

Zum Bearbeiten bitte in die Felder klicken!

Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2 TAMG für die Tierart Schwein

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

VVVO-Nr.: _____

Kalenderhalbjahr: _____ Therapiehäufigkeit: _____

Betrieb, Name(n), Vorname(n)		verantwortliche Person	
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	
Telefon	Telefax	E-Mail	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes			
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung und Stallplätzen		Stallnummer/ -bezeichnung	Anzahl Stallplätze
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	Isolationsstall am gleichen Standort ☐ ja ☐ nein		
Anzahl Sauen		Anzahl Jungsauen	

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name:	Anschrift:		
VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag	☐ ja	☐ nein
Weitere tierärztliche Betreuung:		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Weitere Berater (ggf. Anlage):		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Integration:		☐ ja	☐ nein

3. Angaben zur Tierhaltung

QS-System-Teilnehmer:	☐ nein	☐ ja	Sonstiges: _____
Bio-Siegel:	☐ nein	☐ ja, welches:	_____
Tierwohlteilnahme:	☐ nein	☐ ja	Sonstige Programme: _____
Zukauf / Verkauf:	☐ geschlossenes System	☐ Zukauf	Anzahl Herkünfte: _____
Alter und Gewicht bei Einstellung (Jungsauen):			

Besatzdichte bei Gruppenhaltung (m²/Tier): _____	Tiere pro Bucht _____
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):	
Boden: ☐ Vollspalten ☐ Teilspalten ☐ Betonspalten ☐ Kunststoffspalten ☐ Stroh ☐ planbefestigt ☐ Sonstiges _____	
Beschäftigungsmaterial: ☐ Kette ☐ Kette / Holz ☐ Seil ☐ Heu / Stroh	
Abferkelbuchten ☐ konventionelle Buchten ☐ Bewegungsbuchten ☐ Freie Abferkelung Anzahl Abferkelbuchten: _____ Anzahl Abferkelplätze: _____	
Absetzrhythmus ☐ 1-Wochenrhythmus ☐ 2-Wochenrhythmus ☐ 3-Wochenrhythmus ☐ 4-Wochenrhythmus ☐ 5-Wochenrhythmus ☐ 6-Wochenrhythmus ☐ Sonstiger Rhythmus: _____	
Durchschnittliches Absetzalter _____ Tage Durchschnittliches Absetzgewicht _____ kg/Tier	
Waschung der Sauen vor Einstellung in Abferkelbereich ☐ nie ☐ manchmal ☐ immer Umsetzung der Saugferkel ☐ nein ☐ ja, einmal ☐ ja, mehrmals	
Zootechnische Maßnahmen ☐ Kastrieren ☐ Schwänze kürzen ☐ Zähne schleifen	
Kenndaten	
Remontierungsrate _____ %	Abgesetzte Ferkel _____ pro Sau/Jahr
Trächtigkeitsdauer _____ Tage	Anzahl Würfe _____ pro Sau/Jahr
Abferkelrate _____ %	Anzahl lebendgeborener Ferkel _____ pro Sau/Jahr
Erstbelegungsalter _____ Tage	

4. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):	
Lüftungsart: ☐ freie Lüftung ☐ Zwangslüftung ☐ Deckenlüftung ☐ Türganglüftung ☐ Unterflurabsaugung ☐ _____	
Heiztechnik Wartebuchten: ☐ Heizkanone ☐ Konvektor ☐ Deltarohre ☐ _____	
Heiztechnik Abferkelstall: ☐ Wärmelampe ☐ beheizte Bodenplatte ☐ _____	
Stallklimacheck: ☐ regelmäßig ☐ bei Bedarf	

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Breiautomat | ☐ Trockenautomat | ☐ Flüssigfütterung | ☐ Sonstige _____ |
| ☐ Trockenfütterung | ☐ Abruffütterung | ☐ Raufutter Sau | |
| ☐ mehlförmig | ☐ granuliert | ☐ pelletiert | _____ |

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____

Zufütterung der Ferkel mit

Einsatz künstliche Amme

☐ ja ☐ nein

Natürliche Amme

☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Milch

☐ ja ☐ nein

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Brunnenwasser | ☐ Stadtwasser | ☐ letzte Wasseruntersuchung am: _____ |
|--|--------------------------------------|--|

Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Art der Tränke: _____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Injektion | ☐ Futter | ☐ Wasser | |
| ☐ Mischer / Vorbehälter | ☐ Dosierer | ☐ tiernah | ☐ lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen) |

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?

☐ ja ☐ nein

Risikomanagementplan vorhanden?

☐ ja ☐ nein

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:

Art der Schutzkleidung: _____

Art der Hygieneschleuse: _____

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden: ☐ nein ☐ ja, mit: _____

Art und Umfang der internen Biosicherheit:

Reinigung Stall: ☐ nein ☐ ja, mit (Reinigungsmittel) _____

☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma

Desinfektion Stall: ☐ nein ☐ ja, mit (Desinfektionsmittel) _____

☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma

Wasserleitungen: ☐ Reinigung ☐ Desinfektion mit _____

☐ nach Antibiotika-Gabe ☐ routinemäßig

Fütterungseinrichtungen: ☐ Reinigung Futterleitungen ☐ Reinigung Futterschalen

☐ Reinigung Futtersilo ☐ nach Antibiotika-Gabe

Schädlingsbekämpfung: ☐ Fachfirma ☐ durch Betriebspersonal (selbst)

Dokumentation vorhanden ☐ nein ☐ ja

Absonderungsmöglichkeit

Eigenes Ammenabteil: ☐ nein ☐ ja

Krankenbucht: ☐ nein ☐ ja, Anzahl _____

☐ mit Stroh ☐ mit Gummimatte ☐ Sonstiges: _____

☐ sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement

Impfschema Zuchtschweine:

Impfschema Saugferkel:

Behandlung gegen: Endoparasiten ☐ ja ☐ nein Ektoparasiten ☐ ja ☐ nein

☐ Sonstiges: _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

☐ Atemwege

☐ Verdauungsapparat

☐ Bewegungsapparat

☐ ZNS

☐ Gesäuge

☐ Geschlechtsapparat

☐ Sonstiges: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Verlustrate in %: _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung, Befunde Schlachthof):

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

☐ **Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde als Kopie)

☐ **Sektion** (Befunde als Kopie)

☐ **Sonstiges**

10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum: _____ Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

Unterschrift nicht vergessen!

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.
(bitte streichen, falls nicht gewünscht)

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Maßnahmen (z.B.: Impfung, Verbesserung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)

Zeitraum der Umsetzung

Unterschrift nicht vergessen!

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an die zuständige Behörde.