Absender

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen
Reha­­bilit­­ation: Wunsch- und Wahlrecht § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte meinen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation um den Wunsch ergänzen, in einer von mir ausgesuchten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

Im § 8 SGB IX ist festgelegt, dass bei der Entscheidung über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berechtigten Wünschen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu entsprechen ist. Danach habe ich auch einen Anspruch darauf, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für die

**Klinik am Osterbach, Abt. Neurologie, Am Osterbach 2 in 32545 Bad Oeynhausen**

entschieden, weil für die Behandlung meiner Beschwerden folgende Merkmale der Abteilung Neurologie der Klinik am Osterbach eine besondere Bedeutung haben:

**Medizinische Gründe**

|  |
| --- |
| Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden (Haus-/Fach-) Ärztin/Arztes ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |[ ]
| Die Klinik am Osterbach verfügt über sehr gute Kontakte zu meiner behandelnden Akutklinik, was einen fachlichen Austausch stark beschleunigt und erleichtert. |[ ]
| Es können in der Klinik am Osterbach die erforderliche neurologische und ergänzende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. |[ ]
| Weil die Klinik am Osterbach auch über eine psychosomatische Fachabteilung verfügt, ist die Möglichkeit einer für meine Beschwerden erforderlichen psychologischen Mitbetreuung und fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einschätzung vorhanden. |[ ]
| Die Klinik am Osterbach ist in der Lage, Patienten der Reha-Phasen C+, C und D mit einem Barthel-Index von 0 bis 100 Punkten zu behandeln. Somit ist auch bei einer Besserung in meinem Reha-Verlauf eine kontinuierliche Behandlung gewährleistet. |[ ]
| Die Klinik am Osterbach besitzt eine Zulassung für Anschlussheilbehandlungen und stationäre Heilverfahren von meiner Rentenversicherung (u.a. DRV Bund, DRV Westfalen, DRV Nordbayern und weitere regionale Rentenversicherungen). |[ ]
| Deshalb kann auch bei einem möglichen Kostenträgerwechsel von der Krankenkasse zur Rentenversicherung meine Reha in der Klinik am Osterbach nahtlos fortgeführt werden. |[ ]
| In der Klinik am Osterbach werden jüngere und ältere, schwer- und leichter betroffene Patienten, Krankenkassen- und Rentenversicherungspatienten sowie viele verschiedene neurologische Krankheitsbilder behandelt. Diese besondere Mischung fördert meine sozialen Kontakte und meinen Austausch mit Mitpatienten. |[ ]
| Die Klinik verfügt über ein hochwertiges Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen, die für mich von großer Wichtigkeit sind. |[ ]
| Das vollständig manualisierte Schulungs- und Vortragsprogramm ist für mich ein Hinweis auf den hohen Stellenwert von Schulungen. |[ ]
| Die Zertifizierung der Klinik am Osterbach nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein. |[ ]
| Durch die Lage der Klinik am Osterbach in Bad Oeynhausen ist es auch für mich als gehbehinderter Mensch möglich z.B. die Fußgängerzone oder den Kurpark selbständig zu Fuß zu erreichen sowie an diversen Freizeitangeboten innerhalb und außerhalb der Klinik teilzunehmen, was meine Teilhabe am sozialen Leben besonders erleichtert. |[ ]
| Die Lage der Klinik am Osterbach in meiner Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig |[ ]
| Durch die Lage der Klinik am Osterbach in meiner Wortortnähe sehe ich erhebliche Vorteile bei der Einleitung meiner Nachsorge z. B. durch den Kliniksozialdienst. |[ ]

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |
| --- |
| Auf Grund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme möchte ich auch die anstehende Rehabilitation wieder in der Klinik am Osterbach durchführen, um den für mich bestmöglichen Reha-Erfolg 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. |[ ]
| Durch die Lage der Klinik am Osterbach in Wohnortnähe können meine (eingeschränkt mobilen) Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. |[ ]
| In der Klinik am Osterbach können (soweit verfügbar) Begleitpersonen in meinem Patientenzimmer oder in einem separaten Zimmer gegen Entgelt mit aufgenommen werden, was für meinen Reha-Erfolg besonders förderlich ist. |[ ]

Aus meiner Sicht ist in der Klinik am Osterbach die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und die Erreichung meiner Rehabilitationsziele aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder aber nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), die den individuellen Sachverhalt betreffen, mit. Dabei bitte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall – um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle, in der Wunschklinik verursachte Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Unterschrift Antragsteller