

Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 TAMG für die Nutzungsart Schwein („Antibiotika-Minimierungsplan“)

1. Angaben zum Betrieb

Saugferkel Absatzferkel < 30 kg Zuchtschweine Mastschweine > 30 kg

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: _____ Therapiehäufigkeit (TH): _____

TH vorhergehendes Kalenderhalbjahr TH < K1 TH > K1 < K2 TH > K2

Name und Anschrift der tierhaltenden Person	Anschrift des Betriebs (falls abweichend)
VVVO-Nr.:	
Telefon	E-Mail
Betreuende Tierarztpraxis:	
Weitere Tierarztpraxis bzw. Berater*in, sofern vorhanden:	

2. Angaben zur Tierhaltung

Art der Mast: <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise <input type="checkbox"/> kontinuierlich
Herkunft der zugekauften Tiere: <input type="checkbox"/> kein Zukauf <input type="checkbox"/> ein Betrieb <input type="checkbox"/> mehrere Betriebe → Anzahl der Betriebe: ____
Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:
Dauer der Leerstandszeit (in der Regel):
Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Kalenderhalbjahr:
Max. Besatzdichte im Kalenderhalbjahr (m²/Tier):
Ausstattung/Einrichtung des Stalls/der Ställe: Boden: <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> Teilspalten <input type="checkbox"/> Betonspalten <input type="checkbox"/> Kunststoffspalten <input type="checkbox"/> Stroh <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Beschäftigungsmaterial: <input type="checkbox"/> Kette <input type="checkbox"/> Kette / Holz <input type="checkbox"/> Seil <input type="checkbox"/> Heu / Stroh

Sonstiges:

Lüftungs- und Heizungstechnik:

- Zwangslüftung Deckenlüftung Türganglüftung freie Lüftung Unterflurabsaugung
 Heizkanone Konvektor Deltarohre
 Sonstiges:

Überprüfung am: _____ durch: _____

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

- Breiautomat Trockenautomat Flüssigfütterung Sonstiges _____
 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: _____

Angaben zur Hygiene

Stallspezifische Schutzkleidung: ja nein

Tierbetreuung: grundsätzlich die gleichen Personen wechselnde Personen/Hilfskräfte

Hygieneschleusen: vorhanden nicht vorhanden

Krankenbuchten: nein ja, Anzahl _____ mit Gummimatte Stroh Sonstiges _____
 sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

Art und Umfang der internen Biosicherheit: Reinigung Stall Desinfektion Stall

Wasserleitungen: Reinigung Desinfektion routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futtertröge Reinigung Futtersilo
 routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Schädlingsbekämpfung: in Eigenregie durch Fremdfirma

Sonstiges:

3. Anwendung von Antibiotika

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

Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

- Injektion Futter Wasser lokale Anwendung
 Dosiergerät Händisches Einmischen (Trog) Händisches Einmischen (Mischer)

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

4. Gründe für die Überschreitung der Kennzahl 2 und Angaben zur Tiergesundheit

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen (z. B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, Behandlung):

Tierverluste (Anzahl)

Im Kalenderhalbjahr: _____ Im vorhergehenden Kalenderhalbjahr: _____

Diagnostikmaßnahmen und Laborbefunde/Resistenzteste:

Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:

Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen)

5. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum, Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes

6. Beabsichtigte Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes

Impfung (Art und Zeitpunkt):

Klima/Lüftungcheck (durch wen, wann?):

Fütterung überprüfen (durch wen, wann?):

Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?):

Hygienekonzept, z. B. Schädnerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc. (durch wen, wann?):

Sonstige Maßnahmen (was, wann?):

Zeitraum für die Umsetzung der Maßnahmen (Ergänzung um Zeitplan, sofern mehr als 6 Monate erforderlich sind):

Datum, Unterschrift der Betriebsleitung