



.. alles was Recht ist...

....Sozial-Info 01/2004



Änderungen zum 01. Januar 2004

1. Krankenversicherung:

Die nachstehend aufgeführten Änderungen betreffen alle **gesetzlich versicherten Personen**.

1. Zuzahlungsbefreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung zu Arznei - und Hilfsmitteln befreit mit Ausnahme der Fahrtkosten (hierzu mehr unter Fahrtkosten).

2. Zuzahlungen ab 01.01.2004

Praxisgebühr

Ab 1. Januar 04 müssen Versicherte **10,-- € Praxisgebühr** pro Quartal bezahlen. Weitere Behandlungen bei anderen Fachärzten erfolgen dann per Überweisung. Bitte achten Sie darauf, daß nur der Arzt Ihnen die Überweisungen ausstellen kann, der auch die Praxisgebühr erhalten hat.

Suchen Sie während des laufenden Quartals einen anderen Arzt ohne Überweisung auf, müßten Sie dann erneut 10,-- € Praxisgebühr bezahlen. Auch für telefonische Auskünfte muß zunächst die Praxisgebühr bezahlt werden (Beispiel: Sie lassen am 31.3.04 eine Blutentnahme durchführen und fragen die Ergebnisse am 1.4.2004 telefonisch ab. Hier ist also am 1.4.2004 erneut eine Praxisgebühr fällig). **Wenn Sie nicht gerade als Notfall zum Arzt kommen, muß dieser Sie ohne die Zahlung der Praxisgebühr nicht behandeln.** Sie erhalten von Ihrem Arzt eine Quittung über die Praxisgebühr, die Sie bitte unbedingt aufbewahren sollten.

Bei Inanspruchnahme des **Notarztes** wird bei jeder Behandlung die Praxisgebühr von **10,-- €** fällig. Benötigen Sie etwa 1 x pro Monat einen Notarzt (z.B. wegen Epilepsie), so ist hier jedes Mal die Praxisgebühr von 10,-- € zu zahlen. Bei Notfällen wird dieser Gebühr allerdings per Rechnung angefordert.

Da Sie den **Zahnarzt** nicht mit Überweisung aufsuchen können, ist auch hier die Praxisgebühr von 10,-- € zu zahlen.

Ausnahmen:

Die Praxisgebühr entfällt bei Überweisungen im gleichen Quartal; bei Kontrollbesuchen beim Zahnarzt; bei Vorsorge – und Früherkennungsuntersuchungen; bei Leistungen bei Schwangerschaft und bei Schutzimpfungen.

Arzneimittel

Hier betragen die **Zuzahlungen** 10 % der Kosten des Medikamentes – jedoch mindestens 5,-- € und maximal 10,-- €.

Beispiele:

Das Medikament kostet 75,-- € - Sie zahlen 10 % = 7,50 €

Das Medikament kostet 200,-- € - Sie zahlen den Höchstbetrag von 10,-- €

Das Medikament kosten 15,-- € - Sie zahlen den Mindestbetrag von 5,-- €

Die Kosten für **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** dürfen von der Krankenkasse mit einigen wenigen Ausnahmen, nicht mehr bezahlt werden. Medikamente für **Kinder bis zum 12. Lebensjahr** werden bezahlt, auch wenn sie nicht rezeptpflichtig sind.

Steht auf dem Rezept statt eines konkreten Arzneimittelnamens ein **Wirkstoff**, muß der Apotheker ein preisgünstiges Medikament abgeben.

Versicherte unter 20 Jahren erhalten **empfangnisverhütende Mittel**, wenn sie vom Arzt verordnet sind.

Apotheker dürfen künftig den **Versandhandel** anbieten.

Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Unabhängig von den Leistungen der häusl. Krankenpflege erhalten Versicherte eine **Haushaltshilfe**, wenn ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten oder stationären Kur einschl. Mütterkur oder auch wegen häusl. Krankenpflege selbst eine Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Im Haushalt muß bei Leistungsbeginn ein **Kind** leben, das noch nicht das **12. Lebensjahr** vollendet hat oder das **behindert** und auf Hilfe angewiesen ist (für behinderte Kinder ist hier keine Altersbegrenzung vorgesehen). Der Anspruch besteht nur, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die Kostenübernahme der Haushaltshilfe ist begrenzt auf **42,-- € pro Tag**. Der Versicherte hat hier eine **Zuzahlung** von 10 % der täglichen Kosten – mindestens 5,-- € - maximal 10,-- € pro Tag zu übernehmen. Die Zuzahlungen werden von der Krankenkasse erhoben. Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung ist von der Zuzahlung befreit.

Häusl. Krankenpflege

Der Versicherte erhält zur Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes **Grund - und Behandlungspflege** sowie hauswirtschaftl. Versorgung im erforderlichen Umfang soweit ärztl. verordnet für max. 4 Wochen. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse nach Begutachtung durch den med. Dienst die häusl. Krankenpflege auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Gem. dem Urteil des BSG vom 21.11.2002 kann die häusl. Krankenpflege auch in Schulen usw. erbracht werden. Sie muß also nicht grundsätzlich im eigenen Haushalt durchgeführt werden (z. B. Insulinspritzen, Katheterisieren). Häusliche Krankenpflege darf aber **nicht in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe** erbracht werden, wenn der Bewohner keine eigene Wohnung (Wohn-Schlafbereich und Kochmöglichkeit) nachweisen kann.

Anspruch auf häusl. Krankenpflege in Form von Behandlungspflege besteht außerdem, wenn sie zur Sicherung des Ziels ärztl. Behandlung erforderlich ist. Zusätzlich kann die Krankenkasse auch Grundpflege und hauswirtschaftl. Versorgung erbringen - sie wird dies aber höchstwahrscheinlich auf die Pflegeversicherung abwälzen.

Kann die Krankenkasse keine Pflegekraft stellen oder besteht ein Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten – hier ist die Erstattung allerdings auf **58,-- € pro Tag bzw. 7,25 € / Std.** beschränkt.

Die Zuzahlung beträgt **10,-- €** pro Verordnung von häuslicher Krankenpflege (bei Verlängerung der Verordnung sind erneut 10,-- € zu bezahlen) sowie 10 % der Kosten der Einzelleistung.

Beispiel:

häusliche Krankenpflege 2 x täglich in Form von
 Blutzuckermessung – Kosten 1,50 €
 Verabreichen der Insulinspritze – Kosten 2,50 €
 Verbandwechsel – Kosten 3,-- €
 Hausbesuchspauschale – Kosten 2,50 €
 Die Kosten belaufen sich auf 18,-- € / Tag
 Zuzahlung 10,-- € für die Verordnung und 10 % der Leistung = 1,80 € pro Tag

Die Zuzahlung ist begrenzt auf **28 Tage** pro Kalenderjahr – für darüber hinausgehende häusl. Krankenpflege entfallen weitere Zuzahlungen. Diese Zuzahlungen werden auch bei selbstbeschafften Pflegekräften abgerechnet.

Hilfsmittel**Sehhilfen**

Sehhilfen werden – von wenigen Ausnahmen abgesehen – aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Die Ausnahmeregelung gilt für Menschen mit schwersten Sehbeeinträchtigungen auf beiden Augen. Kinder und Jugendliche haben bis zum **18. Geburtstag** weiterhin einen Anspruch auf Sehhilfen (Brillengläser und Kontaktlinsen) bei medizinischer Notwendigkeit. Wird die Leistungen erst nach dem 18. Geburtstag erbracht, entfällt die Kassenleistung.

nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Für Rollstühle, Hörgeräte, Pflegebetten usw. beträgt die Zuzahlung **10 % des Abgabepreises** – mindestens 5,-- € - maximal 10,-- € pro Hilfsmittel. Der Abgabepreis beinhaltet auch die Beratung, Anpassung und Einweisung in das Hilfsmittel sowie eine evtl. Hausbesuchspauschale.

Reparaturen von Hilfsmitteln sind von der Zuzahlung ausgenommen.

zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Hier handelt es sich z.B. um Inkontinenzartikel wie Betteinlagen, Windelhosen oder Füllungen von Sauerstoffflaschen.

Hier sind **10 % des Abgabepreises** zu zahlen, jedoch max. 10,-- € pro Monat. Auch wenn die Versorgung erst Mitte eines Monats beginnt, sind hier max. 10,-- € für den ganzen Monat zu zahlen.

Heilmittel

Hier müssen zunächst **10,-- € je Verordnung** gezahlt werden und dann **10 % der Kosten** der einzelnen Leistungen (z.B. je Massage). Ist also außer Massage auch noch Fangopackung verordnet worden, sind für beide Leistungen je 10 % Zuzahlung zu entrichten.

Krankenhauszuzahlung

Die Zuzahlung beträgt **10,-- € pro Tag** – ist jedoch auf **28 Kalendertage** im Jahr begrenzt. Darüber hinaus gehende Krankenhausaufenthalte sind zuzahlungsfrei.

Kuren – Anschlußheilbehandlung

Die Zuzahlung beträgt **10,-- € pro Tag** – ist jedoch auf **28 Kalendertage** im Jahr begrenzt.

Stationäre Vorsorge und Rehabilitation

Die Zuzahlung beträgt **10,-- € pro Tag** – ohne zeitliche Begrenzung.

Medizinische Reha für Mütter und Väter

Die Zuzahlung beträgt **10,-- € pro Tag** – ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrkosten

Kosten für Taxi- und Mietwagenfahrten zur ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen (z.B. Dialysepatienten) übernehmen. Die Zuzahlung beträgt **10 % der Kosten**, mind. 5,-- € – max. 10,-- € je Fahrt. Diese Zuzahlungen sind auch von Kindern zu leisten.

Inhalt der Krankentransportrichtlinien vom **22.1.2004** ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder H (hilflos) haben, oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

Weiterhin sind die Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung:

Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Diese Liste ist nicht abschließend.

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis.

Zuzahlungsbefreiung für erwachsene Versicherte – Belastungsgrenzen

Die bisherigen Härtefallregelungen mit generellen Zuzahlungsbefreiungen entfallen zum 31.12.2003.

Grundsätzlich hat jeder Versicherte über 18 Jahren nicht mehr als **2 % des Bruttojahreseinkommens** für die v.g. Zuzahlungen auszugeben. Für den **Ehegatten** wird ein **Freibetrag von 4.347,-- €** gewährt, für jedes **familienversicherte Kind 3.648,-- €**.

Zu dem Bruttojahreseinkommen gehören alle Einkünfte der gesamten Familie, also Arbeitseinkommen, Rente, Zinseinkünfte und Mieteinnahmen.

Beispiel:

Familie mit 3 Kindern, 1 Alleinverdiener mit einem Bruttoeinkommen von 25.000,-- €/Jahr:

Bruttoeinkommen	25.000,-- €
Kinderfreibetrag (3 x 3.648,-- €)	10.944,-- €
Freibetrag Ehefrau	4.347,-- €
	9.709,-- € anzurechnendes Einkommen
davon 2 %	194,18 € Zuzahlungen pro Jahr

In diesem Beispiel wäre also bei Zuzahlungen von insgesamt **194,18 €** die gesamte Familie für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen zu befreien. Hier sollten also unbedingt alle Belege gesammelt werden. Zu viel geleistete Zuzahlungsbeträge werden von den Krankenkassen erstattet.

Sonderregelungen für Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung, Bundesversorgungsgesetz, Grundsicherungsgesetz und Heimbewohner

Diese Personen werden in den meisten Fällen die Voraussetzungen zur Zuzahlungsbefreiung in der Krankenversicherung erfüllen, wenn sie zunächst bis zur Höhe der Eigenbeteiligung

(2 % des Gesamtjahresbruttoeinkommens bzw. 1 % für chronisch Kranke geleistet haben). Als Grundlage für die Berechnung des Bruttoeinkommens gilt der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes gem. § 23 BSHG (für NRW 296,-- € / Monat x 12 Monate = 3.552,-- €). Hier würde die Zuzahlung also mind. 35,52 € bei chronisch Kranken oder 71,04 € bei 2% Zuzahlung betragen. Evtl. Arbeitseinkommen ist zu diesem Betrag noch hinzuzurechnen.

Die Zuzahlungsbefreiung ist nach Erreichen der Zuzahlungsgrenze bei der Krankenkasse zu beantragen.

Chronisch kranke Personen

Für chronisch Kranke gilt folgende Sonderregelung: Ist der Versicherte wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung und hat er im Laufe des Jahres Zuzahlungen bis zu 1 % des Jahresbruttoeinkommens aufgebracht, wird er für die weitere Dauer dieser Behandlung von diesen Zuzahlungen völlig freigestellt. Die Festlegung der chronischen Erkrankungen wird zum 1.4.2004 erwartet.

Als **schwerwiegend chronisch krank** gilt seit dem **22.1.2004**, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und **außerdem** eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heilund Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Bei Erreichen der Zuzahlungsgrenze sollten Sie umgehend einen Antrag auf Befreiung bei Ihrer Krankenkasse stellen – dieser wird allerdings erst nach Verabschiedung der Regelungen für chronisch Kranke bearbeitet – bis dahin zu viel gezahlte Zuzahlungen werden erstattet.

2. Rentenbeiträge 2004 für pflegende Angehörige

Werte für die Zeit vom 1.1. – 31.12.2004– alte Bundesländer

Pflegestufe	Mindestpflegezeit pro Woche	beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr	monatlicher Rentenversicherungsbeitrag
I	mind. 14 Stunden	7.728,00 €	125,58 €
II	mind. 14 Stunden	10.304,00 €	167,44 €
II	mind. 21 Stunden	15.456,00 €	251,16 €
III	mind. 14 Stunden	11.592,00 €	188,37 €
III	mind. 21 Stunden	17.388,00 €	282,56 €
III	mind. 28 Stunden	23.184,00 €	376,74 €

Werte für die Zeit vom 1.1. – 31.12.2004 – neue Bundesländer

Pflegestufe	Mindestpflegezeit pro Woche	beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr	monatlicher Rentenversicherungsbeitrag
I	mind. 14 Stunden	6.495,96 €	105,56 €
II	mind. 14 Stunden	8.661,36 €	140,75€
II	mind. 21 Stunden	12.992,04 €	211,12 €
III	mind. 14 Stunden	9.744,00 €	158,34 €
III	mind. 21 Stunden	14.616,00 €	237,51 €
III	mind. 28 Stunden	19.488,00 €	316,68 €

3. Steuerrecht

Der **Grundfreibetrag** (steuerfreier Teil des Einkommens) beträgt ab 1.1.2004 **7.664,-- €**.

Die **Werbekostenpauschale** wird von 1.044,-- € auf **920,-- €** reduziert.

Der Steuerentlastungsbetrag für **echte Alleinerziehende** beträgt **1.308,-- € / Jahr**.

Die **Pendlerpauschale** wird auf **0,30 €** pro Entfernungskilometer gesenkt. Mehr als 4.500,-- € können nur als Werbungskosten abgesetzt werden, wenn der Arbeitnehmer einen PKW benutzt.

Der **Sparerfreibetrag** vermindert sich für Alleinstehende auf **1.370,-- €**; für Ehegatten auf **2.740,-- €**.

Im Rahmen der **Vermögensbildung** wird die Arbeitnehmersparzulage auf **18 %** der angelegten vermögenswirksamen Leistungen reduziert (alte Bundesländer) und auf einen **Höchstbetrag von 400,-- €** reduziert. In den neuen Bundesländern reduziert sich der Zulagesatz auf **22 %**.

Der **Grundfreibetrag im Kindergeldrecht** für erwachsene Kinder steigt auf **7.680,-- €**.

4. Berechnung der aktuellen Einkünfte und Bezüge gem. BFH – Urteil

VI R 40/98 vom 15.10.99

Bedarfsberechnung des behinderten Kindes bei Wohnheimunterbringung:

Grundbedarf	für 2002	für 2003	für 2004
	7.188,-- €	7.188,-- €	7.680,-- €
<i>Heimkosten pro Jahr (Pflegesatz x 365 Tage)</i>			
<i>./. Verpflegung gem. Sachbezugsverordn.</i>	<i>./. 2.311,20 €</i>	<i>./. 2.349,60 €</i>	<i>./. 2.373,-- €</i>
<i>Pflegebedarf (gezahltes tageweises Pflegegeld)</i>			
<i>Fahrtbedarf (Fahrkosten zur Abholung des Behinderten)</i>			
<i>Gesamtbedarf:</i>			

Einkommensberechnung des behinderten Kindes bei Wohnheimunterbringung:

	für 2002	für 2003	für 2004
<i>Heimkosten pro Jahr (Pflegesatz x 365 Tage)</i>			
<i>Taschengeld</i>	01-06/02 86,05 € 07-12/02 87,90 € 1.043,70 € / Jahr	01-06/03 87,90 € 07-12/03 88,80 € 1.060,20 €/Jahr	01-06/04 88,80 €
<i>Weihnachtsbeihilfe</i>	31,19 €	31,19 €	32,00 €
<i>Kleidergeld</i>	332,34 €	332,34 €	332,34 €
<i>Arbeitseinkommen aus WfB abzgl. Kostenbeitrag ./. Werbekosten- pauschale</i>	<i>./. 1.044,-- € / Jahr</i>	<i>./. 1.044,00 € / Jahr</i>	<i>./. 920,00 €</i>
<i>erhaltenes Pflegegeld</i>			
<i>erhaltene Fahrkosten</i>			
<i>./. Kostenpauschale</i>	<i>./. 184,00 €</i>	<i>./. 184,00 €</i>	<i>./. 180,00 €</i>
<i>Gesamteinkünfte:</i>			

5. Berechnung der aktuellen Einkünfte und Bezüge gem. BFH- Urteil
VI R 183/98 vom 15.10.99 – behinderte Kinder im Elternhaus bei Bezug von EU – Rente

Bedarfsberechnung des behinderten Kindes

	für 2003	für 2004
Grundbedarf	7.188,-- €	7.680,00 €
Behindertenpauschbetrag bei Hilflosigkeit	3.700,-- €	3.700,00 €
Pflegegeld z.B.	4.920,-- €	4.920,00 €
Gesamtbedarf:		

Einkünfte des behinderten Kindes

		für 2003	für 2004
EU-Rente	Januar bis Juni		
EU-Rente	Juli – Dezember		
<i>./. Werbekostenpau- schale</i>		<i>./. 102,25 € /Jahr</i>	<i>./. 102,00 €</i>
Arbeitseinkommen			
<i>./. Werbekostenpau- schale</i>		<i>./. 1.044,-- € /Jahr</i>	<i>./. 920,00 €/Jahr</i>
<i>./. Kostenpauschale</i>		<i>./. 184,00 € /Jahr</i>	<i>./. 180,00 €/Jahr</i>
Mittagessen in WfB nach SachBezV		76,50 € / Monat = 918,-- € / Jahr *	77,25 € / Monat = 927,00 € / Jahr *
anzurechnende Einkünfte:			

*da der behinderter WfB-Mitarbeiter bei Rentenbezug meistens sein Mittagessen in der WfB selbst bezahlen muß, entfällt dann dieser Wert

Wenn der Bedarf die Einkünfte des behinderten Kindes übersteigt, besteht Anspruch auf Kindergeld.

6. Bezugsgröße 2004

Der von der WfB gezahlte Rentenversicherungsbeitrag entspricht nicht dem tatsächlichen Verdienst des Behinderten, sondern legt ein fiktives Bruttoeinkommen von 1.932,-- € / Monat (neue Bundesländer 1.624,-- € / Monat) für das Jahr 2004 zugrunde.

7. Betreuungsrecht

Bitte stellen Sie bis zum 31.3.04 den nachstehenden Antrag auf die pauschale Aufwandsentschädigung für die Betreuung Ihres volljährigen behinderten Angehörigen, wenn Sie amtlich bestellter Betreuer sind. Für Betreuung im Jahr 2003 wird noch der Betrag von 312,-- € erstattet, für das Betreuungsjahr 2004 reduziert sich dieser Betrag auf 180,-- €.

Erstattung der pauschalen Aufwendungen für Betreuer

Durch die Änderungen im e Betreuungs- und Unterbringungsrecht steht dem ehrenamtlichen Betreuer ab 1.1.99 eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 312,-- €/Jahr zu, wenn der Betreute/Behinderte **nicht** über eigenes Vermögen verfügt. Dieser Betrag ist bis zum **31.3.eines jeden Jahres** bei dem Amtsgericht anzufordern, bei dem die Betreuung geführt wird. Sind z.B. beide Elternteile als Betreuer bestellt, haben beide Anspruch auf je 312,-- € / Jahr - müssen hierzu aber jeder einen gesonderten Antrag stellen.

Der Antrag sollte wie folgt formuliert werden:

Absender: Name....., Anschrift....., Datum: z.B. 31.12.03

An das

Amtsgericht

AZ: (hier das Aktenzeichen (Geschäftsnummer der Bestellungsurkunde angeben)

Straße

PLZ Ort

Aufwandsentschädigung für die Betreuung des (Name und Anschrift des Behinderten) für das Jahr 2003

Aktenzeichen:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die von mir durchgeführte Betreuung des o.g. Betreuten beantrage ich für das Jahr 2003 die mir gem. § 1836 BGB zustehende Aufwandsentschädigung in Höhe von 312,00 €.

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf mein Konto Nr.

Mit freundlichen Grüßen