

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				Admin-Daten			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			Version Geschäftsvorfall "Bewilligung"	An	5..11	1	1	1		Version im Format 1.0.0 bis 999.999.999	Version im Format 1.0.0 bis 999.999.999	Version im Format 1.0.0 bis 999.999.999
4		2			Laufende Nr. des Geschäftsvorfalles "Bewilligung"	An	2	1	1	1		01-99	01-99	01-99
5	1				Fachliche Daten			1	1	1				
6		2			Versicherter/Berechtigter			1	1	1				
7			3		Name			1	1	1				
8			4		Nachname	An	1..45	1	1	1				
9			4		Vorname	An	1..45	1	1	1				
10			4		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
11			4		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
12			4		Titel	An	1..20	0-1	0-1	0-1				
13			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
14			3		Geburtsdatum	Date	10	1	1	1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
15			3		Staatsangehörigkeit	An	3	0-1	0	0				
16			3		Adresse			1	1	1				
17			4		Straße	An	1..46	0-1	0-1	0-1				
18			4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1	0-1				
19			4		Postfach	An	1..46	0-1	0-1	0-1				
20			4		Wohnort	An	1..40	0-1	0-1	0-1				
21			4		PLZ	An	1..10	0-1	0-1	0-1	kein Postfach			
22			4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	1	1	1				
23			3		Kommunikation			0-1	0-1	0-1	Mit dem Antrag stimmt der Versicherter/Berechtigter der Weitergabe seiner im Antrag angegebenen Kontaktdaten an die Rehaeinrichtung zu.			
24			4		Telefon	An	1..25	0-1	0-1	0-1				
25			4		Fax	An	1..25	0-1	0-1	0-1				
26			4		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0-1				
27	2				Lebendspender			0	0-1	0				
28			3		Name			0	1	0				
29			4		Nachname	An	1..45	0	1	0				
30			4		Vorname	An	1..45	0	1	0				
31			4		Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1	0				
32			4		Namenszusatz	An	1..20	0	0-1	0				
33			4		Titel	An	1..20	0	0-1	0				
34			3		Geschlecht	An	1	0	1	0		hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen		
35			3		Geburtsdatum	Date	10	0	1	0		Format: JJJJ-MM-TT		
36			3		Adresse			0	1	0				
37			4		Straße	An	1..46	0	0-1	0				
38			4		Hausnummer	An	1..9	0	0-1	0				
39			4		Postfach	An	1..46	0	0-1	0				
40			4		Wohnort	An	1..40	0	0-1	0				
41			4		PLZ	An	1..10	0	0-1	0	kein Postfach			
42			4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0	1	0				
43			3		Kommunikation			0	0-1	0	Mit dem Antrag stimmt der Lebendspender der Weitergabe seiner im Antrag angegebenen Kontaktdaten an die Rehaeinrichtung zu.			
44			4		Telefon	An	1..25	0	0-1	0				
45			4		Fax	An	1..25	0	0-1	0				
46			4		E-Mail	An	1..50	0	0-1	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)
47	2				Mitteilungsempfänger			0-1	0-1	0	Diese Gruppe wird versorgt, wenn der Versicherte/Berechtigte nicht der Mitteilungsempfänger ist. Statt mit dem Versicherten/Berechtigten kommuniziert die Reha-Einrichtung in diesem Fall stets mit der hier aufgeführten Person			
48		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	
49		3			Name			1	1	0				
50			4		Nachname/Name Institution	An	1..45	1	1	0				
51			4		Vorname	An	1..45	0-1	0-1	0				
52			4		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
53			4		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
54			4		Titel	An	1..20	0-1	0-1	0				
55		3			Adresse			0-1	0-1	0				
56			4		Straße	An	1..46	0-1	0-1	0				
57			4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1	0				
58			4		Postfach	An	1..46	0-1	0-1	0				
59			4		Wohnort	An	1..40	0-1	0-1	0				
60			4		PLZ	An	1..10	0-1	0-1	0				
61			4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0-1	0				
62		3			Kommunikation			0-1	0-1	0				
63			4		Telefon	An	1..25	0-1	0-1	0				
64			4		Fax	An	1..25	0-1	0-1	0				
65			4		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0				
66	2				Krankenkasse			0-1	0-1	0	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)			
67		3			Name der Krankenkasse	An	1..70	0-1	0	0				
68		3			IK-der Krankenkasse	An	9	0-1	0	0	Bei LAK: IK der LAK.	9-Ziffern		
69		3			Adresse			0-1	0	0				
70			4		Straße	An	1..46	0-1	0	0				
71			4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0	0				
72			4		Ort	An	1..40	0-1	0	0				
73			4		PLZ	An	1..10	0-1	0	0				
74			4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0	0				
75		3			Kommunikation			0-1	0-2	0				
76			4		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	
77			4		Name des Sachbearbeiters	An	1..90	0-1	0-1	0				
78			4		Telefon	An	1..25	0-1	1	0				
79			4		Fax	An	1..25	0-1	0-1	0				
80			4		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1	0				
81	2				Rentenversicherungsträger			0	0	0-1	Kontaktinformationen zur zuständigen Arbeitsgruppe beim RV-Träger entsprechend "Zuordnung zum Bearbeiter des Kostenträgers" in den Konfigdaten			
82		3			Kommunikation			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)
83			4		Name des Ansprechpartners	An	1..90	0	0	0-1				
84			4		Telefon	An	1..25	0	0	1				
85			4		E-Mail	An	1..50	0	0	0-1				
86	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			
87		3			Anrede	An	1	0-1	0	0		hier sind die Werte 1,2 zugelassen		
88		3			Name			1	0	0				
89			4		Nachname	An	1..45	1	0	0				
90			4		Vorname	An	1..45	0-1	0	0				
91			4		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
92			4		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
93			4		Titel	An	1..20	0-1	0	0				
94		3			Adresse			0-1	0	0				
95			4		Straße	An	1..46	0-1	0	0				
96			4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0	0				
97			4		Postfach	An	1..46	0-1	0	0				
98			4		Ort	An	1..40	0-1	0	0				
99			4		PLZ	An	1..10	0-1	0	0				
100			4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0	0				
101		3			Kommunikation			0-1	0	0				
102			4		Telefon	An	1..25	0-1	0	0				
103			4		Fax	An	1..25	0-1	0	0				
104			4		E-Mail	An	1..50	0-1	0	0				
105	2				Kosteninformationen			0-1	0-1	0				
106		3			Zuzahlung			1	1	0				
107			4		Zuzahlungseinzug	N	1	1	1	0		hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	
108			4		Anzahl maximaler Zuzahlungstage	N	1..3	0-1	0-1	0		1 bis 999	1 bis 999	
109			4		Zuzahlungsbetrag pro Tag	N	5	0-1	0-1	0	Beträge ohne Komma darstellen (Bsp. EURO in Cent)	0-99999	0-99999	
110	2				Informationen für die Reha-Einrichtung			1	0-1	1				
111		3			Datenweitergabe erlaubt	An	1	1	0	0		"J" oder "N"		
112		3			Übermittlung Bewilligungsdiagnose	AN	1	1	0	1		"J" oder "N"		"J" oder "N"
113		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
114		3			Eilfall	An	1	1	0	1	ja / nein	"J" oder "N"		"J" oder "N"
115		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		
116		3			Zusatzinformationen	An	1..4000	0-1	0	0	Eingabe normierter Zusatztexte			
117		3			Begleitperson			0-15	0-15	0	Bei RV: Feld gilt nur für Begleitpersonen, die den Aufenthalt wahrnehmen			
118			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	
119			4		Hinweis zur Kostenübernahme	An	1	1	1	0				
120			4		Name			0-1	0-1	0				
121			5		Nachname	An	1..45	1	1	0				
122			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)
123				5	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
124				5	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
125				5	Titel	An	1..20	0-1	0-1	0				
126			4		Geburtsdatum	Date	10	0-1	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	
127			4		Pflegegrad	N	1	0	0-1		Das Feld ist nur dann zu füllen, wenn bei „Art der Begleitperson“ der Schlüsselwert 2 „zu pflegende Begleitperson“ ausgewählt wurde		hier sind die Werte 1 bis 7 zugelassen	
128			3		Kinder im Rahmen von Mutter/Kind-Maßnahmen			0	0-15	0				
129			4		Name			0	1	0				
130				5	Nachname	An	1..45	0	1	0				
131				5	Vorname	An	1..45	0	1	0				
132				5	Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1	0				
133				5	Namenszusatz	An	1..20	0	0-1	0				
134				5	Titel	An	1..20	0	0-1	0				
135			4		Geburtsdatum	Date	10	0	1	0			Format: JJJJ-MM-TT	
136			4		behandlungsbedürftiges Kind	An	1	0	1	0			"J" oder "N"	
137			4		Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	0-1	0				
138				5	Version ICD	An	4	0	1	0		4 Ziffern	4 Ziffern	
139				5	Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	1-10	0				
140				6	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")	
141				6	Seitenlokalisierung	An	1	0	0-1	0		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"	
142				6	Diagnosesicherheit	An	1	0	0-1	0		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"	
143				6	Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1	0				
144				6	Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"R", "L", "B"	
145				6	Diagnosesicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"A", "V", "Z", "G"	
146			3		Information zu Partnerleistung			0-1	0	0	Hinweis, dass zur lfd. Reha-Leistung auch ein Partner bei Einberufung usw. berücksichtigt werden sollte.			
147			4		Versicherungsnummer RV	An	12	0-1	0	0		8 Ziffern, 1 Buchstabe, 3 Ziffern		
148			4		Name			1	0	0				
149				5	Nachname	An	1..45	1	0	0				
150				5	Vorname	An	1..45	1	0	0				
151				5	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1	0				
152				5	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1	0				
153				5	Titel	An	1..20	0-1	0	0				
154			3		Ausführliche Stellungnahme zum Leistungsvermögen			0-1	0	0				
155			4		Stellungnahme erforderlich	An	1	1	0	0		"J" oder "N"		
156			4		Bezugsberuf	An	75	0-1	0	0				
157			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			
158			3		IK des veranlassenden Krankenhauses	An	9	0	0-1	0	Wird die Rehaempfehlung durch ein Krankenhaus veranlasst, ist hier das IK des Krankenhauses anzugeben.		9-Ziffern	
159			3		Verordnender Arzt			0	0-1	0				
160			4		Arztnummer (LANR)	An	9	0	0-1	0	Wird die Rehaempfehlung durch einen Arzt veranlasst, ist hier die LANR der Arztes anzugeben.		9-Ziffern	
161			4		Betriebsstättennummer (BSNR)	An	9	0	0-1	0			9-Ziffern	
162			3		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"	

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)
163		Art der Versorgung/ Behandlung	An	1	1	1	1		Werte 1,2,3	Werte 1,2,4,5	Werte 1,2,3
164		Bewilligungsdiagnosen			0-1	1	0-1				
165		Version ICD	An	4	1	1	1		4 Ziffern	4 Ziffern	4 Ziffern
166		Bewilligungsdiagnose			1-10	1-10	1-10	entspricht der Einweisungsdiagnose			
167		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")
168		Seitenlokalisierung	An	1	0-1	0-1	0-1		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"	"R", "L", "B"
169		Diagnosensicherheit	An	1	0-1	0-1	0-1		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"
170		Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1	0				
171		Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"R", "L", "B"	
172		Diagnosensicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1	0			"A", "V", "Z", "G"	
173		Aufnahmedaten			1	1	1				
174		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"
175		Aufnahmedatum geplant	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
176		Aufnahmedatum,frühestens	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
177		Aufnahmedatum,spätestens	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
178		Ab-Datum Kostenübernahme Phase C	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT		Format: JJJJ-MM-TT
179		Indikationsgruppenzuordnung	An	2	0	1	0			Schlüssel aus Anhang zu SV+	
180		Entlassungsdatum des KH-Aufenthaltes vor AHB	Date	10	0	0-1	0			Format: JJJJ-MM-TT	
181		Bewilligungsinformationen			1	1	1				
182		Antragsdatum	Date	10	0	0	1	Datum des Antrags auf Rehabilitation			Format: JJJJ-MM-TT
183		Bewilligungsdatum	Date	10	1	1	1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
184		Gültigkeit der Kostenzusage bis	Date	10	0-1	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
185		vorläufige Kostenzusage	An	1	0	0-1	0	gilt nur für Indikationsgruppenzuordnung "IC", "IE", "IG", "IK", "IM" und "IO"		"J"	
186		Zusatztexte	An		0	0	0-10				
187		Zusatztext Nr	An	3	0	0	1				
188		Datum	Date	10	0	0	0-1				Format: JJJJ-MM-TT
189		freie Textergänzungen	An	1...1000	0	0	0-1				
190		Betrag	N	8	0	0	0-1				
191		Daten zur stationären Reha			0-1	0-1	0-1	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.			
192		Anzahl Behandlungsabschnitte	N	1..2	1	0	1		1-99		1-99
193		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
194		Fallpauschale	An	1	0	0-1	0			"1"	
195		Datum Behandlungsende	Date	10	0	0-1	0	nur bei CI-Folgetherapie spätestmögliches perspektivisches Ende aller Behandlungsintervalle		Format: JJJJ-MM-TT	
196		Daten zur ganztätig ambulanten Reha			0-1	0-1	0-1	Es ist entweder das Segment "Ambulanter Behandlungszeitraum" oder das Segment "Fallpauschale" zu füllen			
197		Ambulanter Behandlungszeitraum			1	0-1	1				
198		Behandlungszeitraum in Tagen	N	1..3	1	0-1	1		1-999	1-999	1-999
199		Wöchentlicher Behandlungsrhythmus	An	1	1	0	1		0-7		0-7
200		Anzahl bewilligte Behandlungstage	N	1..3	0	1	0		1-999	1-999	
201		Anzahl Therapieeinheiten	N	1..2	0	0-1	0			1-99	
202		Fallpauschale	An	1	0	0-1	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)
203			3		Datum Behandlungsende	Date	10	0	0-1	0	nur bei CI-Folgetherapie spätestmögliches perspektivisches Ende aller Behandlungsintervalle		Format: JJJJ-MM-TT	
204		2			Daten zur ambulanten Reha ("Sucht")			0-1	0	0-1				
205			3		Bewilligter Leistungszeitraum (Behandlungszeitraum)			0-10	0	0-10				
206				4	Bewilligt-von-Datum (Beginn frühestens)	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT		Format: JJJJ-MM-TT
207				4	Bewilligt-bis-Datum	Date	10	0-1	0	0-1		Format: JJJJ-MM-TT		Format: JJJJ-MM-TT
208			3		Anzahl Tage Behandlungszeitraum	N	1..3	1	0	1		1-999		1-999
209			3		Therapie			1-2	0	1-2				
210				4	Therapieart	An	2	1	0	1		"00", "01", "02"		"00", "01", "02"
211				4	Anzahl bewilligte Therapieeinheiten	N	1..3	1	0	1		1-999		1-999