

Absender entspricht Antragssteller

---

---

---

Empfänger entspricht Kostenträger

---

---

---

### **Mein Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation Wunsch- und Wahlrecht gem. § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe einen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation gestellt und möchte diesen um den Wunsch ergänzen, die Rehabilitationsmaßnahme in folgender Rehabilitationseinrichtung durchzuführen:

#### **Klinik Am Osterbach, Abt. für Psychotherapeutische Medizin mit Psychotraumatologie Am Osterbach 2, 32545 Bad Oeynhausen**

Laut § 8 SGB IX habe ich als Patient/in das Recht eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen – das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht.

Daher betrachte ich die Klinik Am Osterbach für die Behandlung meiner Beschwerden und meiner persönlichen Situation für besonders geeignet. Folgende Gründe hierzu möchte ich Ihnen aufführen:

#### **Medizinische Gründe**

- Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden (Haus-/Fach-) Ärztin/Arztes ist das medizinisch-therapeutische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.
- Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt.
- Aufgrund des therapeutischen Konzeptes der Klinik kann während des Aufenthaltes nahtlos an meine derzeitige ambulante Psychotherapie angeknüpft werden.
- Das vielfältige Behandlungskonzept bietet besondere Therapiemöglichkeiten bei meinen körperlichen und seelischen Beschwerden wie z. B. Achtsamkeitstraining, Aromatherapie, Gartentherapie, Qigong, Kunsttherapie im Gruppen- und Einzelsetting, methodenübergreifende Gruppentherapie (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch), spezielles Behandlungsprogramm für posttraumatische Belastungsstörungen, medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation.
- Möglichkeit der Mitbehandlung im Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitusfachabteilung.
- Die psychosomatische Abteilung verfügt über ein hochwertiges Angebot von manualisierten Schulungen, das für mich von großer Wichtigkeit ist.
- Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein.

- Die Lage der Klinik Am Osterbach in Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig.
- Durch die Lage der Klinik Am Osterbach in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und in die Therapie mit einbezogen werden.
- Die Lage der Klinik Am Osterbach ist von meinem Wohnort weit genug entfernt, dass ich meine Therapie unabhängig von meinem sonstigen sozialen Umfeld durchführen kann.
- Weitere Gründe:

### **Wichtige persönliche und sonstige Gründe**

- Ich möchte für mich den bestmöglichen Rehabilitationserfolg erzielen. Dabei unterstützt mich das bei meiner letzten Rehabilitation entstandene Vertrauensverhältnis und die damit einhergehenden sehr guten Erfahrungen während meines Aufenthaltes in der Klinik Am Osterbach. Ich bin fest davon überzeugt diesen Erfolg wieder in der o.g. Klinik erzielen zu können.
- Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich in die Klinik Am Osterbach ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt.
- Weitere Gründe:

Die oben genannten Gründe führen mich zu dem Entschluss, dass ich von einer Behandlung in der der Klinik Am Osterbach hinsichtlich einer Besserung meines Gesundheitszustandes am meisten profitieren kann.

Wenn Sie trotz meiner dargelegten Gründe meinem gesetzlichen Anspruch auf mein Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen wollen oder können, so teilen Sie mir dies bitte mittels eines rechtsmittelfähigen Bescheides mit. Bitte legen Sie die meinem Wunsch entgegenstehenden medizinischen Gründe ausführlich dar (ggf. mittels ärztlichem Gutachten durch den MDK). Falls Mehrkosten in meiner Wunschklinik zur Ablehnung meines Wunsches führen sollten, so bitte ich Sie um eine ausführliche Begründung, warum diese Mehrkosten aus Ihrer Sicht als unverhältnismäßig hoch anzusehen sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen –  
(Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX)  
§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten**

- (1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen wird Rechnung getragen.
- (2) Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Für die Beurteilung der Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung. Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nach den Absätzen 1 und 2 nicht entspricht.
- (3) Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.
- (4) Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.