
Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2025 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Kostenerstattung

1. Das Wichtigste in Kürze

Gesetzlich Krankenversicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen auch die Kostenerstattung wählen. Erstattungsfähig sind in der Regel nur Leistungen von Vertragsärzten oder Vertragskrankenhäusern der Krankenkassen. Ist die Arztrechnung höher als das, was die Krankenkasse normalerweise leistet, trägt der Patient die Differenz. Außerdem werden Verwaltungskosten für die Krankenkassen angesetzt, diese werden in der Regel direkt mit dem Erstattungsbetrag verrechnet. Eine Kostenerstattung ist auch möglich, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt wurde (sog. Systemversagen). Sind dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, so sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Voraussetzung ist hier stets eine Notwendigkeit der Leistung.

2. Wahlrecht und Bindungswirkung

Die Kostenerstattung kann umfassend gewählt oder auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche eingeschränkt werden:

- ambulante ärztliche Versorgung einschließlich Psychotherapie
- zahnärztliche Versorgung
- stationärer Bereich
- veranlasste Leistungen, z.B. Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Der Versicherte muss seine Krankenkasse vor Inanspruchnahme der medizinischen Leistung über seine Wahl informieren. Er ist dann 3 Monate daran gebunden.

3. Zugelassene Leistungserbringer

Erstattungsfähig sind in der Regel nur Leistungen, die von **Vertragsärzten** oder in Vertragskrankenhäusern, **nicht** von Privatärzten oder in Privatkliniken, erbracht werden.

In Ausnahmefällen sind, je nach Satzung der Krankenkasse, auch **nicht zugelassene Leistungserbringer** möglich, z.B. nicht zugelassene Psychotherapeuten oder Heilpraktiker, wenn die Krankenkasse **vor** der Behandlung zugestimmt hat.

Unabhängig von der Satzung ist eine Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer auch dann möglich, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt wurde.

4. Umfang der Erstattung

Patienten, die sich für Kostenerstattung entscheiden, erhalten vom Arzt eine private Rechnung, bezahlen diese und bekommen von der Krankenkasse den Betrag erstattet, den die Krankenkasse für die Behandlung bezahlt hätte. Die Krankenkasse reduziert diesen Erstattungsbetrag gegebenenfalls um die gesetzliche Zuzahlung, entgangene Rabatte bei Arzneimitteln sowie einen nach Krankenkasse unterschiedlichen Abschlag von maximal 5 % für Verwaltungsaufwand.

5. Vor- und Nachteile

Das Kostenerstattungsprinzip hat insbesondere folgende Vor- und Nachteile:

- Patienten sehen genau, welche Leistungen abgerechnet werden.
- Da die Krankenkasse erst hinterher eingeschaltet wird, kann es sein, dass Patienten schneller einen Termin bekommen. Denn Privatpatienten werden teils schneller als Kassenpatienten behandelt, weil bei ihnen höhere Rechnungen gestellt werden können.
- Die Behandlungskosten auslegen zu können, setzt ein entsprechendes Vermögen voraus, das dafür eingesetzt werden kann.
- In der Regel erstatten die Krankenkassen nicht alles, was die Arztpraxen berechnen.
- Hinzu kommen zusätzliche Verwaltungskosten und ein nicht unerheblicher Aufwand, der mit dem Verfahren für die Versicherten verbunden ist.
- Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht gezahlt werden (mit der Begründung, sie seien nicht

wirtschaftlich, nicht notwendig oder nicht zweckmäßig im Sinne eines wissenschaftlichen Nachweises) werden eventuell eher angeboten. (Aber auch gesetzlich Versicherte, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, können solche Leistungen als sog. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bekommen. Näheres unter [Selbstzahlerleistungen](#) .

6. Kostenerstattung bei Auslandsbehandlungen

Versicherte können auch in anderen EU/EWR-Staaten und der Schweiz Leistungserbringer gegen Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Krankenhausleistungen und geplante Behandlungen im Ausland müssen vorher von der Krankenkasse genehmigt werden, Näheres unter [Auslandsbehandlung](#) .

7. Kostenerstattung bei Systemversagen

Eine Kostenerstattung ist auch in folgenden Ausnahmefällen möglich:

- Eine notwendige Behandlung kann aus Mangel im Leistungssystem (Systemversagen) nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden, z. B. bei unzumutbar langen Wartezeiten oder mehrfachen, erfolglosen Versuchen einen geeigneten Therapieplatz zu finden.
- Die notwendige Behandlung wurde von der Krankenkasse rechtswidrig abgelehnt.

Das wurde in einer Gerichtsentscheidung vom Bundessozialgericht bestätigt (BSG, Urteil v. 25.9.2000, B 1 KR5/99 R SozR 3-2500 § 13 Nr. 22).

Anders als bei der Wahl des Kostenerstattungsprinzips (siehe oben) gilt beim Systemversagen **keine** Bindungswirkung für 3 Monate. Das heißt die Versicherten können weiterhin Sachleistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen und nur für den Einzelfall des Systemversagens sich die Kosten erstatten lassen.

Beispiel: Da es oft nicht gelingt, rechtzeitig eine Psychotherapie in einer Praxis mit Kassenzulassung zu bekommen, machen viele Menschen eine Psychotherapie in einer Privatpraxis und lassen sich die Kosten durch die Krankenkasse erstatten. Brauchen sie daneben andere medizinische Leistungen, z.B. Physiotherapie oder eine ärztliche Behandlung, können sie diese dennoch wie gewohnt als Sachleistungen bekommen.

8. Praxistipps

- Um das Systemversagen nachweisen zu können, sollten Terminabsagen, insbesondere von Terminservicestellen, gesammelt werden. Versicherte sollten sich mit Krankenkasse in Verbindung setzen, wie vorgegangen werden kann. Die Anträge auf Kostenerstattung sind Einzelfallentscheidungen und werden oft abgelehnt. In diesem Fall können Betroffene Widerspruch einlegen.
- Die Leistungsentgelte für eine privatärztliche Behandlung sind höher als die, die bei einer vertragsärztlichen Behandlung anfallen würden. Das liegt an den Honorarsätzen nach der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GÖA) und bedeutet, dass dem Versicherten oft nicht alle entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstattet werden. Deshalb kann es sinnvoll sein, eine private Zusatzversicherung für diesen Differenzbetrag abzuschließen.

9. Wer hilft weiter?

Vor der Wahl der Kostenerstattung kann sich der Versicherte von seiner [Krankenkasse](#) beraten lassen.

10. Verwandte Links

[Patientenrechte](#)

Gesetzesquelle: § 13 SGB V