_____
_____
_____

Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsges. mbH
Geschäftsführung
Heiligenangerstraße 6
31812 Bad Pyrmont

Antrag auf Ausgleichszahlung für das Verbot des Einsatzes glyphosathaltiger Pflanzenschutzmittel im Heilquellenschutzgebiet Bad Pyrmont

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir bewirtschaften einen landwirtschaftlichen Betrieb. Im Heilquellenschutzgebiet Bad Pyrmont liegen ___ ha Ackerland und ___ ha Grünland meiner/unserer Betriebsfläche.

Diese Flächen werden bereits seit der Zeit vor dem 08.09.2021 / seit dem _____ von mir/uns bewirtschaftet.

Im Zuge der Umsetzung des Insektenschutzpaktes der Bundesregierung ist gemäß § 3b Abs. 5 der Pflanzenschutzanwendungsverordnung (PflSchAnwV) vom 02.09.2021 – in Kraft getreten am 08.09.2021- der Einsatz glyphosathaltiger Mittel bundesweit in Trinkwasser- und Heilquellenschutzgebieten ausnahmslos verboten. Damit gilt das ausnahmslose Verbot in diesen Schutzgebieten bereits jetzt, obwohl die Anwendung glyphosathaltiger Mittel in der Bundesrepublik Deutschland nach § 9 der Pflanzenschutz-Anwendungsverordnung generell erst ab dem 01.01.2024 verboten ist.

Gemäß § 52 Abs. 5 WHG i.V.m. §§ 94 Abs. 2, 93 Abs. 1 Satz 2 NWG hat der Begünstigte des Schutzgebietes -in diesem Falle also das Staatsbad- für gesetzliche Verbote des Einsatzes von Pflanzenschutzmitteln, die zu Ertragseinbußen und Mehraufwendungen bei der Bewirtschaftung führen, einen finanziellen Ausgleich zu leisten. Auch mein/unser landwirtschaftlicher Betrieb erleidet infolge des Verbots finanzielle Nachteile, insbesondere aufgrund von Mehraufwendungen bei der Bewirtschaftung und durch Ertragseinbußen.

Daher mache/n ich/wir einen finanziellen Ausgleich nach § 52 Abs. 5 WHG i.V.m. §§ 94 Abs. 2, 93 Abs. 1 Satz 2 NWG für alle Nachteile, die meinem/unserem landwirtschaftlichen Betrieb durch das Anwendungsverbot glyphosathaltiger Pflanzenschutzmittel gem. § 3b PflSchAnwV im Zeitraum vom 08.09.2021 bis 31.12.2022 treffen, in Höhe von insgesamt _____ EURO geltend.

Die Berechnung der geltend gemachten Ausgleichssumme entnehmen Sie bitte der als Anlage beigefügten Berechnung.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Betriebsinhaber (bei Gesellschaften vertretungsberechtigte Gesellschafter)