

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:

**Wicker Klinik Bad Wildungen, Abt. Neurologie  
Fürst-Friedrichstr. 2-4, 34537 Bad Wildungen**

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

**Medizinische Gründe**

- Meine/Mein (Haus-/Fach-) Ärztin/Arzt empfiehlt die Wicker Klinik, da das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet ist, um einen Behandlungserfolg zu erzielen. Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt.
- Die dort vorhandene, langjährige Erfahrung mit meinem neurologischen Krankheitsbild stützt sich auf ein einheitliches neuro-physiologisches Konzept der Klinik und bietet deshalb die optimale Voraussetzung für einen anhaltenden Behandlungserfolg
- Es kann vor Ort auch eine internistische Mitbehandlung mit ernährungsmedizinischem sowie diabetologischem Schwerpunkt und/oder eine orthopädische Mitbehandlung erfolgen.
- Die Klinik verfügt auch über eine für meine Beschwerden erforderliche neuro-psychologische Qualifikation zur Diagnostik und Therapie meiner Beschwerden.
- Die Klinik verfügt über ein hochwertiges Angebot manualisierter Ernährungsschulungen mit einer modernen Übungsküche, die für mich von großer Wichtigkeit sind.
- Das vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm ist für mich ein Hinweis auf den hohen Stellenwert von Schulungen.
- Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein.

- Wichtig ist die Lage der Wicker Klinik in Wohnortnähe wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit.
- Durch die Lage der Wicker Klinik in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen
- Die Wicker Klinik bietet durch eine kompetente Sozialberatung mit gutem Kontakt zu Nachsorgedienstleistern (Hilfsmittelversorger, Pflegedienste etc.) eine optimale Voraussetzung, um meine häusliche Versorgung unterstützen.
- 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 Wicker Klinik. Ich bin fest davon überzeugt diesen Erfolg wieder in der o.g. Klinik erzielen zu können.
- Durch der Empfehlung einer Vertrauensperson habe ich in die Wicker Klinik ein besonderes Vertrauen entwickelt, was meiner Überzeugung nach die entscheidende Voraussetzung darstellt für einen nachhaltigen Behandlungserfolg meiner Beschwerden.
- Die dortige Ernährungsberatung und die gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz rund ums Essen“) bieten die Möglichkeit für eine anhaltend gesunde Ernährung
- Weitere Gründe:

Die oben genannten Gründe führen mich zu dem Entschluss, dass ich von einer Behandlung in der der Wicker Klinik 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.