

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

unter 30kg **über 30 kg** (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
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Bestandsbesuche der betreuenden Tierarztpraxis im Erfassungszeitraum:		
Weitere Tierarztpraxen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater/innen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Anlage		ggf.
Name, Anschrift:		

3. Angaben zur Tierhaltung

Programmteilnahme:

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: _____

Art und Weise der Mast:

kontinuierlich, oder Rein/Raus-Verfahren: stallweise abteilweise

Freilandhaltung Haltung mit Auslauf Sonstiges: _____

∅ Anfangsgewicht (kg): _____ ∅ Endgewicht (kg): _____ ∅ Aufzucht-dauer(Tage): _____

∅ Umtriebe/Mastplatz: _____ ∅ Futtermittelnutzung: 1 / _____ ∅ Zunahme (g/Tag): _____

Phasenfütterung: einphasig zweiphasig dreiphasig mehrphasig

Besatzdichte und Gruppengröße in den einzelnen Stallabteilen:

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

Ausstattung der Ställe

		Betroffener Stall (Bezeichnung)
Boden:	<input type="checkbox"/> Teilspalten	
	<input type="checkbox"/> Vollspalten	
	<input type="checkbox"/> planbefestigt	
	<input type="checkbox"/> Einstreu	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges*	
Lüftungstechnik:	<input type="checkbox"/> Unterdruck	
	<input type="checkbox"/> Überdruck	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges*	
Zuluft über:	<input type="checkbox"/> Decke	
	<input type="checkbox"/> Wand	
	<input type="checkbox"/> Dach	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges*	
Abluft über:	<input type="checkbox"/> Einzelabsaugung	
	<input type="checkbox"/> Zentralabsaugung	
	<input type="checkbox"/> Oberflurabsaugung	

	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges*	
Heiztechnik:	<input type="checkbox"/> Heizgeräte	
	<input type="checkbox"/> Fußbodenheizung	
	<input type="checkbox"/> Wandheizung	
	<input type="checkbox"/> 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: Stickleitung 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 Ausstallung

Indikation: _____

Präparat: _____

6. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV:

Schutzkleidung vorhanden: nein für Betriebspersonal für betriebsfremdes PersonalHygieneschleuse vorhanden: nein jaDuschpflicht für Personal/Besuch: nein ja

Sonstiges: _____

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: neinJa, durch Fachfirma BetriebspersonalRegelmäßige Fliegenbekämpfung: nein jaGibt es eine Kadavertonne? nein ja, auf der unreinen Seite installiert ja, auf der reinen Seite installiertIst die Tonne mit dem TKBA-Wagen erreichbar, ohne das Betriebsgelände zu betreten (z.B. von einer öffentlichen Straße)? nein jaIst die Tonne dicht, so dass Hunde, Katzen und Schadnager nicht hereinkönnen? 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: _____

8. 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:
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Meningitiden	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Lahmheiten	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Ohrveränderungen	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts

	<input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Schwanzbeißerei	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Hernien	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> zu unterschiedlichen Zeitpunkten
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> bereits bei Aufstallung krank <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen nach Aufstallung <input type="checkbox"/> Mitte des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> Ende des Produktionsabschnitts <input type="checkbox"/> über gesamte Mast <input type="checkbox"/> 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:

9. 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

10. 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