
Erläuternde Hinweise zur Leistungserbringung in Pädiatrischen Institutsambulanzen

Stand: 10.09.2026

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	3
II.	Errichtung einer Pädiatrischen Institutsambulanz (PädIA).....	3
1.	Gesetzliche Ermächtigung	3
2.	Leistungsgruppenzuweisung.....	3
3.	Nachweisverfahren.....	4
4.	Sächliche Anforderungen nach § 5 Absatz 1 PädIA-Vereinbarung.....	4
5.	Personelle Anforderungen nach § 5 Absatz 2 PädIA-Vereinbarung.....	4
5.1	Fachärztliche Leitung der PädIA.....	4
5.2	Leistungserbringung durch fachärztlich medizinisches Personal	5
5.3	Angaben im Rahmen des Nachweisverfahrens vor erstmaliger Leistungserbringung	5
6.	Ausschluss von Doppelstrukturen	6
7.	Persönliche Ermächtigung versus institutionelle Ermächtigung nach § 118 b SGB V.....	6
8.	Inhaltsgleiche Leistung im Sinne des § 2 Absatz 3 PädIA-Vereinbarung.....	7
9.	Disease Management Programme (DMP)	7
III.	Patientenzugang	7
1.	Überweisung.....	7
2.	Diagnosen, Verdachtsdiagnosen	8
IV.	Organisation einer PädIA	8
1.	Pflegerische Versorgung	8
2.	Betriebsstättennummer	9
3.	Ausstellen von Verordnungen und Überweisungen.....	9
4.	Sonderfall: Endokrinologische Erkrankungen und Diabetes bei Kindern und Jugendlichen	10
V.	Nachweise im Rahmen der Qualitätssicherung, Krankenhausarzt Nummer	10
VI.	Vergütung und Abrechnung	11
1.	§ 120 Absatz 1 und 1a SGB V	11
1.1	Abrechnung der Leistungen nach EBM gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung	11
1.2	Abrechnung der Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V gegenüber den Krankenkassen.....	11
2.	Weitere Aspekte	12
	Anlage.....	13

I. Einleitung

Mit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz- KHVVG- (BGBl 2024, Teil I, Nr. 400) am 12.12.2024 wurde § 118b in das SGB V aufgenommen. Der Gesetzgeber hat pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen ermächtigt, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen. Zur Ausgestaltung dieser gesetzlichen Ermächtigung hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zu schließen zu

1. der Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
2. sächlichen und personellen Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstigen Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2 SGB V hat aufgrund der mündlichen Verhandlung am 17.02.2026 die Vereinbarung zu pädiatrischen Institutsambulanzen nach § 118b SGB V in der Fassung der Anlage festgesetzt.

II. Errichtung einer Pädiatrischen Institutsambulanz (PädIA)

1. Gesetzliche Ermächtigung

Nach § 118b Satz 1 SGB V sind pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen ermächtigt. Es handelt sich um eine gesetzliche Ermächtigung. Anders als bei der persönlichen Ermächtigung, die personenbezogen und in der Regel zeitlich und inhaltlich begrenzt durch den jeweiligen Zulassungsausschuss ausgesprochen wird, ist die gesetzliche Ermächtigung nach § 118b SGB V auf die Institution bezogen und erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Norm. Es ist keine Zulassung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. Die Ermächtigung ist gemäß der Regelung des § 118b SGB V nicht zeitlich und/oder inhaltlich begrenzt. Eine PädIA muss jedoch, wenn sie die nach der Vereinbarung möglichen Leistungen erbringen möchte, die sächlichen und personellen Anforderungen erfüllen.

2. Leistungsgruppenzuweisung

Voraussetzung für ein Tätigwerden einer PädIA eines Krankenhauses ist zunächst, dass das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin erbringt.

Auch vor der Zuweisung von Leistungsgruppen ist somit eine Leistungserbringung in einer PädIA möglich. Sobald jedoch die Leistungsgruppen zugewiesen sind, müssen die Anforderungen der Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ für die pädiatrischen Leistungs-

bereiche und die der Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“ für den kinderchirurgischen Leistungsbereich erfüllt werden. Hier reicht es nicht, wenn eine Leistungsgruppe lediglich zugewiesen (Ausnahme-Zuweisung) wird; es müssen die Anforderungen der Leistungsgruppe auch erfüllt werden.

3. Nachweisverfahren

Bevor die PädIA ambulante Behandlungen erbringen kann, muss sie nach § 2 Absatz 2 der PädIA-Vereinbarung¹ gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachweisen, dass die Anforderungen nach § 5 PädIA-Vereinbarung erfüllt sind. Hierunter fallen sächliche und personelle Erfordernisse. Sofern die Voraussetzungen nach § 5 nicht mehr vorliegen, ist dies unverzüglich der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Die Abrechnung von Pauschalen gemäß § 120 Absatz 1a SGB V kann von den Krankenkassen bis zur Erfüllung der Anforderungen nach § 5 und deren erneutem Nachweis ausgesetzt werden.

Während die sächlichen Anforderungen in § 5 Absatz 1 aufgenommen wurden, sind die personellen Anforderungen in § 5 Absatz 2 geregelt.

4. Sächliche Anforderungen nach § 5 Absatz 1 PädIA-Vereinbarung

In der Vereinbarung werden in § 5 Absatz 1 die sächlichen Anforderungen aufgeführt. Die sächlichen Anforderungen, wie zum Beispiel

- Mindestsprechstunden an zwei Tagen pro Woche jeweils für vier Stunden,
- Darstellung der Öffnungszeiten auf der Homepage oder
- Möglichkeit der Online-Terminanfrage

beziehen sich auf alle Leistungsbereiche. Diese können aber gemeinsam und unter Nutzung gemeinsamer Ressourcen für die Gesamteinrichtung der PädIA angegeben werden. Dabei muss die qualifikationsgebundene Leistungserbringung innerhalb der Fachbereiche jeweils sichergestellt sein. So müssen zum Beispiel im Rahmen der Mindestsprechstunden, wenn sie fachbereichsübergreifend angeboten werden, die einzelnen Fachbereiche mit den entsprechenden Fachärztinnen und -ärzten mit Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung grundsätzlich zur Verfügung stehen.

5. Personelle Anforderungen nach § 5 Absatz 2 PädIA-Vereinbarung

5.1 Fachärztliche Leitung der PädIA

- Die PädIA bedarf einer fachärztlichen Leitung. Hierbei muss es sich um eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin handeln, die oder der über die erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung

¹ Sofern keine Gesetzesangabe hinter einem Paragraphen erfolgt, ist die PädIA-Vereinbarung gemeint.

und/oder Zusatzweiterbildung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 der Vereinbarung verfügt.

- Handelt es sich um eine PädIA, in der ausschließlich postoperative Leistungen nach kinderchirurgischen Eingriffen erbracht werden, muss eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie diese leiten.
- Stellen die postoperativen Leistungen nach kinderchirurgischen Eingriffen nur einen Leistungsbereich neben einem weiteren Leistungsbereich/weiteren Leistungsbereichen der PädIA dar, ist die Leitung durch einen Leistungsbereich der Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 zu stellen. Es muss somit keine chirurgische Leitung in einer PädIA eingesetzt werden, wenn die PädIA neben den postoperativen Leistungen auch in weiteren Leistungsbereichen tätig wird.

5.2 Leistungserbringung durch fachärztlich medizinisches Personal

- Für die ambulante Leistungserbringung in der PädIA gilt der Facharztstatus. Die ambulanten Leistungen in den einzelnen Leistungsbereichen gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 der Vereinbarung sind jeweils nur von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu erbringen, die je nach ihrer Spezialisierung über die in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung verfügen (Facharztstatus). Leistungen nach § 118b SGB V in dem Leistungsbereich der postoperativen Leistungserbringung sind jeweils nur von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie zu erbringen (Facharztstatus).
- Auch wenn Fachärztinnen und Fachärzte in Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung bereits grundsätzlich den Facharztstatus erfüllen, ist für die Leistungserbringung in der PädIA nach Vertragsarztrecht erforderlich, dass sie auch über die erforderliche Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung verfügen. Die Fachärztinnen und -ärzte, die sich in Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung befinden, können nach den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung in die Behandlung einbezogen werden. Die Abrechnung erfolgt über die Fachärzte mit abgeschlossener Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung.

5.3 Angaben im Rahmen des Nachweisverfahrens vor erstmaliger Leistungserbringung

Vor erstmaliger Leistungserbringung sind die oben genannten Fachärztinnen und Fachärzte zu benennen und ihre erlangte Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nachzuweisen. Da für Abrechnungszwecke auch Krankenhausarztnummern (KHANR) zu übermitteln sind (siehe unter V), kann bei bestimmten Fachgruppencodes [Hämatologie-Onkologie (41), Kardiologie (42), Neuropädiatrie (44), Kinderpneumologie (45)] der Nachweis der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung über die KHANR erfolgen. Weitere Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen sowie sonstige erforderliche Qualifikationen müssen zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden. Ein bestimmtes Verfahren bzw. formelle Anforderungen an das Nachweisverfahren wurden in der Vereinbarung nicht festgelegt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen aus Gründen der Vereinheitlichung ein Muster entwickeln und auch zu sächlichen Anforderungen Informationen einfordern werden.

Solange die im Nachweisverfahren darzulegenden Anforderungen erfüllt sind, können ambulante Leistungen im Rahmen einer PädIA erbracht werden. Sie sind zeitlich nicht befristet.

6. Ausschluss von Doppelstrukturen

Nach § 1 Absatz 3 der PädIA-Vereinbarung ist der Aufbau von Doppelstrukturen ausgeschlossen. Dies bezieht sich auf die Leistungserbringung in fachgleichen Leistungsbereichen insbesondere bei persönlichen Ermächtigungen nach § 116 SGB V und vorhandenen Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Leistungen der PädIA können somit nicht auch noch parallel im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung erbracht werden.

Beispielsweise Kinder und Jugendliche, die eine pneumologische Betreuung benötigen, können entweder in einer PädIA oder im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung behandelt werden. Im Falle von Überschneidungen in einem fachgleichen Leistungsbereich sollte mit den Kostenträgern geklärt werden, wie eine sinnvolle Aufteilung gelingen kann. So könnten zum Beispiel 18- bis 21-Jährige im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung behandelt werden, während die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in einer PädIA erfolgt.

Eine Abgrenzung für den prä- und postoperativen Bereich bei ambulanten Operationen oder bei stationär durchgeführten chirurgischen Eingriffen im Verhältnis zur Leistungserbringung in PädIA sieht die Vereinbarung in § 1 Absatz 3 vor. Sowohl die Vorbereitung als auch die Durchführung von elektiven kinderchirurgischen Eingriffen finden nicht in einer PädIA statt. Anderes gilt für die postoperativen Leistungen nach kinderchirurgischen Eingriffen. Diese können in PädIA erfolgen:

- ab dem 22. postoperativen Tag bei Ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V und
- ab dem 15. postoperativen Tag bei stationär durchgeführten operativen Eingriffen.

Diese Regelung gilt für alle Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V und für alle stationär durchgeführten operativen Eingriffen bei Kindern und Jugendlichen.

Existiert eine persönliche Ermächtigung für kinderchirurgische Leistungen, die auch die postoperativen Leistungen mit umfasst, würde dies jedoch dazu führen, dass mit der Errichtung einer PädIA für die Durchführung von postoperativen Leistungen im kinderchirurgischen Bereich eine Doppelstruktur geschaffen würde, die nicht zulässig ist.

7. Persönliche Ermächtigung versus institutionelle Ermächtigung nach § 118 b SGB V

Eine persönliche Ermächtigung nach § 116 SGB V setzt das Vorliegen eines quantitativ-allgemeinen oder qualitativ-speziellen Versorgungsbedarfs voraus. Maßgeblich für die Beurteilung des Versorgungsbedarfs ist grundsätzlich das im jeweiligen Planungsbereich bestehende Versorgungsangebot, in dem die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die vertragsärztliche Tätigkeit ausüben möchte.

Die PädIA unterliegt demgegenüber keiner Bedarfsprüfung, da ihre Zulassung gesetzlich vorgesehen ist. Vor Aufnahme der erstmaligen Leistungserbringung hat sie gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sowie den jeweils zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen, dass die erforderlichen sächlichen und personellen Voraussetzungen erfüllt sind. Damit werden die zuständigen Stellen über die Aufnahme der Tätigkeit sowie über das von der PädIA angebotene Leistungsspektrum informiert.

8. Inhaltsgleiche Leistung im Sinne des § 2 Absatz 3 PädIA-Vereinbarung

Innerhalb eines Quartals können in anderen ermächtigten Einrichtungen und Bereichen des gleichen Krankenhauses keine inhaltlich gleichen Leistungen erbracht werden (insb. HSA, SPZ, PIA, AOP, ASV, Leistungen von Kinderspezialambulanzen auf Basis einer Ermächtigung gemäß § 116 SGB V, teilstationär, vor- und nachstationär), wenn der oder die Versicherte aufgrund derselben Krankheit mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt wird und somit ein sachlicher Behandlungszusammenhang besteht.

Hier ist die tatsächlich „gleiche“ Leistung gemeint. Eine Gastroskopie kann beispielsweise im selben Quartal nicht sowohl teilstationär als auch daneben erneut im Rahmen einer ambulanten Leistungserbringung durch eine pädiatrische Institutsambulanz erfolgen, wenn ein sachlicher Behandlungszusammenhang besteht. Die Regelung des § 2 Absatz 3 dient letztlich dazu, Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

9. Disease Management Programme (DMP)

Die Regelungen der PädIA-Vereinbarung schließen die Betreuung von Patienten nach den Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (DMP-A-RL) nicht aus. So können Leistungen gemäß DMP (z. B. Diabetes mellitus Typ 1 oder Asthma bronchiale) auch im Rahmen der fachlich zugehörigen PädIA erbracht und abgerechnet werden.

Die Geschäftsstelle empfiehlt, die entsprechenden DMP-Richtlinien zu prüfen und im Zweifelsfall Kontakt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen.

III. Patientenzugang

1. Überweisung

Nach § 4 PädIA-Vereinbarung benötigen Kinder und Jugendliche für die Inanspruchnahme einer PädIA eine Überweisung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes, einer Kinder- und Jugendärztin, einer Hausärztin oder eines Hausarztes.

Überweisungen der oben aufgeführten Ärzte sind quartalsübergreifend gültig. Ist eine Überweisung ausgestellt, die Behandlung aber im Quartal noch nicht begonnen worden, gilt die Überweisung auch für das Folgequartal. Ist eine Behandlung begonnen, im Folgequartal aber noch nicht abgeschlossen worden, gilt die Überweisung auch weiterhin. Nähere Informationen finden sich unter dem nachfolgenden Link der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):

Überweisungen: Hinweise zur Gültigkeit

In einer PädIA können Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres behandelt werden. Ggf. ist eine Rücksprache mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen empfehlenswert, um Ausnahmen zu ermöglichen, da der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 785. Sitzung zum 01.10.2025 angepasst und damit um die Definition von Heranwachsenden (ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) und die Berechnungsfähigkeit von Gebührenordnungspositionen in der Präambel des Kapitels 4 für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr ergänzt wurde. Nachfolgend ist der Link zum EBM aufgeführt: [KBV - EBM](#)

2. Diagnosen, Verdachtsdiagnosen

Die überweisende Vertragsärztin oder der überweisende Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen. Auf dem Überweisungsschein ist zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt: Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung, Weiterbehandlung (§ 24 Absatz 7 Sätze 1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte - BMV-Ä). Nachfolgend ist der Link zum BMV-Ä aufgeführt: [KBV - Bundesmantelvertrag](#)

Der Gesetzestext und die Vereinbarung sprechen „von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen“. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, bei denen zunächst der Verdacht auf eine Erkrankung besteht, ist auch über eine PädIA möglich. Eine explizite Nennung dieser Verdachtsfälle war nach Ansicht der Vertragspartner und des Schiedsgremiums in der Vereinbarung nicht notwendig. Auch die Überweisungsregelung im BMV-Ä stützt dieses Vorgehen.

IV. Organisation einer PädIA

1. Pflegerische Versorgung

Nach § 5 Absatz 2 Buchstabe e) PädIA-Vereinbarung ist im Bedarfsfall für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine Pflegekraft zur Verfügung zu stellen. Diese Pflegekraft kann entweder

- eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson oder
- eine Pflegefachperson mit Vertiefung Pädiatrie oder
- eine Pflegefachperson mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung

sein.

Im Rahmen der Behandlungszeiten einer PädIA ist somit sicherzustellen, dass im Bedarfsfall auf das entsprechende pflegerische Personal zurückgegriffen werden kann. Dies bedeutet nicht, dass die entsprechende Pflegekraft ständig während der Sprechstundenzeiten der PädIA in den Räumlichkeiten der PädIA anwesend sein muss. Sie muss jedoch jederzeit abrufbar sein. Während der Sprechstundenzeiten können auch Medizinische Fachangestellte als nichtärztliche Mitarbeiter

zur Unterstützung bei der Erbringung der ärztlichen Leistung eingesetzt werden. Es gelten die vertragsärztlichen Bestimmungen. Nach § 15 Absatz 1 Satz 5 BMV-Ä sind persönliche Leistungen ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

2. Betriebsstättennummer

Die PädIA nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und erhält von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Betriebsstättennummer. Diese Betriebsstättennummer ist zum Beispiel auf Verordnungen einzutragen.

Nähere Informationen zur Vergabe von Betriebsstättennummern an ermächtigte Einrichtungen finden sich in den §§ 5 und 6 der entsprechenden Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V unter dem nachfolgenden Link:

[Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten-, Praxisnetz- sowie der Netzverbundnummern](#)

3. Ausstellen von Verordnungen und Überweisungen

Die PädIA nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und hat, soweit erforderlich, die Vordrucke zu verwenden, die auch im niedergelassenen Bereich zur Anwendung kommen. Am häufigsten dürften Muster 6 - Überweisungsschein und Muster 16 - Arzneiverordnungsblatt Anwendung finden. Auf diesen Vordrucken sind jeweils die Betriebsstättennummer der PädIA und daneben auch die Krankenhausarzt Nummer des jeweils den Vordruck ausstellenden Krankenhausarztes aufzuführen (Krankenhausarzt Nummer, siehe unter V.). Für Arzneimittelverordnungen ist bei Anbindung der PädIA an die Telematikinfrastruktur das eRezept zu verwenden. Überweisungen erfolgen nach wie vor auf Papiervordrucken.

Verordnungen ausstellen dürfen die Krankenhausärzte, die über die in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung verfügen. Darüber hinaus dürfen auch Fachärzte in Weiterbildung Verordnungen ausstellen, nach den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen.

Verordnungen und Überweisungen müssen bezogen auf den Behandlungsfall medizinisch begründet und erforderlich sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.

Sind mehrere Fachbereiche in die Behandlung einbezogen, können die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte jedes Fachbereichs Verordnungen ausstellen.

Sofern es für die Behandlung der Patienten einer PädIA erforderlich ist, dürfen die in einer PädIA tätigen Ärzte andere Fachärztinnen und Fachärzte des Krankenhauses in die Behandlung einbeziehen. Handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte des Krankenhauses, an dem sich auch die PädIA befindet, können diese ohne Überweisung einbezogen werden. Die Vereinbarung weist in § 5 Absatz 2 Buchstabe c) insbesondere auf die Schwerpunkte Kinder- und Jugendradiologie oder Laboratoriumsmedizin hin. Die Einbeziehung weiterer Schwerpunkte im Krankenhaus ist

möglich, sofern diese Einbeziehung medizinisch erforderlich ist. Überweisungen an andere ambulante Strukturen des Krankenhauses sind nicht ausgeschlossen, sofern die medizinische Erforderlichkeit sowie die Zugangsvoraussetzungen gegeben sind, nicht gegen das Verbot der Doppelstrukturen verstoßen wird und keine Doppeluntersuchungen veranlasst werden.

Erläuterungen zum Ausfüllen der gesamten, im vertragsärztlichen Bereich zur Anwendung kommenden Vordrucke und zum eRezept finden sich unter den nachfolgenden Links der KBV:

[Erläuterungen](#)

[KBV - eRezept](#)

4. Sonderfall: Endokrinologische Erkrankungen und Diabetes bei Kindern und Jugendlichen

Grundsätzlich sind Leistungen in einer PädIA von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zu erbringen. Im Falle einer eigenen Zusatzweiterbildung einer Landesärztekammer, die bspw. ausschließlich die Diabetologie betrifft, sollten entsprechende Leistungen in der Diabetologie erbracht werden können. Es handelt sich in diesem Fall dem Grunde nach um eine PädIA für Diabetologie. Diese Konstellation sollte mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgeklärt werden.

Ob eine Qualifikation der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ausreichend ist, um die personellen Anforderungen einer Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung zu erfüllen, sollte mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geklärt werden.

V. Nachweise im Rahmen der Qualitätssicherung, Krankenhausarztnummer

Für die PädIA gelten die Qualitätssicherungsregeln der vertragsärztlichen Versorgung. Die in der PädIA tätigen Fachärztinnen und Fachärzte erhalten oder verfügen bereits über eine Krankenhausarztnummer (KHANR), die bei der Erbringung und bei der Verordnung von Leistungen anzugeben ist. Diese KHANR dient als Nachweis, welche Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbracht haben. Der Träger der PädIA muss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (auch bei Änderungen) Informationen zu den in der PädIA tätigen Ärztinnen und Ärzten inklusive der jeweiligen Krankenhausarztnummer mitteilen. Ferner muss angegeben werden, welche qualifikationsabhängigen Leistungen die Ärztinnen und Ärzte erbringen; die erforderlichen Qualifikationen sind jeweils nachzuweisen.

Bei den Fachgruppencodes 41 bis 45 (mit Ausnahme des Fachgruppencodes 43 – Neonatologie, der nicht zum Leistungsspektrum einer PädIA gehört) kann der Nachweis der Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung in bestimmten Fällen über die KHANR erfolgen. Weitere Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen sowie sonstige erforderliche Qualifikationen müssen zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden.

Außerdem muss für die PädIA veröffentlicht werden, wie viele Patientinnen und Patienten in der PädIA jährlich, in den einzelnen Leistungsbereichen behandelt wurden. Zusätzlich sind die 10 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit den jeweiligen Patientenzahlen anzugeben. Das

Veröffentlichungsformat ist nicht vorgegeben. Diese Angaben können auch Teil des Qualitätsberichts nach § 136b SGB V sein.

VI. Vergütung und Abrechnung

1. § 120 Absatz 1 und 1a SGB V

Die Vergütung von Leistungen nach § 118b SGB V erfolgt zweigleisig, und zwar zum einen über die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen nach dem Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 295 Abs. 4 SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nach den vertragsärztlichen Grundsätzen aus der Gesamtvergütung gemäß § 120 Absatz 1 SGB V und zum anderen über die Abrechnung der Pauschale nach § 120 Absatz 1a SGB V gegenüber der Krankenkasse.

1.1 Abrechnung der Leistungen nach EBM gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Die Anwendung der vertragsärztlichen Grundsätze bewirkt, dass die ärztlichen Leistungen der PädIA aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden. Als Grundlage für die Berechnung dient der EBM. Bei der Abrechnung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verwendet das Krankenhaus die KHANR gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 sowie § 295 Absatz 1 SGB V. Vor der ersten Abrechnung und bei jeder Änderung sind die der Arztnummer zugeordneten Stammdaten und Qualifikationen der Ärztin beziehungsweise des Arztes nach § 7 Absatz 3 der PädIA-Vereinbarung zu übermitteln.

Für jeden Behandlungsfall im Sinne des § 120 Absatz 1 SGB V müssen zusammen mit den Abrechnungsdaten die KHANR der behandelnden Ärztin beziehungsweise des behandelnden Arztes gemäß § 5 Absatz 2 Buchstaben b und c der PädIA-Vereinbarung sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

1.2 Abrechnung der Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V gegenüber den Krankenkassen

Bei der Abrechnung der fall- oder einrichtungsbezogenen Pauschalen nach § 120 Abs. 1a SGB V hat der Träger der PädIA in jedem Abrechnungs- und Leistungsfall die KHANR der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b der PädIA-Vereinbarung sowie die erforderlichen Angaben nach § 295 Abs. 1 SGB V zusammen mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu übermitteln. Die nach § 295 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Abrechnung erforderlichen Angaben beinhalten die erbrachten Leistungen einschließlich des Tages und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung.

Aus der Vereinbarung nach § 118b SGB V ergibt sich, dass neben der Übermittlung der Pauschalen nach § 120 Abs. 1a SGB V die KHANR nach § 293 Abs. 7 SGB V zu übermitteln ist.

Die Datenübermittlung durch die teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt gemäß § 301 SGB V. Die Vertragspartner nach § 301 Abs. 3 SGB V stimmen derzeit einen Nachtrag zur Vereinbarung ab,

der die erforderlichen Anpassungen für die Übermittlung der Abrechnungsunterlagen beinhaltet. Der Nachtrag soll zum 01.01.2027 in Kraft treten.

Bis zum Inkrafttreten der Anpassungen erfolgt die Abrechnung nach § 120 Abs. 1a SGB V nach den derzeit geltenden Regelungen.

2. Weitere Aspekte

Bei der PädIA handelt es sich um eine ermächtigte Einrichtung, deren Leistungsumfang nicht begrenzt ist wie es zum Beispiel bei persönlich ermächtigten Krankenhausärzten der Fall ist. Da die PädIA gemäß den vertragsärztlichen Bestimmungen Leistungen erbringen, die den fachärztlichen Leistungen zuzurechnen sind, müssten diese Leistungen grundsätzlich über die speziellen Fachkapitel des EBM berechnungsfähig sein: Abschnitt III.a, Hausärztlicher Versorgungsbereich – Kapitel 4 Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin. Dort ist in der Präambel (Ifd. Nr. 4) geregelt: „Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall ausschließlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 berechnungsfähig. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind abweichend von 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag in Höhe von 60 % der jeweiligen Punktzahl berechnungsfähig.“

Für die Erbringung und Abrechnung bestimmter diagnostischer Leistungen nach dem EBM sind die jeweils geltenden fachlichen, qualifikationsbezogenen und genehmigungsrechtlichen Voraussetzungen zu beachten.

Beispiel:

Nach dem EBM, Kapitel 33 – Ultraschalldiagnostik setzt die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels eine Genehmigung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) voraus. Im Rahmen des Nachweisverfahrens (s. o.) sind alle Qualifikationsnachweise der in der PädIA tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die über die erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung des entsprechenden Leistungsbereichs verfügen, zu übermitteln.

Lesefassung unter Berücksichtigung des Beschlusses
des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2 SGB V
vom 17.02.2026

**Vereinbarung nach § 118b SGB V,
Pädiatrische Institutsambulanzen (PädiA)**

gültig ab dem 01.04.2026

zwischen dem
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Berlin
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Berlin

im Einvernehmen mit der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziele

§ 2 Einrichtungen

§ 3 Patientengruppe

§ 4 Patientenzugang

§ 5 Sächliche und personelle Anforderungen

§ 6 Zusammenarbeit

§ 7 Qualitätssicherung

§ 8 Abrechnung und Datenübermittlung

§ 9 Kündigung

§ 10 Inkrafttreten

Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 118b SGB V

A: Art der Erkrankung (Leistungsbereich-Positivliste)

B: Schwere der Erkrankung

C: Dauer der Erkrankung

Präambel

- (1) Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren gemäß § 118b Satz 2 SGB V im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus in einer Pädiatrischen Institutsambulanz (PädIA) bedürfen. Für die Versorgung dieser Patientengruppe sind die PädIA an pädiatrischen Krankenhäusern sowie an Krankenhäusern mit selbstständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen ermächtigt. Darüber hinaus vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1 sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.
- (2) Es gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Besonderheiten für die Versorgung nach § 118b SGB V werden nachfolgend gesondert bestimmt.
- (3) Die von den pädiatrischen Institutsambulanzen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 und Absatz 1a SGB V vergütet.

§ 1 Ziele

- (1) PädIA erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für kranke Kinder und Jugendliche, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen spezialisierten, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der PädIA richtet sich an kranke Kinder und Jugendliche, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend versorgt werden können.
- (2) Mit der Ermächtigung der PädIA wird auch angestrebt, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und Behandlungsabläufe von spezialisierten, krankenhaushaften Versorgungsangeboten zu optimieren.
- (3) Der Aufbau von Doppelstrukturen ist ausgeschlossen; dies bezieht sich auf die Leistungserbringung in fachgleichen Leistungsbereichen insbesondere bei persönlichen Ermächtigungen nach § 116 SGB V und vorhandenen Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Die Behandlung von Akutpatientinnen und -patienten, von Notfällen und die Durchführung von elektiven kinderchirurgischen Eingriffen sowie deren Vorbereitung finden nicht in der PädIA statt. Die postoperativen Leistungen nach kinderchirurgischen Eingriffen können in PädIA erfolgen:
 - ab dem 22. postoperativen Tag bei Ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V und
 - ab dem 15. postoperativen Tag bei stationär durchgeführten operativen Eingriffen.

§ 2 Einrichtungen

- (1) Ermächtigt im Sinne dieser Vereinbarung zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen. Die Ermächtigung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten nach § 3 i.V.m. Anlage 1, für Leistungen nach Anlage 1, sofern die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Leistungserbringung nach § 5 in Verbindung mit Anlage 1 dieser Vereinbarung und sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung gemäß § 7 dieser Vereinbarung erfüllt sind.
- (2) Vor erstmaliger Leistungserbringung erfolgt ein Nachweis der Einrichtung über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 5 an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und an die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Sofern die Voraussetzungen nach § 5 nicht mehr vorliegen, ist dies unverzüglich der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Die Abrechnung von Pauschalen gemäß § 120 Absatz 1a SGB V kann von den Krankenkassen bis zur Erfüllung der Anforderungen nach § 5 und erneutem Nachweis nach Satz 1 ausgesetzt werden.
- (3) Innerhalb eines Quartals können in anderen ermächtigten Einrichtungen und Bereichen des gleichen Krankenhauses keine inhaltlich gleichen Leistungen erbracht werden (insb. HSA, SPZ, PIA, AOP, ASV, Leistungen von Kinderspezialambulanzen auf Basis einer Ermächtigung gemäß § 116 SGB V, teilstationär, vor- und nachstationär), wenn der oder die Versicherte aufgrund derselben Krankheit mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt wird und somit ein sachlicher Behandlungszusammenhang besteht.
- (4) Die bisher behandelnden Ärztinnen und Ärzte stellen der PädIA zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung gemäß § 118b SGB V relevanten Unterlagen mit Einverständnis der Patientin und des Patienten oder der gesetzlichen Vertreter zur Verfügung. Die die Leistung gemäß § 118b SGB V durchführende Ärztin oder Arzt hat diese Unterlagen bei der strukturierten Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit, Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, ist dies in medizinisch begründeten Fällen möglich. Diese wiederholt durchgeführten Untersuchungen sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen und auf Nachfrage zu begründen.

§ 3 Patientengruppe

- (1) Pädiatrische Institutsambulanzen sind zur Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kriterien Art, Schwere und Dauer sind in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung näher spezifiziert.

§ 4 Patientenzugang

Kinder und Jugendliche müssen für die Inanspruchnahme einer PädIA eine Überweisung von einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, einer Kinder- und Jugendärztin, einer Hausärztin oder einem Hausarzt vorlegen. Die Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der Regelungen dieser Vereinbarung und die Übernahme der Behandlung werden durch die PädIA geprüft und dokumentiert.

§ 5 Sächliche und personelle Anforderungen

- (1) Die Behandlung der Erkrankungen der Patientengruppe nach dieser Vereinbarung stellt an die Diagnostik und Therapie hohe Anforderungen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 118b SGB V erfordert deshalb die Vorhaltung geeigneter Versorgungsstrukturen, insbesondere hinsichtlich der Qualifikation beteiligter Fachkräfte in der PädIA, und hat dem allgemeinen anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse zu entsprechen. Für die ermächtigten Einrichtungen gelten die folgenden sächlichen und personellen Anforderungen.

Folgende sächliche Anforderungen sind zu erfüllen:

- a. Strukturierte Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten Behandlungsebene sowie eine Priorisierung,
- b. Mindestsprechstundenzeiten an zwei Tagen pro Woche jeweils für vier Stunden,
- c. Darstellung der Öffnungszeiten auf der Homepage,
- d. telefonische Erreichbarkeit zu den auf der Homepage dargestellten Öffnungszeiten,
- e. Möglichkeit der Online-Terminanfrage,
- f. kurzfristige Termine für Patientinnen und Patienten mit von einer Fachärztin oder einem Facharzt nachgewiesener Dringlichkeit,
- g. Darstellung des Leistungsbereichs auf einer Homepage,
- h. Videosprechstunden und Konsil,
- i. Fallkonferenzen und
- j. Nutzung der medizintechnischen Großgeräte des Krankenhauses und eine geeignete Praxisausstattung bzw. Räumlichkeiten.

(2) Weiterhin sind folgende personellen Anforderungen zu erfüllen:

- a. Die PädIA steht unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin, die oder der über die erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 verfügt (Facharztstatus)

oder

unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendchirurgie, wenn die PädIA ausschließlich Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. A 11 erbringt (Facharztstatus).
- b. Die Leistungen nach § 118b SGB V in den Leistungsbereichen gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 sind jeweils nur von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu erbringen, die je nach ihrer Spezialisierung über die in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche abgeschlossene Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung verfügen (Facharztstatus). Leistungen nach § 118b SGB V in dem Leistungsbereich gemäß Anlage 1 Nr. A 11 sind jeweils nur von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie zu erbringen (Facharztstatus). Fachärztinnen und Fachärzte in Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildungen können nach den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen werden.
- c. PädIA dürfen ergänzend andere Fachärztinnen und Fachärzte des Krankenhauses in die Leistungserbringung einbeziehen, wenn dies im Rahmen einer Behandlung nach dieser Vereinbarung erforderlich ist, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin.
- d. Die kinder- und jugendmedizinische Versorgung in einer PädIA im Krankenhaus ist zulässig, wenn das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin erbringt. Abweichend von Satz 1 hat die ermächtigte Einrichtung die Anforderungen der dem Krankenhaus zugewiesenen pädiatrischen Leistungsgruppen gemäß § 135e SGB V zu erfüllen, sobald für den jeweiligen stationären Bereich entsprechend dem Leistungsangebot der PädIA eine Zuweisung der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V erfolgt ist. Dabei handelt es sich um die Leistungsgruppe Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin für die Leistungsbereiche gemäß Anlage 1 Nr. A 1 bis A 10 sowie die Leistungsgruppe Kinder- und Jugendchirurgie für Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. A 11.
- e. Im Bedarfsfall steht für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung:
 1. eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson oder
 2. eine Pflegefachperson mit Vertiefung Pädiatrie oder

3. eine Pflegefachperson mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.
- f. Soweit Vordrucke erforderlich sind, verwenden die Krankenhäuser diese nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung. Formulare werden ihnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

§ 6 Zusammenarbeit

Die PädIA arbeitet eng mit den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zusammen und informiert diese über die Behandlung. Dabei sind die Bedürfnisse und medizinischen Notwendigkeiten der kranken Kinder und Jugendlichen besonders zu berücksichtigen. Nach Durchführung der Diagnostik oder Behandlung gemäß § 118b SGB V sind der Patientin oder dem Patienten und der weiterbehandelnden Vertragsärztin oder dem weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformationen mitzugeben bzw. zu übermitteln, aus der die Diagnose, die Therapieangaben und die angezeigten Behandlungsmaßnahmen sowie bei Bedarf Rehabilitationsmaßnahmen hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistungserbringung.

§ 7 Qualitätssicherung

- (1) Für die Erbringung der Leistungen gelten die Bestimmungen zur Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere nach den gesetzlichen Regelungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V.
- (2) An die in der PädIA tätigen Fachärztinnen und Fachärzte ist eine Krankenhausarztnummer (KHANR) nach § 293 Absatz 7 SGB V i.V.m. den Regelungen der Vereinbarung ANRV und der KHANR-VZ-Vereinbarung zu vergeben. Diese dient der Kenntlichmachung der Fachärztinnen und Fachärzte bei der Erbringung und Verordnung von Leistungen.
- (3) Der Träger der PädIA ist verpflichtet, die zuständige Kassenärztliche Vereinigung darüber zu informieren, welche namentlich genannten, in der PädIA tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit welcher KHANR, die von der Ermächtigung umfassten, qualifikationsabhängigen Leistungen erbringen. Die erforderliche spezifische Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Nachweiserbringung der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung kann in bestimmten Fällen durch die Angabe der KHANR erfolgen: Den Fachgruppencodes 41 bis 45 nach Anlage 1 der ANRV-Vereinbarung ist die entsprechende Facharzt- oder Schwerpunktweiterbildung zu entnehmen. Andere Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen und Nachweise über weitere im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche Qualifikationen, insbesondere nach dem EBM, müssen zusätzlich gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nachgewiesen werden. Diese Informationen sind fortlaufend anzupassen.
- (4) Die PädIA veröffentlicht aufgeschlüsselt nach ihren Leistungsbereichen gemäß Anlage 1 die jährlichen Zahlen der behandelten Patientinnen und Patienten. Zusätzlich werden mindestens die 10 häufigsten

von der PädIA behandelten Hauptdiagnosen nach ICD-10 Klassifikation mit den entsprechenden Zahlen der behandelten Patientinnen und Patienten aufgeführt. Diese Informationen können auch Bestandteil des Qualitätsberichts nach § 136b SGB V sein.

§ 8 Abrechnung und Datenübermittlung

- (1) Die in der PädIA erbrachten ambulanten Leistungen werden gemäß § 295 Absatz 4 SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet und nach den vertragsärztlichen Grundsätzen aus der Gesamtvergütung gemäß § 120 Absatz 1 SGB V vergütet. In dieser Abrechnung wird durch das Krankenhaus die KHANR gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nr. 1 und § 295 Absatz 1 SGB V verwendet. Vor erstmaliger Abrechnung und bei jeder Änderung sind die zu der Arztnummer gehörigen Arztstammdaten und Qualifikationen gemäß § 7 Absatz 3 zu übermitteln. In jedem Behandlungsfall gemäß § 120 Absatz 1 SGB V wird die KHANR des Arztes oder der Ärztin gemäß § 5 Absatz 2 lit. b und c sowie die Angaben gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit den Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Die zu den KHANR gehörigen Arztstammdaten werden von den Trägern der PädIA an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung weitergegeben und von der Kassenärztlichen Vereinigung im Datensatz der weiteren Leistungserbringer nach § 4 Anlage 6 BMV-Ä geführt und an den GKV-Spitzenverband übertragen.
- (2) Bei der Abrechnung der fall- oder einrichtungsbezogenen Pauschalen gemäß § 120 Absatz 1a SGB V sind vom Träger der PädIA in jedem Abrechnungs- und Leistungsfall die KHANR gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V des Arztes oder der Ärztin nach § 5 Absatz 2 lit. b) sowie die Angaben gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Datenübermittlung durch teilnehmende Krankenhäuser erfolgt gemäß § 301 SGB V.
- (3) Die Vertragspartner gemäß § 301 Absatz 3 SGB V prüfen erforderliche Anpassungen und legen diesbezüglich in einer gesonderten Fortschreibung der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V erstmalig das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen gemäß Absatz 2 bis zum 31.12.2026 fest. Bis zum Inkrafttreten der Anpassungen erfolgt die Abrechnung gemäß § 120 Absatz 1a SGB V nach den bestehenden Regularien.

§ 9 Kündigung

Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist berechtigt, ihr erteiltes Einvernehmen zu dieser Vereinbarung mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende zu widerrufen. Der Widerruf des Einvernehmens steht einer Kündigung der Vereinbarung durch die Vertragsparteien gleich. Die Kündigung bzw. der Widerruf haben durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Der die Kündigung aussprechende Partner oder die den Widerruf aussprechende Beteiligte hat das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene über die Kündigung unverzüglich schriftlich oder elektronisch zu unterrichten. Es gelten die Bestimmungen des § 89a Absatz 4 SGB V. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Bis zu einer Neuvereinbarung im Einvernehmen mit der DKG bzw. einer Festsetzung durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 SGB V gilt dieser Vertrag fort.

§ 10 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.04.2026 in Kraft.

Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 118b SGB V

Vom 01.04.2026 zur Definition der Patientengruppe gemäß § 3 der Vereinbarung:

Einschlusskriterien für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Pädiatrischen Institutsambulanz

Die Diagnostik oder Behandlung in der PädIA ist indiziert, wenn eine Erkrankung der Leistungsbereich-Positivliste vorliegt (Kriterium A) und Kriterium B oder C erfüllt ist.

Diese Kriterien sind als Eingangskriterien zu verstehen und werden zu Beginn der Behandlung seitens der PädIA überprüft.

Nach einem ununterbrochenen Behandlungszeitraum von zwei Jahren wird durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gesondert überprüft, ob die Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit durch die PädIA noch vorliegen. Die Ergebnisse der Überprüfung werden in der Patientenakte dokumentiert.

Eine Behandlung in der PädIA endet, wenn eine kontinuierliche und ausreichende Behandlung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt möglich erscheint.

A: Art der Erkrankung (Leistungsbereich-Positivliste)

Die folgenden Leistungsbereiche dürfen in den jeweiligen PädIA behandelt werden, wenn Erkrankungen vorliegen, die mit den üblichen Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung nicht behandelbar sind:

- A 1. Rheumatologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 2. Endokrinologische Erkrankungen und Diabetes bei Kindern und Jugendlichen
- A 3. Nephrologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 4. Kardiologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 5. Hämatologische und onkologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 6. Neurologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 7. Gastroenterologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 8. Pneumologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 9. Allergologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- A 10. Immunologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

A 11. Postoperative Leistungen nach kinderchirurgischen Eingriffen können in PädIA erfolgen:

- ab dem 22. postoperativen Tag bei Ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V und
- ab dem 15. postoperativen Tag bei stationär durchgeführten operativen Eingriffen.

B: Schwere der Erkrankung

Besteht eine Erkrankung der Leistungsbereich-Positivliste gemäß A können Kinder und Jugendliche in der PädIA behandelt werden, wenn Erkrankungen vorliegen, die mit den üblichen Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung nicht behandelbar sind.

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens eines der folgenden Merkmale B 1 bis B 8 vorliegt:

- B 1. Es liegt ein Krankheitsbild vor, das sonst zu einer stationären Aufnahme führen würde.
- B 2. Die Kriterien für zwei oder mehr Diagnosen gemäß ICD-10-GM in der jeweils gültigen Version sind gegenwärtig erfüllt (Multimorbidität).
- B 3. Es bestehen schwere funktionelle Einschränkungen durch Verlust grundlegender körperlicher Funktionen.
- B 4. Es liegt eine komplexe Erkrankung mit hoher Therapieresistenz vor.
- B 5. Der Krankheitsverlauf ist im individuellen Fall nachweislich charakterisiert durch eine fehlende ausreichende Wirksamkeit bisheriger ambulanter Therapieversuche.
- B.6. Der Krankheitsverlauf ist im individuellen Fall nachweislich charakterisiert durch wiederholte stationäre und/oder teilstationäre Behandlungen.
- B 7. Der Krankheitsverlauf ist nachweislich durch mangelnde Krankheitseinsicht und Zusammenarbeit (mangelnde Adhärenz oder erhebliche soziale Belastungen) oder wiederholte Behandlungsabbrüche im ambulanten oder stationären Bereich gekennzeichnet.
- B 8. Es besteht Bedarf der spezialisierten Nachsorge nach Operationen oder kinderchirurgischen Prozeduren.

C: Dauer der Erkrankung

Das Kriterium der Dauer ist erfüllt, wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- C 1. Die Erkrankung besteht gegenwärtig seit mindestens 12 Monaten.
- C 2. Bei rezidivierenden Erkrankungen ist mindestens ein Rezidiv innerhalb von zwei Jahren aufgetreten.