

Schriftlicher Plan nach § 58 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 TAMG i.V.m. § 4 ABAMVerwV	Für Halbjahr:
Maßnahmenplan – Schwein Zuchtsauen (≥ 85 Sauen)	Therapiehäufigkeit (TH) vorangegangenes Halbjahr: <input type="checkbox"/> TH < K1 <input type="checkbox"/> TH > K1 < K2 <input type="checkbox"/> TH > K2

Hinweis: Die Verwendung des vorliegenden Formulars erfolgt freiwillig. Der Maßnahmenplan muss die Inhalte gemäß § 4 Antibiotika-Arzneimittel-Verwendungs-Verordnung enthalten. Er ist dem zuständigen Veterinäramt schriftlich oder elektronisch für ein erstes Erfassungshalbjahr bis zum 1. Oktober und für ein zweites Erfassungshalbjahr bis zum 1. April des Folgejahres zu übermitteln.

Angaben zum Unternehmer	1. Angaben zum Betrieb		
	Registriernummer nach VVVO:	Firmenstempel:	
	Tierhalter/in: Name, Vorname		
	Postanschrift		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnummer:		
	Telefon:	*Telefax:	*E-Mail:
	Standortadresse		
	Straße, Hausnummer:		
	PLZ, Ort:		
Ställe mit Stallbezeichnung:		Anzahl der Stallplätze gesamt:	

Angaben zu betreuenden Tierärzten/innen	2. Beratungen beim Maßnahmenplan durch Tierärztin/Tierarzt / Berater/-in		
	Name, Vorname:	Praxisanschrift (evtl. Stempel):	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Weitere Tierärzte/innen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	*Berater/-in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Name, Vorname:	Anschrift:	
Bestandsbetreuung	Besuche im letzten Jahr:		

*freiwillige Angabe

Gemeinsame Empfehlung: MLR, STV RPT, LSZ Boxberg, LAZ BW, LBV-BW, BLHV, TGD BW, Veterinäramter BW und LTK BW
Stand: 4. März 2026

Angaben zum Betrieb	Hinweis: Sollten die Antibiotikaaanwendung näher beschrieben werden, sind die Freitextfelder mit der Beschriftung <u>Weitere Beschreibungen</u> zu verwenden.			
	3. Angaben zur Tierhaltung			
	3.1 System des Zu- oder Verkaufs der Tiere			
	<input type="checkbox"/> Geschlossenes System <input type="checkbox"/> Ferkelerzeugung <input type="checkbox"/> Zukauf, Anzahl der Herkunftsbetriebe: Isolierstall: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fläche je Tier: m ² Quarantänedauer:			
	<u>Weitere Beschreibung</u> des Systems von Zu- oder Verkauf der Tiere:			
	Anzahl Sauen: Anzahl Jungsauen: Anzahl Eber:			
	<input type="checkbox"/> Zukauf Jungsauen <input type="checkbox"/> Eigenremontierung Remontierungsrate:		<input type="checkbox"/> Spermazukauf <input type="checkbox"/> Bestandseber <input type="checkbox"/> Sucheber	
	3.2.1 Art und Weise der Haltung			
	Verfahren:	<input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> mit Auslauf	<input type="checkbox"/> stallweise <input type="checkbox"/> Freilandhaltung
	Wochen-Rhythmus:	<input type="checkbox"/> 1-Woche Sonstiges:	<input type="checkbox"/> 3-Wochen	<input type="checkbox"/> 5-Wochen
	Teilnahme an Programmen:	QS-System: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Biosiegel:	Sonstiges:
	<u>Weitere Beschreibung</u> der Art und Weise:			
	3.2. Besamungsmanagement			
	<input type="checkbox"/> Natursprung <input type="checkbox"/> Besamung <input type="checkbox"/> Brunst-Syncron.		<input type="checkbox"/> Spermazukauf <input type="checkbox"/> Duldungsorientierte Besamung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Umrauschquote:			
Trächtigkeitsuntersuchung:				
3.3 Deckzentrum- und Wartesauenmanagement				
<input type="checkbox"/> Arena	<input type="checkbox"/> Wechselgruppen	<input type="checkbox"/> dynamische Gruppen	Gruppen nach Kondition eingeteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Betrieb	3.4 Besatzdichte Deckzentrum und Wartestall		
	Fläche im DZ je Sau:	m ²	
	Fläche im WS je Sau:	m ²	
	3.5 Geburtsmanagement		
	Durchschnittliche Geburtsdauer:		
	Geburtseinleitung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Spontangeburt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Manuelle Geburtshilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bei Bedarf
	Medikamenteneinsatz:	<input type="checkbox"/> Oxytocin	<input type="checkbox"/> PGF
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	3.6 Stallausstattung / Stalleinrichtung		
	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:
	Struktur Liegeflächen:		
	Beschäftigungs- material:	<input type="checkbox"/> Kette <input type="checkbox"/> Kette/ Holz <input type="checkbox"/> Seil	<input type="checkbox"/> Stroh/Heu <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anzahl Tier/BM:
	Abferkelbuchten:	<input type="checkbox"/> konventionelle Buchten	<input type="checkbox"/> Bewegungsbuchten <input type="checkbox"/> Freie Abferkelung
Lüftung:	<input type="checkbox"/> freie Lüftung <input type="checkbox"/> Zwangslüftung <input type="checkbox"/> Deckenlüftung <input type="checkbox"/> Türganglüftung	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Heizung:	<input type="checkbox"/> Heizkanone <input type="checkbox"/> Konvektor <input type="checkbox"/> Deltarohre	<input type="checkbox"/> Wärmelampe <input type="checkbox"/> beheizbare Bodenplatte <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Klimacheck:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	
3.7 Hygienemaßnahmen			
Externe Biosicherheit des Betriebes (SchHaltHygV):	Art der Schutzkleidung:		
	Art der Hygieneschleuse:		
Art und Umfang der internen Biosicherheit:	Reinigung Stall:	Desinfektion Stall:	
	Mittel:	Mittel:	
	Frequenz:	Frequenz:	

Angaben zum Betrieb	Wasserleitungen:	<input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion Material:	<input type="checkbox"/> belegter Stall <input type="checkbox"/> leerer Stall <input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
	Fütterungseinrichtungen:	<input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futtertröge	<input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
	Schädlingsbekämpfung:	<input type="checkbox"/> durch Fremdfirma <input type="checkbox"/> selbst	Dokumentation vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Entwurmung:	Endoparasiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Ektoparasiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Absonderungs- möglichkeiten für kranke Tiere:	Krankensucht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstige Absonderungsmöglichkeiten:	
	<u>Weitere Beschreibung</u> der Absonderung:		
	3.8 Futtermittelversorgung		
	Art der Fütterung:	<input type="checkbox"/> Breiautomat <input type="checkbox"/> Trockenfütterung <input type="checkbox"/> Trockenautomat <input type="checkbox"/> Abruffütterung <input type="checkbox"/> Flüssigfütterung <input type="checkbox"/> Raufutter <input type="checkbox"/> ad libitum <input type="checkbox"/> sensorgesteuert	<input type="checkbox"/> mehlförmig <input type="checkbox"/> granuliert <input type="checkbox"/> pelletiert
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Fütterung Muttersau (MMA-Prophylaxe): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Futterherkunft:	<input type="checkbox"/> eigenes Getreide <input type="checkbox"/> Zukauf Fertigfutter <input type="checkbox"/> Zukauf Getreide <input type="checkbox"/> Zukauf Ergänzter	<input type="checkbox"/> Zukauf Mineralfutter	
Mischer:	<input type="checkbox"/> eigener Mischer <input type="checkbox"/> Fremd-Mischer		
Tier-Futterplatz- verhältnis:			
<u>Weitere Beschreibung</u> der Fütterung (Eigenes Getreide, Zukauf):			

Angaben zum Betrieb	3.9 Wasserversorgung			
	Art der Wasserversorgung:	<input type="checkbox"/> Brunnenwasser	<input type="checkbox"/> Stadtwasser	<input type="checkbox"/> Wasseruntersuchungen
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	Anzahl Tiere pro Tränke:			
	Art der Tränke:	<input type="checkbox"/> Nippeltränke	<input type="checkbox"/> Trogtränke	<input type="checkbox"/> Aqualevel
		<input type="checkbox"/> Mutter-Kind Tränke	<input type="checkbox"/> Trogfluter	
		<input type="checkbox"/> Durchflussrate:		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
	<u>Weitere Beschreibung:</u>			
	3.10 Art und Weise der Verabreichung von Arzneimitteln, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten			
Art der Verabreichung:	<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Futter	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray)
	<input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer	<input type="checkbox"/> tiernah	
Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Risikomanagementplan vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<u>Weitere Beschreibung</u> der Verabreichung von Arzneimitteln:				

Mutmaßliche Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2	4. Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2			
	Schwerpunkt(e) der Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Gesäuge
		<input type="checkbox"/> Verdauungsapparat	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> Geschlechtsapparat
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	Nähere Angaben zum Krankheits-geschehen (ggf. Anlage Nr. ____):			
	Durchgeführte Diagnostik, inkl. Befunde (ggf. Anlage Nr. ____):			
<input type="checkbox"/> Erregernachweis / Resistenztest:				

Mutmaßliche Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2	<input type="checkbox"/> Blutproben:
	<input type="checkbox"/> Sektion:
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
	Anzahl verendeter oder getöteter Saugferkel (ggf. Anlage Nr. ____):
	Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:
	Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Kalenderhalbjahr:
	Bestehende Prophylaxeprogramme (z.B. Impfungen Herkunftsbetrieb, eigene Impfungen) (ggf. Anlage Nr. ____):

Tierärztliche Beratung	Ergebnis der Beratung:
	Datum:
	Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes	Maßnahmen:	Zeitraum der Umsetzung:
	Ggf. Zeitplan (nur erforderlich bei Umsetzung der Maßnahmen von <u>länger als 6 Monate</u>):	

Ort, Datum

Verantwortliche/r des Betriebs