



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

Absatzferkel bis 30kg  Mastschweine über 30 kg  
(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 | Telefon                      |

### 1. Angaben zum Betrieb

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Anschrift des Betriebsstandortes   |   |
| Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung |   |
| Anzahl Stallplätze gesamt:         | Sauenhalter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

### 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

| Name  | Anschrift | VVVO-Nr. | Betreuungs-Vertrag  |
|---|-----------|----------|---|
|   |           |          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |           |          |   |
| Name, Anschrift:  |           |          |   |
| Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |           |          |   |
| Name, Anschrift: <span style="float: right;">ggf. Anlage</span>             |           |          |   |

### 3. Angaben zur Tierhaltung

|   |  |
|---|--|
| <b>Art und Weise der Mast:</b> <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise<br><input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf <input type="checkbox"/> Freilandhaltung |  |
| <b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> _____ <b>Sonstiges:</b> _____   |  |
| <b>Zukauf / Verkauf :</b> <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____   |  |
| <b>Alter und Gewicht bei Einstallung:</b> _____ <b>Mastdauer:</b> _____   |  |
| <b>Besatzdichte:</b> _____ m <sup>2</sup> /Tier <b>Tiere pro Bucht :</b> _____  |  |
| <b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b> _____  |  |
| <b>Ausstattung der Ställe:</b>  |  |
| <b>Boden:</b> <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> Teilspalten <input type="checkbox"/> Betonspalten <input type="checkbox"/> Kunststoffspalten <input type="checkbox"/> Stroh<br><input type="checkbox"/> Sonstiges _____                 |  |
| <b>Beschäftigungsmaterial:</b> <input type="checkbox"/> Kette <input type="checkbox"/> Kette / Holz <input type="checkbox"/> Seil <input type="checkbox"/> Heu / Stroh  |  |
| <b>Sonstiges:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Anzahl</b> (pro Bucht) _____  |  |

#### 4. Angaben zu Klimatechnik

##### Lüftungs- und Heizungstechnik:

- Zwangslüftung    Deckenlüftung    Türganglüftung    freie Lüftung  
 Unterflurabsaugung    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
 Heizkanone    Konvektor    Deltarohre    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Überprüfung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

#### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

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

- Breiautomat    Trockenautomat    Flüssigfütterung    Sonstige \_\_\_\_\_  
 mehlförmig    granuliert    pelletiert  
Anzahl Tiere pro Futterplatz: \_\_\_\_\_

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

- Brunnenwasser    Stadtwasser    Wasseruntersuchung \_\_\_\_\_  
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 nach SchHaltHygV

Art der Schutzkleidung \_\_\_\_\_  
Art der Hygieneschleuse \_\_\_\_\_

##### Art und Umfang der internen Biosicherheit:

- Reinigung Stall    Desinfektion Stall  
**Wasserleitungen:**  Reinigung    Desinfektion    routinemäßig    nach Antibiotika-Gabe  
**Fütterungseinrichtungen:**  Reinigung Futterleitungen    Reinigung Futtertröge  
 routinemäßig    nach Antibiotika-Gabe  
 Reinigung Futtersilo  
 Schädlingsbekämpfung:    durch Fremdfirma    selbst

##### Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

- Krankenbucht    nein  
 ja, Anzahl \_\_\_\_\_  
 mit Gummimatte    mit Stroh    sonstiges \_\_\_\_\_  
 sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_

## 8. Gesundheitsmanagement

### Immunprophylaxe (Impfschema):

vorgeimpft beim Ferkelerzeuger mit \_\_\_\_\_

im Bestand geimpft mit \_\_\_\_\_

**Behandlung gegen:** **Endoparasiten**  ja  nein      **Ektoparasiten**  ja  nein

sonstiges \_\_\_\_\_

## 9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat  Sonstiges \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: \_\_\_\_\_

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

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

**Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde ggf. als Kopie)

**Sektion** (Befunde ggf. als Kopie)

**Sonstiges**

## 10. 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 Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.  
(bitte streichen, falls nicht gewünscht)

## 11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

| <b>Maßnahmen</b> (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen) | <b>Zeitraum der Umsetzung</b> |
|--|-------------------------------|
|  |                               |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an das zuständige Veterinäramt.