sein könnte. Im Rahmen eines solchen Besuchs werden routinemäßig u.a. Kot- und Blutproben entnommen und analysiert. Anschließend erhalten sowohl Sie selbst als auch auf Wunsch Ihre betreuende Tierarztpraxis einen schriftlichen Bericht mit individuellen Empfehlungen.

**Wenn Sie Interesse an einem Bestandsbesuch durch die Klinik für Wiederkäuer haben, können Sie dies am Ende des Fragebogens angeben und Ihre Kontaktdaten hinterlassen. Im Rahmen des Projektes kann die Diagnostik kostenvergünstigt angeboten werden.**

Selbstverständlich freuen wir uns auch über **anonym** ausgefüllte und zurückgesandte Fragebögen.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement für die Gesundheit Ihrer Tiere!

Mit freundlichen Grüßen,

Link zum Fragebogen:

<https://survey.ifkw.lmu.de/neuweltkamele/?q=Alpakas>

**Katja Kopp, Dr. Viktoria Balasopoulou,**

**PD Dr. Katja Voigt und Prof. Dr. Holm Zerbe**

Klinik für Wiederkäuer mit Ambulanz und Bestandsbetreuung  
Sonnentrasse 16  
85764 Oberschleißheim  
Tel.: 089 / 2180 - 78947 oder -78830  
E-Mail: [katja.kopp@campus.lmu.de](mailto:katja.kopp@campus.lmu.de)

**Fragebogen zur Status-Quo-Erhebung der Gesundheit von bayerischen Alpakaherden**

1. Allgemeine Angaben zum Betrieb:

|  |
| --- |
| * 1. Seit wann halten Sie Alpakas?   <3 Jahre  >3 Jahre  >7 Jahre  >10 Jahre |
| * 1. Was ist der hauptsächliche Zweck Ihrer Alpakahaltung?   Trekking/Wanderung/Therapie  Zucht bzw. Verkauf von Zucht-/Hobbytieren  Vlies  Hobby/Haustier  Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Welche Alpaka-Rasse halten Sie?   Huacaya  Suri |
| * 1. Wie viele Tiere der genannten Kategorien halten Sie aktuell?   Stuten: \_\_\_\_\_ Hengste: \_\_\_\_\_ Wallache: \_\_\_\_\_  Crias (<6 Monate): \_\_\_\_\_ Jungtiere (6-18 Monate): \_\_\_\_\_ |
| * 1. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Kenntnisse über die möglichen Gesundheitsprobleme von Alpakas ein?   sehr gut  gut  mäßig  gering |

1. Haltung:

|  |
| --- |
| * 1. Haben Ihre Alpakas Kontakt zu weiteren Tieren?   Nein  Schafe  Ziegen  Rinder  Schweine  Pferde  Hunde  Katzen  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Ist Ihre Herde in mehrere Gruppen unterteilt?   Nein  Ja, nach Alter  Ja, nach Geschlecht  Ja, nach sonstigen Kriterien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Haben Sie eine Möglichkeit, kranke Tiere von der Herde zu trennen (Krankenbox o.ä.)?   Ja  Nein |
| * 1. Wie halten Sie Ihre Alpakas?   ganzjährige Weidehaltung mit Unterstand/Offenstall (freier Weidezugang)  Weidegang während der Vegetationsperiode, Stallhaltung im Winter  ganzjährige (Offen-)Stallhaltung mit unbewachsenem Auslauf (ohne Weidezugang)  reine Stallhaltung (ohne Auslauf)   * + 1. Wenn Sie eine Weide für Ihre Alpakas haben: Wie viel Platz hat ein individuelles Tier auf der Weide?   <200m2   200-500 m2  >500 m2   * + 1. Rotieren/Wechseln Sie die Weideflächen regelmäßig?   Ja  Nein |

|  |
| --- |
| * + - 1. Wenn Ja: Wie oft rotieren Sie Ihre Weiden?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wie viel Platz hat ein individuelles Tier im Stall/Unterstand?   <2 m2  2-4 m2  >4m2   * + 1. Wie ist die Liegefläche in Ihrem Stall gestaltet?   Stroh  Sägespäne  Gummimatten  befestigter Boden ohne Einstreu  natürlicher Boden ohne Einstreu  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Fütterung
   1. Allgemeines zur Fütterung

|  |
| --- |
| * + 1. Wie stellen Sie Ihren Alpakas Wasser zur Verfügung?   Wassereimer/-trog  automatische (Selbst)tränke  natürliche Wasserquellen wie Bach/See etc.   * + 1. Welche Art von Wasser verwenden Sie, um Ihre Alpakas zu tränken?   Trinkwasser  Brunnenwasser  Regenwasser  Oberflächenwasser (aus natürlichen Gewässern)   * + 1. Wie oft wechseln Sie das Tränkewasser Ihrer Alpakas?   täglich  alle 2 Tage  nach Bedarf |
| * + 1. Welche Grundfuttermittel verwenden Sie?   Weidegras  Heu 1. Schnitt  Heu 2. Schnitt (Grummet)  Stroh  Luzerne  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Stellen Sie Ihre Grundfuttermittel selbst her oder kaufen Sie diese zu?   Eigene Herstellung  wird zugekauft  teils/teils   * + 1. Wann haben Sie die letzte Grundfutteranalyse durchführen lassen?   noch nie  <6 Monate  >6 Monate   * + 1. Wie viel Grundfutter füttern Sie?   zur freien Aufnahme  rationiert |
| * + 1. Welche zusätzlichen Futtermittel verwenden Sie?   keine  Mineralfutter  zugekauftes, vitaminisiertes Kraftfutter  selbst hergestelltes Kraftfutter (z.B. Getreidemischung)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + - 1. Bei selbst hergestelltem Kraftfutter: Wann haben Sie die letzte Kraftfutteranalyse durchführen lassen?   noch nie  <6 Monate  >6 Monate   * + 1. Wenn Sie Mineralfutter verwenden: Welche Art von Mineralfutter verwenden Sie?   Salzleckstein ohne Zusätze (weiß oder Himalayasalz)  Mineralleckstein für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Tierart)  Mineralfutter in Pulver- oder Pelletform für: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Tierart)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| * + 1. Ist dem Kraftfutter oder Mineralfutter Vitamin D zugesetzt?   Ja  Nein  Ist mir nicht bekannt   * + 1. Ist dem Kraftfutter oder Mineralfutter Selen zugesetzt?   Ja  Nein  Ist mir nicht bekannt |
| * + 1. Kontrollieren Sie das Gewicht Ihrer Tiere?   Ja, durch Wiegen  Ja, anhand der Körperkondition (= Body Condition Score, BCS)  Ja, durch Wiegen und anhand des BCS  Nein   * + 1. Wie oft kontrollieren Sie das Gewicht/die Körperkondition Ihrer Tiere?   1x im Monat  alle 6 Monate  1x im Jahr  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Untersuchen Sie die Vitamin- (insb. Vit. D) und Mineralstoffversorgung (insb. Selen) Ihrer Alpakas?   Ja  Nein |

* 1. Fütterung der Stuten

|  |
| --- |
| * + 1. Füttern Sie tragende/laktierende Stuten anders als den Rest der Herde?   Ja  Nein  Wenn Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie direkt zu Frage **3.3.1.**   * + 1. Welche Änderungen an der Fütterung nehmen Sie bei tragenden/laktierenden Stuten vor?   energiereicheres Futter/mehr Kraftfutter  eiweißreicheres Futter  bessere Grundfutterqualität  höherer Rohfasergehalt  mehr Mineralfutter  anders zusammengestelltes Mineralfutter  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Falls Sie „energiereicheres Futter/mehr Kraftfutter“ angekreuzt haben:   Ab wann beginnen Sie die tragenden Stuten energiereicher zu füttern?  während der gesamten Trächtigkeit  ab dem 2. Drittel der Trächtigkeit  ab dem letzten Drittel der Trächtigkeit  einige Tage vor der Geburt  direkt nach der Geburt  anders, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wird Ihren Stuten zusätzlich Vitamin D verabreicht?   Ja  Nein   * + 1. Wird Ihren Stuten zusätzlich Selen verabreicht?   Ja  Nein |

* 1. Fütterung der erwachsenen männlichen Tiere

|  |
| --- |
| * + 1. Füttern Sie Ihre erwachsenen männlichen Tiere gesondert/anders als den Rest der Herde?   Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nein   * + 1. Wird Ihren erwachsenen männlichen Tieren zusätzlich Vitamin D verabreicht?   Ja  Nein   * + 1. Wird Ihren erwachsenen männlichen Tieren zusätzlich Selen verabreicht?   Ja  Nein |

* 1. Fütterung der Jungtiere (6-12 Monate)

|  |
| --- |
| * + 1. Füttern Sie den Jungtieren, im Alter von 6-12 Monaten, zusätzliche Futtermittel?   Nein  Mineralfutter  zugekauftes, vitaminisiertes Kraftfutter  selbst hergestelltes Kraftfutter (z.B. Getreidemischung)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wird den Jungtieren, im Alter von von 6-12 Monaten, zusätzlich Vitamin D verabreicht?   Ja  Wenn ja: In welchem Zeitraum?  Januar bis März  April bis Juni  Juli bis September  Oktober bis Dezember  Als Injektion oder Eingabe ins Maul?  Injektion  ins Maul  Nein   * + 1. Wird den Jungtieren, im Alter von 6-12 Monaten, zusätzlich Selen verabreicht?   Ja  Als Injektion oder Eingabe ins Maul?  Injektion  ins Maul  Nein |

1. Management
   1. Neuzugänge

|  |
| --- |
| * + 1. Besuchen Sie mit Ihren Tieren Shows oder Veranstaltungen (Zuchtschauen u.Ä.) oder bringen Sie eigene Tiere in andere Bestände (z.B. zu Zuchtzwecken)?   Ja  Nein   * + 1. Kommen regelmäßig neue Tiere in Ihren Bestand (kaufen Sie Tiere zu, beherbergen Sie Gasttiere (z.B. zu Zuchtzwecken))?   Ja  Nein  Wenn Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte direkt zu Frage **4.2.** |

|  |
| --- |
| * + 1. Woher kommen die neuen Tiere?   Deutschland  EU-Ausland  Nicht-EU-Ausland   * + 1. Führen Sie bei Neuzugängen oder Gasttieren aus anderen Betrieben eine Quarantäne durch?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Wie lange werden Neuzugänge unter Quarantäne gehalten?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Testen Sie Neuzugänge auf bestimmte Krankheiten/Parasiten, bevor Sie mit der Herde zusammengeführt werden?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Auf welche Krankheiten testen Sie die Neuzugänge?  Innenparasiten (z.B. Magen-Darm-Würmer, Leberegel)  Außenparasiten (z.B. Räudemilben)  weitere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Behandeln Sie Neuzugänge vorbeugend gegen Außenparasiten (z.B. Räudemilben)?   ☐ Ja ☐ Nein |

* 1. Identifizierung

|  |
| --- |
| * + 1. Haben Sie Herkunftsnachweise (Ahnentafel) Ihrer Alpakas?   Ja  Nein   * + 1. Führen Sie ein Bestandsregister mit Informationen zu den einzelnen Tieren?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn ja, in welcher Form?   Handschriftlich  Digital  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* 1. Handling und Pflege

|  |
| --- |
| * + 1. Kürzen Sie die Kampfzähne Ihrer erwachsenen Hengste?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Durch wen werden die Kampfzähne Ihrer Hengste gekürzt?  von mir selbst  von einem anderen Alpakahalter  von einem Tierarzt  vom Scherer |

* 1. Düngen und Kot

|  |
| --- |
| * + 1. Düngen Sie Ihre Weiden?   Ja  Nein |

|  |
| --- |
| * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Womit düngen Sie Ihre Weiden?  Dünger aus dem Mist der eigenen Alpakas  Schaf- oder Ziegenmist  Kuhmist  Hühnermist  Kompost  mineralische Dünger  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wie oft reinigen Sie die Kotplätze Ihrer Herde?   Alle \_\_\_\_\_\_ Tage.   * + 1. Werden die Kotplätze gekalkt?   Ja  Nein |

* 1. Impfung

|  |
| --- |
| * + 1. Welche Impfungen führen Sie bei Ihren Alpakas routinemäßig durch?   keine  Clostridienerkrankungen  Chlamydienabort/Verwerfen  Blauzungenkrankheit  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Führen Sie einige Wochen vor der Geburt eine Mutterschutzimpfung bei Ihren tragenden Stuten durch, um einen passiven Impfschutz der Crias in den ersten Lebenswochen zu gewährleisten?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn „Ja“: Gegen welche Erkrankungen/Erreger impfen Sie Ihre tragenden Stuten, um einen passiven Impfschutz der Crias in den ersten Lebenswochen zu gewährleisten?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Ab welchem Alter impfen Sie Ihre Crias aus geimpften Muttertieren?   ab 2-4 Wochen  4-6 Wochen  6-8 Wochen  >8 Wochen   * + 1. Ab welchem Alter impfen Sie Ihre Crias aus ungeimpften Muttertieren?   ab 2-4 Wochen  4-6 Wochen  6-8 Wochen  >8 Wochen |

* 1. Parasitenmanagement

|  |
| --- |
| * + 1. Lassen Sie Kotuntersuchungen durchführen, um den Parasitenbefall Ihrer Alpakas zu überprüfen?   Ja  Nein  Wenn Sie **Nein** angekreuzt haben, fahren Sie fort mit Frage **4.6.2.**   * + - 1. Wenn Kotuntersuchungen durchgeführt werden:   Wie oft führen Sie Kotuntersuchungen bei Ihrer Herde durch?  3x pro Jahr  2x pro Jahr  1x pro Jahr  nach Bedarf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * + - 1. Wenn Kotuntersuchungen durchgeführt werden: Führen Sie routinemäßige Kotuntersuchungen bei Crias durch?   Ja, Crias werden in die Sammelkotprobe des Bestandes eingeschlossen  Ja, Crias werden separat vom Rest des Bestandes untersucht  Nein   * + - 1. Wenn Kotuntersuchungen durchgeführt werden: Werden tragende Stuten gesondert beprobt?   Ja  Nein, sie werden in die Sammelkotprobe des Bestandes eingeschlossen   * + - 1. Wenn Kotuntersuchungen durchgeführt werden:  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Kokzidien |  |  |  |  |  |  |  | | Eimeria macusaniensis |  |  |  |  |  |  |  | | Bandwürmer |  |  |  |  |  |  |  | | Großer Leberegel |  |  |  |  |  |  |  | | Kleiner Leberegel |  |  |  |  |  |  |  | | Magen-Darm-Rundwürmer (Trichostrongyliden) |  |  |  |  |  |  |  | | Roter gedrehter Magenwurm (*Haemonchus contortus)* |  |  |  |  |  |  |  | | Lungenwürmer |  |  |  |  |  |  |  |   Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Innenparasiten in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**) |
| * + 1. Überprüfen Sie den Parasitenstatus noch auf andere Weise?   Nein  Ja, Überprüfen der Körperkondition  Ja, Kontrolle der Schleimhautfarbe  Ja, Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wie oft entwurmen Sie Ihre Alpakas?   gar nicht  regelmäßig 1x im Jahr  regelmäßig 2x im Jahr  nur nach Bedarf  nur Einzeltiere nach Bedarf  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Wenn sie **gar nicht** angekreuzt haben, gehen Sie direkt zu Frage **4.6.11.**   * + 1. Für Alpakas sind noch keine eigenen Entwurmungspräparate zugelassen – Wenn Sie Ihre Alpakas entwurmen, von welcher Tierart nutzen Sie Präparate?   Schafe  Rinder  Pferde  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| * + 1. Welche Wirkstoffe nutzen Sie, um die Magen-Darm-Würmer (MDW) zu behandeln?   Albendazol (Valbendis)  Closantel (Flukiver, Flukiver Combi)  Doramectin (Dectomax, Taurador)  Eprinomectin (Eprecis, Elivec, Eprinex, Eprizero, Neoprinil)  Fenbendazol (Panacur, Fenbendatat)  Ivermectin (Ivomec, Alfamec(tin), Bimectin, Chanectin, Closamectin, Ecomectin, Noromectin, Qualimec)  Levamisol (Ripercol)  Mebendazol (Flukiver Combi)  Monepantel (Zolvix)  Moxidectin (Cydectin, Equest)  Oxfendazol (Oxfenil)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Verabreichen Sie das Medikament zur Entwurmung als Injektion oder über Eingabe ins Maul?   Injektion  ins Maul   * + 1. Wechseln Sie den Wirkstoff zur Entwurmung der MDW von Zeit zu Zeit?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben: Nach welchen Kriterien wechseln Sie den Wirkstoff zur Entwurmung?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Führen Sie gezielte Entwurmung durch (nur bestimmte Gruppen/Tiere werden behandelt) oder entwurmen Sie immer den ganzen Bestand?   Gezielte Entwurmung nach Kotprobe/der am stärksten betroffenen Tiere  Gezielte Entwurmung nach Altersgruppen  Gezielte Entwurmung der Tiere mit BCS < 2.5 und mit blasseren Schleimhäuten  Immer ganzer Bestand   * + 1. Haben Sie bereits nachgewiesene Resistenzen gegen bestimmte Entwurmungsmittel (Unwirksamkeit bestimmter Produkte)?   Ja, und zwar gegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nein  Ist mir nicht bekannt   * + 1. Führen Sie nach einer Behandlung gegen Innenparasiten auch eine Kontrolle der Wirksamkeit durch, in dem Sie eine erneute Kotuntersuchung durchführen lassen?   Ja, nach \_\_\_\_\_\_ Tagen  Nein   * + 1. Hatten Sie bereits Todesfälle durch Verwurmung?   Ja, und zwar \_\_\_\_\_\_ Tiere  Nein  Ist mir nicht bekannt   * + 1. Haben Sie Probleme mit großen Leberegeln in Ihrem Bestand?   Ja  Nein |

|  |
| --- |
| * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Womit behandeln Sie Ihre Tiere?  gar nicht  Albendazol (Valbendis)  Closantel (Flukiver, Closamectin)  Oxyclozanid (Distocur)  Triclabendazol (Endofluke, Cydectin TriclaMox, Triclaben)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Haben Sie Probleme mit kleinen Leberegeln in Ihrem Bestand?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:   Womit behandeln Sie Ihre Tiere?  gar nicht  Praziquantel (Prazicur, Cestocur)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Haben Sie Probleme mit Kokzidien bei Ihren Jungtieren?   Ja  Nein   * + 1. Haben Sie Probleme mit Kokzidien bei Ihren erwachsenen Tieren?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie eine der Fragen 4.6.13. oder 4.6.14. mit „Ja“ beantwortet haben:   Welche Wirkstoffe nutzen Sie, um Kokzidien zu behandeln?  Diclazuril (Vecoxan, Diacox)  Toltrazuril (Baycox, Cevazuril, Tolracol, Toltranil)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Ab welchem Alter werden die Crias auf die Weide gelassen?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Außenparasiten in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6**, 0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Fliegen und Mücken |  |  |  |  |  |  |  | | Haarlinge |  |  |  |  |  |  |  | | Läuse |  |  |  |  |  |  |  | | Dasselfliegen |  |  |  |  |  |  |  | | Milben/Räude |  |  |  |  |  |  |  | | Zecken |  |  |  |  |  |  |  |  * + 1. Welchen Wirkstoff nutzen Sie, wenn Sie Ihre Herde gegen Außenparasiten behandeln?   Deltamethrin (Butox, Deltanil, Latroxin, Spotinor)  Doramectin (Dectomax, Taurador)  Eprinomectin (Eprecis, Elivec, Eprinex, Eprizero, Neoprinil)  Ivermectin (Ivomec, Alfamec(tin), Bimectin, Chanectin, Closamectin, Ecomectin, Noromectin, Qualimec)  Phoxim (Sebacil)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* 1. Tierarzt

|  |
| --- |
| * + 1. Werden Sie fest von einer Tierarztpraxis betreut?   Ja  Nein   * + 1. Wie oft kommt die Tierärztin/der Tierarzt im Schnitt zu Ihnen?   1x pro Jahr  2-4 x pro Jahr  häufiger, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nur bei Notfällen  nach Bedarf |

1. Krankheiten

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden, den Verdauungsapparat betreffenden, Krankheiten in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie / 6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Durchfall |  |  |  |  |  |  |  | | Kolik |  |  |  |  |  |  |  | | Zahnprobleme |  |  |  |  |  |  |  | | Abmagerung |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  * 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und der Lunge in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Lungenentzündung |  |  |  |  |  |  |  | | Schwäche (bei normalem BCS) |  |  |  |  |  |  |  | | Blutarmut/Anämie |  |  |  |  |  |  |  | | Herzmissbildungen bei Neugeborenen |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  * 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Krankheiten des Bewegungsapparates in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Knochenbrüche |  |  |  |  |  |  |  | | Zehenproblematik |  |  |  |  |  |  |  | | Angeborene Gliedmaßenfehlstellungen |  |  |  |  |  |  |  | | Erworbene Gliedmaßenfehlstellungen |  |  |  |  |  |  |  | | Arthrose |  |  |  |  |  |  |  | | Instabile Kniescheibe (Patellaluxation) |  |  |  |  |  |  |  | | Knochensequester (abgestorbenes, isoliertes Knochenstück) |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Zentralnervöse Probleme (z.B. im Kreis wandern) |  |  |  |  |  |  |  | | Halbseitige Gesichtslähmung |  |  |  |  |  |  |  | | Borna Virus |  |  |  |  |  |  |  | | Listeriose |  |  |  |  |  |  |  | | Augenkrankheiten |  |  |  |  |  |  |  | | Festliegen |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  * 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden fütterungsbedingten Krankheiten in Ihrem Bestand vorkommen (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Übergewicht |  |  |  |  |  |  |  | | Gewichtsverlust/Abmagerung |  |  |  |  |  |  |  | | Vergiftungen |  |  |  |  |  |  |  | | C1-Azidose (Übersäuerung) |  |  |  |  |  |  |  | | Selenmangel |  |  |  |  |  |  |  | | Kobaltmangel |  |  |  |  |  |  |  | | Vitamin B1-Mangel |  |  |  |  |  |  |  | | Vitamin-D-Mangel |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  * 1. Wie viele Todesfälle hatten Sie im letzten Jahr insgesamt ?   Erwachsene Tiere: \_\_\_\_\_\_  Jungtiere (6-18 Monate): \_\_\_\_\_\_  Crias: \_\_\_\_\_\_   * 1. Was ist die häufigste Todesursache auf Ihrem Bestand? (Bitte schreiben Sie ein Schlagwort)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. Nehmen Sie am Tuberkulose-Überwachungsprogramm teil?   Ja  Nein |

1. Reproduktion
   1. Allgemeines

|  |
| --- |
| * + 1. Züchten Sie mit Ihren Alpakas bzw. bekommen Ihre Stuten regelmäßig Nachwuchs?   Ja  Nein  Wenn Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte direkt zu „**7. Sonstige Anmerkungen**“ |

|  |
| --- |
| * + 1. Was sind Ihre Zuchtziele? (Priorisieren Sie bitte von 1-5)   \_\_\_\_\_\_ Vliesqualität  \_\_\_\_\_\_ Körperbau  \_\_\_\_\_\_ Charakter/Verhalten  \_\_\_\_\_\_ leichte Geburt  \_\_\_\_\_\_ Farbe  \_\_\_\_\_\_ Mütterlichkeit  \_\_\_\_\_\_ geringe Anfälligkeit gegenüber Innenparasiten   * + 1. Führen Sie vor dem Decken eine DNA-Analyse durch, z.B. auf Erbkrankheiten, Inzuchtkoeffizient?     2. Ja  Nein |

* 1. Stuten

|  |
| --- |
| * + 1. Mit welchem Gewicht werden Ihre Stuten zum ersten Mal gedeckt?   30-40 kg  40-50 kg  >50 kg   * + 1. Mit welchem Alter werden Ihre Stuten zum ersten Mal gedeckt, wenn das Gewicht nicht berücksichtigt wird?   10-14 Monate  14-18 Monate  18-24 Monate   * + 1. Werden Ihre Stuten jährlich gedeckt?   Ja  Nein, alle 2 Jahre  Nein, seltener als alle 2 Jahre   * + 1. Wie werden Ihre Stuten gedeckt?   Die Stute wird manuell zum Hengst geführt, um eine kontrollierte und dokumentierte Paarung zu gewährleisten (I n-hand Mating).  Ausgewählte Hengste und Stuten werden in einem abgegrenzten Gehege zusammengebracht, um sich zu paaren (Pen Mating).  Hengste und Stuten paaren sich frei auf einer größeren Weide (Paddock Mating).  Mehrere Hengste zur Deckung: Eine Gruppe von Stuten wird mit mehreren Hengsten verpaart (Multiple Sire Mating).   * + 1. Wie oft müssen Sie Ihre Jungstuten (noch nie gedeckt) im Durchschnitt decken lassen, um eine Trächtigkeit zu erzielen?   1-mal  2-mal  >2-mal   * + 1. Wie oft müssen Sie Ihre „Altstuten“ (schon mind. 1x trächtig gewesen) im Durchschnitt decken lassen, um eine Trächtigkeit zu erzielen?   1-mal  2-mal  >2-mal |
| * + 1. Findet in Ihrem Bestand künstliche Besamung statt?   Ja  Nein   * + 1. Findet Embryo-Transfer in Ihrem Bestand statt?   Ja  Nein |

|  |
| --- |
| * + 1. Nutzen Sie den Spucktest (die Stute spuckt den Hengst an), um eine Trächtigkeit bei Ihren Stuten festzustellen?   Ja  Nein  Wenn Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie direkt zu Frage **6.2.9.3.**   * + - 1. Wenn Sie den Spucktest nutzen: Wie oft führen Sie den Spucktest durch?   1x  2x im Abstand von \_\_\_\_\_\_ Tagen  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + - 1. Wenn Sie den Spucktest nutzen: Nutzen Sie zusätzlich eine weitere Möglichkeit, um die Trächtigkeit festzustellen?   Ultraschall-Spätdiagnostik ab 40. Tag  Ultraschall-Frühdiagnostik vor 40. Tag  Progesteronbestimmung (Blut oder Harn)   * + 1. Nein |
| * + - 1. Wenn Sie den Spucktest **nicht** nutzen: Welche andere Möglichkeit nutzen Sie, um die Trächtigkeit festzustellen?   Ultraschall-Spätdiagnostik ab 40. Tag  Ultraschall-Frühdiagnostik vor 40. Tag  Progesteronbestimmung (Blut oder Harn)  keine   * + 1. Wie schätzen Sie die Trächtigkeitsrate (Anteil der Stuten, die trächtig geworden sind, von allen in einer Saison gedeckten Stuten) in Ihrer Herde ein?   >90%  80-90%  <80%  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Wie lange ist die übliche Trächtigkeitsdauer Ihrer Stuten?   „normal“ (335-360 Tage)  „verlängert“ (>360 Tage)  „verkürzt“ (<335 Tage) |
| * + 1. Separieren Sie Ihre tragenden Stuten vom Rest der Herde?   Ja, ab dem \_\_\_\_\_\_ Trächtigkeitsmonat  Nein   * + 1. Haben Sie einen speziell abgetrennten Bereich, der für die Geburt vorgesehen ist?   Ja  Nein   * + 1. Führen Sie Geburtsüberwachung durch?   Ja  Nein   * + 1. Wenn Sie Geburtsüberwachung durchführen: Wie oft überwachen Sie die hochträchtige Stute?   1x täglich  2x täglich  3x täglich  4x täglich  alle \_\_\_\_\_\_ Stunden |

|  |
| --- |
| * + 1. Wie häufig ist während einer Cria-Saison Geburtshilfe nötig (% aller Geburten)?   0%  bis 2%  bis 5%  bis 10%  >10%   * + 1. Wie oft wird ca. pro Cria-Saison ein Kaiserschnitt bei Ihren Stuten durchgeführt?   0%  bis 2%  bis 5%  bis 10%  >10% |
| * + 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Gründe für einen gestörten Geburtsverlauf in einer Cria-Saison ungefähr auftreten: (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Scheidenvorfall |  |  |  |  |  |  |  | | Gebärmutterverdrehung |  |  |  |  |  |  |  | | Probleme bedingt durch Anatomie und Konstitution der Mutterstute (z.B. enger Geburtsweg) |  |  |  |  |  |  |  | | Cria liegt nicht korrekt im Geburtsweg |  |  |  |  |  |  |  | | Aborte (Fehlgeburt/Frühgeburt) |  |  |  |  |  |  |  | | Totgeburten |  |  |  |  |  |  |  | | Missbildungen der Crias |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  | |
| * + 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Probleme nach der Geburt in einer Cria-Saison ungefähr auftreten: (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Verletzung der Geburtswege |  |  |  |  |  |  |  | | Gebärmuttervorfall |  |  |  |  |  |  |  | | Nachgeburtsverhaltung |  |  |  |  |  |  |  | | Milchmangel der Stute |  |  |  |  |  |  |  | | Euterentzündung |  |  |  |  |  |  |  | | Lahmheiten aufgrund von Geburtsverletzungen/Schwergeburt |  |  |  |  |  |  |  | | Lebensschwache Crias |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  | |
| * + 1. Werden Stuten mit neugeborenem Cria getrennt von der Herde gehalten?   Ja, für die ersten \_\_\_\_\_\_ Tage  Nein   * + 1. Überprüfen Sie die Milchproduktion der Stute?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Ja: Wie überprüfen Sie die Milchproduktion der Stute?   durch Anmelken  durch Abtasten des Euters  durch die Bauchfüllung/das Verhalten des Crias  durch Wiegen des Crias |

* 1. Crias

|  |
| --- |
| * + 1. Wie viele Crias hatten Sie in der letzten Cria-Saison?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Zu welcher Jahreszeit werden in Ihrem Betrieb die meisten Crias geboren?   Sommer  Frühling  Herbst  Winter |

|  |
| --- |
| * + 1. Wie ist das durchschnittliche Geburtsgewicht der bei Ihnen geborenen Crias?   <6kg  6-9 kg  >9kg |
| * + 1. In welchem Alter kommen bei Ihrem Bestand die meisten Cria-Verluste vor?   tot geboren  bis 2. Lebenstag  2-7 Tage  >7Tage   * + 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig die folgenden Ursachen für Cria-Verluste kurz nach der Geburt in einer Cria-Saison ungefähr auftreten: (Bewertung der   Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Schwergeburt |  |  |  |  |  |  |  | | Frühgeburt (unreifes Cria) |  |  |  |  |  |  |  | | Zwillinge |  |  |  |  |  |  |  | | Cria mit genetischen Defekten (Missbildungen) |  |  |  |  |  |  |  | | Untertemperatur |  |  |  |  |  |  |  | | Infektionen |  |  |  |  |  |  |  | | Kolostrum-(Biestmilch-)Mangel |  |  |  |  |  |  |  | | Durchfall |  |  |  |  |  |  |  | | Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  * + 1. Ist eine (oder mehrere) der folgenden Missbildungen/Krankheiten bereits in Ihrem Bestand bei Crias aufgetreten? Kreuzen Sie an:   ☐ Schädelverkrümmung (Wry face)  ☐ Überzählige Zehen (Polydaktylie)  ☐ Angeborene Gliedmaßenmissbildungen (z.B. Patellaluxation, Verkrümmungen der Gliedmaßen)  ☐ Knickschwanz  ☐ Blindheit  ☐ blaue Augen  ☐ Entropium (eingerolltes Augenlid)  ☐ Taubheit  ☐ Fehlen des Anus  ☐ Fehlen der Vulva  ☐ Atresie der Choanen (Fehlen der inneren Nasenöffnungen)  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Unterstützen Sie das Cria beim Trocken werden nach der Geburt?   Ja  Nein   * + 1. Wie gehen Sie gegen mögliche Unterkühlung des Crias vor?   Wärmelampe  Weste/Decke  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ich ergreife keine besonderen Maßnahmen   * + 1. Führen Sie eine Nabeldesinfektion bei Ihren neugeborenen Crias durch?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben: Womit desinfizieren Sie den Nabel der neugeborenen Crias?   Chlorhexidin  Jodhaltige Präparate  Blauspray  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| * + 1. Stellen Sie die Kolostrum-/Biestmilchversorgung Ihrer Crias sicher?   Ja, es wird immer Biestmilch der eigenen Mutter mit der Flasche gefüttert  Ja, durch Drenchen (Eingabe mit Magensonde) von Biestmilch der eigenen Mutter  Ja, durch Ansetzen bei der Mutter und Beobachten des Trinkvorgangs  Nein   * + - 1. In welchem Zeitraum nach der Geburt stellen Sie die Biestmilchversorgung Ihrer Crias sicher?   0-3h nach der Geburt  4 -6h  7-9h  >9h   * + 1. Bei Kolosturmmangel der Stute - wie gewährleisten Sie die Versorgung des Crias?   Alpaka-Kolostrum (vom Bestand)  Ziegenkolostrum  Schafkolostrum  Rinderkolostrum  getrocknete Ersatzpräparate (Pulver)   * + 1. Wie oft ist Flaschenaufzucht in Ihrem Betrieb notwendig?   0%  1-5% der Crias  >5% der Crias |
| * + 1. Welche Milch nutzen Sie zur Flaschenaufzucht?   Kuh  Ziege  Schaf  Milchpulver für: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Tierart)   * + 1. Wie oft führen Sie mit der Flasche aufgezogenen Crias Kolostrum zu?   einmalig  zweimal  dreimal  \_\_\_\_Mal   * + 1. Ist es bereits vorgekommen, dass ein Cria auf den Menschen fehlgeprägt wurde, sich also unnatürlich verhält und den Menschen als Artgenossen erkennt?   Ja  Nein   * + 1. Wann werden „Flaschen-Crias“ i.d.R. abgesetzt?   <4 Monate  4-6 Monate  >6 Monate   * + 1. Achten Sie beim Absetzen darauf, ob die Crias ein bestimmtes Gewicht erreicht haben?   Ja, bei einem Gewicht von \_\_\_kg werden sie abgesetzt  Nein, nur nach Alter   * + 1. Setzen Sie die Crias abrupt ab oder gibt es eine Übergangszeit?   abrupt, ohne vorangehende Reduzierung der täglichen Milchmenge  Übergangszeit von \_\_\_ Tagen und langsamer Reduzierung der täglichen Milchmenge |
| * + 1. Wie oft wiegen Sie Ihre Crias? Kreuzen Sie an:  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | Häufigkeit des Wiegens | | | | | | täglich | Alle 2 Tage | 1x pro Woche | 1x pro Monat | Gar nicht | | Alter | Bis 1 Woche alt |  |  |  |  |  | | Bis 1 Monat alt |  |  |  |  |  | | 2-6 Monate alt |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| * + 1. Verabreichen Sie den Crias Vitamin E/Selen nach der Geburt?   Ja  Nein  teilweise |
| * + 1. Bitte bewerten Sie, wie häufig Sie die folgenden Krankheitsanzeichen bei Ihren Crias beobachten: (Bewertung der Häufigkeit von 0-6, **0=nie/6=sehr häufig**)  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Durchfall bei Crias <14 Tagen |  |  |  |  |  |  |  | | Durchfall bei Crias >14 Tagen |  |  |  |  |  |  |  | | Durchfall bei Crias >1 Monat |  |  |  |  |  |  |  | | Schlechte Gewichtszunahme (Kümmern) |  |  |  |  |  |  |  | | Gelenkschwellung/Gelenksentzündung |  |  |  |  |  |  |  | | Rachitis/erworbene Gliedmaßenverkrümmungen |  |  |  |  |  |  |  | | Nabelschwellung/Nabelentzündung |  |  |  |  |  |  |  | | Lungenentzündung/Atembeschwerden/Husten |  |  |  |  |  |  |  | | Plötzliche Todesfälle <14 Tagen |  |  |  |  |  |  |  | | Plötzliche Todesfälle >14 Tagen |  |  |  |  |  |  |  | | Plötzliche Todesfälle >1 Monat |  |  |  |  |  |  |  | | Zunehmende Schwäche mit Todesfolge bei Crias >14 Tagen |  |  |  |  |  |  |  | | Andere Krankheitsanzeichen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  | |
| * + 1. Dokumentieren Sie totgeborene oder abortierte (frühgeborene) Crias?   Ja  Nein   * + - 1. Wie viele totgeborene und abortierte (frühgeborene) Crias hatten Sie in der letzten Cria-Saison (2024)?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + - 1. Wie viele totgeborene und abortierte (frühgeborene) Crias hatten Sie in der aktuellen Cria-Saison (2025)?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Haben Sie die abortierten/totgeborenen/verendeten Crias untersuchen lassen?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben: Welche Ursachen für den Abort/Totgeburt wurden festgestellt?   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * + 1. Bitte geben Sie an, wie viele Crias Sie in der letzten Cria-Saison in den verschiedenen Altersstufen verloren haben:   Anzahl der gestorbenen Crias <14 Tagen: \_\_\_\_\_\_  Anzahl der gestorbenen Crias zwischen 2-8 Wochen: \_\_\_\_\_\_  Anzahl der verstorbenen Crias ohne vorangegangene Krankheitsanzeichen: \_\_\_\_\_\_  Anzahl der verstorbenen Crias nach längerer Krankheit bzw. schlechter Entwicklung: \_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. Wie viel Prozent der weiblichen Crias nutzen Sie zur Nachzucht?   \_\_\_% |

* 1. Hengste

|  |
| --- |
| * + 1. Besitzen Sie eigene(n) Deckhengst(e)?   Ja  Nein   * + - 1. Wenn Sie einen Deckhengst besitzen: Wie wird der Deckhengst gehalten?   in einer Hengst-/Wallach-Herde  einzeln, mit Sicht- und Hörkontakt zur Herde  einzeln, ohne Sicht- und Hörkontakt zur Herde  läuft immer in der Stutenherde mit   * + 1. Wann werden männliche Jungtiere kastriert?   <18Monate  >18 Monate  gar nicht   * + 1. Hatten Sie in Ihrem Betrieb schon einmal ein kryptorchides Hengstfohlen (ein oder beide Hoden nicht abgestiegen)?   Ja  Nein |

1. Sonstige Anmerkungen:

Wenn Sie Anmerkungen oder Ergänzungen zu einzelnen Fragen oder zum Fragebogen an sich haben, können Sie diese im Folgenden aufführen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Abschließende Fragen:

|  |
| --- |
| * 1. Haben Sie in den letzten 3 Monaten bei einem oder mehreren Tieren einen auffälligen Gewichtsverlust oder eine deutlich reduzierte Futteraufnahme festgestellt?   Ja  Nein |
| * 1. Sind in den letzten 6 Monaten Krankheitsausbrüche, Todesfälle oder gehäufte gesundheitliche Probleme bei Jungtieren oder tragenden Stuten aufgetreten?   Ja  Nein |
| * 1. Werden Kotuntersuchungen zur Parasitenkontrolle im Bestand nur unregelmäßig durchgeführt oder das Entwurmungsschema selten angepasst?   Ja  Nein |
| * 1. Eine gezielte Kontrolle der Mineralstoffversorgung (z. B. Selen, Vitamin D3) durch Tierarzt oder Labor liegt länger als 6 Monate zurück.   Ja  Nein |
| * 1. Liegt die letzte tierärztliche Bestandsbetreuung oder Gesundheitsberatung Ihres gesamten Bestands länger als 12 Monate zurück?   Ja  Nein |
| Wenn Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit ‚Ja‘ beantwortet haben, empfehlen wir einen Bestandsbesuch durch Ihre Haustierärztin oder Ihren Haustierarzt. Gerne kann dieser im Rahmen der Studie in Zusammenarbeit auch mit der Klinik für Wiederkäuer der LMU erfolgen. Die Klinik versteht sich dabei ausdrücklich als Ergänzung – nicht als Ersatz – für Ihre betreuende Tierarztpraxis. |

Wenn Sie Interesse haben, am praktischen Teil dieser Studie (Bestandsbesuch) teilzunehmen, kreuzen Sie bitte das jeweilige Feld an und geben Sie Ihre Kontaktdaten an. Wir werden uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen. **Die diagnostischen Leistungen im Rahmen der Studie werden dabei durch die Klinik für Wiederkäuer vergünstigt angeboten.**

Ja, ich habe Interesse an einem diagnostischen Bestandsbesuch

Nein, ich habe kein Interesse.

Wenn Sie nicht am praktischen Teil der Studie teilnehmen möchten, senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen trotzdem zurück.

Eine anonymisierte Rücksendung (ohne Angaben Ihrer Kontaktdaten und ohne Absender) ist ebenfalls möglich.

Die Rücksendung können sie gerne per E-Mail an [katja.kopp@campus.lmu.de](mailto:katja.kopp@campus.lmu.de) oder per Post an: Klinik für Wiederkäuer, Sonnenstr. 16, 85764 Oberschleißheim, vornehmen.

Kontaktdaten:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefonnummer: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Datenschutzhinweis gemäß DSGVO:**  
Ihre Angaben werden vertraulich und ausschließlich für die Durchführung dieser Studie verarbeitet. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung).  
Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.  
Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Widerspruch. Weitere Informationen erhalten Sie auf Anfrage.

***Vielen Dank für Ihre Teilnahme!***