Continentale
Betriebskrankenkasse

15. Nachtrag zur Satzung der Continentale Betriebskrankenkasse vom 1. Januar 2020

Artikel I

Inhaltsübersicht

1. § 23b Osteopathie wird in § 23b Osteopathie/ Chirotherapie/ Kinesiologisches Taping umbenannt

Artikel I

Inhalt der Satzung

2. § 7 **Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

§ 7 Beginn und Ende der Mitgliedschaft erhält folgende neue Fassung:

(1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches V und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Continentale BKK mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt eine Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen

nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Erhebt die Continentale BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 2 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. Die Continentale BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neue erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Continentale BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

(4) Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind, oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz 2 Sätze 5 und 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

(5) Wenn ein Wahltarif nach §§ 25 oder 29 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Continentale BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 25 Absatz 6 oder 29 Absatz 15, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Absatz 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Absatz 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 29 gewählt haben.

(6) Die freiwillige Mitgliedschaft endet, sobald das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass über- oder zwischenstaatliches Recht etwas Andres vorsieht.

3. § 23b Osteopathie

§ 23b Osteopathie wird in § 23b Osteopathie/ Chirotherapie/ Kinesiologisches Taping umbenannt und erhält folgende neue Fassung:

(1) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische und/ oder chirotherapeutische Leistungen und/ oder kinesiologisches Taping in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung ~~eines Kindes~~ entgegenzuwirken. Dies gilt nicht, wenn die Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird.

a) Versicherte können Leistungen der Osteopathie in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

b) Versicherte können Leistungen der Chiropraktik in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der als Arzt zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist und über eine chiropraktische Ausbildung verfügt, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Chiropraktiker berechtigt.

c) Versicherte können ergänzend zu den Leistungen nach § 32 SGB V kinesiologische Tapings in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer nach § 124 SGB V durchgeführt wird, der als Arzt oder Physiotherapeut zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist und erfolgreich an einem Grund- oder Einführungskurs zur Anwendung des kinesiologischen Tapings, der theoretische Grundlagen zur Wirkung und Funktionsweise, Materialkunde, Indikationen und Kontraindikationen sowie Techniken zur Anwendung vermittelt hat, teilgenommen hat.

(2) Die Continentale BKK übernimmt insgesamt die Kosten für bis zu vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten, begrenzt auf die Maßnahmen nach Absatz 1 Buchstaben a) – c). Erstattet wird der Rechnungsbetrag, maximal 40,00 Euro pro Sitzung.

(3) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

4. § 23 c Medizinische Vorsorge

In § 23c Medizinische Vorsorge Absatz (2) Brustkrebs-Tastuntersuchung wird der Betrag von 50,00 Euro auf 80,00 Euro angepasst.

Artikel II

Inkrafttreten

Der 15. Nachtrag zur Satzung der Continentale Betriebskrankenkasse wurde am 19. April 2024 in der Sitzung des Verwaltungsrates beschlossen. Artikel I Nr. 1 – 4 treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Hamburg, 19. April 2024

Continentale Betriebskrankenkasse Hamburg

Barbara Narjes
Vorsitzende des Verwaltungsrates
der Continentale Betriebskrankenkasse
und Pflegekasse der Continentale
Betriebskrankenkasse

Genehmigung

Tenor des Bescheides

Der vom Verwaltungsrat am 19. April 2024 beschlossene 15. Nachtrag zur Satzung wird mit der Maßgabe, dass in Artikel I Ziffer 3

in § 23b Absatz 1 Satz 1 die Wörter *„eines Kindes"* gestrichen werden

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 14. Mai 2024
213 – 10204#00033#0012

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag

Bundesamt für Soziale Sicherung

Dornscheit

Bundesamt
für Soziale Sicherung

Bundesamt für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Vorab per E-Mail und anschließend mit PZU an:
j.grauel@continentale-bkk.de und m.zubak@continentale-bkk.de
Continentale Betriebskrankenkasse
Sengelmannstr. 120
22335 Hamburg

Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
Tel. +49 228 619-1635
Referat 213
bearbeitet von:
Thorsten Cremer
referat213@bas.bund.de
www.bundesamtsozialesicherung.de

Bonn, 14 Mai 2024

GZ: 213- 10204#00033#0012
(bei Antwort bitte angeben)

Genehmigung des 15. Nachtrags zu der seit 1. Januar 2020 geltenden Satzung der Continentale BKK, Hamburg

Antrag vom 22. April 2024 (Eingang 24. April 2024)

Genehmigungsbescheid

Der vom Verwaltungsrat am 19. April 2024 beschlossene 15. Nachtrag zur Satzung wird mit der Maßgabe, dass in Artikel I Ziffer 3

in § 23b Absatz 1 Satz 1 die Wörter *„eines Kindes"* gestrichen werden

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Begründung

A.

Mit Schreiben vom 19. April 2024 beantragt die Continentale BKK die Genehmigung des 15. Nachtrages zur Satzung vom 1. Januar 2020.

Gegenstand des Nachtrages sind:

- Artikel I Ziffer 1: Änderung Inhaltsverzeichnis (Änderung der Überschrift zu § 23b)
- Artikel I Ziffer 2: Änderung § 7 (Beginn und Ende der Mitgliedschaft)

- Artikel I Ziffer 3: Änderung § 23b (Osteopathie)
- Artikel I Ziffer 4: Änderung § 23c (Medizinische Vorsorge).

B.

Nach § 195 Absatz 1 SGB V bedarf die Satzung einschließlich der Anlagen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Continentale BKK untersteht nach § 90 Absatz 1 Satz 1 SGB IV als bundesunmittelbare Krankenkasse der Rechtsaufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist daher gemäß § 195 Absatz 1 SGB V für die Genehmigung der Satzung zuständig. Dies gilt auch für deren Änderung.

Da der vom Verwaltungsrat am 19. April 2024 beschlossene 15. Nachtrag zur Satzung aus den folgenden redaktionellen Gründen nicht umfassend der geltenden Rechtslage entspricht, sind Maßgaben erforderlich, um die Genehmigungsfähigkeit herzustellen.

Artikel I

3. § 23b Osteopathie

§ 23b Osteopathie wird in § 23b Osteopathie/ Chirotherapie/ Kinesiologisches Taping (siehe Artikel I Ziffer 1) umbenannt und erhält u.a. folgenden neuen Absatz 1 Satz 1:
„Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische und/ oder chirotherapeutische Leistungen und/ oder kinesiologisches Taping in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Dies gilt nicht, wenn die Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde."

Die beantragte neue Fassung des § 23b Absatz 1 Satz 1 ist nicht ausreichend klar formuliert, da verschiedene Missverständnisse entstehen können. Durch die Formulierung *„eines Kindes"* könnten die Versicherten der Continentale BKK etwa den Eindruck bekommen, dass die Kostenübernahme ausnahmslos für Kinder vorgesehen ist.
Vor diesem Hintergrund wird die Genehmigung mit der Maßgabe verknüpft, dass in Artikel I Ziffer 3 in Absatz 1 Satz 1 die Wörter *„eines Kindes"* gestrichen werden.
Die Continentale BKK hat der Maßgabe mit E-Mail vom 6. Mai 2024 zugestimmt.

Im Übrigen geht das Bundesamt für Soziale Sicherung davon aus, dass die Änderungen gemäß § 34 Absatz 2 SGB IV öffentlich bekannt gemacht und die Mitglieder der Continentale BKK gemäß § 196 SGB V unterrichtet werden. Bitte teilen Sie uns das Datum der Bekanntmachung

mit, damit festgestellt werden kann, ab wann der Satzungsnachtrag wirksam wird. Außerdem bitten wir Sie, uns den gesamten Satzungstext elektronisch als PDF-Dokument zuzusenden.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim Landessozialgericht Hamburg, Dammtorstraße 7, 20354 Hamburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle sowie in elektronischer Form Klage erhoben werden.
Die Klage muss den Kläger, den Beklagten und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen. Zur Bezeichnung des Beklagten genügt die Angabe der Behörde. Die Klage soll einen bestimmten Antrag enthalten und von dem Kläger oder einer zu seiner Vertretung befugten Person mit Orts- und Zeitangabe unterzeichnet sein. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, die angefochtene Verfügung soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klageschrift und den sonstigen Schriftsätzen sollen vorbehaltlich des § 65a Absatz 5 Satz 3 SGG Abschriften für die Beteiligten beigefügt werden.
Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und-von dem Kläger oder einer zu seiner Vertretung befugten Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder-von dem Kläger oder einer zu seiner Vertretung befugten Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 65a Absatz 4 SGG eingereicht wird.
Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung – ERVV) in der jeweils gültigen Fassung.

Im Auftrag

BUNDESAMT FÜR SOZIALE SICHERUNG 42

Antje Donschen