

06.01.2025

Vorbereitung auf eine Begutachtung zur Außerklinischen Intensivpflege (AKI) durch den Medizinischen Dienst (MD)

Rahmenbedingungen der Begutachtung	2
Begründung im Gutachten	2
Infokasten „Relevante Situationen“	2
Leitfragen und Fragestellungen in der Begutachtung	3
Notwendige Unterlagen	4
Dokumentation	4
Was passiert im Anschluss?	5
Abgrenzung von außerklinischer Intensivpflege zur Behandlungspflege und Grundpflege	6
Quellen und weiterführende Informationen	7
Anlage: Argumente zur Widerspruchsbegründung	9

Info

Dieses Dokument ist eine Zusammenfassung von Inhalten aus verschiedenen Quellen.

Es stellt die Sachverhalte verkürzt dar und dient der möglichst schnellen und einfachen Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Hinweis

Wenn Sie oder eine angehörige Person außerklinische Intensivpflege erhalten oder benötigen, bereiten Sie Ihre Unterlagen, die Dokumentation, die ärztlichen Berichte, etc. möglichst schon vor, **bevor** der MD einen Begutachtungstermin ankündigt. Dieser findet innerhalb von 3 Wochen nach der Ankündigung statt.

Wichtig: Nehmen Sie **jetzt Kontakt zu einer Fachanwaltskanzlei für Sozialrecht** auf. Besprechen Sie dort, was kurzfristig getan werden kann, falls der Anspruch auf AKI ab-erkannt wird. Sorgen Sie z. B. einen Widerspruch dafür, dass bis zur abschließenden Entscheidung weiterversorgt wird, oder benötigen Sie ggf. eine einstweilige Anordnung und wer trägt währenddessen das finanzielle Risiko?

Rahmenbedingungen der Begutachtung

Der MD ist als unabhängige Instanz zu Neutralität verpflichtet und überprüft im Auftrag der Krankenversicherung den Anspruch auf AKI in Bezug auf die **Indikation** und auf die Sicherstellung der **Versorgung**.

Begutachtet wird in der Regel durch 2 Personen in einem Zeitrahmen von 2 Stunden. Dieses können ärztliche Gutachter*innen, aber z. B. auch Pflegefachkräfte sein. Die **Begutachtung erfolgt als „orientierende Prüfung“ durch eine Inaugenscheinnahme der versorgten Person und eine stichprobenartige Abfrage** verschiedener Aspekte. Bei lückenhaften Informationen kann der MD mit den behandelnden Ärzt*innen telefonieren. Bei fehlgeschlagener Terminabsprache wird die Krankenversicherung informiert.

Begründung im Gutachten

Der MD hat im Gutachten kausal darzustellen,

- welche zugrundeliegenden **Diagnosen** und
- welche aktuellen, **potenziell lebensbedrohlichen Funktionsstörungen** vorliegen,
- die Notwendigkeit/Durchführung lebenserhaltender **Maßnahmen**,
- die **Häufigkeit lebensbedrohlicher Situationen** und **pflegerischer Interventionen** und
- die **Unselbstständigkeit** (Maßnahmen selbst durchzuführen oder den Rettungsweg einzuleiten).

Im Gutachten ist daraufhin festzustellen, ob die Voraussetzungen für AKI „erfüllt“, „nicht erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“ sind und ob die Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist.

Relevante Situationen

- Lebensbedrohliche Situationen treten (prospektiv betrachtet) mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar auf, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.
 - Sie müssen nicht tatsächlich täglich auftreten. Ausreichend ist, dass sie voraussichtlich sehr wahrscheinlich täglich auftreten können. Treten sie seltener als täglich auf, muss der MD im Einzelfall prüfen, ob die Voraussetzungen trotzdem gegeben sind und im Gutachten vorrangig Art und Häufigkeit sowie Symptome und Maßnahmen beschreiben.
- Wird nicht sofort die erforderliche Maßnahme erbracht, besteht unmittelbare Lebensgefahr.
- Der oder die Versicherte kann die erforderlichen Maßnahmen nicht selbst durchführen.
- Zu geplanten Zeitpunkten punktuelle Leistungen der Behandlungspflege sind nicht ausreichend.
- Es ist eine lückenlose Dokumentation erforderlich, auch darüber, welche Maßnahmen bereits präventiv bei ersten Anzeichen der Eskalation ergriffen wurden, um lebensbedrohliche Ereignisse im Vorfeld zu verhindern. Ebenso empfiehlt es sich, alle Maßnahmen zur Freihaltung der Atemwege sorgfältig zu dokumentieren. Dazu gehören auch Lagerungsmanöver oder die Anwendung eines Cough-Assistent.

„Es geht weniger um die Kontinuität von Verrichtungen wie „Absaugen“ etc., sondern um die Notwendigkeit individueller Kontrolle und Einsatzbereitschaft im krankheitsspezifischen und individuellen Fall. Ferner geht es um die Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifen-Könnens zur Verhinderung eines möglichen, auf der Erkrankung basierenden, Risiko mit Gefahr für Leib und Leben sowie des vulnerablen Zustandes der betroffenen Person“ (Handreichung für Betroffene des ISL e. V., S. 10).

Leitfragen und Fragestellungen in der Begutachtung

- Ist jederzeit der Eintritt einer lebensbedrohlichen Situation möglich?
- Sind diese Situationen unvorhersehbar?
- Kann der oder die Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen?
- Bestünde genügend zeitlicher Spielraum, um das Eintreffen eines Rettungswagens abzuwarten?
- Bestehen Möglichkeiten der Therapieoptimierung?
- Für wie viele Stunden täglich liegen die Voraussetzungen für AKI vor und für welche Zeiträume?
- Fragen nach
 - Allgemeinem Pflege- und Ernährungszustand
 - Hilfsmitteln und Geräteeinweisungen (u. a.: Ist alles griffbereit?)
 - Heilmittelversorgung
 - Personalqualifikation und Einsatz
 - Erfassung und Bewertung von Vitalparametern
 - Individuelles Überwachungskonzept/Alarmfunktionen/Notfallmanagement
 - Umgang mit Inhalation und Absaugen, Sauerstoff, Hygiene, Problemkeimbesiedelung, Trachealkanüle, Beatmung
 - Aufbewahrung von Medikamenten und Verbrauchsmaterial
 - Haus- und fachärztliche Versorgung/Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation
 - Durchsicht und Auswertung der Unterlagen/Dokumentation
- Bei Trachealkanüle oder Beatmung
 - Besteht Ihrer Einschätzung nach perspektivisch Entwöhnungspotenzial? Falls nein, warum nicht? Aufgrund welcher Diagnosen sind Tracheostoma oder Trachealkanülenversorgung weiter notwendig? Warum ist das Entblocken einer Trachealkanüle nicht möglich? Wie oft sind Sekretabsaugungen pro Tag durchschnittlich nötig? Es wird insbesondere geprüft, ob die Einschätzung bei der Potenzialerhebung plausibel vorgenommen wurde.
- Bei therapieresistenten Anfallsleiden
 - Welche medikamentösen Therapien sind ggfs. noch nicht ausprobiert worden? Welche Hilfsmittel sind ggfs. noch nicht erprobt worden? Gibt es weitere Maßnahmen (wie z.B. eine Reha oder eine OP), die zu einer Verbesserung beitragen können?

Weisen Sie – sofern zutreffend – auch auf folgende **persönliche, familiäre und örtliche Umstände** hin:

- Besuch von z. B. Kindergarten, Schule, Tagesförderstätte,
- Alter (wegen Unzumutbarkeit eines Umzugs in ein Seniorenpflegeheim),
- Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit und deshalb Angewiesen-Sein auf Pflege durch Vertrauenspersonen,
- Wohnort (wegen Unzumutbarkeit einer großen Entfernung zu einer aufnahmebereiten Pflegeeinrichtung aufgrund drohender Vereinsamung),
- Zusammenleben als Familie,
- Kontaktpflege zu Personen aus der Nachbarschaft, aus Kirchengemeinden, Vereinen und die Teilhabe an gewohnten Aktivitäten.

Die positive Wirkung der gewohnten Umgebung auf die subjektiv empfundene Lebensqualität trägt zur **Bewältigung der Krankheitsfolgen** bei.

Notwendige Unterlagen

- Verordnungsformulare/Behandlungsplan
- Fachärztliche Berichte/Befunde/Entlassberichte, die **Diagnosen** dokumentieren
- Fachärztliche Berichte/Befunde/Entlassberichte, die **vitale Funktionseinschränkungen** dokumentieren
 - Respiratorische/ventilatorische Insuffizienz
 - Dysphagie, Aspirationsgefahr
 - Eingeschränkte Sekretlimination/Hustenfunktion
 - Epilepsie, Anfallssemiologie
- Fachärztliche Berichte / Befunde / Entlassberichte, die **motorische / kognitive / psychische / altersbedingte Einschränkungen in der Selbstständigkeit** dokumentieren
- ggf. fachärztlicher Befund zur Potenzialerhebung
- Leistungsberichte der Krankenversicherung: Berichte über bisherige Therapien, genutzte Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalte
- Berichte von Therapeut*innen
- Medikationsplan
- ggf. zusätzlich Berichte aus sozialpädiatrischen Zentren o. Spezialambulanzen
- Pflegegutachten (Pflegegrad)
- Individueller Notfallplan
- Dokumentationsunterlagen des Pflegedienstes der letzten 4 Wochen, die **lebensbedrohliche Situationen** und **Maßnahmen** dokumentieren

Dokumentation

Die Dokumentationsunterlagen des Pflegedienstes der letzten 4 Wochen müssen während der Begutachtung vorliegen und Folgendes beinhalten:

- Protokolle über
 - Beatmung und/oder Sauerstoffgabe im Bedarfsfall
 - Absaugen
 - Vitalwerte
 - Anfälle/Gabe von Bedarfsmedikamenten
 - Lagerung (z.B. zur Sicherung der Atemwege bei einem Krampfanfall)
 - Behandlungspflege aus anderem Grund
 - Pflegeberichte
 - Medikationsplan

Wichtig: Dokumentation präventiver Maßnahmen, die bereits bei ersten Anzeichen der Eskalation ergriffen wurden, um lebensbedrohliche Ereignisse im Vorfeld zu verhindern.

Was passiert im Anschluss?

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass Weaning- oder Dekanülierungspotenzial besteht?

Eine solche Feststellung hat der MD unverzüglich der Krankenversicherung mitzuteilen. Es sollte zeitnah eine Vorstellung in einer auf Weaning und Dekanülierung spezialisierten stationären Einrichtung veranlasst werden.

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass die Versorgung (noch) nicht sichergestellt ist?

Wenn der MD in der Versorgung vor Ort Mängel feststellt, meldet er dies der Krankenkasse. Die Krankenkasse wird dann eine „Zielvereinbarung“ (= Nachbesserungsforderung) mit Ihnen abschließen, um die Mängel innerhalb einer festgelegten Frist von Ihnen beseitigen zu lassen.

Die Zielvereinbarungen sollen dazu beitragen, dass Versicherte durch erfolgte Nachbesserungen an ihrem gewünschten Versorgungsort bleiben können.

Was passiert, wenn der MD feststellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen für AKI nicht oder nur teilweise erfüllt sind?

Die Krankenkasse wird den Antrag auf AKI ablehnen oder ggfs. die Stunden reduzieren. Wenn Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie:

- Fristgerecht innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Ablehnung Widerspruch einreichen.
- Mit Hilfe Ihrer Fachanwaltskanzlei für Sozialrecht den Widerspruch juristisch begründen (mögliche Argumente siehe Anlage).
Wichtig: Bitte klären Sie mit der Anwaltskanzlei, ob der Widerspruch eine aufschiebende Wirkung hat.
- Ggf. mit Hilfe Ihrer Fachanwaltskanzlei für Sozialrecht eine einstweilige Anordnung bei Gericht erwirken, um den Versorgungszustand bis zur Entscheidung aufrechtzuerhalten.
Wichtig: Bitte klären Sie mit der Anwaltskanzlei, wer das finanzielle Risiko bis zur endgültigen Entscheidung trägt.

Bei einem Widerspruch prüft der Erstgutachter oder die Erstgutachterin des MD, ob sie anhand der von Ihnen eingereichten Begründung zu einem anderen Ergebnis kommt. Ist das nicht der Fall, wird ein Widerspruchsgutachten durch einen oder eine Zweitgutachter*in erstellt. Darin muss auf die von Ihnen vorgebrachten Argumente ausführlich eingegangen werden. Eine erneute Begutachtung am Leistungsort ist nicht unbedingt erforderlich.

Info

Probleme bei der Verordnung von AKI nach dem neuen Recht sollten außerdem der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e. V. (ISL e. V.) gemeldet werden. Die ISL sammelt auf der Webseite www.aki-hkp.de Berichte von Betroffenen zu Schwierigkeiten bei der Umstellung auf die neue Rechtslage. Die Rückmeldungen sind wichtig, damit die Behindertenverbände über Versorgungsprobleme in der Praxis informiert sind und sich wirksam für gesetzliche Nachbesserungen einsetzen können.

Abgrenzung von außerklinischer Intensivpflege zur Behandlungspflege und Grundpflege

Bei einer MD-Begutachtung wird geprüft, ob alle Voraussetzungen für **außerklinische Intensivpflege (nach § 37c SGB V)** erfüllt sind. Das gilt nur, wenn folgende Bedingungen zutreffen:

- Es gibt eine AKI relevante ICD-Diagnose
- Die Vitalfunktionen müssen dauerhaft überwacht werden (z. B. Sauerstoffsättigung).
- Es kommt potenziell täglich zu lebensbedrohlichen Funktionsstörungen. Deshalb ist die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich, die im Notfall mit entsprechenden (behandlungspflegerischen) Maßnahmen eingreifen oder die Notfälle durch ein rechtzeitiges Durchführen von präventiven Maßnahmen verhindern kann.
- Die zu pflegende Person ist in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt und kann die erforderlichen Maßnahmen nicht selbst durchführen.

Sind die Bedingungen nicht erfüllt, bedeutet das nicht automatisch, dass gar keine behandlungspflegerischen Maßnahmen mehr benötigt werden. Eine MD-Begutachtung kann zum Ergebnis kommen, dass **punktueller Maßnahmen der Behandlungspflege (nach § 37 SGB V)** ausreichend sind. Das gilt z. B.:

- Wenn behandlungspflegerische Maßnahmen nur zu bestimmten Zeitpunkten benötigt werden und daher planbar sind (z. B. nur zur Gabe von Medikamenten, zur Stoma-Versorgung, zur Inhalation etc.).
- Wenn es nicht potenziell täglich zu lebensbedrohlichen krankheitsbedingten Notlagen kommt.

In diesen Fällen findet eine Verordnung der punktuellen Maßnahmen über die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) statt.

Grundpflege (nach SGB XI) beinhaltet im Wesentlichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung. Besonders bei Pflegegrad 4 und 5 ist oftmals eine aufwendige Grundpflege und Betreuung notwendig (u. a. Erwachsene in Phase F), die jedoch an sich noch keinen Anspruch auf AKI begründet. Bei diesen Personen können jedoch zusätzlich die Voraussetzungen für AKI vorliegen.

Ein hoher Bedarf an Grundpflege und ein hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege sind daher voneinander abzugrenzen.

Die Grundpflege ist eine Leistung der Pflegekasse, außerklinische Intensivpflege und Behandlungspflege sind Leistungen der Krankenkasse.

Wichtig

Der Bedarf an außerklinischer Intensivpflege kann auch für **weniger als 24 Stunden pro Tag** vorliegen (z. B. nur nachts oder nur zur Schulbegleitung).

Der notwendige zeitliche Umfang wird bei der MD-Begutachtung individuell geprüft. Wenn AKI nur nachts verordnet wird, kann ein zusätzlicher Anspruch auf punktueller Maßnahmen der Behandlungspflege tagsüber bestehen. Diese müssen dann über die HKP-Richtlinie separat verordnet werden.

Anspruch auf Grundpflege besteht zusätzlich, sobald ein Pflegegrad vorliegt.

Quellen und weiterführende Informationen

Die in diesem Dokument enthaltenen Informationen haben wir aus den bislang sowie folgenden Textquellen und dem Webinar „Die Begutachtung der Außerklinischen Intensivpflege (AKI)“ aus der Reihe „Ihr direkter Draht zum Medizinischen Dienst Baden-Württemberg“ am 14.02.2024 entnommen.

Gesetzesgrundlagen

§37c SGB V:

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/37c.html>



Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL), in Kraft getreten am 01.01.2025:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3678/AKI-RL_2024-12-05_iK-2025-01-01.pdf



Begutachtungsanleitung Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach §283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Außerklinische Intensivpflege nach §37c SGB V (BGA AKI) vom 26.09.2023 vom Medizinischen Dienst Bund:

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_AKI_230925.pdf



Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023 des GKV-Spitzenverbandes:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/ausserklinische_intensivpflege/AKI-Rahmenempfehlung-2023-04-03.pdf



Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege vom 19. November 2021:

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8104/2021-11-19_AKI-RL_Erstfassung_TrG.pdf



Weitere hilfreiche und erklärende Dokumente

Handreichung für Betroffene: Begutachtung des Medizinischen Dienstes für Versicherte mit Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege (2024), Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL:

https://leben-mit-aki.de/wp-content/uploads/2024/02/Handreichung_AKI-MD-Begutachtung_ISL.pdf



Handreichung Außerklinische Intensivpflege – Alles Wichtige zur Verordnung, Potenzialerhebung, Formulare, Praxisbeispiele (2023), Kassenärztliche Bundesvereinigung:

https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_AKI.pdf



Ratgeber für Menschen mit Intensivpflegebedarf (2023), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen BVKM e.V.:

<https://bvkm.de/ratgeber/ausserklinische-intensivpflege-richtlinie/>



Musterwiderspruch AKI:

https://leben-mit-aki.de/wp-content/uploads/2023/11/Muster-Widerspruch-gegen-ablehnende-Bescheide-oder-Leistungskuerzungen-der-Ausserklinischen-Intensivpflege_ISL.pdf



Anlage

Argumente zur Widerspruchsbegründung

Rechtsgrundlage/Rechtsprechung

§ 37c Absatz 2 Satz 3, 2. Halbsatz, SGB V	Bezüglich des gewünschten Leistungsortes sind laut Gesetz die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen (siehe Seite 3 in diesem Dokument).
§ 37c Absatz 3, Satz 2, SGB V	Bei AKI in vollstationären Einrichtungen : entfällt der Anspruch [...] auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen [...] für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 [...] festgestellt ist.
§ 2 Absatz 1 Satz 2 AKI-RL	Die AKI dient im Rahmen des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität .
§ 12 AKI-RL	Eine Beteiligung von Angehörigen an der medizinischen Behandlungspflege muss ermöglicht werden, soweit diese und die Betroffenen es wünschen und die fachgerechte Versorgung durch die Angehörigen auch unter Berücksichtigung der Familiensituation gewährleistet werden kann. Die Versorgung mit AKI durch Angehörige erfolgt also auf freiwilliger Basis und kann weder erwartet noch erzwungen werden.
Tragende Gründe zu § 1 Absatz 4 AKI-RL	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sollen mit ihren primären Bezugspersonen aufwachsen können und nach ihren Möglichkeiten am Leben in der Gemeinschaft teilhaben.
2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL	Der bislang leistungsberechtigte Personenkreis durch § 4 AKI-RL wird weder ausgeweitet noch eingengt. AKI-Patient*innen, denen bis zum 30.10.2023 spezielle Krankenbeobachtung nach Nummer 24 der HKP-RL verordnet worden war, müssen ab dem 31.10.2023 eine Verordnung über AKI nach der AKI-RL erhalten.
2.5 der Tragenden Gründe zu § 4 AKI-RL	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .
SG München, 23.04.2020 (Az. S 15 KR 393/20 ER)	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .
SG Berlin, 07.11.2014 (Az. S 89 KR 1954/11)	Es ist rechtlich nicht erforderlich, dass lebensbedrohliche Situationen tatsächlich täglich auftreten .
BSG, 10.11.2005 (Az. B 3 KR 38/04 R)	Wegen eines Anfallsleidens und der daraus resultierenden Gefahren für die Atmungsfunktion ist die ständige Anwesenheit einer Pflegefachperson erforderlich.

§ 37 SGB V
BSG, 10. 11. 2005
(Az. B 3 KR 38/04 R)

„Ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen von § 4 AKI-RL nicht erfüllt sind, eine **besondere Beobachtung** und Kontrolle der oder des Betroffenen zur Vermeidung von lebensbedrohlichen Situationen **in dem jeweiligen Einzelfall** aber dennoch medizinisch geboten ist, kann anstelle von AKI **unter Umständen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V in Betracht kommen. Zwar sieht die HKP-RL, die den Anspruch nach § 37 SGB V als untergesetzliche Norm konkretisiert, eine solche Leistung nicht ausdrücklich vor. Der Ausschluss einer medizinisch im Einzelfall gebotenen Leistung aus dem Katalog der verordnungsfähigen Leistungen verstößt aber gegen § 37 SGB V als höherrangiges Recht.

Als untergesetzliche Norm ist die HKP-RL insoweit für die Sozialgerichte nicht verbindlich (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. November 2005, Az. B 3 KR 38/04 R)“ (Ratgeber für Menschen mit Intensivpflegebedarf des BVKM e.V., S. 4).

Dies gilt auch, wenn der MD zu der Auffassung kommt, dass die **Anwesenheit einer beruflich ausgebildeten Pflegefachkraft nicht unbedingt notwendig ist**, um auftretende lebensbedrohliche Situationen abzuwenden, sondern der Einsatz einer eingewiesenen Hilfskraft oder die Beaufsichtigung durch angelernte Lehrer*innen oder Erzieher*innen in den Schulen bzw. Kindergärten vermeintlich ausreichend ist (vgl. Ratgeber für Menschen mit Intensivpflegebedarf des BVKM e.V., S. 5).

Bitte beachten Sie, dass diese Argumente und Rechtsgrundlagen sowie Rechtsprechungen aus den oben genannten Quellen zusammengestellt wurden, um den Überblick zu erleichtern. Irrtümer können nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren können seit Erstellung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Deshalb wird keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen wird ausgeschlossen. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir als pädagogisches Team keine verbindliche Rechtsberatung und/oder medizinische bzw. therapeutische Aussagen erbringen und dass wir immer auch eine rechtliche Beratung oder Vertretung durch zugelassene Anwalt*innen (vorzugsweise Fachanwält*innen für Sozialrecht) empfehlen.

Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich jederzeit gerne an uns. Wir unterstützen Sie gerne bei weiterer Recherche.

Lumia Stiftung

Telefon 05 11 – 70 03 17 44
info@lumiastiftung.de