



## Checkliste Landwirtschaft Schwein (SPOTAUDIT)

Angaben zum Audit			
Systempartner			
Auditierte Standorte			
Zusätzliche Standortinformationen, z.B. Bündler, Kennnummern o.ä.			
Name der Auskunftsperson			
Systemaudit	Erstaudit	<input type="checkbox"/>	Folgeaudit <input type="checkbox"/>
Spotaudit	X		
Stichprobenaudit	<input type="checkbox"/>		
Sonderaudit	<input type="checkbox"/>		
Parallelaudit	<input type="checkbox"/>		
Auditdatum (von)		Auditdatum (bis)	
Auditanzfang (hh:mm)		Auditende (hh:mm)	
Auditdauer (hh:mm)			
Kombiaudit (Norm/Standard/Programm)			
Zertifizierungsstelle			
Nachname, Vorname des Auditors			
Wdh D-Abw./General-K.O.	<input type="checkbox"/>	Bemerkung wdh D-Abw./ General-K.O.	
Kommentare			
<b>Vorläufiges Auditergebnis</b>			<b>Anzahl der vereinbarten Korrekturmaßnahmen</b>

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en Auditor/en

Ich bestätige die Angaben zum Betrieb und zur Durchführung des Audits.  
Eine Kopie des Auditberichts (mind. des Deckblattes) und des Maßnahmenplans habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betriebsverantwortlicher



### Angaben zum Betrieb - Schweinehaltung

Name des Betriebes	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Telefon-/Telefaxnummer	
Email	
QS-Standortnummer (VVVO-Nr.)	
Angemeldete Produktionsart-Nr.	
QS-Identifikationsnummer	
Name des Verantwortlichen	
Name des Bündlers	

**Geltungsbereich - Schweinehaltung (# Pflichtfelder; ## auch Zugang zu Einrichtungen im Freien oder Offenstallhaltung: gilt für die Produktionsarten 2001, 2002, 2008; Anzahl Plätze = maximal belegbare Plätze)**

Produktionsart	Produktionsart- Nummer	Stall- haltung #	Anzahl Plätze	Freiland- haltung <sup>#</sup> , ##	Anzahl Plätze
<b>Schweinehaltung</b>					
	Schweinemast	2001			
	Jungsauen- / Eberaufzucht	2002			
	Sauenhaltung und Ferkel bis zum Absetzen	2004			
	Ferkelaufzucht	2008			

### Zusatzinformationen - Schweinehaltung

	ja	nein
Selbstmischer		
Einsatz gewerblicher fahrbarer Mahl- und Mischanlagen		
Tiertransport (eigene Tiere, eigene Fahrzeuge)		
Tiertransport bis 50 km		
Tiertransport bis 65 km		
Tiertransport über 65 km		



Betrieb: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
<p><b>* = Für dieses Kriterium ist unabhängig von der Bewertung anzugeben, anhand welcher Nachweise und/oder Prüfgegenstände die Einhaltung kontrolliert worden ist.</b></p>										
<p><b>2 Allgemeine Anforderungen</b></p>										
<p><b>2.1 Allgemeine Systemanforderungen</b></p>										
2.1.1 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Betriebsdaten						
2.1.2	1	Sc		Durchführung und Dokumentation der Eigenkontrolle *					X	
2.1.3	1	Sc		Umsetzung der Maßnahmen aus der Eigenkontrolle					X	
2.1.4	1	Sc		Ereignis- und Krisenmanagement					X	



Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
<b>a 3 Anforderungen an die Tierproduktion</b>										
<b>a 3.1 Rückverfolgbarkeit und Kennzeichnung</b>										
a 3.1.1	1	Sc		Betrieblicher Zukauf und Wareneingang					X	
a 3.1.2	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Kennzeichnung und Identifizierung der Tiere					X	
a 3.1.3	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Herkunft und Vermarktung *					X	
a 3.1.4	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Bestandsaufzeichnungen *					X	
<b>a 3.2 Tierschutzgerechte Haltung</b>										
a 3.2.1 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Überwachung und Pflege der Tiere *						
a 3.2.2 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Allgemeine Haltungsanforderungen *						



Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.2.3 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Umgang mit erkrankten und verletzten Tieren *						
a 3.2.4 SPOT	1	Sc		Stallböden						
a 3.2.5 SPOT	1	Sc		Stallklima, Temperatur, Lärmbelästigung, Lüftung						
a 3.2.6 SPOT	1	Sc		Beleuchtung *						
a 3.2.7 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Platzangebot *						
a 3.2.8 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Alarmanlage *						
a 3.2.9	1	Sc		Notstromaggregat					X	
a 3.2.10	1	Sc		Tiertransport					X	
a 3.2.11 SPOT	1	Sc		Transportfähigkeit						

Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.2.12 SPOT	1	Sc		Anforderungen an die Ver- und Entladeeinrichtungen für den Tiertransport						
a 3.2.13 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Umgang mit den Tieren beim Verladen						
a 3.2.14 Sc SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Beschäftigungsmaterial *						
a 3.2.15	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Ferkelkastration					X	
<b>a 3.3 Futtermittel und Fütterung</b>										
a 3.3.1 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Futtermittellieferung *						
a 3.3.2 SPOT	1	Sc		Hygiene der Fütterungsanlagen						
a 3.3.3 SPOT	1	Sc		Lagerung von Futtermitteln						
a 3.3.4	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Futtermittelbezug *					X	



Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.3.5	1	Sc		Zuordnung von Mischfuttermittel-Lieferungen (lose Ware) zu Standortnummern					X	
a 3.3.6	1	Sc		Futtermittelherstellung (Selbstmischer)					X	
a 3.3.7	1	Sc		Futtermittelherstellung in Kooperation					X	
a 3.3.8	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Einsatz fahrbarer Mahl- und Mischanlagen					X	
<b>a 3.4 Tränkwasser</b>										
a 3.4.1 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Wasserversorgung *						
a 3.4.2 SPOT	1	Sc		Hygiene der Tränkanlagen						
<b>a 3.5 Tiergesundheit/Arzneimittel</b>										
a 3.5.1	1	Sc		Tierärztlicher Betreuungsvertrag					X	



Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.5.2	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Umsetzung der Bestandsbetreuung *					X	
a 3.5.3	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Bezug und Anwendung von Arzneimitteln und Impfstoffen					X	
a 3.5.4 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Lagerung von Arzneimitteln und Impfstoffen *						
a 3.5.5 SPOT	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Identifikation der behandelten Tiere						
<b>a 3.6 Hygiene</b>										
a 3.6.1 SPOT	1	Sc		Gebäude und Anlagen						
a 3.6.2 SPOT	1	Sc		Betriebshygiene						
a 3.6.3 SPOT	1	Sc		Umgang mit Einstreu, Dung und Futterresten						
a 3.6.4 SPOT	1	Sc		Kadaverlagerung und -abholung *						





Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.6.5 SPOT	1	Sc		Schädlingsmonitoring und bekämpfung *						
a 3.6.6 SPOT	1	Sc		Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen						
a 3.6.7	1	Sc		Spezielle Hygieneanforderungen *					X	
<b>a 3.7 Monitoringprogramme</b>										
a 3.7.1 Sc	1	Sc		Salmonellenmonitoring: Dokumentation der Salmonellenkategorie					X	
a 3.7.2 Sc	1	Sc		Salmonellenmonitoring: Maßnahmen zur Reduzierung der Salmonellenbelastung *					X	
<b>a 3.8 Tiertransport</b>										
a 3.8.1	1	Sc		Anforderungen an den Transport von eigenen Tieren mit eigenen Fahrzeugen					X	
a 3.8.2 SPOT	1	Sc		Anforderungen an das Transportmittel						



Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
a 3.8.3	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Platzangebot beim Tiertransport *					X	
a 3.8.4 SPOT	1	Sc		Reinigung und Desinfektion von Transportmitteln						
a 3.8.5	1	Sc		Lieferpapiere					X	
a 3.8.6	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Zeitabstände für das Füttern und Tränken sowie Beförderungsdauer und Ruhezeiten (für Transport über 50km)					X	
a 3.8.7	1	Sc		Transportpapiere (für Tiertransporte über 50 km)					X	
a 3.8.8	1	Sc	<b>D=K.O.</b>	Befähigungsnachweis Fahrer/Betreuer (für Tiertransporte über 65 km)					X	
<b>g II VLOG-Zusatzmodul</b>										
<b>g II.1 Anforderung (nur relevant für Betriebe, die sich über ihren QS Bündler zum VLOG-Zusatzmodul angemeldet haben)</b>										
g II.1.1 SPOT	0	Sc		Anforderungen "Ohne Gentechnik"						



Qualitätssicherung. Vom Landwirt bis zur Ladentheke.



Betrieb: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Anforderung Nr.	Faktor	Filter <sup>1</sup>		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
* = Für dieses Kriterium ist unabhängig von der Bewertung anzugeben, anhand welcher Nachweise und/oder Prüfgegenstände die Einhaltung kontrolliert worden ist.										
<b>e I      Regionalfenster</b>										
<b>e I.1      Anforderung (nur relevant für Betriebe, die sich über ihren QS Bündler zum Regionalfenster angemeldet haben)</b>										
e I.1.1	1			Identifizierung regionaler Ware					X	
e I.1.2	1			Kennzeichnung von Lieferscheinen					X	



Betrieb: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Berechnung des vorläufigen Auditergebnisses

#### 1. Übertrag der Summen

Berechnung	A	B	C	D	E
(1) Anzahl Bewertungen					27
<b>Summe der Bewertungen (Ohne E-Bewertungen)</b>					

#### 2. Berechnung der Anteile C- und D-Bewertungen\*

<b>Anteil C-Bewertungen</b>		(Anzahl C-Bewertungen / Summe der Bewertungen) *100
<b>Anteil D-Bewertungen</b>		(Anzahl D-Bewertungen / Summe der Bewertungen) *100
<b>Anteil C- und D-Bewertungen</b>		Anteil C + Anteil D

#### 3. Vorläufiges Auditergebnis

**\*Status I:** Bei Überschreitung der 5 % Vorgabe wird dennoch Status I vergeben, sofern nur eine einzige C-Bewertung vorliegt  
**\*\*Status II:** Bei Überschreitung der prozentualen Vorgabe im Hinblick auf den Anteil D-Bewertungen wird dennoch Status II vergeben, sofern nur eine einzige D-Bewertung und keine C-Bewertung vorliegt

		Anteil C-Bewertungen	Anteil D-Bewertungen	Anteil C+D-Bewertungen	Auditergebnis
		max. 5,0%	0,0%		<b>QS-Status I*</b>
		max. 10,0%	max. 3,0%	max. 10%	<b>QS-Status II**</b>
		max. 20%	max. 10%	max. 20%	<b>QS-Status III</b>
<b>Anzahl K.O.</b>		<b>Audit nicht bestanden</b>			
	K.O.				
	General K.O./ Wiederholte D-Bewertung				



Qualitätssicherung. **Vom Landwirt bis zur Ladentheke.**



**Betrieb:**

**Datum:**

**Maßnahmenplan**

Hiermit bestätige ich, dass die nachfolgend aufgeführten Korrekturmaßnahmen zwischen mir und dem Auditor vereinbart wurden.

Die Zertifizierungsstelle ist spätestens mit Ablauf der im Maßnahmenplan festgelegten Frist über die Umsetzung einer Korrekturmaßnahme zu informieren

Ort, Datum

Unterschrift/en Auditor/en

Unterschrift Betriebsverantwortlicher

Lfd. Nr.	Anforderung Nr.	Bewertung (C, D, KO)	Beschreibung der Abweichung	Vereinbarte Korrekturmaßnahme	Betriebszweig (AGF,R,Sc)	Behebungsfrist
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						



Qualitätssicherung. **Vom Landwirt bis zur Ladentheke.**



**Betrieb:**

**Datum:**

**Überprüfung der Umsetzung der Korrekturmaßnahmen**

Ort, Datum

Unterschrift/en Auditor/en

Lfd. Nr.	Erfüllt	Nicht erfüllt	Ggf. Bemerkungen	Datum
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				