

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

das Universitätsklinikum Münster lädt Sie in Zusammenarbeit mit der Universität zu Köln und der AOK Rheinland/Hamburg im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Teilnahme an einem **Projekt zur systematischen Identifikation von Hörstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ein**.

Menschen mit geistiger Behinderung leiden **vier- bis sechsmal häufiger an Hörstörungen** als die übrige Bevölkerung. Oft bleiben diese Hörstörungen unentdeckt oder werden nicht oder nur unzureichend behandelt. Dies beeinträchtigt die ohnehin bei Menschen mit geistiger Behinderung erschwerte Kommunikationsfähigkeit weiter. Deshalb erhalten 1050 bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherte Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung durch uns eine **Hörüberprüfung** und - bei einem auffälligen Befund - eine ausführliche **Diagnostik** sowie **Therapieeinleitung** in dem Umfeld, in dem sie lernen, arbeiten oder wohnen – das heißt, unser Hörtestteam kommt dorthin. Eine Überprüfung des Erfolges soll nach einem Kalenderjahr erfolgen.

Wir möchten alle bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Kinder mit einer geistigen Behinderung und deren Familien herzlich dazu einladen teilzunehmen unabhängig davon, ob bereits eine Hörstörung bekannt ist oder nicht. Sollten Sie nicht bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert sein, ist eine Teilnahme an unserer Studie zwar nicht möglich. Eine fachärztliche Vorstellung zur Hörtestung für Menschen mit geistiger Behinderung ist jedoch in jedem Fall zu empfehlen.

Weiteres Informationsmaterial ist diesem Anschreiben beigelegt. Sollten Sie und Ihr Kind sich entschließen teilzunehmen, benötigen wir lediglich die Teilnahmeerklärung der AOK in doppelter Ausfertigung und die Einwilligungserklärung mit Schweigepflichtentbindung für Personen, die uns eventuell weitere Auskünfte geben können, unterschrieben zurück.

Schon jetzt vielen Dank für Ihre Mühen,

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. med. Katrin Neumann

Direktorin der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie

Universitätsklinikum Münster

Bitte hier abtrennen!

Ich habe Interesse an einem Termin zu einer Hörüberprüfung für mein Kind

ja nein

Ich bin mit einer Hörüberprüfung ohne meine Anwesenheit einverstanden

ja nein

Name des Kindes _____ Klasse: _____ (im Schj. 2021/22)

Name eines/einer Elternteils/Erziehungsberechtigten: _____

Kontaktmöglichkeiten für das HörGeist-Projekt

Tel: _____ E-Mail: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____