

Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die Tierart Schwein

☐ **Saugferkel**☐ **Zuchtschweine** (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. _____

Halbjahr: _____

Betriebsbezeichnung, Name(n), Vorname(n) der verantwortlichen Person(en)		Firmenstempel (sofern vorhanden)
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	Stallbezeichnung	Baujahr	Stallfläche	Stallplätze

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgende Tierarztpraxis:

Name	Anschrift	Betreuungsvertrag
		☐ ja ☐ nein
Anzahl der Bestandsbesuche der betreuenden Tierarztpraxis im Erfassungszeitraum:		
Weitere Tierarztpraxen: ☐ nein ☐ ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater/innen: ☐ nein ☐ ja ggf. Anlage		
Name, Anschrift:		

3. Angaben zur Tierhaltung

Programmenteilnahme:

QS-System-Teilnehmer: ☐ nein ☐ ja Bio-Siegel: ☐ nein ☐ ja: _____Mängel im letzten QS-Audit: ☐ nein ☐ ja: _____Tierwohlteilnehmer: ☐ nein ☐ ja Sonstige Programme: _____

Tierbezug:

☐ geschlossenes System☐ Zukauf Herkunftsland/-länder: _____

Anzahl Herkunftsbetriebe insgesamt: _____

Max. Anzahl Herkunftsbetriebe pro Zukauf: _____

Gesundheitszustand der bezogenen Tiere:

Beanstandungen: ☐ ja ☐ nein

Untergewichtige Tiere (%)	Verletzte Tiere (%)	Sonstige Problemtiere (%)

Impfungen im Herkunftsbetrieb:

☐ keine Impfung ☐ M. hyo. ☐ PCV-2 ☐ PRRS ☐ PIA ☐ APP

☐ weitere Impfungen: _____

Stallbelegung:

☐ kontinuierlich, oder Rein/Raus-Verfahren: ☐ stallweise ☐ abteilweise

☐ Freilandhaltung ☐ Haltung mit Auslauf ☐ Sonstiges: _____

Absetzrhythmus:

☐ 1-Wochenrhythmus ☐ 2-Wochenrhythmus ☐ 3-Wochenrhythmus ☐ 4-Wochenrhythmus

☐ 5-Wochenrhythmus ☐ 6-Wochenrhythmus ☐ Sonstiges: _____

Besatzdichte und Gruppengröße in den einzelnen Stallabteilen:

Stallbezeichnung:	Max. Tiere pro Bucht:	Besatzdichte (m ² /Tiere)

Ausstattung der Ställe

		Betroffener Stall (Bezeichnung)
Boden:	☐ Teilspalten	
	☐ Vollspalten	
	☐ planbefestigt	
	☐ Einstreu	
	☐ Sonstiges*	
Lüftungstechnik:	☐ Unterdruck	
	☐ Überdruck	
	☐ Sonstiges*	
Zuluft über:	☐ Decke	
	☐ Wand	
	☐ Dach	
	☐ Sonstiges*	
Abluft über:	☐ Einzelabsaugung	
	☐ Zentralabsaugung	

	☐ Oberflurabsaugung	
	☐ Unterflurabsaugung	
	☐ Sonstiges*	
Heiztechnik:	☐ Heizgeräte	
	☐ Fußbodenheizung	
	☐ Wandheizung	
	☐ Sonstiges*	

* bei Sonstiges bitte näher erläutern um was es sich handelt

Luftqualität

Einstalltemperatur: _____ °C

Ausstelltemperatur: _____ °C

Aufheizdauer für Einstallung:

☐ <5 Stunden ☐ 5-12 Stunden ☐ 12-24 Stunden ☐ >24 Stunden

Wie oft werden Lüftungseinstellung kontrolliert/geändert?

☐ <2x jährlich ☐ 2x jährlich ☐ 3x jährlich ☐ 4x jährlich ☐ >4x jährlich

☐ keine Kontrollen

4. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Futterherkunft:

☐ Eigenmischung, Futterkomponenten: _____

☐ Zukauf von Fertigfutter

Ansäuerung des Futters: ☐ nein ☐ ja, mit: _____

Fütterungstechnik: ☐ Trockenfutterautomat ☐ Breifutterautomat ☐ Flüssigfütterung
☐ Sonstiges: _____

Anzahl Tiere pro Fressplatz: _____

Wasserherkunft: ☐ eigener Brunnen ☐ öffentliches Netz

Leitungssystem: ☐ Stichleitung ☐ Ringleitung

Tränkesystem: ☐ Nippeltränken ☐ Zapfentränken ☐ Tränkebecken
☐ Sonstiges: _____

Max. Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Wasserhygienisierung: ☐ nein

☐ ja, mit ☐ Chlordioxid ☐ Ameisensäure ☐ Propionsäure

☐ Sonstiges: _____

Liegen Befunde zur Wasserqualität vor? ☐ nein ☐ ja: _____

5. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Verabreichung: ☐ Injektion ☐ Futter lokal (top on) ☐ Futter zentral ☐ Wasser

Sonstiges: _____

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ☐ ja ☐ nein

Risikomanagementplan vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Spüleinrichtung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)

Zeitpunkt: ☐ bei Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ bei Ausstellung

Indikation: _____

Präparat: _____

6. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV:

Schutzkleidung vorhanden: ☐ nein ☐ für Betriebspersonal ☐ für betriebsfremdes Personal

Hygieneschleuse vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Duschpflicht für Personal/Besuch: ☐ nein ☐ ja

Gibt es eine Kadavertonne? ☐ nein ☐ ja, auf reiner Seite ☐ ja, auf unreiner Seite

Ist die Kadavertonne mit dem TKBA-Wagen erreichbar, ohne das Betriebsgelände zu betreten (z.B. von einer öffentlichen Straße)? ☐ nein ☐ ja

Ist die Kadavertonne dicht, so dass Hunde, Katzen und Schädlinge nicht hereinkönnen?

☐ nein ☐ ja

Desinfektionswannen vorhanden und in Verwendung: ☐ nein

☐ ja, direkt am Eingang zum Betrieb

Werden die Desinfektionswannen sofort bei offensichtlicher Verschmutzung gewechselt?

☐ nein ☐ ja

Gibt es Einschränkungen für betriebsfremde Personen, wann sie zuletzt auf einem schweinehaltenden Betrieb gewesen sein dürfen (=“schweinefrei“)?

☐ nein ☐ ja, mind. _____ Stunden schweinefrei

Interne Biosicherheit:

Vor jeder Neubelegung Reinigung/Desinfektion:

☐ Stall/Abteile Reinigungsmittel: _____

Desinfektionsmittel: _____

Routinemäßige Reinigung:

☐ Futtersilo ☐ Futteranlagen inkl. Leitungen ☐ Tränken/Wasserleitungen

☐ Lüftungskanäle ☐ Treibgänge/Verladerampen ☐ Arbeitsmittel

Erfolgskontrollproben zu den Reinigungs- & Desinfektionsmaßnahmen

(z.B. Abklatsch- oder Tupferproben): ☐ ja ☐ nein

Durchschnittliche Leerstandszeiten (Tage): _____

Regelmäßige Schädlingsbekämpfung: ☐ nein Ja, durch ☐ Fachfirma ☐ Betriebspersonal

Regelmäßige Fliegenbekämpfung: ☐ nein ☐ ja

7. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe im Bestand:

Impfstoff: _____

Impfzeitpunkt: _____

Parasitenbekämpfung: ☐ nein ja, gegen ☐ Ektoparasiten ☐ Endoparasiten

Sonstiges: _____

Tierbetreuung: ☐ grundsätzlich gleiche Person ☐ wechselnd/Hilfskräfte

Stunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung: _____

Abferkel- und Säugeperiode:

Werden die Sauen vor dem Einstallen in den Abferkelstall gewaschen? ☐ nie ☐ manchmal
☐ immer

Werden Saugferkel umgesetzt? ☐ nein ☐ ja, einmal ☐ ja, mehr als einmal
☐ ja, auch gelegentlich 4 Tage nach dem Absetzen

Wie oft werden vom Zeitpunkt der Geburt bis zum Absetzen zootechnische Maßnahmen (Kastrieren, Schwänze kürzen, Zähne schleifen, Impfungen) durchgeführt? _____ Mal

Gibt es Geräte, die auch auf anderen Betrieben eingesetzt werden? ☐ nein

☐ ja, diese: _____

8. Kenndaten:

Remontierungsrate (%): _____ Erstbelegungsalter in Tagen: _____

Trächtigkeitsdauer in Tagen: _____ Anzahl Würfe/Sau/Jahr: _____

Abferkelrate (%): _____ Abgesetzte Ferkel/Sau/Jahr: _____

Abgesetzte Ferkel/Wurf: _____ Anzahl lebendgeborener Ferkel/Wurf: _____

Saugferkelverluste (%): _____ Anteil untergewichtiger Ferkel bei Geburt (%): _____

Intervall Absetzen Rausche in Tagen: _____ Anteil umrauschender Sauen (%): _____

Säugezeit in Tagen: _____ Absetzgewicht (kg): _____

Futtermittelverbrauch/Ferkel: _____ kg/Ferkel

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Krankheitsgeschehen:

☐ kein Bestandsproblem ☐ geringes Bestandsproblem ☐ mittleres Bestandsproblem
☐ höheres Bestandsproblem ☐ hohes Bestandsproblem

Gewichtsausgeglichenheit: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ gut-befriedigend
☐ befriedigend ☐ ausreichend

Mortalitätsrate (%): _____

Art der Erkrankung:	Bestandsanteil:	Krankheitsbeginn:
☐ Husten	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Niesen	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Durchfall	☐ <25% ☐ 25-50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts

	☐ >50%	☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Meningitiden	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Lahmheiten	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Hautveränderungen	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Ohrveränderungen	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Schwanzbeißerei	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Abszesse	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Hernien	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt

		☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten
☐ Sonstiges:	☐ <25% ☐ 25-50% ☐ >50%	☐ bereits bei Aufstallung krank ☐ 1-2 Wochen nach Aufstallung ☐ Mitte des Produktionsabschnitts ☐ Ende des Produktionsabschnitts ☐ über gesamten Produktionsabschnitt ☐ zu unterschiedlichen Zeitpunkten

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

Weiterführende Diagnostik durchgeführt: ☐ nein ☐ ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)

Untersuchungsmaterial: _____

Untersuchungsmethode: _____

Untersuchungsergebnis/Erregernachweis: _____

Resistenztest: ☐ nein ☐ ja

Vermutete weitere Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (z.B. Begleitumstände):

Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:

Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:

10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Datum:

Unterschrift Tierärztin/-arzt:

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

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb

Umsetzung bis:

Impfung (Art, Zeitpunkt):	
Überprüfung/Änderung der Fütterung:	
Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung:	
Überprüfung/Änderung des Stallklimas:	
Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern:	
Änderung des Tierbezugs:	
Sonstige Maßnahmen:	

Tierhalter/in: ☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Tierärztin/arzt: ☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Ort, Datum

Verantwortliche Person des Betriebes