

Hier ist ein Musterwiderspruch, den du bei Ablehnung des GdB (oder bei zu niedrigem GdB) verwenden kannst. Du kannst ihn auch nutzen, wenn Merkzeichen nicht berücksichtigt wurden. Passe die eckigen Klammern bitte an.

[Vorname Nachname]
[Straße Hausnummer]
[PLZ Ort]

[Versorgungsamt / Landesamt ...]
[Anschrift der Behörde]
[PLZ Ort]

[Ort], [Datum]

Betreff: Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum] - Aktenzeichen [AZ] - Feststellung des Grades der Behinderung

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum], mir zugegangen am [Datum des Zugangs], ein.
Ich bin mit der Entscheidung nicht einverstanden, weil [der Antrag vollständig abgelehnt wurde / der Grad der Behinderung zu niedrig festgestellt wurde / beantragte Merkzeichen nicht festgestellt wurden]. Nach meiner Auffassung werden die bei mir bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf meinen Alltag und meine Teilhabe nicht ausreichend berücksichtigt.

Zugleich bitte ich um vollständige Akteneinsicht. Bitte übersenden Sie mir hierzu in Kopie sämtliche entscheidungserheblichen Unterlagen, insbesondere alle eingeholten ärztlichen Befundberichte, Stellungnahmen, Gutachten sowie interne medizinische Bewertungen und Vermerke, die Ihrer Entscheidung zugrunde liegen. Sofern eine Übersendung aus datenschutzrechtlichen Gründen nur an behandelnde Ärztinnen/Ärzte oder eine bevollmächtigte Person erfolgen soll, teilen Sie mir dies bitte kurzfristig mit.

Ich bitte außerdem um eine Frist zur Nachreicherung der Widerspruchsgrundierung nach Erhalt der Aktenunterlagen. Sobald mir die vollständige Akte vorliegt, werde ich die Begründung unter Bezugnahme auf die medizinischen Unterlagen detailliert ergänzen und erforderliche aktuelle Befunde nachreichen.

Bereits jetzt weise ich darauf hin, dass die Auswirkungen meiner gesundheitlichen Einschränkungen im täglichen Leben in Ihrem Bescheid aus meiner Sicht nicht hinreichend abgebildet sind. Insbesondere werden [hier kurz die wichtigsten Funktionsbereiche nennen, z. B. Mobilität, Belastbarkeit, Schmerzsymptomatik, psychische Stabilität, Konzentration, Greiffunktion, Gehstrecke, Orientierung, Anfallsleiden, Kommunikation etc.] nicht in der erforderlichen Tiefe gewürdigt. Auch die Wechselwirkungen mehrerer Erkrankungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen werden nach meiner Einschätzung nicht angemessen bewertet.

Falls in Ihrem Bescheid auf Unterlagen Bezug genommen wird, die veraltet sind oder meine aktuelle gesundheitliche Situation nicht abbilden, bitte ich darum, aktuelle Befundberichte bei meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten einzuholen und diese in der Neubewertung zu berücksichtigen. Meine behandelnden Stellen sind: [Name/Ort der Praxis oder Klinik, Fachrichtung, optional Patientennummer].

Ich beantrage daher, den Bescheid vom [Datum] aufzuheben bzw. abzuändern und den Grad der Behinderung unter Berücksichtigung sämtlicher Funktionsbeeinträchtigungen neu festzustellen. Soweit zutreffend beantrage ich zusätzlich die Feststellung folgender Merkzeichen: [Merkzeichen eintragen, falls relevant].

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen
[Unterschrift handschriftlich]
[Vorname Nachname]