Vorname, Nachname Ort, Datum

Straße Hausnummer

PLZ und Anschrift

**An die**

**Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg**

ZBB Cottbus

PF 15 60 21

03060 Cottbus

**Widerspruch wegen nicht amtsangemessener Versorgung**

Personal-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht gegen meine laufende Versorgung für das Jahr 2024 Widerspruch ein. Der Widerspruch erfasst rückwirkend auch die jeweilige monatliche Versorgung ab 1.1.2024. Zugleich damit wird beantragt, amtsangemessene höhere Versorgung nach den verfassungsrechtlichen Maßstäben des Artikels 33 Abs. 5 GG für den vergangenen Zeitraum ab 1.1.2024 und für die Zukunft zu gewähren.

Die Bearbeitung des Widerspruchs kann ruhen, bis über die unter gewerkschaftlicher Unterstützung angestrengten Musterverfahren zur Klärung der verfassungsgemäßen Versorgung der Beamten abschließend entschieden worden ist. Das Ruhen des Rechtsbehelfsverfahrens bitte ich zu bestätigen.

**Begründung:**

Die monatliche laufende Versorgung für das Jahr 2024 verletzt mein grundrechtsgleiches Recht auf amtsangemessene Versorgung gemäß Art. 33 Abs. 5 GG, weil die Versorgung nicht entsprechend den aus Art. 33 Abs. 5 GG abzuleitenden Maßstäben erfolgt, wie diese durch das Bundesverfassungsgericht in seiner ständigen Rechtsprechung bereits festgestellt sind (siehe insbesondere Urteil vom 5.5.2015, 2 BvL 17/09 u.a., BVerfGE 139, 64 ff. und Beschluss vom 17.11.2015, 2 BvL 19/09 u.a., BVerfGE 240 ff.;

*vgl. überdies den Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 22.10.2017, BVerwG 2 C 56.16 bis BVerwG 2 C 58.16, BVerwG 2 C 4.17, BVerwG 2 C 56.17).*

Die geltenden landesgesetzlichen Grundlagen verstoßen auch unter Berücksichtigung des Attraktivitätszuschlages gemäß Art. 3 des Gesetzes zur Anpassung der Besoldung und Versorgung und zur Änderung weiterer besoldungs- und versorgungsrechtlicher Vorschriften 2020 im Land Brandenburg *(GBl. I Nr. 14*) gegen Art. 33 Abs. 5 GG und sind daher verfassungswidrig, somit auch die auf dessen Grundlage in meinem Fall gewährte Versorgung für das Jahr 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname