



Checkliste zum Erkennen von Kulturproblemen

Betrieb Name Ansprechpartner	Tel: _____-_____ Fax: _____-_____ Mobil: _____-_____	Firmenstempel:
Strasse PLZ Ort	Mail: _____@_____ Homepage	
Information weiterleiten an:		

Pflanze	Botanischer Name	Familie:
Kultur als ... <input type="checkbox"/> Topfpflanze <input type="checkbox"/> Schnittblume	Deutscher Name bzw. Handelsbezeichnung	Sorte:
Bezug als	<input type="checkbox"/> Saatgut <input type="checkbox"/> Jungpflanze <input type="checkbox"/> Rohware <input type="checkbox"/> Fertigware <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Lieferant: _____ <input type="checkbox"/> Mängel: _____	

Symptome	Pflanzenausfall: _____% Krankheitsverlauf: <input type="checkbox"/> explosiv <input type="checkbox"/> rasch <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> schleichend <input type="checkbox"/> Hinweis: _____
Symptomaufreten im Bestand: <input type="checkbox"/> tisch-/satzweise <input type="checkbox"/> herdweise <input type="checkbox"/> am Rand <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> reihenweise <input type="checkbox"/> Hinweis: _____	
Der Schaden/Symptome wandert innerhalb einer Pflanze ... <input type="checkbox"/> von oben nach unten <input type="checkbox"/> von unten nach oben <input type="checkbox"/> Hinweis: _____	
Der Schaden/Symptome bleibt bezogen auf die einzelne Pflanze beschränkt auf ... <input type="checkbox"/> den inneren Bereich <input type="checkbox"/> den äußeren Bereich <input type="checkbox"/> die jüngsten Organe <input type="checkbox"/> die ältesten Organe <input type="checkbox"/> Hinweis: _____	
Welche Pflanzenteile sind betroffen: <input type="checkbox"/> Wurzel <input type="checkbox"/> Wurzelhals <input type="checkbox"/> Stängel/Trieb <input type="checkbox"/> Frucht <input type="checkbox"/> Blüte <input type="checkbox"/> Hinweis/sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ganzes Blatt <input type="checkbox"/> Blattrand <input type="checkbox"/> Interkostalfelder <input type="checkbox"/> Flecken über Adern hinweg <input type="checkbox"/> Flecken durch Adern begrenzt	
Symptombeschreibung: <input type="checkbox"/> Verfärbungen <input type="checkbox"/> Nekrosen <input type="checkbox"/> Chlorosen <input type="checkbox"/> Absterbeerscheinungen <input type="checkbox"/> Miniergänge <input type="checkbox"/> Einschnürungen <input type="checkbox"/> Deformationen <input type="checkbox"/> Nassfäule <input type="checkbox"/> Welke <input type="checkbox"/> Aufwölbungen <input type="checkbox"/> Geruch: _____ <input type="checkbox"/> Eigene Beschreibung: _____	
Konkrete Anzeichen von einem Erreger: <input type="checkbox"/> Pilzbelag <input type="checkbox"/> Pilzfruchtkörper <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Larven <input type="checkbox"/> Häutungsreste <input type="checkbox"/> Insekten <input type="checkbox"/> Milben <input type="checkbox"/> Pilzbelag <input type="checkbox"/> Nematoden <input type="checkbox"/> Kotablagerungen oder andere Ausscheidungen <input type="checkbox"/> Hinweis: _____	
Diagnose-Umfeld: <input type="checkbox"/> Die Symptome wurden an anderer Stelle bereits schon einmal (ohne Ergebnis) untersucht; bei _____ <input type="checkbox"/> Im aktuellen Fall wurden Proben auch entnommen für : _____ <input type="checkbox"/> Eigene Verdachtsmomente zur Ursache:	

Kulturdaten	Aussaat	Pikieren	Topfen	Pflanzung	Rücken
Saat-/Pflanzdichte					
Gefäß	Art:	Art:	Art:		
	<input type="checkbox"/> neue Gefäße <input type="checkbox"/> desinfiziert	<input type="checkbox"/> neue Gefäße <input type="checkbox"/> desinfiziert	<input type="checkbox"/> neue Gefäße <input type="checkbox"/> desinfiziert	<input type="checkbox"/> Boden wurde vorher entseucht	<input type="checkbox"/> Stellflächen wurden desinfiziert

Standort	<input type="checkbox"/> Gewächshaus <input type="checkbox"/> unter Folie/Mlies <input type="checkbox"/> Freiland <input type="checkbox"/> Anderer Standort: _____ <input type="checkbox"/> auf Tischen <input type="checkbox"/> im gewachsenen Boden <input type="checkbox"/> Dünnenschicht <input type="checkbox"/> Andere Methode _____				
	Bezeichnung (Schlag): _____		Bodenart: <input type="checkbox"/> Moor <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelschwer <input type="checkbox"/> schwer Bezeichnung: _____		
Vorkultur: _____ wurde ____ Wochen vorher eingearbeitet					
Bodenbearbeitung: _____					
Angrenzende Kulturen: _____					
Bodenprobe (mg/100 g Boden; Bitte Analyse beifügen) Probenahme: vom <input type="checkbox"/> Kulturbeginn <input type="checkbox"/> beim Auftreten des Schadens <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ aus <input type="checkbox"/> gesundem Bestand <input type="checkbox"/> krankem Bestand					
Untersuchung am: _____ pH: _____ N: _____ P ₂ O ₅ : _____ K ₂ O: _____					
<input type="checkbox"/> Auf dieser Fläche traten bereits ähnliche Probleme auf: _____					

Substrat	Bezeichnung: _____ Hersteller: _____				
	<input type="checkbox"/> Pikier- <input type="checkbox"/> Topf- <input type="checkbox"/> Sondermischung: _____				
Bezug am: _____ als <input type="checkbox"/> Sackware <input type="checkbox"/> Big-Bag <input type="checkbox"/> Loser Bezug			Lagerbedingungen: _____		
Zusammensetzung: <input type="checkbox"/> Weißtorf ____ % <input type="checkbox"/> Schwarztorf ____ % <input type="checkbox"/> Kompost ____ % <input type="checkbox"/> Ton ____ % <input type="checkbox"/> Rindenumus ____ % <input type="checkbox"/> Holzhäcksel/-faser ____ % <input type="checkbox"/> Flachs ____ %					
<input type="checkbox"/> Sonstige Zuschlagsstoffe: _____					
Substratanalyse (Angaben in g oder mg/l) Probenahme: vom <input type="checkbox"/> Ausgangssubstrat <input type="checkbox"/> Kulturbeginn <input type="checkbox"/> beim Auftreten des Schadens <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ aus <input type="checkbox"/> gesundem Bestand <input type="checkbox"/> krankem Bestand					
Untersuchung am: _____ pH: _____ Salz: _____ N: _____ P ₂ O ₅ : _____ K ₂ O: _____ Extraktionsmeth. P ₂ O ₅ und K ₂ O: <input type="checkbox"/> CAL <input type="checkbox"/> CAT					

Bewässerung	<input type="checkbox"/> Regen- <input type="checkbox"/> Leitungs- <input type="checkbox"/> Brunnenwasser <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Härtegrad: _____ (wenn möglich Wasseranalyse beilegen)				
	von Oben mit: <input type="checkbox"/> Brause <input type="checkbox"/> Düsenrohren <input type="checkbox"/> Kreisregnern <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ von Unten mit: <input type="checkbox"/> Tropfbewässerung <input type="checkbox"/> Ebbe-Flut <input type="checkbox"/> Mattenbewässerung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____				
Steuerung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zeitabhängig <input type="checkbox"/> Tensiometer <input type="checkbox"/> Einstrahlung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____					
Bewässerungsmenge ca. _____ l/m ²			Gieß- bzw. Anstaudauer pro Gießvorgang ca. _____ min		

Düngung	(wenn möglich genaues Verfahren mit Dünger, Mengen/Konzentrationen angeben)				
Grunddüngung: _____					
mit jedem Bewässerungsvorgang: _____ Menge/Konz.: _____					
wöchentlich mit: _____ Menge/Konz.: _____					
am: _____ mit: _____ Menge/Konz.: _____					
am: _____ mit: _____ Menge/Konz.: _____					
am: _____ mit: _____ Menge/Konz.: _____					
<input type="checkbox"/> Zudosierung wurde kontrolliert (EC-Messung o.ä) _____ (EC-Wert)					
<input type="checkbox"/> rezirkulierende Nährlösung <input type="checkbox"/> Entkeimung mit: _____					
<input type="checkbox"/> Evtl. Probleme: _____					

Klima	<input type="checkbox"/> Freiland <input type="checkbox"/> Vlies <input type="checkbox"/> Gewächshaus <input type="checkbox"/> Folienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Heizung <input type="checkbox"/> Rohrheizung <input type="checkbox"/> Untertischheizung <input type="checkbox"/> Vegetationsheizung <input type="checkbox"/> Lufterhitzer <input type="checkbox"/> CO ₂ -Kanonen Sollwert Tag _____ °C Nacht _____ °C <input type="checkbox"/> Entfeuchtungsprogramm	
<input type="checkbox"/> Lüftung <input type="checkbox"/> Firstlüftung <input type="checkbox"/> Stehwandlüftung <input type="checkbox"/> Umluftventilatoren Sollwert Tag _____ °C Nacht _____ °C <input type="checkbox"/> Entfeuchtungsprogramm	
<input type="checkbox"/> Belichtung Belichtungsstärke _____ lux bzw. W/m ² , Belichtungsdauer _____ h/Tag	
<input type="checkbox"/> Verdunkelung von _____ Uhr bis _____ Uhr ab _____ (Datum)	
<input type="checkbox"/> Schattierung ab _____ klx	
<input type="checkbox"/> Energieschirm von _____ Uhr bis _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Klimaprotokoll liegt vor (bitte beifügen)	
<input type="checkbox"/> Natürliche Witterung: _____	

Pflanzenschutz	Wurden Pflanzenschutzmittel, Stärkungsmittel, Stauchemittel oder eigene Mischungen im bisherigen Kulturverlauf eingesetzt: <input type="checkbox"/> ja, dann nachfolgende Tabelle ergänzen (die drei zurückliegenden Maßnahmen) <input type="checkbox"/> nein, auch nicht von anderen Auftragnehmern <input type="checkbox"/> Pflanzenschutzgeräte wurden nach dem Einsatz gründlich gereinigt <input type="checkbox"/> Für den Herbizideinsatz stehen im Betrieb eigene Spritzen für diesen Zweck zur Verfügung				
Datum	Pflanzenschutzmittel	Stärkungsmittel	Stauchemittel	eigene Mischungen	Weitere Maßnahmen (Dämpfen, Nützlinge o.ä.)
1.	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	
2.	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	
3.	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	Name: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> spritzen <input type="checkbox"/> gießen <input type="checkbox"/> nebeln <input type="checkbox"/> _____	
Änderungen im Spritzmitteleinsatz im Vergleich zur Vorkultur: <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein, unverändert <input type="checkbox"/> Zusätzliche Netzmittel wurden beigemischt, wenn ja bei welchem Einsatz und welche Mittel /Dosierung wurden verwendet: _____					

Sonstiges	
<input type="checkbox"/> In Pflanzennähe wurden besondere Maßnahmen getroffen (Putzen, Desinfektion, Scheibenreinigung, Herbizideinsatz o.ä.)	
Hinweis: _____	
<input type="checkbox"/> Das Pflege- bzw. Mitarbeiterpersonal hat während bzw. seit der letzten Kultur gewechselt	
Gegenüber der letzten _____	
Kultur haben sich folgende _____	
Bedingungen geändert _____	

Sonstige Hinweise	_____

Vermerk zum Gespräch:

Ort:

Datum:

Am Gespräch beteiligte Personen:

Entwurf der Liste:

Fachhochschule Weihenstephan
Forschungsanstalt für Gartenbau (FGW), Institut für Gartenbau
Dr. Beck/Th. Lohrer/H.-J. Schmitz
85350 Freising, Am Staudengarten 10
<http://www.fh-weihenstephan.de/fgw/index.html>