Hausarztversicherung Profit

Reglement (KVG)
Ausgabe 01.2026

Um die Vertragsbestimmungen leichter lesbar zu gestalten, sind gewisse personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche Personen.

Inhaltsverzeichnis

I	**Allgemeine Bestimmungen**	**3**
1	Grundsätze	3
II	**Versicherungsverhältnis**	**3**
2	Abschluss	3
3	Kündigung	3
4	Kostenbeteiligung	3
III	**Rechte und Pflichten der versicherten Person**	**3**
5	Betreuung / Versorgung durch den Koordinationspartner und zusätzliche Anlaufstellen	3
6	Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht des Koordinationspartners	4
7	Gesundheitsangebote	4
8	Medikamente	4
9	Stellvertreter	4
10	Listen	5
11	Datenschutz	5
12	Gebühren	5
IV	**Schlussbestimmung**	**5**
13	Publikation Reglement	5
14	Inkrafttreten	5

Hausarztversicherung Profit in Kürze

Profit übernimmt die Kosten von Behandlungen bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Profit kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise abgeschlossen werden.

Profit ist ein Alternatives Versicherungsmodell (AVM), d.h. eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ein Merkmal von Profit ist, dass der versicherten Person für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und bei gesundheitlichen Beschwerden eine Auswahl an Koordinationspartnern zur Verfügung steht. Die versicherte Person ist verpflichtet, für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und bei gesundheitlichen Beschwerden den gewählten Koordinationspartner zu konsultieren. Der Koordinationspartner berät die versicherte Person und legt in Absprache mit ihr den weiteren Behandlungsablauf fest. Die Anweisungen des Koordinationspartners sind für die versicherte Person verbindlich. Koordinationspartner sind gemäss Liste der Koordinationspartner, Hausarztpraxen, telemedizinische Hausärzte, regionale Gesundheitszentren oder -organisationen und Partnerapotheken.

Neben dem Koordinationspartner stehen für eine medizinische Erstbeurteilung folgende zusätzliche Anlaufstellen zur Verfügung: Telemedizinisches Beratungszentrum, Apotheken und digitale Triagetools gemäss Liste.

Die CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend CSS) fördert und unterstützt Massnahmen zur nachhaltigen Kostensenkung und zu einer sinnvollen und zweckmässigen Gesundheitsversorgung, die auch von der versicherten Person einen aktiven Beitrag und Eigenverantwortung verlangen.

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsätze

1.1 Die Hausarztversicherung Profit ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 99 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Der von der versicherten Person gewählte Koordinationspartner stellt bei gesundheitlichen Beschwerden infolge Krankheit, Mutterschaft oder Unfall, sofern dieses Risiko versichert ist, und bei Präventionsleistungen die ganzheitliche Behandlung und Betreuung in allen Gesundheitsfragen sicher. Es stehen folgende Koordinationspartner zur Verfügung:
- Hausarztpraxis
- Telemedizinischer Hausarzt
- Regionales Gesundheitszentrum oder -organisation
- Partnerapotheke

Die möglichen von der CSS anerkannten Koordinationspartner werden auf der Liste für Koordinationspartner geführt. Der von der versicherten Person gewählte Koordinationspartner wird in der Versicherungspolice aufgeführt.

1.2 Die versicherte Person erklärt sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den Koordinationspartner durchführen oder sich von einem solchen an Dritte überweisen zu lassen. Sie trägt damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.3 Die garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Art. 5–12). Massgebend sind das KVG und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Ergänzend sind auch die Bestimmungen des Reglements für die Versicherungen nach KVG der CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend CSS) anwendbar.

II Versicherungsverhältnis

2 Abschluss

Die versicherte Person wählt beim Abschluss der Versicherung aus der anwendbaren Liste der Koordinationspartner für die Hausarztversicherung Profit einen Koordinationspartner. Die anwendbare Liste der Koordinationspartner bestimmt sich nach dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Der Abschluss der Hausarztversicherung Profit erfolgt jeweils auf den Ersten des folgenden Monats, soweit einem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht. Ein späterer Wechsel zu einem anderen Koordinationspartner ist möglich (Art. 5.1).

3 Kündigung

3.1 Der Wechsel zu einer tieferen wählbaren Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Krankenversicherer ist unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

3.2 Bei einem Wegzug aus dem Geltungsbereich der Liste der Koordinationspartner erfolgt der Austritt aus der Hausarztversicherung Profit und der Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf den Ersten des folgenden Monats. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Art. 2.

3.3 Wenn der Koordinationspartner aus der Liste der Koordinationspartner ausscheidet oder ausgeschlossen wird, kann die versicherte Person innerhalb einer Frist von einem Monat seit schriftlicher Aufforderung durch die CSS einen anderen Koordinationspartner aus der anwendbaren Liste der Koordinationspartner bezeichnen oder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der CSS wechseln. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist von der versicherten Person nicht wahrgenommen, ist die CSS berechtigt, einen telemedizinischen Hausarzt als Koordinationspartner für die versicherte Person zu wählen.

3.4 Bei wiederholter Verletzung der in Art. 5.1 und 5.3 genannten Pflichten oder wenn sich die versicherte Person länger als drei Monate im Ausland aufhält, ist die CSS berechtigt, die betreffende Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung Profit auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der CSS. Der erneute Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells ist frühestens nach zwei Jahren nach Ausschluss wieder möglich.

3.5 Ist die ärztliche Behandlung durch den Koordinationspartner aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (Auslandaufenthalt der versicherten Person länger als drei Monate, Aufenthalt im Pflegeheim, Aufenthalt in der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals oder langandauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik und dergleichen, oder befindet sich die Person im Strafvollzug, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet etc.), ist die CSS berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung Profit auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der CSS.

4 Kostenbeteiligung

4.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und nach dem Reglement für die Versicherungen nach KVG der CSS.

4.2 Für bestimmte Leistungen, die auf der Webseite der CSS aufgeführt sind, kann die CSS für zu den dort angegebenen Bedingungen auf die Erhebung der Franchise oder des Selbstbehalts verzichten. Die CSS kann diese Liste anpassen.

III Rechte und Pflichten der versicherten Person

5 Betreuung / Versorgung durch den Koordinationspartner und zusätzliche Anlaufstellen

5.1 Die versicherte Person wendet sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren Koordinationspartner (ausgenommen Art. 6 und 9). Dieser sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder medizinische Hilfspersonen. Die versicherte Person kann den Koordinationspartner in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln und einen anderen Koordinationspartner aus der entsprechenden Liste der Koordinationspartner bezeichnen. Sie teilt dies vor dem Wechsel dem bisherigen Koordinationspartner und der CSS mit.

5.2 Die versicherte Person kann bei gesundheitlichen Beschwerden für eine medizinische Erstbeurteilung folgende zusätzliche Anlaufstellen konsultieren: Telemedizinisches Beratungszentrum, Apotheken und digitale Triagetools gemäss Liste.

5.3 Wird die versicherte Person von ihrem Koordinationspartner einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Koordinationspartner im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

5.4 Beansprucht die versicherte Person ausserhalb der in den Art. 6 und 9 genannten Fälle direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren Koordinationspartner, wird dies wie folgt sanktioniert:

a) Beim ersten Regelverstoss erfolgt eine schriftliche Mahnung unter Verweis auf die Sanktionen im Wiederholungsfall.
b) Ab dem zweiten Regelverstoss hat die versicherte Person den Betrag von maximal CHF 500 pro Rechnung selber zu bezahlen. Der zufolge des Regelverstosses selber zu bezahlende Betrag wird nicht an die Franchise und an den Selbstbehalt angerechnet.
c) Ab dem zweiten Regelverstoss kann die CSS darüber hinaus ohne weiteres Zutun der versicherten Person auf den Ersten des folgenden Monats eine Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der CSS vornehmen. Die Kostenübernahme durch die versicherte Person berechnet sich auf sämtlichen im Zusammenhang mit dem Regelverstoss bezogenen Leistungen. Die Sanktion gilt unabhängig vom Verschulden, dem Zeitpunkt und dem Alter der versicherten Person.

6 Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht des Koordinationspartners

6.1 Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Koordinationspartner nicht erforderlich. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person aus objektiver Sicht als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt werden durfte. Die versicherte Person ist verpflichtet, Notfallbehandlungen zum erstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen, dem Koordinationspartner oder der CSS über die zur Verfügung gestellte Applikation zu melden. Wird danach eine Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung notwendig, so ist dies dem Koordinationspartner vor Beginn der Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung zu melden. Bei Einwilligung durch den Koordinationspartner kann die Nachfolgebehandlung/Kontrolluntersuchung weiterhin beim notfallbehandelnden Leistungserbringer erfolgen. Eine Verletzung dieser Meldepflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 5.4 dieses Reglements.

6.2 Bei den folgenden Untersuchungen und Behandlungen ist eine vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Koordinationspartner nicht zwingend:

- für die Physiotherapie, Ergotherapie und/oder Logopädie, sofern sie im Rahmen der koordinierten Weiterbehandlung nach Art. 5.1 dieses Reglements durch einen Spezialarzt verordnet wird,
- augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen,
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen sowie Kontrollen während und nach der Schwangerschaft,
- durch Hebammen erbrachte Leistungen,
- zahnärztliche Behandlungen.

7 Gesundheitsangebote

Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass der Koordinationspartner Empfehlungen zum Zweck der Gesundheitsförderung und Prävention macht. Diese Empfehlungen können punktuell aufgrund medizinischer Kriterien erfolgen, die der gewählte Koordinationspartner oder allfällig weitere involvierte Leistungserbringer selbst bestimmen. Präventionsmassnahmen oder Begleitprogramme können auch von der CSS empfohlen werden.

8 Medikamente

8.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, ein kostengünstiges Arzneimittel (Generika/Biosimilars oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat) aus der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe zu verlangen. Originalpräparate werden durch Generika/Biosimilars ersetzt, sofern letztere kostengünstiger sind und die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht auf das Originalpräparat angewiesen ist.

8.2 Generika: Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte Liste «Neue Generikaliste mit differenziertem Selbstbehalt bei Originalen und Generika». Die geltende Liste kann auf der Webseite des BAG abgerufen oder beim Koordinationspartner nachgefragt werden. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikaliste des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (40 %), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden der versicherten Person die Kosten des Originalmedikamentes nur zu 50 % vergütet. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Koordinationspartners respektive des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.

8.3 Biosimilars sind zugelassene Nachahmerprodukte der originalen Biologika. Wählt die versicherte Person ein Originalmedikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden der versicherten Person die Kosten des Originalmedikamentes nur zu 50 % vergütet. Die zugelassenen Biosimilars mit Handelsname, Wirkstoff und Hinweis auf das Originalpräparat sind beim Koordinationspartner nachzufragen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Koordinationspartners respektive des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.

8.4 Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände): Die versicherte Person verpflichtet sich, bei den Partnerfirmen (Abgabestellen) der CSS kostengünstige Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände) wie Diabetesprodukte, Gehhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Bandagen, Krücken oder Inkontinenzhilfen etc. zu beziehen. Wählt die versicherte Person ein nicht von einer Partnerfirma der CSS angebotenes, teureres Hilfsmittel, werden höchstens die Kosten gemäss Abgabevertrag mit der Partnerfirma (Abgabestelle) erstattet. Eine Übersicht über die Partnerfirmen und deren Angebot über die Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände) ist auf der Webseite der CSS abrufbar und/oder kann beim Koordinationspartner nachgefragt werden.

9 Stellvertreter

Ist der Koordinationspartner, den die versicherte Person aus der Liste der Koordinationspartner ausgewählt hat, abwesend, wendet sie sich an das von der CSS beauftragte telemedizinische Beratungszentrum (Kontaktangaben sind auf der Webseite der CSS aufgeführt) oder an den

Stellvertreter des Koordinationspartners (ausgenommen Art. 6.1). Bei längerer Abwesenheit kann die versicherte Person einen anderen Koordinationspartner aus der entsprechenden Liste der Koordinationspartner bezeichnen.

10 Listen

10.1 Die in diesem Reglement genannten, jeweils gültigen Listen werden auf der Webseite (www.css.ch) veröffentlicht und können auch bei der zuständigen Agentur bezogen werden.

10.2 Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen.

10.3 Die CSS kann die im Reglement genannten Listen anpassen (Ausnahme: Generikaliste gemäss Art. 8.2).

11 Datenschutz

Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG, dem ATSG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz. Bei der Hausarztversicherung Profit werden die notwendigen Gesundheits- und Vertragsdaten dem Koordinationspartner und allfälligen Dritten, insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Vertrages oder bei einem Wechsel des Koordinationspartners bekannt gegeben. Diese Versicherungsform erfordert eine Bekanntgabe von Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Personen an die CSS durch den Koordinationspartner und allfällige Dritte. Datenbearbeitungen der CSS werden zusätzlich in der Datenschutzerklärung der CSS erläutert (css.ch/datenschutz).

12 Gebühren

Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, die Bezahlung ihrer Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei vorzunehmen. Gebühren, die bei Einzahlung am Postschalter oder an weiteren physischen Zugangspunkten der Post anfallen, kann die CSS der versicherten Person weiterverrechnen.

IV Schlussbestimmung

13 Publikation Reglement

Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen des vorliegenden Reglements werden auf der Webseite des Versicherers sowie im CSS Magazin veröffentlicht. Dieses Reglement ist auf der Webseite publiziert oder in der Agentur erhältlich.

14 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 01. Januar 2026 in Kraft.