

Zuwendungsordnung

§ 1 Allgemeines

- (1) Aus dem Aufgabenverständnis der Samarita ergibt sich eine freie Therapiewahl, die durch die Begegnung von Patient und Arzt entwickelt und verantwortet wird. Den Mitgliedern steht die Wahl unter approbierten Ärzten, Zahnärzten und Therapeuten frei. Ebenso können Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Kosten der Pflegebedürftigkeit entsprechend den Regelungen nach dem SGB XI sind nicht zuwendungsfähig. Über ergänzende Zuwendungen zu diesen Aufwendungen entscheidet der Vorstand.
- (2) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung hat jedes Mitglied die freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern.
- (3) Die in Abs. 1 genannte freie Therapiewahl erstreckt sich örtlich neben Deutschland auf die Staaten Dänemark, Niederlande, Belgien, Frankreich, Österreich, Tschechische Republik, Polen, Spanien, Italien, Norwegen, Schweden und Großbritannien. Kosten für Behandlungen in diesen Ländern werden auf den Betrag herabgesetzt, der in Deutschland entstanden wäre. Behandlungen in diesen Ländern, die der deutschen Rechtsordnung widersprechen würden, werden nicht unterstützt. Die Aufwendungen für Heilbehandlungen in der Schweiz werden aufgrund der dort geltenden Kostenstruktur mit einem Abschlag von 50 Prozent ersetzt. Sollte die Kostenerstattung nach den Vorschriften des SGB V diese auf 50 % gekürzten Aufwendungen übersteigen, wird die Zuwendung in Höhe dieser Vorschrift ersetzt. Eine eventuelle Währungsumrechnung erfolgt für den Tag der Rechnungstellung.
- (4) Aus dem Bewusstsein der Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit tragen die Mitglieder Kosten für prophylaktische Behandlungen und Behandlungen für Befindlichkeitsstörungen selbst. Hierzu zählen nicht die üblichen Vorsorgeuntersuchungen.
- (5) Bei allen Behandlungen ist die Angemessenheit der jeweiligen Maßnahme zu berücksichtigen.
- (6) Das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung dient als Untergrenze bei Unterstützungen.
- (7) Soweit die Samarita direkt oder indirekt eine Versicherung abgeschlossen hat, bei der Versicherungsleistungen nach den vertraglichen Regelungen für Aufwendungen des Mitglieds geleistet werden, werden diese Versicherungsleistungen in jedem Fall an das Mitglied im Rahmen seiner Zuwendung ausgezahlt. Die Auszahlung erfolgt in der Weise, dass die Versicherungsleistung unter Anrechnung auf die Zuwendung erstattet wird. Die Versicherungsleistung dient damit ausschließlich dem Mitglied. Die Samarita wird über die die Versicherungsleistung hinausgehenden Aufwendungen nach dieser Zuwendungsordnung entscheiden.
- (8) Zuwendungen aus dem Solidarfonds können erst gewährt werden, wenn das eigene Individualkonto ausgeschöpft ist (etwaige Eigenbeteiligungen gemäß § 4 sind zusätzlich zu tragen). Sofern ein Selbstbehalt nach § 4 Abs. 5 der Beitragsordnung vereinbart wurde, ist dieser vor Inanspruchnahme des

Individualkontos in Abzug zu bringen. Im Härtefall kann von dieser Regelung abgewichen werden.

- (9) Über Erlass und Änderungen dieser Zuwendungsordnung entscheidet der Vorstand.

§ 2 Menschliche und finanzielle Solidargemeinschaft

- (1) Als Solidargemeinschaft sichern wir uns gegenseitig zu, dass wir uns menschlich und finanziell unterstützen.
- (2) Die finanzielle Unterstützung soll eine verlässliche Hilfe sein - von Fall zu Fall auch über den Kreis der zuwendungsbefugten Personen gem. § 3 und den Zuwendungsrahmen gem. § 4 hinaus. Über solche Einzelfälle entscheidet der Vorstand. Um diese Qualität der Hilfe erbringen zu können, ist es wichtig, dass wir uns gerade für die mehr oder weniger alltäglichen Fälle klare Regeln geben und uns selbst Grenzen setzen. Zur praktischen Verwirklichung dieser Ziele dient der unter § 4 stehende Zuwendungsrahmen bei Verfügungen über das Individualkonto bzw. bei Anträgen an den Solidarfonds.

§ 3 Zuwendungsbefugte Personen neben den Mitgliedern

- (1) Bei Ehepaaren, Kindern, Partnern in eheähnlicher Lebensgemeinschaft oder eingetragenen Lebenspartnerschaften erfolgen Zuwendungen des Vereins grundsätzlich nur an Vereinsmitglieder.
Für Ehepartner, Kinder, Partner in eheähnlicher Lebensgemeinschaft oder eingetragener Lebenspartnerschaft ohne eigenes Einkommen und ohne eigene Absicherung kann das Vereinsmitglied beantragen, diese Person als zuwendungsberechtigte Person anzuerkennen. Über diesen Antrag auf Berücksichtigung entscheidet der Vorstand. Im Falle der Anerkennung werden auch für diese Person Leistungen nach dieser Zuwendungsordnung gewährt. Bei Kindern endet dieser Anspruch vorbehaltlich der Regelung in Abs. 4 mit Vollendung des 18. Lebensjahres.
- (2) Ist am Tag der Geburt eines Kindes ein Elternteil Vereinsmitglied, ist auf Antrag dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt zuwendungsbefugt, wenn die Anmeldung gegenüber dem Verein spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.
- (3) Die Höhe der Zuwendungen richtet sich nach den für das Mitglied geltenden Regeln.
- (4) Befindet sich ein Kind gem. Abs. 1 oder 2 in einer Ausbildung, kann die Zuwendungsbefugnis auf Antrag bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres verlängert werden. Zuwendungsberechtigte Kinder gem. Abs. 1 oder 2, die bereits das 18. Lebensjahr vollendet haben und sich insbesondere in der Zeit zwischen Schule und Studium oder Ausbildung, oder zwischen Ausbildung und Studium nicht in Ausbildung befinden, aber auch keine andere Krankenabsicherung haben, sollen so behandelt werden, als befänden sie sich in dieser Zeit in einer Ausbildung, jedoch nicht länger als 18 Monate. Dies gilt auch für zuwendungsbefugte Kinder nach Abschluss der Ausbildung bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.
- (5) Die Höhe der Beiträge aus den Absätzen 1 bis 3 ergibt sich aus der Beitragsordnung.

§ 4 Zuwendungsrahmen

Allgemeinarzt	- bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ
Facharzt	- bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ
Heilpraktiker	- bis zum Höchstsatz der GebüH
Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie	- Siehe Merkblatt für gesunde Zähne - Bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ - Eigenbeteiligung 30%
Krankenhaus	- Mehrbettzimmer - kein Chefarzt - bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ
Medikamente ¹	- medizinische Indikation ist Voraussetzung.
Therapien: z. B. Massagen, Heileurythmie, Sprachgestaltung, etc.	- bis zu insgesamt 10 Sitzungen pro Kalenderjahr sind ohne Antrag möglich, bei identischer Diagnose für mehrere Jahre jedoch maximal 30 Sitzungen - Für mehr als 10 Sitzungen im Kalenderjahr sind ein Antrag des Mitglieds und ein Therapieplan erforderlich - Medizinische Indikation ist Voraussetzung - Eigenbeteiligung 20%
Psychotherapie	- Bis zu 5 probatorische Sitzungen je Diagnose sind ohne Antrag möglich - Für mehr als 5 Sitzungen ist ein Antrag des Mitglieds und des Therapeuten erforderlich - Eigenbeteiligung 20%
Hilfsmittel	- Bei Brillen pro Person: Innerhalb von drei Jahren maximal 100 € für das Gestell und 400 € für Gläser oder Kontaktlinsen. - Bei Hörgeräten pro Person: Innerhalb von sechs Jahren maximal 2.000 € pro Ohr. - Orthopädische Einlagen: maximal 100 € pro Jahr - Eigenbeteiligung 20%

¹Keine Medikamente im Sinne der Zuwendungsordnung sind: Nahrungsergänzungsmittel, Hustenpastillen, Vitaminpräparate, Körper-/Hautpflegemittel, etc.

Im Einzelfall kann der Vorstand bei Zuwendungen vom Zuwendungsrahmen abweichen. Besonders im Notfall und bei schweren Erkrankungen kann eine Abweichung nach oben erfolgen, bei unangemessenen Ansprüchen nach unten maximal auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 5 Heil- und Kostenplan

Bei absehbaren Maßnahmen, die voraussichtliche Kosten von mehr als 1.000,-- Euro verursachen, ist **immer** ein Heil- und Kostenplan bzw. ein Kostenvoranschlag einzureichen. Er hilft, ein besseres Verständnis für die Angemessenheit von Kosten zu entwickeln, aber auch die finanziellen Folgen für sich und für die Gemeinschaft vorab einzuschätzen. Sofern bei absehbaren Maßnahmen vorab kein Heil- und Kostenplan eingereicht wird, erfolgt gegebenenfalls eine Kürzung der Unterstützung auf eine angemessene Höhe.

§ 6 Leistungsansprüche gegen Dritte

Soweit Leistungsansprüche gegenüber einer Krankenversicherung, einer Unfallversicherung, der Beihilfe oder anderen Kostenträgern bestehen, erfolgt keine Zuwendung von der Samarita.

§ 7 Verletzung der Anzeigepflicht und Beitragsrückstände

Macht ein Mitglied falsche Angaben, oder gerät das Mitglied mit der Beitragszahlung nach § 5 der Beitragsordnung in Rückstand, beschränken sich die Zuwendungen der Samarita Solidargemeinschaft e.V. aufgrund entsprechender Anwendung der Vorschriften des § 193 Abs. 7 VVG iVm § 153 Abs. 1 VAG auf Aufwenderstattung für Leistungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für zuwendungsbefugte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Anfechtungs-, Kündigungs- und Rücktrittsrechte, wovon im Einzelfall im Sinne des § 4 Abs. 2 der Satzung Gebrauch gemacht werden kann. Im Fall der außerordentlichen Kündigung der Mitgliedschaft gem. § 4 Abs. 2 der Satzung gilt die vorstehende Beschränkung der Zuwendungen bis zu dem Zeitpunkt, ab dem das frühere Mitglied Versicherungsschutz in einer Anschlussversicherung erhält, entsprechend.

§ 8 Anträge, Fristen und Belege

- (1) Verfügungen vom Individualkonto bzw. Anträge an den Solidarfonds sind per Post an die Geschäftsstelle zu richten. Um die Abläufe bei der Abrechnung sinnvoll zu gestalten, sollten kleinere Rechnungen gesammelt eingereicht werden, solange sie das eigene Budget nicht übersteigen, wobei die Anzahl der eingereichten Rechnungen pro Abrechnung **nicht mehr als 15** betragen sollte.
- (2) Die entstandenen Kosten sind chronologisch auf dem Formular für Zuwendungen aufzuführen und durch beigefügte **Original**-Belege nachzuweisen, auf denen ggf. die vorherige Erstattung anderer Kostenträger vermerkt ist.
- (3) Die Aufwendungen werden, unabhängig von der Rechnung- oder Antragstellung, dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Behandlung stattgefunden hat.
- (4) Sämtliche einzureichende Belege werden Eigentum des Vereins.