

**3. Vereinbarung nach  
§ 22 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes  
(KHG)  
über die Pauschalbeträge für die Vergütung der  
Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG  
(3. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

gemeinsam

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

## Präambel

Mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 22 Absatz 2 KHG beauftragt, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragsparteien) bis zum 26.04.2020 die Pauschalbeträge für die Vergütung der von den in § 22 Absatz 1 KHG genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütung, zu vereinbaren. Diese Vereinbarung umfasst keine Regelungen zum Ausgleich von Einnahmeausfällen stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsrichtungen, die dadurch entstehen, dass Betten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war.

Im Rahmen mehrerer gesetzlicher Regelungen wurde diese Regelung angepasst. Mit der am 09.04.2021 in Kraft getretenen Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 07.04.2021 wurde der Zeitraum der Regelung des § 22 Absatz 1 KHG letztmalig bis zum 31.05.2021 verlängert; die Regelung ist damit zum 31.05.2021 ausgelaufen.

Mit dem nun am 24.11.2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und der darin aufgeführten Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 07.04.2021 wird die Regelung des § 22 Absatz 1 KHG erneut für den Zeitraum vom 18. November 2021 bis zum 19. März 2022 in Kraft gesetzt.

Die Vertragsparteien setzten den gemäß § 22 Absatz 2 KHG festgeschriebenen Auftrag in dieser Vereinbarung um.

## § 1 Grundsätze

Von den Ländern nach § 22 Absatz 1 KHG bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gelten für die vollstationäre Behandlung von ab dem 18.11.2021 bis zum 19.03.2022 aufgenommenen Patientinnen und Patienten, frühestens ab dem Zeitpunkt der Bestimmung durch das Land, als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V. Die nach Satz 1 bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben keinen Anspruch auf Versorgungsaufschläge nach § 21a Absatz 1 Satz 1 KHG.

## § 2 Meldepflichten

<sup>1</sup>Die von den Ländern gemäß § 1 bestimmten Einrichtungen übermitteln dem federführenden Landesverband der Krankenkassen oder der federführenden Ersatzkasse zur Weiterleitung an die weiteren Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an den Verband der Privaten Krankenversicherung vollständig und unverzüglich nach Bestimmung die in **Anlage 1** dargestellten Basisinformationen. <sup>2</sup>Darüber hinaus wird auch die vom Bundesland ausgestellte Bestimmung bzw. der entsprechende Bescheid übermittelt, sofern im Bundesland keine Allgemeinverfügung gilt. <sup>3</sup>Die DKG und der GKV-Spitzenverband veröffentlichen eine Liste der federführenden Landesverbände der Krankenkassen oder der federführenden Ersatzkassen auf ihren Internetseiten.

### § 3 Vergütungsregelungen und Abrechnungsvorgaben

- (1) <sup>1</sup>Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die einer akutstationären Krankenhausversorgung bedürfen, rechnet die Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG einen tagesbezogenen Pauschalbetrag ab. <sup>2</sup>Die jeweilige Höhe des je Berechnungstag abzurechnenden tagesbezogenen Pauschalbetrages ist in **Anlage 2** festgelegt. <sup>3</sup>Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage nach Absatz 2 addiert und mit dem tagesbezogenen Pauschalbetrag multipliziert.
- (2) <sup>1</sup>Maßgeblich für die Abrechnung ist die Zahl der Berechnungstage. <sup>2</sup>Berechnungstage sind der Aufnahme-Tag sowie jeder weitere Tag des Aufenthaltes in der Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG exklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages. <sup>3</sup>Wird eine Patientin oder ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahme-Tag und zählt als ein Berechnungstag. <sup>4</sup>Der Verlegungs- oder Entlassungstag gilt im Rahmen der Vereinbarung nach § 111d Absatz 5 SGB V als Belegungstag.
- (3) <sup>1</sup>Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pauschalbeträgen nach Absatz 1 zählt jede Aufnahme als ein Fall. <sup>2</sup>Eine Zusammenfassung von Falldaten bei mehreren Aufenthalten ist nicht vorzunehmen.
- (4) <sup>1</sup>Für Verlegungsfahrten zwischen einem Krankenhaus und einer Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG gilt § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Halbsatz 2 SGB V. <sup>2</sup>Insoweit gelten Verlegungen, die erforderlich sind, um vor dem Hintergrund der Coronavirus-Pandemie freie Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern zu schaffen, als aus zwingenden medizinischen Gründen notwendige Verlegungen. <sup>3</sup>Die Verordnungen sind entsprechend zu kennzeichnen.
- (5) Unterliegt eine Einrichtung nach § 22 Absatz 1 KHG auch dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, sind diese unterschiedlichen Geltungsbereiche im Falle von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln.

### § 4 Zusatzentgelte/Weiteres

- (1) <sup>1</sup>Zusätzlich zu den Pauschalbeträgen können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach **Anlage 7 a** und **b** abgerechnet werden. <sup>2</sup>Für die in **Anlage 7 b** benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen dokumentieren die Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG die hierfür entstandenen Kosten und rechnen diese gegenüber den zuständigen Kostenträgern ab. <sup>3</sup>Die hierfür entstandenen Kosten sind mit einer Kopie der Originalrechnungen nachzuweisen.
- (2) Für bis zum 31.12.2021 aufgenommene Patienten können zusätzlich zu den tagesbezogenen Pauschalbeträgen die coronabedingten Mehrkosten gemäß der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nr. 9 KHEntgG über vorläufige Zahlungen für die Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG sowie nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 BPfIV (3. Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) vom 22.06.2021 abgerechnet werden.

## **§ 5 Rechnungslegung**

- (1) <sup>1</sup>Dem zuständigen Kostenträger ist spätestens am 3. Werktag nach Aufnahme eine Aufnahmeanzeige (**Anlage 3**) zu übersenden. <sup>2</sup>Wird eine Patientin oder ein Patient entlassen oder verlegt, ist dem zuständigen Kostenträger spätestens am 3. Werktag nach Entlassung eine Entlassungsanzeige (**Anlage 4**) zu übersenden.
- (2) <sup>1</sup>Erfolgt die akutstationäre Krankenhausversorgung länger als 8 Berechnungstage, ist hierfür eine medizinische Begründung erforderlich (**Anlage 5**). <sup>2</sup>Abweichend hiervon ist eine medizinische Begründung bei einer psychiatrischen Versorgung von mehr als 16 Berechnungstagen erforderlich. <sup>3</sup>Die Vergütung erfolgt in diesen Fällen weiterhin nach § 3 Absatz 1.
- (3) <sup>1</sup>In der Entlassungsanzeige (**Anlage 4**) sind die Hauptdiagnose sowie die maßgeblichen Nebendiagnosen der Patientin oder des Patienten zu dokumentieren. <sup>2</sup>Hierfür wird die endstellige Kodierung nach ICD-10-GM in aktueller Fassung verwendet. <sup>3</sup>Für die Bestimmung der Hauptdiagnose werden von der DKG und dem GKV-Spitzenverband ergänzende Hinweise bereitgestellt.
- (4) <sup>1</sup>Die Rechnungsstellung erfolgt gegenüber dem zuständigen Kostenträger in Textform. <sup>2</sup>Hierbei sind die Vorgaben der **Anlage 6** einzuhalten. <sup>3</sup>Dies gilt bei der Behandlung von selbstzahlenden Patientinnen und Patienten unter der Voraussetzung, dass diese in eine direkte Abrechnung und Datenübermittlung zwischen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und dem zuständigen Kostenträger eingewilligt haben. <sup>4</sup>Der Kostenträger prüft die sachliche und rechnerische Korrektheit der Rechnung. <sup>5</sup>Eine Prüfung der Zuordnung zur Hauptdiagnose durch den Medizinischen Dienst ist nicht zulässig.
1. <sup>1</sup>Die Rechnung wird von dem zuständigen Kostenträger spätestens nach 10 Tagen vollständig beglichen, gerechnet vom Tag des Eingangs der in den Absätzen 1 bis 4 sowie der in § 4 Absatz 1 Satz 3 benannten Unterlagen bei dem zuständigen Kostenträger. <sup>2</sup>Es gelten die Regelungen des § 415 Satz 2 und 3 SGB V.
- (5) Für Aufnahmen vom 18.11.2021 bis zum 31.12.2021 sind die in den Absätzen 1 bis 4 sowie die in § 4 Absatz 1 Satz 3 benannten Unterlagen spätestens mit Rechnungsstellung nachzureichen.

## **§ 6 Kostenträgerwechsel**

Tritt während der Behandlung in Einrichtungen nach § 22 Absatz 1 KHG ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Behandlungsfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

## **§ 7 Inkrafttreten und Kündigung**

<sup>1</sup>Die Vereinbarung tritt am 06.12.2021 in Kraft und gilt für Aufnahmen ab dem 18.11.2021. <sup>2</sup>Die Vereinbarung kann zum Ende eines Kalendermonates gekündigt werden. <sup>3</sup>Die Vereinbarung gilt bis zu einer Neuvereinbarung oder Auslaufen der gesetzlichen Grundlage fort.

## **§ 8** **Salvatorische Klausel**

<sup>1</sup>Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. <sup>2</sup>Die Vereinbarungsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

## **Anlagen:**

1. Mitteilung der vom Land bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung von Krankenhausleistungen
2. Tagesbezogene Pauschalbeträge
3. Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG
4. Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG
5. Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach § 22 Absatz 2 KHG
6. Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG
7. Aufstellung der abrechenbaren Zusatzentgelte

Berlin, Köln, 06.12.2021

---

GKV-Spitzenverband

---

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

---

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

**Anlage 1:**

**Mitteilung der vom Land bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung von Krankenhausleistungen**

<b>Einrichtung (Name, Anschrift):</b>	
<b>Ansprechpartner: (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer)</b>	
<b>IK:</b>	

Voraussichtliches Leistungsspektrum nach Hauptdiagnosegruppen differenziert  
(Bitte zutreffendes ankreuzen „x“)

<b>Leistungsspektrum</b>	<b>(x)</b>
Internistische Leistungen:	
Orthopädische / chirurgische / urologische Leistungen:	
Psychiatrische Leistungen:	
Intensivmedizinische Leistungen:	
Andere Leistungsbereiche sofern angekreuzt, bitte nachfolgend angeben:	

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Anlage 2:** **Tagesbezogene Pauschalbeträge**

### **Pauschalbetrag 1: Somatik - Regelbehandlung**

Sofern ein Patient mit einer anderen als unter Pauschalbetrag 3 aufgelisteten Hauptdiagnosegruppe in einer Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG behandelt wird, ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **410,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

Entgeltschlüssel: **85004998**

### **Pauschalbetrag 2: Intensivbehandlung mit Beatmung**

Sofern ein Patient in einer Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG intensivmedizinisch versorgt wird (Beatmung), ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **900,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

Entgeltschlüssel: **85004999**

### **Pauschalbetrag 3: Psych - Regelbehandlung**

Sofern ein Patient mit einer der nachfolgenden Hauptdiagnose zur Behandlung in eine Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG aufgenommen wird, ist ein Pauschalbetrag in Höhe von **300,- Euro** pro Berechnungstag abrechenbar.

#### **Hauptdiagnosegruppen:**

F01, F03, F05, F06, F07, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F19, F20, F21, F22, F23, F25, F30, F31, F32, F33, F34, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F50, F51, F60, F61, F63, F70, F71, F72, F84, F90, F91, F92, F93, F94, F98, G20, G30, G31, G47

Entgeltschlüssel: **A8000001**

### **Nachrichtlich:**

§ 4 Absatz 2: Zuschlag je Fall für Mehrkosten aufgrund des Coronavirus gemäß § 2 der 3. Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung vom 22.06.2021:

Entgeltschlüssel: **47100033** in Verbindung mit Pauschalbetrag 1 oder Pauschalbetrag 2

**A6200013** in Verbindung mit Pauschalbetrag 3 und

**47100034** in Verbindung mit Pauschalbetrag 1 oder Pauschalbetrag 2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder

**A6200014** in Verbindung mit Pauschalbetrag 3 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

**Anlage 3:**  
**Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

**Aufnahmedaten:**

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund:  0101 vollstationär

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.  
<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.  
Aufnahmeanzeige nach § 301 SGB V

**Diagnoseangaben:** (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Aufnahmediagnose  
(ICD10, Lokalisation):

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

---

Einweisungsdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

---

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterzeichner / Unterschrift

**Anlage 4:**  
**Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.

<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.

## Angaben zur Entlassung/Verlegung:

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Entlassungs-  
/Verlegungstag: \_\_\_\_\_

Entlassungs-  
/Verlegungsuhrzeit: \_\_\_\_\_

Entlassungs-  
/Verlegungsgrund:  019 regulär  039 sonstige Gründe  
 069 Verlegung  079 Tod

Hauptdiagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

### Nebendiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Nebendiagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

### Angabe zu Operationen/Prozeduren<sup>3</sup>: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Operationstag / Tag der  
Prozeduranwendung: \_\_\_\_\_

Operation/Prozedur  
(OPS, Lokalisation): \_\_\_\_\_

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterzeichner / Unterschrift

<sup>3</sup> Nur anzugeben sofern Zusatzentgelte der Anlage 7 abgerechnet wurden.  
Entlassungsanzeige nach § 301 SGB V

**Anlage 5:  
Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach  
§ 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

**Dauer der Verlängerung:**

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.  
<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.  
Verlängerungsanzeige nach § 301 SGB V

**Behandlungsdiagnosen:** (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Diagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation): \_\_\_\_\_

**Medizinische Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterzeichner / Unterschrift

## Anlage 6:

### Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG

(Zuzahlungen der Versicherten werden nicht durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sondern direkt durch die Krankenkasse eingezogen.)

## Absender:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

## Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.

<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.

## Rechnungsdaten:

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_

Rechnungsart:  02 Schlussrechnung  04 Gutschrift/Storno

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichendes IK für  
den Zahlungsweg: \_\_\_\_\_

## Rechnungspositionen: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Entgeltart: \_\_\_\_\_

Entgeltbetrag: \_\_\_\_\_

Abrechnung von: \_\_\_\_\_

Abrechnung bis: \_\_\_\_\_

Entgeltanzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl Tage ohne Be-  
rechnung: \_\_\_\_\_

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterzeichner / Unterschrift