

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Schwein

unter 30kg über 30 kg (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. _____

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)		Firmenstempel
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung und Baujahr	
Anzahl Stallplätze gesamt	

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: ___/____ Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: _____

Betriebliche Therapiehäufigkeit des vorhergehenden Kalenderhalbjahres beträgt: _____

Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im ausgewerteten Kalenderhalbjahr: _____

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	Betreuungs-Vertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Bestandsbesuche des betreuenden Tierarztes im Erfassungszeitraum:		
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift: ggf. Anlage		

3. Angaben zur Tierhaltung

QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____
Tierbezug: <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____ Impfungen im Herkunftsbetrieb: <input type="checkbox"/> M. hyo. <input type="checkbox"/> PCV-2 <input type="checkbox"/> PRRS <input type="checkbox"/> PIA <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> keine Impf. <input type="checkbox"/> weitere Impfungen: _____
Gesundheitszustand der bezogenen Tiere: <input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> untergewichtige Tiere <input type="checkbox"/> verletzte Tiere <input type="checkbox"/> Problemtiere: _____

Art und Weise der Mast: kontinuierlich rein/raus: stallweise abt.weise

Freilandhaltung Haltung mit Auslauf Sonstige _____ \emptyset

Mastanfangsgewicht: _____ \emptyset Mastendgewicht: _____ \emptyset Mastdauer: _____

\emptyset Umtriebe je Mastplatz: _____ \emptyset Futterverwertung: 1 / _____ \emptyset Zunahme (g/Tag) _____

Phasenfütterung (wenn ja, welche): _____ ja nein

Besatzdichte und Gruppengröße in den einzelnen Stallabteilen:

Stallbezeichnung:	Gruppengrößen:	Besatzdichte (Tiere/m ²):	Anzahl Tiere pro Futterplatz / Tränke
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____

Ausstattung der Ställe (Boden, Klimatechnik)

		<u>betroffener Stall (Stallbezeichnung)</u>
Boden:	<input type="checkbox"/> Teilspalten <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> planbefestigt <input type="checkbox"/> Einstreu	_____ _____ _____ _____
Lüftungstechnik:	<input type="checkbox"/> Unterdruck <input type="checkbox"/> Überdruck <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____
Zuluft über:	<input type="checkbox"/> Decke <input type="checkbox"/> Wand <input type="checkbox"/> Dach <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____ _____
Abluft über:	<input type="checkbox"/> Einzelabsaugung <input type="checkbox"/> Zentralabsaugung <input type="checkbox"/> Oberflurabsaugung <input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____ _____ _____

Heiztechnik:		
Luftqualität (Qualität des Stallklimas, ggf. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):	Stallbezeichnung:	

4. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Futtermittelsversorgung:	<input type="checkbox"/> Eigenmischung Futterkomponenten: <input type="checkbox"/> Zukauf von Fertigfutter <input type="checkbox"/> Ansäuerung des Futters <input type="checkbox"/> Trockenfutterautomat <input type="checkbox"/> Breifutterautomat <input type="checkbox"/> Flüssigfütterung <input type="checkbox"/> Sonst.	Stallbezeichnung _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Futterlager geschützt vor Vögeln, Schadinsekten, Haustieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wasserversorgung:	<input type="checkbox"/> eigener Brunnen	Stallbezeichnung

	<input type="checkbox"/> öffentliches Netz <input type="checkbox"/> Sticheitung <input type="checkbox"/> Ringleitung <input type="checkbox"/> Nippeltränken <input type="checkbox"/> Zapfentränken <input type="checkbox"/> Tränkebecken <input type="checkbox"/> Sonst.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Durchflußrate (ml/min):		
Ansäuerung des Wassers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z.B. mit Propion- oder Ameisensäure 0,5%)		
Liegen Befunde zu Untersuchungen der Wasserqualität vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____		

5. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

<input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Futter* <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> lokal
*Art der Einmischung: _____
Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Risikomanagementplan vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung):

6. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV:	
Schutzkleidung vorhanden für:	
Personal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hygieneschleuse vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Duschpflicht für Personal /Besucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Interne Biosicherheit:

vor jeder Neubelegung Reinigung /Desinfektion der:

Lüftungskanäle ja nein

Heizungskanäle ja nein

Ventilationskanäle ja nein

Ablassen von altem Standwasser aus dem

Tränkesystem ja nein

Entstaubung der Abteile ja nein

Gülle ablassen: ja nein

Sonstiges:

regelmäßige Reinigung /Desinfektion der:

Häufigkeit

Tränkesysteme ja nein _____

Futtersilos ja nein _____

Fütterungsanlagen ja nein _____

Treibgänge ja nein _____

Waagen ja nein _____

Verladerampen ja nein _____

Arbeitsmittel /Tierbedarfsartikel ja nein _____

Schädlingsbekämpfung ja nein _____

Fliegenbekämpfung ja nein _____

Erfolgskontrollproben zu den Reinigungs- /Desinfektionsmaßnahmen ja nein

durchschnittliche Leerstandszeiten:

räumlich getrennte Krankenbuchten vorhanden ja nein

Wenn ja, für wieviel Prozent der Tiere? _____ %

7. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe:

Impfstoff / Impfschema (ggf. auf extra Zettel):

Parasitenbekämpfung: ja nein

Sonstiges:

8. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Krankheitsgeschehen

Kein Bestandsproblem

Bestandsproblem geringer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem mittlerer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem höherer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem hoher Intensität und Häufigkeit

Gewichtsausgeglichenheit: sehr gut gut gut - befriedigend

befriedigend ausreichend

Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Husten: ja nein % der Tiere:

Niesen: ja nein % der Tiere:

Durchfall: ja nein % der Tiere:

Meningitiden: ja nein % der Tiere:

Lahmheiten: ja nein % der Tiere:

Hautveränderungen: ja nein % der Tiere:

Ohrveränderungen: ja nein % der Tiere:

Schwanzbeißerei: ja nein % der Tiere:

Abszesse: ja nein % der Tiere:

Hernien: ja nein % der Tiere:

Sonstiges:

Angaben zu Krankheitsgeschehen

Zeitpunkt der Erkrankung (z.B. unmittelbar nach Aufstallung):

Dauer (z.B. gesamte Mastperiode):

Diagnose:

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

Weiterführende Diagnostik durchgeführt nein ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)

- Untersuchungsmaterial:

- Untersuchungsmethode:

- Untersuchungsergebnis/Erregernachweis:

- Resistenztest ja nein

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:

Datum:

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde (Landeslabor Schleswig Holstein) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.

10. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen, Diagnostik) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung**

- Impfung (Art, Zeitpunkt):

- Überprüfung/Änderung der Fütterung (Details):

- Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung (Details):

- Überprüfung/Änderung des Stallklima bzw. der -lüftung (Details):

- Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern (Details):

- Änderung des Tierbezugs (Details):

- sonstige Maßnahmen (Details):

11. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes