

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

Bewilligung												
Zeile Nr.	Ebene				Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
1	1				Admin-Daten			1	1			
2		2			Verarbeitungskennzeichen	An	2	1	1	Zur Unterscheidung, ob Erstübermittlung oder Korrektur eines Geschäftsvorfalles	hier sind die Werte 10, 20, 30 zugelassen	hier sind die Werte 10, 20, 30 zugelassen
3		2			Version Geschäftsvorfall "Bewilligung"	An	5..11	1	1		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		01-99	01-99
5	1				Fachliche Daten			1	1			
6		2			Versicherter/Berechtigter			1	1			
7			3		Name			1	1			
8				4	Nachname	An	1..45	1	1			
9				4	Vorname	An	1..45	1	1			
10				4	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1			
11				4	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1			
12				4	Titel	An	1..20	0-1	0-1			
13			3		Geschlecht	An	1	1	1		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		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
15			3		Staatsangehörigkeit	An	3	0-1	0			
16			3		Adresse			1	1			
17				4	Straße,	An	1..46	0-1	0-1			
18				4	Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1			
19				4	Postfach	An	1..46	0-1	0-1			
20				4	Wohnort	An	1..40	0-1	0-1			
21				4	PLZ	An	1..10	0-1	0-1	kein Postfach		
22				4	Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	1	1			
23			3		Kommunikation			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			
25				4	Fax	An	1..25	0-1	0-1			
26				4	E-Mail	An	1..50	0-1	0-1			
27		2			Lebendspender			0	0-1			
28			3		Name			0	1			
29				4	Nachname	An	1..45	0	1			
30				4	Vorname	An	1..45	0	1			
31				4	Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1			
				4	Namenszusatz	An	1..20	0	0-1			
32				4	Titel	An	1..20	0	0-1			
33			3		Geschlecht	An	1	0	1			hier sind die Werte 0,1,2 und 3 zugelassen
34			3		Geburtsdatum	Date	10	0	1			Format: JJJJ-MM-TT
35			3		Adresse			0	1			
36				4	Straße,	An	1..46	0	0-1			
37				4	Hausnummer	An	1..9	0	0-1			
38				4	Postfach	An	1..46	0	0-1			
39				4	Wohnort	An	1..40	0	0-1			
40				4	PLZ	An	1..10	0	0-1	kein Postfach		
41				4	Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0	1			

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

Bewilligung													
Zeile Nr.	Ebene					Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
42			3			Kommunikation			0	0-1	Mit dem Antrag stimmt der Lebendspender der Weitergabe seiner im Antrag angegebenen Kontaktdaten an die Rehaeinrichtung zu.		
43				4		Telefon	An	1..25	0	0-1			
44				4		Fax	An	1..25	0	0-1			
45				4		E-Mail	An	1..50	0	0-1			
46		2				Mitteilungsempfänger			0-1	0-1	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		hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen
48			3			Name			1	1			
49				4		Nachname/Name Institution	An	1..45	1	1			
50				4		Vorname	An	1..45	0-1	0-1			
51				4		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1			
52				4		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1			
53				4		Titel	An	1..20	0-1	0-1			
54			3			Adresse			0-1	0-1			
55				4		Straße	An	1..46	0-1	0-1			
56				4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0-1			
57				4		Postfach	An	1..46	0-1	0-1			
58				4		Wohnort	An	1..40	0-1	0-1			
59				4		PLZ	An	1..10	0-1	0-1			
60				4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0-1			
61			3			Kommunikation			0-1	0-1			
62				4		Telefon	An	1..25	0-1	0-1			
63				4		Fax	An	1..25	0-1	0-1			
64				4		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1			
65		2				Krankenkasse			0-1	0-1	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			3			Name der Krankenkasse	An	1..70	0-1	0			
67			3			IK-der Krankenkasse	An	9	0-1	0	Bei LAK: IK der LAK.	9-Ziffern	
68			3			Adresse			0-1	0			
69				4		Straße	An	1..46	0-1	0			
70				4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0			
71				4		Ort	An	1..40	0-1	0			
72				4		PLZ	An	1..10	0-1	0			
73				4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0			
74			3			Kommunikation			0-1	0-2			

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

Bewilligung												
Zeile Nr.	Ebene				Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
75				4		Art des Ansprechpartners	N	1	0	0-1	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				4		Name des Sachbearbeiters	An	1..90	0-1	0-1		
77				4		Telefon	An	1..25	0-1	1		
78				4		Fax	An	1..25	0-1	0-1		
79				4		E-Mail	An	1..50	0-1	0-1		
80	2					Truppenarzt			0-1	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.	
81			3			Anrede	An	1	0-1	0		hier sind die Werte 1,2 zugelassen
82			3			Name			1	0		
83				4		Nachname	An	1..45	1	0		
84				4		Vorname	An	1..45	0-1	0		
85				4		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1		
86				4		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1		
87				4		Titel	An	1..20	0-1	0		
88			3			Adresse			0-1	0		
89				4		Straße	An	1..46	0-1	0		
90				4		Hausnummer	An	1..9	0-1	0		
91				4		Postfach	An	1..46	0-1	0		
92				4		Ort	An	1..40	0-1	0		
93				4		PLZ	An	1..10	0-1	0		
94				4		Internationales Länderkennzeichen	An	1..3	0-1	0		
95			3			Kommunikation			0-1	0		
96				4		Telefon	An	1..25	0-1	0		
97				4		Fax	An	1..25	0-1	0		
98				4		E-Mail	An	1..50	0-1	0		
99	2					Kosteninformationen			0-1	0-1		
100			3			Zuzahlung			1	1		
101				4		Zuzahlungseinzug	N	1	1	1	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen	hier sind die Werte 1,2,3 zugelassen
102				4		Anzahl maximaler Zuzahlungstage	N	1..3	0-1	0-1	1 bis 999	1 bis 999
103				4		Zuzahlungsbetrag pro Tag	N	5	0-1	0-1	Beträge ohne Komma darstellen (Bsp. EURO in Cent)	0-99999
104	2					Informationen für die Reha-Einrichtung			1	0-1		
105			3			Datenweitergabe erlaubt	An	1	1	0	"J" oder "N"	

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

Bewilligung												
Zeile Nr.	Ebene				Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
106		3			Verfahrensart / Anspruchsgrundlage	N	2	1	1		Werte 71, 72, 78	Werte 61, 62, 63, 64, 81, 82, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 99
107		3			Eilfall	An	1	1	0	ja / nein	"J" oder "N"	
108		3			Leistungsart	N	3	1	0		Werte 000, 010, 110, 210, 400, 401, 410, 430, 440, 800, 801, 810, 820, 821, 840, 850, 990	
109		3			Zusatzinformationen	An	1..4000	0-1	0	Eingabe normierter Zusatztexte		
110		3			Begleitperson			0-15	0-15	Bei RV: Feld gilt nur für Begleitpersonen, die den Aufenthalt wahrnehmen		
111			4		Art der Begleitperson	N	1	0	1	1 = Begleitperson im Rahmen einer Reha Maßnahme 2 = zu pflegende Begleitperson		hier sind die Werte 1 und 2 zugelassen
112			4		Hinweis zur Kostenübernahme	An	1	1	1			
113			4		Name			0-1	0-1			
114				5	Nachname	An	1..45	1	1			
115				5	Vorname	An	1..45	1	1			
116				5	Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1			
117				5	Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1			
118				5	Titel	An	1..20	0-1	0-1			
119			4		Geburtsdatum	Date	10	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
120			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
121		3			Kinder im Rahmen von Mutter/Kind-Maßnahmen			0	0-15			
122			4		Name			0	1			
123				5	Nachname	An	1..45	0	1			
124				5	Vorname	An	1..45	0	1			
125				5	Vorsatzwort	An	1..20	0	0-1			
126				5	Namenszusatz	An	1..20	0	0-1			
127				5	Titel	An	1..20	0	0-1			
128			4		Geburtsdatum	Date	10	0	1			Format: JJJJ-MM-TT
129			4		behandlungsbedürftiges Kind	An	1	0	1			"J" oder "N"
130			4		Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	0-1			
131				5	Version ICD	An	4	0	1		4 Ziffern	4 Ziffern
132				5	Diagnose des behandlungsbedürftigen Kindes			0	1-10			
133				6	Diagnoseschlüssel	An	3..5	0	1		1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")
134				6	Seitenlokalisierung	An	1	0	0-1		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"
135				6	Diagnosesicherheit	An	1	0	0-1		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"
136				6	Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1			
137				6	Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1			"R", "L", "B"
138				6	Diagnosesicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1			"A", "V", "Z", "G"
139		3			Information zu Partnerleistung			0-1	0	Hinweis, dass zur lfd. Reha-Leistung auch ein Partner bei Einberufung usw. berücksichtigt werden sollte.		

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

Bewilligung												
Zeile Nr.	Ebene				Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
140			4		Versicherungsnummer RV	An	12	0-1	0		8 Ziffern, 1 Buchstabe, 3 Ziffern	
141			4		Name			1	0			
142			5		Nachname	An	1..45	1	0			
143			5		Vorname	An	1..45	1	0			
144			5		Vorsatzwort	An	1..20	0-1	0-1			
145			5		Namenszusatz	An	1..20	0-1	0-1			
146			5		Titel	An	1..20	0-1	0			
147		3			Ausführliche Stellungnahme zum Leistungsvermögen			0-1	0			
148			4		Stellungnahme erforderlich	An	1	1	0		"J" oder "N"	
149			4		Bezugsberuf	An	75	0-1	0			
150		2			Informationen zur Aufnahme			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		
151		3			IK des veranlassenden Krankenhauses	An	9	0	0-1	Wird die RehaMaßnahme durch ein Krankenhaus veranlasst, ist hier das IK des Krankenhauses anzugeben.		9-Ziffern
152		3			Verordnender Arzt			0	0-1			
153			4		Arztnummer (LANR)	An	9	0	0-1	Wird die RehaMaßnahme durch einen Arzt veranlasst, ist hier die LANR der Arztes anzugeben.		9-Ziffern
154			4		Betriebsstättennummer (BSNR)	An	9	0	0-1			9-Ziffern
155		3			sonstige Rehaempfehlung	An	1	0	0-1	Empfehlung/der Antrag zur Rehabilitationsmaßnahme aus einem anderen Zusammenhang (z. B. Pflegebegutachtung, Teilhabeplan oder von anderem Träger)		"J"
156		3			Art der Versorgung/ Behandlung	An	1	1	1		Werte 1,2,3	Werte 1,2,4,5
157		3			Bewilligungsdiagnosen			0-1	1			
158			4		Version ICD	An	4	1	1		4 Ziffern	4 Ziffern
159			4		Bewilligungsdiagnose			1-10	1-10	entspricht der Einweisungsdiagnose		
160			5		Diagnoseschlüssel	An	3..5	1	1		1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")	1 Grossbuchstabe, danach 2, 3 oder 4 Ziffern ("A00" - "Z9999")
161			5		Seitenlokalisierung	An	1	0-1	0-1		"R", "L", "B"	"R", "L", "B"
162			5		Diagnosensicherheit	An	1	0-1	0-1		"A", "V", "Z", "G"	"A", "V", "Z", "G"
163			5		Sekundärdiagnose (Kreuz-Stern)	An	3..5	0	0-1			
164			5		Seitenlokalisierung (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1			"R", "L", "B"
165			5		Diagnosensicherheit (Kreuz-Stern)	An	1	0	0-1			"A", "V", "Z", "G"
166		3			Aufnahmedaten			1	1			
167			4		Aufnahme bereits erfolgt	An	1	1	1	J/N (Erläuterung: Dient der Info der Klinik, damit keine Neuanlage des Patienten erfolgt)	"J" oder "N"	"J" oder "N"
168			4		Aufnahmedatum geplant	Date	10	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
169			4		Aufnahmedatum, frühestens	Date	10	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
170			4		Aufnahmedatum, spätestens	Date	10	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	
171		3			Ab-Datum Kostenübernahme Phase	Date	10	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	
172		3			Indikationsgruppenzuordnung	An	2	0	1			Schlüssel aus Anhang zu SV+
173		3			Entlassungsdatum des KH-Aufenthaltes vor AHB	Date	10	0	0-1			Format: JJJJ-MM-TT
174		2			Bewilligungsinformationen			1	1			

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

Bewilligung												
Zeile Nr.	Ebene				Bezeichnung	Typ	Länge	Anzahl DRV	Anzahl GKV	Erläuterung	XML-Schemaprüfung DRV (* Erläuterung s. Legende)	XML-Schemaprüfung GKV (* Erläuterung s. Legende)
175		3			Bewilligungsdatum	Date	10	1	1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
176		3			Gültigkeit der Kostenzusage bis	Date	10	0-1	0-1		Format: JJJJ-MM-TT	Format: JJJJ-MM-TT
177		3			vorläufige Kostenzusage	An	1	0	0-1	gilt nur für Indikationsgruppenzuordnung "IC", "IE", "IG", "IK", "IM" und "IO"		"J"
178	2				Daten zur stationären Reha			0-1	0-1	Für DRV gilt: Es ist entweder das Element "Daten zur stationären Reha" oder das Element "Daten zur ganztägig ambulanten Reha" oder das Element "Daten zur ambulanten Reha ("Sucht")" zu übermitteln.		
179		3			Anzahl Behandlungsabschnitte	N	1..2	1	0		1-99	
180		3			Anzahl der bewilligten Tage	N	1..3	1	0-1	Für GKV: es ist entweder das Feld "Anzahl der bewilligten Tage" oder das Feld "Fallpauschale" zu füllen	0-999	1-999
181		3			Fallpauschale	An	1	0	0-1			"1"
182	2				Daten zur ganztägig ambulanten Reha			0-1	0-1	Es ist entweder das Segment "Ambulanter Behandlungszeitraum" oder das Segment "Fallpauschale" zu füllen		
183		3			Ambulanter Behandlungszeitraum			1	0-1			
184			4		Behandlungszeitraum in Tagen	N	1..3	1	0-1		1-999	1-999
185			4		Wöchentlicher Behandlungsrhythmus	An	1	1	0		0-7	
186			4		Anzahl bewilligte Behandlungstage	N	1..3	0	1		1-999	1-999
187			4		Anzahl Therapieeinheiten	N	1..2	0	0-1			1-99
188		3			Fallpauschale	An	1	0	0-1			"1"
189	2				Daten zur ambulanten Reha ("Sucht")			0-1	0			
190		3			Bewilligter Leistungszeitraum (Behandlungszeitraum)			0-10	0			
191			4		Bewilligt-von-Datum (Beginn	Date	10	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	
192			4		Bewilligt-bis-Datum	Date	10	0-1	0		Format: JJJJ-MM-TT	
193		3			Anzahl Tage Behandlungszeitraum	N	1..3	1	0		1-999	
194		3			Therapie			1-2	0			
195			4		Therapieart	An	2	1	0		"00", "01", "02"	
196			4		Anzahl bewilligte Therapieeinheiten	N	1..3	1	0		1-999	