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

**Hardtwaldklinik I, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik   
und Traumatherapie, Hardtstr. 31 in 34596 Bad Zwesten**

entschieden, weil für die Behandlung meiner Beschwerden folgende Merkmale der Hardtwaldklinik I, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie, eine besondere Bedeutung haben:

**Medizinische Gründe**

|  |  |
| --- | --- |
| Meine/Mein behandelnde/behandelnder Psychiaterin/Psychiater – Psychotherapeutin/Psychotherapeut hat mir ausdrücklich empfohlen, die Behandlung in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie durchzuführen. Hier besteht ein bewährtes Setting der Zusammenarbeit, dass eine nahtlose Überleitung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung bzw. Rehabilitation sicherstellt.Ihre/Seine ausführliche Begründung ist in der 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: In der Abteilung sind spezielle Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme für Patienten mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und insbesondere mit ent­aktualisierten Psychosen entwickelt worden. Es gibt außerdem einen Schwerpunkt im Bereich der Behandlung von schwereren psychoreaktiven und psychosomatischen Erkrankungen. Die Abteilung verfügt über ein breitgefächertes Angebot an Entspannungsverfahren sowie Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken der Traumatherapie. Das methodenübergreifende Therapiekonzept auf der Basis eines psychodynamisch orientierten Krankheitsverständnisses ermöglicht differenzierte indikationsspezifische Modifikationen für Behandlung und Rehabilitation. |  |
| Die Klinik verfügt im Rahmen der Kooperation mit dem Neurologischen Zentrum im selben Gebäude über intensive Möglichkeiten weiterführender Diagnostik und ggf. konsiliarischer Mitbehandlung:(im Hause fachärztlich neurologisch, internistisch, orthopädisch und urologisch sowie externe Konsiliarmöglichkeiten)Es stehen alle modernen radiologisch diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung einschließlich MRT und CT. |  |
| Die Abteilung verfügt über ein hochwertiges Angebot von manualisierten Schulungen und Seminaren zur verbesserten Stressbewältigung, zu Depressionen und zu Konflikten am Arbeitsplatz. |  |
| Die Abteilung nutzt die im Haus befindliche Übungsküche und führt intensive Einzel- und Gruppenberatungen zur Behandlung von Adipositas durch. |  |
| Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein. |  |
| Die Lage der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie ist von meinem Wohnort weit genug entfernt, dass ich meine Therapie unabhängig von meinem sonstigen sozialen Umfeld durchführen kann. Der Kontakt zu meinen Angehörigen kann trotzdem, wenn ich es brauche, hergestellt werden, da Paar- und Familiengespräche zum regelmäßigen Therapieprogramm der Abteilung gehören. |  |
| Die Abteilung verfügt im Rahmen ihres Übungsbüros, ihrer handwerklichen Ergotherapie, des kognitiven Trainings und des Selbstsicherheitstrainings über gut differenzierte Möglichkeiten, weiterführende berufliche Perspektiven zu beraten und weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen zu empfehlen und ggf. einzuleiten. |  |
|  |  |
|  |  |

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auf Grund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehabilitationserfolg erzielen zu können. |  | |
| Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt. |  | |
|  | |  |
|  | |  |

Aus meiner Sicht ist in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Psychosomatik und Traumatherapie 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