

## Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

## Bewilligung

Zeile Nr.	Ebene	Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
1	1	<b>Admin-Daten</b>			1	1	1				
2	2	Verarbeitungskennzeichen	An	2	1	1	1	Zur Unterscheidung, ob Erstübermittlung oder Korrektur eines Geschäftsvorfalles	hier sind die Werte 10, 20 zugelassen	hier sind die Werte 10, 20 zugelassen	hier sind die Werte 10, 20 zugelassen
3	2	Laufende Nr. des Geschäftsvorfalles "Bewilligung"	An	2	1	1	1		01-99	01-99	01-99
4	1	<b>Fachliche Daten</b>			1	1	1				
5	2	<b>Versicherter/Berechtigter (Langform)</b>			1	1	1				
6	3	<b>Name</b>			1	1	1				
7	4	Nachname	An	1..45	1	1	1				
8	4	Vorname	An	1..45	1	1	1				
9	4	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
10	4	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
11	4	Titel	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
12	3	Geschlecht	An	1	1	1	1		hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen	hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen	hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen
13	3	Geburtsdatum	Date	10	1	1	1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
14	3	Staatsangehörigkeit	An	3	0-1	0	0				
15	3	<b>Adresse</b>			1	1	1				
16	4	Straße	An	1..46	0-1	0-1	0-1				
17	4	Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1	0-1				
18	4	Postfach	An	1..46	0-1	0-1	0-1				
19	4	Wohnort	An	1..40	0-1	0-1	0-1				
20	4	PLZ	An	1..10	0-1	0-1	0-1	kein Postfach			
21	4	Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	1	1	1				
22	3	<b>Kommunikation</b>			0-1	0-1	0-1	Mit dem Antrag stimmt der Versicherter/Berechtigter der Weitergabe seiner im Antrag angegebenen Kontaktdaten an die Rehaeinrichtung zu.			
23	4	Telefon	An	1..25	0-1	0-1	0-1				
24	4	Fax	An	1..25	0-1	0-1	0-1				
25	4	E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0-1				
26	2	<b>Lebensspender</b>			0	0-1	0				
27	3	<b>Name</b>			0	1	0				
28	4	Nachname	An	1..45	0	1	0				
29	4	Vorname	An	1..45	0	1	0				
30	4	Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1	0				
31	4	Namenszusatz	An	1..20	0	0-1	0				
32	4	Titel	An	1..20	0	0-1	0				
33	3	Geschlecht	An	1	0	1	0			hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen	
34	3	Geburtsdatum	Date	10	0	1	0			Format: JJJJ-MM-TT	
35	3	<b>Adresse</b>			0	1	0				
36	4	Straße	An	1..46	0	0-1	0				
37	4	Hausnummer	An	1..9	0	0-1	0				
38	4	Postfach	An	1..46	0	0-1	0				
39	4	Wohnort	An	1..40	0	0-1	0				
40	4	PLZ	An	1..10	0	0-1	0	kein Postfach			
41	4	Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0	1	0				
42	3	<b>Kommunikation</b>			0	0-1	0	Mit dem Antrag stimmt der Lebensspender der Weitergabe seiner im Antrag angegebenen Kontaktdaten an die Rehaeinrichtung zu.			
43	4	Telefon	An	1..25	0	0-1	0				
44	4	Fax	An	1..25	0	0-1	0				
45	4	E-Mail	An	1..50	0	0-1	0				
46	2	<b>Mitteilungsempfänger</b>			0-1	0-1	0	Diese Gruppe wird versorgt, wenn der Versicherter/Berechtigter nicht der Mitteilungsempfänger ist. Statt mit dem Versicherten/Berechtigten kommuniziert die Reha-Einrichtung in diesem Fall stets mit der hier aufgeführten Person.			
47	3	Anrede	An	1	0-1	0-1	0		hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	

## Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

## Bewilligung

Zeile Nr.	Ebene	Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
48		<b>Name</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>				
49		Nachname/Name Institution	An	1..45	1	1	0				
50		Vorname	An	1..45	0-1	0-1	0				
51		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
52		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
53		Titel	An	1..20	0-1	0-1	0				
54		<b>Adresse</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0</b>				
55		Straße	An	1..46	0-1	0-1	0				
56		Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1	0				
57		Postfach	An	1..46	0-1	0-1	0				
58		Wohnort	An	1..40	0-1	0-1	0				
59		PLZ	An	1..10	0-1	0-1	0				
60		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0-1	0				
61		<b>Kommunikation</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0</b>				
62		Telefon	An	1..25	0-1	0-1	0				
63		Fax	An	1..25	0-1	0-1	0				
64		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0				
65	2	<b>Krankenkasse</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0</b>	Information der RV oder der beauftragten Stelle über die zuständige Krankenkasse des Versicherten/Berechtigten (damit die Reha-Einrichtung die Aufnahmeanzeige per Papier an die Krankenkasse liefern kann).			
66		Name der Krankenkasse	An	1..70	0-1	0	0				
67		IK-der Krankenkasse	An	9	0-1	0	0	Bei LAK: IK der LAK.	9-Ziffern		
68		<b>Adresse</b>			<b>0-1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				
69		Straße	An	1..46	0-1	0	0				
70		Hausnummer	An	1..9	0-1	0	0				
71		Ort	An	1..40	0-1	0	0				
72		PLZ	An	1..10	0-1	0	0				
73		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0	0				
74		<b>Kommunikation</b>			<b>0-1</b>	<b>0-2</b>	<b>0</b>				
75		Art des Ansprechpartners	N	1	0	0-1	0	1 = Fallsachbearbeiter, 2 = AP Entlassmanagement  Sollte der Fallsachbearbeiter und der Ansprechpartner für das Entlassmanagement identisch sein, so sind beide zu übermitteln.  Die Schlüsselwerte zum Feld „Art des Ansprechpartners“ dürfen jeweils maximal einmal übermittelt werden.		hier sind die Werte 1 und 2 zugelassen	
76		Name des Sachbearbeiters	An	1..90	0-1	0-1	0				
77		Telefon	An	1..25	0-1	1	0				
78		Fax	An	1..25	0-1	0-1	0				
79		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0				
80	2	<b>Rentenversicherungsträger</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0-1</b>	Kontaktinformationen zur zuständigen Arbeitsgruppe beim RV-Träger entsprechend "Zuordnung zum Bearbeiter des Kostenträgers" in den Kopfdaten			
81		<b>Kommunikation</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	0-1				
82		Name des Ansprechpartners	An	1..90	0	0	0-1				
83		Telefon	An	1..25	0	0	1				
84		E-Mail	An	1..50	0	0	0-1				

## Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

## Bewilligung

Zeile Nr.	Ebene	Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
85	2	Truppenarzt			0-1	0	0	Die Gruppe wird bei Anschlussheilbehandlungen (AHB) im Auftrag der Bundeswehr versorgt. Der Entlassungsbericht ist in diesem Fall ausschließlich per Papier an den zuständigen Truppenarzt zu übersenden. Eine Übermittlung des Entlassungsberichtes per DFÜ oder Papier an den RV-Träger erfolgt nicht.			
86	3	Anrede	An	1	0-1	0	0		hier sind die Werte 1,2 zugelassen		
87	3	Name			1	0	0				
88	4	Nachname	An	1..45	1	0	0				
89	4	Vorname	An	1..45	0-1	0	0				
90	4	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
91	4	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
92	4	Titel	An	1..20	0-1	0	0				
93	3	Adresse			0-1	0	0				
94	4	Straße	An	1..46	0-1	0	0				
95	4	Hausnummer	An	1..9	0-1	0	0				
96	4	Postfach	An	1..46	0-1	0	0				
97	4	Ort	An	1..40	0-1	0	0				
98	4	PLZ	An	1..10	0-1	0	0				
99	4	Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0	0				
100	3	Kommunikation			0-1	0	0				
101	4	Telefon	An	1..25	0-1	0	0				
102	4	Fax	An	1..25	0-1	0	0				
103	4	E-Mail	An	1..50	0-1	0	0				
104	2	Kosteninformationen			0-1	0-1	0				
105	3	Zuzahlung			1	1	0				
106	4	Zuzahlungseinzug	N	1	1	1	0		hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	
107	4	Anzahl maximaler Zuzahlungstage	N	1..3	0-1	0-1	0		1 bis 999	1 bis 999	
108	4	Zuzahlungsbetrag pro Tag	N	1..5	0-1	0-1	0	Beträge ohne Komma darstellen (Bsp. EURO in Cent); für GKV: Die gesetzliche Zuzahlung beträgt immer 10 Euro pro Tag, d. h. es ist ausschließlich der Wert "1000" zulässig.	0-99999	4-stellig numerisch, glatter Eurobetrag	
109	2	Informationen für die Reha-Einrichtung			1	0-1	1				
110	3	Datenweitergabe erlaubt	An	1	1	0	0		"J" oder "N"		
111	3	Übermittlung Bewilligungsdiagnose	AN	1	1	0	1		"J" oder "N"		
112	3	Verfahrensart / Anspruchsgrundlage	N	2	1	1	1		Werte 71, 72, 78	Werte 61, 62, 63, 64, 81, 82, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 99	Werte 71, 72, 78
113	3	Eilfall	An	1	1	0	1	ja / nein	"J" oder "N"		"J" oder "N"
114	3	Leistungsart	N	3	1	0	0		Werte 000, 010, 110, 210, 400, 401, 410, 430, 440, 800, 801, 810, 820, 821, 840, 850, 990		
115	3	Zusatzinformationen	An	1..4000	0-1	0	0	Eingabe normierter Zusatztexte			
116	3	Begleitperson			0-15	0-15	0	Bei RV: Feld gilt nur für Begleitpersonen, die den Aufenthalt wahrnehmen			
117	4	Art der Begleitperson	N	1	0	1	0	1 = erwachsene Begleitperson im Rahmen einer Reha Maßnahme 2 = erwachsene zu pflegende Begleitperson 3 = minderjährige Begleitperson im Rahmen einer Reha Maßnahme 4 = minderjährige zu pflegende Begleitperson		hier sind die Werte 1, 2, 3 und 4 zugelassen	
118	4	Hinweis zur Kostenübernahme	An	1	1	1	0				
119	4	Name			0-1	0-1	0				
120	5	Nachname	An	1..45	1	1	0				
121	5	Vorname	An	1..45	1	1	0				

## Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

## Bewilligung

Zeile Nr.	Ebene	Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
122		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
123		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
124		Titel	An	1..20	0-1	0-1	0				
125		Geburtsdatum	Date	10	0-1	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	
126		Pflegegrad	N	1	0	0-1	0	Das Feld ist nur dann zu füllen, wenn bei „Art der Begleitperson“ der Schlüsselwert 2 „erwachsene zu pflegende Begleitperson“ oder 4 "minderjährige zu pflegende Begleitperson" ausgewählt wurde		hier sind die Werte 1 bis 7 zugelassen	
127		Kinder im Rahmen von Mutter/Kind-Maßnahmen			0	0-15	0				
128		Name			0	1	0				
129		Nachname	An	1..45	0	1	0				
130		Vorname	An	1..45	0	1	0				
131		Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1	0				
132		Namenszusatz	An	1..20	0	0-1	0				
133		Titel	An	1..20	0	0-1	0				
134		Geburtsdatum	Date	10	0	1	0			Format: JJJJ-MM-TT	
135		behandlungsbedürftiges Kind	An	1	0	1	0			"J" oder "N"	
136		Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	0-1	0				
137		Version ICD	An	4	0	1	0		4 Ziffern	4 Ziffern	
138		Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	1-10	0				
139		Diagnoseschlüssel	An	3..5	0	1	0		1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	
140		Seitenlokalisierung	An	1	0	0-1	0		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"	
141		Diagnosesicherheit	An	1	0	0-1	0		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"	
142		Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1	0				
143		Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"R", "L", "B"	
144		Diagnosesicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"A", "V", "Z", "G"	
145		Information zu Partnerleistung			0-1	0	0	Hinweis, dass zur lfd. Reha-Leistung auch ein Partner bei Einberufung usw. berücksichtigt werden sollte.			
146		Versicherungsnummer RV	An	12	0-1	0	0		8 Ziffern, 1 Buchstabe, 3 Ziffern		
147		Name			1	0	0				
148		Nachname	An	1..45	1	0	0				
149		Vorname	An	1..45	1	0	0				
150		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
151		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
152		Titel	An	1..20	0-1	0	0				
153		Ausführliche Stellungnahme zum Leistungsvermögen			0-1	0	0				
154		Stellungnahme erforderlich	An	1	1	0	0		"J" oder "N"		
155		Bezugsberuf	An	75	0-1	0	0				
156	2	Informationen zur Aufnahme			1	1	1	Es ist immer entweder das IK des veranlassenden Krankenhauses oder die Felder zum verordnenden Arzt zu füllen oder die sonstige Rehaempfehlung zu füllen			
157		IK des veranlassenden Krankenhauses	An	9	0	0-1	0	Wird die RehaMaßnahme durch ein Krankenhaus veranlasst, ist hier das IK des Krankenhauses anzugeben.		9-Ziffern	
158		Verordnender Arzt			0	0-1	0				
159		Arztnummer (LANR)	An	9	0	0-1	0	Wird die RehaMaßnahme durch einen Arzt veranlasst, ist hier die LANR der Arztes anzugeben.		9-Ziffern	
160		Betriebsstättennummer (BSNR)	An	9	0	0-1	0			9-Ziffern	

## Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

## Bewilligung

Zeile Nr.	Ebene	Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
161		sonstige Rehaempfehlung	An	1	0	0-1	0	Empfehlung/der Antrag zur Rehabilitationsmaßnahme aus einem anderen Zusammenhang (z. B. Pflegebegutachtung, Teilhabeplan oder von anderem Träger)		"J"	
162		Art der Versorgung/ Behandlung	An	1	1	1	1		Werte 1,2,3	Werte 1,2,3,4,5	Werte 1,2
163		<b>Bewilligungsdiagnosen</b>			<b>0-1</b>	<b>1</b>	<b>0-1</b>				
164		Version ICD	An	4	1	1	1		4 Ziffern	4 Ziffern	4 Ziffern
165		<b>Bewilligungsdiagnose</b>			<b>1-10</b>	<b>1-10</b>	<b>1-10</b>	<b>entspricht der Einweisungsdiagnose</b>			
166		Diagnoseschlüssel	An	3..5	1	1	1		1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")
167		Seitenlokalisierung	An	1	0-1	0-1	0-1		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"	"R", "L", "B"
168		Diagnosensicherheit	An	1	0-1	0-1	0-1		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"
169		Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1	0				
170		Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"R", "L", "B"	
171		Diagnosensicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"A", "V", "Z", "G"	
172		<b>Aufnahmedaten</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				
173		Aufnahme bereits erfolgt	An	1	1	1	1	J/N ( Erläuterung: Dient der Info der Klinik, damit keine Neuanlage des Patienten erfolgt)	"J" oder "N"	"J" oder "N"	"J" oder "N"
174		Aufnahmedatum geplant	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
175		Aufnahmedatum, frühestens	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
176		Aufnahmedatum, spätestens	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
177		Ab-Datum Kostenübernahme Phase C	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT		Format: JJJJ-MM-TT
178		Indikationsgruppenzuordnung	An	2	0	1	0			Schlüssel aus Anhang zu SV+	
179		<b>Bewilligungsinformationen</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				
180		Antragsdatum	Date	10	0	0	1	Datum des Antrags auf Rehabilitation			Format: JJJJ-MM-TT
181		Bewilligungsdatum	Date	10	1	1	1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
182		Gültigkeit der Kostenzusage bis	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
183		vorläufige Kostenzusage	An	1	0	0-1	0	gilt nur für Indikationsgruppenzuordnung "IC", "IE", "IG", "IK", "IM" und "IO"		"J"	
184		<b>Zusatztexte</b>	<b>An</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0-10</b>				
185		Zusatztext Nr	An	3	0	0	1				
186		Datum	Date	10	0	0	0-1				Format: JJJJ-MM-TT
187		freie Textergänzungen	An	1...1000	0	0	0-1				
188		Betrag	N	8	0	0	0-1				
189		<b>Daten zur stationären Reha</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>Für DRV gilt: Es ist entweder das Element "Daten zur stationären Reha" oder das Element "Daten zur ganztätig ambulanten Reha" oder das Element "Daten zur ambulanten Reha ("Sucht")" zu übermitteln.</b>			
190		Anzahl Behandlungsabschnitte	N	1..2	1	0	1		1-99		1-99
191		Anzahl der bewilligten Tage	N	1..3	1	0-1	1	Für GKV: es ist entweder das Feld "Anzahl der bewilligten Tage" oder das Feld "Fallpauschale" zu füllen	0-999	1-999	0-999
192		Fallpauschale	An	1	0	0-1	0			"1"	
193		Datum Behandlungsende	Date	10	0	0-1	0	nur bei CI-Folgetherapie spätestmögliches perspektivisches Ende aller Behandlungsintervalle		Format: JJJJ-MM-TT	
194		<b>Daten zur ganztätig ambulanten Reha</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>Es ist entweder das Segment "Ambulanter Behandlungszeitraum" oder das Segment "Fallpauschale" zu füllen</b>			
195		<b>Ambulanter Behandlungszeitraum</b>			<b>1</b>	<b>0-1</b>	<b>1</b>				
196		Behandlungszeitraum in Tagen	N	1..3	1	0-1	1		1-999	1-999	1-999
197		Wöchentlicher Behandlungsrhythmus	An	1	1	0	1		0-7		0-7
198		Anzahl bewilligte Behandlungstage	N	1..3	0	1	0		1-999	1-999	
199		Anzahl Therapieeinheiten	N	1..2	0	0-1	0			1-99	

Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4, 4a) SGB V

**Bewilligung**

Zeile Nr.	Ebene					Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Anzahl RV>GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung RV an GKV (* Erläuterung s. Legende)
200			3			Fallpauschale	An	1	0	0-1	0			"1"	
201			3			Datum Behandlungsende	Date	10	0	0-1	0	nur bei CI-Folgetherapie spätestmögliches perspektivisches Ende aller Behandlungsintervalle		Format: JJJJ-MM-TT	
202		2				<b>Daten zur ambulanten Reha ("Sucht")</b>			<b>0-1</b>	<b>0-1</b>	<b>0</b>				
203			3			Anzahl Tage Behandlungszeitraum	N	1..3	1	1	0		1-999	1-999	
204			3			<b>Therapie</b>			<b>1-2</b>	<b>1-2</b>	<b>0</b>				
205				4		Therapieart	An	2	1	1	0		"01","02"	"01","02"	
206				4		Anzahl Therapieeinheiten	N	1..3	1	1	0		1-999	1-999	